

WIFF EXPERTISE

BAND 56

wiff

Weiterbildungsinitiative
Frühpädagogische Fachkräfte

Die psychische Gesundheit von Kindern in frühpädagogischen Einrichtungen unterstützen

Zentrale Diskurse, empirische Erkenntnisse
und Handlungskonsequenzen

Michael Kölch

Ute Ziegenhain

Annika Nöhring

Franziska Köhler-Dauner

DJI

Deutsches
Jugendinstitut

Das dieser Publikation zugrunde liegende Vorhaben wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) unter dem Förderkennzeichen 01NV1901A gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei der Autorin.

Zitiervorschlag: Kölch, Michael/Ziegenhain, Ute/Nöhning, Annika/Köhler-Dauner, Franziska (2022): Die psychische Gesundheit von Kindern in frühpädagogischen Einrichtungen unterstützen. Zentrale Diskurse, empirische Erkenntnisse und Handlungskonsequenzen. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WiFF Expertisen, Band 56. München

© 2022 Deutsches Jugendinstitut e.V.

Lizenz: CC-BY-ND 4.0

Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)

Nockherstraße 2, 81541 München

E-Mail: info@weiterbildungsinitiative.de

Diese Publikation ist kostenfrei erhältlich unter:

www.weiterbildungsinitiative.de/publikationen

Herausgeber: Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI)

Lektorat: Susanne John, München

Gestaltung, Satz: O.media GmbH, Leipzig

Druck: Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main

www.weiterbildungsinitiative.de

ISBN: 978-3-86379-424-8

Die Online-Version dieser Publikation ist abrufbar unter: <https://doi.org/10.36189/wiff72022>

Michael Kölch, Ute Ziegenhain, Annika Nöhring, Franziska Köhler-Dauner

Die psychische Gesundheit von Kindern in frühpädagogischen Einrichtungen unterstützen

Zentrale Diskurse, empirische Erkenntnisse und Handlungskonsequenzen

Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)

Vorwort

Einer der wichtigsten Fokusse in der Arbeit von Kindertageseinrichtungen ist die Gesundheit der betreuten Kinder. Psychische Gesundheit, die u.a. die psychische Belastbarkeit eines Menschen kennzeichnet, ist ein entscheidender Faktor für ein gelingendes, zufriedenes Leben.

An Kinder werden vielfältige Anforderungen gestellt: Sie müssen sich in sozialen Interaktionen beweisen, in neuen Situationen Mut zeigen, selbstständiger werden, Konflikte austragen und sich auf Spielpartner:innen und ihr Umfeld einlassen. Wie gut diese Situationen bewältigt werden können, hängt von der individuellen Situation des Kindes und dem Wechselspiel unterschiedlicher Faktoren ab. Personale Faktoren (z. B. genetische Voraussetzungen), das Verhalten des Kindes (u. a. seine Kompetenzen) sowie die Lebensverhältnisse spielen hierbei eine wichtige Rolle. Risikofaktoren, wie beispielsweise eine Armutslage oder die (psychische) Erkrankung eines Elternteils, erschweren die Situation der Kinder etwa durch fehlende Bildungs-, Unterstützungs- oder Erholungsmöglichkeiten bei einer gleichzeitig (über-)fordernden Lebenssituation.

Für eine gesunde Entwicklung der kindlichen Psyche sind zuverlässige, feinfühlig und unterstützende Interaktions- bzw. Beziehungserfahrungen, die es den Kindern ermöglichen, sich selbst als kompetent zu erleben, unerlässlich. In diesen Beziehungssituationen wird dem Kind verbal und nonverbal vermittelt, dass es sicher und akzeptiert ist. Eine solche grundlegende Anerkennung und die positiven Erlebnisse sind nicht nur ein fruchtbarer Boden für kindliches Wohlbefinden und Gesundheit, sondern auch für (Selbst-)Bildung.

Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen können im Hinblick auf eine gesunde bzw. gesündere Psyche wichtige Weichen mit- bzw. umstellen, indem sie den Kindern verlässliche, empathische und zugewandte Bezugspersonen sind. Nicht nur das Agieren zwischen der einzelnen Fachkraft und dem Kind, sondern auch innerhalb der Kindergruppe, des Teams sowie zwischen den Fachkräften und Eltern hat (Signal-)Wirkung.

Doch auch wenn Kitas viel bewirken können, wie die hier vorliegende Expertise detailliert beschreibt, ist es wichtig, die (psychische) Gesundheit von Kindern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen. Nur in gemeinsamer Kraftanstrengung und im Zusammenspiel der unterschiedlichen Stellschrauben und Akteure kann das Ziel einer gesunden Kindheit realisiert werden. Welche Entwicklungen dieses Ziel unterstützen würden, zeigen die Autorinnen und Autoren, denen wir für die Verfassung dieser Expertise danken.

München, im Oktober 2022



Prof. Dr. Kirsten Fuchs-Rechlin
Projektleitung WiFF



Nicole Spiekermann
Wissenschaftliche Referentin

Inhalt

1	Einleitung	8
2	Was versteht man unter psychischer Gesundheit bei Kindern?	9
2.1	Gelingende versus auffällige Entwicklung	13
2.2	Psychische Störungen	15
3	Verlässliche Beziehungen in der frühpädagogischen Einrichtung als Ausgangsbasis psychischer Gesundheit	19
4	Rahmenbedingungen zur Förderung psychischer Gesundheit im pädagogischen Alltag	21
4.1	Eingewöhnung als Qualitätskriterium psychischer Gesundheit	21
4.2	Dimensionen von Strukturqualität im Kontext psychischer Gesundheit	22
4.3	(Besseres) Erkennen von psychischen Belastungen: strukturierte oder standardisierte Beobachtungsverfahren als Ansatz für Handlungskonzepte?	24
4.4	Standardisierte Beobachtungsinstrumente oder Einschätzungsverfahren und Möglichkeiten des Einsatzes	25
5	Psychische Gesundheit und Kinderschutz – die Rolle frühpädagogischer Einrichtungen	27
5.1	Psychische Gesundheit der (früh-)pädagogischen Fachkräfte	30
5.2	Förderung der psychischen Gesundheit in Kindertageseinrichtungen: Ansätze anderer Länder	31
6	Strukturelle und individuelle Empfehlungen für die pädagogische Praxis	34
6.1	Sensibilisierung für die Thematik	35
6.2	Spezifische Qualifikation durch Aus- und Weiterbildung	36
6.3	Konzeptionalisierung des Themas und Anknüpfung an allgemeine Gesundheitsförderung, Prävention und Kinderschutz	38
6.4	Individuelle Gegebenheiten der Kitas und individuelle Lebenslagen der Eltern bzw. Familien beachten	38
6.5	Besseres Erkennen durch systematischeres Beobachten? Einbettung der Verwendung von Screenings und Erhebungsinstrumenten in ein Gesamtkonzept	39
6.6	Strukturelle Voraussetzungen als Bedingung für allgemeine und spezifische Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit	40
6.7	Bestehende Initiativen als Modelle nutzen	40
6.8	Gesunde Einrichtung – bessere psychische Gesundheit der Kinder und Gesundheitsförderung auch für Fachkräfte	41

7	Ausblick	42
8	Literatur	43
9	Anhang	55
9.1	Tabellen	55
9.2	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	56
9.3	Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz	57

1 Einleitung

Das Thema psychische Gesundheit ist in den Kindertageseinrichtungen in Deutschland kein neues Thema. Es ist in den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung etabliert und in den Bildungsplänen der Länder verankert. Für den Bereich der Kindertagespflege wird es z.B. auch im Curriculum des Deutschen Jugendinstituts (DJI) abgebildet. Dies wurde bereits im 13. Kinder- und Jugendhilfebericht, dem ersten Bericht, der Gesundheit als Querschnittsthema behandelte, hervorgehoben (BMFSFJ 2009). Tatsächlich hat hier in den vergangenen Jahrzehnten eine beträchtliche Entwicklung hin zur Bedeutung von Kindertageseinrichtungen als Ort der Förderung psychischer Gesundheit stattgefunden.

In der Vorwendezeit bestanden in der „alten“ Bundesrepublik lange und hartnäckig Vorstellungen darüber, dass außerfamiliäre Tagesbetreuung insbesondere für kleine (Krippen-)Kinder negative Konsequenzen für deren psychische Gesundheit habe bzw. entwicklungs-schädigend sei. Demgegenüber lag in der ehemaligen DDR auch und gerade die Krippenerziehung in gesellschaftlicher Verantwortung. Nach der Wende fand eine durchaus ideologisch geführte Debatte statt, inwieweit sich außerfamiliäre Tagesbetreuung „als solche“ schädigend auf die psychische Gesundheit von kleinen Kindern auswirke und inwieweit auch Kindergartenkinder eher wenig Zeit in außerfamiliärer Betreuung verbringen sollten. Dieser Diskurs verlief weitgehend ohne empirische Belege.

Der darauf folgende konsequente Ausbau von Betreuungsplätzen in Deutschland, insbesondere für die unter Dreijährigen, verbunden mit einem Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für jedes Kind (TAG, KiFöG) lässt sich nicht zuletzt durch die demografische Entwicklung, die sinkenden Geburtenzahlen und die damit verbundene steigende gesellschaftliche Bedeutung jedes einzelnen Kindes interpretieren. Daraus dürfte sich die vermehrte Verantwortungsübernahme der Politik und der Gesellschaft für das Aufwachen von Kindern erklären lassen und damit einhergehend ein verstärkter und zunehmend systematischer Blick auf die Qualität von Betreuung in Kindertagesstätten (Künster/Ziegenhain 2014). Dieser Qualitätsprozess bildete die Grundlage für das jüngst verabschiedete

Gesetz zur „Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung“ (KiQuTG, das „Gute-KiTa-Gesetz“ 2019) mit unterschiedlichen Handlungsfeldern zur Qualitätssicherung. Zu diesen Handlungsfeldern gehören neben anderen „Maßnahmen und ganzheitliche Bildung in den Bereichen kindliche Entwicklung, Gesundheit, Ernährung und Bewegung“, die die hier vorliegende Expertise im engeren Sinne betreffen, aber auch pädagogische Querschnittsvorhaben zur inklusiven Förderung aller Kinder („bedarfsge-rechtes Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsangebot“), die konzeptuell mit der Förderung psychischer Gesundheit einhergehen dürften. Qualitätsmerkmale, wie die Sicherstellung eines angemessenen Fachkraft-Kind-Schlüssels oder die Gewinnung qualifizierter Fachkräfte, sind letztlich strukturelle Rahmenbedingungen, um die Förderung psychischer Gesundheit breit und qualifiziert sicherzustellen.

Qualitätskonzepte zur Betreuung von Kindern in Einrichtungen beziehen sich implizit (ggf. sogar explizit) auch auf die psychische Gesundheit von Kindern. Insofern wird sich diese Expertise auf bestehende Qualitätsdimensionen von Betreuungseinrichtungen beziehen, um herauszuarbeiten, wie Betreuungseinrichtungen die psychische Gesundheit von Kindern unterstützen und fördern können. Für die Beschreibung von Bildungs- und Betreuungsqualität in Kindertageseinrichtungen hat sich ein Qualitätskonzept etabliert, das spezifische Dimensionen von Qualität unterscheidet (Tietze u.a. 2007). Danach lassen sich die letztgenannten Merkmale unter dem Begriff „Strukturqualität“ subsumieren. Neben der Strukturqualität beschreibt die „Orientierungsqualität“ die pädagogischen Ziele einer Einrichtung und deren Umsetzung im pädagogischen Handeln. Weitergehend bezieht sich die „Prozessqualität“ sowohl auf das aktuelle Verhalten im Umgang mit den Kindern bzw. auf das Klima (feinfühliges Kommunikationskompetenzen, Wärme, emotionale Geborgenheit) als auch auf die Lernangebote und Erfahrungsmöglichkeiten. Zur Prozessqualität gehören zudem nicht nur der Umgang der Kinder miteinander, sondern auch der Umgang untereinander, im Team bzw. zwischen Fachkräften und Eltern (Viernickel 2006).

Quer zu diesen skizzierten Qualitätsdimensionen lassen sich strategische Ansatzpunkte benennen, die, auf der einen Seite, die Veränderung von konkreten Verhaltensweisen im Umgang mit dem Kind adressieren bzw. dessen psychische Gesundheit fördern (Verhaltensprä-

vention), und, auf der anderen Seite, die Veränderung von strukturellen Rahmenbedingungen anstreben, die indirekt die Förderung psychischer Gesundheit im pädagogischen Alltag ermöglichen (Verhältnisprävention). Die Qualitätsdimensionen und die Ansatzpunkte auf den Ebenen von direktem Verhalten bzw. der Ebene von strukturellen Veränderungsmöglichkeiten werden in der Expertise zugrunde gelegt.

Die vorliegende Expertise zur Förderung psychischer Gesundheit versteht sich als ein spezifischer Beitrag im dynamischen Prozess insbesondere der qualitativen Weiterentwicklung frühpädagogischer Einrichtungen. Inwieweit psychische Gesundheit tatsächlich systematisch, breit und umfassend gefördert wird, wird in der pädagogischen Praxis in den Kindertageseinrichtungen offenbar. Dort zeigt sich im Alltag, inwieweit Konzepte zur Förderung psychischer Gesundheit gut umsetzbar sind oder an Grenzen stoßen und modifiziert oder weiterentwickelt werden müssen. Um im Sinne der Kindergesundheit handeln zu können und sowohl Konzepte als auch pädagogisches Handeln weiter zu professionalisieren, ist ein kontinuierlicher Austausch zwischen Praxis und wissenschaftlicher Erkenntnis notwendig.

2 Was versteht man unter psychischer Gesundheit bei Kindern?

Psychische Gesundheit ist wesentlich für das Wohlbefinden bzw. die Lebensqualität von Kindern. Psychische Gesundheit ist sowohl abhängig von der sogenannten „Resilienz“ eines einzelnen Individuums, fördert aber gleichzeitig auch dessen Resilienz. Resilienz wird als Widerstandsfähigkeit definiert, um z.B. auch unter widrigen Umständen Fähigkeiten zu aktivieren, die dazu beitragen, alterstypische Entwicklungsaufgaben zu meistern (Petermann/Schmidt 2006; Masten/Powell 2003; Luthar 1997). Resilienz ist ein Konstrukt, das sowohl individuelle Faktoren als auch Umfeldfaktoren beinhaltet. Sie kann aufgrund bestimmter Umstände individuell stärker oder geringer ausgeprägt sein. Resilienz kann z.B. das Absolvieren von Entwicklungsschritten erleichtern und wiederum durch das erfolgreiche Meistern von Entwicklungsaufgaben gestärkt werden. Zu den Entwicklungsaufgaben von Kindern gehört es, soziale Beziehungen aufzubauen und zu gestalten sowie positive sozialkognitive Kompetenzen wie etwa Frustrationstoleranz oder Ausdauer und Leistungsfähigkeit zu entwickeln bzw. entwickeln zu können. Positive bzw. sichere Bindungserfahrungen mit engen Bezugspersonen in der frühen Kindheit sind eine wichtige Grundlage für die psychische Gesundheit. Sie tragen zur Ausbildung von Resilienz bei. Bindungen sind soziale Beziehungen, und Kinder entwickeln exklusive Bindungen zu denjenigen Menschen, mit denen sie im Alltag zusammen sind. Dies sind neben den Eltern auch Erzieherinnen und Erzieher in frühpädagogischen Einrichtungen, wenn sie sich als emotionale Bezugsperson anbieten. Damit geht einher, dass kleine Kinder sich in unterschiedlichen Settings gut entwickeln bzw. sogar davon profitieren, wenn bestimmte qualitative Standards in Einrichtungen erfüllt werden (Ziegenhain/Wolff 2000; NICHD Early Child Care Research Network 1997).

Das Konzept der psychischen Gesundheit lässt sich von einem erweiterten Gesundheitsbegriff ableiten, wie er zentral von der World Health Organization (WHO) vertreten wird. Danach wird Gesundheit nicht

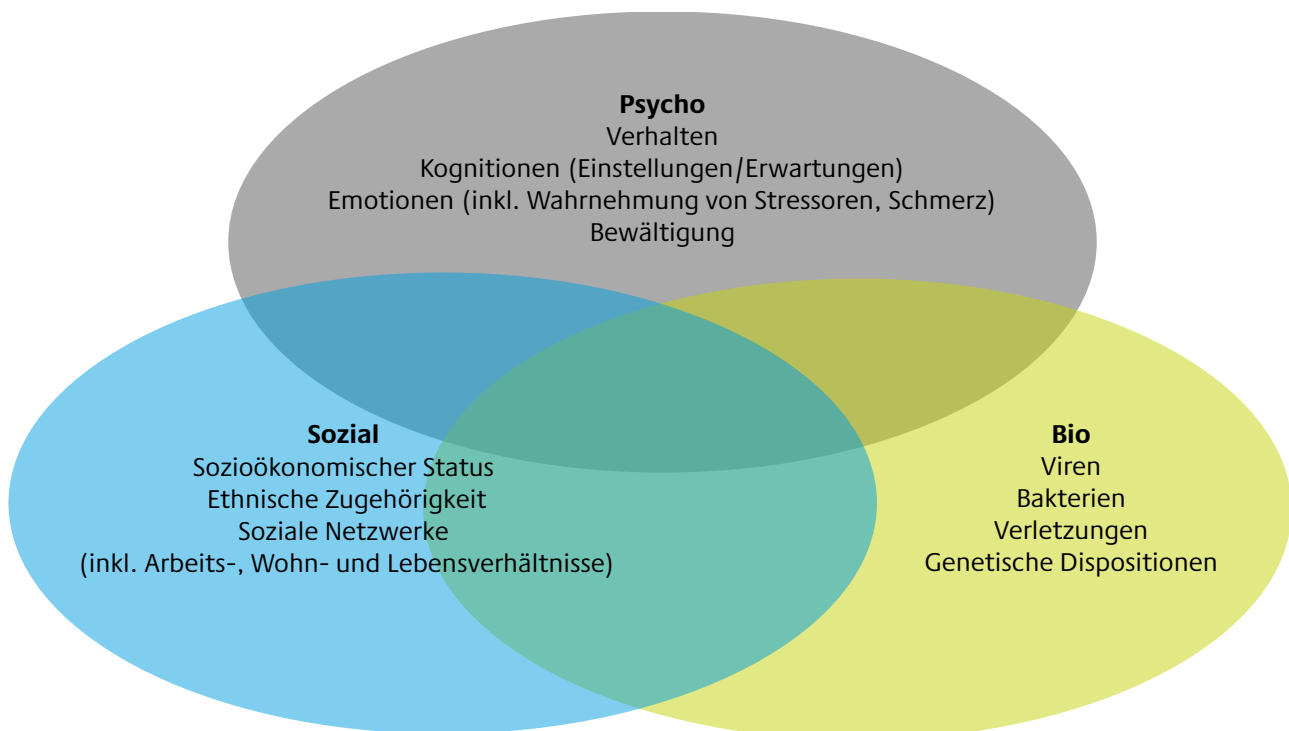
im Sinne eines „Entweder-oder“ als Gegenteil von Krankheit aufgefasst, sondern vielmehr relativ. Er deckt danach die gesamte Bandbreite zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit ab. Dies bedeutet: Es gibt nicht die absolute psychische Gesundheit oder Krankheit, sondern jeder Mensch wird sich in seinem Leben zwischen diesen Polen bewegen. Risikofaktoren und Resilienz haben einen entscheidenden Anteil daran, ob ein Mensch im Verlauf seines Lebens eher krank oder gesund sein wird.

Inwieweit psychische Gesundheit jeweils individuell vorliegt bzw. ausgeprägt ist, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, die biologisch, psychologisch oder sozial begründet sein können. Dazu gehören z.B. (epi-)genetische Faktoren, die psychosoziale Lebenssituation des Kindes bzw. die Qualität sozialer oder institutioneller Unterstützung ebenso wie andere öko- und soziokulturelle Rahmenbedingungen. Dabei wird ein dynamisches Zusammenspiel von Anlage und Umwelt bzw. von Genetik und Lernen auf unterschiedlichen Ebenen angenommen. Es gibt eine Vielzahl von Erklärungsmodellen zur Entwicklung von psychischer Gesundheit

bzw. Krankheit. Am einfachsten und gleichzeitig am besten erklärt das sogenannte biopsychosoziale Modell die Komplexität von psychischer Gesundheit (vgl. Abb. 1). Es berücksichtigt sowohl die verschiedenen Einflussfaktoren auf Entwicklung als auch deren Dynamik (Lippke/Renneberg 2006; Lerner 2002; Engel 1976).

Tatsächlich gehört zu den wichtigen entwicklungspsychologischen Erkenntnissen der vergangenen Jahrzehnte, dass Kinder von Beginn an mit ihrer sozialen und gegenständlichen Umwelt interagieren und ihre eigene Entwicklung über vielfältige Interaktionen aktiv mitgestalten (Sameroff u.a. 1998). Kinder und ihre Interaktionspartnerinnen bzw. -partner beeinflussen sich wechselseitig und fortlaufend (Sroufe 1996). Im günstigen Fall fördert individuell bezogenes und feinfühliges Verhalten wie das einer (früh-)pädagogischen Fachkraft gegenüber dem Kind und seinen jeweiligen (situativen) Bedürfnissen und Besonderheiten (Alter, Temperament etc.) dessen Ausgeglichenheit und Wohlbefinden in der Gruppe. Damit sind wesentliche Aspekte psychischer Gesundheit angesprochen.

Abb. 1: Das biopsychosoziale Modell



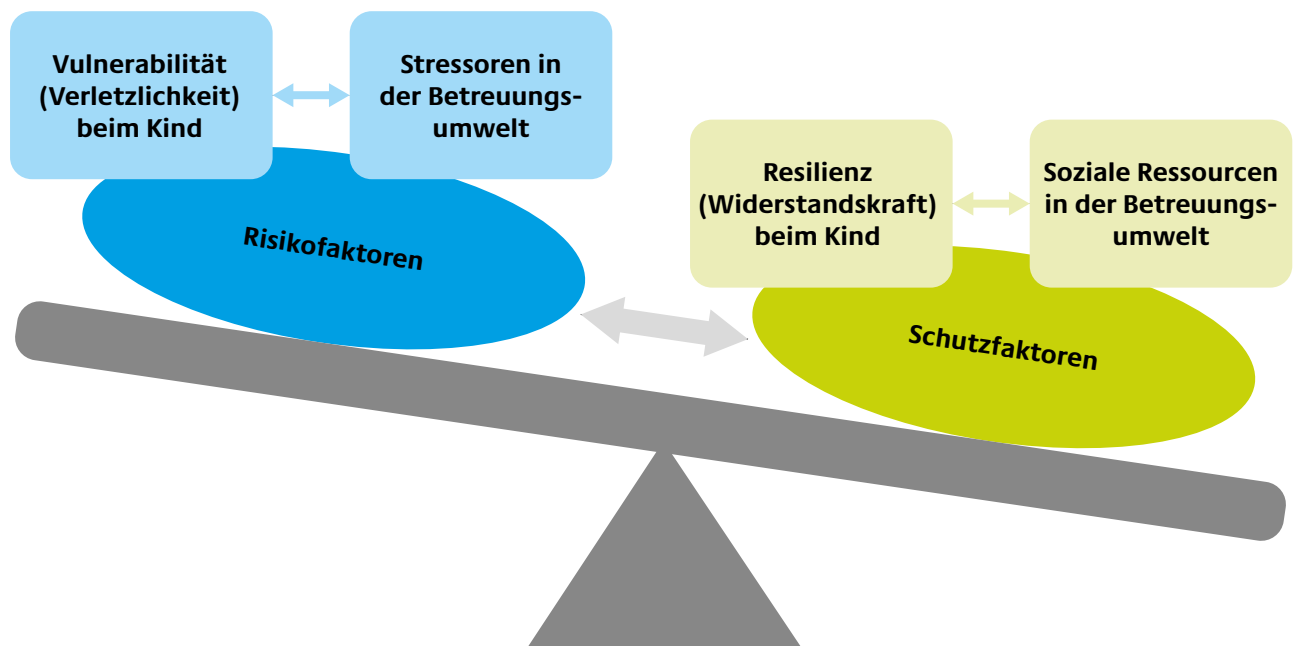
Quelle: Lippke/Renneberg 2006

Des Weiteren nimmt das biopsychosoziale Modell fördernde Faktoren und Risikofaktoren in der Entwicklung eines Menschen auf. Dazu können biologische Faktoren, wie z.B. eine bestimmte genetische Ausstattung gehören, aber auch psychische Faktoren, wie etwa ein ausgeglichenes oder impulsives Temperament oder soziale Faktoren, wie der sozioökonomische Status einer Familie. Alle Faktoren können sich im Sinne der Resilienzförderung günstig auf die Entwicklung auswirken oder ungünstig als Risikofaktoren. Inwieweit ein Kind in seiner spezifischen Lebenssituation eine gute Entwicklung nimmt oder ob ggf. Einschränkungen oder Gefährdungen bestehen, lässt sich mit dem Risiko- und Schutzfaktoren-Modell (vgl. Abb. 2) einschätzen. Risikofaktoren bedeuten nicht zwangsläufig, dass spezifische Risiken dazu führen, dass ein Kind z.B. eine psychische Problematik ausbildet, sondern dass eine höhere Wahrscheinlichkeit bei diesem Kind dafür

besteht, Probleme oder auch Störungsbilder zu entwickeln als bei nicht betroffenen Kindern.

Am einfachsten ist dies z.B. anhand sozialer Faktoren erklärbar: Armut gehört zu den stärksten Risikofaktoren für die psychische Gesundheit (Robert Koch-Institut (RKI) GEDA Survey 2022; Robert Koch-Institut (RKI) KIGGS Survey 2020). So kann etwa Arbeitslosigkeit in einer bis dahin stabilen Familie dazu führen, dass die psychische Belastung ansteigt und sich bei einem Elternteil eine depressive Störung entwickelt. Armut und Gesundheit sind in Deutschland eng miteinander verbunden: Armut bedingt einen schlechteren Gesundheitszustand (Lampert/Kuntz 2019). Gesundheitliche Risikofaktoren kumulieren in Armutslagen, was sowohl mit Verhaltens- (z.B. Rauchen, Zahngesundheit) als auch mit Verhältnisaspekten (z.B. Bildung, Zugang zu Präventionsmaßnahmen) zusammenhängt.

Abb. 2: Das Risiko- und Schutzfaktorenmodell



Quelle: Pillhofer/Fegert/Ziegenhain 2012

Aus dem KIGGS-Survey des Robert Koch-Instituts in Deutschland, einer regelmäßigen und repräsentativen Befragung zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, lässt sich ableiten, dass besondere familiäre Konstellationen Risiken für die psychische Gesundheit von Kindern bergen. Die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Belastung steigt zudem mit einer Kumulation

von Risikofaktoren an. Immer wieder in Studien replizierte Risikofaktoren sind psychische und physische Erkrankungen der Eltern, Gewalterfahrungen innerhalb der Familien sowie Verlust von nahestehenden Personen durch Trennung oder Tod und ein niedriger sozioökonomischer Status von Familien: Während 31 % aller Kinder und Jugendlichen mit einem niedrigeren

sozioökonomischen Status psychische Verhaltensauffälligkeiten zeigen, sind es in der Gruppe der Kinder mit einem hohen sozioökonomischen Status nur 11 %. Der Einfluss sozioökonomischer Faktoren steht auch in engem Zusammenhang mit elterlichem Stress, der wiederum einer der stärksten Prädiktoren für kindliche Auffälligkeit ist (Kölch u.a. 2022; Klipker u.a. 2018; Ziegenhain 2014; Lange u.a. 2014; Thyen 2007; Egle u.a. 2015). Oftmals bedingen sich entwicklungshemmende Faktoren gegenseitig. So gehen mit einer von Armut geprägten Kindheit oft auch ein höheres Risiko für Gewalt innerhalb der Familie, elterliche Belastungen, aber auch dysfunktionale Elternbeziehungen einher. Dies wiederum beeinflusst sehr stark das Stresserleben innerhalb der Familie. Einige Risikofaktoren wirken sich erst dann negativ auf die Entwicklung bzw. die psychische Gesundheit eines Kindes aus, wenn sie in spezifischen Entwicklungsphasen auftreten wie beispielsweise beim Übergang in eine frühpädagogische Einrichtung (Ravens-Sieberer u.a. 2007).

Demgegenüber können Schutzfaktoren wie verlässliche und vertrauensvolle Beziehungen, ein ausgeglichenes Temperament oder soziale – bzw. auch institutionelle – Unterstützung Risiken abpuffern. Als eine aus zahlreichen Forschungsarbeiten ableitbare Faustregel lässt sich formulieren, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von Problemen und Störungen dann besteht, wenn viele und chronische Risiken vorliegen, die sich aufaddieren und miteinander in Wechselwirkung stehen, und wenn gleichzeitig keine Schutzfaktoren vorhanden sind, die diese Risiken abfedern können (Rutter 2000). Letztlich geht es dann um Kinder, die in Familien leben, in denen chronische und schwerwiegende Überforderungssituationen bestehen.

Im Kontext des Zusammenspiels von Risiko- und Schutzfaktoren können frühpädagogische Einrichtungen einen wichtigen Schutzfaktor darstellen. Kinderbetreuungseinrichtungen können sowohl psychische Gesundheit bzw. Resilienz fördern als auch Ressourcen bereitstellen, um mögliche Entwicklungspotenziale eines Kindes zu fördern, auch gerade bei denjenigen Kindern, die Entwicklungseinschränkungen erleben. Als Ressourcen werden aktuell verfügbare Potenziale definiert, die nicht anderweitig gebunden bzw. noch nicht oder nicht mehr verfügbar sind. Hierbei lassen sich Individual- und Umfeldressourcen unterscheiden, die entweder angeboren sind oder aber im Verlauf der

Entwicklung erworben werden. Ressourcen können beispielsweise sozioemotionale Kompetenzen oder eine hohe Intelligenz von Kindern sein, ebenso ein wertschätzender und strukturgebender Erziehungsstil der Bezugsperson, soziale Unterstützung im sozialen Umfeld oder soziale Integration in die Peergroup (z.B. im Sport- oder Freizeitverein). Insbesondere frühe Förderung spielt bei der Entwicklung von Kindern eine wichtige Rolle. Im Sinne von Schutz- oder protektiven Faktoren können Ressourcen gezielt gefördert und aktiviert werden, um Fehlentwicklungen zu vermeiden bzw. als Kompensationsfaktoren Fehlentwicklungen auszugleichen. Dabei ist erst durch die Gegenüberstellung bestehender Probleme bzw. Risikofaktoren einerseits sowie Ressourcen und Schutzfaktoren andererseits eine Bilanz von Belastungen wie Kompetenzen und damit eine Entwicklungsprognose möglich (Ziegenhain 2008; Petermann/Schmidt 2006; Luthar/Zelazo 2003).

In den Kompensationsleistungen der Fachkräfte liegen hohe Chancen für frühpädagogische Einrichtungen, „soziale Teilhabe“ von Kindern zu verwirklichen, wie sie, verbunden mit dem Rechtsanspruch auf Bildung, in der UN-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben ist. Diesem Rechtsanspruch auf „Inklusion“ liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die Chancen, psychische Gesundheit im formulierten Sinne zu entwickeln, in unserer Kultur und Gesellschaft durchaus ungleich verteilt sind. Danach erschweren z.B. psychosoziale Belastungen in der Familie ebenso wie etwa auch seelische und/oder körperliche Behinderungen und/oder auch das Zusammenspiel mehrerer Risiken, dass Kinder sich psychisch gesund bzw. positiv entwickeln. Ihre soziale Teilhabe ist dann eingeschränkt. Im 13. Kinder- und Jugendbericht wurde für die professionellen Akteurinnen und Akteure bzw. für die beteiligten Institutionen dementsprechend der Auftrag formuliert, im Sinne der „Befähigungsgerechtigkeit“ individuell spezifisch und passgenau Teilhabe zu ermöglichen (BMFSFJ 2009). Tatsächlich ist damit auch ein wichtiges – in frühpädagogischen Einrichtungen bereits weitgehend etabliertes – pädagogisches Prinzip verbunden: jedes Kind in seiner individuellen Besonderheit wahrzunehmen, diese zu berücksichtigen und seine spezifischen Kompetenzen zu fördern (im Gegensatz zu einer „Normalisierungsstrategie“ bzw. „Gleichbehandlung“ aller Kinder).



Für die Praxis:

Ein Kind kann aufgrund seiner genetisch-neurobiologischen Ausstattung eine erhöhte Impulsivität und eine Hypermotorik aufweisen. Dies wäre nach dem biopsychosozialen Modell eher als ein Risiko für die psychische Entwicklung einzuschätzen, da es dadurch z.B. häufig soziale Regeln verletzt, schlechter lernen kann etc. In der Folge wird es häufiger ermahnt und weniger gelobt, was sich negativ auf den Selbstwert auswirken kann. Daraus können sich emotionale Probleme ergeben. Wenn nun aber ein eher verlässliches, regulierendes Umfeld mit einem günstigen Erziehungsstil als protektiver (schützender) psychischer Faktor wirkt, kann dies das Risiko kompensieren (entsprechend einem Resilienzfaktor) und damit die gesunde psychische Entwicklung fördern.

2.1 Gelingende versus auffällige Entwicklung

Kinder sind heute laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) so gesund wie noch nie zuvor (WHO 2019). Für die psychische Gesundheit zeigt sich in Deutschland, dass nach der KiGGS-Studie vier Fünftel aller Kinder in Deutschland keine Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit zeigen. In den letzten Untersuchungen, vor der Covid-Pandemie, hat sich diese Rate sogar noch leicht erhöht (Klipker u.a. 2018).

Faktoren, die sich offenbar günstig auf die psychische Gesundheit auswirken, sind nicht nur in Deutschland, sondern auch international ein guter sozioökonomischer Status der Familie sowie eine gute Bildung der Familienmitglieder (vgl. Abb. 2). Die (psychische) Gesundheit eines Kindes kann durch frühzeitige und qualitativ hochwertige pädagogische Förderung unterstützt bzw. können bei Risikokonstellationen auch Risikofaktoren kompensiert werden (Reynolds u.a. 2001; Largo 2000; Martin u.a. 1990).

Psychische Gesundheit bei Kindern in frühpädagogischen Einrichtungen zu fördern, bedeutet, individuelle Unterschiede ebenso wie altersabhängige Entwicklungsunterschiede zu berücksichtigen und ggf. soziale Ungleichheiten und/oder gesundheitliche Belastungen zu kompensieren. Dies setzt voraus, dass Fachkräfte gleichermaßen (Handlungs-)Wissen über einen „nor-

malen“ Entwicklungsverlauf bzw. über gelingende ebenso wie misslingende Entwicklungen haben.

Dieses (Handlungs-)Wissen ermöglicht es erst, Kinder adäquat zu fördern, realistische Entwicklungsmöglichkeiten abzuschätzen und im pädagogischen Alltag weder über- noch unterfordernd zu handeln. Unabhängig davon, ob sich Kinder gut bzw. unauffällig entwickeln, oder ob sie belastet sind oder gar Verhaltensauffälligkeiten zeigen, haben sie ein Recht darauf, dass ihre Bedürfnisse im erzieherischen Bereich wahrgenommen und angesprochen werden und sie bei ihren Entwicklungsaufgaben und -anforderungen unterstützt werden. Letztlich wird hier auch ein zentraler Aspekt von inklusiver Bildung und sozialer Teilhabe adressiert.

Entwicklungsaufgaben unterliegen universell auftretenden Verhaltensweisen in allen Entwicklungsbereichen (z.B. soziale Kompetenzen, kognitive, motorische Entwicklung), die in den jeweiligen entwicklungstypischen Phasen gemeistert werden und Voraussetzung für die Bewältigung der jeweils folgenden Entwicklungsaufgaben sind. Entwicklungsaufgaben erstrecken sich von der frühen Bindungsentwicklung über die physiologische, emotionale und Verhaltensregulation, sprachliche Kommunikation, Selbststeuerung, Moral- und Gewissensbildung oder soziale Kooperation bis hin zu den Anfängen sozialer Verantwortung und Autonomie im Vorschulalter. Ein Misslingen dieser entwicklungstypischen Entwicklungsaufgaben und -anforderungen lässt sich dann in wiederum entwicklungstypischen Problemverhaltensweisen oder gar psychischen Störungen beobachten (z.B. Regulationsstörungen im Kleinkindalter oder oppositionelles Trotzverhalten im Kindergartenalter, das über das entwicklungstypische Verhalten hinausgeht). Dabei lässt sich von einem integrativen Verständnis von Entwicklung ausgehen. Veränderungen etwa im Bereich der sozialemotionalen Entwicklung lassen sich nicht ohne Einbezug kognitiver, emotionaler, motorischer oder neurobiologischer Aspekte beschreiben. Diese unterliegen jeweils (alters-)spezifischen Entwicklungskompetenzen bzw. setzen diese voraus (Thompson 1994). Biologische Reifungsprozesse bilden die Basis für diese Entwicklungskompetenzen. Reifung beginnt vorgeburtlich und umfasst Prozesse, die dem Menschen über die Lebensspanne u.a. Lernen, Wahrnehmung, Empfinden und Bewusstsein ermöglichen. Biologische (Sprache, Motorik, Kognition, Blasen- und Darmkontrolle) und psychische Reifung (Motivation,

soziale emotionale Entwicklung, Persönlichkeit) entwickeln sich in Abhängigkeit voneinander. So ist die sprachliche Entwicklung verknüpft mit der sozialen Entwicklung des Kindes, da im sozialen Miteinander das Nachahmen nicht nur ein wichtiger Entwicklungsschritt, sondern auch eng mit Sprache verbunden ist. Das Kind muss sprachlich verstehen, was verlangt ist, um in soziale Interaktion treten zu können (zum Beispiel: „Gib mir den Ball.“).

Tatsächlich bestehen große Unterschiede darin, wie Kinder ihre Entwicklung durchlaufen. Dies gilt für *alle* Kinder. Interindividuelle Unterschiede sind temperamentsbedingt oder auch geschlechtsspezifisch. So beginnt etwa die Sprachentwicklung bei Mädchen im Durchschnitt früher als bei Jungen, allerdings besteht eine große Variabilität im individuellen Vergleich. Interindividuelle Unterschiede beruhen zudem auf unterschiedlichen Lern- und Interaktionserfahrungen in Beziehungskontexten, auf unterschiedlichen Entwicklungstempi und darauf, dass Entwicklung nicht unbedingt kontinuierlich in allen Entwicklungsbereichen vonstattengeht. Dabei interagieren und beeinflussen sich biologische bzw. reifungsbedingte und erfahrungsbedingte Faktoren gegenseitig und erhöhen die Vielfalt von Unterschieden bei Kindern.

Für das Verständnis von gelingender bzw. misslingender Entwicklung lässt sich danach von einer Bandbreite mit fließenden Übergängen ausgehen, die sich von positiver Entwicklung bis hin zu klinisch relevanten Störungsbildern erstreckt. Dieses Verständnis entspricht einer sogenannten dimensional Auffassung.

Eine dimensionale Auffassung trägt den großen interindividuellen Unterschieden in der Entwicklung von Kindern Rechnung. Tatsächlich dürften in der Praxis z.B. die Übergänge zwischen einem Kind mit einem herausfordernden Temperament, das häufig unruhig oder ungeduldig ist, und einem Kind mit einer diagnostizierten Aufmerksamkeitsstörung bisweilen fließend sein. Gemäß dieser dimensional Auffassung lassen sich Verhaltensprobleme bzw. -auffälligkeiten oder -störungen am ehesten in Abhängigkeit von der Intensität oder dem Ausprägungsgrad eines spezifischen Verhaltens einschätzen (Ziegenhain/Fegert 2012). Dabei wird auch dem jeweiligen (Beziehungs-)Kontext, in dem das Kind lebt, Bedeutung beigemessen. Tatsächlich lässt sich insbesondere bei kleinen Kindern davon ausgehen, dass ihr Wohlbefinden bzw. ihre psychische Gesundheit maßgeblich von den Erziehungs- und

Beziehungskompetenzen ihrer nahestehenden Bezugspersonen mit beeinflusst wird, und zwar in unterschiedlichen Settings. Zu diesen gehören neben der Familie auch die frühpädagogischen Einrichtungen. Dies entspricht der mittlerweile empirisch gut abgesicherten Auffassung der ethologischen Bindungstheorie. Dies bedeutet auch, dass Belastungen, Verhaltensauffälligkeiten und -störungen bei Kindern häufig nur im Kontext mit spezifischen Bezugspersonen oder von bestimmten Situationen auftauchen, zumindest dann, wenn das Kind nicht behindert und/oder organisch vorgeschädigt ist. Ein Kind kann hoch belastet in der Interaktion mit einem Elternteil wirken und in der Interaktion mit dem anderen Elternteil oder einer Fachkraft in der Einrichtung unbelastet und positiv reagieren (Ziegenhain/Fegert 2012). Insofern ist die kausale Zuschreibung von Verhalten in dieser Altersphase schwierig.

Krippen, Kindergärten und Vorschulen (später auch Schulen) bieten als wichtige Lebens- und Interaktionsorte der Kinder große kompensatorische Chancen zur Förderung psychischer Gesundheit. Besondere Aufmerksamkeit gilt hierbei auch den sogenannten „normativen Übergängen“, also etwa der Eingewöhnung von der Familie in das erweiterte Setting der frühpädagogischen Einrichtung, dem Übergang in eine neue Gruppe oder dem Übergang in die Schule. Dies sind sensible Phasen, die für alle Kinder mit – meist vorübergehenden – Belastungen verbunden sein können, denn das Kind wird einer unbekannteren Umgebung mit neuen Regeln, Personen und Strukturen ausgesetzt. Es werden neue Anforderungen an die sozialen und kommunikativen Kompetenzen des Kindes gestellt, was bei ihm zu Irritationen führen kann. In wenigen Fällen können sich in solchen Phasen des Übergangs auch klinisch relevante Störungen manifestieren. Insgesamt lässt sich aus der Breite entwicklungspsycho(patho)logischer Konzepte und Befunde ableiten, dass jedes Kind in seiner Individualität zu sehen ist. Dies entspricht einer Haltung, die im pädagogischen Alltag in Kindertagesstätten bereits weitgehend gelebt wird.

Ist die strukturelle Voraussetzung eines kontinuierlichen Beziehungsangebotes gegeben, können zuverlässige und regelmäßige Kontakte zum Kind gerade in solchen Fällen kompensatorisch auf die Entwicklung wirken, bei denen Risiken bestehen. Ganz praktisch bedeutet dies z.B. im Rahmen einer gesunden psychischen Entwicklung, dass z.B. kurze, aber intensive Einzelzuwendungen notwendig sind, Trost und Nähe

gespendet werden bei Frustration oder Verletzung und die Bezugspersonen regelmäßige Elternkontakte übernimmt.

2.2 Psychische Störungen

Wenngleich sich die Mehrzahl aller Kinder positiv und psychisch gesund entwickelt, zeichnete sich in den vergangenen Jahren ab, dass psychische Störungen und Auffälligkeiten in Industrienationen eine zunehmende Bedeutung für die Kindergesundheit haben. Gemäß den oben erwähnten Zahlen bedeutet dies, dass fast 20 % aller Kinder psychische Belastungen aufweisen. Psychische Belastungen sind damit ein relevantes Gesundheitsthema. Psychische Belastungen werden in der *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS)* z.B. als hyperaktives Verhalten, emotionale Probleme, Ängste und ähnliches definiert. Nicht alle der Kinder, die KiGGS zufolge psychische Auffälligkeiten zeigten, sind auch psychisch krank. Denn KiGGS erfasst Auffälligkeiten und keine psychischen Störungen. Wenn man strengere Kriterien anlegt, wie sie für psychische Störungen gelten, so weisen ca. 6 % der Kinder in Deutschland behandlungsbedürftige psychische Störungen auf. Obwohl diese Zahl an sich schon relevant ist, erhält sie zusätzliche Bedeutung dadurch, dass psychische Störungen in dieser sensiblen Phase Entwicklung behindern können. Zudem ist aus Langzeituntersuchungen bekannt, dass diese Kinder auch im weiteren Leben ein erhöhtes Risiko für psychische Probleme und Störungen haben. Über den Entwicklungsverlauf hinweg können die Symptome und die Störungsbilder wechseln.

Psychische Störungen zeigen eine altersbezogene Geschlechtswendigkeit. Das bedeutet: Im frühen Kindesalter sind vermehrt Jungen betroffen (Auffälligkeiten im Sozialverhalten, Aufmerksamkeitsdefizite und Hypermotorik), während ab der Pubertät öfter Mädchen von psychischen Symptomen betroffen sind (v.a. Angst, Depression, Essstörungen und psychosomatische Beschwerden) (Klipker u.a. 2018).

Häufige Störungsbilder bei Kindern sind Angststörungen, aggressiv-dissoziale Störungen und depressive Störungen oder eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS). Über die Lebensspanne hinweg betrachtet beginnt die Hälfte aller Angststörungen vor dem 11. Lebensjahr. Generell zeigen Untersuchungen,

dass sich bei über der Hälfte aller psychischen Störungen, die im Erwachsenenalter bestehen, bereits vor dem 18. Lebensjahr Symptome zeigten oder manifest bestanden (Thom u.a. 2021; Klipker u.a. 2018; United Nations 2015; Acheson 1988).

Gerade in der frühen Kindheit besteht aufgrund der phasentypischen Abfolge von Symptomen die Chance, durch präventive Unterstützung bzw. ggf. auch therapeutische Interventionen negative Verläufe zu verhindern (Papousek 2002). Wiederkehrende Probleme bzw. Störungen zeigen sich dann entlang von jeweils alterstypischen Entwicklungsanforderungen (Entwicklungsheterotypie) (Schmid u.a. 2013; Schmid/Goldbeck 2010). Damit ist gemeint, dass z.B. eine frühe Regulationsstörung wie exzessives Schreien, das mit Dysphorie (ängstlich-bedrückte, gereizte Stimmungslage) bei der primären Bezugsperson verbunden ist, zu einem oppositionellen Trotzverhalten werden kann, das sich später hin zu einem impulsiv-dissozialem Verhalten verändern kann – und im weiteren Verlauf mit depressiven Symptomen und/oder Substanzabusus verbunden ist.

Obwohl viele Störungsbilder wie z.B. ADHS eine starke genetisch-neurobiologische Komponente aufweisen, sind gerade die frühe Prävention von zusätzlichen Risikofaktoren wie etwa einem ungünstigen Erziehungsstil und die Intervention bei Symptomen (z.B. Impulsivität gegenüber anderen Kindern) essenziell für den weiteren Verlauf der Störung und die Ausprägung der Symptome. Der pädagogische Kontext spielt also auch bei psychischen Störungen im Kindesalter eine entscheidende Rolle.

Hintergrund:

Kategoriale vs. dimensionale Einteilung von psychischen Störungen

Eine psychische Störung ist durch ein bestimmtes typisches Symptommuster gekennzeichnet und in den meisten Fällen auch dadurch, dass diese Symptome mindestens über einen längeren Zeitraum bestehen müssen und deutliche Beeinträchtigungen zur Folge haben. Generell stellen klinisch relevante psychische Störungen im Kindesalter meist Phänomene dar, die dimensional überstark oder entwicklungsgemäß normalerweise nicht mehr in dieser Form auftreten. Die Symptome einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) sind beispielsweise keine kategorial anderen Symptome, als sie Kinder generell zeigen: Kinder sind in der Regel unruhiger und haben kürzere Aufmerksamkeitsspannen als Erwachsene und reagieren impulsiv. Bei einem von ADHS betroffenen Kind liegen diese Symptome aber deutlich stärker als bei nicht betroffenen Kindern vor, sie sind also stärker ausgeprägt. Ein anderes Beispiel: Ängste treten entwicklungsphysiologisch typischerweise bei Kindern auf. Ein 5-jähriges Kind jedoch, das sich aus Angst nicht von den Bezugspersonen trennen kann, zeigt kein kategorial anderes Phänomen, vielmehr tritt die Angst zu einem Zeitpunkt auf, in dem sie nicht mehr als entwicklungstypisch eingeschätzt wird. Symptome psychischer Störungen bewegen sich meist also auch auf einer dimensional Ausprägung.

Psychische Störungen wurden aber lange kategorial eingeteilt. Dies bedeutet, dass eine bestimmte Ausprägung und ein bestimmtes Muster von Symptomen klar eine Grenze übersteigen, die zwischen gesund und krank zu ziehen ist. Die jeweiligen Kriterien, die der Klassifikation einer Störung zugrunde liegen, sind in Klassifikationsschemata definiert. Bisher und auch noch aktuell gilt die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten – 10 (ICD-10-WHO). Die Forschung hat allerdings gezeigt, dass ein „Entweder-oder“-Prinzip oft nicht zielführend ist: zum einen, weil Kinder durchaus ernsthafte Probleme haben können, obwohl sie nicht das „Vollbild“ einer Kategorie aufzeigen, und zum zweiten, weil inzwischen bekannt ist, dass in der Entwicklung die Verläufe wechselnd und fließend sein können. Deshalb hat sich in der psychiatrischen Klassifikation verstärkt ein dimensionales Modell durchgesetzt. Dieses wird die neuere Klassifikation (ICD-11) prägen und in den kommenden Jahren die ICD-10 ablösen. Es wird dann keine klassische Einteilung z.B. von autistischen Störungen mehr geben. Vielmehr können z.B. die individuellen Symptome einer Autismus-Spektrumsstörung auf einer dimensional Achse mehr oder weniger stark ausgeprägt sein. Dennoch ist psychiatrischen Diagnosen immanent, dass immer ein gewisser Schwellenwert **überschritten** sein muss, bevor eine Diagnose gestellt wird. Die kategoriale Ebene wird also nicht komplett verlassen



Für die Praxis:

Komplexität der Entwicklung psychischer Störungen: Die Ängstlichkeit eines Kindes wird dann zu einer Angststörung, wenn ein bestimmtes Symptommuster, also starke Angst mit Vermeidung des Kontakts z.B. gegenüber anderen Kindern, oder Symptome wie Bauchschmerzen und auch entsprechende Folgen wie etwa die Vermeidung des Besuchs der frühpädagogischen Einrichtung auftreten. Motorische Unruhe allein ist keine Grundlage für die Diagnose ADHS, sondern es muss ein übermäßig starkes Muster an Hyperaktivität in mehreren Situationen und Lebensbereichen konstant vorliegen, ebenso eine deutliche Konzentrationspro-

blematik, die eindeutig von der für dieses Alter erwartbaren Konzentrationsfähigkeit abweicht.

Typische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter

Im Kleinkind- und Kindergartenalter zeigen sich entwicklungstypische Probleme etwa in Regulations- und Bindungsstörungen, in oppositionellem Verhalten, emotionalen Störungen, ADHS oder einer Störung des Sozialverhaltens. Psychische Störungen im Kindesalter werden übergreifend in zwei Kategorien eingeteilt, die internalisierende (Probleme mit der eigenen Person) und externalisierende Auffälligkeiten (Probleme

im Umgang und Zusammenleben mit anderen) unterscheiden (Döpfner u.a. 1997).

Internalisierende Probleme zeichnen sich häufig durch Ängste oder Depressivität aus, wohingegen Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität sowie aggressives oder dissoziales Verhalten zu externalisierenden Problemen zählen (Ihle/Esser 2002).



Für die Praxis:

Kinder mit Symptomen externalisierenden Verhaltens fallen auf. Deshalb wird externalisierendes Verhalten auch schnell von pädagogischen Fachkräften wahrgenommen. Kinder mit internalisierenden Auffälligkeiten, wie etwa emotionale Störungen oder Ängste, fallen anderen i.d.R. weniger auf, weil Kinder mit dieser Symptomatik weniger „stören“ – im Gegenteil, sie werden als angepasst wahrgenommen und deshalb auch häufiger übersehen.

Im Folgenden werden psychische Störungen kurz beschrieben – geordnet nach dem Alter des Kindes, denn es gibt verschiedene „sensible“ Zeitpunkte, zu denen sich typischerweise bestimmte psychische Störungen manifestieren (Steinhausen 2019). Der Verlauf einer dieser Störungen kann anhaltend (chronisch) oder vorübergehend (episodisch) sein.

- Im **Säuglingsalter (0 bis 12 Monate)** treten bei 20 bis 25 % der körperlich gesunden Säuglinge Regulationsstörungen auf, die die *Nahrungsaufnahme* (med. „Fütterung“) und den *Schlaf* betreffen. Häufig äußern sie sich auch in *exzessivem Schreien*. Ab wann es sich um ein Verhalten mit Störungsrelevanz handelt, ist durch bestimmte Kriterien festgelegt und wird durch psychiatrisch-pädiatrische Fachleute festgestellt. Bei der Mehrzahl dieser Kinder ist die Störung während der ersten drei Lebensmonate passager, d.h. sie tritt nur vorübergehend in kritischen Entwicklungsphasen auf. Regulationsstörungen haben einen hohen interaktionellen Aspekt, da sie die affektive (emotionale) und physiologische (körperlich-funktionelle) Regulation kindlicher Bedürfnisse durch die Bezugsperson betreffen.
- Anhaltende oder neu auftretende Regulations-schwierigkeiten bis ins **Kleinkindalter (1 bis 3 Jahre)** betreffen den Schlaf in Form von *In-* und *Hyper-somnien* (Schlaflosigkeit und stark erhöhtes Schlaf-

bedürfnis) und *Parasomnien* wie *Pavor Nocturnus* (unerwünschte Verhaltensweisen beim Einschlafen, im Schlaf oder beim Aufwachen wie „Nachtschreck“, Schlafwandeln etc.). Betroffen sind etwa 1 bis 6 % der Kinder, Jungen häufiger als Mädchen. Ebenso treten Störungen bei der Nahrungsaufnahme auf. Unter leichten bis mittelschweren Fütterstörungen leiden 15 bis 25 % der Kleinkinder, 3 bis 10 % unter schweren (Thiel-Bonney/von Hofacker 2014). Dazu zählen *sensorische Nahrungsmittelaversionen* (Vorliebe und Abneigung gegenüber bestimmten Lebensmitteln oder einer besonderen Beschaffenheit bestimmter Lebensmittel), *Pica* (Essen ungenießbarer Dinge wie etwa Erde, Abfälle, Kot), *Ruminationsstörungen* (Hochwürgen der Nahrung), *Essstörungen mit Überessen* oder *eingeschränkter Nahrungsmittelaufnahme* bis zur *frühkindlichen Anorexie* (Magersucht).

- Affektive Störungen äußern sich in kleinkindlicher *Depressivität* und *Trennungsangst*. Eine besondere Rolle kommt den *Bindungsstörungen* bezüglich ihrer Tragweite und Bedeutsamkeit für die langfristige Entwicklung der Kinder zu, wenngleich sie glücklicherweise nur selten vorkommen. Nur 1% der Kinder sind hiervon betroffen, gehäuft treten diese Störungen bei Heim- und Pflegekindern auf (von Klitzing u.a. 2015).
- Im Übergang zum **Vorschulalter (4 bis 6 Jahre)** treten die oben genannten *Ängste* und *Depressivität* ebenfalls bei sehr wenigen Kindern auf (unter 1%). Daneben gibt es *phobische Ängste* (v.a. vor Tieren) und äußerst selten auch *Zwangsstörungen*. Betroffen sind hiervon nur 0,026 bis 0,2 % der 5- bis 7-jährigen, wobei sich bei Jungen ein früherer Störungsbeginn zeigt (Carter u.a. 2010; Ruscio u.a. 2010). Weiterhin werden zunehmend ADHS-Symptome (Schlack u.a. 2007) sowie Sozialverhaltensstörungen beobachtet, von denen Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen (von Klitzing u.a. 2015).

Eine Sonderrolle nehmen autistische Störungen ein: Die Symptome zeigen sich früh (meist vor dem 3. Geburtstag), sind aber oft so unspezifisch und im Entwicklungsverlauf anfangs schwer von „normaler“ Entwicklung abzugrenzen, sodass sie lange nicht eindeutig zugeordnet werden können. Autistische Kinder zeigen schon sehr früh Besonderheiten, die vornehmlich die soziale Interaktion, die Entwicklung der Kommunikation und

die Ausbildung repetitiver stereotyper Verhaltensmuster betreffen. Legt man die dimensionale Kategorisierung an, sind ca. 1% der Kinder betroffen, wobei Jungen die Symptome etwa vier Mal häufiger aufweisen als Mädchen. Die Sonderrolle der autistischen Störungen besteht darin, dass die Symptome eindeutig neurobiologisch begründet sind und völlig unabhängig von äußeren Einflüssen wie Bindung und Erziehungsstil vorkommen. Vorwürfe, die sich viele betroffene Eltern machen, sind daher unbegründet (DGKJP/DGPPN 2016). Allerdings spielt im weiteren Verlauf der Umgang mit der Symptomatik, die Förderung sowohl in der Familie als auch in pädagogischen Einrichtungen eine entscheidende Rolle. Individuell kann dies die Ausprägung der störungsbedingten Teilhabebeeinträchtigung beeinflussen.

Vor allem im Kindesalter wird in der Behandlung und Prävention insbesondere die Beziehung des Kindes mit den Eltern in den Fokus genommen, denn die primären Bezugspersonen sind es, die den Säugling bzw. das Kind koregulieren, d.h. es bei der Regulierung emotionaler Zustände unterstützen. Ist die Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind belastet oder gar gestört, kann das zu Einschränkungen der psychischen Gesundheit führen. Problematische elterliche Beziehungsqualitäten sind u.a. ein über- oder unterinvolviertes elterliches Verhalten, ärgerlich-feindliches Verhalten, ängstliches Elternverhalten und missbräuchliches Verhalten (Zero to Three 2005). Dies äußert sich an einem Ende des Spektrums in übermäßig dominantem, inkonsistentem, ambivalentem bzw. emotional invasivem Verhalten gegenüber dem Kind und am anderen Ende in wenig feinfühligem Verhalten gegenüber den kindlichen Bedürfnissen bis hin zur Vernachlässigung. In der Folge können in der kindlichen Entwicklung erhebliche Defizite in der kognitiven, sozialemotionalen und auch körperlichen Entwicklung auftreten. Als entscheidend für die Entstehung von psychischen Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter gelten insuffiziente Fürsorge (fehlende oder nicht bedürfnisangepasste Reaktion auf das Kind), sozialemotionale Vernachlässigung (Invalidierung von Gefühlen, soziale Isolation etc.), aber auch häufige Wechsel primärer Bezugspersonen.



Für die Praxis:

Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Auffälligkeiten sind als Abweichung von der normalen Entwicklung definiert, die die Entwicklung von Kindern beeinträchtigen können. Vorübergehend auftretende Auffälligkeiten sind von länger bestehenden Auffälligkeiten abzugrenzen. Verhaltensauffälligkeiten können Hinweise auf ein Überforderungserleben oder sogar eine psychische Störung sein, diese sollte durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte wie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen bzw. -psychiater und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. -psychotherapeuten diagnostiziert bzw. abgeklärt werden.

3 Verlässliche Beziehungen in der frühpädagogischen Einrichtung als Ausgangsbasis psychischer Gesundheit

Verlässliche und kontinuierliche Beziehungen mit nahestehenden Menschen sind wesentliche Grundlage für die psychische Gesundheit bei kleinen Kindern. Dies lässt sich evolutionspsychologisch ableiten. Gemäß dieser Annahme gehört die Fürsorge für die Nachkommen in der menschlichen Stammesgeschichte zu denjenigen Verhaltensbereichen, die biopsychologisch am stabilsten sind (Ellis/Bjorklund 2012; Rauh 2010). Insbesondere kleine Kinder sind in hohem Maße auf Fürsorge und Schutz durch nahestehende Bezugspersonen angewiesen. Zudem lernen Kinder evolutionsgestützt besonders effektiv und wachsen intuitiv und selbstverständlich in soziale Beziehungen hinein. In engen Bindungsbeziehungen werden negative Emotionen und Stress über einen psychobiologischen Mechanismus reguliert. Dieser „Automatismus“ funktioniert zwingend bei Belastung, allerdings nur in der Beziehung mit vertrauten Bindungspersonen. Bindung reduziert also Angst. Kleine Kinder entwickeln in Bindungsbeziehungen zunehmend Kompetenzen, die Intensität ihrer Gefühle und Impulse zu regulieren (Ziegenhain/Fegert 2022; vgl. Guttman-Steinmetz/Crowell 2006). Dabei profitieren Kinder davon, Beziehungen mit verschiedenen nahestehenden Bezugspersonen einzugehen. Die in unserer Kultur und Gesellschaft gelebte und weitgehend abgegrenzte Kernfamilie mit einem oder zwei Kindern ist in der biologischen und soziologischen Entwicklungsgeschichte noch sehr jung. Menschen lebten immer in Gruppen, Familienverbände waren zudem generationenübergreifend (der römische Begriff der „Familia“ umfasst eine solcherart breite Definition). Insofern hatten Kinder historisch und kulturell betrachtet immer mehrere Bezugspersonen. Sie sind gut in der Lage und biologisch dafür ausgestattet, zu mehr als zwei oder drei Personen wesentliche Bindungsbeziehungen aufzubauen (Fegert 2012). In unserer sogenannten „Postmoderne“ wachsen zunehmend mehr Kinder in der Folge von Trennung und Scheidung in Patchworkfamilien mit vielfältigen Betreuungsarran-

gements auf (Hegemann u.a. 2021; AIDA: Kuger/Walper 2021). Diese veränderten Rahmenbedingungen des Aufwachsens von Kindern schließen auch die Betreuung in frühpädagogischen Einrichtungen mit ein.

Die ethologische Bindungstheorie wurde und wird nicht ganz zu Unrecht dafür kritisiert, dass sie die Bedeutung und die Entwicklungsvorteile von engen Bindungen überwiegend auf die Beziehung mit den Eltern reduziere. Tatsächlich herrschte in der Bindungstheorie lange die Annahme vor, dass sich Kinder nur an eine Person, vorzugsweise die Mutter binden und nur diese Beziehung entwicklungsfördernd sei. Diese Annahme wurde längst revidiert. Dennoch lässt sich in der frühpädagogischen Praxis beobachten, dass Fachkräfte durchaus verunsichert sind, inwieweit sie sich Kindern als Bindungsperson anbieten sollen bzw. inwieweit sie überhaupt „Ersatz-Bindungspersonen“ sein können. Hier liegt die Interpretation nahe, dass auch in frühpädagogischen Einrichtungen implizit von einer familienentsprechenden Vorstellung einer Bindungsbeziehung ausgegangen wird. Daran anschließend wird kritisiert, dass die „herkömmliche“ Bindungsauffassung ein „westliches Mittelschichtideal“ präferiere und wenig kultursensibel sei (Keller 2019).

Allerdings wird innerhalb der Bindungsforschung seit Langem diskutiert, das implizite Festhalten an einer dyadischen Sichtweise, also einer Zweierbeziehung wie z.B. der Mutter-Kind-Beziehung, auf eine (realistischere) Sicht von „Beziehungsnetzen“ hin zu verändern (Ziegenhain/Fegert 2014; van Ijzendoorn/Sagi 2008; Tavecchio/van Ijzendoorn 1987). Deren Bedeutung lässt sich zunehmend aus Befunden kulturübergreifender Studien ableiten (Keller 2019). In der engeren bindungstheoretischen Forschung ist die empirische Befundlage bisher eher uneindeutig. So scheint es insbesondere jenseits des Kindergartenalters so zu sein, dass die Qualität der Bindung mit der Mutter für sich allein genommen spätere soziale emotionale ebenso wie kognitive Kompetenzen des Kindes am besten voraussagt (Ahnert/Pinquant/Lamb 2006; Wolff/van Ijzendoorn 1997). Andere Studien aber zeigten eindrucksvoll, dass sich z.B. spätere Kompetenzen von Kindern am besten vorhersagen ließen, wenn nicht nur einzelne Beziehungen wie die zur Mutter, sondern alle Beziehungen im sozialen Netz berücksichtigt wurden. Danach konnten etwa soziale Kompetenzen bei 5-Jährigen nicht aus der Qualität der Bindung mit der Mutter vorhergesagt werden, wohl aber, wenn neben der Bindung mit der Mutter

auch die mit dem Vater und der Erzieherin (Metapilot) berücksichtigt wurde (van Ijzendoorn/Sagi-Schwartz 2008; Sagi/van Ijzendoorn 1996). Liselotte Ahnert und ihre Arbeitsgruppe zeigten, dass motivationale und sozialkognitive Kompetenzen in der Grundschule im Zusammenhang mit positiven Beziehungserfahrungen sowohl im Elternhaus als auch im Kindergarten stehen (Ziegenhain/Fegert 2014; Ahnert u.a. 2013; Ahnert u.a. 2012). Daraus lässt sich also ableiten, dass Erzieherinnen und Erzieher zu einer gelingenden Entwicklung von kleinen Kindern beitragen bzw. ggf. schwierige Bedingungen im familiären Umfeld kompensieren können.

Tatsächlich sind soziale Beziehungen mit Erzieherinnen und Erziehern in der frühpädagogischen Einrichtung eigenständige und bedeutungsvolle Beziehungen. Insbesondere bei jungen Kindern können diese durchaus auch Bindungsbeziehungen sein. Aus der Perspektive der Kinder geht es darum, dass sie sich im „Setting“ der Einrichtung bei Kummer und Belastung an eine vertraute und zugewandte Bezugsperson wenden können, bei der sie Schutz und emotionale Sicherheit finden und die sie bei der Regulation ihrer Gefühle bzw. auch ihrer Stressregulation unterstützt.

Diese Kriterien lassen sich als Aspekte entwicklungsfördernden Verhaltens beschreiben und gehören zum wesentlichen Kern von Betreuungsanforderungen, die von unterschiedlichen Autorinnen und Autoren einigermaßen übereinstimmend charakterisiert werden. Diese Betreuungsanforderungen lassen sich universell über unterschiedliche Kulturen hinweg beobachten, auch wenn sie in ihrer jeweiligen Ausprägung variieren (LeVine 1998). Demnach wird für eine gelingende Erziehung und Entwicklung vorausgesetzt, dass der Schutz des Kindes und seine körperliche Versorgung sichergestellt sind, seinen Bedürfnissen nach emotionaler Wärme und einer stabilen vertrauensvollen Bindungsbeziehung entsprochen wird und es feinfühlig Unterstützung bei seiner Emotionsregulation erfährt. Weiterhin wird vorausgesetzt, dass soziale Beziehungen mit anderen Menschen sichergestellt und ggf. organisiert und gesteuert werden. Weitgehende Übereinstimmung besteht zudem darin, dass solcherart angemessenes Verhalten außerdem Erkundung und Lernen ermöglichen und fördern soll bzw. Lernangebote und -möglichkeiten bereitgestellt und/oder organisiert werden. Damit geht einher, dass die soziale und gegenständliche Welt für kleine Kinder moderiert und interpretiert wird (Ziegenhain 2008).

Die beschriebenen Betreuungsanforderungen sind wesentliche Kriterien dafür, dass Kinder eine emotional stabile und verlässliche Beziehung mit einer oder mehreren Fachkräften in der Einrichtung etablieren können. Sie lassen sich als Fundament für die Förderung psychischer Gesundheit im Hinblick auf die Dimension der Prozessqualität beschreiben. Tatsächlich belegen bisherige Studien, dass Kinder in Einrichtungen nicht unbedingt mit jeder pädagogischen Fachkraft eine bindungsähnliche Beziehung aufbauen. Wenn aber Beziehungen aufgebaut wurden, so die Ergebnisse einer Metaanalyse mit mehr als 3.000 Erzieherin-Kind-Paaren aus 40 Studien, waren es überwiegend Beziehungen zu solchen Erzieherinnen, die stabil und zuverlässig verfügbar waren, und zwar gleichermaßen emotional wie auch regelmäßig physisch anwesend (Ahnert u.a. 2006).

Weitergehend lässt sich ableiten, dass positive Beziehungen zu pädagogischen Fachkräften nicht nur Entwicklungsvorteile mit sich bringen, sondern sich auch günstig auf die psychische Gesundheit und die Bildung der Kinder auswirken. Danach zeigten sich Zusammenhänge zwischen einer positiven Beziehung von Kindergartenkindern zu ihrer Erzieherin und einer positiven kognitiven sowie sprachlichen Entwicklung oder sozialemotionalen Kompetenzen (Beckh u.a. 2014; Ahnert u.a. 2013; Ahnert u.a. 2012; O'Connor u.a. 2012; Burchinal u.a. 2010; Mashburn u.a. 2008; Pianta u.a. 1995).

Spezifische Qualitäten pädagogischer Beziehungen

Tatsächlich gibt es zunehmend empirische Belege dafür, dass pädagogische Beziehungen eigenständig sind bzw. sich von denen zu den Eltern auch unterscheiden. Liselotte Ahnert und Kollegen arbeiteten auf der Basis der erwähnten Metaanalyse heraus, dass im Setting Kindertageseinrichtung ein übergreifendes „Gruppenklima“ eine wesentliche Besonderheit der Beziehung zur pädagogischen Fachkraft darstellt. Wenngleich individuelle Interaktionen zwischen Erzieherinnen bzw. Erziehern und Kindern ausschlaggebend für deren jeweilige Beziehung und deren Qualität sind, erfordert Beziehungsgestaltung in Gruppen auch, dass Aufmerksamkeit und Zuwendung geteilt werden, und die Bezugsperson die Gruppe beobachtet und steuert (Ahnert 2014; Ahnert u.a. 2006). Beobachtung und Steuerung durch die Bezugsperson beinhalten die Förderung der kindlichen Wahrnehmung, Denk- und

Sprachentwicklung oder Bewegungsfähigkeit. Hier liegt die Schnittstelle zum Bildungs- und Förderauftrag. Innerhalb dieses gruppenspezifischen Rahmens lassen sich Eigenschaften beschreiben, die in ihrer jeweiligen Zusammensetzung und Gewichtung die Qualität von Bindungsbeziehungen ausmachen. Neben den erwähnten Aspekten emotionale Zuwendung, Sicherheit und Stressreduktion, die auch in familiären Beziehungen wesentlich sind, zeichnet sich eine pädagogische Beziehung zudem durch sogenannte Assistenz aus. Sie wird dann relevant, wenn Kinder nicht mehr allein zurechtkommen und Hilfe suchen bzw. bekommen. Ein weiteres Merkmal ist die Unterstützung bei der Exploration, die von der Bezugsperson Kompetenzen und Einfühlungsvermögen verlangt, um sich adäquat in die jeweilige explorative Aktivität des Kindes einzubringen und dessen eigenaktiven Wissenserwerb zu unterstützen (Ahnert 2009; Ahnert/Harwardt 2008; Booth u.a. 2003). Diese letzten beiden Eigenschaften waren in der Beziehung von Vorschulkindern zu ihren Erzieherinnen und Erziehern besonders bedeutsam und förderten die wichtigen bildungsbezogenen Aspekte in der Beziehung (Ahnert 2007).

4 Rahmenbedingungen zur Förderung psychischer Gesundheit im pädagogischen Alltag

Verlässliche und emotional tragfähige Beziehungen mit pädagogischen Fachkräften sind also wesentliche Grundlage zur Förderung psychischer Gesundheit. Inwieweit und wie umfassend sich Kinder emotional in der Einrichtung aufgehoben fühlen bzw. inwieweit darauf aufbauend explizit Angebote zur Gesundheitsförderung systematisch etabliert werden, lässt sich aus den alltäglichen Interaktionen mit dem Kind bzw. aus der Gestaltung von Gruppenaktivitäten ableiten. Diese Aspekte von Prozess- bzw. Interaktionsqualität dürften, ähnlich wie im Kontext von optimalen Bildungs- und Entwicklungsprozessen, auch für die Förderung psychischer Gesundheit wesentlich sein (Schelle u.a. 2020; Weltzien u.a. 2017). Diverse Studien weisen darauf hin, dass die Bedeutung einer positiven Beziehungsgestaltung in frühpädagogischen Einrichtungen gut akzeptiert und im Alltag gemeinsamer Interaktion generell wahrgenommen wird (Wadepohl/Mackowiak 2016).

4.1 Eingewöhnung als Qualitätskriterium psychischer Gesundheit

Unmittelbar bindungstheoretisch ableitbar ist die systematische Gestaltung einer sogenannten „Eingewöhnung“ von der Familie in das erweiterte Setting der frühpädagogischen Einrichtung als ein zentraler Aspekt psychischer Gesundheit. Eingewöhnungsprozesse sind unabdingbar, damit kleine Kinder im neuen und (noch) unvertrauten Setting der frühpädagogischen Einrichtung neue Beziehungen mit einer oder mehreren Fachkräften aufbauen können. Denn die psychobiologische Regulation und Stressreduktion bei kleinen Kindern ist daran geknüpft, dass das Kind eine Bindungsbeziehung zu einer vertrauten Bezugsperson etabliert hat. Fremde bzw. nicht vertraute Menschen können ein Kind in seiner Stressregulation nicht unterstützen, selbst wenn sie sich feinfühlig um seine Bedürfnisse bemühen. Umgekehrt führen abrupte Übergänge

in eine neue und unvertraute Umgebung dann, wenn keine vertraute bzw. alternative Bezugsperson zur Verfügung steht, zwingend zu massiven psychobiologischen Belastungen bzw. auch physiologisch messbaren Stressreaktionen (erhöhte Herzrate, reduzierte respiratorische Sinusarrhythmie, erhöhter Cortisolspiegel). Aufgrund ihrer evolutionären Verankerung sind solche Belastungsreaktionen bei abrupten Trennungen universell und treten bei allen Kindern auf.

Der Übergang in die Einrichtung, aber auch Gruppenwechsel, die Trennung von den anderen Kindern in der Gruppe bzw. der Übergang in die Schule stellen per se eine große Anpassungsanforderungssituation für *alle* kleinen Kinder dar. Alle Kinder reagieren gemäß des „Bindungsautomatismus“ belastet. Dabei wurde und wird in der Praxis nicht selten zwischen Kindern unterschieden, die bei einer Trennung protestieren und solchen, die vermeintlich nicht reagieren. Damit wird unterstellt, dass die letztgenannten Kinder weniger Unterstützung und Eingewöhnungszeit benötigten und vermutlich unsicher gebunden seien. Gottfried Spangler und Klaus E. Grossmann zeigten als erste, dass auch bei denjenigen Kindern, die in Trennungssituationen nicht oder wenig negativ reagierten, sowohl Herzrate als auch Cortisolspiegel nachweislich ebenso anstiegen wie bei den Kindern, die deutlich protestierten (Spangler/Grossmann 1993). Liselotte Ahnert belegte, dass Kleinkinder erhebliche Belastungen zeigten, wenn sie ohne Eingewöhnung in eine frühpädagogische Einrichtung wechselten (Ahnert 2004). In zwei anderen Studien zeigte sich, dass eine sogenannte „sanfte“ Eingewöhnung“ in der Einrichtung eine positive Rückwirkung auf die Eltern-Kind-Beziehung hatte: Diejenigen Kinder, die nach einigen Monaten Krippenerfahrung sicher mit ihren Müttern gebunden waren, hatten signifikant bedeutsam häufiger eine sanfte Eingewöhnung mit Anwesenheit ihrer Mutter erlebt (Ziegenhain/Wolff 2000; Rauh u.a. 2000). Die Bedeutung einer systematischen Eingewöhnung lässt sich aus universellen und kultur- bzw. milieuübergreifenden Reaktionen von Kindern ableiten. Diese sind unabhängig von Bindungsqualitäten, sondern resultieren aus den psychischen Grundbedürfnissen nach Kompetenz, Autonomie und Bindung von Kindern (Wertfein u.a. 2017).

In den vergangenen Jahren wurden Eingewöhnungskonzepte in frühpädagogischen Einrichtungen zunehmend etabliert (Curriculum Winzig Stiftung,

Ziegenhain u.a. 2022; Berliner Eingewöhnungsmodell, Laewen u.a. 2015; Münchner Eingewöhnungsmodell, Winner 2015). Sie werden, so die Praxiserfahrungen, unterschiedlich systematisch durchgeführt bzw. in unterschiedlicher Weise an die jeweiligen Bedürfnisse von Kindern angepasst. Ziel ist z.B. eine flexible Gestaltung des Eingewöhnungsprozesses, die das Alter des Kindes oder seine individuellen Bedürfnisse (z.B. Temperament) berücksichtigt. Dabei finden sich durchaus schematisch-rigide Durchführungen, die, unter Missachtung der Bedürfnisse eines individuellen Kindes bzw. seines Zeitempfindens, eine Eingewöhnung etwa am Freitag mit der Mutter beginnen, um sie dann am Montag mit einem langen Vormittag und für das Kind neuen Fachkräften fortzusetzen. Praxisbeobachtungen lassen vermuten, dass hier bisweilen eher das „Format Eingewöhnung“ abgearbeitet wird und weniger entwicklungspsychologisches (Handlungs-)Wissen im Vordergrund steht bzw. auf individuelle Hinweise geachtet wird, aus denen sich die Befindlichkeit des Kindes ablesen lässt (Ziegenhain u.a. 2022). Weitergehend kritisiert wird, dass Eingewöhnungsmodelle teilweise zu eng an das Bindungskonzept angelehnt sind und auch Familien aus unterschiedlichen Kulturen zu wenig berücksichtigen (Keller 2019). Angesichts der großen Anzahl von Kindern mit Migrationshintergrund in frühpädagogischen Einrichtungen besteht hier ein Desiderat, Eingewöhnungskonzepte weiterzuentwickeln bzw. zu modifizieren. Aktuell haben 34% der Kinder zwischen 3 und 6 Jahren, die eine frühpädagogische Einrichtung besuchen, einen Migrationshintergrund (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022). Diese Familien könnten von Eingewöhnungsprozessen profitieren, bei denen ihr eigener kultureller Hintergrund und ggf. auch ihre Wünsche verstärkt berücksichtigt werden.

4.2 Dimensionen von Strukturqualität im Kontext psychischer Gesundheit

Die Ausgestaltung von beziehungsbezogener Interaktion im Alltag und die Konzipierung von Angeboten zur Förderung psychischer Gesundheit ist indirekt abhängig von Rahmenbedingungen, wie sie durch die Dimension der Strukturqualität beschreibbar sind. Hierzu gehören insbesondere der Fachkraft-Kind-Schlüssel ebenso wie die Qualifizierung der Fachkräfte (Vierni-

ckel/Fuchs-Rechlin 2015; Tietze u.a. 2013). In Deutschland liegt der Fachkraft-Kind-Schlüssel für die Gruppen der unter 3-Jährigen im Bundesdurchschnitt derzeit bei 1:3,8 (d.h. eine Vollzeitkraft ist zuständig für 3,8 ganztägig betreute Kinder). Für die Gruppen der Kinder von 3 Jahren bis Schuleintritt liegt er bei 1:8,1. Hierbei ist der Personalschlüssel für beide Altersgruppen in Westdeutschland deutlich besser als in Ostdeutschland (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022).

Bezogen auf den Fachkraft-Kind-Schlüssel zeigten sich sowohl in der NICHD-Studie als auch in der *Nationalen Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der Frühen Kindheit* (NUBBEK) statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen einem günstigen Personalschlüssel und feinfühligem bzw. wenig kontrollierendem Verhalten der Fachkräfte im Umgang mit den Kindern. Zudem zeigten Kinder häufiger Verhaltensweisen, die auf emotionales Wohlbefinden hindeuteten und weniger aggressive Verhaltensweisen (Tietze u.a. 2013; NICHD Early Child Care Research Network 2002).

Dass sich auch das Qualifizierungsniveau von pädagogischen Fachkräften auf ihr pädagogisches Handeln im Umgang mit den Kindern auswirkt, zeigte sich in unterschiedlichen Studien in Deutschland, aber auch international. Neben einer internationalen Metaanalyse, in der insbesondere Auswirkungen auf das pädagogische Lernumfeld belegt wurden (Manning u.a. 2017), zeigte sich spezifisch für Aspekte psychischer Gesundheit in der NUBBEK-Studie, dass Fachkräfte in Deutschland mit höherem pädagogischen Abschluss sensibler mit Kindern im Krippenalter interagierten (NUBBEK, Tietze u.a. 2013). Umgekehrt belegte die NICHD-Studie für die USA, dass Fachkräfte, die gar nicht bzw. eher wenig qualifiziert waren, eine deutlich geringere Qualität in der Interaktion mit den Kindern zeigten (Lin/Magnuson 2018; NICHD Early Child Care Research Network 2002). Das weist auf eine Bedeutsamkeit des Qualifizierungsniveaus hin, auch wenn für die Förderung psychischer Gesundheit bisher keine substanzielle Datengrundlage vorhanden ist. Die Ausbildung für pädagogische Fachkräfte in Deutschland erfolgt weitgehend über die Fachschulen für Sozialpädagogik (650 Fachschulen in privater, meist kirchlicher Trägerschaft). Allerdings wird die Ausbildung zunehmend pluralisiert, etwa über Kindheitspädagogik als akademische Ausbildung bzw. – noch wenige – Hochschulstudiengänge der Sozialpädagogik, der

Sozialen Arbeit und der Erziehungswissenschaft. Insgesamt gibt es wenig Informationen bzw. Daten über das Kompetenzprofil von Fachkräften in frühpädagogischen Einrichtungen. Im 2022 erschienenen Bildungsbericht wird diese Informationslücke explizit als Desiderat formuliert, auch deswegen, weil wichtige Informationen fehlen, um darauf aufbauend systematische Fort- und Weiterbildungskonzepte zu entwickeln (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022).

Angesichts der positiven Weiterentwicklungen ist es schmerzlich, dass im Bereich der frühpädagogischen Förderung ein enormer Fachkräftemangel besteht, der konstruktive Entwicklungen auch im Kontext psychischer Gesundheit in der kommenden Zeit zumindest abbremsen dürfte. In der Bildungsberichterstattung wird der Fachkräftemangel als große Herausforderung herausgestellt. Prognostiziert wird, dass bis zum Jahr 2025 bis zu 70.000 Fachkräfte in Westdeutschland fehlen dürften. Dies, obwohl relativ zu früheren Jahren deutlich mehr Fachkräfte ausgebildet wurden. Als Grund werden u.a. der Ausbau von Plätzen und auch die Coronapandemie angeführt. Demgegenüber wird für die Einrichtungen in Ostdeutschland kein nennenswerter Bedarf an weiterer personeller Ausstattung prognostiziert (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022).

Grundsätzlich gilt: Ein früherer Eintritt in die frühpädagogische Einrichtung wirkt sich positiv auf die Entwicklung der Kinder v.a. in Bezug auf ihr Kommunikationsverhalten und ihre Alltagsfähigkeiten aus (Tietze u.a. 2013). Das pädagogische Fachpersonal kann familiäre Strukturen oder Risiken meist nicht vollständig kompensieren. Es kann aber die psychische Gesundheit von Kindern auch bei Risikokonstellationen in ihrer Lebenswelt fördern. Frühpädagogische Einrichtungen sind somit ein Ort der kompensatorischen Förderung: Sie können die Defizite in den Familien nicht direkt beheben, aber zum Ausgleich dieser beitragen. In diesem Rahmen nehmen sie eine besondere Rolle ein, da sie sehr früh in der Entwicklung der Kinder Einfluss nehmen können, bevor sich Verhaltensmuster verfestigen (Egert/Hopf 2018).

4.3 (Besseres) Erkennen von psychischen Belastungen: strukturierte oder standardisierte Beobachtungsverfahren als Ansatz für Handlungskonzepte?

Ein frühes Erkennen psychischer Belastungen ist Voraussetzung dafür, schnell und ggf. niedrigschwellig Interventionen einzuleiten und so dazu beizutragen, psychischen Belastungen früh entgegenzuwirken. Strukturierte oder standardisierte Instrumente zur Beobachtung könnten helfen, Auffälligkeiten besser zu erkennen.

Allerdings schauen pädagogische Fachkräfte bereits jetzt kompetent auf die Entwicklung der Kinder. Sie beobachten ihr Verhalten im Verlauf über die Zeit hinweg und beziehen ggf. auch ihre familiäre Situation mit ein. Besteht ein Verdacht auf eine Verhaltensauffälligkeit, wird in Abhängigkeit des Bundeslandes und der Einrichtungsressourcen in zwei Dritteln aller Kindertagesstätten eine individuelle systematische Beobachtung durchgeführt (Kliche u.a 2009a).

Essenzielle Grundlage für den (systematischen) Einsatz von Beobachtungsinstrumenten und Screenings wäre, dass a) daraus ein Handlungskonzept abgeleitet wird und b) ein vertrauensvoller Kontakt des pädagogischen Personals zu den Eltern bzw. den Bezugspersonen besteht, um sich über Befunde oder Ergebnisse auszutauschen und individuelle Förderung zu ermöglichen. Beobachtungsinstrumente sind allerdings nur dann sinnvoll, wenn daraus Handlungskonsequenzen bzw. Förderung abgeleitet wird. Damit geht einher, dass Förderung zwar weitgehend im pädagogischen Setting der Einrichtung durchgeführt wird, aber, wenn möglich, unter Einbezug und mit der Unterstützung der Eltern.

Inwieweit und wie intensiv pädagogische Fachkräfte bei Beobachtung und Förderung des Kindes den Kontakt zu den Eltern suchen bzw. die jeweilige familiäre Situation berücksichtigen, scheint auch von der eigenen wahrgenommenen Verantwortlichkeit und individuellen Einstellung in Bezug auf die eigene Rolle als Expertin bzw. Experte für die Entwicklung des Kindes zu sein (Hoffer 2020). Sicherheit in der eigenen Beobachtungskompetenz spielt zudem eine Rolle dabei, ob entsprechende Beobachtungen den Eltern bzw. Bezugspersonen kommuniziert werden. Hinzu kommt, dass Sicherheit in der eigenen Fachkompetenz bzw. Aufgabenbeschreibung auch mit beeinflusst, ob das

Gespräch mit Eltern gesucht, und insbesondere, wie es geführt wird. Interessanterweise werden pädagogische Fachkräfte von Eltern meist nicht als primäre Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner bei Problemverhaltensweisen ihrer Kinder wahrgenommen: Sie wenden sich bei Verhaltensauffälligkeiten eher an Kinderärztinnen bzw. -ärzte oder direkt an Fachberatungsstellen (Hoffer/Bengel 2020). Insofern besteht hier durchaus ein Weiterentwicklungsbedarf (Peitz 2004). Dieser bezieht sich auch auf weitergehende Qualifizierung der Fachkräfte, damit sie die komplexe Problematik kindlicher Auffälligkeiten im Verhalten gegenüber der psychisch gesunden Entwicklung richtig einzuordnen vermögen: Oftmals scheint es Zuschreibungen allein in Richtung des familiären Umfeldes der Kinder zu geben. Dies stigmatisiert nicht nur, sondern erfordert selbst bei einer zutreffenden Einschätzung besondere kommunikative Fertigkeiten, um eine Änderungsbereitschaft bei den Eltern zu wecken (Schwab 2016; Peitz 2004). Eltern können möglicherweise die Situation, die sich aus einer Gruppensozialisation ergibt, nicht im familiären Umfeld nachvollziehen, da sich das Kind hier anders verhält (Hoffer 2020).

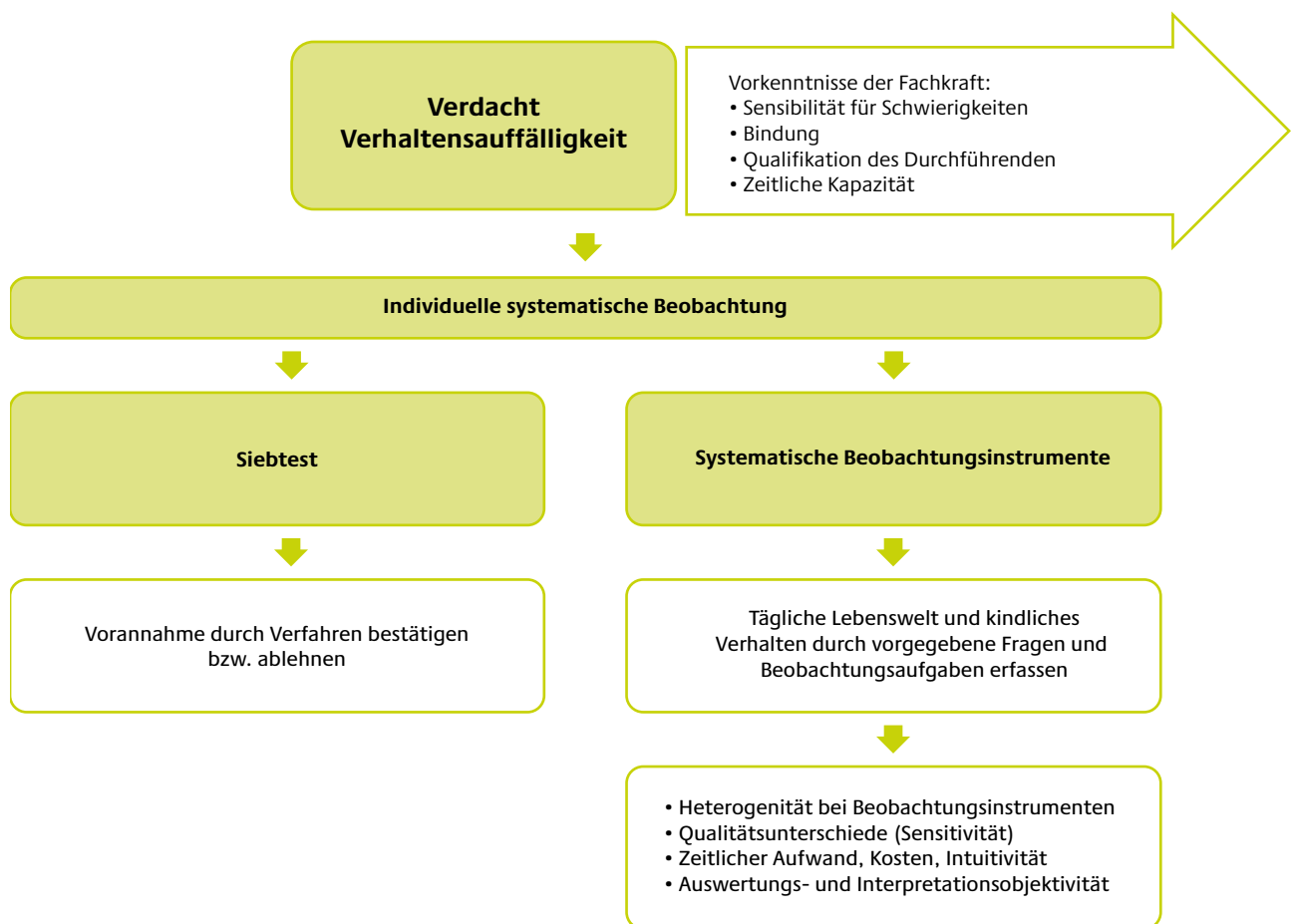
Eine proaktive Rolle der (früh-)pädagogischen Fachkräfte kann die Kooperation zwischen Eltern und Kindertagesstätte befördern, bedarf aber auch der Qualifizierung der Erzieherinnen und Erzieher und einer klaren Definition ihrer Rolle und Aufgaben. Hierzu zeigen Forschungsbefunde, dass Fachkräfte in Kindertagesstätten ihre eigenen Kompetenzen bereits bei der Empfehlung von weiterführenden Beratungs- und Interventionsmöglichkeiten als eher gering einschätzen, bzw. diese dadurch erhöht werden können, dass Integrationsfachkräfte oder Heilpädagogen und Heilpädagoginnen unterstützend zur Verfügung stehen. Ebenso können externe Kooperationen mit anderen Fachberaterinnen und Fachberatern die eigene Kompetenzwahrnehmung erhöhen (Fröhlich-Gildhoff u.a. 2013; Fröhlich-Gildhoff/Strohmer 2011).

4.4 Standardisierte Beobachtungsinstrumente oder Einschätzungsverfahren und Möglichkeiten des Einsatzes

Entsprechende Instrumente bzw. Verfahren können in Beobachtungsinstrumente und Siebtests unterschieden werden. Während Beobachtungsinstrumente die tägliche Lebenswelt des Kindes erfassen und unter Zuhilfenahme von vorgegebenen Fragen und Beobach-

tungsaufgaben die verschiedenen Facetten des kindlichen Verhaltens abbilden, haben Siebtests (sogenannte Screenings) die Aufgabe, eine Vorannahme durch ein Verfahren zu bestätigen oder abzulehnen. Wenn beispielsweise der Verdacht auf eine motorische Entwicklungsverzögerung vorliegt, unterstützt das eingesetzte Screeningverfahren bei der Einschätzung, ob und in welchem Ausmaß die Verzögerung vorhanden ist (vgl. Abb. 3).

Abb. 3: Einsatz von Diagnostikinstrumenten



Quelle: eigene Darstellung

Qualität und Güte von Beobachtungsinstrumenten bzw. Screenings variieren dabei stark (Flender 2005). Es liegen sowohl eigens intern angefertigte Beobachtungsbögen (in etwa 25 % der frühpädagogischen Einrichtungen) vor wie auch standardisierte Verfahren. Die Sensibilität der (früh-)pädagogischen Fachkräfte für Schwierigkeiten, die Bindung zwischen Kind und (früh-)pädagogischen Fachkräften, die Qualifikation

des oder der Durchführenden und die zeitlichen Kapazitäten zur Durchführung entscheiden hauptsächlich darüber, ob überhaupt ein Beobachtungsinstrument zum Einsatz kommt (Kliche u.a. 2009b; Allen 2007).

Wie im Gesamtspektrum des Bildungssektors gibt es auch länderspezifische Unterschiede, welche Verfahren in frühpädagogischen Einrichtungen eingesetzt werden bzw. inwieweit sie dann noch jeweils bezüglich der

angewandten pädagogischen Ausrichtung und Zielstellung weiter ausdifferenziert werden. Entsprechend breit gefächert sind die Methoden und der Einsatz von Instrumenten zur Einschätzung von Entwicklungsstand, Verhalten bzw. auch von Verhaltensauffälligkeiten. Das am häufigsten beschriebene Verfahren stellt dabei nach wie vor die „freie“ Entwicklungsbeobachtung dar, zu der diverse Empfehlungen für die Dokumentation und Interpretation vorliegen (Flender/Wolf 2012). Auf Länderebene werden mehr oder weniger verpflichtend eigens entwickelte Beobachtungsbögen in frühpädagogischen Einrichtungen eingesetzt, die Aufschluss über den Entwicklungsstand des Kindes geben sollen und Grundlage für weitere Handlungsempfehlungen sind. Dies geschieht im Rahmen der Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern in frühpädagogischen Einrichtungen basierend auf den 16 Bildungs- und Orientierungsplänen der Bundesländer – es gibt jedoch je nach Bundesland gewisse Unterschiede darin, inwieweit bzw. wie weitgehend dabei auch psychische Gesundheit behandelt wird. Insgesamt schließt sich der Einsatz von Beobachtungsinstrumenten bzw. von Screeningverfahren an die 1) individuelle Beobachtung der Fachkraft, 2) den Abgleich im Team und 3) das Gespräch mit den Eltern an. Tabelle 1 im Anhang zeigt Verweise und Empfehlungen der Bundesländer für den Einsatz von diagnostischen Instrumenten. Häufig verwendete Beobachtungsinstrumente bzw. Screeningverfahren zur Erfassung des Entwicklungsstandes von Kindern in Kindertageseinrichtungen sind in Tabelle 2 im Anhang zusammengefasst. Daneben sind diagnostische Instrumente im Einsatz, die spezifisch zur Feststellung von Entwicklungsauffälligkeiten genutzt werden, wenn entsprechende Anhaltspunkte gegeben sind. Die Instrumente berücksichtigen dabei verschiedene Entwicklungsbereiche (Motorik, kognitive Entwicklung, Sprache, sozioemotionale Entwicklung und lebenspraktische Fertigkeiten (Petermann/Macha 2015). Zeitlicher Aufwand der Durchführung und Auswertung, Anschaffungskosten bzw. Sorgfalt in den Durchführungsanweisungen variieren stark zwischen den Instrumenten, ebenso wie auch psychometrische Aspekte (sogenannte Testgüte, z.B. geringe Sensitivität). Eine positive Ausnahme bildet das *Dortmunder Entwicklungsscreening DESK* (Tröster u.a. 2005), das trotz einer ökonomischen bzw. praktischen Handhabbarkeit nur selten zum Einsatz kommt (Kliche u.a. 2009b). Vor allem die Auswertungs- und Interpretationsobjekti-

vität ist bei vielen Verfahren nicht gegeben, sodass in Abhängigkeit des oder der Test-Durchführenden unterschiedliche Bewertungen der Auffälligkeiten abgegeben werden. Ursächlich dafür sind u.a. zu kurz gefasste Hinweise zur Testdurchführung, Testauswertung und Interpretation der Kennwerte sowie eine fehlende Einarbeitung der Fachkräfte in Bezug auf Anwendung der Instrumente und Auswertung der Testergebnisse. Insgesamt hält eine Vielzahl der aktuell eingesetzten Instrumente wissenschaftlichen und praxisgestützten Kriterien nicht stand. Bei der Testentwicklung wird teilweise nur ungenügend auf die wissenschaftlich geltenden Gütekriterien geachtet zugunsten einer einfacheren Handhabbarkeit. So liegen veraltete oder nur begrenzt übertragbare Normierungen vor, um zu entscheiden, ob es sich tatsächlich um eine Abweichung handelt bzw. werden sehr spezifische Verhaltensweisen erfragt, die der Aufgabe eines Verhaltensscreenings mit breitem Spektrum nicht gerecht werden. Wird zusätzlich der zeitliche Aufwand für die Fachkräfte bedacht, kann der Nutzen der angewandten Instrumente hinterfragt werden.

Aus dem klinischen bzw. kinderpsychiatrischen Kontext stammen Screeninginstrumente, die sowohl in epidemiologischen Studien als auch im Rahmen von Präventionsuntersuchungen eingesetzt werden. Solche Screeninginstrumente, wie z.B. der *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ, Goodman 1997) oder die *Child Behavior Checklist 2-3* (CBCL, Koot u.a. 1997), erfragen psychische Symptome durch die relevanten Bezugspersonen wie Eltern oder Erzieherinnen und Erzieher. Bei diesen Verfahren ist jeweils der Altersbereich zu beachten, für den sie normiert sind (vgl. Kap. 6.5).

Zum Screening von (potenzieller) Kindeswohlgefährdung wurde darüber hinaus beispielsweise der *Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz* (Thurn/Künster 2013, siehe Anhang) zum internen Gebrauch für die Kindertagesbetreuung entwickelt. Er soll Erzieherinnen und Erziehern, Tageseltern und anderen im Frühbereich Tätigen dabei helfen, systematisch Risiken und Anhaltspunkte für Kindesvernachlässigung, -misshandlung oder -missbrauch in Familien zu erkennen, um ggf. möglichst frühzeitig und präventiv Unterstützung anbieten zu können. Der Wahrnehmungsbogen wurde in ersten Studien evaluiert (Künster u.a. 2011).

Der Bogen dient für sich allein genommen nicht dazu, eine endgültige Entscheidung darüber zu treffen,

ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder nicht. Er unterstützt dabei, die eigene Wahrnehmung strukturiert zu erfassen, um sich so ein umfassendes Bild hinsichtlich drohender oder bestehender Gefährdungslagen des Kindes zu machen und Belastungen der Familie durch verschiedene Risikofaktoren besser zu erkennen. Er dient dazu zu entscheiden, inwieweit eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ (nach § 8b SGB VIII) hinzugezogen werden soll.

Der Bogen enthält Fragen zur familiären Situation (Abschnitt A), die in erster Linie der Ressourcenermittlung dienen, wahrgenommene Anhaltspunkte für Kindesvernachlässigung, -misshandlung und -missbrauch (Abschnitt B) und einzelne empirisch belegte Risiko- und Belastungsfaktoren (Abschnitt C). Die erfragten Risiken unterscheiden sich in beiden Versionen, da je nach Alter der Kinder und Betreuungskontext andere Belastungsfaktoren relevant werden und wahrgenommen werden können. Grundlage von Abschnitt C ist der von Heinz Kindler (2009) entwickelte *Anhaltbogen für ein vertiefendes Gespräch*.

Zusammenfassend steht eine Vielzahl an Instrumenten mit unterschiedlicher Testgüte und Praktikabilität zur Verfügung, die teilweise Aspekte der psychischen Gesundheit mit einschließen. Ein systematischer Einsatz solcher Instrumente würde vermutlich die Rate der Kinder erhöhen, bei denen Belastungen oder Auffälligkeiten wahrgenommen werden. Allerdings ist der Einsatz solcher Instrumente insgesamt in die Frage der Qualitätsentwicklung, Vernetzung und Entwicklung von Handlungskompetenz der Fachkräfte einzubetten (vgl. Kap. 6.5).

5 Psychische Gesundheit und Kinderschutz – die Rolle frühpädagogischer Einrichtungen

Psychische Gesundheit ist, wie beschrieben, stark von Umfeldfaktoren abhängig. Dabei ist insbesondere die psychische Gesundheit kleiner Kinder stark geprägt von ihrem unmittelbaren Beziehungsnetzwerk, in dem sie aufwachsen. Diese biologisch verankerte Beziehungsabhängigkeit wird dann problematisch, wenn Bezugspersonen aufgrund ihrer eigenen schwierigen Beziehungsvorerfahrungen ihrer Verantwortung nicht nachkommen können, emotional zuverlässig für das Kind zu sorgen. Es besteht ein – empirisch abgesicherter – Zusammenhang zwischen einem sogenannten dysfunktionalen Verhalten von engen Bindungspersonen und dem Risiko, dass Kinder misshandelt, vernachlässigt und/oder sexuell missbraucht werden (Madigan u.a. 2006). Damit wird auch evident, dass es Faktoren gibt, die direkt gefährdend auf die psychische Entwicklung von Kindern wirken können.

Tatsächlich sind Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch in der Kindheit die stärksten Prädiktoren für die Entwicklung psychischer Störungen – ein Leben lang. Solche kritischen Lebensereignisse in dieser Entwicklungsperiode werden in der Fachsprache als „Adverse Childhood Experiences“ (ACE) bezeichnet. Gerade in der frühen Kindheit erleben Kinder solche schwierigen Erfahrungen in ihrem unmittelbaren Beziehungsnetzwerk. Es ist bekannt, dass solche ACEs bzw. im schlimmsten Fall auch Gewalt gegen Kinder insbesondere in engen (Bindungs-)Beziehungen bzw. in der Familie auftreten, aber auch in anderen Bildungs- und Betreuungskontexten, in denen Kinder aufwachsen. Dies gilt insbesondere für Kinder bis zum Grundschulalter (Ziegenhain u.a. 2016; Pinheiro 2006). Insofern befinden sich damit Kinderbetreuungseinrichtungen unmittelbar auch im Bereich des Kinderschutzes. Dass Gewalt und vor allem sexuelle Übergriffe auch in Betreuungskontexten wie etwa in Kindertageseinrichtungen stattfinden, wurde lange Zeit eher negiert bzw. wurden Übergriffe in Einrichtungen als spektakuläre Einzelfälle betrachtet (Kadera

u.a. 2018). Wenn Fälle von Gewalt und Übergriffen in Einrichtungen stattfanden, wurden sie weitgehend als individuelles Versagen interpretiert bzw. mit der individuellen Pathologie einzelner Täter oder Täterinnen in den Institutionen begründet (Fegert u.a. 2013). Dass bei sexueller Gewalt in Institutionen auch strukturelle Aspekte eine beträchtliche Rolle spielen, wurde lange nicht bzw. nicht systematisch diskutiert. Mit den sogenannten Missbrauchsskandalen, die vor mehr als zehn Jahren zuerst am Canisius-Kolleg in Berlin, der Odenwaldschule oder im Kloster Ettal bekannt wurden, entwickelte sich, verbunden mit immer weiteren Fällen und betroffenen Institutionen, eine breite Debatte. Diese hält bis heute an und führte zu weitreichenden Veränderungen im Kinderschutz. Unter anderem wurde ein Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ eingerichtet – unter dem gemeinsamen Vorsitz des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie des Bundesministeriums für Justiz und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Eines der zentralen Ergebnisse war die Forderung nach Schutzkonzepten in Institutionen, um Kinder auch dort vor Gewalt zu schützen bzw. um Machtmissbrauch durch Interventionen zu verhindern, die auch strukturelle Gegebenheiten berücksichtigen. Hierzu gehören etwa eine offene und transparente Teamkultur oder ein kindgerechtes Beschwerdemanagement. Im 2012 verabschiedeten Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) wurde die Betriebserlaubnis zum Führen einer Kindertageseinrichtung daran geknüpft, dass „das Wohl der Kinder und Jugendlichen in der Einrichtung gewährleistet ist“ (§ 45 Abs. 2 Satz 1 SGB VIII) bzw. die Rechte von Kindern durch „geeignete Verfahren zur Beteiligung“ gesichert werden müssen (§ 45 Abs. 2 Satz 2 SGB VIII). Damit einhergehend sind die Entwicklung und Dokumentation von Schutzkonzepten in Einrichtungen sowie deren regelmäßige Überprüfung gesetzlich festgeschrieben. Im neuen Kinder- und Jugendhilfestärkungsgesetz wurden die Voraussetzungen für die Betriebserlaubnis weitergehend spezifiziert hinsichtlich der Zuverlässigkeit des Trägers. Ausdrücklich festgelegt wurde, dass Beschwerdemöglichkeiten für Kinder innerhalb und außerhalb der Einrichtung vorgehalten werden müssen. Kinder müssen sich an „unabhängige“ und verständnisvolle Menschen wenden und sich bei diesen beschweren können (Beckmann 2021). Damit sollen die Möglichkeiten, sich Hilfe zu

suchen, nicht durch ein bestehendes Machtverhältnis beschränkt werden.

Diese gesetzlichen Rahmenbedingungen dürften die Handlungssicherheit von pädagogischen Fachkräften bei Verdachtsfällen erhöhen, ebenso wie sie diejenigen Fachkräfte, die mit der Betreuung von Kindern befasst sind, in ihrer Verantwortung stärken.

Für Kinderbetreuungseinrichtungen hatte dies einen Entwicklungsprozess zur Folge: Einmal bedeutete es, dass die Wahrnehmung von Verantwortlichkeit im Kinderschutz für die Fachkräfte expliziter zu definieren war, zum anderen aber auch, dass jede Institution gesetzlich verpflichtet wurde, ein Schutzkonzept zu etablieren. Dieser Prozess vollzieht sich derzeit in Deutschland in unterschiedlichem Tempo und vermutlich auch in unterschiedlicher Qualität (BMFSFJ 2017).

Die Wahrnehmung von Aufgaben im Rahmen des Kinderschutzes bezogen auf die psychische Gesundheit von Kindern kann also eingeteilt werden in Maßnahmen, die sich auf die Kita bzw. den Aufenthalt der Kinder in der Kita beziehen, und auf Maßnahmen, die sich darauf beziehen, Gefährdungsaspekte von Kindern außerhalb der Kita zu erkennen und zu beeinflussen.

Dabei ist es für kleine Kinder wichtig, dass Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner möglichst niedrigschwellig erreichbar sind. Insbesondere in der Entwicklung von „Beschwerden“ jüngerer Kinder, die sich noch nicht verbal ausdrücken können, liegen hier besondere Herausforderungen, die letztlich auch noch nicht gelöst bzw. ausgearbeitet sind.

Hierin können aber auch die Chancen einer kindgerechten Pädagogik gesehen werden, weil die psychische Gesundheit eben nicht auf spezifische und voneinander abgegrenzte (Förder-)Bereiche bezogen wird, sondern vielmehr ganzheitlich angelegt ist. Ebenso wenig beginnen Einschränkungen in der psychischen Gesundheit mit der Entwicklungsgefährdung von Kindern im Kontext von Gewalt bzw. von Kindeswohlgefährdung. Sie setzen bereits deutlich früher an, etwa bei Machtmissbrauch und der fehlenden Berücksichtigung der Bedürfnisse eines jeden Kindes und seiner Besonderheiten. Psychische Gesundheit bewegt sich auf einem weitgespannten Spektrum zwischen den Polen Wohlbefinden bzw. gelingender Entwicklung und Stress bzw. Unwohlsein bis hin zur Kindeswohlgefährdung. Dies bedeutet, dass die Prävention von Kindeswohlgefährdung im pädagogischen Alltag stattfindet,

und zwar lange, bevor es sich um eine Kindeswohlgefährdung handelt.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang beispielsweise eine Sensibilisierung von pädagogischen Fachkräften für „unabsichtliche“ Grenzverletzungen in den alltäglichen Interaktionen mit den Kindern (Prenzel 2019). Damit geht günstigenfalls eine Teamkultur einher, die durch Transparenz und einen offenen Umgang mit Fehlern gekennzeichnet ist (Kappler u.a. 2019). Dies setzt bei den pädagogischen Fachkräften (Handlungs-) Wissen über die Bedürfnisse von Kindern voraus sowie die Fähigkeit, Erlebens- und Verarbeitungsweisen von Kindern nachzuvollziehen und angemessen darauf zu reagieren. Aus der Perspektive der Kinder macht diese Feinfühligkeit der Fachkräfte bei der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse (vor allem nach Selbstständigkeit und Schutz durch die Erwachsenen) einen „guten Kindergarten“ aus (Nentwig-Gesemann/Walther/Thedinga 2018).

Bei kleinen Kindern im vorsprachlichen Alter geht es zudem darum, implizit aus ihren Belastungs- und Regulationsverhaltensweisen abzuleiten, inwieweit sie in unterschiedlichen Situationen gut zurechtkommen bzw. belastet und/oder sogar geängstigt sind. Es braucht entwicklungspsycho(patho)logisches Wissen über die Regulations- und Belastungszeichen von kleinen Kindern, um deren jeweilige Befindlichkeit zu identifizieren. Wichtig ist, dass sich angstassoziierte Verhaltensweisen bei kleinen Kindern objektivieren und beobachten, aber nicht unmittelbar auf Gewalterfahrungen beziehen lassen. Es gibt keine „1:1-Entsprechung“ von Kindeswohlgefährdung und spezifischem Verhalten. Verhaltenszeichen sind lediglich Hinweise darauf, dass Kinder Unterstützung brauchen. Hinzu kommt, dass insbesondere junge Kinder häufig vermeintlich unbelastet wirken (Ziegenhain/Fegert 2007).

Damit Kinder sich beschweren können, müssen sie zum einen ihre eigenen Rechte und Bedürfnisse kennen und wahrnehmen können und zum anderen sowohl über sprachliche als auch soziale Kompetenzen verfügen, um diese entsprechend zu artikulieren. Insbesondere bei Kindern, die misshandelt und/oder vernachlässigt werden, sind diese Kompetenzen jedoch beeinträchtigt, weshalb hier auch von einem „Beteiligungsparadoxon“ gesprochen werden kann (Fegert 1998). Auch hier gilt, dass Kinder durch ein wertschätzendes Klima und pädagogisches Verhalten, das individuell und bedürfnisbezogen ist, zunehmend Selbstver-

trauen entwickeln und lernen, etwa bei der Beteiligung an Entscheidungen, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu erkennen (Gossmann u.a. 2022).

Wie bedeutsam es ist, dass pädagogische Fachkräfte über ein fundiertes entwicklungspsychologisches Wissen über die Erlebens- und Verarbeitungsweisen sowie das Verhalten von kleinen Kindern verfügen und dabei insbesondere auch über deren tiefgreifendes Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit, zeigt sich derzeit im Kontext der Entwicklung von Schutzkonzepten in pädagogischen Einrichtungen.

Tatsächlich geht es hier in der Praxis darum, das Spannungsfeld zwischen angemessener pädagogischer Zuwendung, die den bindungsbezogenen Bedürfnissen von Kindern nach Körperkontakt entsprechen, und unangemessenem körperlichen Kontakt mit Kindern „auszuleuchten“ bzw. zu definieren. Ein erstes Monitoring des Deutschen Jugendinstituts (DJI) zu Schutzkonzepten zeigte, dass über die Hälfte der befragten Einrichtungen (63,3 %) Verhaltensregeln formuliert haben, um einen grenzwahrenden Umgang mit Kindern sicherzustellen (Kappler u.a. 2019). Zudem lässt sich aus dem Monitoring ableiten, dass es bei der Formulierung von Schutzkonzepten in der Praxis zu Vergrößerungen bzw. Vereinfachungen kommen kann, was z.B. zu der Empfehlung führen kann, Körperkontakt mit kleinen Kindern auf die notwendigen pflegerischen Handlungen zu beschränken (ebd.). Gemäß den Ergebnissen einer eigenen inhaltsanalytischen Analyse von insgesamt 202 Schutzkonzepten aus Kindertageseinrichtungen in Deutschland wurde die Thematik „Nähe und Distanz“ in etwa zwei Drittel der Schutzkonzepte einigermaßen ausführlich diskutiert. In keinem der untersuchten Konzepte wurde eine „No-Touch-Pädagogik“ formuliert. Allerdings bestand eine große inhaltliche Bandbreite: von konzeptuell – meist bindungstheoretisch – begründeten und zu berücksichtigenden Bedürfnissen der Kinder nach Körperkontakt und autonomiegewährendem Einbezug von Kindern bis hin zu vereinzelt formulierten Schutzkonzepten, die Aspekte von Kinderschutz bzw. mögliche Gefährdungsrisiken vernachlässigen. Deutlich wurde, dass die Thematik eines professionellen Umgangs mit Nähe-Distanz-Regulation vorwiegend über die Formulierung von „Ge- und Verboten“ in den Schutzkonzepten gelöst wurde (Gossmann u.a. 2022).

Vor diesem Hintergrund und im Sinne eines weitergehenden Verständnisses von Kinderschutz geht

es darum, in Schutzkonzepten eine verlässliche Handlungskompetenz für Fachkräfte in konkreten Situationen festzuschreiben, die über bloße „Handlungsanweisungen“ hinausgehen. Im Hinblick auf die psychische Gesundheit von Kindern in Kinderbetreuungseinrichtungen bedeutet dies auch, dass Fachkräfte Konstellationen erkennen können müssen, die auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung hindeuten, um entsprechende Maßnahmen zu ergreifen und die Gefährdung abzuwenden. Voraussetzung hierfür ist eine entsprechende Qualifikation der Fachkräfte: Wie beschrieben müssen Zeichen für eine Gefährdung im Bereich der psychischen Gesundheit erkannt werden, Risikokonstellationen und -faktoren bekannt sein, ebenso wie Möglichkeiten, diese individuell beeinflussen zu können. Im BKiSchG bzw. im Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) ist festgeschrieben, dass pädagogische Fachkräfte bei Fragen der Gefährdungseinschätzung eine sogenannte „insoweit erfahrene Fachkraft“ hinzuziehen können, die sie berät und unterstützt (§ 8b SGB VIII). Hilfsmittel wie etwa der bereits genannte *Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz* können im Vorfeld und als Vorbereitung auf die Inanspruchnahme der insoweit erfahrenen Fachkraft helfen, sich ein systematisches Bild über die relevanten Gesichtspunkte und Kriterien zu machen (Thurn/Künster 2013, siehe Anhang).

Die Sensibilisierung für eine psychisch gesunde Entwicklung von Kindern und die Kenntnis positiver wie negativer Einflussfaktoren sind essenzielle Grundlage für ein verbessertes Agieren von Fachkräften im Rahmen auch möglicher Gefährdungseinschätzungen. Der zweite unabdingbare Baustein neben der Sensibilisierung für die Thematik ist die Erhöhung der Handlungskompetenz der Fachkräfte – eine wichtige Voraussetzung für die Verringerung von Unsicherheiten im Kontakt mit den Eltern.

Das BKiSchG ermöglicht eigentlich eine große Rechtssicherheit, insbesondere im Hinblick auf das Vorgehen bei Verdachtsfällen (Kemper u.a. 2010). Darüber hinaus sind mit den insofern erfahrenen Fachkräften Beratungsmöglichkeiten gegeben, die durch eine bundesweite Beratungshotline (Fegert u.a. 2021) um medizinische – und damit auch die psychische Gesundheit betreffende – Aspekte erweitert wurden (kostenfreie „Kinderschutz-Hotline“ für medizinische Kinderschutzfragen, 24 Stunden, 7 Tage/Woche, www.kinderschutz-hotline.de, Tel. 0800/19 210 00, Berthold u.a. 2017).

Dennoch stellen sich in der Praxis immer wieder Fragen für pädagogische Fachkräfte, was möglicherweise eine auf die psychische Gesundheit von Kindern bezogene Kindeswohlgefährdende Situation darstellt. Hinweise hierauf können beispielsweise sein, dass Alkoholgeruch bei den Eltern wahrgenommen wird, wenn sie die Kinder abholen, wenn Eltern den Kontakt zu den Fachkräften zu vermeiden scheinen, nicht erreichbar sind für Fachkräfte oder Termine nur unzuverlässig wahrnehmen, wenn Fachkräften Hinweise auf Gewalt in der Familie zur Kenntnis gebracht werden oder wenn auffällt, dass Eltern psychisch belastet sind. Letzteres festzustellen, bedarf einer entsprechenden Sensibilität seitens der frühpädagogischen Fachkräfte, welche nicht die Verantwortung tragen, Auffälligkeiten bei den Eltern zu diagnostizieren, sondern vielmehr belastende Umstände der Familien wahrzunehmen: Das können etwa berufliche Stressphasen eines Elternteils sein oder chronische innerfamiliäre Konflikte zum Beispiel auf der Paarebene, aber auch psychische und somatische (akute oder chronische) Krankheiten. Oft besteht auf Seiten der Fachkräfte die Unsicherheit, ob solche Themen gegenüber den Eltern angesprochen werden können oder dürfen. Die einfache Antwort ist: Sie müssen es sogar. Allerdings bedarf es dazu entsprechender Kompetenzen, um den Kinderschutz ausreichend zu berücksichtigen und eine Gefährdung des Kindeswohls auszuschließen. Daher sind Qualifikationsmaßnahmen für die Fachkräfte unerlässlich.

5.1 Psychische Gesundheit der (früh-)pädagogischen Fachkräfte

Arbeitsbedingungen spielen eine maßgebliche Rolle bei der Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit von Menschen. Sie sind ein Merkmal der Strukturqualität auch in frühpädagogischen Einrichtungen. Neben Aspekten der (Selbst-)Fürsorge ist die psychische Gesundheit von Fachkräften auch im Kontext ihrer beziehungsbezogenen „Funktion“ für das Wohlbefinden der ihnen anvertrauten Kinder von Bedeutung. Stress und Überforderung, wie sie durch vermehrte Arbeitsbelastungen oder Unzufriedenheit am Arbeitsplatz entstehen können, schränken einen professionell adäquaten und feinfühligem Umgang mit Kindern ein.

Der seit Jahren anhaltende Fachkräftemangel in Kindertageseinrichtungen führt immer wieder dazu, dass

pädagogische Fachkräfte an ihre Belastungsgrenzen kommen, obwohl in den vergangenen Jahren deutlich mehr pädagogische Fachkräfte ausgebildet wurden. Gründe dafür sind der eigentlich positiv zu bewertende Platzausbau und der damit einhergehende Mehrbedarf an Fachkräften sowie die Personalausfälle infolge der Coronapandemie.

Bekannt ist, dass hohe und anhaltende Arbeitsbelastung, Zeitdruck, mangelnde Unterstützung und emotionale Herausforderungen bei der Arbeit ein Burnout-Risiko darstellen können (Viernickel u.a. 2017; Steinlin u.a. 2016; Schaufeli/van Dierendonck 2000). Dabei sind es häufig Menschen, die mit Kindern und ihren Familien arbeiten, die besonders gefordert sind. Damit verbundene Heraus- und Anforderungen, wie sie mit großer, auch emotionaler Verantwortung, wenig planbarem Arbeitsaufkommen etc. einhergehen, können das Burnout-Risiko steigern (Crawford u.a. 2010).

Erfreulich ist, dass sich pädagogische Fachkräfte in der frühen Bildung tendenziell als sehr weiterbildungsaffin einschätzen (von Hippel 2011). Die Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung (2022) interpretiert dies als eine hohe Identifizierung von Fachkräften mit ihrer Tätigkeit. Treffen eine hohe berufliche Motivation und ein vielfach damit verbundenes großes persönliches Engagement auf strukturelle Bedingungen, die ein solches Engagement massiv einschränken, lässt sich von einem (zumindest absehbar) nicht lösbareren sogenannten Dilemmakonflikt sprechen (Zwack u.a. 2016). Dilemmakonflikte erleben etwa Fachkräfte, die sich chronisch selbst überfordern, weil ihnen die Kinder und deren Betreuung am Herzen liegen (für andere Kolleginnen einspringen, Überstunden in Kauf nehmen etc.). Wenn sie gleichzeitig die Erfahrung machen, dass ihr Privatleben leidet bzw. sie an die Grenzen ihrer Belastbarkeit kommen, erleben sie zunehmend Frustration und werden unzufrieden. Diese Gefühle werden zusätzlich verstärkt, wenn der Eindruck entsteht, dass diese Situation nicht nur vorübergehend ist und sich keine Verbesserung abzeichnet (Drews 2021). Ulrike Bossmann und Jochen Schweitzer (2016) gehen davon aus, dass zunächst unlösbar erscheinende Dilemmata eher die Regel als die Ausnahme in Organisationen sind und dass ein erster Schritt damit umzugehen sei, dies zu akzeptieren. Statt Uneindeutigkeiten auszuhalten, so der Ansatz der „Dilemma-kompetenz“, ließen sich solche organisationsbedingten Konflikte konstruktiv bewältigen, wenn Menschen

bewusst damit umgehen (Drews 2021). Dies impliziert, in (begleiteten) Entwicklungsprozessen zu trainieren, die Verantwortung für ein bestimmtes Verhalten bzw. eine getroffene Entscheidung bewusst zu übernehmen. Voraussetzung dafür ist es, sich zunehmend an den inneren Werten zu orientieren und die eigenen Gefühle zu berücksichtigen, um die Handlungssicherheit und letztlich die psychische Gesundheit im beruflichen Alltag zu erhalten bzw. zu verbessern (ebd.).

In einem übergreifenden Sinne ist die Sensibilisierung von pädagogischen Fachkräften zentraler Bestandteil traumapädagogischer Konzepte, und zwar gleichermaßen für die Bedürfnisse der von ihnen betreuten Kinder als auch für ihre eigenen Bedürfnisse (Schmid 2012; Schmid/Lang 2012). Der große Charme von Handeln und Haltung in der Traumapädagogik ist es, dass die Sensibilisierung der Fachkräfte für die individuellen (lebensgeschichtlichen) Besonderheiten und Belastungen von Kindern und die Auswirkungen auf das kindliche Verhalten bzw. die sozialen und emotionalen Kompetenzen der Kinder in engem Zusammenhang mit dem Wohlbefinden und der Arbeitszufriedenheit der Fachkräfte gesehen werden. Wesentliches Ziel der Traumapädagogik ist die Schaffung eines „sicheren Ortes“ (gemeint ist eine vertrauensvolle und sichere Umgebung, ggf. auch ein mentaler Ort, der Sicherheit und Vertrauen vermittelt) für alle Beteiligten: Kinder und Jugendliche, pädagogische Fachkräfte bzw. Leitungskräfte. Damit geht einher, dass Aspekte von Strukturqualität eng verknüpft sind mit Aspekten von Prozessqualität wie Wertschätzung, Transparenz oder Partizipationsmöglichkeiten für alle Beteiligten. Hier liegen Chancen der Förderung psychischer Gesundheit für die pädagogischen Fachkräfte in frühpädagogischen Einrichtungen – auch in der Phase des derzeit gravierenden Fachkräftemangels (vgl. Kap. 6).

5.2 Förderung der psychischen Gesundheit in Kindertageseinrichtungen: Ansätze anderer Länder

Im internationalen Kontext sind bezogen auf die Förderung der psychischen Gesundheit in Kinderbetreuungseinrichtungen zwei Fragen von Interesse. Zum einen: Wie wird in anderen Ländern der Bereich der psychischen Gesundheit explizit oder implizit im Rahmen der Arbeit dieser Institutionen adressiert? Und zum

zweiten stellt sich die Frage nach der Qualifikation der Fachkräfte sowie der generellen Personalausstattung in entsprechenden Institutionen als den Grundelementen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern (UNICEF 2021b).

Der UNICEF-Bericht zur Situation der Kinder in der Welt widmete sich 2021 explizit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (UNICEF 2021a). Interessanterweise betont der Bericht zwar die Bedeutung frühkindlicher Bildung und Betreuung, nennt jedoch Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit eher bezogen auf die Personen und weniger auf das Setting der Betreuungseinrichtungen in diesem Lebensabschnitt. Bereits vor einem Jahrzehnt hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im „Aktionsplan für psychische Gesundheit“ das seelische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen unterstrichen, wobei insbesondere auf psychisch erkrankte Kinder hingewiesen wurde (WHO 2019). Krankheitsprävention und Förderung psychischer Gesundheit sind damit weltweit ein Ziel der WHO über die gesamte Lebensspanne hinweg. Ansatzpunkte sind insbesondere die Übergangsphasen von Kindern, da sie dann am vulnerabelsten sind, z.B. beim Wechsel von der Kinderkrippe in den Kindergarten oder die Vorschule. International ist die psychische Gesundheit von Kindern seit vielen Jahren als Thema präsent, und auch auf nationaler Ebene gibt es verschiedenste Ansätze zur Förderung psychischer Gesundheit im Vorschulalter. Einen Überblick über international vorhandene und ggf. auch hinsichtlich ihrer Effekte untersuchten Programme liefert ein Review von Alan McLuckie und Kollegen (McLuckie u.a. 2019). Dieser Review zeigt auf, dass Studien zu präventiven Ansätzen häufig in den USA, Australien und seltener in Europa durchgeführt wurden. Des Weiteren sind die meisten der untersuchten präventiven Maßnahmen oder Programme dem Bereich der selektiven Prävention zuzuordnen. Sie adressieren z.B. insbesondere Familien mit einem erhöhten Risiko wie arme Familien oder Familien mit psychischer Erkrankung eines Elternteils etc. Damit wird deutlich, dass für die universellen Präventionsmaßnahmen, die sich insbesondere auf Aspekte wie die Struktur einer Einrichtung oder die Qualifikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beziehen, Daten aus Studien nur begrenzt zur Verfügung stehen, zumindest nicht aus solchen Studien, in denen die „strengen“ in Medizin oder Psy-

chologie geltenden Evidenzkriterien zu Grunde gelegt werden.

In den USA wurden die meisten „klassischen“ Studien zur Effektivität solcher verhaltenspräventiven Programme durchgeführt. Das dort inzwischen national verankerte „Head Start“-Programm zählt zu den bestuntersuchten. In den USA wird es landesweit gefördert, daneben sind über das Center of Disease Control (CDC, die nationale Behörde für Prävention und Epidemiologie, die Anteile der deutschen BZgA und des RKI vereint) viele weitere Programme verfügbar, die unter dem Begriff „Early Childhood Education“ (ECE) zusammengefasst werden und innerhalb des übergeordneten Schwerpunkts „Interventions Addressing the Social Determinants of Health“ firmieren (Centers for disease control and prevention 2016). Diese Programme zielen vor allem darauf ab, den durch Armut oder andere soziale Faktoren bedingten geringeren Entwicklungschancen von Kindern entgegenzuwirken. Sie haben den Bereich der psychischen Gesundheit mit im Blick, sind aber nicht speziell darauf ausgerichtet. Psychische Gesundheit ist hier ebenso, wie bereits weiter oben beschrieben, als Querschnittsthema in die allgemeine Gesundheitsprävention integriert. Die Programme unterscheiden sich sowohl bezüglich der Zielgruppe (Outreach), als auch hinsichtlich des Settings, in dem sie angeboten werden. Insofern sind sie auch sehr unterschiedlich in den Regionen oder Bundesstaaten etabliert. Einzelne Staaten haben in den USA universelle Präventionsprogramme im Vorschulbereich etabliert (Barnett u.a. 2016); diese sind aber in ihren Inhalten auf spezifische Themen der Gesundheitsförderung bezogen (auch im Sinne einer Verhaltensprävention) und adressieren weniger strukturelle oder qualitative Aspekte des Settings (z.B. Kindergarten, Vorschule etc.). Inhalte sind u.a. konkrete individuelle Präventions- und Interventionsprogrammen (z.B. „Mental Health Lessons“ im Kindergarten, die einen Fokus auf gesunde Routinen, Achtsamkeit und Emotionswahrnehmung wie auch -regulation legen). Weitere Schwerpunkte in Bezug auf die psychische Gesundheit sind z.B. Suizid-Präventionsprogramme für Kinder, Schulungen der (früh-)pädagogischen Fachkräfte und Eltern bezüglich der Früherkennung und Interventionsmöglichkeiten sowie Anti-Gewalt-Programme oder die Förderung der sozialen Integration in frühpädagogischen Einrichtungen (CDC Programs Addressing Social Determinants of

Health: <https://www.cdc.gov/socialdeterminants/cdc-programs/index.htm>).

Hinsichtlich der Übertragbarkeit von Programmen oder Ansätzen aus den USA muss einschränkend festgestellt werden, dass es gesellschaftliche Unterschiede zwischen Deutschland und den USA gibt, die gerade im Bereich der frühen Kindheit und unter dem Aspekt Gesundheitsförderung relevant sind. Ethnische Aspekte von Gesundheit, auch im Bereich der Kindergesundheit, sind in Deutschland anders ausgeprägt als in den USA. Die Verfügbarkeit einer allgemeinen Gesundheitsversorgung ist in Deutschland durchgängig gegeben und zeigt weniger Disparitäten als in den USA, nicht nur hinsichtlich der Verfügbarkeit, sondern auch die Zugänglichkeit betreffend. Darüber hinaus sind die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – gerade auch im Frühbereich – flächendeckend ausgebaut, wenngleich sie regional verschieden gestaltet sind. Insofern sind Programme aus den USA eher im Bereich der selektiven Prävention ggf. übertragbar und könnten sich als Module eignen, wenn in Kindertagesstätten gezielt psychische Gesundheitsförderung nicht nur als Querschnittsthema, sondern als spezifisches Thema adressiert werden soll (vgl. Kap. 6.7).

Hinsichtlich spezifischer Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit finden sich in den entsprechenden Monitorings in Europa kaum Hinweise. Einige wenige Programme sind zwar gezielt auf die psychische Gesundheit ausgerichtet, adressieren jedoch eher ältere Kinder. Inhaltlich geht es um Beratung und die Vermittlung in therapeutische Angebote, Gruppenarbeit mit den Eltern oder den Kindern unter Anleitung von (früh-)pädagogischen Fachkräften, multiprofessionelle Hausbesuche oder die Weiterbildung spezialisierter Fachkräfte, die in den Einrichtungen arbeiten und in der Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten geschult sind (The Austrian Early Childhood Intervention Programme: https://www.bmbwf.gv.at/en/Topics/youth_strategy/health.html Bennett 2006).

Bezogen auf den Settingansatz spielt eine Rolle, wie viele Kinder durch Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in Kindertageseinrichtungen erreicht werden können. Über die Entwicklungen international liegen hinreichende Daten vor (Klinkhammer u.a. 2017; Schoyerer u.a. 2016; DJI o. J.). Deutschland liegt mit einer Betreuungsquote von 34,4 % der Kinder unter 3 Jahren in Tageseinrichtungen im europäischen Vergleich im Mittelfeld. In Schweden lag die Quote für die-

sen Altersbereich im Jahr 2019 bei 54%, in Frankreich bei 51% und in Tschechien als „Schlusslicht“ bei 6,3% (Destatis 2019). Im Altersbereich 3 bis 6 Jahre steigt die Quote in Deutschland auf ca. 92% (Destatis 2021). Deutlich wird der Einfluss eines Rechtsanspruchs auf Kinderbetreuung auf die Quoten der betreuten Kinder: In Schweden gilt ein Rechtsanspruch auf Betreuung für Kinder im Alter von 1 bis 12 Jahren, vorausgesetzt die Eltern sind erwerbstätig oder im Studium. Die Betreuungsquote ist hier bereits bei den jüngeren Altersgruppen höher – ähnlich wie in Frankreich, das ebenfalls seit Langem sowohl in die Zahl als auch die Qualität der Einrichtungen zur Betreuung von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren investiert hat (OECD 2004).

Insgesamt hat Deutschland im europäischen Vergleich bezogen auf die Betreuungsquote deutlich aufgeholt, wenn man die aktuelleren Zahlen mit den Erhebungen der EU-SILC aus dem Jahr 2005 vergleicht (Wolf/Grgic 2009). Dies zeigt auch die jüngste Aufbereitung der OECD-Untersuchungen durch das DJI (ICEC 2021). Damit können zumindest ab dem Alter von 3 Jahren fast alle Kinder durch präventive Maßnahmen erreicht werden.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung (früh-)pädagogischer Fachkräfte ist von zentraler Bedeutung für die Qualität im System der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung. Im internationalen Vergleich mit Ländern wie Chile, Dänemark, Island, Israel, Japan, Norwegen, Südkorea oder der Türkei zeigt sich in Deutschland eine höhere Quote von für die Arbeit mit Kindern qualifiziertem Personal (Bader u.a. 2021). Der Eurydice-Bericht *Structural Indicators for Monitoring Education and Training Systems in Europe 2021. Overview of major reforms since 2015* (European Commission/EACEA/Eurydice 2021b) gibt einen guten Überblick über die Entwicklungen in den einzelnen EU-Staaten – auch bezogen auf Maßnahmen im Rahmen der Betreuung von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren. Als Indikatoren werden neben der prinzipiellen Verfügbarkeit solcher Betreuungsmöglichkeiten die Ausbildung der Fachkräfte und das Vorliegen von Leitlinien bzw. Inhalten der Vermittlung definiert. Es zeigt sich, dass in vielen Ländern Maßnahmen sowohl zur spezifischen Förderung von Kindern wie z.B. im sprachlichen Bereich oder aber allgemeine Bildungs- und Erziehungspläne etabliert wurden. Während bei der Grundqualifikation des Personals Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern scheinbar nicht schlecht abschneidet (dies jedoch, weil das Kriterium

ist, dass mindestens eine Fachkraft in der Einrichtung eine tertiäre Qualifikation im Bereich Erziehungswissenschaft haben muss), zeigt sich, dass andere Länder bei der berufsbegleitenden Weiterqualifikation und im Bereich von verpflichtenden Fortbildungen offenbar höhere Anforderungen haben (European Commission/EACEA/Eurydice 2021a). Allerdings wären durch solche Qualifizierungsmaßnahmen auch und gerade spezifische Inhalte wie die Förderung der psychischen Gesundheit im Sinne der Multiplikation kontinuierlich zu implementieren. Dies dürfte in Deutschland etwa angesichts der Bedeutung, die der Gestaltung von Bindungsbeziehungen beigemessen wird, eine wichtige Rolle in der Praxis spielen (und spielte in Deutschland im Rahmen der in der Expertise dargestellten Defizite auch in bindungsorientierter Theorie in der Praxis eine Rolle). Schon lange wird Schweden in der Qualitätsentwicklung im Bereich der Kinderbetreuung im Alter von 0 bis 6 Jahren als Vorreiter betrachtet (Cochran 1993), denn in den meisten angelegten Kriterien zeichnete sich Schweden durch eine große Verfügbarkeit von Betreuungsplätzen, einen günstigen Betreuungsschlüssel und ein hohes Qualifikationsniveau der Fachkräfte aus. Die Ausbildung der (früh-)pädagogischen Fachkräfte ist sehr umfassend und beinhaltet im Rahmen der Hochschulausbildung u.a. entwicklungstheoretische Modelle (Isaksson u.a. 2017; Pramling 1998).

Insgesamt zeigt sich im internationalen Vergleich, dass es einige spezifische, und zum Teil auch evaluierte Programme gibt, die die Förderung von Aspekten psychischer Gesundheit von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren adressieren. Diese sind aber nicht spezifisch auf das Setting Kindertageseinrichtung ausgerichtet (können dort aber ggf. eingesetzt werden). Sie beziehen sich vornehmlich auf das Erziehungs- und Gesundheitsverhalten von Bezugsperson und Kind. Im Sinne der beschriebenen Faktoren, die in diesem Alter zur psychischen Gesundheit beitragen, zeigt der Ländervergleich, dass der Betreuungsschlüssel und die Qualifikation der Fachkräfte Ansatzpunkte für eine querschnittliche Förderung von Gesundheit inklusive psychischer Gesundheit in Kindertageseinrichtungen sein können.

6 Strukturelle und individuelle Empfehlungen für die pädagogische Praxis

In Einrichtungen der Kindertagesbetreuung für 0- bis 6-Jährige besteht grundsätzlich die Chance,

- sowohl einen Großteil der Kinder und Familien mit präventiven Angeboten zu erreichen;
- in einer frühen Phase der Entwicklung von Kindern mit hoher Effektivität präventiv zu intervenieren, mit positiven Auswirkungen für die gesamte Lebensspanne;
- niedrigschwellig sowohl eine allgemeine Gesundheitsförderung als auch spezifisch die Förderung der psychischen Gesundheit zu verankern;
- frühe risikoadaptierte indizierte Prävention umzusetzen;
- durch umfassende allgemeinpräventive Maßnahmen eine Stigmatisierung von Familien zu vermeiden;
- Familien in ihren Lebenslagen gezielt unterstützen zu können, um die psychische Gesundheit der Kinder zu fördern;
- bestehende Netzwerke zu nutzen und neue zu bilden, um eine gute Förderung der psychischen Entwicklung aller Kinder zu ermöglichen.

Diese breit gefächerten Ansatzmöglichkeiten zur Förderung psychischer Gesundheit lassen sich umfassend und als pädagogischer Gesamtauftrag von Kindertageseinrichtungen verstehen. Insofern, wie auch im Vorhergehenden ausgeführt, ist die Förderung psychischer Gesundheit kein Einzelprojekt. Sie ist eine „Querschnittsaufgabe“, die sich in unterschiedlichen gesundheitsfördernden Angeboten im pädagogischen Alltag niederschlägt. Das „Gute-Kita“-Gesetz bietet hier Ansatzpunkte, um gezielt Maßnahmen zu entwickeln, die für die Gesundheit von Kindern und Familien förderlich sind. Dies beschränkt sich aber nicht auf die Gesundheitsförderung im engeren Sinne, wie sie in den gesetzlichen Grundlagen explizit beschrieben ist. Sie betrifft vielmehr fast alle Bereiche, die im „Gute-Kita“-Gesetz enthalten sind.

Damit ist allerdings auch die Gefahr einer Überfrachtung mit Einzelaufgaben verbunden, sowohl für die Institutionen als auch für die dort Beschäftigten. Dies wiederum kann paradoxerweise den ganzheitlichen Blick auf die Förderung psychischer Gesundheit in frühpädagogischen Einrichtungen verstellen. Die Förderung psychischer Gesundheit ist mehr als ein einzelnes Angebot im pädagogischen Alltag. Sie ist darüber hinaus auch keine solitäre Aufgabe von pädagogischen Einrichtungen. Vielmehr ist die Förderung psychischer Gesundheit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die vielfältigste Initiativen umfasst, in die auch die Angebote frühpädagogischer Einrichtungen eingebettet sind.

Ein solcherart breiter gesamtgesellschaftlicher Ansatz ist Voraussetzung dafür, unterschiedlich relevante Aspekte zur Förderung psychischer Gesundheit zu adressieren. Der Wissenschaftliche Beirat in Familienfragen hat bereits vor mehr als zehn Jahren festgestellt, dass sich in Deutschland Risikofaktoren für die gesundheitliche Entwicklung, für mangelndes Präventionsverhalten und für schlechte Bildungsverläufe sehr ähneln. Danach zeigte sich empirisch gut abgesichert, dass ein wichtiges präventives Vorgehen in der frühen Kindheit in der Erfüllung der Basisbedürfnisse von Kindern liege. Zu diesen gehören maßgeblich Gesundheitsförderung ebenso wie liebevolle Beziehungen als auch Bildungsförderung. Diese wiederum stehen in klarem Zusammenhang miteinander (Fegert 2010; Fegert/Walper 2010). Hinzu kommt, dass insbesondere in der frühen Kindheit präventive Maßnahmen zur Steigerung der psychischen Stabilität von enormer Bedeutung sind. Eine gesunde psychische Entwicklung ist ein dynamischer Prozess, der nicht linear verläuft und von vielen Faktoren beeinflusst wird. Dieser Entwicklungsprozess kann in dieser Altersphase sowohl leicht gestört als auch besonders gut unterstützt werden. Frühe Förderung lohnt sich: Die Folgen einer gestörten Entwicklung sind langfristig. Demgegenüber kann in der frühen Kindheit mit wenig Aufwand viel für die psychische Gesundheit (und die Entwicklung von Kindern allgemein) erreicht werden.

Diese Erkenntnis bezieht sich auch auf die Entwicklungen im frühpädagogischen Bereich in den letzten Jahrzehnten. Vielfältige Anforderungen an die Institutionen sind bereits in deren Alltag in gelebte Praxis umgesetzt worden. Dennoch bleiben Desiderate, spezifische Aspekte bei der Förderung der psychischen

Gesundheit zu verbessern. Insofern sind Empfehlungen für spezifische Maßnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit in diesem Bereich als eingebettet in die allgemeinen Struktur- und Prozessqualitätsentwicklungsmaßnahmen zu sehen, die stattfanden und stattfinden. Im Bereich der Frühpädagogik hat es in den letzten Jahren hier eine Reihe an Fortschritten gegeben, an die spezifische und auf die psychische Gesundheit hin optimierte Maßnahmen andocken können.

Psychische Gesundheit hat gesamtgesellschaftlich als Thema an Bedeutung gewonnen. So wurden beispielsweise von Initiativen, die sich mit Kindern psychisch kranker Eltern beschäftigen, ausgehend von Empfehlungen einer interministeriellen Arbeitsgruppe sozialsystemübergreifende Veränderungsbedarfe formuliert. Diese wurden in der Reform des SGB VIII berücksichtigt. Im Bereich der Prävention ist die Wahrnehmung von Bedarfslagen von Kindern mit psychisch belasteten Elternteilen inzwischen Teil der nationalen Präventionsstrategie. Dies betrifft auch den Bereich der Kindertageseinrichtungen (Kölch u.a. 2021c). Diese Initiative kann als Modell für die gesamtgesellschaftliche Sensibilisierung für die Thematik gesehen werden. Eine breite Sensibilisierung sowohl von Fachkräften, Eltern und Betroffenen in allen Lebenswelten von Kindern ist unabdingbare Voraussetzung für die Entwicklung von nachhaltigen Maßnahmen – über einzelne Projektinitiativen mit begrenzter Reichweite hinaus (AFET – Bundesverband Erziehungshilfen 2020). Im Rahmen der nationalen Präventionsziele kann an die Ergebnisse in der Kita zum Thema psychische Gesundheit von Familien und Kindern allgemein angeknüpft werden (Kölch u.a. 2021a, 2021b, 2021c).

Die folgenden Empfehlungen für eine verbesserte Förderung psychischer Gesundheit in frühpädagogischen Einrichtungen folgen der Annahme eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes und beziehen sich sowohl auf strukturelle Aspekte als auch auf institutionenspezifische Aspekte.

6.1 Sensibilisierung für die Thematik

Wie im Bereich der Gesundheitsförderung allgemein beginnen Initiativen zur Förderung der psychischen Gesundheit mit der Sensibilisierung von Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern und Eltern. Die Thematik wird bewusst in den Fokus der Arbeit gerückt, und es

wird gemeinsam überlegt, an welchen Stellen und mit welchen Mitteln Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit verankert werden können. Dies kann im Rahmen der Sensibilisierung für die allgemeine Gesundheitsförderung in Kitas erfolgen, entsprechende Empfehlungen wurden erarbeitet und liegen vor (DJI/WiFF 2020). Ein solches Vorgehen beugt der Fragmentierung in Einzelthemen vor. Eine mit anderen Aufgaben von Kitas unverbundene Setzung dieses Themas könnte dazu führen, dass es als eine von unzähligen Anforderungen verstanden wird, welche die Kitas im Sinne eines „Katalogs“ abzuarbeiten haben. Außerdem könnte der Eindruck einer Überfrachtung mit einem weiteren Einzelthema entstehen. Daher ist zu empfehlen, die Förderung der psychischen Gesundheit vielmehr in die Kernaufgaben und die ganzheitliche Arbeit von Kitas einzubetten. Dies schließt nicht aus, dass die Thematik explizit benannt wird. Im Gegenteil: Die Förderung der psychischen Gesundheit sollte als ein explizites Thema im Rahmen der Gesundheitsförderung querschnittlich in der Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit von Institutionen verankert werden. Spezifische Maßnahmen zur Sensibilisierung können ein breites Spektrum umfassen wie z.B. Fachtage, Elternabende oder Projekte. Initiativen von Stiftungen oder Institutionen wie dem Dachverband Gemeindepsychiatrie haben Modelle entwickelt, wie die Sensibilisierung in den Alltag von Kitas integriert werden kann.

Die Sensibilisierung sollte darüber hinaus dazu führen, dass bestimmte Konstellationen mit erhöhten Risiken wahrgenommen werden. So sind Kinder mit Migrationshintergrund überproportional häufig von Risikolagen betroffen und damit auch dem Risiko einer ungünstigen Entwicklung ihrer psychischen Gesundheit ausgesetzt. Die Konzeptionalisierung (vgl. Empfehlungen 3 und 4) sollte diesen besonderen Lagen Rechnung tragen. Die verstärkte Sensibilisierung kann überdies helfen, Aspekte des Kinderschutzes wie auch der Inklusion besser in die Arbeit der Fachkräfte zu integrieren. Durch eine veränderte Haltung der Fachkräfte kann die Teilhabe von Kindern mit Belastungen oder psychischen Störungen verbessert werden. Voraussetzung hierfür sind eine entsprechende Qualifizierung der Fachkräfte verbunden mit einer Gesamtkonzeption der Einrichtungen zum Thema psychische Gesundheit.

6.2 Spezifische Qualifikation durch Aus- und Weiterbildung

Wie in der Expertise beschrieben setzt die Förderung psychischer Gesundheit von Kindern Wissen über entwicklungspsychologische Aspekte, Bindungsaspekte, Risiko- und Resilienzfaktoren, aber auch Anzeichen für psychische Belastungen, Symptome psychischer Belastungen und Störungen bei Kindern und Eltern voraus. Bis jetzt hat die Gesundheitsförderung und somit auch die Förderung der psychischen Gesundheit nur wenig Raum in der Ausbildung der pädagogischen Fachkräfte. Zwar existieren in der Weiterbildung entsprechende Programme, wie „Gesunde Kita für alle“. Dennoch ist der Bedarf groß und erscheint nicht ausreichend in der Tiefe und Systematik gedeckt (Fröhlich-Gildhoff/Viernickel 2020; Geene u.a. 2015). Die erweiterte, vertiefte und systematische Qualifikation, Aus- und Weiterbildung von Mitarbeitenden zu den o. g. Aspekten und gesundheitswissenschaftlichen Inhalten sind eine unabdingbare Grundvoraussetzung, damit in Einrichtungen der Kinderbetreuung mit entsprechender Expertise Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit im Bereich der Frühpädagogik umgesetzt werden können. Eine verbindliche Implementierung gesundheitswissenschaftlicher Inhalte in der Aus-, Fort- und Weiterbildung wäre dazu ein erster Schritt (Voss/Schumann 2020; Voss/Viernickel 2016). Die internationalen Erfahrungen mit der Akademisierung der Fachkräfteausbildung zeigen, dass dadurch das Qualifikationsniveau verbessert werden kann und für die psychische Entwicklung von Kindern essenzielle Themen, wie der Zusammenhang von Bindung und Bildung, stärker in der Ausbildung implementiert sind.

Die Qualifikation sollte zudem die Entwicklung der kommunikativen Kompetenzen der Fachkräfte im Rahmen der Elternarbeit umfassen, um bestehende Unsicherheiten, z.B. in problematischen Situationen abzubauen, Risikosituationen von Kindern mit Eltern ansprechen zu können, im Sinne des Empowerments auf Eltern wirken zu können sowie Risiken und Resilienz zu vermitteln. Das bedarf gezielter Schulung.

Die Kita nimmt eine zentrale Rolle als Institution für das Aufwachsen von Kindern ein. Die Qualifikation von Fachkräften muss daher auch die entsprechenden Vernetzungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten von Kitas umfassen. Dazu zählen die möglichen Kooperationspartner innerhalb des SGB VIII, aber auch

rechtskreisübergreifend Akteure und deren Aufgaben in anderen Systemen wie der öffentliche Gesundheitsdienst, ärztliche und psychotherapeutische Angebote ebenso wie Partner im Rahmen der Netzwerke Früher Hilfen (Kölch u.a. 2021a, 2021b, 2021c). Dies schließt auch ein, dass mögliche Akteure, die noch nicht in die Vernetzung integriert sind, auf lokaler Ebene angesprochen und eingebunden werden, um eine Verbesserung der Kooperation durch Intensivierung der Vernetzung zu ermöglichen. Dieses Vorgehen knüpft an die Möglichkeiten an, die im Rahmen des „Gute-Kita“-Gesetzes geschaffen wurden: Sowohl das Handlungsfeld „Qualifizierte Fachkräfte“ wie das Feld der „Starken Kitaleitung“ bergen die Chance, Qualifikationen der Fachkräfte auf den verschiedenen Ebenen zu stärken und damit auch Handlungskompetenz im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit zu erweitern. Ziel der Qualifikation ist die Weiterentwicklung von Kompetenzen – sowohl, um die Förderung der psychischen Gesundheit strukturell und systematisch in den Einrichtungen zu konzeptionalisieren, umzusetzen und zu verstetigen, als auch, um im Einzelfall die Kompetenzen von Fachkräften zu verbessern, Risiken zu erkennen, Maßnahmen zu ergreifen, in der Elternarbeit sicherer zu werden und auch andere Akteure einzubeziehen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe haben sich über die letzten Jahrzehnte in der Weiterbildung Angebote für die Betreuung älterer Kinder und Jugendlicher entwickelt, die gezielt deren psychische Gesundheit zum Inhalt haben. Träger solcher Jugendhilfeeinrichtungen wie der Internationale Bund, der Paritätische oder auch die Kinderschutzbünde haben Fortbildungen etabliert, um ihre Fachkräfte entsprechend zu schulen. Auch auf Länderebene wurden im Rahmen der Thematik Kinder psychisch kranker Eltern Initiativen gestartet, um Fachkräften breit und systematisch Fortbildungsangebote zu psychischer Gesundheit von Familien anbieten zu können (z.B. KipsFam in Mecklenburg-Vorpommern, Giertz 2022). Die genannten Beispiele können als Modell dienen, um entsprechende Angebote auch im Bereich der Betreuung von 0- bis 6-Jährigen zu entwickeln, zu etablieren bzw. in bestehende Angebote zu integrieren.

Qualifizierung zum Thema psychische Gesundheit ist in den breiteren Kontext von Qualifizierung insgesamt zu setzen: Wegen der weiter oben beschriebenen Veränderungen im Rahmen des Fachkräftemangels

und möglicher Veränderungen des Qualifikationsniveaus aufgrund einer gestiegenen Zahl an Quer- und Seiteneinstiegen von Personen ohne grundständige pädagogische Qualifikation (Autorengruppe Fachkräftebarometer 2021) können hinsichtlich ihrer Qualifikation sehr heterogene Teams entstehen. In der Bildungsberichterstattung wird darauf hingewiesen, welche Herausforderungen sich dadurch ergeben (Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung 2022). Qualifizierung zur Förderung psychischer Gesundheit muss leicht zugänglich und adaptiert an das Qualifikationsniveau der entsprechenden Fachkräfte gestaltet werden. Im Rahmen der Digitalisierung, die auch für den Bereich der Kindebetreuungseinrichtungen auf Bundesebene auf die politische Agenda gesetzt wurde, sind E-Learning-Angebote unbedingt mitzudenken. Digitale Formate und E-Learning-Angebote sind zeitlich wie räumlich flexibel zu nutzen und werden auch nach der Covid-Pandemie einen festen Platz in der Fort- und Weiterbildung haben. Gerade aufgrund ihrer großen Reichweite und Flexibilität bieten sich diese Formate als ressourcenschonende Angebote an und sind damit eine schnelle Qualifizierungsmöglichkeit für breitere Gruppen.

Curriculare Angebote für die allgemeine Qualifizierung müssten spezifische Bestandteile auch zur psychischen Gesundheit beinhalten. Zwar liegt mit dem vom DJI entwickelten Curriculum eine Qualifizierungsmöglichkeit für die Kindertagespflege vor, die jedoch eine andere Zielgruppe betrifft (Schuhegger u.a. 2020). Doch selbst in diesem Curriculum ist die Thematik psychische Gesundheit nur unzureichend abgedeckt, und es bedarf eines deutlich spezifischeren Curriculums. Entwickelt wird derzeit mit der Förderung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) ein E-Learning-Curriculum zur interdisziplinären Fortbildung von Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen im Frühbereich („Unterstützung und Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern mit psychisch und suchterkrankten Eltern“). Damit soll eine „gemeinsame Sprache“ (weiter)entwickelt bzw. über alle beteiligten Disziplinen hinweg geteilt werden. Vorgesehen ist, breitgefächerte Informationen bereitzustellen und (Handlungs-)Wissen für interdisziplinäre Fachkräfte zu vertiefen.

Nicht zuletzt muss der Effekt neu zu etablierender Qualifizierungsmaßnahmen evaluiert werden. Wie im Bildungsbericht 2022 beschrieben, mangelt es generell an Erkenntnissen zur Wirksamkeit der in den Bil-

dungsplänen genannten Ziele und Inhalte sowie an Studien und Daten über pädagogische Kompetenzen der Fachkräfte (Autor:innengruppe Bildungsberichtserstattung 2022). Qualifizierungsprogramme zur Förderung psychischer Gesundheit sollten also unbedingt evaluiert werden – als Monitoring zur Verbreitung der Programme wie auch hinsichtlich der Kompetenzerweiterung. Entsprechende Methoden und Standards sind in der Weiterbildung durchaus etabliert (Bressem u.a. 2016; Weber u.a. 2012).

6.3 Konzeptionalisierung des Themas und Anknüpfung an allgemeine Gesundheitsförderung, Prävention und Kinderschutz

Die Sensibilisierung und Qualifikation von Fachkräften sind Voraussetzungen dafür, dass eine Konzeptionalisierung der Förderung psychischer Gesundheit im Rahmen eines Trägerverbunds oder in einer einzelnen Betreuungsinstitution gelingen kann. Die Konzeptionalisierung sollte nicht unabhängig von anderen Themen und Aufträgen der Betreuungseinrichtungen erfolgen, weil psychische Gesundheit ein querschnittliches Thema ist, das eng mit der Gesundheitsförderung, mit dem Bildungs- und Erziehungsauftrag, mit dem Aspekt der Qualität von Betreuung, aber auch mit der Thematik Kinderschutz verbunden ist.

Die quantitativen und qualitativen (gesetzlichen) Weiterentwicklungen und Rahmungen für eine hochwertige Bildung, Betreuung und Erziehung in pädagogischen Einrichtungen, wie sie in den letzten Jahren sukzessive erfolgten, bieten eine gute Grundlage, um die Förderung psychischer Gesundheit als Querschnittsaufgabe systematisch zu integrieren. Emotional tragfähige Beziehungen sind die Basis für die Alltagsinteraktion mit Kindern in unterschiedlichen Bereichen und Ausgangspunkt für spezifische Angebote zur Förderung psychischer Gesundheit. Insbesondere im Kontext psychischer Gesundheit sind kompensatorische Angebote für diejenigen Kinder zu entwickeln, die benachteiligt und von Teilhabe ausgeschlossen sind. Hier bestehen Desiderate, zumal sich in der Folge der Corona-Pandemie bestehende soziale Ungleichheiten deutlich verschärft haben (Ravens-Sieberer u.a. 2022a, 2022b; 2022c; 2021a; 2021b; 2020).

Kindertageseinrichtungen übernehmen kompensatorische Aufgaben für benachteiligte Kinder, was aufgrund des niederschweligen Zugangs und gleichzeitig steigender Quoten benachteiligter Kinder auch im Sinne des Settingansatzes zur Prävention sinnvoll ist (Schmid 2012; Betz 2010). Kita kann zum einen als Setting für die Gesundheitsprävention gesehen werden, sie hat darüber hinaus als Institution auch Verbindungen zu vielen anderen Settings, die für Familien Bedeutung haben. Insofern ist die Konzeptionalisierung der Förderung psychischer Gesundheit von Kindern individuell abhängig von der jeweiligen Institution in ihrem spezifischen Setting wie dem Sozialraum, den kommunalen Gegebenheiten etc. Der Aufbau und die Verstetigung von Kooperationen, Netzwerkarbeit und Sozialraumorientierung sind inzwischen ein fester Bestandteil der Arbeit von pädagogischen Fachkräften (Pohlmann/Kaiser-Hylla 2017). Die Frühen Hilfen bieten einen settingübergreifenden Ansatz für die Vernetzung von Akteuren im Frühbereich. Ein empfehlenswerter Schritt wäre deshalb die systematische Einbindung von Kitas in die Frühen Hilfen, da hier sowohl das Modell als auch die relevanten Akteure der Gesundheitsförderung verankert sind. Zudem böte sich so für Kitas die Chance, über das Alter von 3 Jahren hinaus eine Scharnierfunktion in der Betreuung von Kindern wahrzunehmen und die systemimmanente Schnittstelle der Frühen Hilfen im Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern zu überwinden. Die systematische Einbindung böte zudem für einzelne Institutionen den Vorteil, auf Erfahrungen und die Expertise eines breiten Netzwerks zurückgreifen zu können und damit den Aufwand für die einzelne Institution zu verringern sowie parallele Entwicklungen mit neuen Schnittstellenproblemen zu vermeiden. Vernetzung und Kooperation ermöglichen im Bedarfsfall zudem die Aktivierung von Partnern wie z.B. in Fragen des Kinderschutzes.

6.4 Individuelle Gegebenheiten der Kitas und individuelle Lebenslagen der Eltern bzw. Familien beachten

Das „Gute-Kita“-Gesetz formuliert explizit, dass Betreuungseinrichtungen die Lebenslagen von Familien in ihrer Konzeption und Arbeit berücksichtigen sollen. Umgekehrt ist eine Konzeptionalisierung der Gesundheitsförderung für eine gute psychische Entwicklung

von Kindern nicht von den spezifischen Gegebenheiten einer Institution zu trennen. Die Expertise hebt hervor, dass Risiken für die psychische Entwicklung von Kindern ungleich verteilt sind, z.B. im Hinblick auf den sozioökonomischen Status von Familien. So wie in der Realität von Kinderbetreuungseinrichtungen allgemein der Bildungs- und Erziehungsauftrag im Sinne des Kompensierens von Nachteilen etwa aufgrund der sozialräumlichen Verortung einer Kita erfolgt, so sollte auch die spezifische Konzeptionalisierung der Förderung der psychischen Gesundheit angepasst an die Bedingungen der Einrichtungen erfolgen. Konkret bedeutet dies, dass die Thematik in allen Betreuungseinrichtungen von hoher Relevanz ist und systematisch Raum einnehmen sollte. Je nach Einrichtung wird aber die Bedeutung der Thematik, die Tiefe der Konzeption und auch die Ausgestaltung im Sinne von universellen vs. indizierten präventiven Maßnahmen variieren. In Sozialräumen, in denen mehr soziale Belastungen, wie Armut, bestehen, müssen Maßnahmen an diese angepasst werden (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2018; Hartung/Rosenbrock 2015; Kliche u.a. 2008). Spezifische Konstellationen, die auch mit einer Benachteiligung von Familien verbunden sein können, wie ein Migrationshintergrund, müssen adressiert werden. Maßnahmen sollten an die soziale Risikolage der Kinder adaptiert werden (Fröhlich-Gildhoff/Viernickel 2020). Ein ganzheitlicher Ansatz wird auch die Eltern bzw. Bezugspersonen einbeziehen, und auch hier ist die Belastungslage der Familien zu berücksichtigen.

Die Analyse der Ausgangslage einer Institution in ihrem Sozialraum sollte die in der Expertise beschriebenen Einflussfaktoren auf die psychische Entwicklung von Kindern deshalb mit zur Grundlage nehmen, um adaptierte Konzepte zu entwickeln, die die Bedarfe der Kinder berücksichtigen. Im Sinne des Settingansatzes lassen sich sowohl universelle wie auch spezifische indizierte Maßnahmen etablieren. Sie erreichen damit alle Kinder inklusive derjenigen Kinder und Familien, die einen besonderen Bedarf haben. Ohne diese Analyse der individuellen Ausgangslage einer Institution bestünde die Gefahr, ggf. Konzepte zu etablieren, die zwar im Bereich universeller Förderung adäquat sind, aber spezifische Risikokonstellationen nicht ausreichend berücksichtigen oder mit denen bestimmte Zielgruppen nicht erreicht werden. Letzterer Aspekt ist eine Lücke, die im Rahmen der Prävention in Deutschland auftritt (Kölch u.a. 2021a, 2021b, 2021c).

6.5 Besseres Erkennen durch systematischeres Beobachten? Einbettung der Verwendung von Screenings und Erhebungsinstrumenten in ein Gesamtkonzept

Durch den systematischen Einsatz von Beobachtungen und entsprechenden Instrumenten zur Entwicklungsbeobachtung kann das Verhalten von Kindern einigermaßen umfassend erfasst werden. Durch den systematischen Einsatz von (Screening-)Instrumenten können sowohl die kindliche Entwicklung differenzierter beschrieben als auch relevante Auffälligkeiten zuverlässiger identifiziert werden. Der über die bisherige Praxis hinausgehende Einsatz von Beobachtungsinstrumenten kann z.B. als Qualitätsanforderung strukturell verankert oder aber individuell im Rahmen einer Einrichtung etabliert werden. Zusätzliche Beobachtungsinstrumente tangieren die Fragen der strukturellen Ausstattung von Kitas, da der Einsatz solcher Instrumente Zeit und Kompetenz erfordert. Im Lichte der in Deutschland auf verschiedenen Ebenen geführten Diskussion, wo und wann effektiv Risiken für die psychische Gesundheit von Kindern in Screenings erfasst werden sollen und können, zeigt sich, dass deren Einsatz keineswegs eine triviale Frage darstellt. Im Rahmen der U-Untersuchungen wurde lange diskutiert, ob die psychische Gesundheit systematischer von Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzten erfasst werden kann (Gemeinsamer Bundesausschuss 2022). Es läuft derzeit ein vom BMG gefördertes Projekt zu den Vorteilen systematischer Screeninginstrumente in pädiatrischen Praxen (PSYCH-U Projekt, Psychodiagnostisches Screening in U-Untersuchungen, UKE gefördert vom BMG). Leitend für den Einsatz war der Gedanke, möglichst breit möglichst viele Kinder früh zu erreichen und zu identifizieren, um präventiv tätig werden zu können. Daneben wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts die Identifikation und Prävention in pädiatrischen Praxen untersucht. In diesem Kontext kommen international evaluierte spezifische Screeninginstrumente für Verhaltens- und psychische Auffälligkeiten zum Einsatz. Hierbei wird überdies eine besondere Problematik deutlich: Aufgrund der sozialrechtlichen Barrieren in Deutschland können sich solche Maßnahmen unverbunden entwickeln (Knappe 2021). Insofern wäre zum Einsatz von Screenings im Bereich der Kitas zu empfehlen, sowohl mit Blick auf die Ressourcen, die Qualifika-

tion und vor allem die Vernetzung zu durchdenken, wie die Einführung eines oder mehrerer Screenings konzipiert sein muss, damit das eigentliche Ziel, die bessere Förderung von Kindern, ressourcenökonomisch erreicht wird.

6.6 Strukturelle Voraussetzungen als Bedingung für allgemeine und spezifische Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit

Ohne die strukturellen Aspekte von Kitas zu berücksichtigen, wird eine verbesserte Etablierung der Förderung einer guten psychischen Entwicklung nicht gelingen. Die Qualität der Kindertageseinrichtung und die Handlungsmöglichkeiten der Fachkräfte hängen von den strukturellen Gegebenheiten ab. Ein ungünstiger Personalschlüssel sowie häufige Personalausfälle und Personalwechsel beeinflussen die Fachkraft-Kind-Beziehung negativ, da so der schützende Aspekt einer positiven Beziehungserfahrung nicht kontinuierlich gewährleistet werden kann. In den theoretischen Herleitungen wurde ausgeführt, welche entscheidende Bedeutung Bindung und Beziehung bei der psychischen (und physischen) Entwicklung des Kindes zukommen: Positive Bindung in der Einrichtung ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Lernen gelingen kann. Derzeit variieren die Personalschlüssel zwischen den Bundesländern in Deutschland, wobei in den letzten Jahren ein Trend zu einer verbesserten Fachkraft-Kind-Relation erkennbar ist (Destatis 2021). Auch hier war es eine Intention des „Gute-Kita“-Gesetzes, Verbesserungen zu ermöglichen. Eine Erhöhung des Beschäftigungsumfangs von Teil- auf Vollzeit könnte ebenfalls die Deckung des Personalbedarfs unterstützen (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2018).

Weil die inzwischen vielfach thematisierte veränderte Demografie und der Fachkräftemangel Auswirkungen auf die Strukturqualität haben werden, ist es umso wichtiger – auch bei heterogenen Qualifikationsprofilen von Fachkräften – die Qualifizierung zum Thema psychische Gesundheit breit anzulegen, damit sie ganzheitlich in den Einrichtungen verortet ist.

Früh Risiken und Belastungen von Kindern zu erkennen, entsprechend zu handeln und Eltern einzubinden, ist für Fachkräfte nur möglich, wenn dafür genügend Zeit bezogen auf das einzelne Kind vorhanden ist. Dies

verdeutlicht einmal mehr die Notwendigkeit der institutionenspezifischen Konzeption der Gesundheitsförderung: Denn je mehr Kinder und Familien in einer Kita Risiken für die Gefährdung einer gesunden Entwicklung aufweisen, desto mehr Zeit wird notwendig sein, um kompensatorisch wirken zu können. Insofern bedarf die Forderung nach einer optimalen Förderung der Kinder und einer Kompensation von Benachteiligungen von Kindern, etwa weil Eltern keine ausreichende Unterstützung und Förderung ihrer Kinder gewährleisten können, der entsprechenden strukturellen Voraussetzungen (Betz 2010). Die Idee der kompensatorischen erzieherischen Wirkung von Kindertagesstätten (Betz 2010; Iben 2001), die ethnische und sozioökonomisch bedingte Ungleichheiten in den Entwicklungschancen ausgleichen sollen, wird auch für die psychische Gesundheit von Kindern eine größere Rolle spielen (Bien u.a. 2007).

6.7 Bestehende Initiativen als Modelle nutzen

Es gibt in Deutschland einige Initiativen, die die Förderung der psychischen Gesundheit von (Klein-)Kindern und Familien zum Ziel haben. Die Deutsche Liga für das Kind hat vielfältige Materialien zur psychischen und emotionalen Entwicklung von Kindern in Kitas entwickelt und die Projekte Kitaplus sowie Kindergartenplus START ins Leben gerufen (Deutsche Liga für das Kind o. J.). Zu den Empfehlungen der interministeriellen Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern zählen Initiativen zur Qualifizierung von Fachkräften, zur Entwicklung von niedrigschwelligen Informationsmöglichkeiten, aber auch die Erstellung einer Übersicht zu bestehenden Projekten (AFET – Bundesverband Erziehungshilfen 2020). Des Weiteren regte die Arbeitsgruppe an, Präventionsziele am Präventionsgesetz auszurichten. Die GKV griff das Thema auf und erarbeitete entsprechende Handreichungen mit Empfehlungen zur Entwicklung kommunaler Konzepte, die auch für Kindertageseinrichtungen Relevanz haben (Kölch u.a. 2021c). Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat mit Förderung des BMG ein Präventionsprojekt für Vorschulkinder in Nordrhein-Westfalen gestartet, das die Resilienz von Vorschulkindern und ihren Familien stärken soll (Familie Löwenmut o. J.). Die Stiftung *Achtung!Kinderseele* setzt seit vielen Jahren auf ein Kita-

Patenprogramm, das Erzieherinnen und Erzieher mit Fachwissen zu psychischen Erkrankungen von Kita-Kindern unterstützt, damit psychische Probleme früher erkannt werden und die Resilienz von Kita-Kindern allgemein gestärkt wird (Achtung! Kinderseele o. J.). An diese bereits bestehenden Ansätze zur Förderung der psychischen Entwicklung von Kindern in Kinderbetreuungseinrichtungen können andere Tagesstätten systematisch anknüpfen.

haben (Viernickel u.a. 2017; Kliche u.a. 2008; Rudow 2004). Diese Punkte finden im „Gute-Kita“-Gesetz Erwähnung und müssen föderal umgesetzt werden.

6.8 Gesunde Einrichtung – bessere psychische Gesundheit der Kinder und Gesundheitsförderung auch für Fachkräfte

Die Arbeit in Betreuungseinrichtungen birgt psychische und gesundheitliche Risiken für die Fachkräfte selbst (u.a. Lärmbelästigung, körperliche Belastung durch das Tragen und Bewegen der Kleinkinder, Überstunden wegen Personalmangels, hohe Virenlast durch kranke Kinder etc.; Berger u.a. 2000). Die Gesundheitsförderung in den Einrichtungen kann dazu beitragen, Fachkräfte psychisch stabil zu halten und damit die Rahmenbedingungen für eine günstige psychische Entwicklung der Kinder zu verbessern. Neben strukturellen Aspekten wie einem adäquaten Betreuungsschlüssel geht es um eine entsprechende räumliche Ausgestaltung der Kita (z.B. um Lärm zu reduzieren, sich bei Pausen zurückziehen zu können) oder auch darum, externe Unterstützung im Sinne einer Kooperation einzubeziehen. Insgesamt ist das Ziel, das Belastungserleben der Fachkräfte zu reduzieren.

Eine gesundheitsförderliche Atmosphäre entsteht dann, wenn den Fachkräften in den Einrichtungen wertschätzend begegnet wird. Traumapädagogische Konzepte haben exemplarisch gezeigt, dass die Fürsorge dem Personal gegenüber eine essenzielle Voraussetzung für deren psychische Stabilität und Gesundheit ist. Und diese dienen wiederum dazu, ein gesundheitsförderliches Verhalten bei den betreuten Kindern und Jugendlichen zu erreichen (Schmid u.a. 2013).

Eine förderliche Einstellung zur Arbeit zu entwickeln (*mindset* der Fachkräfte), Pausenzeiten einzuhalten und auch eigene Ideen in der Arbeit mit den Kindern zu entwickeln, gefördert durch ein gutes Teamklima und soziale Unterstützung durch die Einrichtungsleitung können nachweislich positive Effekte auf die Gesundheit

7 Ausblick

Die psychischen Belastungen, die die Covid-19-Pandemie bei Eltern, Kindern und Fachkräften ausgelöst hat, verdeutlichen die Notwendigkeit differenzierter Strategien zur Förderung psychischer Gesundheit. Die Studienlage sowohl zu Belastungen als auch zu Resilienzfaktoren ist sehr gut. Demzufolge ist die elterliche Belastung während der Pandemie der wichtigste Prädiktor dafür, wie sehr auch Kinder belastet sind (Davico u.a. 2021). André Knabe und Kollegen (2021) zeigten, dass besonders die pandemiebedingten Einschränkungen wie soziale Isolation für psychosozial vorbelastete Familien eine besondere Herausforderung bzw. Risikofaktoren darstellen. Während bei Familien mit psychisch kranken Kindern die Einschränkungen das größte Problem sind, berichten Familien mit psychisch kranken Eltern vor allem über einen Mangel an Unterstützung als Folge der sozialen Isolation als besondere Belastung. Familien mit erkrankten Familienmitgliedern berichteten häufiger über riskante oder gar fehlende Bewältigungsmuster und seltener über protektive Bewältigungsstrategien, wie insbesondere die Mobilisierung sozialer Unterstützung (Clemens u.a. 2021/Knabe u.a. 2021/Köhler-Dauner u.a. 2021). Auch innerhalb von Kindertagesstätten ergaben sich Belastungsfaktoren durch zusätzliche Hygienemaßnahmen, Krankheitsfälle bei den Fachkräften, Gruppentrennungen, Schließungen, Notbetreuung etc.

Für die Zukunft sind im Umgang mit den Folgen der Pandemie bezogen auf die Förderung der psychischen Gesundheit im Kontext von Kindertageseinrichtungen drei Strategien entscheidend:

Erstens die Vermittlung von Informationen zu möglichen Symptomen, aber auch zur Resilienzsteigerung. Als digitales Format wurde z.B. für Fachkräfte ein entsprechendes E-Learning-Programm von der BZgA und der DGKJP entwickelt (Bundesministerium für Gesundheit o. J.), das frei verfügbar ist.

Zweitens die Etablierung von Maßnahmen, die bei einer insgesamt erhöht erlebten Belastung die Resilienz der Kinder, aber auch der Fachkräfte und ggf. der Eltern steigern (entdeckendes und ressourcenorientiertes Lernen, Problemlösestrategien im Team sowie mit Kindern

und Eltern gemeinsam, soziale Unterstützung für die Familien anbieten und umsetzen etc.)

Drittens ein aufmerksames Beobachten von möglichen Symptomen bei Kindern (auch im Bereich der allgemeinen Entwicklung), die über „normale“ Belastungsanzeichen hinausgehen und länger anhalten. Dafür bedarf es der Qualifizierung, ggf. auch des Einsatzes von einfach handhabbaren Instrumenten zum Erkennen von Auffälligkeiten. Für diese Kinder müssen entsprechende Diagnose- und Förder- bzw. Therapiemöglichkeiten gegeben sein. Diese können innerhalb der Einrichtung vorhanden sein, aber es bedarf eventuell auch externer Kooperationspartner. Dies bedingt, dass die Teams in Einrichtungen lokal die Vernetzung suchen – z.B. mit Beratungsstellen, Therapeutinnen und Therapeuten, Fachärztinnen und Fachärzten etc.

Frühzeitiges Erkennen und Intervenieren bieten die Chance, mögliche Belastungen abzufangen. Hier sind insbesondere die in der Expertise beschriebenen Risikofaktoren zu beachten, insbesondere bei ressourcen-schwachen Kindern und Familien. Im Sinne des gesundheitsförderlichen Arbeitskontextes gilt es, auf Seiten der Einrichtungen Strategien zu entwickeln, wie auch die Fachkräfte im Rahmen der Pandemiefolgen Belastungen abbauen und Resilienz stärken können.

8 Literatur

- Acheson, Ernest Donald (1988): On the state of the public health (The fourth Duncan lecture). In: *Public Health*, 102. Jg., H. 5, S. 431–437
- Achtung! Kinderseele (o. J.): Unsere Angebote. <https://www.achtung-kinderseele.org/programme> (15.08.2022)
- AFET – Bundesverband Erziehungshilfen e. V. (2020): Abschlussbericht – Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern. Hannover
- Ahnert, Lieselotte (Hrsg.) (2004): *Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung*. München
- Ahnert, Lieselotte (2007): Von der Mutter-Kind- zur Erzieherinnen-Kind-Bindung? In: Becker-Stoll, Fabienne/Textor, Martin R. (Hrsg.): *Die Erzieherin-Kind-Beziehung*. Zentrum von Bildung und Erziehung, Berlin, S. 31–41
- Ahnert, Lieselotte (2009): Entwicklungs- und Sozialisationsrisiken bei jungen Kindern. In: Fried, Lilian/Roux, Susanna (Hrsg.): *Pädagogik der frühen Kindheit*. Handbuch und Nachschlagewerk. 2. Aufl. Berlin, S. 75–84
- Ahnert, Lieselotte (2014): *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung*. München
- Ahnert, Lieselotte/Harwardt, Elena (2008): Die Beziehungserfahrungen der Vorschulzeit und ihre Bedeutung für den Schuleintritt. In: *Empirische Pädagogik*, 22. Jg., H. 2, S. 145–159
- Ahnert, Lieselotte/Pinquart, Martin/Lamb, Michael E. (2006): Security of children's relationships with non-parental care providers: A meta-analysis. In: *Child Development*, 74. Jg., H. 3, S. 664–679
- Ahnert, Lieselotte/Harwardt-Heinecke, Elena/Kappler, Gregor/Eckstein-Madry, Tina/Milatz, Anne (2012): Student-teacher relationships and classroom climate in first grade: How do they relate to students' stress regulation? In: *Attachment and Human Development*, 14. Jg., H. 3, S. 249–263
- Ahnert, Lieselotte/Milatz, Anne/Kappler, Gregor/Schneiderwind, Jennifer/Fischer, Rico (2013): The impact of teacher-child relationships on child cognitive performance as explored by a priming paradigm. In: *Developmental Psychology*, 49. Jg., H. 3, S. 554–567
- Allen, Susan F. (2007): Assessing the Development of Young Children in Child Care: A Survey of Formal Assessment Practices in One State. In: *Early Childhood Education Journal*, 34. Jg., H. 6, S. 455–465
- Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) (2005): Beobachtungsbogen ASB Hessen. <https://www.asb-kita-lohfelden.de//images/stories/pdf/Konzept-ASB-Kindertagesstaette.pdf> (15.08.2022)
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2018): *Bildung in Deutschland 2018: Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Wirkungen und Erträgen von Bildung*. Bielefeld
- Autor:innengruppe Bildungsberichterstattung (2022): *Bildung in Deutschland kompakt 2022*. Bielefeld
- Autorengruppe Fachkräftebarometer (2021): *Fachkräftebarometer Frühe Bildung 2021*. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte. München
- Bader, Samuel/ Riedel, Brigit/ Seybel, Carolyn/ Turani, Daniel (Hrsg.) (2021): *Kita-Fachkräfte im internationalen Vergleich Ergebnisse der OECD-Fachkräftebefragung 2018, Band 2*. München
- Barnett, W. Steven/Friedman-Krauss, Allison H. /Gomez, Rebecca E. /Horowitz, Michelle/Weisenfeld, G. G./Brown, Kristy Clarke/Squires, James H. (2016): *The State of Preschool 2015: State Preschool Yearbook*. National Institute for Early Education Research (NIEER). New Brunswick, NJ
- Barth, Karlheinz (2005): *Münsteraner Entwicklungs-Beobachtungsbogen*. Münster
- Beckh, Kathrin/Mayer, Daniela/Berkic, Julia/Becker-Stoll, Fabienne (2014): Der Einfluss der Einrichtungsqualität auf die sprachliche und sozial-emotionale Entwicklung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. In: *Frühe Bildung*, 3. Jg., H. 2, S. 73–81
- Beckmann, Kathinka (2021): Kinderschutz im Spannungsfeld von Differenz und Diversität. In: *Kita aktuell: Fachzeitschrift für die Leitung von Kindertageseinrichtungen*, 22. Jg., H. 1, S. 8–10
- Beller, E. Kuno/Beller, Simone (2005): *Kuno Bellers Entwicklungstabelle*. 5. Aufl. Berlin
- Bennett, John (2006): New policy conclusions from starting strong II an update on the OECD early childhood policy reviews. In: *European Early Childhood Education Research Journal*, 14. Jg., H. 2, S. 141–156
- Berger, Judith/Niemann, Désirée/Nolting, Hans-Dieter/Schiffhorst, Guido/Genz, Hartmut O./Kordt, Martin (2000): Stress bei Erzieher/innen Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Ar-

- beitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen. Berlin
- Berger, Marianne/Berger, Lasse (2004): Der Baum der Erkenntnis für Kinder und Jugendliche im Alter von 1 bis 16 Jahren. Berlin
- Berthold, Oliver/Clemens, Vera/Fegert, Jörg Michael/Kölch, Michael/Plener, Paul/Aster, Michael von u.a. (2017): Medizinische Kinderschutz-Hotline. Beratung für medizinisches Personal, bundesweit, kostenlos, rund um die Uhr. In: *Kinder- und Jugendmedizin*, 17. Jg., H. 6, S. 367–372
- Betz, Tanja (2010): Die Kindergesellschaft. In: *Sozial Extra*, 34. Jg., S. 37–41
- Beyer, Andrea/Fastabend, Sigrid/Schilling, Marlies/Sukowski, Petra/Wiepelsiep, Anja/Weiss, Holle/Liebers, Emilie (2004): Gelsenkirchener Entwicklungsbegleiter. Gelsenkirchen
- Bien, Walter/Rauschenbach, Thomas/Riedel, Brigit (Hrsg.) (2007): Wer betreut Deutschlands Kinder? Bad Heilbrunn
- Booth, Cathryn L./Kelly, Jean F./Spieker, Susan J./Zuckerman, Tracy G. (2003): Toddlers' attachment security to child-care providers: The Safe and Secure Scale. In: *Early Education and Development*, 14. Jg., H. 1, S. 83–100
- Bossmann, Ulrike/Ditzen, Beate/Schweitzer, Jochen (2016): Organizational stress and dilemma management in mid-level industrial executives: an exploratory study. In: *Mental Health and Prevention*, 4. Jg., H. 1, S. 9–18
- Bressem, Kristina/Ziegenhain, Ute/Doelitzsch, Claudia/Hofer, Alexandra/Besier, Tanja/Fegert, Jörg Michael/Künster, Anne K. (2016): A German e-learning-training in the context of early preventive intervention and child protection: preliminary findings of a pre-post evaluation. In: *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10. Jg., H. 1, S. 1–9
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2017): Kindertagesbetreuung kompakt. Ausbaustand und Bedarf 2017. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (o. J.): Fachkräfte in Schule und Kita. Bonn/Berlin www.zusammengegen-corona.de/corona-im-alltag/psychisch-stabil-bleiben/fachkraefte-in-schule-und-kita/ (15.08.2022)
- Burchinal, Margaret/Vandergrift, Nathan/Pianta, Robert C./Mashburn, Andrew (2010): Threshold analysis of association between childcare quality and child outcomes for low-income children in pre-kindergarten programs. In: *Early Childhood Research Quarterly*, 25. Jg., H. 2, S. 166–176
- Carter, Alice S./Wagmiller, Robert J./McCarthy, KimberlyJ./Horwitz, Sarah M./Briggs-Gowan, Margaret J./Gray, Sarah A. O. (2010): Prevalence of DSM IV Disorder in a representative, healthy birth cohort at school entry: Sociodemographic risks and social adaptation. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49. Jg., H. 7, S. 686–698
- Centers for disease control and prevention (2016): Early Childhood Education: Interventions addressing the social determinants of health. <https://www.cdc.gov/policy/opaph/hi5/earlychildhoodeducation/> (15.08.2022)
- Clemens, Vera/Köhler-Dauner, Franziska/Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg Michael (2021): Predictors of Parental Coping During the Covid-19 Pandemic: A Survey in Germany. In: *Frontiers/Psychology*, 12:715327. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.715327
- Cochran, Moncrieff (Hrsg.) (1993): International handbook of childcare policies and programs. Berlin
- Crawford, Eean R./Lepine, Jeffery A./Rich, Bruce Louis (2010): Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: a theoretical extension and meta-analytic test. In: *The Journal of Applied Psychology*, 95. Jg., H. 5, S. 834–848
- Davico, Chiara/Ghiggia, Ada/Marcotulli, Daniele/Ricci, Federica/Amianto, Federico/Vitiello, Benedetto (2021): Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Adults and Their Children in Italy. In: *Frontiers/Psychiatry*, 12:572997. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.572997
- Destatis (2019): Europäische Union: Anteil der Kinder im Alter unter drei Jahren (U3) in formaler Kinderbetreuung (Betreuungsquote), aufgeschlüsselt nach Mitgliedstaaten im Jahr 2019. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1129311/umfrage/betreuungsquote-von-kleinkindern-in-der-europaeischen-union-eu/> (15.08.2022)
- Destatis (2021): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am

- 01.03. 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/166642/umfrage/betreuungsquote-kindertagesbetreuung-in-deutschland/> (15.08.2022)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie/Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGKJP/DGPPN) (2016): Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik. Frankfurt
- Deutsche Liga für das Kind (o. J.): Projekte. <https://liga-kind.de/projekte-2/> (15.08.2022)
- Deutsches Jugendinstitut (DJI) (o. J.): Projekt: Internationales Zentrum Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung (ICEC). www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/internationales-zentrum-fruehkindliche-bildung-betreuung-und-erziehung-icec.html (15.08.2022)
- Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (DJI/WiFF) (Hrsg.) (2020): Gesundheitsförderung in Kitas. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. WiFF Wegweiser Weiterbildung, Band 14. München
- Döpfner, Manfred/Plück, Julia/Berner, Walter/Fegert, Jörg Michael/Huss, Michael/Lenz, Klaus u.a. (1997): Mental disturbances in children and adolescents in Germany. Results of a representative study: age, gender and rater effects. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 25. Jg., H. 4, S. 218–233
- Döpfner, Manfred/Walter, Berner/Breuer, Dieter/Fleischmann, Thomas/Schmidt, Martin (1993): Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6). Weinheim
- Drews, Antonia (2021): Dilemmakompetenz und seelische Gesundheit von Krankenhausmitarbeitenden: zwei Studien zu den Möglichkeiten und Grenzen psychosozialer Interventionsprojekte. Dissertation
- Egert, Franziska/Hopf, Michaela (2018): Sprachliche Bildung und Förderung. In: Schmidt, Thilo/Smidt, Wilfried (Hrsg.): Handbuch empirische Forschung in der Pädagogik der frühen Kindheit, Münster/New York, S. 273–294
- Egle, Ulrich Tiber/Hardt, Jochen/Nickel, Ralf/Kappis, Bernd/Hoffmann, Sven Olaf (2015): Früher Streß und Langzeitfolgen für die Gesundheit. Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 48. Jg., S. 411–434
- Ellis, Bruce J. /Bjorklund, David F. (2012): Beyond mental health: An evolutionary analysis of development under risky and supportive environmental conditions: An introduction to the special section. In: *Developmental Psychology*, 48. Jg., H. 3, S. 591–597
- Engel, George L. (1976): *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Bern
- European Commission/EACEA/Eurydice (2021a): *Adult education and training in Europe: Building inclusive pathways to skills and qualifications*. Eurydice Report. Luxemburg
- European Commission/EACEA/Eurydice (2021b): *Structural Indicators for Monitoring Education and Training Systems in Europe – 2021: Overview of major reforms since 2015*. Eurydice Report. Luxemburg
- Familie Löwenmut (o. J.): Über uns. <https://www.familie-loewenmut.de/ueber-uns/> (15.08.2022)
- Fegert, Jörg Michael (1998): Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen in der Vorgeschichte von Pflegekindern. In: Stiftung zum Wohl des Pflegekindes (Hrsg.): 1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Schwerpunktthema: Traumatisierte Kinder. Idstein, S. 20–31
- Fegert, Jörg Michael (2010): Familie, Medizin und Gesundheit. In: Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Familie – Wissenschaft – Politik*. Ein Kompendium der Familienpolitik. Berlin, S. 155–168
- Fegert, Jörg Michael (2012): Kindheit, Kinderrechte und Kinderschutz in sich wandelnden Familienwelten. In: *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe*, 11. Jg., S. 418–426
- Fegert, Jörg Michael/Walper, Sabine (2010): Familien in prekären Situationen. In: Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Familie – Wissenschaft – Politik*. Ein Kompendium der Familienpolitik. Berlin, S. 169–187
- Fegert, Jörg Michael/Rassenhofer, Miriam/Schneider, Thekla/Seitz, Alexander/Sprüber, Nina (2013): *Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen*. Weinheim
- Fegert, Jörg Michael/Berthold, Oliver/Clemens, Vera/Kölch, Michael/Eckhart-Ringel, A. /Moers, Arpad von/Witt, Andreas (2021): *Der Corona-Lockdown und Kinderschutz*. Entwicklungen in der Inanspruchnahme der Medizinischen Kinderschutzhotline während

- der SARS-CoV-2-Pandemie. In: *Recht und Psychiatrie*, 39. Jg., S. 163–170
- Flender, Judith (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen durch Erzieherinnen: Überprüfung der Gütekriterien des Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6). Dortmund
- Flender, Judith/Wolf, Sylvia Maria (2012): Entwicklungsbeobachtung und -dokumentation in der Arbeit mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren. Dortmund
- Frey, Andreas/Duhm, Erna/Althaus, Dagmar (1979): Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter (BBK). Braunschweig
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maike (2018): Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtung – welche Strategien sind erfolgreich? (Prävention und Gesundheitsförderung). In: Christiansen, Hanna/Ebert, David/Röhrle, Bernd (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung Bd. VI, Entwicklungen und Perspektiven*. Tübingen, S. 287–308
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Strohmer, Janina (Hrsg.) (2011): Untersuchungen zum Stand von Beobachtung, Dokumentation und Diagnostik in Kindertageseinrichtungen. In: Fröhlich-Gildhoff, Klaus/ Nentwig-Gesemann, Ingrid/Leu, Hans Rudolf: *Forschung in der Frühpädagogik IV. Schwerpunkt: Beobachten, Verstehen, Interpretieren, Diagnostizieren*, Freiburg, S. 37–68
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Viernickel, Susanne (2020): Prävention und Gesundheitsförderung in der Kita. In: *Frühe Bildung*, 9. Jg., S. 53–55
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Nentwig-Gesemann, Iris/Leu, Hans Rudolf (2011): *Forschung in der Frühpädagogik IV. Schwerpunkt: Beobachten, Verstehen, Interpretieren, Diagnostizieren*. Freiburg
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Lorenz, Friederike Lea/Tinius, Claudia/Sippel, Melanie (2013): Überblicksstudie zur pädagogischen Arbeit mit Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten in Kindertageseinrichtungen. In: *Frühe Bildung*, 2. Jg., H. 2, S. 59–71
- Geene, Raimund/Kliche, Thomas/Borkowski, Susanne (2015): *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting Kita. Erfolgsabschätzung und Ableitung eines Evaluationskonzepts. Eine Expertise im Auftrag des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de. Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e.V.* Köln
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2022): *Beauftragung zur Umsetzung des Regelungsauftrages nach § 92 Absatz 6b SGB V und Folgeänderungen*. <https://www.g-ba.de/beschluesse/5316/> (15.08.2022)
- Giertz, Karsten/Speck, Andreas/Steinhart, Ingmar (2022): *Soziale Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen. Daten und Fakten*. In: Giertz, Karsten/Grosse, Lisa/Röh, Dieter (Hrsg.): *Soziale Teilhabe professionell fördern. Grundlagen und Methoden der qualifizierten Assistenz*. Köln, S. 32–46
- Goodman, Robert (1997): *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note*. In: *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 38. Jg., H.5, S. 581–586
- Gossmann, Emily/Hofmann, Sophie/Fegert, Jörg Michael/Ziegenhain, Ute (2022): *Der Umgang mit Nähe und Distanz in Kindertageseinrichtungen – Ergebnisse einer inhaltlichen Sichtung von Schutzkonzepten*. Heidelberg
- Guttman-Steinmetz, Sarit/Crowell, Judith A. (2006): *Attachment and externalizing disorders: a developmental psychopathology perspective*. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45. Jg., H. 4, S. 440–451
- Hartung, Susanne/Rosenbrock, Rolf (2015): *Settingansatz/Lebensweltansatz*. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln
- Hegemann, Ulrike/Steinberg, Hannah Sinja/Zerle-Elsäber, Claudia/Heintz-Martin, Valerie/Eichhorn, Thomas (2021): *Beratungsbedarfe von Stieffamilien*. München
- Hippel, Aiga von (2011): *Fortbildung in pädagogischen Berufen – zentrale Themen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Fortbildung in Elementarbereich, Schule und Weiterbildung*. In: *Zeitschrift für Pädagogik*, 57. Jg., S. 248–267
- Hoffer, Rieke (2020): *Zusammenarbeit von Eltern und frühpädagogischen Fachkräften bei fraglichen psychischen Auffälligkeiten im Kindergartenalter. Eine qualitative Studie*. In: *Perspektiven der empirischen Kinder- und Jugendforschung*, 6. Jg., H. 1, S. 22–39
- Hoffer, Rieke/Bengel, Jürgen (2020): *Übereinstimmung von Eltern und Fachkräften in der Beurteilung von psychischen Auffälligkeiten, psychosozialen Ressourcen und Handlungsbedarf im Kindergartenalter*. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69. Jg., H. 1, S. 3–21

- Iben, Gerd (2001): Familien in Armut. In: Bier-Fleiter, Claudia (Hrsg.): Familie und öffentliche Erziehung. Wiesbaden, S. 117–127
- Ihle, Wolfgang/Esser, Günter (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Psychologische Rundschau, 53. Jg., H. 4, S. 159–169
- Internationales Zentrum Frühkindliche Bildung Betreuung und Erziehung (ICEC) (Hrsg.) (2021): Länderprofile – Systeme der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung. Anhang zum OECD-Bericht – Providing Quality Early Childhood Education and Care: Results from the TALIS Starting Strong Survey 2018. München
- Isaksson, Pernilla/Marklund, Bertil/Haraldsson, Katarina (2017): Promoting mental health in Swedish preschool-teacher views. In: Health Promotion International, 32. Jg., H. 1, S. 53–61
- Kadera, Stepanka/Köhler-Dauner, Franziska/Hofer, Harald/Tippelt, Rudolf/Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg Michael (2018): Prävention sexueller Gewalt in Institutionen im Rahmen von Fortbildungen. In: Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 64, S. 199–211
- Kappler, Selina/Hornfeck, Fabienne/Pooch, Marie-Theres/Kindler, Heinz/Tremel, Inken (2019): Kinder und Jugendliche besser schützen – der Anfang ist gemacht. Schutzkonzepte gegen sexuelle Gewalt in den Bereichen: Bildung und Erziehung, Gesundheit, Freizeit. München
- Keller, Heidi (2019): Mythos Bindungstheorie: Konzept, Methode, Bilanz. Weimar
- Kemper, Andrea/Kölch, Michael/Fangerau, Heiner/Fegert, Jörg Michael (2010): Ärztliche Schweigepflicht bei Kindeswohlgefährdung. Mehr Handlungssicherheit durch die neuen Kinderschutzgesetze? In: Ethik in der Medizin, 22. Jg., S. 33–47
- Kindler, Heinz (2009): Teil C. Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In: Meysen, Thomas/Schönecker, Lydia/Kindler, Heinz (Hrsg.): Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim/München
- Kiphard, Ernst J. (2002): Wie weit ist ein Kind entwickelt? Eine Anleitung zur Entwicklungsüberprüfung. 11. Aufl. Dortmund
- Kliche, Thomas/Töppich, Jürgen/Koch-Gromus, Uwe (2009a): Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bitzer, Eva M./Walter, Ulla/Lingner, Heidrun/Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.): Kindergesundheit stärken. Berlin/Heidelberg, S. 252–259
- Kliche, Thomas/Wittenborn, Claudia/Koch, Uwe (2009b): Was leisten Entwicklungsbeobachtungen in Kitas? Eigenschaften und Verbreitung verfügbarer Instrumente. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58. Jg., H. 6, S. 419–433
- Kliche, Thomas/Gesell, Susanne/Nyenhuis, Nele/Bodansky, Alexander/Deu, Anette/Linde, Katja u.a. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und MitarbeiterInnen. Weinheim
- Klinkhammer, Nicole/Schäfer, Britta/Harring, Dana/Gwinner, Anne (Hrsg.) (2017): Qualitätsmonitoring in der frühkindlichen Bildung und Betreuung: Ansätze und Erfahrungen aus ausgewählten Ländern. DJI-Fachforum Bildung und Erziehung, Band 13. München
- Klipker, Kathrin/Baumgarten, Franz/Göbel, Kristin/Lampert, Thomas/Hölling, Heike (2018): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring, 3. Jg., H. 3, S. 37–45
- Klitzing, Kai von/Döhnert, Mirko/Kroll, Michael/Grube, Matthias (2015): Psychische Störungen in der frühen Kindheit. In: Deutsches Ärzteblatt, H. 6, S. 269–278
- Knabe, André/Kölch, Michael/Spitzer, Carsten/Reis, Olaf (2021): Auswirkungen der Coronapandemie auf soziale Netzwerke in Risikofamilien. In: Psychotherapeut, 66. Jg., H. 3, S. 225–232
- Knappe, Susanne (2021): Entwicklungsförderung im Fokus: PROMPT – das Projekt für die seelische Gesundheit für Kinder mit emotionalen und Vertrauensproblemen. Dresden
- Köhler-Dauner, Franziska/Clemens, Vera/Hildebrand, Katherina/Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg Michael (2021): The interplay between maternal childhood maltreatment, parental coping strategies as well as endangered parenting behavior during the current SARS-CoV-2 pandemic. In: Developmental Child Welfare, 3. Jg., H. 2, S. 71–84
- Kölch, Michael/Breucker, Gregor/Schmutz, Elisabeth/Ziegenhain, Ute (2021a): Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern. Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Berlin

- Kölch, Michael/Breucker, Gregor/Schmutz, Elisabeth/Ziegenhain, Ute (2021b): Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern. Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Handreichung für die GKV auf Landesebene. Berlin
- Kölch, Michael/Breucker, Gregor/Schmutz, Elisabeth/Ziegenhain, Ute (2021c): Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern. Handlungsrahmen für eine Beteiligung der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Berlin
- Kölch, Michael/Lübke, Laura/Müller, Sascha/Reis, Olaf/Brähler, Elmar/Lincke, Lena/Spitzer, Carsten (2022): Stress durch Elternschaft: Psychometrische Evaluation der deutschen Version der Parental Stress Scale in der Allgemeinbevölkerung. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie. DOI: 10.1055/a-1778-5316
- Koot, Hans M./van den Oord, Edwin J. C. G./Verhulst, Frank C./Boomsma, Dorett I. (1997): Behavioral and emotional problems in young preschoolers: cross-cultural testing of the validity of the Child Behavior Checklist/2-3. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25. Jg., H. 3, S. 183–196
- Kreis Recklinghausen, Kreisgesundheitsamt, 53.2 - Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Arbeitskreis Initiative seelisch gesundes Kind (2006): Erzieherbeobachtungsbogen zur Vorlage bei den Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9. Recklinghausen
- Kuger, Susanne/Walper, Sabine (2021): AID:A der integrierte Survey des Deutschen Jugendinstituts. In: Kuger, Susanne/Walper, Sabine/Rauschenbach, Thomas (Hrsg.): *Aufwachsen in Deutschland 2019. Alltagswelten von Kindern, Jugendlichen und Familien*. Bielefeld, S. 7–13
- Künster, Anne K./Wucher, Alexandra/Thurn, Leonore/Kindler, Heinz/Fischer, Dieter/Ziegenhain, Ute (2011): Risikoepidemiologie und Kinderschutzstatistik in der frühen Kindheit – eine Pilotuntersuchung. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60. Jg., H. 3, S. 206–223
- Künster, Anne K./Ziegenhain, Ute (2014): Kommentar zu Risiken der Krippenbetreuung. In: *Pädiatrische Praxis*, 82. Jg., H. 3, S. 390–397
- Künster, Anne K./Thurn, Leonore/Fischer, Dieter/Wucher, Alexandra/Kindler, Heinz/Ziegenhain, Ute u.a. (2014): Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz. Ulm
- Laevers, Ferre (Hrsg.) (1997): *Die Leuven Engagiertheits-Skala für Kinder LES-K*. Deutsche Fassung der Leuven Involvement Scale for Young Children. Erkelenz
- Laevers, Ferre/Vandenbussche, Els (1999): *Beobachtung und Begleitung von Kindern*. Leuven
- Laewen, Hans-Joachim (2006): *Grenzsteine der Entwicklung: Ein Frühwarnsystem für Risikolagen*. Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg: *Umgang mit Differenzen: Entwicklungsbedarfe erkennen – Möglichkeiten fördern*. Band 3. Weimar
- Laewen, Hans-Joachim/Andres, Beate/Hédervári-Heller, Éva (2015): *Die ersten Tage. Ein Modell zur Eingewöhnung in Krippe und Tagespflege*. 9. Aufl. Berlin
- Lampert, Thomas/Kuntz, Benjamin (2019): Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62. Jg., H. 10, S. 1263–1274
- Lange, Cornelia/Butschalowsky, Hans G./Jentsch, Franziska/Kuhnert, Ronny/Rosario, Angelika S./Schlaud, Martin/Kamtsiuris, Panagiotis (2014): Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57. Jg., H. 7, S. 747–761
- Largo, H. Remo (2000): Kindliche Entwicklung und psychosoziale Umwelt. In: Schlack, Hans G. (Hrsg.): *Sozialpädiatrie*. 2. Aufl. Wiesbaden, S. 89–102
- Lerner, Richard (2002): *Concepts and theories of human development*. 3. Aufl. Mahwah, NJ
- LeVine, Robert A. (1998): Human parental care: Universal goals, cultural strategies, individual behavior. In: LeVine, Robert A./Miller, Patrice M./Maxwell West, Mary (Hrsg.): *Parental behavior in diverse societies*, San Francisco, S. 3–12
- Lin, Ying-Chun/Magnuson, Katherine A. (2018): Classroom quality and children's academic skills in child-care centers: Understanding the role of teacher qualifications. In: *Early Childhood Research Quarterly*, 42. Jg., S. 215–227
- Lippke, Sonja/Renneberg, Babette (2006): Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Renneberg, Babette/Hammelstein, Phillip (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Berlin/Heidelberg, S. 7–12

- Lueger, Dagmar (2005): Beobachtung leicht gemacht: Beobachtungsbögen zur Erfassung kindlichen Verhaltens und kindlicher Entwicklungen. Weinheim
- Luthar, Suniya S. (1997): Sociodemographic disadvantages and psychosocial adjustment: Perspectives from developmental psychopathology. In: Luthar, Suniya S./Burack, Jacob A./Cicchetti, Dante/Weisz, John R. (Hrsg.): *Developmental psychopathology. Perspectives on adjustment, risk, and disorder*. Cambridge, S. 459–485
- Luthar, Suniya S./Zelazo, Laurel Bidwell (2003): Research on resilience: An integrative review. In: Luthar, Suniya S. (Hrsg.): *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge, S. 510–549
- Madigan, Sheri/Bakermans-Kranenburg, Marian J./van Ijzendoorn, Marinus H./Moran, Greg/Pederson, David R./Benoit, Diane (2006): Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: a review and meta-analysis of a transmission gap. In: *Attachment & Human Development*, 8. Jg., H. 2, S. 89–111
- Manning, Matthew/Garvis, Sussane/Fleming, Christopher/Wong, Gabriel T. (2017): The relationship between teacher qualification and the quality of the early childhood education and care environment. In: *Campbell Systematic Reviews*, 13. Jg., H. 1, S. 1–82
- Martin, Sandra L./Ramey, Craig T./Ramey, Sharon (1990): The prevention of intellectual impairment in children of impoverished families: findings of a randomized trial of educational day care. In: *American Journal of Public Health*, 80. Jg., H. 7, S. 844–847
- Mashburn, Andrew J./Pianta, Robert C./Hamre, Bridget K./Downer, Jason T./Barbarin, Oscar A./Bryant, Donna u.a. (2008): Measures of classroom quality in prekindergarten and children's development of academic, language, and social skills. In: *Child Development* 79. Jg., H. 3, S. 732–749
- Masten, Ann S./Powell, Jennifer L. (2003): A resilience framework for research, policy, and practice. In: Luthar, Suniya S. (Hrsg.): *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*. New York, S. 1–25
- Mayr, Toni (1998): Beobachtungsbogen zur Erfassung von Entwicklungsrückständen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindergartenkindern (BEK). München
- Mayr, Toni/Ulich, Michael (2006): *Positive Entwicklung und Resilienz im Kindergartenalltag. Beobachtungsbogen*. Freiburg
- McLuckie, Alan/Landers, Ashley L./Curran, Janet A./Cann, Robin/Carrese, Domenica H./Nolan, Alicia u.a. (2019): A scoping review of mental health prevention and intervention initiatives for infants and preschoolers at risk for socio-emotional difficulties. In: *Systematic Reviews* 8, Art. No. 183. DOI: 10.1186/s13643-019-1043-3
- Nentwig-Gesemann, Iris/Walther, Bastian/Theeding, Minste (2018): Kita-Qualität aus der Perspektive von Kindern. In: *Frühe Bildung*, 7. Jg., H. 2, S. 77–87
- NICHD Early Child Care Research Network (1997): Child care and mother-child interaction in the first 3 years of life. In: *Developmental Psychology*, 35. Jg., H. 6, S. 1399–1413
- NICHD Early Child Care Research Network (2002): Child-care structure → process → outcome: Direct and indirect effects of child-care quality on young children's development. In: *Psychological Science*, 13. Jg., H. 3, S. 199–206
- Nordt, Gabriele (2009). *Methodenkoffer zur Qualitätsentwicklung in Tageseinrichtungen für Schul- und Vorschulkinder: Fragebogen, Checklisten, Auswertungsbogen, Beobachtungsbogen*. 3. Aufl. Berlin
- O'Connor, Erin E./Collins, Brian A./Supplee, Lauren (2012): Behavior problems in late childhood: The roles of early maternal attachment and teacher-child relationship trajectories. In: *Attachment & Human Development*, 14. Jg., H. 3, S. 265–288
- OECD (2004): *Die Politik der frühkindlichen Betreuung, Bildung und Erziehung in der Bundesrepublik Deutschland*. Paris
- Papousek, Mechthild (2002): Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. In: Braun-Scharm, Hellmuth (Hrsg.): *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart, S. 201–230
- Peitz, Gabriele (2004): Wenn bei Kindern Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert werden: Risiken für die Erziehungspartnerschaft von Familie und Kindergarten. In: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, H. 4, S. 258–272
- Petermann, Franz/Macha, Thorsten (2015): *Entwicklungstest für Kinder von 6 Monaten bis 6 Jahre Revision*. Frankfurt

- Petermann, Franz/Schmidt, Martin H. (2006): Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? [A basic concept of developmental psychology and developmental psychopathology]. In: *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 15. Jg., H. 2, S. 118–127
- Pianta, Robert C./Steinberg, Michael S./Rollins, Kristin B. (1995): The first two years of school: Teacher-child relationships and deflections in children's classroom adjustment. In: *Development and Psychopathology*, 7. Jg., H. 2, S. 295–312
- Pillhofer, Melanie/Fegert, Jörg Michael/Ziegenhain, Ute (2012): Aktionsprogramm Familienbesucher – Fortbildungskonzept für Willkommensbesuche nach der Geburt zur Information junger Eltern. Stuttgart
- Pinheiro, Paulo S. (2006): World report on violence against children. Genf
- Pohlmann, Ulrike/Kaiser-Hylla, Catherine (2017): Gut vernetzt?! Wie Kita-Leitungen die Sozialraumorientierung ihrer Einrichtung (ein-)schätzen. In: *Betrifft KINDER*, 10. Jg., H. 17, S. 12–17
- Pramling, Ingrid (1998): Die Qualität der Kinderbetreuung aus schwedischer Sicht. In: Fthenakis, Wassilios Emmanuel/Textor, Martin R. (Hrsg.): *Qualität von Kinderbetreuung: Konzepte, Forschungsergebnisse, internationaler Vergleich*. Weinheim, S. 219–230
- Prenzel, Annedore (2019): Die Reckahner Reflexionen zur Ethik pädagogischer Beziehungen. Ein Beitrag zu einem stufenübergreifenden Berufsethos. In: Fasching, Helga (Hrsg.): *Beziehungen in pädagogischen Arbeitsfeldern und ihren Transitionen über die Lebensalter*. Bad Heilbrunn, S. 28–39
- Rauh, Hellgard (2010): Theorien und Konzepte der Entwicklungspsychologie. In: Weegmann, Waltraud/Kammerlander, Carola (Hrsg.): *Die Jüngsten in der Kita. Ein Handbuch zur Krippenpädagogik*. Stuttgart
- Rauh, Hellgard/Ziegenhain, Ute/Müller, Bernd/Wijnroks, Lex (2000): Stability and change in infant-mother attachment in the second year of life: Relations to parenting quality and varying degrees of day-care experience. Cambridge
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Ellert, Ute/Erhart, Michael (2007): Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50. Jg., H. 5/6, S. 810–818
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Erhart, Michael/Devine, Janine/Gilbert, Martha/Reiss, F./Barkmann, Claus u.a. (2022a): Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSY Study. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4024489 (15.08.2022)
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Kaman, Anne/Devine, Janine/Löffler, Constanze/Reiß, Franziska/Napp, Ann-Kathrin u.a. (2022b): The mental health and health-related behavior of children and parents during the COVID-19 pandemic. In: *Deutsches Ärzteblatt International*. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0173
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Kaman, Anne/Erhart, Michael/Devine, Janine/Schlack, Robert/Otto, Christiane (2022c): Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31. Jg., H. 6, S. 879–889
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Kaman, Anne/Erhart, Michael/Otto, Christiane/Devine, Janine/Löffler, Constanze u.a. (2021a): Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1007/s00787-021-01889-1
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Kaman, Anne/Otto, Christiane/Adedeji, Adekunle/Devine, Janine/Erhart, Michael u.a. (2020): Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic-Results of the Copsy Study. In: *Deutsches Ärzteblatt International*, 117. Jg., H. 48, S. 828–829
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Kaman, Anne/Otto, Christiane/Adedeji, Adekunle/Napp, Ann-Kathrin/Becker, Marcia u.a. (2021b): Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Copsy-Studie. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64. Jg., H. 12, S. 1512–1521
- Ravens-Sieberer, Ulrike/Kurth, Bärbel-Maria/the KiGGS study group/BELLA study group (2008): The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. In: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17. Jg., H. 1, S. 10–21

- Ravens-Sieberer, Ulrike/Wille, Nora/Erhart, Michael (2007b): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50 (5), S. 871–878. DOI: 10.1007/s00103-007-0250-6
- Reynolds, Arthur J./Temple, Judy A./Robertson, Dylan L. (2001): Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A 15-year follow-up of low-income children in public schools. In: Journal of the American Medical Association, 285. Jg., H. 18, S. 2339–2346
- Robert Koch-Institut (RKI) (2020): KiGGS – German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents. https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/HealthSurveys/Kiggs/Kiggs_node.html (15.08.2022)
- Robert Koch-Institut (RKI) (2022): GEDA 2022. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Geda/Geda_2022_inhalt.html (15.08.2022)
- Rudow, Bernd (2004): Belastungen und der Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieherinnen. Langfassung des Projektberichtes. Mannheim/Mühlhausen
- Ruscio, Ayelet Meron/Stein, Dan J./Chiu, Wai Tat/Kessler, Ronald C. (2010): The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. In: Molecular Psychiatry, 15. Jg., H. 1, S. 53–63
- Rutter, Michael (2000): Nature, nurture and psychopathology: a new look at an old topic. In: Tizard, Barbara und Varma, Ved (Hrsg.): Vulnerability and Resilience in Human Development. London, S. 21–38
- Sagi, Abraham/van Ijzendoorn, Marinus H. (1996): Multiple caregiving environments: The kibbutz experience. In: Harel, Shaul/Shonkoff, Jack P. (Hrsg.): Early childhood intervention and family support programs: Accomplishments and challenges. Jerusalem, S. 143–162
- Sameroff, Arnold/Bartko, W. Todd/Baldwin, Alfred/Baldwin, Clare/Seifer, Ronald (1998): Family and social influences on the development of child competence. In: Lewis, Michael/Fering, Candice (Hrsg.): Families, risk, and competence, Routledge, S. 161–185
- Schaufeli, Wilmar B./van Dierendonck, Dirk (2000): Handleiding van de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS) [Manual Utrecht Burnout Scale]. Lisse
- Schelle, Regine/Friederich, Tina/Buschle, Christina (2020): Qualität in der Kita. Mögliche Impulse eines interaktionistischen Professionalitätsverständnisses. Ein Diskussionsbeitrag. In: Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 15. Jg., H. 2, S. 199–216
- Schlack, Robert/Hölling, Heike/Kurth, Bärbel-Maria/Huss, Michael (2007): Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50. Jg., H. 5/6, S. 827–835
- Schmid, Marc/Goldbeck, Lutz (2010): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze für die Behandlung von komplex traumatisierten Jugendlichen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59. Jg., H. 6, S. 453–476
- Schmid, Marc/Lang, Birgit (2012): Was ist das Innovative und Neue an einer Traumapädagogik. In: Schmid, Marc/Rensch, Katharina/Tetzer, Michael/Schlüter-Müller, Susanne (Hrsg.): Handbuch der psychiatrie-bezogenen Sozial-Pädagogik. Göttingen
- Schmid, Marc/Petermann, Franz/Fegert, Jörg Michael (2013): Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. In: BMC Psychiatry, DOI: 10.1186/1471-244X-13-3
- Schmid, Thilo (2012): Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund. In: Schmidt, Thilo (Hrsg.): Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund. Wiesbaden, S. 15–113
- Schoyerer, Gabriel/Weimann-Sandig, Nina/Klinkhammer, Nicole (Hrsg.) (2016): Ein internationaler Blick auf die Kindertagespflege. Deutschland, Dänemark, England und Frankreich im Vergleich. DJI-Fachforum Bildung und Erziehung, Band 12. München
- Schuhegger, Lucia/Hundegger, Veronica/Lipowski, Hilke/Lischke-Eisinger, Lisa/Ullrich-Runge, Claudia (2020): Qualität in der Kindertagespflege – Qualifizierungshandbuch (QHB) für die Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern unter drei. Hannover
- Schwab, Franziska (2016): Subjektive Wahrnehmung, Erklärungsmuster und Motive pädagogischer Fachkräfte in der Kommunikation mit Eltern, deren Kinder herausforderndes Verhalten zeigen. Ergebnisse einer explorativen Studie in Kindertageseinrichtungen

- gen. In: Perspektiven der empirischen Kinder- und Jugendforschung, H. 2, S. 86–108
- Spangler, Gottfried/Grossmann, Klaus E. (1993): Biobehavioral Organization in Securely and Insecurely Attached Infants. In: *Child Development*, 64. Jg., H. 5, S. 1439–1450
- Sroufe, L. Alan (1996): *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. Cambridge
- Steinhausen, Hans-Christoph (2019): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 9., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München
- Steinlin, Céilia/Döhlitzsch, Claudia/Fischer, Sophia/Schmeck, Klaus/Fegert, Jörg Michael/Schmid, Marc (2016): Der Zusammenhang zwischen Burnout-Symptomatik und Arbeitszufriedenheit bei pädagogischen Mitarbeitenden in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 65. Jg., H. 3, S. 162–180
- Stübner, K./Bongard, B./Kreidler, V./Schwarzkopf, F./Wehinger, U./Bay, S. (2007): Ravensburger Bogen zur Entwicklungsbeobachtung von Kindern in Kindertageseinrichtungen. 2003 erstellt, 2005 und 2007 überarbeitet durch Mitarbeiter/-innen der Fachberatungsstellen für Kindertageseinrichtungen im Landkreis Ravensburg (Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg, Referat Tageseinrichtungen für Kinder/Evang. Fachberatung für Kindertagesstätten der Kirchenbezirke Biberach und Ravensburg/Landesverband Kath. Kindertagesstätten Diözese Rottenburg-Stuttgart/Landratsamt Ravensburg, Jugendamt, Fachberatung für Kindertageseinrichtungen). Ravensburg
- Tavecchio, Louis W. C./van Ijzendoorn, Marinus H. (1987): Perceived Security and Extension of the Child's Rearing Context: A Parent-Report Approach. In: *Advances in Psychology*, 44. Jg., S. 35–92
- Thiel-Bonney, Consolata/Hofacker, Nikolaus von (2014): Fütterstörungen in der frühen Kindheit. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.): *Frühe Kindheit 0-3 Jahre*. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin/Heidelberg, S. 219–248
- Thom, Julia/Mauz, Elvira/Peitz, Diana/Kersjes, Christina/Aichberger, Marion/Baumeister, Harald u.a. (2021): *Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatoren*. In: *Journal of Health Monitoring* 6. Jg., H. 4, S. 36–68
- Thompson, Ross A. (1994): Emotion regulation: A theme in search of definition. In: *Monographs of the Society for Research in Child Development*, S. 25–52
- Thurn, Leonore/Künster, Anne K. (2013): *Der Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz*. Ulm
- Thyen, Ute (2007): *Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006*. Ein Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland. Lübeck
- Tietze, Wolfgang/Schuster, Käthe-Maria/Grenner, Katja/Roßbach, Hans-Günther (2007): *Kindergarten-Skala (KES-R)*. Feststellung und Unterstützung pädagogischer Qualität in Kindergärten. 3. Aufl. Berlin
- Tietze, Wolfgang/Becker-Stoll, Fabienne/Bensel, Joachim/Eckhardt, Andrea G./Haug-Schnabel, Gabriele/Kalicki, Bernhard (2013): *NUBBEK – Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit*. Fragestellungen und Ergebnisse im Überblick. Osnabrück
- Tröster, Heinrich/Flender, Judith/Reineke, Dirk/Wolf, Mira S. (2005): *Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6)*. In: *Kindheit und Entwicklung*, 14. Jg., H. 3, S. 140–149
- UNICEF (2021a): *The State of The World's Children Report 2021*. On My Mind. Promoting, protecting and caring for children's mental health. New York
- UNICEF (2021b): *UNIFEC-Bericht zur Situation der Kinder in der Welt 2021: „On My Mind: die psychische Gesundheit von Kindern fördern, schützen und unterstützen“*. Köln
- United Nations (Hrsg.) (2015): *General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 (A/RES/70/1). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York
- van Ijzendoorn, Marinus H./Sagi-Schwartz, Abraham (2008): Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In: Cassidy, Jude/Shaver, Philip R. (Hrsg.): *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, New York, S. 880–905
- Verbeek, Veronika (2006): *Trierer Beobachtungs- und Förderbogen*. Ein praktischer Leitfaden für die Kindertagesstätte. München
- Viernickel, Susanne (2006): *Qualitätskriterien und -standards im Bereich der frühkindlichen Bildung und Betreuung*. Remagen

- Viernickel, Susanne/Voss, Anja/Mauz, Elvira (2017): Arbeitsplatz Kita. Belastungen erkennen, Gesundheit fördern. Weinheim
- Viernickel, Susanne/Fuchs-Rechlin, Kirstin (2015): Fachkraft-Kind-Relationen und Gruppengrößen in Kindertageseinrichtungen. Grundlagen, Analysen, Berechnungsmodell. In: Viernickel, Susanne/Fuchs-Rechlin, Kirstin/Strehmel, Petra (Hrsg.): Qualität für alle. Wissenschaftlich begründete Standards für die Kindertagesbetreuung. Freiburg i. Br.
- Voss, Anja/Schumann, Maria (2020): Gesundheit von pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. In: Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF) (Hg.): Gesundheitsförderung in Kitas. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. WiFF Wegweiser Weiterbildung, Band 14. München, S. 24–33
- Voss, Anja/Viernickel, Susanne (2016): Gute gesunde Kita. Bildung und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen. Konzept einer integrierten Gesundheits- und Qualitätsentwicklung. Kiliansroda
- Wadepohl, Heike/Mackowiak, Katja (2016): Beziehungsgestaltung und deren Bedeutung für die Unterstützung von kindlichen Lernprozessen im Freispiel. In: Frühe Bildung, 5. Jg., H. 1, S. 22–30
- Weber, Julia/Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg Michael/Hägele, Anja/Künster, Anne K. (2012): Evaluation des E-Learning-Fortbildungskurses „Frühe Hilfen und Frühe Interventionen im Kinderschutz“. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 61. Jg., H. 10, S. 750–765
- Weltzien, Dörte/Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Wadepohl, Heike/Mackowiak, Katja (2017): Interaktionsgestaltung im familiären und frühpädagogischen Kontext. Einleitung. In: Wadepohl, Heike/Mackowiak, Katja/Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Weltzien, Dörte (Hrsg.): Interaktionsgestaltung in Familie und Kindertagesbetreuung, Wiesbaden, S. 1–26
- Wertfein, Monika/Wildgruber, Andreas/Wirts, Claudia/Becker-Stoll, Fabienne (2017): Interaktionen in Kindertageseinrichtungen. In: Theorie und Praxis im interdisziplinären Dialog [Interactions in child day care facilities. Theory and practice in interdisciplinary dialogue]. Göttingen u.a.
- Winner, Anna (2015): Das Münchener Eingewöhnungsmodell – Theorie und Praxis der Gestaltung des Übergangs von der Familie in die Kindertagesstätten. https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/KiTaFT_winner_2015.pdf (15.08.2022)
- Wolf, Karin/Grgic, Mariana (2009): Kindertagesbetreuung im europäischen Vergleich. Die Chancen von EU-SILC und die aktuellen Grenzen. Deutsches Jugendinstitut. München
- Wolff, Marianne de/van Ijzendoorn, Marinus H. (1997): Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. In: Child Development, 68. Jg., H. 4, S. 571–591
- World Health Organization (WHO) (Hrsg.) (2019): Mental health action plan 2013 – 2020. Genf
- Zero to Three (2005): DC:0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Rev. ed. Washington
- Ziegenhain, Ute (2008): Entwicklungs- und Erziehungsberatung für die frühe Kindheit. In: Petermann, Franz/Schneider, Wolfgang (Hrsg.): Angewandte Entwicklungspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie (Bd. 7), S. 163–204
- Ziegenhain, Ute (2014): Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung. Brühler Schriften zum Familienrecht. Bielefeld
- Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg Michael (Hrsg.) (2007): Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München
- Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg Michael (2012): Frühkindliche Bindungsstörungen. In: Fegert, Jörg Michael/Eggers, Christian/Resch, Franz (Hrsg.): Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Wiesbaden, S. 937–947
- Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg Michael (2014): Zur alltäglichen und biografischen Bedeutung der Qualität pädagogischer Beziehungen. In: Prengel, Annedore/Winklhofer, Ursula (Hrsg.): Kinderrechte in pädagogischen Beziehungen. Berlin, S. 33–45
- Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg Michael (2022): Frühkindliche Bindungsstörungen. In: Fegert, Jörg Michael/Resch, Franz/Plener, Paul/Kaess, Michael/Döpfner, Manfred/Konrad, Kerstin/Legenbauer, Tanja (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Wiesbaden, S. 1–14
- Ziegenhain, Ute/Künster, Anne K./Besier, Tanja (2016): Gewalt gegen Kinder. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59. Jg., H. 1, S. 44–51
- Ziegenhain, Ute/Künster, Anne K./Thiel, Monika/Krüger, Katrin (2022): Kita Curriculum. Winzig Stiftung.

<https://www.winzig-stiftung.de/kita-curriculum.php> (15.08.2022)

Ziegenhain, Ute/Wolff, Ulrike (2000): Der Umgang mit Unvertrautem. Bindungsbeziehung und Krippeneintritt. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht 47. Jg., S. 176–188

Zwack, Julika/Bossmann, Ulrike/Schweitzer, Jochen (2016): Navigieren im Dilemma. In: Hänsel, Markus/Kaz, Karl (Hrsg.): CSR und gesunde Führung. Werteorientierte Unternehmensführung und organisationale Resilienzsteigerung, S. 137–152

9 Anhang

9.1 Tabellen

Tabelle 1: Länderspezifischer Einsatz von Diagnostik- bzw. Beobachtungsinstrumenten

Baden-Württemberg	Auswahl und Einsatz von Beobachtungsverfahren- und -instrumenten in Abstimmung mit pädagogischer Konzeption der Einrichtung/Verantwortung zur Auswahl obliegt der Einrichtung
Bayern	entwickelt eigenes Beobachtungsverfahren (erhebt Anspruch auf wissenschaftliche Güte); Empfehlungen für Sprachentwicklungsverfahren; systematische Beobachtung und Dokumentation
Berlin	Beobachtung und Dokumentation, Empfehlung für Sprachentwicklungsverfahren; Empfehlung zum internen Fachaustausch; regelmäßige entwicklungsbegleitende Beobachtungsverfahren; Literaturempfehlung
Bremen	Beobachtung und Dokumentation
Brandenburg	Beobachtung und Dokumentation
Hamburg	Systematische und zielgerichtete Beobachtung mit Beobachtungszielen; Literaturempfehlung zur Beobachtung von Kindern; Instrument zur Sprachentwicklungsbeobachtung wird konkret empfohlen
Hessen	Nichtanlassbezogene, regelmäßige systematische und freie Beobachtung und Dokumentation (Empfehlungen für den Einsatz bestimmter Instrumente)
Mecklenburg-Vorpommern	Auflistung bereits genutzter standardisierter Instrumente, Empfehlung zur freien Beobachtung
Niedersachsen	Erprobte Beobachtungsverfahren für Sprachentwicklung, Empfehlung zur Nutzung standardisierter Verfahren
Nordrhein-Westfalen	Beobachtungsbögen werden von jeder Einrichtung für verschiedene Bereiche gestaltet
Rheinland-Pfalz	Empfehlung, Beobachtungs- und Dokumentationsvorlagen zu nutzen
Saarland	Empfehlungen für standardisierte und freie Entwicklungsbeobachtungsverfahren (Beispiele werden aufgeführt); Nutzung obliegt der Einrichtung
Sachsen	Freie Beobachtung und Dokumentation des Beobachteten
Sachsen-Anhalt	Frei wählbares Beobachtungsverfahren
Schleswig-Holstein	Keine weiteren Informationen
Thüringen	Formelle und informelle Testverfahren werden eingesetzt, Auswahl obliegt der Einrichtung

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 2: Beobachtungsinstrumente in Kindertageseinrichtungen (Auswahl)

Baum der Erkenntnis	Berger/Berger 2004
Beobachtung leicht gemacht	Lueger 2005
Beobachtungsbogen ASB Hessen	ASB 2005
Beobachtungsbogen: Entwicklung der Kinder	Nordt 2009
Beobachtungsbogen für Kinder im Vorschulalter, BBK	Frey/Duhm/Althaus 1979
Beobachtungsbogen zur Erfassung von Entwicklungsrückständen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindergartenkindern, BEK	Mayr 1998
Beobachtung und Begleitung von Kindern	Laewers/Vandenbussche 1999
Beschreibung des aktuellen Entwicklungsstandes des Kindes	Sächsisches Staatsministerium für Kultus 2002
Dortmunder Entwicklungs-Screening für den Kindergarten, DESK	Tröster u.a. 2005
Entwicklungsbeobachtung, Ravensburger Bogen	Stübner u.a. 2007
Entwicklungsgitter, SEG/ PSEG	Kiphard 2002
Entwicklungstest für Kinder von 67 Monaten bis 6 Jahren- Revision	Petermann/Macha 2015
Erzieherbeobachtungsbogen bei den Vorsorgeuntersuchungen U8/U9	Kreis Recklinghausen, Kreisgesundheitsamt, 53.2 - Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Arbeitskreis „Initiative seelisch gesundes Kind“ 2006
Gelsenkirchener Entwicklungsbegleiter, GEB	Beyer u.a. 2004
Grenzsteine der Entwicklung	Laewen 2006
Kuno Bellers Entwicklungstabelle*	Beller/Beller 2005
Leuener Engagiertheitsskala für Kinder	Laevers 1997
Münsteraner Entwicklungs-Beobachtungsbogen	Barth 2005
Positive Entwicklung und Resilienz im Kindergartenalltag*	Mayr/Ulich 2006
Trierer Beobachtungs- und Förderbogen	Verbeek 2006
Verhaltensfragebogen für Vorschulkinder, VBV 3-6	Döpfner u.a. 1993

*häufig genutzte Instrumente in frühpädagogischen Einrichtungen (siehe länderspezifischer Verfahrenseinsatz)

Quelle: Kliche u.a. 2009b

9.2 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Länderspezifischer Einsatz von Diagnostik- bzw. Beobachtungsinstrumenten	55
Tabelle 2:	Beobachtungsinstrumente in Kindertageseinrichtungen (Auswahl)	56
Abbildung 1:	Das biopsychosoziale Modell	10
Abbildung 2:	Das Risiko- und Schutzfaktorenmodell	11
Abbildung 3:	Einsatz von Diagnostikinstrumenten	25

9.3 Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz

Version: Klein- und Vorschulkinder

Künster, Thurn, Fischer, Wucher, Kindler & Ziegenhain (2013)

Dieser Fragebogen dient dazu, systematisch mögliche Risiken und Gefährdungen in Familien zu erkennen, um ggf. möglichst frühzeitig und präventiv Unterstützung anbieten zu können.

Der Fragebogen wurde für Sie zum internen Gebrauch entwickelt. Er dient Ihnen beim Entscheidungsprozess, ob Sie eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen werden. Weiterhin unterstützt er Sie bei der Vorbereitung eines Gesprächs und einer weitergehenden Beratung durch eine solche Fachkraft, da systematisch wichtige Aspekte im Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung gesammelt und auf einen Blick dargestellt werden.

Der Bogen dient nicht dazu, eine Entscheidung darüber zu treffen, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder nicht. Diese Entscheidung treffen Sie bitte in Absprache mit der für Sie zuständigen insoweit erfahrenen Fachkraft.

A. Angaben zum Kind und zur Familie

Code / Name des Kindes:

Geschlecht des Kindes:

männlich weiblich

Alter des Kindes (Jahre und Monate):

Das Kind lebt bei:

- leiblichen Eltern
 nur leiblicher Mutter
 nur leiblichem Vater
 Pflegefamilie
 Adoptivfamilie
 Kinderheim
 sonstiges (bitte beschreiben)

weiß ich nicht

Das Kind wird zudem betreut von:

- leiblichem Vater
 leiblicher Mutter
 Stiefeltern bzw. neuem Partner
 Pflegefamilie
 Großeltern/anderen Verwandten
 Tagespflegestelle/Tagesmutter bzw. -eltern
 Kindertagesstätte/Kindergarten
 sonstiges (bitte beschreiben)

weiß ich nicht

Leben im Haushalt Geschwister?

ja nein

Wenn ja, wieviele?

Alter?

B. Haben Sie Anhaltspunkte auf eine oder mehrere Formen von Kindesvernachlässigung, -misshandlung oder -missbrauch wahrgenommen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

Definitionen und Beispiele finden Sie im Anhang des Fragebogens

	ja	Aufgrund welcher Hinweise kommen Sie zu dieser Einschätzung? (kurze Stichworte)	nein	nicht bekannt
1. Erzieherische Vernachlässigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. (Zahn-) Medizinische Vernachlässigung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. a) Verweigerung angemessener emotionaler Reaktionen (emotionale Vernachlässigung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ignorieren (emotionale Vernachlässigung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. a) Ernährung (körperliche Vernachlässigung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hygiene (körperliche Vernachlässigung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Obdach (körperliche Vernachlässigung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kleidung (körperliche Vernachlässigung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Unterlassene Aufsicht	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aussetzung einer gewalttätigen Umgebung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. a) Isolieren (emotionale Misshandlung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Terrorisieren (emotionale Misshandlung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Körperliche Misshandlung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. a) Berührungsloser sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sexueller Kontakt (sexueller Missbrauch)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sexuelle Handlungen (sexueller Missbrauch)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Liegen folgende Belastungen in der Familie vor?

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

C.1 Soziale Belastungen in der Lebenssituation der Familie

	ja	nein	nicht bekannt
Die Mutter ist sehr jung (bei der Geburt des Kindes ≤ 18 Jahre).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mutter hat mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter ≤ 20 .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mutter ist alleinerziehend und sozial isoliert (ankreuzen, wenn beides zutrifft).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bezugsperson erlebt aktuell eine krisenhafte Trennung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Hinweise auf schwere Konflikte oder Gewalt in der aktuellen Partnerschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Hinweise auf Alkohol-/Drogenkonsum bei der Mutter oder deren Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Hinweise auf psychische Erkrankungen bei der Mutter oder deren Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Familie lebt in Armut (unter dem Existenzminimum).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Familie ist sozial isoliert und bekommt wenig Unterstützung von außen (im Alltag sind kaum Kontaktpersonen verfügbar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte kurz beschreiben):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.2 Das Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen

	ja	nein	nicht bekannt
Das Kind ist in seinem Verhalten im Vergleich zu Gleichaltrigen schwierig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind hat eine diagnostizierte Verhaltensauffälligkeit (z. B. ADS/ADHS).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist deutlich entwicklungsverzögert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind ist körperlich/geistig behindert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind hat eine chronische Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte kurz beschreiben):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.3 Beobachtbares Fürsorgeverhalten von Mutter/Vater gegenüber dem Kind

Die Bezugsperson ...	ja	nein	nicht bekannt
reagiert ablehnend, genervt und uninteressiert auf die Anliegen des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeigt wenig Interesse oder Unterstützung an der Förderung des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
äußert deutliche Überlastung und Probleme bei der Erziehung des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
äußert sich überwiegend ablehnend und negativ über das Kind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reagiert nicht oder mit Überforderung auf die Signale des Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wirkt psychisch auffällig (depressiv, impulsiv/aggressiv, emotional instabil).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nimmt Unterstützungsangebote trotz erkennbarer Auffälligkeiten des Kindes nicht an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Kind fehlt häufig (unentschuldig)/es wird nicht regelmäßig gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte kurz beschreiben):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Ihre Einschätzung

Ist das Kind nach Ihrer Einschätzung derzeit gefährdet?

- ja nein

Wie sicher fühlen Sie sich in der Einschätzung, ob das Kind derzeit gefährdet ist oder nicht?

- sehr unsicher unsicher eher unsicher sicher sehr sicher
-

Wie hoch schätzen Sie das momentane Risiko für das Kind ein?

- sehr niedrig niedrig eher hoch hoch sehr hoch
-

Haben Sie vor, bezüglich Ihrer hier angekreuzten Wahrnehmungen ein Gespräch mit den Eltern zu führen?

- Es hat bereits ein Gespräch stattgefunden.
- Ein Gespräch ist in konkreter Planung.
- Ich brauche vorher noch mehr Informationen.
- Ein Elterngespräch zu diesem Thema ist nicht nötig.

Haben Sie vor, in diesem Fall ein Gespräch mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft (nach §8a SGB VIII bzw. §4 KKG, BKiSchG) zu führen?

- ja
- ich brauche vorher noch mehr Informationen
- nein

Bitte prüfen Sie nochmals, ob Sie in den Teilen B, C und D in jeder Zeile ein Kreuz gemacht haben!

E. Notizen zu einem ggf. geführten Elterngespräch

F. Notizen zu einem ggf. geführten Gespräch mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft (§8a SGB VIII bzw. §4 KKG, BKiSchG):

Anhang: Definitionen und Beispiele zu B

- 1. Erzieherische Vernachlässigung:** Bezeichnet einen Mangel an Gesprächen, Spiel und anregenden Erfahrungen sowie fehlende erzieherische Hilfestellung oder Einflussnahme.
Z. B. das Kind darf immer so lange wach bleiben wie es will oder das Kind quält Tiere vor den Augen der Bezugsperson, ohne dass diese eingreift.
- 2. (Zahn-) Medizinische Vernachlässigung:** Bezieht sich auf das Versäumnis einer ärztlichen oder medizinischen Vorsorge oder Behandlung. Z. B. es wird mit dem Kind kein Arzt aufgesucht wenn es krank ist oder die Bezugsperson kümmert sich nicht um die Anwendung von erforderlichen Medikamenten.
- 3. Emotionale Vernachlässigung:** Bezieht sich auf einen Mangel an Wärme, Einfühlungsvermögen, Geborgenheit und Zuneigung in der Beziehung zum Kind. Z. B. die Bezugsperson begegnet dem Kind mit Liebes- und Aufmerksamkeitsentzug oder fehlenden Reaktionen auf seine emotionalen Signale.
 - a) Verweigerung angemessener emotionaler Reaktionen:**
Z. B. das Kind wird nicht getröstet wenn es weint oder es wird sich nicht mit ihm gefreut.
 - b) Ignorieren:** Z. B. das Kind wird links liegen gelassen, es wird ihm nicht zugehört, nicht geantwortet oder in anderer Form direkte Aufmerksamkeit entgegengebracht.
- 4. Körperliche Vernachlässigung:** Bezeichnet einen Mangel in der Versorgung des Körpers des Kindes und der Befriedigung seiner physischen Bedürfnisse.
 - a) Ernährung:** Z. B. ein Kind bekommt nie ein Pausenbrot mit oder dieses ist verdorben oder ein Kind fällt auf, weil es deutlich über- oder unterernährt ist.
 - b) Hygiene:** Z. B. das Kind kommt schmutzig und ungewaschen in den Kindergarten oder es lebt in extrem unhygienischen Zuständen zuhause beispielsweise mit massenweise Müll oder verdorbenen Lebensmitteln in der Wohnung.
 - c) Obdach:** Z. B. das Kind lebt in einer Wohnung die mit Ungeziefer oder Schimmel befallen ist oder die Wohnung kann nicht geheizt werden.
 - d) Kleidung:** Z. B. das Kind kommt im Winter ohne warme Jacke in den Kindergarten oder das Kind scheint nur kaputte, zerschlissene, schmutzige und zu kleine Kleidung zu besitzen.
- 5. Unterlassene Aufsicht:** Meint eine Aufsichtspflichtverletzung. Z. B. die Bezugsperson erscheint zum Elternabend und hat das Kind ohne Ersatzperson bzw. Babysitter alleine zuhause gelassen oder verreist gar über ein Wochenende und lässt das Kind ohne Aufsicht und Versorgung alleine zuhause.
- 6. Aussetzung einer gewalttätigen Umgebung:** Die Betreuungsperson ergreift keine Maßnahmen zum Schutz des Kindes vor gegenwärtiger Gewalt oder Gefahr. Z. B. Das Kind lebt in einem Haushalt in dem es zu gewalttätigen Partnerschaftskonflikten kommt oder das Kind wird von der Bezugsperson nicht vor gewalttätigen Übergriffen durch eine weitere Person geschützt.
- 7. Emotionale Misshandlung:** Meint Verhaltensweisen der Bezugsperson, die dem Kind vermitteln, es sei wertlos, fehlerhaft, ungeliebt, unerwünscht, gefährdet oder es sei nur dazu da, die Bedürfnisse anderer zu erfüllen.
 - a) Isolieren:** Z. B. die Bezugsperson schottet das Kind vom Kontakt zu Gleichaltrigen ab oder das Kind wird von ihm nahe stehenden Personen isoliert oder gar das Kind wird eingesperrt und jeglicher Kontakt zur Außenwelt wird unterbunden.
 - b) Terrorisieren:** Meint z. B., dass alles was das Kind tut von der Bezugsperson für nicht gut genug gehalten wird oder diese dem Kind das Gefühl vermittelt, dass seine An- oder Abwesenheit ihr gleichgültig ist, bis hin zur Einschüchterung und Ängstigung des Kindes durch Straf-, Gewalt-, Verlust- oder Morddrohungen oder Gewaltausübung gegen eine Person oder ein Objekt die/das das Kind liebt.
- 8. Körperliche Misshandlung:** Jede Form von körperlicher Gewalt gegen ein Kind, die es verletzt oder das Potenzial dazu hat. Von sehr grobem „Anpacken“ des Kindes, über Schubsen, Stoßen, Schütteln, bis hin zu Schlagen, Prügeln, Verbrennen oder Würgen.
- 9. Sexueller Missbrauch:** Meint jede sexuelle Handlung, an/mit/vor einem Kind.
 - a) Berührungsloser sexueller Missbrauch:** Z. B. Exhibitionismus vor dem Kind, Voyeurismus, das Kind wird angehalten sich zur Befriedigung des Beobachters selbst zu berühren oder das Kind soll bei der Selbstbefriedigung der anderen Person zusehen, bis hin zur Darstellung des Kindes in pornographischer Weise auf Fotos oder in Filmen.
 - b) Sexueller Kontakt:** Berührungen der Leiste, der Brust, der Innenseite der Oberschenkel, des Gesäßes und der Genitalien des Kindes, die nicht zur normalen Pflege oder Befriedigung der täglichen Bedürfnisse des Kindes notwendig sind. Damit sind sowohl Berührungen der Haut als auch Berührungen durch die Kleidung gemeint.
 - c) Sexuelle Handlungen:** Meint Sexuelle Handlung mit Penetration (dem Eindringen) von Zunge, Finger, Penis oder anderen Objekten in den Anal- oder Genitalbereich, egal ob vom Erwachsenen zum Kind oder umgekehrt.

Zu den Autorinnen und Autoren

Michael Kölch, Prof. Dr., ist Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an der Universität Rostock und Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universitätsmedizin Rostock. Seine Arbeitsschwerpunkte sind besondere Risikogruppen für psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, wie Kinder psychisch erkrankter Eltern oder Kinder in der Kinder- und Jugendhilfe, sowie die Therapie- forschung, soziale Aspekte von psychischer Gesundheit und die Versorgungsforschung. Seit 2022 ist er Mitglied im Bundesjugendkuratorium.

Ute Ziegenhain, Prof. Dr., ist Professorin und Leiterin der Sektion Pädagogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitäts- klinikums Ulm. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der klinischen Bindungsforschung, in der interdisziplinären Versorgungsforschung, sowie in der Entwicklung und Erprobung von Curricula und Programmen zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Sie ist u.a. Mitglied in der Deutsche Gesellschaft für Psycholo- gie (DGPs) und der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit (GAIMH).

Annika Nöhling, Dipl.-Psych., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und klinische Psychologin an der Universitätsme- dizin Rostock, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Sie ist dort hauptsächlich in der Ambulanz tätig, in der sie einen Schwerpunkt auf familienzentrierte und bin- dungsorientierte Therapien legt. Im Rahmen der Weiterbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin unterstützt sie Wohngruppen der Kinder- und Jugendhilfe bei der Etablierung von krankheitsangepassten und bin- dungsorientierten Betreuungskonzepten.

Franziska Köhler-Dauner, Dr., ist Kindheitspädagogin und seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Sektion Päd- agogik, Jugendhilfe, Bindungsforschung und Entwicklungspsychopathologie an der Klinik für Kinder- und Jugend- psychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der Bindungsfor- schung sowie in der Prävention im Kontext von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Sie ist Lehrbeauftragte an der Dualen Hochschule in Heidenheim und in Stuttgart mit den Schwerpunkten Kindeswohl(-gefährdung) und der Weitergabe von belastenden Kindheitserfahrungen.

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Robert Bosch
Stiftung



Deutsches
Jugendinstitut

Mit dem Ausbau der Frühen Bildung geriet auch die psychische Gesundheit der betreuten Kinder in den Blick und das Thema fand Eingang in die Bildungspläne der Länder. In der vorliegenden Expertise arbeiten die Autorinnen und Autoren anhand etablierter Qualitätskonzepte für die Kindertagesbetreuung heraus, wie in der Praxis die psychische Gesundheit systematisch und umfassend gefördert werden kann. Zudem benennen sie strategische Ansatzpunkte, die eine Veränderung im Umgang mit den Kindern bewirken oder strukturelle Rahmenbedingungen positiv beeinflussen können. Unterfüttert mit konkreten Beispielen und Praxisempfehlungen, leistet die Expertise einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung von Kindertageseinrichtungen.