



Settingspezifische Bestandsaufnahme von Qualitätsverfahren auf Länderebene

Im Rahmen des Projekts
»Gesundheitsförderung in Lebenswelten –
Entwicklung und Sicherung von Qualität«



Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit



Herausgeberin
Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Inhalt

1. Einleitung	6
2. Vorgehen und Methodik	7
2.1 Koordinierung/Gesamtkonzept	7
2.2 Fragestellungen	8
2.3 Datenerhebung	8
2.3.1 Fokusgruppen	9
2.3.2 Regionalkonferenzen	9
2.3.3 Zusätzliche Aktivitäten	9
2.4 Datenauswertung	9
3. Ergebnisse auf Länderebene	11
3.1 Baden-Württemberg	11
3.1.1 Setting Städte und Gemeinden	11
3.1.2 Handlungsfeld Kommunale Gesundheitskonferenzen	13
3.1.3 Weitere Aktivitäten: Review von praxistauglichen Instrumenten und Verfahren	14
3.2 Bayern	15
3.2.1 Handlungsfeld Frühe Hilfen / Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKis)	15
3.2.2 Setting Kindertageseinrichtungen	18
3.3 Berlin	21
3.3.1 Setting Stadtteil – Offene Altenarbeit	21
3.4 Brandenburg	25
3.4.1 Setting Kindertageseinrichtungen	25
3.4.2 Weitere Aktivitäten: Evaluation der Good-Practice-Werkstätten	26

3.5	Bremen	27
3.5.1	Setting Kommune/Stadteil	27
3.5.2	Handlungsfeld Migration	29
3.6	Hamburg	32
3.6.1	Setting Kommune/Stadteil	32
3.7	Hessen	34
3.7.1	Setting Kinder- und Familienzentren	34
3.7.2	Weitere Aktivitäten: Erhebung zur Sicherung und Entwicklung von Qualität	37
3.8	Mecklenburg-Vorpommern	39
3.8.1	Setting Kommune/Stadteil – Aufbau von Präventionsketten	39
3.9	Niedersachsen	43
3.9.1	Setting Kommune/Stadteil	43
3.9.2	Setting Schule	44
3.9.3	Weitere Aktivitäten: Expertenworkshops „Präventionskette“	47
3.9.4	Weitere Aktivitäten: Projekt Gender als Qualitätskriterium in der Prävention und Gesundheitsförderung in Settings	49
3.9.5	Weitere Aktivitäten: Betriebliches Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen	50
3.10	Rheinland-Pfalz	51
3.10.1	Setting Kommune/Stadteil	51
3.11	Saarland	54
3.11.1	Handlungsfeld Frühe Hilfen	54
3.11.2	Ergebnisse der Regionalkonferenz Saarland	56
3.11.3	Weitere Aktivitäten: Entwicklung eines Qualitätskonzepts für das Projekt »Das Saarland lebt gesund!« (DSLg)	57
3.12	Sachsen	58
3.12.1	Setting Kindertageseinrichtungen	58
3.12.2	Handlungsfeld Erwerbslosigkeit	60

3.13 Sachsen-Anhalt	62
3.13.1 Setting Kindertageseinrichtungen	62
3.13.2 Setting Schule	64
3.13.3 Ergebnisse der Regionalkonferenz Sachsen-Anhalt	66
3.14 Schleswig-Holstein	67
3.14.1 Setting Landesvereinigung für Gesundheitsförderung	67
3.14.2 Setting Kindertageseinrichtungen	69
3.14.3 Handlungsfeld Lebenswelten älterer Menschen	71
4. Zusammenfassung der Ergebnisse	74
4.1 Settingübergreifende Ergebnisse	74
4.1.1 Anwendungspraxis und Erfahrungen	74
4.1.2 Bedürfnisse der Praxis	75
4.2 Settingspezifische Ergebnisse	76
4.2.1 Setting Kindertageseinrichtungen	77
4.2.2 Setting Schule	77
4.2.3 Setting Quartier	78
4.2.4 Handlungsfeld Migration	78
4.2.5 Handlungsfeld Ältere	78
5. Diskussion / Fazit	80

1. Einleitung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Juni 2014 das bundesweite Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ ins Leben gerufen. Ziel des Projekts ist es ein umfassendes Konzept für eine Bund-Länder-Struktur zur Förderung von Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) in der settingbezogenen Gesundheitsförderung zu entwickeln. In das Projekt einbezogen wurden die Settings Schule, Kindertageseinrichtungen (KiTas), Senioren- und Altenpflegeeinrichtungen, Kommune/Stadtteil sowie einige angrenzende Bereiche.

Das Vorhaben setzt sich aus mehreren Teilprojekten zusammen, die durch verschiedene Partnerinnen und Partner umgesetzt wurden (vgl. Abbildung 1).

Settings, um Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung aufzuzeigen. Die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V. führte eine Befragung einiger ihrer Mitgliedsorganisationen zur aktuellen Umsetzung der Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Praxis der Qualitätssicherung durch. Zwölf Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung, koordiniert durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS Nds. e. V.), führten in 14 Bundesländern eine oder mehrere settingspezifische Fokusgruppen durch und organisierten in jedem der 14 Länder eine Regionalkonferenz zum Thema der Qualitätsentwicklung und -sicherung der Gesundheitsförderung. Auf der Grundlage der gesammelten Informationen

erarbeitete die Universität Bielefeld ein Multiplikatorenkonzept, um Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung in der Qualitätsentwicklung ihrer Interventionsansätze zu unterstützen. Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. erstellt dazu ein passendes Online-Unterstützungsangebot, welches sich den Strukturen der etablierten Plattform inforo online bedient.

Für weiterführende Informationen zum Gesamtprojekt, dem Hintergrund und den einzelnen Teilprojekten ist der Abschlussbericht „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung

und Sicherung von Qualität“ der BZgA heranzuziehen.

Der vorliegende Teilprojektbericht stellt die Ergebnisse der bundesweiten Bestandsaufnahme durch zwölf Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung vor.



Abbildung 1
Teilprojekte und beteiligte Projektpartner

Die Medizinische Hochschule Hannover erstellte, in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, eine Übersicht gesetzlicher und trägerspezifischer Vorgaben für die QS/QE der Gesundheitsförderung in den oben genannten

2. Vorgehen und Methodik

Dieses Teilprojekt hatte zum Ziel, eine settingspezifische Bestandsaufnahme von Qualitätssicherungsverfahren durchzuführen, sowie Erfahrungswerte von Praktikerinnen und Praktikern in der Anwendung von Instrumenten und Verfahren zur Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) der Gesundheitsförderung zu erfassen. Darüber hinaus wurde ermittelt, welche Maßnahmen zu einer vermehrten Anwendung von Instrumenten und Verfahren der QS/QE beitragen können und welche Bedarfe und Bedürfnisse der Praxis dabei in den Blick zu nehmen sind. Eine Reihe von Regionalkonferenzen sollte darüber hinaus Impulse für einen landesweiten Strukturaufbau in Bezug auf Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung geben.

Zwölf Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung beteiligten sich an dem Projekt und nahmen Länderaktivitäten in 14 Bundesländern wahr (vgl. Tabelle 1). Die LVG & AFS Nds. e. V. koordinierte die Aufgaben der Länder und führte zugleich die länderspezifischen Aktivitäten für Niedersachsen und Bremen durch. Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. und das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen konnten aus organisatorischen Gründen auf Landesebene trotz inhaltlichem Interesse nicht am Projekt teilnehmen.

2.1 Koordinierung / Gesamtkonzept

Im Unterschied zur Laufzeit des Gesamtprojekts von Juni 2014 bis Ende April 2015 war der Projektzeitraum für die beteiligten Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung auf die Zeit von Juli 2014 bis Mitte Februar 2015 begrenzt. Hierdurch wurde sichergestellt, dass die Ergebnisse aus den Ländern in die Entwicklung des Multiplikatorenkonzepts einfließen konnten. Aufgrund von

Bundesland	Landeseinrichtung für Gesundheitsförderung
Baden-Württemberg	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (im Regierungspräsidium Stuttgart Ref. 94 - Gesundheitsförderung, Prävention, Landesarzt für Menschen mit Behinderung)
Bayern	Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Berlin	Gesundheit Berlin Brandenburg e. V.
Brandenburg	Gesundheit Berlin Brandenburg e. V.
Bremen	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Hamburg	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.
Hessen	Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e. V.
Mecklenburg-Vorpommern	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Niedersachsen	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Rheinland-Pfalz	Referat Gesundheitsförderung in Lebenswelten Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V.
Saarland	LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e. V.
Sachsen	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.
Sachsen-Anhalt	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V.
Schleswig-Holstein	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V.

einrichtungsinternen Rahmenbedingungen konnten einige Länder erst zu einem späteren Zeitpunkt in das Projekt einsteigen.

Die LVG & AFS Nds. e. V. entwickelte ein Konzept für das Teilprojekt, welches für alle Landeseinrichtungen für Gesundheitsförde-

Tabelle 1
Projektbeteiligte Landeseinrichtungen für Gesundheit

rung zwei Bausteine umfasste: die Durchführung einer oder mehrerer settingspezifischer Fokusgruppen mit Akteurinnen und Akteuren der Praxis sowie die Ausrichtung einer Regionalkonferenz zum Thema Qualitätsentwicklung und -sicherung der Gesundheitsförderung.

Um in allen Ländern zu vergleichbaren Ergebnissen zu gelangen und für das Multiplikatorenkonzept nutzbar zu machen, erstellte die LVG & AFS Nds. e. V. in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld und Gesundheit Berlin Brandenburg e. V. zahlreiche Materialien und Hilfestellungen für die Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung:

- Handlungsempfehlungen für die Organisation, Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen
- Settingübergreifender Leitfaden für die Fokusgruppendifkussionen
- Handlungsempfehlungen für die Organisation und Durchführung der Regionalkonferenzen
- Dokumentationsvorlagen für die Fokusgruppen und die Regionalkonferenzen

Des Weiteren erstellte die LVG & AFS Nds. e. V. die folgenden Hilfsmittel für die Länder:

- Referenten- und Referentinnenpool als Hilfsmittel zur Gestaltung der Regionalkonferenzen
- Berichtsvorlage sowie einen Beispielbericht für die Länderbeiträge im Rahmen des Teilprojektberichts
- Vorlage für die Posterpräsentation auf der Bundeskonferenz

Zum Start des Projekts organisierte die LVG & AFS Nds. e. V. im Juli 2014 ein gemeinsames Projektaufakttreffen aller beteiligten Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung, um über das Gesamtprojekt zu informieren und das gemeinsame Vorgehen abzustimmen. Die entwickelten Handlungsempfehlungen wurden in diesem Rahmen

mit den Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung diskutiert und konsentiert. Während der gesamten Projektlaufzeit stand die LVG & AFS Nds. e. V. in kontinuierlichem Austausch mit den Ländern und informierte sowohl die Steuerungsgruppe als auch die Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung wechselseitig über aktuelle Entwicklungen im Projekt. Das Material wurde zudem der Universität Bielefeld für parallele Auswertungen im Zusammenhang mit dem Multiplikatorenkonzept zur Verfügung gestellt.

2.2 Fragestellungen

Die Befragungen und Diskussionen im Rahmen der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen sollten Antworten auf folgende Kernfragestellungen geben:

- Welche Instrumente, Verfahren und/oder Routinen der Qualitätsentwicklung und -sicherung der Gesundheitsförderung kennen Praktikerinnen und Praktiker und welche wenden sie an?
- Welche Erfahrungen haben Praktikerinnen und Praktiker mit diesen Instrumenten, Verfahren und Routinen bereits gemacht? Was haben sie in der Anwendung als förderliche, was als hinderliche Faktoren wahrgenommen?
- Was könnte Praktikerinnen und Praktiker in die Lage versetzen, Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung der Gesundheitsförderung in ihrem Arbeitsalltag vermehrt anzuwenden?

2.3 Datenerhebung

Das folgende Kapitel beschreibt die Datenerhebung mittels der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen.

2.3.1 Fokusgruppen

Die Methode der Fokusgruppe bot sich in diesem Projekt als eine effektive und effiziente Methode der Datenerhebung an. Durch die gezielte Befragung eines heterogenen Feldes von Teilnehmenden ermöglicht diese Methode, verschiedene Blickwinkel auf ein spezifisches Themenfeld zu erfassen. Anhand von vorgegebenen Fragen können Argumente aller Teilnehmenden erhoben und anschließend in der Gruppe diskutiert werden, wodurch sich allgemein getragene Meinungen von singulären Aspekten abheben (Schulz, Mack & Renn, 2012).

Zu den Fokusgruppen luden die Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung jeweils Praktikerinnen und Praktiker eines Settings bzw. eines Handlungsfeldes ein. Jede Landeseinrichtung für Gesundheitsförderung wählte ein bis zwei Settings bzw. Handlungsfelder als Arbeitsschwerpunkt, anknüpfend an laufende, regionale Prozesse. Die Mehrzahl der gewählten Settings lag in den Themenbereichen Quartier/Stadtteil/Kommune und KiTa sowie an KiTa angrenzenden Bereichen (vgl. Abbildung 1).

Die mitwirkenden Einrichtungen führten zwischen September und Dezember 2014 31 Fokusgruppen mit insgesamt zirka 220 Teilnehmenden durch. Die Teilnehmerzahlen je Fokusgruppe variierten zwischen 4 und 22 Personen. Der empfohlene zeitliche Rahmen sah eine Diskussionsdauer von zirka drei Stunden vor. Die Dokumentation erfolgte mittels Audioaufnahmen und standardisierter Vorlagen. Einige Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung ergänzten den durch die LVG & AFS Nds. e. V. bereitgestellten Leitfaden um regional bedeutsame Aspekte.

2.3.2 Regionalkonferenzen

Die Ausrichtung von Regionalkonferenzen im Anschluss an die Fokusgruppen hatte zum Ziel, das Gesamtprojekt einem breiten Feld von Akteurinnen und Akteuren bekannt

zu machen, die mit dem Querschnittsthema Gesundheitsförderung in Berührung kommen. Dabei handelte es sich zum Beispiel um Vertreter der kommunalen Ebene, der Krankenkassen, der Wissenschaft sowie Praktikerinnen und Praktiker verschiedener Settings. Darüber hinaus sollten die Regionalkonferenzen Impulse für einen landesweiten Strukturaufbau geben.

Die LVG & AFS Nds. e. V. entwickelte Handlungsempfehlungen für die Organisation und Durchführung der Regionalkonferenzen. Die Ausgestaltung der Regionalkonferenzen erfolgte jedoch landesspezifisch, wobei die inhaltliche Schwerpunktsetzung sich meist an den zuvor im Rahmen der Fokusgruppen bearbeiteten Settings orientierte. Die Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung konzipierten ihre jeweiligen Konferenzen größtenteils als Arbeitskonferenzen, in deren Rahmen die Ergebnisse der Fokusgruppen in Arbeitsgruppen aufgegriffen und vertieft wurden.

Zwischen Oktober 2014 und Februar 2015 fanden vierzehn Regionalkonferenzen mit jeweils zirka 30 bis 130 Teilnehmenden statt.

2.3.3 Zusätzliche Aktivitäten

Einige Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung führten im Rahmen des Projekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ zusätzliche, von der BZgA geförderte thematisch anknüpfende Aktivitäten durch. Diese waren zum Beispiel die Evaluation ausgewählter Instrumente und Verfahren, eine quantitative Befragung zum Thema QS/QE und ein Projekt zu Gender als Qualitätskriterium in der Gesundheitsförderung.

2.4 Datenauswertung

Die zeitlichen Rahmenbedingungen des Projekts erforderten bei der Datenauswertung eine pragmatische und im Hinblick auf

die anschließende Zusammenführung der Länderergebnisse regelgeleitete und strukturierte Verfahrensweise. Zu diesem Zweck entwickelte die LVG & AFS Nds. e. V. für die Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung Handlungsempfehlungen zur Erhebung, Aufbereitung und Auswertung der Daten. Die im Rahmen der Fokusgruppen sowie Regionalkonferenzen erstellten Audioaufnahmen und Mitschriften wurden im Anschluss durch die jeweils an der Erhebung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesichtet und vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses auf die inhalts-tragenden Kategorien hin analysiert. Die auf diesem Weg identifizierten Kategorien wurden auf der Grundlage von Protokollvorlagen entlang der Fragestellungen inhaltlich verdichtet und punktuell mit Originalzitataten unterlegt.

Die auf Basis dieses Verfahrens entstandenen Protokolle aller Fokusgruppen wurden der LVG & AFS Nds. e. V. und der Universität Bielefeld bis Ende November 2014 zur Verfügung gestellt, damit diese die

Daten für die zusammenfassende Ergebnisdarstellung und für die Ausarbeitung des Multiplikatorenkonzepts nutzen konnten. Die Protokolle fungierten weiterhin als Datengrundlage für die jeweiligen zusammenfassenden Länderberichte. Diese Länderberichte lagen der LVG & AFS Nds. e. V. Ende Januar vor.

In einem weiteren Schritt der Ergebnisverdichtung untersuchte das Projektteam der LVG & AFS Nds. e. V. sämtliche Länderberichte auf relevante Kategorien. Dabei wurden die Daten entlang der Oberkategorien „Anwendungspraxis“, „Erfahrungen der Praxis“ und „Bedürfnisse der Praxis“ sowie nach den untersuchten Settings und Handlungsfeldern strukturiert und in einem weiteren Schritt auf settingübergreifende Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert. In diesem Prozess wurden diverse Unterkategorien gebildet. Die aus diesem Analyseprozess hervorgehende Datenbasis bildete die Grundlage für den vorliegenden Bericht.

3. Ergebnisse auf Länderebene

Das folgende Kapitel fasst die Ergebnisse der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen sowie im Rahmen des Projekts durchgeführte weitere Aktivitäten (vgl. 2.3.3) auf Länderebene zusammen.

3.1 Baden-Württemberg

Autorin und Autor:

Barbara Leykamm, Torben Sammet

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

.....

3.1.1 Setting Städte und Gemeinden in Baden-Württemberg

Einführung und Hintergrund

An der Fokusgruppe am 01. Oktober 2014 waren Vertreterinnen und Vertreter der Partnerstädte und -gemeinden der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ als Expertinnen und Experten beteiligt. Insgesamt nahmen 13 Personen an der Diskussion teil, zwölf aus der Kommunalverwaltung der Städte und Gemeinden und eine Person vom Universitätsklinikum Heidelberg. Die Fokusgruppe diente dazu, die Erfahrungen im Umgang mit Instrumenten, Verfahren und Routinen der Bestands- und Bedarfsanalyse in der Kommunalen Gesundheitsförderung zu ermitteln, sowie den weiteren Bedarf an Analyseinstrumenten herauszuarbeiten.

„Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ ist eine Initiative des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren und des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg. Die Initiative unterstützt Städte und Gemeinden bei gesundheitsförderlicher und generationenfreundlicher Kommunalentwicklung. Derzeit beteiligen sich 24 Städte und Gemeinden an der Initiative.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

In Städten und hier vor allem in Groß- und Mittelstädten existiert teilweise eine systematische Gesundheitsberichterstattung und/oder ein Sozial Monitoring, auf die in der Kommunalen Gesundheitsförderung zurückgegriffen werden kann. Für Kleinstädte und Gemeinden gilt dies in der Regel nicht.

Durch die Mitgliedschaft bei der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ und das zugehörige Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung (www.gesundheitsamt-bw.de) wird mit dem „Zyklus der Partizipativen Qualitätsentwicklung“ (PQ-Zyklus) ein Vorgehen zur systematischen Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden empfohlen. Dieses Vorgehen empfiehlt auch Routinen wie regelmäßige Teambesprechungen und Netzwerksitzungen, zum Beispiel zur Planung, Umsetzung und Auswertung qualitativer Bedarfsanalysen sowie diverse Verfahren der Bürgerbeteiligung, die die Partnerstädte und -gemeinden aufgreifen.

Des Weiteren sind im Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung folgende Fragebögen, Checklisten und Empfehlungen vorhanden, die Verwendung finden:

- Übersicht zu Netzwerkpartnern: Überblick über mögliche Partner einer kommunalen Initiative mit dem Ziel, die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen, Familien und Älteren zu fördern
- Kommunalen Gesundheitsförderungsplan: Unterstützt bei Bedarfsbestimmung, Planung, Umsetzung und Evaluation Kommunalen Gesundheitsförderung
- Fragebogen zur Angebotslandschaft: Dient der Ermittlung der vorhandenen Angebote der Gesundheitsförderung

- Logbuch: Dient dem Überblick über Veranstaltungen, Aktionen, Maßnahmen und die Öffentlichkeitsarbeit sowie gesammelte Erfahrungen und Ergebnisse
- SMART-Kriterien („Specific Measurable Accepted Realistic Timely“) zur Definition von Zielen
- Empfehlungen und Beschreibungen zu Verfahren der Bürgerbeteiligung: zum Beispiel aktivierende Befragung, Stadtteilspaziergang, Fotostreifzug, Zukunftswerkstatt
- In einigen Städten und Gemeinden wird im Rahmen des Projekts „Bewegte Kommune - Kinder“ der „Kinderturn-TestPLUS“ durchgeführt (www.kinderturnstiftung-bw.de/kinderturn-testplus-0)

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer orientieren sich am Zyklus der Partizipativen Qualitätsentwicklung und den Empfehlungen im Handbuch zur Kommunalen Gesundheitsförderung und bewerten diese Empfehlungen als hilfreich. Dennoch werden die einzelnen Phasen des PQ-Zyklus mehr oder weniger intensiv bearbeitet, da die Ressourcen für die Kommunale Gesundheitsförderung zwischen den teilnehmenden Städten und Gemeinden stark variieren.

Aus diesem Grund variiert auch der Einsatz der oben genannten Instrumente, Verfahren und Routinen deutlich. So ist die Durchführung des „Kinderturn-TestPLUS“ sehr aufwendig, personalintensiv und nur mit wissenschaftlicher Unterstützung möglich.

Der PQ-Zyklus ist hilfreich und ermöglicht ein systematisches und strukturförderndes Vorgehen. Er stellt die Basis für eine systematische Planung dar. Hilfreich ist der Zyklus vor allem für Kommunen, in denen ausreichend Personal vorhanden ist und die mit ihren eigenen Ressourcen das Vorgehen sichern können. Dennoch ist er auch bei geringfügigeren Personalressourcen förderlich, da er für die Überzeugungsarbeit gegen-

über den eigenen Ämtern valide Argumente liefert. Deshalb sollte der Zyklus der Partizipativen Qualitätsentwicklung die Basis für eine systematische Planung in der Kommunalen Gesundheitsförderung darstellen und unabhängig von der Größe der Kommune eingesetzt werden.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Zu einer vermehrten Anwendung von Instrumenten und Verfahren der Bestands- und Bedarfsanalyse im Bereich der Kommunalen Gesundheitsförderung könnten nach Aussage der Fokusgruppenteilnehmenden folgende Maßnahmen beitragen:

- Vorstellung und Erläuterung geeigneter Instrumente und Verfahren bei einer der regelmäßig stattfindenden (zweimal pro Jahr) Netzwerktreffen der Landesinitiative „Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg“ sowie ein Austausch über Erfahrungen mit diesen Instrumenten und Verfahren.
- Ein Fragenkatalog zur Kommunalen Gesundheitsförderung, dessen Fragen als Checkliste dienen, bevor eine Kommune mit einem konkreten Projekt in den PQ-Zyklus einsteigt.
- Bereitstellung von praktikablen Instrumenten und Verfahren für die Bestands- und Bedarfsanalyse sowie deren Auswertung.
- Übersetzung statistischer Verfahren und aktueller Befunde für die Anwendung in Städten und Gemeinden.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Die Teilnehmenden bewerten den Zyklus der Partizipativen Qualitätsentwicklung als wichtige Basis für eine systematische Planung in der Kommunalen Gesundheitsförderung. Aufgrund der mangelnden Ressourcen besteht bei den Teilnehmenden der Fokusgruppe ein Bedarf an praxistauglichen Instrumenten und Verfahren zur Ermittlung des Handlungsbedarfes in der Kommunalen

Gesundheitsförderung, die auch ohne statistische Vorkenntnisse und mit vertretbarem Ressourceneinsatz angewendet werden können.

3.1.2 Handlungsfeld Kommunale Gesundheitskonferenzen Baden-Württemberg

Einführung und Hintergrund

Ziel der „Pilotierung der Qualitätsentwicklung Kommunaler Gesundheitskonferenzen (KGK) in Baden-Württemberg“ ist es, Qualitätskriterien, Good-Practice-Ansätze und Instrumente zur Qualitätsentwicklung und systematischen Selbstevaluation von KGK zu recherchieren. Im Rahmen eines partizipativen Ansatzes wurden die identifizierten Indikatoren und Instrumente in einer Gruppendiskussion mit zehn Fachkräften aus KGK-Geschäftsstellen bei den Stadt- und Landkreisen sowie dem Landesgesundheitsamt im Hinblick auf die Aspekte Machbarkeit, Relevanz, Nachhaltigkeit und Praxistauglichkeit bewertet und gegebenenfalls um- oder neu formuliert. Das Ziel ist die Erarbeitung einer Sammlung von Qualitätskriterien und Erhebungsinstrumenten für die Anwendung in allen KGK in Baden-Württemberg. Diese Sammlung soll zukünftig ständig weiterentwickelt werden und neben Kriterien zur Struktur- und Prozessqualität auch Empfehlungen für Kriterien zur Ergebnisqualität enthalten.

In Baden-Württemberg haben seit 2011 insgesamt 36 Stadt- und Landkreise KGK eingerichtet. Diese sind einerseits Steuerungsgremien, die über bedarfsorientierte, kommunale Analysen und Handlungsempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung beraten und zu deren Optimierung Maßnahmen initiieren, implementieren und begleiten. Andererseits werden darunter Prozesse verstanden, in denen die relevanten Akteurinnen und Akteure vor Ort gemeinsam über kommunale Stärken und Schwächen diskutieren, den kommunalen Bedarf erfassen und nach Lösungen suchen.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Verfahren

Das Rahmenkonzept zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung der KGK (www.gesundheitsamt-bw.de) empfiehlt die Schritte des Public-Health-Action-Cycle als Grundlage für den Arbeitsprozess vor Ort. Neben Analyse, Strategiefestlegung und Maßnahmenumsetzung wird dort auch Evaluation genannt.

In der Gruppendiskussion beschreiben die Teilnehmenden unterschiedliche Vorgehensweisen in den Stadt- und Landkreisen. Die Orientierung am Public-Health-Action-Cycle wird als Selbstverpflichtung verstanden, häufig wird darauf geachtet, dass die Projektarbeit diesem Zyklus angepasst ist. Darüber hinaus wird in Kooperationsvereinbarungen einzelner KGK vorgegeben, dass die Umsetzung der Handlungsempfehlungen überprüft wird. Als besonders wichtig werden die Bedarfsorientierung („Woran fehlt es eigentlich wirklich? An welchen Strukturen kann die KGK etwas drehen? Wo gibt es eine Übereinkunft über ein neues Thema?“) und die Bürgerbeteiligung eingeschätzt. Themen sollten nicht vorgegeben, sondern partizipativ unter Beteiligung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und der Bevölkerung erfragt werden. Als weitere Methode wurde die Einführung regelmäßiger Meilensteinsitzungen der Geschäftsstelle genannt, um Prozessabläufe zu steuern und zu bewerten. Weitere genutzte Verfahren sind beispielsweise qualitative und quantitative Befragungen in verschiedenen Arbeitsgruppen im Rahmen einer externen Evaluation, die (Nicht-) Umsetzung der Handlungsempfehlungen, persönliche Befragung der Akteurinnen und Akteure der KGK und der KGK-Mitglieder in den Facharbeitskreisen, Evaluation durch regelmäßige Projektgruppenberichte und gelegentliche Zufriedenheitsbefragungen sowie Evaluation der Veranstaltung zur Konferenz mittels eines Fragebogens.

Den Teilnehmenden ist eine Vielzahl von Qualitätsentwicklungsinstrumenten bekannt wie beispielsweise quint-essenz oder die Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung. Insgesamt haben die Teilnehmenden großes Interesse am Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems für KGKen signalisiert, jedoch könnte ein „starres Instrument“ die Mitglieder der KGKen abschrecken.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Teilnehmenden der Gruppendiskussion haben vielfältige Erfahrungen mit der Evaluation ihrer Arbeit, wie oben dargestellt. Insbesondere Prozessevaluation wird als wichtiges Verfahren eingeschätzt, jedoch bestehe das Problem „wo setzt man an?“.

Die genutzten Verfahren variieren stark in Abhängigkeit von nutzbaren Datengrundlagen und vorhandenen Personalressourcen.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Zur intensiveren Nutzung von Instrumenten zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung für die KGKen auf Ebene der Stadt-/Landkreise könnten aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmenden folgende strukturelle Rahmenbedingungen beitragen:

- Mehr finanzielle und personelle Ressourcen für die KGK-Geschäftsstellen
- Eine klare gesetzliche Regelung, die die KGK als Steuerungsinstrument rechtfertigt
- Klares politisches Mandat zur Arbeit der KGK
- Bessere Datengrundlagen
- Im Falle eines Einsatzes von Fragebögen sollten Antwortmöglichkeiten oder Ja/Nein- Antworten vorgegeben werden und das Instrument auf wesentliche Aussagen reduziert werden
- Fach- und Erfahrungsaustausch mit Anderen auf Landesebene, zum Beispiel im Rahmen von Dienstbesprechungen im Landesgesundheitsamt

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Die Gruppendiskussion mit Vertreterinnen und Vertretern der KGK-Geschäftsstellen hat deutlich gemacht, dass Qualitätsentwicklung bedeutsam ist für die Weiterentwicklung der KGKen. Die intensivere Nutzung von entsprechenden Instrumenten mit einem hohen Grad an Flexibilität für örtliche Gegebenheiten setzt mehr finanzielle und personelle Ressourcen für die KGK-Geschäftsstellen voraus. An der Weiterführung des begonnenen Prozesses der partizipativen Entwicklung von Qualitätskriterien für KGKen besteht großes Interesse.

3.1.3 Weitere Aktivitäten – Review von praxistauglichen Instrumenten und Verfahren

Im Rahmen der Projektförderung durch die BZgA im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurden in Baden-Württemberg weitere Ansatzpunkte zur Qualitätsentwicklung bearbeitet.

Für die Lebenswelt Städte und Gemeinden in Baden-Württemberg wurde ergänzend zu den Ergebnissen der Fokusgruppe eine Zusammenstellung praxistauglicher Instrumente und Verfahren für die Analyse des Handlungsbedarfes der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung in Städten, Stadtteilen und Gemeinden erstellt. Berücksichtigt wurden hierbei die Lebenswelten KiTa, Schule und Wohnumfeld zu den Handlungsfeldern „gesund aufwachsen“ und „gesund älter werden“.

Ergebnis war ein Review, welches zur Aufgabe hatte, bestehende Instrumente und Verfahren für die Analyse des Handlungsbedarfes der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung in Städten, Stadtteilen und Gemeinden hinsichtlich ihrer Anwendungsmöglichkeiten zu bewerten. Es wurde festgestellt, dass keines der Assessments in der jeweils vorliegenden Fassung ohne Einschränkung empfohlen werden kann. Allerdings liegt eine Reihe von Verfahren vor, die als Grundlage zu einer Gestaltung eines Werkzeugkastens dienen können. Wie in den

einzelnen Abschnitten beschrieben, bedarf es nicht nur der sprachlichen Anpassung englischer Assessments, sondern auch einer inhaltlichen Anpassung hinsichtlich rechtlicher Regelungen und fachlicher Inhalte, die auf die hiesigen Bedingungen in Kindertagesstätten, Kindergärten, Schulen und Kommunen Bezug nimmt. Die inhaltliche Anpassung sollte im Verbund von Praxis und Implementierungsforschung geleistet werden, um einerseits sicher zu stellen, dass die Belange der Praxis berücksichtigt werden und dass andererseits das aktuelle wissenschaftliche Wissen einfließt.

Für die Ebene Stadt-/Landkreise wurden ergänzend zu der Gruppendiskussion Qualitätskriterien, Good-Practice-Ansätze und Instrumente zur Qualitätsentwicklung und systematischen Selbstevaluation von KGKen recherchiert. Im Rahmen eines partizipativen Ansatzes wurden die identifizierten Indikatoren und Instrumente in der Gruppendiskussion im Hinblick auf die Aspekte Machbarkeit, Relevanz, Nachhaltigkeit und Praxistauglichkeit bewertet und Um- bzw. Neuformulierungen vorgeschlagen. Das Ziel ist die Erarbeitung einer Sammlung von Qualitätskriterien und Erhebungsinstrumenten für die Anwendung in allen KGKen in Baden-Württemberg. Diese Sammlung soll zukünftig ständig weiterentwickelt werden und neben Kriterien zur Struktur- und Prozessqualität auch Empfehlungen für Kriterien zur Ergebnisqualität enthalten.

3.2 Bayern

Autorin: Bettina Walentzak

Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)

.....

3.2.1 Handlungsfeld Frühe Hilfen / Koordinierende Kinderschutzstellen (KoKis)

Einführung und Hintergrund

Die Fokusgruppe mit vier Fachkräften aus den Frühen Hilfen und den KoKis fand am 24. November 2014 in den Räumen des LGL statt. Die Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi – Netzwerk frühe Kindheit) dienen als Anlaufstelle für (werdende) Familien mit Kindern bis drei Jahre, die Unterstützung möchten oder diese aufgrund besonderer Belastungen benötigen. Die KoKis wurden im Rahmen des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ in Bayern entwickelt. Aufgrund der positiven Erfahrungen mit dem Projekt wurden 2008 die Voraussetzungen für präventiven Kinderschutz mit verbindlichen Netzwerkstrukturen geschaffen, die sich nun auch im Bundesgesetz widerspiegeln. Die KoKis sind eine Organisationseinheit des Jugendamtes und im jeweiligen Jugendamt angesiedelt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fokusgruppe sowie der Regionalkonferenz „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität: Jedes Kind ist wichtig!“ am 14. Januar 2015 zusammenfassend dargestellt.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen nannten diverse Instrumente, Verfahren und Routinen, die entweder gesetzlich oder durch den Träger/die Institution vorgegeben sind oder aus Eigeninitiative verwendet werden. Neben der statistischen Auswertung der bearbeiteten Fälle werden

Verwendungsnachweise und Sachberichte, aber auch einfache Dokumentationen (zum Beispiel Strichlisten) von den KoKis erstellt. Die KoKis berichteten außerdem von internen Teambesprechungen, regelmäßigem Austausch mit der jeweiligen Stadt und/oder dem Landkreis, Adressatenbefragungen und Evaluationen (zum Beispiel von Veranstaltungen für Eltern und Mitarbeiter) und Supervisionen. Auch Fort- und Weiterbildungen (einzeln oder im Team), einheitliche Vorlagen (unter anderem zur Gesprächsführung) und Dienstbesprechungen werden regelmäßig angewandt bzw. durchgeführt. Als besonders wichtig werden Netzwerkarbeit und Kooperationen mit verschiedenen Akteurinnen und Akteuren, Einrichtungen und auf verschiedenen Ebenen angesehen. Als Beispiel hierfür führt eine KoKi einen „Krippentag“ an, bei dem sich KoKis und KiTa-Fachkräfte treffen, um sich kennenzulernen und die Arbeit der KoKis vorzustellen oder Fortbildungseinheiten (zum Beispiel zur Gesprächsführung) anzubieten. Gesetzliche Grundlagen, Richt- und Leitlinien helfen, den grundlegenden Arbeitsauftrag zu verstehen und Praktikerinnen und Praktiker für diesen zu sensibilisieren.

In den Frühen Hilfen beschäftigt man sich zwar an vielen Stellen mit Qualität, die Qualitätsentwicklung steht jedoch noch am Anfang. Es gibt noch keine festgelegten Standards, da sich die Frühen Hilfen erst richtig etablieren müssen. Man versucht, sich dem Qualitätsbegriff, der gemeinsamen Zieldefinierung und der Evaluation mit Expertinnen- und Expertenrunden anzunähern. Es wird ein Qualitätsrahmen „Frühe Hilfen“ zu zentralen Dimensionen von Qualität erarbeitet, der Fachkräfte in der Praxis unterstützen soll. Es gibt zudem Arbeitsgruppen, (professionsübergreifende) Fort- und Weiterbildungen und zahlreiche Publikationen (zum Beispiel Werkbuch Vernetzung, Leitfäden für den Einsatz von Familienhebammen), um Praktikerinnen und Praktiker zu unterstützen. Ein Modellprojekt zu interdisziplinären Qualitätszirkeln (Ärztinnen und Ärzte, Jugendhilfe, weitere Unterstützungsanbieter) zur

Familienfallbesprechung soll die Vernetzung und Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Professionen verbessern.

Die Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung sind bei den befragten Fachkräften weniger bekannt.

Im Rahmen der Regionalkonferenz wurden außerdem Arbeitskreise, Runde Tische, Fachtage und Qualitätszirkel als hilfreich bei der Vernetzung zum Thema Kindergesundheit genannt.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Von den KoKis wurde zeitweise ein spezielles Statistikprogramm zur Qualitätssicherung in der Fallbearbeitung verwendet, das zwar hilfreich war, jedoch aus Datenschutzgründen nicht mehr verwendet werden darf. Der Krippentag wird von den KoKis zwar als wichtig und nützlich für die Vernetzungsarbeit wahrgenommen, allerdings wurden im Rahmen des Krippentages teilweise auch Schwierigkeiten in den KiTas (unter anderem Überforderung mit Krippeneinführung, mangelhafter Betreuungsschlüssel) festgestellt. Die anderen von den KoKis genannten Verfahren, Routinen und Instrumente finden die Teilnehmerinnen nötig, da dadurch Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) strukturiert und klar durchgeführt werden kann. Da die KoKis präventive Netzwerkstrukturen ausbilden sollen, empfinden die befragten KoKi-Fachkräfte natürlich Vernetzung und Zusammenarbeit als wichtigste Methode, um Qualitätssicherung und -entwicklung in der Gesundheitsförderung zu gewährleisten. Oft wachsen aus den Erfahrungen mit der Netzwerkarbeit Themen für Runde Tische, Arbeitskreise oder Fortbildungen.

In den Frühen Hilfen spielt Qualitätsentwicklung eine große Rolle, da es eine schwierige Aufgabe ist, die vielen unterschiedlichen Professionen in den Frühen Hilfen durch gemeinsame Ziele in der Qualitätsentwicklung zusammenzubringen. Die von den befragten Fachkräften genannten Instrumente, Verfah-

ren und Routinen sollen den Praktikerinnen und Praktikern in den Frühen Hilfen Orientierung und Handlungssicherheit vermitteln. Der Bereich der Qualifizierungsangebote soll demnächst mit zwei bis drei Fortbildungsmodulen (zum Beispiel Bindung, Gesprächsführung) ausgebaut werden. Qualitätsentwicklung wird ausdrücklich nicht als einmalig, sondern als fortlaufender Prozess beschrieben, was insbesondere auf die Netzwerkarbeit zutrifft. Hierbei findet auch Erwähnung, dass gerade letzteres als stark abhängig von der Persönlichkeit (insbesondere der Offenheit des entsprechenden Netzwerkpartners) erlebt wird.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

- KoKi: Strukturen und klare Zuständigkeiten dienen der Entlastung der Fachkräfte
- KoKi-Handbuch (zwar existent, aber nicht herausgegeben) und Kompetenzprofil für die Netzwerkkoordination (vergleichbare Tarifeingruppierung und Qualifikationen) → ermöglicht Arbeit nach gleichen Standards unter Einbezug lokaler Besonderheiten
- Politische Unterstützung
- KoKis: Kosten-Nutzen-Analysen zu Verfahren, Instrumenten und Routinen der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Gesundheitsförderung
- KoKis: Finanzielle und personelle Ressourcen, da sich mit den oftmals halben Stellen in den KoKis QS/QE schwierig gestaltet
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH): Leitlinien, evtl. Selbstevaluationshandbuch für Frühe Hilfen
- NZFH: Datengestützte Qualitätsentwicklung mit anonym veröffentlichten Zahlen
- NZFH: Handbuch für Netzwerkarbeit, aber mit Spielraum für die Umsetzung vor Ort
- Feste, möglichst gleichbleibende Ansprechpartnerinnen und -partner und persönlicher Kontakt
- Partizipation bei der Entwicklung, Zielsetzung und Implementierung von Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung
- praktische Begleitung/Prozessbegleitung (zum Beispiel Telefonhotline oder Beratung vor Ort)
- Gemeinsame Sprache sowohl zwischen Praktikern untereinander als auch zwischen Praktikern und Eltern
- Klare gesetzliche Aussagen und Zuständigkeiten
- Elternrecht auf Beratung muss publik gemacht werden
- Verankerung des Präventions- und Gesundheitsförderungsgedankens
- Mehr niedrigschwellige Angebote für Familien in belasteten Situationen (zum Beispiel aufsuchende Familienhebammen)
- Stärkere Einbindung des Gesundheitswesens (unter anderem Gynäkologen, Kinderärzte), um umfassende Netzwerkarbeit zu ermöglichen → Möglichkeit der Überweisung an Frühe Hilfen/KoKis schaffen? → Chancen für das Präventionsgesetz

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Das Thema „Qualitätssicherung und -entwicklung in der Gesundheitsförderung“ wird von den Teilnehmerinnen ausnahmslos als wichtig wahrgenommen, da die Instrumente, Verfahren und Routinen die tägliche Arbeit strukturieren und unterstützen können. Die meisten Maßnahmen werden jedoch nicht direkt mit Gesundheitsförderung in Verbindung gebracht, da das Selbstverständnis der Frühen Hilfen/KoKis das (gesundheitliche) Wohl von Familien, insbesondere von Kindern, einschließt. Qualitätssicherung und -entwicklung innerhalb dieser Einrichtungen bedeutet somit ‚automatisch‘ (direkt oder indirekt) auch Qualitätssicherung und -entwicklung in der Gesundheitsförderung.

Fehlende Ressourcen wie personelle Unterbesetzung und mangelnde Finanzierung behindern den Ausbau der Qualitätssicherung und -entwicklung von Gesundheitsförderung. Der Vernetzungsgrad mit Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich lässt ebenfalls zu wünschen übrig. Bezüglich gesundheitlicher Chancengleichheit wurde auch ein unsicherer Umgang im Hinblick auf die weiter ansteigende Anzahl an Flüchtlingsfamilien thematisiert, die ersten Kontakt zu den Einrichtungen bekommen.

Auf der Regionalkonferenz wurde deutlich, dass die Qualität von Gesundheitsförderung für (benachteiligte) Kinder auch stark von der Gesundheit des Personals abhängt. Die Thematik der Gesundheitsförderung für die Fachkräfte aus den Frühen Hilfen, KoKis und auch KiTas sollte deshalb genauso aufgegriffen werden wie die Förderung von Gesundheit der betreuten Kinder.

3.2.2 Setting Kindertageseinrichtungen (KiTas)

Einführung und Hintergrund

Die Fokusgruppe mit fünf KiTa-Leitungen und einer Erzieherin fand am 25. November 2014 in den Räumen des LGL statt. Es waren KiTas aus katholischen, privaten und evangelischen Trägerschaften vertreten.

Die Ergebnisse der Fokusgruppe sowie der Regionalkonferenz „Jedes Kind ist wichtig!“ am 14. Januar 2015 werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppen berichten, dass Qualitätsmanagement seit ca. 10-15 Jahren immer wieder Thema ist. Einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen haben eine Ausbildung zum Qualitätsbeauftragten. Allerdings wurde angemerkt, dass noch ‚etwas‘ fehlt, um Möglichkeiten zu schaffen, Qualität zu halten und auszubauen. Grundprozesse sollten innerhalb der Einrichtungen möglichst

gleich sein. Hierfür wird meist ein Handbuch genutzt, das regelmäßig überarbeitet wird. Innerhalb des Teams finden Dienstbesprechungen, Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche, kollegiale Beratung, Fortbildungen (einzeln oder gemeinsam, meist nach Fortbildungsplan) und Schulungen statt. Eine KiTa war sogar Konsultationseinrichtung zur kollegialen Unterstützung der Praxis bei der Umsetzung des bayerischen Bildungs- und Erziehungsplans. Vorlagen für Arbeitsmaterial, das Konzept der Einrichtung (in regelmäßiger Überarbeitung), eine feste Tagesstruktur und Dokumentationen (zum Beispiel Tagesrückblick, Gesprächsdokumentation) helfen bei der Entwicklung und Sicherung von Qualität. Umfragen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Eltern und Kinder bieten zahlreiche Feedback-Möglichkeiten. Gesetzliche Vorgaben und Auflagen (zum Beispiel von der Stadt) legen die Rahmenbedingungen für die Arbeit in der KiTa fest. Als besondere Unterstützung wurden die Fachberatungen für Kindertagesstätten genannt. Die Vernetzung mit anderen KiTa-Leitungen, im Stadtteil und in der Region stellen für die Teilnehmerinnen ebenfalls eine wichtige Voraussetzung für Qualitätssicherung und -entwicklung dar. In Arbeitsgruppen, Träger-Leitungs-Gesprächen und Runden Tischen wird die Zusammenarbeit mit anderen Akteurinnen und Akteuren in der Lebenswelt ‚Frühe Kindheit‘ weiter vertieft. Auf der Regionalkonferenz wurde deutlich, dass in einigen KiTas auch regelmäßig Qualitätszirkel abgehalten werden.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Zu Beginn des Aufkommens von Qualitätsentwicklung in den KiTas wurde laut den Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmern die Thematik stark „übertrieben“, aber gleichzeitig auch eine neue Perspektive der Reflexion und Dokumentation aufgezeigt. Nach einiger Übungszeit war der Blick dann für die „wirklich nötigen“ Dinge geschärft. Hinter Qualitätsentwicklung steht für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein Prozess

mit konzeptionellen Gedanken, der sich immer in Überarbeitung befindet bzw. befinden sollte.

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Qualität der Einrichtung und der Qualität des Trägers. Besonders bei Einrichtungen in kleinen Orten wird es als schwierig beschrieben, Qualität in die Einrichtungen zu bekommen, da oftmals Bürgermeisterinnen und Bürgermeister als Vorgesetzte zu wenig Einblick in den KiTa-Bereich haben. Klare Anweisungen und Zuständigkeiten helfen den KiTa-Fachkräften bei der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Gesundheitsförderung.

Fortbildungen für Leitungen und Kurse für Sozialmanagement wurden als äußerst hilfreich empfunden, da man Sicherheit für das eigene Wirken bekommt und Qualitätsentwicklung speziell an das Team und die Bedürfnisse der jeweiligen Einrichtung anpassen kann.

Unterschiedliches Vorgehen in den KiTas erschwert die Sicherung und Entwicklung von Qualität manchmal. Besonders unterschiedliche bzw. mangelhafte Anstellungsschlüssel machen es Einrichtungen manchmal schwer, Standards zu erfüllen. Hierbei war ein großes Stadt-Land-Gefälle zu beobachten.

Die Grundausbildung von Erzieherinnen und Erziehern weist gute Qualitätsstandards auf, während beim Studium oft die praktische Erfahrung fehlt. Hier lautete ein Vorschlag, die Erzieherinnen- und Erzieherausbildung aufzuwerten, anstatt einen Studiengang neu zu konzipieren.

Laut den Teilnehmerinnen der Fokusgruppen soll jedoch vor lauter Qualitätsentwicklungs- und -sicherungsaufgaben die Arbeit am Kind nicht vernachlässigt werden.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

- Finanzielle, personelle, zeitliche Ressourcen: Durch ausreichende finanzielle Ressourcen lassen sich nicht nur bestimmte Maßnahmen und Projekte zur Gesundheitsförderung einfacher umsetzen, sondern auch mehr Personal einstellen. Dies würde mehr Zeit für die Beschäftigung mit Aufgaben der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung schaffen.
- „Inhouse“-Fortbildungen für das ganze Team einer Einrichtung, bessere Ausstattung (zum Beispiel EDV, Bildmaterial).
- Fortbildung der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie anderer Hilfen (zum Beispiel in der Zusammenarbeit mit Therapeutinnen und Therapeuten und Heilpädagogen); Einbezug der Eltern.
- Gesellschaftspolitische Unterstützung notwendig.
- Einplanung von Zeitreserven für die Beschäftigung mit dem Thema Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung: Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen aufgrund von mangelnden zeitlichen Ressourcen ihre Arbeit zur Vorbereitung mit nach Hause nehmen → nicht förderlich für Gesundheit; kaum Zeit für Beschäftigung mit QS/QE.
- Beständigkeit bei den Vernetzungspartnerinnen und -partnern anstelle von noch mehr Kooperationen!
- Klarstellung von Zuständigkeiten und Aufgabenstellungen: Die Teilnehmerinnen der KiTa-Fokusgruppe bemängelten oft das Fehlen klarer Zuständigkeiten, insbesondere in der Beziehung Träger – KiTa.

- Freistellung der KiTa-Leitungen: Die Freistellung der KiTa-Leitungen ermöglicht die Teilnahme an Veranstaltungen, Fortbildungen und Ähnliches, die nicht in der eigenen Einrichtung stattfinden. Dies verbessert den Wissensstand und die Vernetzung der Leitungen und kann an das Team weitergegeben werden.
- Standards einführen → Qualität soll dem Prozess dienen – gleiche Grundvoraussetzungen nötig (zum Beispiel bei Personalschlüssel), aber auch Gefahr bei „Angleich“ auf Bundesebene, da teils sehr große Unterschiede → evtl. definierte Mindeststandards?
- Stärkere Einbindung des Gesundheitswesens, unter anderem durch regelmäßige Besuche der Kindertagesstätte durch eine Kinderärztin oder einen Kinderarzt.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Bezüglich der Qualitätssicherung und -entwicklung befürchten einige Teilnehmerinnen der Fokusgruppe mehr Komplexität und zu viel unnötige Arbeit. Mit genügend Personal hätte man jedoch Zeit, sich diesen Aufgaben zu widmen, ohne die Arbeit am Kind zu vernachlässigen. Dies setzt jedoch entsprechende finanzielle Mittel voraus.

Im Rahmen der Regionalkonferenz wurde beim Input zu frühkindlichen Bedürfnissen deutlich, dass den Teilnehmerinnen durchaus bewusst ist, was sich gesundheitsfördernd auf die kindliche Entwicklung auswirkt. Dies lässt sich aber oftmals durch mangelnde personelle und zeitliche Ressourcen nicht in dem gewünschten Ausmaß verwirklichen. Wie auch bei den Frühen Hilfen/KoKis liegt die scheinbar größte Hürde in der Finanzierung, die sich direkt auf per-

sonelle und somit auch zeitliche Ressourcen auswirkt. Insbesondere die Netzwerkarbeit würde dadurch erleichtert werden, da man (etwa durch die Freistellung der KiTa-Leitung) die Möglichkeit hätte, an diversen Veranstaltungen teilzunehmen, ohne die Arbeit in der Einrichtung zu vernachlässigen.

Das Thema Gesundheitsförderung wird – ähnlich wie bei den Frühen Hilfen und KoKis – noch nicht sehr stark mit prozessbezogener Qualitätssicherung und -entwicklung in Verbindung gebracht. Es wird eher im Zusammenhang mit Ernährung und Hygiene oder in Bezug auf Projekte gesehen. Das Verständnis geht eher in eine andere Richtung: Wenn die Qualität in der Einrichtung und im Team stimmt, „geschieht“ Gesundheitsförderung „von alleine“, da man sich zum Beispiel intensiver mit den Kindern beschäftigen kann und sie somit mehr in ihrer Entwicklung unterstützt.

Zudem soll festgehalten werden, dass gerade bezüglich des Themas ‚Gesundheitliche Chancengleichheit‘, die Asylthematik für KiTas hochrelevant und gleichzeitig auch problematisch ist, da sich die pädagogischen Fachkräfte schlecht vorbereitet fühlen und nicht wissen, an welche Ansprechpartnerinnen und -partner sie sich wenden können.

Sowohl bei den Frühen Hilfen/KoKis als auch bei den KiTas wurde vor allem auf der Regionalkonferenz deutlich, dass neben der Gesundheitsförderung für die betreuten Kinder auch die Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dringend mit einbezogen werden muss. Die Entwicklung und Sicherung von Qualität wird insgesamt von allen Beteiligten als wichtige Maßnahme zur Förderung der Mitarbeiter- und Kinderge-

sundheit verstanden.

3.3 Berlin

Autorinnen:

Dr. Susanne Hartung, Daniela Manke

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

3.3.1 Setting Stadtteil – Offene Altenarbeit

Einführung und Hintergrund

Ziel der Erhebung war die Untersuchung der Praxis der Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) in der Offenen Altenarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung.

Offene Altenarbeit in Stadtteilzentren (STZ) und Nachbarschaftshäusern (NBH) ist ein Arbeitsfeld, in dem Praktikerinnen und Praktiker vielfältige Angebote in drei Kernbereichen der Gesundheitsförderung anbieten: Bewegungs- und Begegnungsangebote sowie psychosoziale und Teilhabeangebote. Dabei setzen sie auf den Aufbau von Ermöglichungs- und Unterstützungsstrukturen für ältere Menschen, zum Beispiel durch ehrenamtliche Unterstützungsnetzwerke. Übergeordnetes Ziel ist die Förderung der sozialen Teilhabe älterer Menschen in schwieriger sozialer Lage und der Aufbau sozialer Nachbarschaften. Die Bedingungen für QS/QE in den STZ/NBH sind sehr unterschiedlich und werden zum Beispiel von der Größe und Ausstattung des jeweiligen STZ beeinflusst. Zudem ist für Gesundheitsförderung, wie auch für die Arbeit mit Älteren kein eigenes Budget vorgesehen, so dass für die Seniorenarbeit zusätzliche Mittel eingeworben werden müssen. Daraus ergeben sich unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte und Berichtspflichten sowie eine erhöhte Mitarbeiterfluktuation.

Zur Erhebung der Praxis der QS/QE in der Gesundheitsförderung im Bereich der offenen Altenarbeit wurden in einem ersten Schritt Dokumentenanalysen durchgeführt. Der Schwerpunkt lag auf Dokumenten für

QS/QE des Dach- und Fachverbandes für sozial-kulturelle Arbeit e. V. Berlin (VskA), der Seniorenpolitik im Land Berlin, den Gesundheitszielen für ältere Menschen im Land Berlin sowie den Rahmenförderverträgen und Kooperationsvereinbarungen des Landes Berlin.

In einem zweiten Schritt wurden mittels Telefon- und Internetrecherchen in 19 (von 44) STZ/NBH die Angebote für ältere Menschen im Bereich Gesundheitsförderung sowie das Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention erhoben. Dabei wurden acht Personen für die Fokusgruppe rekrutiert. Ausgewählt wurden Praktikerinnen und Praktiker, die Angebote für ältere Menschen im Bereich Gesundheitsförderung gestalten oder entwickeln und sich mit der qualitativen Verbesserung ihres Angebots auseinandersetzen. Bei der Zusammensetzung der Gruppe wurden Praktikerinnen und Praktiker aus den Selbsthilfekontaktstellen und den Kontaktstellen PflegeEngagement in den STZ mit eingeschlossen. Die Fokusgruppe Stadtteil/Offene Altenarbeit fand am 7.10.2014 in Berlin statt.

Zusätzlich wurden drei leitfadengestützte qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten auf der Geschäftsführerebene der STZ/NBH durchgeführt. Ausgewählt wurden Personen, die QS/QE durchführen bzw. in ihren Einrichtungen verantworten.

Selektionskriterium für die Recherchen, die Fokusgruppe und die Interviews war die Zugehörigkeit zum Verband für sozial-kulturelle Arbeit e. V., der Standort Berlin und damit auch eine Förderung durch das Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren (IFP-STZ).

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Rustemeyer (1992).

Am 13.01.2015 wurde die Regionalkonferenz „Qualität macht den Unterschied“ in Berlin durchgeführt. In der Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung mit älteren Menschen in NBH“ konnten die Ergebnisse der bisherigen

Erhebung vorgestellt und diskutiert werden. In der abschließenden Diskussion wurden kommunale Anknüpfungspunkte für eine Zusammenarbeit mit den STZ/NBH identifiziert sowie weitere Kooperations- und Vernetzungsmöglichkeiten erschlossen.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die STZ/NBH, die über das IFP-STZ gefördert werden, müssen ein Qualitätsmanagementsystem nachweisen. Mehrheitlich wurde mit der „Handreichung – Empfehlungen für die Qualitätsentwicklung in Nachbarschaftseinrichtungen“ (VskA 2004) in dem Bereich der Gemeinwesen- und Stadtteilarbeit weiter gearbeitet. Anhand dieser Handreichung wurden in den einzelnen STZ/NBH kontinuierlich Standards, Indikatoren und Schlüsselprozesse weiterentwickelt.

In der Seniorenarbeit sind neben den genannten Standards der Gemeinwesen- und Stadtteilarbeit noch die Standards der Selbsthilfe (Selbsthilfekontaktstellen) und die Aufgabenbeschreibung der Kontaktstellen PflegeEngagement relevant.

Die Befragten kennen und nutzen zum Teil folgende Verfahren, Instrumente und Routinen: Leitbilder und Satzungen, Qualitätshandbücher, Handreichungen zur QE und Sachberichte, Projektleitertreffen, Dienstbesprechungen und Supervision, Klausurtagungen und Konzepttage, Nutzerstatistiken und Checklisten.

Unter den Instrumenten und Routinen, die in der Alltagspraxis eingesetzt werden, um die Qualität der Angebote für Ältere zu verbessern, werden die folgenden genannt:

- Bedürfnisanalysen der Nutzerinnen und Nutzer und der Kursleiterinnen und Kursleiter mittels mündlicher und schriftlicher Befragungen; Evaluationen, Kummerbriefkästen
- Kollegialer Austausch: Reflexion über Arbeitsschwerpunkte und Ziele
- Etablierung einer Willkommenskultur
- Fachliche Netzwerke (interne, bezirkliche

und überbezirkliche)

Mehrheitlich wird der persönliche Kontakt zu den Nutzerinnen und Nutzern ihrer Angebote als wichtigstes „Instrument“ benannt, um Angebote eng am Bedarf zu entwickeln und zu verbessern. Sogenannte „Zwischen-Tür-und-Angel-Gespräche“ werden Fragebögen und Evaluationsbögen vorgezogen.

Des Weiteren wird der kollegiale und fachliche Austausch über die Qualitätspraxis der Anderen als positiv benannt. Dieser findet im Rahmen von Teamsitzungen und Dienstbesprechungen statt sowie in Form der sehr geschätzten fachlichen Netzwerke.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

QS/QE sind häufig negativ belegt und werden als etwas wahrgenommen, das nicht an die Praxis bzw. die Strukturen vor Ort angepasst ist, und häufig eine Standardisierung mit sich bringt, die der Vielfalt der Arbeit der Praktikerinnen und Praktiker in den STZ nicht gerecht wird.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Zu einer vermehrten Anwendung von QS/QE im Bereich der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen können den Befragten zufolge folgende Maßnahmen beitragen:

- Eine orts- und praxisnahe, projektbegleitende Beratung, die bei der Angebotsentwicklung ansetzt und bei der Umsetzung berät.
- Eine Evaluation (peer-to-peer, extern), die das Vorhandene evaluiert und Empfehlungen für die zukünftige Arbeit formuliert.
- Unterstützung bei der Integration und Anpassung von Verfahren, Instrumenten und Routinen der QS/QE an die alltägliche Arbeit.
- Regelmäßige Austauschformate (Austausch über die Qualitätspraxis

der Anderen).

- Initiierung und Pflege von Vernetzungen und Kooperationen.
- Beratung zu Finanzierungsoptionen und Antragstellung.
- Aufbau einer Website mit aktuellen, regionalen Informationen zu gesundheitsfördernden Angebote.
- Rahmenbedingungen für die QE: Zeit und Personal sowie dauerhafte Unterstützungsangebote und Förderstrukturen.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Es gibt keine Vorgaben (Standards) für QS/QE bei der Zielgruppe der Älteren oder den Bereich Gesundheitsförderung in den STZ/NBH.

Die Mehrzahl der Befragten wendet Instrumente und Routinen der QS/QE an, würden sie jedoch nicht so benennen.

Wenn Vorgaben an QS/QE vorhanden sind, werden diese häufig als nicht adäquat für die praktische Arbeit bewertet.

Verfahren und Instrumente der QS/QE in der Gesundheitsförderung sind nicht bekannt.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wünschen eine externe Beratung, die über Kenntnisse der örtlichen Strukturen und Inhalte verfügt.

Zur Förderung der QS/QE von Gesundheitsförderung in der Seniorenarbeit wünschen sich alle Befragten Rahmenbedingungen, die ihnen Zeit für die Reflexion ihrer Arbeit ermöglichen sowie dauerhafte, nicht projektgebunden finanzierte Strukturen.

Literatur bei den Verfassenden

3.4 Brandenburg

Autorinnen: Dr. Susanne Hartung, Ute Sadowski

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

3.4.1 Setting Kindertageseinrichtungen (KiTas)

Einführung und Hintergrund

Die Fokusgruppe KiTa fand am 30. September 2014 in Potsdam mit zehn Kita-Leiterinnen und Leitern statt.

Zusätzlich wurde eine Evaluation der Instrumente „Leitgedanken gesunde Ernährung“ und „KiTa-Transfertagen – gesunde Ernährung“ durchgeführt. Auf der Grundlage verschiedener Workshops und Expertenrunden wurde 2011 durch das Netzwerk Gesunde KiTa das Instrument „Gesunde Ernährung in Kindertagesstätten – Leitgedanken für die Qualitätsentwicklung“ in KiTas entwickelt. Diese wurden auf die Bedürfnisse und Erfordernisse vor Ort in KiTas zugeschnitten. Die KiTas im Land Brandenburg (ca. 1800) erhielten 2012 die Zusammenfassung der Ergebnisse als Poster bzw. als Leitgedanken.

Das Erkenntnisinteresse im Hinblick auf die Transfertage richtete sich vor allem darauf, in Erfahrung zu bringen, wie die Erzieherinnen und Erzieher den fachlichen Austausch (von Praktikerinnen und Praktikern für Praktikerinnen und Praktiker) für ihre weitere Arbeit im Sinne der Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) genutzt haben. Im Jahr 2012 wurden insgesamt vier Transfertage zum Thema Ernährung in KiTas durch das Netzwerk Gesunde KiTa durchgeführt und in 2013 wurden drei weitere Transfertage angeboten.

Entsprechend dem formulierten Erkenntnisinteresse wurde ein halbstandardisierter Fragebogen (als Online-Variante und als Vorlage für Telefoninterviews) mit offenen

und geschlossenen Fragen entwickelt. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der KiTa-Transfertage aus den Jahren 2011, 2012 und 2013 bildeten die Stichprobe. Die Stichprobe umfasste insgesamt N= 65 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die alle telefonisch kontaktiert wurden. Die Rücklaufquote lag bei 30%, das heißt 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben den Fragebogen beantwortet.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

- Brandenburger KiTa-Gesetz
- Berliner Bildungsprogramm (BBP)
- Förderpläne bei Integrationskindern mit Förderbedarf
- Prävention- und Kinderschutz (Erfassungsbogen zum Kinderschutz)
- Gesundheitszirkel und Gesundheitsbeauftragte
- INA-Evaluationsbögen zum Thema Gesundheit
- Handbuch vom Träger für Qualität (inkl. HACCP, Unfallprävention, etc.)
- Entwicklungsgespräche mit Eltern
- Entwicklungsgespräche mit „BellaBella“-Dokument (Untersuchungs- und Einschätzungsinstrument zur Erfassung des Entwicklungsstandes der Kinder)
- Eingewöhnung „Stressfrei Ankommen“ (Bindungsmethode während Eingewöhnung)
- Bedürfnisanalyse durch Beobachtung der Kinder: Mitarbeitende werten ihre Beobachtungen im Gespräch aus und passen die KiTa-Angebote an
- Morgenkreise für Kinder: Möglichkeit, dass die Kinder ihre Wünsche, Bedürfnisse, Meinungen und Sorgen äußern
- KiTa-Ausschuss (Eltern, Mitarbeitende, Träger): Kommunikation über Projekte und Arbeit in der KiTa

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppe haben insgesamt gute Erfahrungen mit Formaten gemacht, die den internen Austausch zwischen Erzieherinnen und Erziehern in den Vordergrund stellen (Transfertage, Teambesprechungen). Insgesamt ist die zur Verfügung stehende Zeit für QS/QE im Alltag zu wenig vorhanden. Die Erzieherinnen und Erzieher wünschen sich Vor- und Nachbereitungszeiten, in denen sie nicht im operativen KiTaalltag eingebunden sind.

Die Zusammenarbeit mit den Eltern gestaltet sich schwierig. Beispielsweise werden für fast jedes Kind individuelle Ernährungswünsche geäußert, weil die Kinder an Nahrungsmittelallergien leiden. Hierzu wünschen sich die Betreuerinnen und Betreuer klare Vorgaben/Verfahrensanweisungen und ärztliche Atteste. Zusätzlich äußerten die Erzieherinnen und Erzieher einen Bedarf an Fortbildungsangeboten zu folgenden Themen: Psychische Entwicklung, Seelisches Wohlbefinden, Inklusion, Verhaltensauffälligkeiten und Behinderungen im Kindesalter.

Die große Anzahl an vorgegebenen Instrumenten macht den Beteiligten Probleme, da diese nicht immer kompatibel sind. Darüber hinaus müssen noch interne Instrumente und Verfahren des Trägers beachtet werden. Insgesamt haben die Erzieherinnen und Erzieher eher negative Erfahrungen mit QS/QE gemacht, weil die Verfahren zu wenig den Alltag einer KiTa berücksichtigen. Gute Erfahrungen haben die Erzieherinnen und Erzieher mit unterschiedlichen, aber klar konzipierten Programmen und Projekten gemacht, die auf die Umsetzungsmöglichkeiten einer KiTa zugeschnitten sind.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

- Verständlich formulierte QM-Standards und Gesetze
- Handhabbarkeit
- Eine Anpassung der Leitlinien und Richtlinien: Diese sind nicht immer kompatibel, das heißt es gibt sich widersprechende Richtlinien (zum Beispiel Brandschutz versus Kinderschutz).
- Instrumente und Verfahren, die der (Selbst-)Reflektion und Evaluation der eigenen Arbeit dienen.
- Ein Standardinstrument für alle Potsdamer KiTas, welches alle Verordnungen und Rahmenbedingungen enthält und an neue Mitarbeitende und Leiterinnen und Leiter gegeben werden kann
- Externe/r Mentorin/Mentor, Expertin/Experte, Beobachterin/Beobachter, QM-Beauftragte: Zur Unterstützung der Durchführung von Bestandsaufnahmen der vorhandenen Qualität und Evaluationen
- Prioritätenliste
- Checklisten für Gesundheitsförderung
- Voraussetzungen, um gute Arbeit leisten zu können auf Personalebene/Unterstützung auf Strukturebene
 - Geld
 - Personalschlüssel
 - Arbeitszeit, ohne in Kinderbetreuung eingebunden zu sein (Voraussetzung, um überhaupt QS/QE betreiben zu können).
- Förderung einer Fehlerkultur in der Einrichtung als Voraussetzung für QS/QE
- Nachhaltigkeit/Verstetigung von Angeboten
- Prozesshandbuch (Handbuch mit Instrumenten)
- Erfahrungsaustausch mit anderen Organisationen, die Ähnliches tun

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Der Erfahrungsaustausch unter Kolleginnen und Kollegen (Teamsitzungen und Gespräche in Fortbildungen und bei anderen Veranstaltungen) wird als besonders positiv eingeschätzt. Gewünscht wird ein standardisiertes (landesspezifisches) Qualitätshandbuch mit aktuell gesammelten Informationen (zum Beispiel Länderverordnungen und Rahmenbedingungen), welches durch Schulungen ergänzt wird. Klare Leitlinien/Richtlinien zur Absicherung des Personals. Die Leitgedanken stellen ein gutes Instrument für die QS/QE dar und werden für alle Anwendungsfelder, die die Ernährung in der KiTa betreffen, eingesetzt. Die Transfertage werden von den Befragten als sinnvolles Format geschätzt und dienen dem kollegialen, praxisnahen Fachaustausch. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer befürworten die Weiterentwicklung des Formats auch zu anderen Themen.

Vernetzung und ressortübergreifende Zusammenarbeit wird als positive Unterstützung angesehen. Es wird eine inhaltliche Unterstützung und fachlicher Austausch gewünscht, was über bestehende Netzwerke und Arbeitsgruppen organisiert werden sollte. Angeregt wird eine gemeinsame Evaluation von Projekten, um den Aufwand für die einzelne KiTa klein zu halten und bessere Analysen zur Wirksamkeit zu erhalten. Problematisch sind die nicht gesicherten Finanzierungen von Analysen und Bedarfen im Vorfeld der Angebotsentwicklung. Als weitere positive Unterstützung werden Good-Practice-Werkstätten zum kollegialen Austausch innerhalb eines Settings gesehen. Weitere Unterstützungsangebote für das Setting Kita wären Hilfestellung bei den Zugängen zur Zielgruppe, Lotsensystem zum passenden QE-Ansatz, Veranstaltungsserie QE für Projektumsetzung, Informationsmöglichkeiten (Zusammenstellung aller Datenbanken mit erfolgreichen Projekten), organisierter Erfahrungsaustausch und die Unterstützung in der Reflektion der eigenen Haltung.

Die Ergebnisse wurden auf der Brandenburger Regionalkonferenz „Qualität macht den Unterschied“ am 11.11.2014 vorgestellt.

3.4.2 Weitere Aktivitäten: Evaluation der Good-Practice-Werkstätten

Autorin und Autor: Dr. Susanne Hartung, Stefan Pospiech

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Hintergrund und Untersuchungsinteresse

Die Good-Practice-Werkstätten werden seit 2010 im Rahmen des Good-Practice-Ansatzes angeboten. Sie wurden als ein Schulungsangebot vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. entwickelt. Derzeit angeboten werden die Werkstatt „Rund um die Geburt“ und die Werkstatt „Gesunde Kommune“. Die Werkstatt „Rund um die Geburt“ richtet sich an Fachkräfte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit Familien, insbesondere in belastenden Lebenslagen, in der Phase rund um die Geburt zu tun haben. Die der Werkstatt „Quartier“ nachfolgende Werkstatt „Gesunde Kommune“ hat das Ziel, den Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle“ zu unterstützen, und wird durch die Techniker Krankenkasse gefördert.

Die Werkstätten sind ein Qualifizierungsangebot, welches Fach- und Methodenkenntnisse im Bereich Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) in der Gesundheitsförderung vermitteln möchte. Die Werkstätten dienen darüber hinaus aber auch dem fachlichen Austausch und der kollegialen Beratung unter Praktikerinnen und Praktikern der Gesundheitsförderung. Sie werden in der Regel zusammen mit Initiatorinnen und Initiatoren aus der Praxis geplant und durchgeführt. Häufig verfolgen die Organisatorinnen und Organisatoren und Initiatorinnen und Initiatoren ein konkretes Projekt wie zum Beispiel den Aufbau der Präventionskette.

Im Rahmen des BZgA-geförderten Projekts sollte nun untersucht werden, welchen Beitrag die Werkstätten zur Unterstützung der Praktikerinnen und Praktiker im Bereich der QS/QE leisten.

Sampling und Vorgehen

Untersucht wurden fünf Werkstätten, die zwischen 2010 und 2014 in Berlin und Brandenburg stattfanden und insgesamt 85 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten. Durchgeführt wurden eine Dokumentenanalyse sowie elf leitfadengestützte Telefoninterviews. Die Interviews hatten eine Dauer von 20 bis 45 Minuten. Ausgewertet wurden die Interviews in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003).

Ergebnisse

Die Werkstätten kommen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr gut an. Alle Teilnehmenden empfanden die Werkstatt als hilfreich bis sehr hilfreich für ihre praktische Arbeit. Die Teilnehmenden beschrieben die Werkstatt als „interessant, aufschlussreich, inspirierend“, „übersichtlich, konkret, interessant“ und „intuitiv, fantasievoll, richtungsweisend“. Die Erwartungen an die Werkstatt wurden größtenteils positiv erfüllt. Diejenigen, die im vornherein der Werkstatt gegenüber skeptisch eingestellt waren, sahen diese negativen Erwartungen als nicht bestätigt an. Eine kleine Gruppe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatte keine Erwartungen und wollte sich überraschen lassen. Einige Teilnehmende konnten sich aufgrund der länger zurückliegenden Werkstatt nicht mehr an ihre Erwartungen erinnern. Die zur Verfügung gestellte Dokumentation der Werkstätten empfanden 70% der Teilnehmenden hilfreich bis sehr hilfreich. Fast 75% der Teilnehmenden würden auf jeden Fall wieder an einer Werkstatt teilnehmen. Dabei wird das zweitägige Format deutlich favorisiert, wobei 36% zwei zusammenhängende Tage und 36% zwei zeitlich auseinanderliegende Tage bevorzugen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer machten folgende Angaben dazu, was die Werkstätten für sie erbracht haben und was sie aus den Werkstätten mitgenommen haben:

- Sie tragen zum Kennenlernen der Akteurinnen und Akteure im Feld, zur Verständigung, zum fachlichen und zum Erfahrungsaustausch sowie zur Wahrnehmung der Perspektiven- und Akteursvielfalt, der Aufgaben und Kompetenzen im Feld bei.
- Sie setzen Impulse für den Strukturaufbau (zum Beispiel Präventionskette). Es werden bestehende Netzwerke organisiert und zum Teil explizit Vereinbarungen für die gemeinsame Arbeit getroffen.
- Die Werkstätten vermitteln eine Handlungsgrundlage, das heißt Informationen und Kenntnisse der Gesundheitsförderung. Sie vertiefen Kriterien guter Praxis und fördern ihre Anwendung.
- Es wurden konkrete Projekte geplant wie zum Beispiel Bewegungsangebote im Bezirk und die Entwicklung eines bezirklichen Gesundheitsziels.

Fazit

Anhand der Ergebnisse der Befragung lässt sich zeigen, dass die Werkstätten einen erfolgreichen Beitrag zur praxisnahen Qualitätsentwicklung leisten, der sich aus drei Bereichen zusammensetzt:

- Sie dienen der Qualifizierung, denn sie vermitteln und vertiefen Methodenkenntnisse und konkretes Handwerkszeug zur QS/QE sowie zu den Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung.
- Sie leisten einen direkten Beitrag zur Umsetzung der Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung, weil die Werkstätten zur Planung konkreter Projekte dienen und diese mit Bezug zu ausgewählten Kriterien guter Praxis ausgestalten.

- Sie erfüllen den Unterstützungsbedarf nach fachlichem Austausch unter Praktikerinnen und Praktikern zur Gesundheitsförderung und bieten Raum und Zeit für praxisnahe kollegiale Beratung.

Die dem Projekt zugrundeliegenden Vorarbeiten sowie die Ergebnisse der Fokusgruppen, die in den Ländern mit Praktikerinnen und Praktikern in verschiedenen Settings durchgeführt wurden, deuteten bereits in einer frühen Projektphase darauf hin, dass Praktikerinnen und Praktiker sich vor allem praxisnahe Unterstützungsformen im Bereich der QS/QE wünschen. Dafür machen die Good-Practice-Werkstätten ein Angebot, das fachlich ausgerichtet ist und von dem die Befragten sagen, dass sie es nachhaltig als hilfreich für ihre praktische Arbeit empfinden.

Literatur bei den Verfassenden

3.5 Bremen

Autorinnen und Autor: Sven Brandes, Iris Bregulla, Birte Gebhardt

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

3.5.1 Setting Kommune/Stadtteil

Einführung und Hintergrund

Die Fokusgruppe zum Setting Stadtteil fand am 08. Oktober 2014 mit sechs Teilnehmenden statt. Bei diesen handelte es sich um Akteurinnen und Akteure der Stadtteilarbeit, Quartiersmanagerinnen und -manager, Projektleiterinnen sowie eine wissenschaftliche Mitarbeiterin. Im Rahmen einer Regionalkonferenz am 20. Januar 2015 in Bremen diskutierten Praktikerinnen und Praktiker mit Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft, Kommunalverwaltung,

Bildungseinrichtungen und Wohlfahrtsverbänden sowie von Krankenkassen über Themen der Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil und mit Migrantinnen und Migranten (vergleiche Länderbericht Bremen zum Handlungsfeld Migration) und vertieften die Ergebnisse der Fokusgruppen in Arbeitsgruppen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fokusgruppe sowie der Regionalkonferenz zusammenfassend dargestellt.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Befragten nennen viele Instrumente, Verfahren und Routinen der Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE), die nicht speziell gesundheitsförderungsbezogen, sondern grundsätzlicher Teil der Projektarbeit sind. Oft sind diese Instrumente vorgegeben, wie zum Beispiel Projektanträge, Jahresberichte und die Dokumentation und/oder Evaluation von Maßnahmen. Als besonders wichtig für die QS/QE der Stadtteilarbeit beschreiben die Teilnehmenden der Fokusgruppe die Orientierung an Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohner vor Ort. Als hierfür nützliche Instrumente und Routinen benennen sie Bedarfsanalysen mittels Bewohnerbefragungen und das offene Quartiersforum, in dem Projektvorschläge der Öffentlichkeit präsentiert werden und mittels Konsensprinzip über deren Umsetzung entschieden wird. Vernetzung ist aus Sicht der Befragten eine weitere wichtige Maßnahme zur Qualitätsentwicklung im Stadtteil.

Bei den Praktikerinnen und Praktikern bekannte und eingesetzte Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung, die sich speziell auf das Themenfeld der Gesundheitsförderung fokussieren, sind zum Beispiel die Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung, die Stufen der Partizipation, die Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, quint-essenz sowie die Internetplattform inforo online.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Teilnehmenden der Regionalkonferenz sind sich einig, dass der Terminus „Qualitätssicherung“ oftmals negativ konnotiert ist. Praktikerinnen und Praktiker haben die Erfahrung gemacht, dass QS/QE als Forderung von außen eingebracht wird, gesammelte Daten jedoch nicht weiter verwendet werden, was zu Frustrationen führt. Im Allgemeinen besteht jedoch eine große Bereitschaft, die eigene Arbeit qualitativ weiterzuentwickeln und Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung bedarfsgerecht in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Erfassung „weicher“ Qualitätsindikatoren (wie zum Beispiel Empowerment) wird für den Nachweis qualitativ guter Arbeit als essentiell angesehen. Diese Aspekte bilden bislang existierende Instrumente jedoch nicht ab.

Die Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung und die Stufen der Partizipation haben einige Befragte bereits angewendet und sie erfahren diese als sehr hilfreich und praxisnah. Auch die Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier wurden als förderlich für die Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung eingeschätzt. Das Verfahren quint-essenz hingegen stellen die Teilnehmenden als sehr komplex und aufwendig dar, so dass sie es nur in Teilbereichen verwenden. Die Internetplattform inforo online wird als grundsätzlich gute Vernetzungsmöglichkeit gesehen, die jedoch für den Arbeitsalltag zu zeitaufwendig ist.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Als mögliche Maßnahmen, um Instrumente und Verfahren der QS/QE der Gesundheitsförderung im Setting Stadtteil vermehrt anwenden zu können, wurden einerseits verbesserte Rahmenbedingungen und andererseits konkrete Unterstützungsmaßnahmen gewünscht.

Verbesserte Rahmenbedingungen:

- Stärkere politische Unterstützung für die Arbeit im Stadtteil durch eine erhöhte finanzielle Förderung des Bereichs Gesundheitsförderung und Prävention sowie die ressortübergreifende Bearbeitung des Themas Gesundheitsförderung.
- Ein intensiverer Dialog zwischen Geldgebern/Trägern und Praktikerinnen und Praktikern, um Projektanträge praxisnäher gestalten zu können. Die Anerkennung der Notwendigkeit einer Projektvorbereitungsphase, das heißt einer sehr zeit- und ressourcenintensiven Beziehungsarbeit und Vernetzung, in der Projektförderung. Längere Projektlaufzeiten, die einen besseren Planungshorizont gewährleisten.
- Ausreichende personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen, um an Fortbildungen (zum Beispiel zu spezifischen Methoden) teilnehmen und um Beratungsleistungen in Anspruch nehmen zu können.

Unterstützungsmaßnahmen:

- Eine individuelle, prozesshafte Beratung zu QS/QE der Gesundheitsförderung. Eine solche Beratungsstelle bzw. eine Beraterin oder ein Berater sollten über ein breites Netzwerk und gute Methodenkenntnisse verfügen, bei der Auswahl und Anwendung von Instrumenten der QS/QE unterstützen, Netzwerke koordinieren und über Fördermittel und Anträge sowie Zugänge zu bestimmten Zielgruppen beraten (zum Beispiel durch eine Landeseinrichtung für Gesundheitsförderung in Bremen¹).
- Ein Angebot an niedrigschwelligen, praxisnah entwickelten Instrumenten, die es ermöglichen, gerade die „weichen“ Qualitätsfaktoren (neben dem oben genannten Empowerment zum Beispiel auch gelungene Beziehungsarbeit) zu erfassen.
- Eine kostengünstige, niedrigschwellige wissenschaftliche Begleitung und Evaluation.

- Regelmäßige Fortbildungen zu QS/QE der Gesundheitsförderung.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Instrumente, Verfahren und Routinen der Qualitätssicherung und -entwicklung sind im Setting Stadtteil fester Bestandteil der Projektarbeit und werden oftmals bedarfsgerecht von den Befragten in ihren Arbeitsalltag integriert. Von den jeweiligen Fördermittelgebern vorgegebene Instrumente und Verfahren werden umgesetzt, jedoch empfinden die Befragten diese als nur bedingt hilfreich für die Qualitätsentwicklung. Einige Befragte geben an, Instrumente und Verfahren, die eigens für die QS/QE der Gesundheitsförderung entwickelt wurden, anzuwenden und als hilfreich zu erfahren. Es besteht ein Bedarf an persönlicher, prozessbegleitender Beratung und Begleitung in Bezug auf Prozesse, Instrumente und Verfahren. Des Weiteren wünscht sich die Praxis verbesserte politische Rahmenbedingungen, um Gesundheitsförderung generell und darüber hinaus auch QS/QE in der Gesundheitsförderung stärker im Arbeitsalltag verankern zu können.

3.5.2 Handlungsfeld Migration

Einführung und Hintergrund

Die Fokusgruppe zum Handlungsfeld Migration fand am 09. Oktober 2014 mit sechs Teilnehmenden statt. Die Gruppe setzte sich zusammen aus einer Akteurin der Stadtteilarbeit, einer Mitarbeiterin und einem Mitarbeiter des öffentlichen Gesundheitsdienstes, einer Vertreterin des Landessportbundes, einer Verantwortlichen der Bremischen Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau sowie einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin des Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie. Im Rahmen einer Regionalkonferenz am 20. Januar 2015 in Bremen diskutierten Praktikerinnen und Praktiker mit Vertreterinnen und Vertretern

¹ Erläuterung: Die Geschäftsstelle der Landesvereinigung für Gesundheit in Bremen ist aktuell (Stand Oktober 2014) nicht aktiv, die Vereinsaktivitäten beruhen auf ehrenamtlicher Mitarbeit.

aus Wissenschaft, Kommunalverwaltung, Bildungseinrichtungen und Wohlfahrtsverbänden sowie verschiedener Krankenkassen über Themen der Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung mit Migrantinnen und Migranten und im Setting Stadtteil (vergleiche Länderbericht Bremen zum Setting Stadtteil) und vertieften die Ergebnisse der Fokusgruppen in Arbeitsgruppen.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppe nennen eine Reihe von Instrumenten, Verfahren und Routinen, die nicht originär dem Gesundheitsbereich entstammen. Im Rahmen der Vorgaben durch Fördermittelgeber werden klassische Dokumentationsverfahren (Teilnehmerlisten, Sach- und Jahresberichte sowie Verwendungsnachweise) genannt, wie sie üblicherweise im Bereich der sozialen Arbeit zum Einsatz gelangen. In der Kategorie Routinen der Qualitätsentwicklung werden Fortbildungen, Supervisionen, Teamsitzungen, kollegiale Fallbesprechungen und Sitzungen mit dem Vorstand erwähnt.

Aus dem Feld der Instrumente, Verfahren und Routinen, die originär dem Gesundheitsförderungsbereich entstammen, finden lediglich quint-essenz und das Stufenmodell zur Partizipation sowie entsprechende Fortbildungen von Prof. Dr. Michael T. Wright Erwähnung.

Die Befragten beschreiben auch eigenständig entwickelte Verfahren, wie Veranstaltungsevaluationen mittels Fragebögen sowie die Abfrage der Bedürfnisse der Zielgruppen.

Einige Akteure haben vergangene Projekte und Maßnahmen mittels externer wissenschaftlicher Evaluationen von in Bremen ansässigen Instituten untersuchen lassen.

Im Zuge der Diskussionen werden verschiedene Qualitätskriterien benannt. Neben Kriterien wie Mehrsprachigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der im Rahmen der Arbeit entwickelten Informa-

tionsmaterialien, betonen verschiedene Teilnehmende die hohe Bedeutung von Beziehungsarbeit und Vertrauensaufbau. Diese Komponenten seien insbesondere im Handlungsfeld Migration eine unabdingbare Voraussetzung für eine gelingende Arbeit. Hierfür bedürfe es wiederum „weicher“ Qualitätskriterien wie Offenheit, Empathie, Haltung und Neugierde auf der Seite der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Als weitere Kriterien thematisieren die Befragten Gendersensibilität und Unabhängigkeit des Projekts sowie die professionelle Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Zweckmäßigkeit der eingangs dargestellten QS/QE-Vorgaben der Fördermittelgeber stellen die Praktikerinnen und Praktiker in Frage. Diese würden häufig nicht zu einer Entwicklung der Maßnahmenqualität beitragen. So betrachten sie beispielsweise erhobene Teilnehmerzahlen nicht als Indikator für die Qualität eines Projekts. Ähnlich kritisch beurteilen sie Veranstaltungsevaluationen, da diese aus ihrer Sicht zu keinem nennenswerten Erkenntnisgewinn führen würden.

Das Stufenmodell zur Partizipation wird insbesondere im Hinblick auf die Etablierung partizipativen Arbeitens als hilfreich bewertet, wohingegen das Angebot von quint-essenz als zu komplex und nicht praxisnah beurteilt wird.

Betont wird die Bedeutsamkeit des regelmäßigen fachlichen Austauschs in Netzwerken und Arbeitskreisen. Die daraus resultierende Vernetzung und der Informationsgewinn werden als eine wichtige Grundlage für die Entwicklung der Qualität der eigenen Maßnahmen betrachtet.

Der bereits angesprochene Vertrauensaufbau zu den Zielgruppen stelle einen Hauptbestandteil der Arbeit dar. Gleichzeitig werde dieser Bestandteil der Arbeit jedoch im Rahmen der Projektförderung nicht

angemessen berücksichtigt. Entsprechende Erfolge ließen sich zudem nur schwer nach Außen darstellen. In diesem Zusammenhang verdeutlichen die Befragten auch, dass es generell einen Mangel an Instrumenten und Verfahren gebe, anhand derer sich weiche Erfolgsindikatoren, wie ein gelingendes Empowerment und ein erfolgreicher Netzwerkaufbau darstellen ließen.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Als mögliche Maßnahmen, um Instrumente und Verfahren der QS/QE der Gesundheitsförderung im Handlungsfeld Migration vermehrt anwenden zu können, wurden einerseits verbesserte Rahmenbedingungen und andererseits konkrete Unterstützungsmaßnahmen gewünscht.

Verbesserte Rahmenbedingungen:

- Gesundheitsförderung mit Migrantinnen und Migranten ist den Befragten zufolge bisher politisch nicht ausreichend verankert. Bessere politische Rahmenbedingungen seien eine wesentliche Voraussetzung für die QS/QE in der Gesundheitsförderung.
- Die Verstetigung von Projekten wird als äußerst wichtig angesehen, um erfolgreich investierte Beziehungsarbeit und bei den Zielgruppen entstandenes Vertrauen langfristig nutzen zu können und aufgebaute Hoffnungen nicht zu enttäuschen.
- Darüber hinaus sollten aus Sicht der Befragten im Bereich der Gesundheitsförderung Stellen für Migrantinnen und Migranten geschaffen werden, da eigene Erfahrungen diese für die Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund in besonderem Maße qualifiziert.
- Partizipatives und bedürfnisorientiertes Arbeiten wird für die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten als unerlässlich angesehen. Auch hierfür seien entsprechende personelle und finanzielle Rahmenbedingungen notwendig.

Unterstützungsmaßnahmen:

- Die Befragten formulieren einen Bedarf an alltagstauglichen Instrumenten und Verfahren, welche geeignet sind, die eigenen Arbeitsprozesse zu flankieren und deren Ergebnisse zu dokumentieren.
- Ferner wird der Wunsch nach einem prozesshaften Beratungsangebot geäußert, in dessen Rahmen Praxisprojekte bei der QS/QE unterstützt werden.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Die den Praktikerinnen und Praktikern vorgegebenen Instrumente und Verfahren der QS/QE werden von diesen oft als nicht ausreichend praxisnah und nicht sinnvoll für die Entwicklung oder Sicherung der Maßnahmenqualität bewertet. Einschlägige Instrumente und Verfahren der Gesundheitsförderung sind für die Befragten kaum Teil der aktuellen Berufspraxis. Beziehungsarbeit und Vertrauensaufbau sind im Handlungsfeld Migration essentieller Bestandteil der Arbeit. Dies wird im Rahmen der Projektförderung nicht hinreichend berücksichtigt. Es werden zum einen mehr Zeit und Anerkennung für diesen Arbeitsbestandteil gefordert und zum anderen Instrumente, anhand derer sich entsprechende Erfolge sichtbar machen lassen. Gesundheitsförderung mit Migrantinnen und Migranten ist aus der Perspektive der Teilnehmenden bisher politisch nicht ausreichend verankert. Die Verbesserung politischer und finanzieller Rahmenbedingungen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Qualitätssicherung und -entwicklung der Gesundheitsförderung im Handlungsfeld Migration.

3.6 Hamburg

Autorin und Autor: Denis Spatzier, Simone Nießlein

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.

3.6.1 Setting Kommune/Stadtteil

Einführung und Hintergrund

Im Zeitraum Oktober bis November 2014 wurden insgesamt 14 Akteurinnen und Akteure in zwei Fokusgruppen und drei Akteurinnen und Akteure per Fragebogen zur Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) in der kommunalen Gesundheitsförderung befragt. Es beteiligten sich unter anderem Vertreterinnen und Vertreter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Hamburger Bezirke (Kommunales Gesundheitsförderungsmanagement), der Koordinierungsbausteine Gesundheitsförderung, Koordinatorinnen und Koordinatoren aus Stadtteileinrichtungen, Bürgerzentren und Quartiersprojekten sowie Fachkräfte der Stadtteilentwicklung und des Quartiersmanagements. Auf der Regionalkonferenz am 15. Januar 2015 wurden im Rahmen eines Workshops die Ergebnisse der vorangegangenen Befragungen vorgestellt und ergänzt. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Erörterung und Diskussion des Qualitätsbegriffs und dessen Bedeutung für die Gesundheitsförderung. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fokusgruppen und der Regionalkonferenz zusammenfassend dargestellt.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Instrumente und Verfahren der Planungs- und Ergebnisqualität stehen sowohl bei Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren als auch bei Akteurinnen und Akteuren der Praxis und der Entscheidungsebene im Fokus: So unter anderem Bedarfsermittlung mittels qualitativer und quantitativer

Befragungen in Stadtteilen und Quartieren, Zielformulierung (zum Beispiel Jahresziele und Vereinbarungen) und Dokumentation sowie Berichtslegung am Ende des Jahres. Darüber hinaus nannten fast alle Teilnehmenden diverse Austauschgremien und -foren (Stadtteilbeirat, regionale und lokale Arbeitskreise und -gruppen, Runder Tisch etc.) als Routineelemente. Ein Teilnehmer nannte und erläuterte die Methode „CommunityField“², die er trotz eines hohen Zeitaufwandes als wirkungsvoll im Hinblick auf die Entwicklung eines kooperativen Miteinanders in beteiligungsorientierten Projekten empfand. Des Weiteren wurde das Instrument KEQ (Kapazitätsentwicklung im Quartier) vorgestellt, ein in Hamburg im Rahmen des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ entwickeltes Instrument zur Messung von gesundheitsförderlicher Strukturbildung und Kompetenzentwicklung.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Beziehungsarbeit und Prozesse der Vertrauensbildung zwischen den verschiedenen professionellen Akteurinnen und Akteuren einerseits und den Fachkräften, Ehrenamtlichen und der Bewohnerschaft andererseits wurden als wesentliche Elemente qualitativ hochwertiger Arbeit im Stadtteil und Quartier hervorgehoben.

Die meisten Befragten schätzten die Messbarkeit von Effekten gesundheitsförderlicher Angebote, Maßnahmen und Interventionen unter den bislang vorherrschenden Rahmenbedingungen personeller Diskontinuität und kurzer Projektlaufzeiten als schwierig ein. Vor allem „gute“ Beziehungsarbeit (zum Beispiel wertschätzende Kommunikation und Haltung) lässt sich bisher nicht anhand von Qualitätskriterien messen. Die publizierten Instrumente und Verfahren zur Qualitätssicherung und -entwicklung in der (kommunalen) Gesundheitsförderung und Prävention werden von nahezu allen Befragten als zu komplex und zeitaufwendig empfunden – das wurde auch explizit im Rahmen der Anwendung von KEQ von den

² www.community-field.de, letzter Zugriff 22.01.2015

Praktikerinnen und Praktikern vor Ort als Schwäche formuliert. Oft passen nur einzelne Aspekte der Instrumente und Verfahren zu den Projekten.

Einige Begriffe und Definitionen sind sehr abstrakt, was die Kommunikation über Verfahren erschwert. Unscharfe Formulierungen, Abkürzungen und Fremdwörter erschweren den Zugang für viele Praktikerinnen und Praktiker. So bauen Bezeichnungen von Instrumenten oft unnötige Barrieren auf (zum Beispiel Goal Attainment Scaling - GAS). Im Verlauf der Fokusgruppen stellten die Befragten zum Teil fest, dass sie einzelne Elemente der Instrumente und Verfahren schon anwenden, allerdings eher unsystematisch und unbewusst in Bezug auf das Thema Qualitätssicherung und -entwicklung.

Die eigene Arbeitsebene sowie die Einstellungen und Kenntnisse von Vorgesetzten beeinflussen den Einsatz und die Bewertung von Verfahren, Instrumenten und/oder Routinen der QS/QE. In vielen Fällen fehlt den Befragten das Mandat durch Vorgesetzte und Entscheiderinnen und Entscheider, sich dem Thema intensiver widmen zu können. Es macht außerdem einen Unterschied, ob zum Beispiel Finanziers oder Praxisakteurinnen und -akteure vor Ort die Qualität überprüfen.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Vorschläge und Bedürfnisse aus der Praxis:

- mehr Personal- und Zeitressourcen
- längere Finanzierungs- und Projektlaufzeiten
- mehr politische Wertschätzung des Themas Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene
- Strukturqualität: Einrichtung einer kontinuierlichen, im Stadtteil verankerten „Kümmererstruktur“ für die Belange der Bewohnerinnen und Bewohner im Stadtteil

- „Übersetzer“/„Scharniere“ zwischen den verschiedenen Ebenen, um Erfahrungswissen und Mehrwert von Instrumenten und Verfahren der QS/QE in die Entscheidungsebene verschiedener Sektoren zu tragen und eine intersektorale Zusammenarbeit zu ermöglichen
- zentrale Hamburger Koordinations- und Beratungsstelle („Projektbezogener Qualitätscheck“), zur Beratung, Information und Unterstützung von Koordinatorinnen und Koordinatoren, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Praktikerinnen und Praktikern bei Qualitätsfragen zu Projekten
- ressortübergreifender Stadtteilstiftungs- oder -fördertopf, um selbst anhand von lokalen Kriterien und Erfordernissen über Förderung von Projekten entscheiden zu können
- Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Hochschulen und Praxisakteuren
- (Beispiel Kopenhagen: Institutionen an der Uni, als Ansprechpartner für QS/QE von Projekten - Vermittlung zwischen Praxisakteurinnen und -akteuren, die eine wissenschaftliche Begleitung, zum Beispiel für die Evaluation suchen und Forschungsvorhaben und -projekten bzw. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Hochschule)
- kollegialer (über-)regionaler Austausch über inforo online

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Nahezu alle Befragten sehen den Sinn und Nutzen der QS/QE für die kommunalen Gesundheitsförderung, die sich nicht allein nur in der Legitimation des eigenen Handelns erschöpfen. Die Integration in die alltägliche Arbeit ist allerdings eine große Herausforderung.

Hindernisse entstehen einerseits auf theoretischer Ebene durch Unschärfen von Begrifflichkeiten und Definitionen, andererseits durch die Komplexität und den Zeitaufwand in der Anwendung der bisher publizierten Instrumente und Verfahren. In

der Praxis bauen abstrakte Begrifflichkeiten und Definitionen unnötige Barrieren auf und erschweren die Verständigung und Zusammenarbeit der verschiedenen Akteurinnen und Akteure. Rahmenbedingungen wie kurze Finanzierungs- und Projektlaufzeiten, begrenzte Personal- und Zeitressourcen und die unterschiedliche Gewichtung von Qualitätskriterien bei den Stakeholdern beeinflussen zusätzlich die regelhafte Anwendung von Qualitätsinstrumenten. Des Weiteren sind essentielle Qualitäts- und Erfolgskriterien der kommunalen Gesundheitsförderung wie Beziehungsarbeit und Vertrauensbildung nur schwer anhand (standardisierter) Indikatoren zu erfassen.

Die Praktikerinnen und Praktiker wünschen sich neben entsprechenden Personal- und Zeitressourcen eine Reduzierung der vorhandenen Instrumente und Verfahren auf praxistaugliche und niedrigschwellige „Kerninstrumente“, die auf die lokalen Rahmenbedingungen angepasst werden können. Zudem können sich die Befragten eine zentrale (lokale) Beratungs- und Koordinationsstelle vorstellen, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Auswahl und Anwendung von adäquaten Qualitätsinstrumenten prozessbegleitend beraten und unterstützen.

3.7 Hessen

Autorinnen: Christina Bauer, Carolin Becklas, Julia Riesch

Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e. V.

3.7.1 Setting Kinder- und Familienzentren

Einführung und Hintergrund

Kinder- und Familienzentren (KiFaz) werden als Einrichtungen verstanden, in denen die Kinderbetreuung mit weiteren Bildungs- und Beratungsangeboten für Familien und Kinder kombiniert wird, mit dem Ziel, die Er-

ziehungskompetenzen der Eltern zu stärken. Sie bündeln die in einem Sozialraum bereits vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsangebote zu einem kommunalen Präventionsnetz und entwickeln in Kooperation mit anderen Organisationen neue wohnortnahe und niedrigschwellige Angebote. In diesem Zusammenhang verknüpfen sie bildungspolitische, gesundheitsfördernde und gewaltpräventive Ansätze mit familienbezogenen Angeboten.

Die Gruppendiskussion mit den KiFaz fand am 15. Oktober 2014 in Frankfurt am Main statt. Sechs Teilnehmerinnen, darunter vier leitende und zwei hauptamtliche Mitarbeiterinnen von KiFaz, von denen eines auch ein Mütter- und Familienzentrum mit integriertem Mehrgenerationenhaus (MGH) ist, beteiligten sich an der Diskussion.

Die Ergebnisse der Gruppendiskussion werden um die Resultate der Regionalkonferenz vom 14. Januar 2015 in Frankfurt ergänzt. Im Zuge der praxisnahen Einführungsvorträge von Stephanie Funk (Universität Bielefeld), Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bielefeld) und Cornelia Goldapp (BZgA) konnten die Teilnehmenden einen guten Einblick in das Projektvorhaben sowie Theorie und Praxis von Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung erlangen. Ein weiterer Baustein der Regionalkonferenz waren Thementische mit den Schwerpunkten Kompetenznetzwerk, Qualitätssicherung, Evaluation und Instrumente der Bedarfserhebung und -analyse. Diese wurden im Vorfeld von den Bedarfen des Settings KiFaz und dem Projektziel abgeleitet. Im Rahmen der Thementische sind die Moderatorinnen in einen aktiven Austausch mit den Teilnehmenden getreten. Hierbei konnten einerseits Impulse gegeben und andererseits weitere Erkenntnisse für das Projekt gewonnen werden.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Wenn KiFaz Zuwendungen des Landes erhalten, sind sie verpflichtet dem Regierungspräsidium Kassel Bericht über ihre Arbeit zu erstatten. Ferner müssen auch weitere

Geldgeber durch eine regelmäßige Berichterstattung über die Arbeit der KiFaz informiert werden. Darüber hinaus bestimmt die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Träger die Umsetzung und das Ausmaß von Qualitätssicherungsmaßnahmen. So gibt es Einrichtungen die über eigene Qualitätsbeauftragte verfügen, der oder die regelmäßige Besucher- und Mitarbeiterbefragungen durchführt. Diese dienen dazu, ein Stimmungsbild über vergangene Projekte einzuholen und Wünsche und Bedarfe der Besucherinnen und Besucher sowie Mitarbeitenden zu erfassen. Die Ergebnisse der Befragungen werden in einem Bericht gebündelt. Andere Einrichtungen ohne eigene Qualitätsbeauftragte können Befragungen nur durchführen, sofern die Zeit der pädagogischen Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter dies zulässt. Einrichtungen mit einem integrierten Mehrgenerationenhaus bzw. Mehrgenerationenhäuser müssen nach Vorgabe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend jährlich ein Selbstmonitoring über ein Onlineportal durchführen.

Weitere Routinen, die von den Teilnehmerinnen genannt werden, sind der regelmäßige Austausch mit den Besucherinnen und Besuchern (Eltern und Kinder) im Rahmen von Themencafés und offenen Treffs, mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Teambesprechungen, mit anderen Einrichtungen und Kooperationspartnern bei Stadtteilarbeitskreisen sowie Netzwerksitzungen und die Supervision. Darüber hinaus gibt es Einrichtungen, die nach dem Early-Excellence-Ansatz arbeiten. Dieses pädagogische Konzept schafft die Voraussetzungen für die Arbeit in den KiFaz, um in der Bildung, Betreuung und Entwicklung von Kindern resilienzstärkend Einfluss nehmen zu können. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen, die nach diesem Ansatz arbeiten, sind verpflichtet, an den entsprechenden Fortbildungen teilzunehmen.

Weitere Instrumente, die in den Einrichtungen Anwendungen finden, sind ein eigenes Leitbild sowie ein Qualitätshandbuch.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Bei den Teilnehmerinnen herrscht breite Zustimmung darüber, dass der regelmäßige Austausch sowohl mit den Kolleginnen und Kollegen innerhalb des KiFaz sowie mit den Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern als auch mit den Besucherinnen und Besuchern des KiFaz ein wichtiger Bestandteil der Bedarfssicherung im Rahmen von Qualitätsentwicklung darstellt. Sie sind sich einig darüber, dass die persönlichen Gespräche mehr Informationen hervorbringen als schriftliche Befragungen. Dies liege vor allem an der Sprachbarriere, da die Familienzentren einen hohen Anteil an Besucherinnen und Besuchern mit Migrationshintergrund aufweisen. Der regelmäßige externe Austausch mit Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern wird als sehr gewinnbringend bewertet, da er die Weiterentwicklung der Angebote fördert. Allerdings erfordert die Teilnahme an Stadtteilsitzungen und Netzwerktreffen erhebliche personelle und zeitliche Ressourcen. Obwohl der persönliche Austausch bevorzugt wird, befürworten die Teilnehmerinnen auch die interne Berichterstattung durch selbst erstellte Fragebögen. Da die Teilnehmerinnen die Fragebögen von externen Institutionen, aufgrund von Sprachbarrieren und unklaren Begriffen als wenig zielgruppengerecht einschätzen, möchten sie zukünftig gerne an der Entwicklung externer Fragebögen beteiligt werden. Bei der Fragebogengestaltung sei besonders darauf zu achten, dass der Fragebogen kurz gehalten ist, zum Beispiel in Form einer Blitzbefragung. Außerdem sollten die Fragebögen überwiegend geschlossene Fragen (Antwortmöglichkeiten) enthalten. Bei Evaluationen sollte die Partizipation berücksichtigt und durch eine gemeinsame Planung Vertrauen geschaffen werden.

Fortbildungen werden als wichtig angesehen, erscheinen einer Teilnehmerin jedoch nur zielführend, wenn alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die gleiche Fortbildung besuchen. So sind alle auf dem gleichen

Wissensstand und die Kenntnisse können einheitlich umgesetzt werden. Wichtig ist auch die Partizipation von Ehrenamtlichen an Weiterbildungsmaßnahmen sowie an Teambesprechungen und der Supervision.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Maßnahmen, die für eine vermehrte Anwendung von QS/QE in KiFaz hilfreich sind:

- Eine elektronische Maske bzw. ein Online-tool, das die Schreibarbeit reduziert.
- Möglichkeit, Material von einer Internetplattform herunter zu laden.
- Unterstützung bei der Antragsstellung.
- Sensibilisierung der Förderer für die Arbeit vor Ort.
- Finanzielle Ressourcen für mehr Personal.
- Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, insbesondere in kleinen Einrichtungen.
- Berücksichtigung der Kostenstelle „Qualitätssicherung“ schon von Beginn an.
- Weiterbildungen für Qualitätssicherungsinstrumente.
- Aufzeigen von Best-Practice-Beispielen mit dem Ziel, die Mitarbeitenden für Qualitätsentwicklung zu motivieren.
- Handbuch, in dem Vorschläge, Formulare und ein Methodenkoffer für Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im KiFaz festgehalten werden, sowie eine Materialsammlung zur individuellen Bearbeitung auf CD-ROM oder USB-Stick.
- Einbeziehung Ehrenamtlicher wie zum Beispiel Gesundheitslotsinnen und -lotsen.
- Feste Ansprechpartnerinnen und -partner, die bei Fragen telefonisch oder schriftlich kontaktiert werden können.

- Vernetzung mit anderen Einrichtungen und Institutionen wie zum Beispiel Universitäten. Es könnte unter anderem eine Kontaktbörse eingerichtet werden, welche die Vernetzung von Einrichtungen mit Universitäten unterstützt. Auf diese Weise könnten Studentinnen und Studenten für Abschlussarbeiten zur Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen gewonnen werden.
- Einführung eines Qualitätssiegels für soziale und pädagogische Einrichtungen.
- Integration von Qualitätsmanagement in den Alltag, sodass es keine zusätzliche Belastung darstellt.
- Aufzeigen von Möglichkeiten, die eigene Arbeit sichtbar zu machen.
- Zusammenarbeit mit externen Experten, unter anderem bei der Fragebogenerstellung.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

In Abhängigkeit des Trägers verfügen die Einrichtungen über hausinterne Qualitätsbeauftragte. Dadurch können regelmäßige Befragungen durchgeführt und eine Berichterstattung gewährleistet werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen ohne eigene Qualitätsbeauftragte sind bestrebt, regelmäßige Besucherbefragungen durchzuführen. Ihnen fehlt jedoch häufig die Zeit, dies neben ihren pädagogischen Aufgaben zu leisten. Wenngleich Besucher- und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt werden, favorisieren die Diskutantinnen das persönliche Gespräch mit den Besucherinnen und Besuchern im Rahmen von Themencafés und im offenen Treff sowie mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Teambesprechungen. Hier scheinen die Kommunikationsbarrieren nicht so groß. Der persönliche Austausch mit Kooperationspartnerinnen und -partnern sowie mit anderen Einrichtungen bei Stadtteiltreffen und Netzwerksitzungen, wird auch als sehr gewinnbringend empfunden. Dies ist jedoch, aufgrund der Zeitintensität, nur eingeschränkt möglich.

Aus den Erfahrungen der Teilnehmenden wird deutlich, dass Qualitätsentwicklung im Allgemeinen und mit Blick auf Prävention und Gesundheitsförderung in den Einrichtungen bereits vielfach implizit durchgeführt wird. Allerdings fehlen teilweise die Kontinuität und die explizite Verankerung. Dies erfordert jedoch finanziellen und personellen Mehraufwand, den sich viele Einrichtungen nicht leisten können. An dieser Stelle besteht ein Zielkonflikt zwischen der Sicherstellung der Kinderbetreuung und der Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Hier ist die Unterstützung externer Expertinnen und Experten notwendig. Zudem wird der Bedarf an Fortbildungen zum Thema Qualitätssicherung und -entwicklung, praktischen Handlungsanweisungen sowie einem Ansprechpartner oder einer Ansprechpartnerin deutlich.

3.7.2 Weitere Aktivitäten: Erhebung zur Sicherung und Entwicklung von Qualität

Autoren: Carolin Becklas und Burkhard Nolte

Erste Ergebnisse der Befragung zu Erfahrungen und Erwartungen der Akteurinnen und Akteure vor Ort

Im Gesamtprojekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ wurde ein zusätzliches Forschungsvorhaben in Hessen durchgeführt. Neben der qualitativen Erhebung durch die Gruppendiskussion in Hessen galt es einen Eindruck von weiteren Akteurinnen und Akteuren vor Ort zu erhalten. Ziel war es, die Ergebnisse der Gruppendiskussion zu untermauern bzw. zu erweitern. Angelehnt an die Fragestellungen und Ergebnisse der Gruppendiskussion erfolgte eine explorative Befragung in sozialen und pädagogischen Einrichtungen sowie bei deren Trägern, die unter anderem einen Fokus auf Kinder zwischen drei und sechs Jahren haben. Es wurden sowohl Kinder- und Familienzentren, Kindergärten und KiTas als auch Mütter- und Nachbarschaftszentren sowie Mehrgenerationenhäuser als erweiterte Zielgruppe angeschrieben.

Die zentralen Fragestellungen der hessenweiten Befragung waren folgende:

- Welche Erfahrungen und Bedarfe haben Akteurinnen und Akteure mit der Anwendung von Instrumenten und Verfahren der Qualitätssicherung?
- Welchen Stellenwert haben Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeit in den Settings?

Die Datenerhebung erfolgte durch eine schriftliche postalische Befragung der Akteurinnen und Akteure. Angeschrieben wurden 190 der gesamten hessischen Kinder- und Familienzentren und Mehrgenerationenhäuser und deren Träger sowie eine Zufallsstichprobe von weiteren Einrichtungen für Kinder (drei bis sechs Jahre). Die Stichprobe umfasste 487 angeschriebene Einrichtungen. Der Rücklauf mit 99 validen Fragebögen entspricht 20%.

Die Konzentration der Berichterstattung liegt hier auf einzelnen Ergebnissen, die einen Eindruck über die Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt für die Arbeit in den Einrichtungen sowie die Anwendung von Kriterien und Verfahren der Qualitätssicherung auf gesundheitsförderliche/präventive Maßnahmen darstellen. Darüber hinaus wird der Unterstützungsbedarf, der in den Gruppendiskussionen bereits zur Sprache kam, quantifiziert.

Wie wichtig für die Akteurinnen und Akteure Gesundheitsförderung/Prävention insgesamt für die Arbeit in ihrer Einrichtung ist, bewerten die Befragten mit nahezu 90% als „sehr wichtig“ oder „eher wichtig“.

Dementsprechend führen oder führten 91% (n=93) der Einrichtungen bereits Maßnahmen der Gesundheitsförderung/Prävention durch. Inwieweit diese Einrichtungen bereits Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung und Prävention nach eigener Auskunft anwenden, wird in der folgenden Abbildung ersichtlich. Ein Großteil der Befragten wendet „oft“ bzw. „gelegentlich“ Kriterien und Verfahren der Qualitätssicherung von gesundheitsfördernden/präventiven Maßnahmen an.

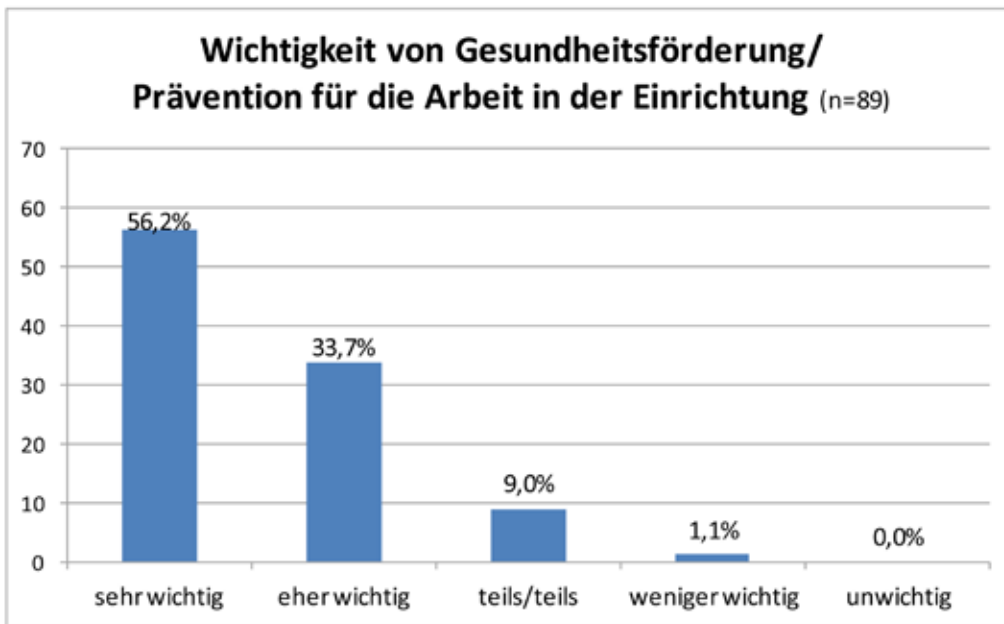


Abbildung 2
Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention

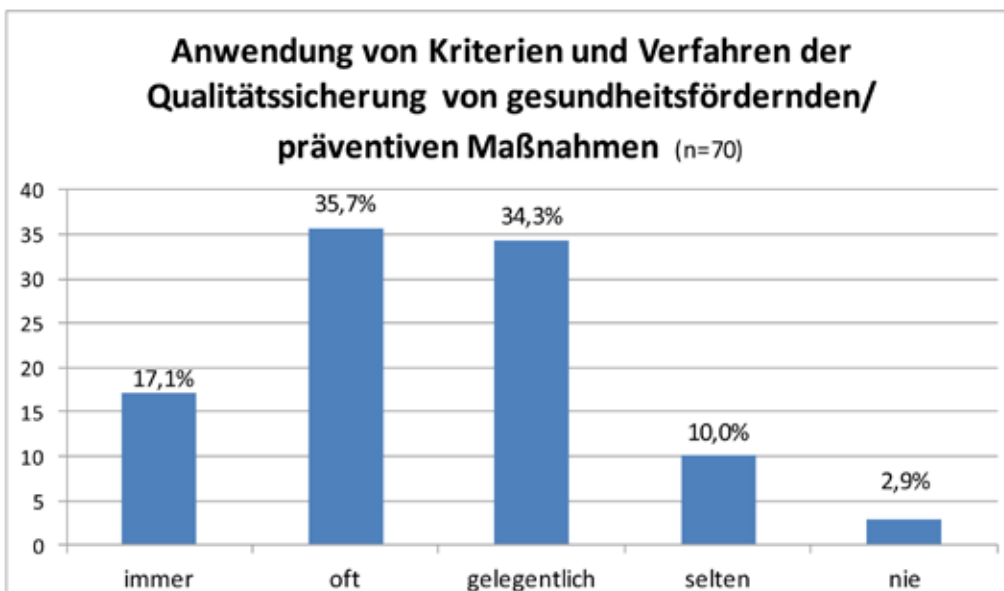


Abbildung 3
Anwendung von Qualitätssicherung

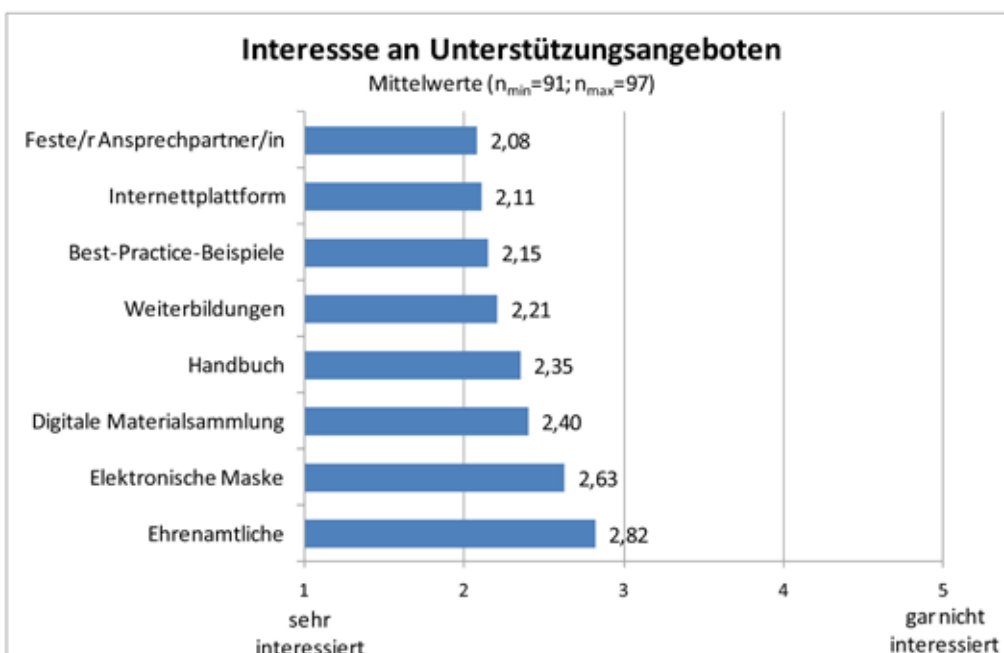


Abbildung 4
Interesse an Unterstützungsangeboten

Die Form der Unterstützung, die sich die befragten Akteurinnen und Akteure bei der Anwendung von Qualitätssicherung und -entwicklung wünschen, ist in erster Linie eine Person, die sie bei auftretenden Fragen ansprechen können. An einer Internetplattform, auf der Material abgerufen werden kann, sind sie ebenfalls interessiert. Best-Practice-Beispiele, an denen sie lernen können, werden eher als Unterstützung favorisiert als Ehrenamtliche, die zum Beispiel als Gesundheitslotsen in die Qualitätsentwicklung mit einbezogen werden könnten.

Ausführliche Ergebnisse des Forschungsvorhabens liegen in einem Gesamtbericht der HAGE e. V. vor.

Literatur bei den Verfassenden

3.8 Mecklenburg-Vorpommern

Autorin: Kerstin Hintze

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern

3.8.1 Setting Kommune/Stadtteil – Aufbau von Präventionsketten

Einführung und Hintergrund

Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG MV) ist Mitglied im nationalen Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Die Koordinierungsstelle ist unter ihrem Dach angesiedelt. Zu den Arbeitsschwerpunkten gehören die Stärkung des kommunalen Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“ und „Gesund älter werden in Mecklenburg-Vorpommern“. In diesem Kontext begleitet die LVG MV beispielsweise Partnerkommunen in Mecklenburg-Vorpommern und arbeitet mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen im Bereich Vernetzung und Gestaltung von Übergängen zusammen. Schwerpunkte der LVG MV bilden weiterhin die Gesundheitsförderung in den Lebens-

welten Kindertagesstätte und Schule (Audits „Gesunde KiTa“ und „Gesunde Schule“) sowie im Bereich „Gesund älter werden in MV“ und die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure aus den unterschiedlichen Fachbereichen. Die Aktivitäten berücksichtigen die vorhandenen und fehlenden Ressourcen des ländlichen Raumes (Flächenland).

Die Fokusgruppe Kommune zum Aufbau von Präventionsketten fand am 13. Oktober 2014 in Stralsund mit sieben Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt. Diese sind unter anderem bei den öffentlichen Gesundheitsdiensten verschiedener Kommunen sowie Trägerorganisationen gesundheitsbezogener Projekte in der Kommune, wie der Stadtteilkoordination oder der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, tätig. Die beruflichen Funktionen der Teilnehmenden beziehen sich im weitesten Sinne auf die Planung, Steuerung, Koordination und die Bewertung von Projektaktivitäten in der Kommune.

Auf der Regionalkonferenz Mecklenburg-Vorpommern „Kinder – Kommunen – Kooperationen: Gute Arbeit sichtbar machen!“ am 20. November 2014 in Rostock wurden die Ergebnisse der Fokusgruppe vorgestellt und mit den 60 Teilnehmenden in den drei thematischen Workshops „Präventionsketten in der Praxis“, „Aufbau strategischer Partnerschaften“ und „Entwicklung und Sicherung von Qualität in der Gesundheitsförderung“ weitergehend diskutiert und ergänzt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt. Ergänzend werden Hinweise des zweiten Vernetzungstreffens der Koordinatorinnen und Koordinatoren für Gesundheitsförderung und der Frühen Hilfen „Kinder und ihre Familien in Mecklenburg-Vorpommern qualitätsgesichert fördern“ am 10. Oktober 2014 in Waren für die Auswertung herangezogen. Die nachfolgenden Ausführungen spiegeln somit ausschließlich die Erfahrungen der Teilnehmenden wider.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Teilnehmenden verweisen auf eine große Anzahl und Bandbreite an Instrumenten, Verfahren und Routinen der Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE), die sie in ihrer täglichen Arbeit einsetzen. Bei der Vergabe von Fördermitteln kommen beim Aufbau von Präventionsketten im Setting Kommune beispielsweise mehrere Fördermittelgeber aus den verschiedenen Bereichen der Sozialgesetzgebung in Betracht, die bei der Planung von Projekten berücksichtigt werden müssen. Weitere Vorgaben ergeben sich durch zu Grunde liegende Programme oder die jeweiligen Vorgaben der Einrichtungen. Eine einheitliche Vorgehensweise besteht nicht. Die Teilnehmenden berichteten, dass die Anwendung häufig aus eigenem Antrieb erfolgt, um die Qualität der Angebote zu sichern. Allen Teilnehmenden ist die Bedeutung einer qualitätsgesicherten Arbeit bewusst, jedoch sehen sich nur die wenigsten in der Lage, dem eigenen Anspruch und Wunsch nach einer systematischen Herangehensweise beim Aufbau von Präventionsketten gerecht zu werden. Genannt werden fehlende Ressourcen (Zeit, Personal, Finanzen) oder fehlende Methodenkompetenz. In der Diskussion stellte sich ebenfalls heraus, dass eine grundlegende Verständigung über den Qualitätsbegriff in Bezug auf die Arbeit der Gesundheitsförderung noch nicht erfolgt ist, weder auf der Entscheidungsebene noch zwischen den Praktikern und Praktikern. Für eine qualitätsgesicherte Arbeit stellte sich ebenfalls die Frage, ob nicht andere Begrifflichkeiten gefunden werden können, um einen gemeinsamen Maßstab für die Bewertung der Arbeit zu definieren. Einigkeit herrschte, dass dies nur unter der Einbeziehung der Schlüsselwörter Partizipation, Respekt, Wertschätzung, Koordination und Kontinuität zielführend und nachhaltig sein kann.

Die Bandbreite der eingesetzten Beispiele umfasst Routinen (Teambesprechungen, Auswertung, Diskussion und Reflexion im Team; kollegiale Beratung; Beratungsge-

sprache mit Zielgruppen), Instrumente (Checklisten, Fragebögen, Qualitätsbefragungen, Gesundheitsbericht, Leitfaden Prävention, Dokumentation) und Verfahren (Erarbeitung regionaler Leitfäden, Handlungsketten und freiwillige Vereinbarungen für eine effektivere Zusammenarbeit; Entwicklung landesweiter Qualitätsstandards für Selbsthilfen; Evaluation der eigenen Arbeit und der Projekte; DGE-Zertifizierung). Als sehr hilfreich für die qualitätsgesicherte Arbeit wurden die Teilnahme an Veranstaltungen und Fortbildungen, die kontinuierlich erscheinenden Newsletter und die Online-Plattform inforo online genannt.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Als gut handhabbar und praxisnah wurden beispielsweise die Veranstaltungen und Fortbildungen des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ erlebt. Als Argumente werden von den Teilnehmenden angeführt, dass neben der Wissensvermittlung auch neue Projektansätze vorgestellt und diskutiert werden und Zeit gegeben ist, sich in diese Projekte „hinein zu vertiefen“. Darüber hinaus böten diese Veranstaltungen einen Rahmen, in dem man sich mit den Netzwerkpartnern inhaltlich über Qualitätsentwicklung austauschen könne.

Mehrheitlich wurde betont, dass die Akteurinnen und Akteure gern im Bereich der Gesundheitsförderung arbeiten, zeitlich und personell eingeschränkte Ressourcen sie aber daran hindern und sie dies oftmals nur zusätzlich zu ihrer regulären Arbeitszeit leisten können. Die Online-Plattform inforo online wird für die eigene Arbeit bzw. Vernetzung nur punktuell genutzt, sie ist eher hilfreich, wenn es um die Ausarbeitung von Vereinbarungen mit den Trägern geht. Als interessant und ergebnisorientiert wurde der Austausch mit anderen Bundesländern genannt.

Im Hinblick auf Handlungsanleitungen und Leitfäden merkten die Diskutantinnen und Diskutanten an, dass diese dazu beitragen

können, Zeit zu sparen, allerdings werden sie oft auch als zusätzliche Belastung empfunden. Für die Masse an Informationen und Vorgaben wird Zeit benötigt, die aber in der täglichen Arbeit nicht vorhanden ist. Genannt wurde hier auch, dass man sich erst einmal in die Texte hineinversetzen und sie überhaupt verstehen muss. Das Alltagsgeschäft lässt es aber kaum zu, dass diese Informationen weitergegeben werden und zur Anwendung kommen können. Hinzu kommt, dass anwendungsbereite und zielgruppengerechte Informationen aufwändig gesucht und im Selbststudium angeeignet werden müssen. Steht genügend Zeit für eine Recherche und Beschäftigung mit den Leitfäden zur Verfügung, sinkt die Gefahr der Verzettelung, zugleich werden sie als Bereicherung für die eigene Arbeit angesehen.

Viele Praktikerinnen und Praktiker sind Quereinsteiger. Was fehlt, ist die berufliche Anerkennung der Arbeit für diejenigen, die seit Jahren in der Gesundheitsförderung tätig sind. Von daher sind Qualitätskriterien gut, können aber auch ein Grund für eine Nichteinstellung sein.

In Bezug auf die Arbeit in immer größer und komplexer werdenden Netzwerken waren sich die Teilnehmenden einig, dass die Darstellung eines konkreten Mehrwertes für die Netzwerkpartner ein entscheidender Motivationsfaktor für eine Teilnahme an unter anderem Arbeitskreisen, Gremien, Veranstaltungen und Konferenzen ist. Den genannten Routinen werden wesentliche Steuerungsfunktionen zugewiesen, ohne die eine zielorientierte Arbeit im kommunalen Umfeld nicht möglich sei. Dabei muss jedoch zeitgleich auch berücksichtigt werden, dass entsprechende Vernetzungsaktivitäten auch intern gestützt werden müssen. Die Symbolkraft einer auf Entscheider Ebene angesiedelten strategischen Steuerung der Netzwerkaktivitäten ist von großer Bedeutung. Für die Arbeit in kleineren Netzwerken ist es dahingehend schwer, Akteurinnen und Akteure über die Netzwerktreffen hinaus für Aktivitäten zu gewinnen. Meist fehlt zudem die Zeit, Informationen aus den Netzwerk-

treffen in den eigenen Einrichtungen, wie beispielsweise in den KiTas, zu verbreiten.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Gesundheitsförderung ist Querschnittsaufgabe

- Kommunikation auf allen Ebenen
- Schaffung klarer Strukturen (Doppelstrukturen vermeiden), Ziele und Zuständigkeiten
- Aufbrechen alter Strukturen und des Hierarchiedenkens
- Gesundheitsförderung darf nicht nur als Wirtschafts- und Kostenfaktor angesehen werden

Bezug zur Praxis

- Anpassung der Fördermittelkriterien (Orientierung am Bedarf und nicht am Programm, Berücksichtigen der Einrichtungsperspektiven)
- Verbesserung des Informationsflusses
- Angemessenheit, Passgenauigkeit und Übertragbarkeit der QS-Instrumente
- Erfahrungsaustausch mit anderen Bundesländern

Organisation

- Planungssicherheit
- berufliche Anerkennung für Quereinsteiger
- ein Ansprechpartner für QS/QE im Land

Fortbildungen, Seminare und Schulungen

- aus einer Hand, auch direkt vor Ort
- regelmäßige Fortbildungen und Methoden wie kollegiale Beratung sollten Bestandteil der Projektarbeit sein
- zur Entwicklung von Kompetenzen im Bereich Qualitätsentwicklung
- zu Methoden des Projektmanagements

- zur Finanzierung von Projekten der unterschiedlichen Fördermittelgeber
- auch mit Entscheidungsträgern

Qualitätssicherung und -entwicklung

- Bedarf an niedrigschwelligen Instrumenten und Verfahren, die die Projektverantwortlichen in Abhängigkeit vom Bedarf selbst einsetzen können und auch für kleine Projekte anwendbar sind
- Übertragbarkeit von Instrumenten auf andere Bereiche, zum Beispiel „Lernen vor Ort“
- Programm für das Setting Kommune/Aufbau von Präventionsketten im Landkreis, mit dem alle Akteure der Gesundheitsförderung, inklusive die Entscheiderebene, arbeiten

Zeit – Personal – Finanzen

- für die Umsetzung bzw. Verstetigung der begonnenen Maßnahmen- und Aktionspläne und nicht ständig etwas Neues beginnen
- Entwicklung und Verstetigung von Qualität benötigt Zeit – Personal – Finanzen
- Zeit für die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Anerkennung der Arbeit der Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung wie bei den Akteurinnen und Akteuren der Frühen Hilfen
- eine offene und gut erreichbare Plattform, die eine Übersicht und Zugang zu allen verfügbaren Projekten im Land und Verfahren gewährleistet
- einfache/leicht verständliche Programme, welche die Projektverantwortlichen bei der Projektplanung und -organisation unterstützen
- Förderung von Projekten mit keinen oder nur wenigen Eigenanteilen
- Handreichung über Fördermöglichkeiten für den Bereich Gesundheitsförderung

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden verfügt über Erfahrungen im Bereich QS/QE. Die Erfahrungswerte sind positiver, wenn die Verfahren und Instrumente aus eigenem Antrieb ausgewählt und angewendet werden. Hier wird die Perspektive der Projektverantwortlichen als wesentlich eingeschätzt. Einrichtungsspezifische bzw. fördertechnische Vorgaben werden berücksichtigt. Diese werden aber oft als unflexibel und nicht adäquat für die praktische Arbeit bewertet, unter anderem weil die vorgegebenen Verfahren die Ergebnisse der Arbeit nicht angemessen erfassen. Trotzdem wurde das konkrete Arbeiten mit dem Qualitätsbegriff von vielen Teilnehmenden als neu und anstrengend bewertet. Sie wünschen sich einen engeren Praxisbezug bei zukünftigen Veranstaltungen/Fortbildungen, die sich auf das Vorstellen konkreter und umsetzbarer Maßnahmen beziehen. Eine Beratung und Begleitung im Prozess der Auswahl und Anwendung wird gewünscht.

Erforderlich sind angemessene, passgenaue, anwendungsbereite und zielgruppenspezifische Informationen. Ideal wäre zudem eine finanzielle Unterstützung zum Beispiel für eine Evaluation von außen, da Externe einen anderen Blickwinkel auf das Projekt haben. Dies ist aber mit den zur Verfügung stehenden Budgets oft nicht umsetzbar.

Die Schaffung finanzieller und gesetzlicher Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung wird als unabdingbar für die Verstetigung und Qualität der Arbeit in den Kommunen angesehen. Dabei lässt sich KEINE Präventionskette OHNE ein kommunales Gesamtkonzept aufbauen. Die Zielgruppen sind in die Projektarbeit aktiv mit einzubeziehen. Die Einbindung kommunalpolitisch Verantwortlicher wird vorausgesetzt und sollte der Konzeptentwicklung vorgelagert sein. Gefordert wird Transparenz, Offenheit, Partizipation, Wertschätzung, Respekt UND politischer Wille der Entscheidungsträger. Ein „Macher“, „Kümmerer“, „Ingangsetzer“ bzw. eine „ordnende Hand“ sind unerlässlich.

3.9 Niedersachsen

Autorinnen und Autor: Sven Brandes, Iris Bregulla, Birte Gebhardt

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

.....

3.9.1 Setting Kommune/Stadteil

Einführung und Hintergrund

Die Fokusgruppe Quartier fand am 25. September 2014 in Hannover mit sieben Teilnehmerinnen statt. Diese sind unter anderem bei den öffentlichen Gesundheitsdiensten verschiedener Kommunen sowie Trägerorganisationen gesundheitsbezogener Projekte im Quartier, wie einem Stadteilladen oder einem Begegnungszentrum, tätig. Die beruflichen Funktionen der Teilnehmerinnen beziehen sich im weitesten Sinne auf die Planung, Steuerung und Koordination sowie auch Bewertung von Projektaktivitäten im Stadtteil.

Auf der niedersächsischen Regionalkonferenz am 23. Oktober 2014 in Hannover wurden die Ergebnisse der Fokusgruppe in einer Arbeitsgruppe vorgestellt und mit den Teilnehmenden diskutiert und ergänzt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fokusgruppe sowie der Regionalkonferenz zusammenfassend dargestellt.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Teilnehmenden benennen eine große Bandbreite von Instrumenten, Verfahren und Routinen, welche teilweise durch die Fördermittelgeber oder die zu Grunde liegenden Programme vorgegebene werden. Häufig erfolgt die Anwendung aus eigenem Antrieb, um die Qualität der Angebote zu verbessern. Die genannten Beispiele reichen vom Führen einfacher Strichlisten zur Dokumentation von Teilnehmerzahlen über die Anwendung des Instruments „Partizipationsleiter“ sowie des Good-Practice-Ansatzes bis

hin zur Planung, Umsetzung und Auswertung qualitativer Bedarfsanalysen. Auffällig sind die Nennungen komplexer Verfahren, die nicht originär dem Gesundheitsbereich entstammen, wie zum Beispiel der Zukunftswerkstatt nach Jungk oder der aktivierenden Befragung nach Luttringhaus. Mehrfach genannt werden ferner regelmäßig wiederkehrende quartiersbezogene Planungs- und Steuerungsroutinen, wie zum Beispiel Lenkungsgruppen oder Stadtteilforensitzungen.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Als praxisnah und gut handhabbar werden beispielsweise die Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit erlebt.

Die Zukunftswerkstatt und aktivierende Befragung werden als hilfreiche Verfahren im Vorfeld der Projektentwicklung bewertet. Beide haben sich aus Sicht der Anwendenden als geeignet erwiesen, die Bedürfnisse der Quartiersbewohnerinnen und -bewohner zu erfassen sowie erfolgreiche Beteiligungsprozesse zu begünstigen.

Im Hinblick auf qualitative Leitfadenterviews merken die Diskutantinnen und Diskutanten an, dass diese für die Zielgruppen zum einen nur einen begrenzten zeitlichen Umfang in Anspruch nehmen dürfen und zum anderen die Ziele der Befragung den Befragten im Vorfeld transparent gemacht werden müssen. Einschränkend wird angemerkt, dass sich die in vielen Fällen/Projekten/Vorhaben kleinen Stichprobenumfänge negativ auf Akzeptanz und Glaubwürdigkeit der Ergebnisse bei den Fördermittelgebern auswirken.

Den genannten Routinen wie Planungskonferenzen und Stadtteilforensitzungen werden wesentliche Steuerungsfunktionen zugewiesen, ohne die eine zielorientierte Stadtteilarbeit nicht möglich sei. Darüber hinaus böten diese einen Rahmen, in dem man sich mit den Netzwerkpartnern inhaltlich über Qualitätsentwicklung austauschen könne.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der überwiegende Teil der Teilnehmenden weitreichende Erfahrungen mit QS/QE im Quartier vorweisen kann. Dabei sind die Erfahrungswerte offenkundig positiver, wenn die Instrumente und Verfahren aus eigener Motivation ausgewählt und angewendet werden und deren Anwendung nicht auf externen Vorgaben beruht. Diese werden häufig als unflexibel und nicht adäquat für die Erfordernisse der täglichen Arbeit erlebt.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

- Von den Teilnehmenden wird ein Bedarf an niedrigschwelligen Instrumenten und Verfahren formuliert, die
 - von den Projektverantwortlichen selbst eingesetzt werden können
 - auch für kleine Projekte passend sind
 - „weiche“ Indikatoren, wie zum Beispiel „Empowerment“ adäquat erfassen können.
- Die Perspektive der Projektverantwortlichen ist bei der Auswahl der Verfahren ausschlaggebend. Die Akzeptanz für Ergebnisse von internen Verfahren, wie zum Beispiel Selbstevaluationen, sollte bei den Fördermittelgebern gestärkt werden.
- Regelmäßige Fortbildungen und Methoden wie kollegiale Beratung sollten Bestandteil der Projektarbeit sein.
- Es wird der Wunsch nach einem Programm für das Setting Quartier formuliert, welches auf eine umfassende Organisationsentwicklung zielt (wie zum Beispiel Gesund-Leben-Lernen für das Setting Schule).
- Eine offene und gut erreichbare Plattform, die Übersicht und Zugang zu allen verfügbaren Verfahren gewährleistet, wird gewünscht. Ferner werden einfache/leicht verständliche Computerprogramme gewünscht, welche die Projektverantwortlichen bei der Projektplanung und -organisation unterstützen.

- Es werden Angebote für Praktikerinnen und Praktiker zur Entwicklung von Kompetenzen im Bereich Qualitätsentwicklung gewünscht.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Die Mehrzahl der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer verfügt über vielfältige Erfahrungen im Bereich QS/QE. Die Anwendung beruht je nach spezifischem Kontext auf Vorgaben oder geschieht aus eigenem Antrieb, um die Qualität der Angebote zu verbessern.

Wenn Vorgaben vorhanden sind, werden diese häufig als nicht adäquat für die praktische Arbeit bewertet, unter anderem weil die vorgegebenen Verfahren die Ergebnisse der Arbeit nicht angemessen erfassen.

Die Ermittlung des Bedarfs der Zielgruppen wird im Setting Quartier als unabdingbar vorausgesetzt und sollte der Konzeptentwicklung vorgelagert sein.

Bei der Auswahl der passenden Instrumente, Verfahren und Routinen ist die Perspektive der Projektverantwortlichen wesentlich. Eine Beratung und Begleitung im Prozess der Auswahl und Anwendung wird gewünscht.

3.9.2 Setting Schule

Einführung und Hintergrund

Die Fokusgruppe Schule fand am 19. September 2014 in Hannover mit fünf Leiterinnen und Leitern von Grund-, Real-, Gesamt- und Berufsschulen statt. Als Besonderheiten des Settings Schule in Niedersachsen ist hervorzuheben, dass hier das Prinzip der Eigenverantwortlichen Schule gilt, nach dem alle Schulen ein Budget zur eigenverantwortlichen Verwendung erhalten, dafür aber zur Festlegung eines Schulprogramms sowie zur jährlichen Überprüfung der Erfolge ihrer Arbeit verpflichtet sind. Die Schulinspektion als eine nachgeordnete Landesbehörde des Kultusministeriums führt zusätzlich regelmäßige Qualitätsinspektionen an allen niedersächsischen Schulen durch.

Auf der niedersächsischen Regionaltagung am 23. Oktober 2014 in Hannover wurden in einer Arbeitsgruppe zum Setting Schule die Ergebnisse der Fokusgruppe vorgestellt, diskutiert und ergänzt. Die Ergebnisse dieser Diskussion sind mit den Ergebnissen der Fokusgruppen im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Befragten benennen umfangreiche Vorgaben des niedersächsischen Kultusministeriums bzw. der niedersächsischen Landes-schulbehörde, die ihre Arbeit im Bereich der QS/QE leiten. Hierzu gehören zum Beispiel Schulprogramme, Zielvereinbarungen, Schulinspektionen, der Orientierungsrahmen Schulqualität und das Kernaufgabenmodell für die Leitung allgemeinbildender Schulen. Darüber hinaus haben einige Schulen Befragungen zur psychosozialen Belastung von Lehrern nach dem Modell BUGIS (Beteiligungsgestützte und umsetzungsorientierte Gefährdungsbeurteilung in Schulen) durchgeführt. Als weitere wichtige Themen diskutieren die Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer die Relevanz von Fortbildungen zu gesundheitsbezogenen Themen, die Bedeutung des Führungsverhaltens für die Verankerung von Gesundheitsförderung im Schulalltag sowie kollegiale Beratung und Supervision.

Maßnahmen, die direkt auf die Gesundheitsförderung zielen und mit externer Begleitung durchgeführt werden, sind zum Beispiel Bewegte Schule und Gesund Leben Lernen. Die Schulen berichten jedoch auch von Maßnahmen, die sie in eigener Regie und ausgerichtet an individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten der jeweiligen Schule durchführen (z. B. Rhythmisierung des Unterrichts, Schaffung von Aufenthaltsräumen für Lehrer).

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Befragten bewerten die Orientierung an Zielvereinbarungen und Schulprogrammen als wichtig für das Empfinden von Selbstwirksamkeit unter den Kolleginnen und Kollegen und als Entlastung der Schulleitung. Die Leiterinnen der Berufsschulen empfinden auch die Einführung von Bildungsgangs- und Fachgruppen als förderlich und entlastend.

Die Schulinspektion wird unterschiedlich eingeschätzt: positiv wird bewertet, dass sie sich am Orientierungsrahmen Schulqualität orientiert, negativ jedoch, dass sie wenig Fokus auf Gesundheitsförderung legt. Zudem sei die Qualität der Inspektion personenabhängig.

Befragungen wie zum Beispiel BUGIS sind sinnvoll und hilfreich, solange sie mit konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der Situation verbunden sind.

Externe Qualitätsentwicklungsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung können positive Effekte haben, wenn zum Beispiel die Schulleitung mit Kursangeboten für Lehrerinnen und Lehrer Wertschätzung für deren Arbeit zum Ausdruck bringt. Eine externe Begleitung kann hilfreich sein, wenn sie hilft, neue Impulse zu setzen. Allerdings empfinden die Befragten viele externe Programme als wenig effektiv oder nicht genug im Schulalltag verankert. Eine Ausnahme stellt hier das Programm Gesund Leben Lernen dar, das diese – obwohl es extern begleitet wird – als interne Maßnahme beschreiben.

Maßnahmen, die von der Schule selbst intern entwickelt werden, nehmen die Befragten durchgängig als passgenauer wahr. Die Partizipation an der Entwicklung von Maßnahmen und Zielen führt auch zu einer höheren Akzeptanz.

Fortbildungen zu gesundheitsbezogenen Themen werden nicht so gut angenommen wie vermutet. Das Kollegium wünscht sich zum Beispiel Fortbildungen während der Arbeitszeit, zu bestimmten Themen auch Angebote, die nicht im Kollegenkreis erfolgen.

Die Kollegiale Beratung und Supervision beschreiben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppendiskussion als positiv, da sie den Blick über den eigenen Tellerrand ermöglichen.

Das QGPS – Verfahren zur QS/QE gesundheitsbezogener Programme in Schulen bewerten die Teilnehmenden der Regionalkonferenz als zu abstrakt und als zu wenig individuell.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Zu einer vermehrten Anwendung von QS/QE im Bereich der Gesundheitsförderung könnten nach Aussage der Fokusgruppenteilnehmer folgende Maßnahmen beitragen:

- Bereitstellung personeller Ressourcen in den Schulen für das Thema QS/QE der Gesundheitsförderung – hier gibt es unterschiedliche Auffassungen dazu, welche Personengruppen dafür geeignet sein könnten (zum Beispiel Krankenpflegerinnen und -pfleger oder Schulsozialarbeiterinnen und -sozialarbeiter oder ähnliches werden von einigen Befragten für geeignet gehalten, von anderen eher nicht).
- Eine externe Unterstützung wird dann als sinnvoll eingeschätzt, wenn diese kontinuierlich von einer Person geleistet wird und entsprechend eine Beziehung aufgebaut werden kann.
- Fortbildungen in Bezug auf Teamentwicklung, um Lehrkräfte zur Teamarbeit zu befähigen

- Fortbildungen in Bezug auf gewählte Programme und Projekte der Gesundheitsförderung sowie zu gesundheitsbezogenen Themen (zum Beispiel Umgang mit Stress)
- Entwicklung standardisierter Instrumente (zum Beispiel für die Gefährdungsbeurteilung und individuelle Lernentwicklung)
- Verbesserung schulischer Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel die Schaffung von Arbeitsplätzen für Lehrkräfte in der Schule oder Einführung des Lehrer-Raum-Prinzips (Lehrkräfte bleiben konstant in einem Raum), Auswahl der internen Führungsebene durch die Schulleitung, vermehrter kollegialer Austausch sowohl zwischen Schulleitungen als auch zwischen Kolleginnen und Kollegen
- Klare Zuständigkeiten zwischen Kommune und Land in Bezug auf das Setting Schule
- Ausreichende finanzielle Möglichkeiten für die Gestaltung der Schule bzw. Sicherung von Mindeststandards (zum Beispiel ausreichend Klassenräume) sowie für die Umsetzung gewünschter Maßnahmen und Projekte

Zusammenfassung der Kernkenntnisse

Die aktuell genutzten Instrumente, Verfahren und Routinen beziehen sich meist eher auf eine ganzheitliche Entwicklung der Schulqualität und richten sich nicht spezifisch auf die Gesundheitsförderung. Die Befragten verstehen jedoch die Entwicklung von Schul- und Unterrichtsqualität insgesamt als wichtige Maßnahme, die auch zu einer Förderung der Lehrer- und Schülersgesundheit beiträgt. Zur Förderung der QS/QE von Gesundheitsförderung im Arbeitsalltag ihrer Schulen wünschen sich die befragten Schulleitungen zusätzliches schulinternes Personal. Eine externe Beratung oder Betreuung sehen sie als weniger

hilfreich, weil aus ihrer Sicht Kenntnisse der schulinternen Abläufe wesentlich sind. Grundlegende Mängel im Bereich der schulischen Rahmenbedingungen (zum Beispiel räumliche Bedingungen, personelle Überlastung, Bewältigung zusätzlicher Aufgaben im Bereich der Inklusion) sind hinderlich für einen Ausbau der Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderung.

3.9.3 Weitere Aktivitäten: Expertenworkshops „Präventionskette“

Autorin: Dr. Antje Richter-Kornweitz

Hintergrund

Der Strukturansatz „Präventionskette“ ist darauf ausgerichtet, ein umfassendes, tragfähiges und beteiligungsorientiertes Netz von Unterstützung, Beratung und Begleitung für Kinder, Jugendliche und Eltern in ihrer Kommune zu entwickeln. In einem langfristig angelegten Prozess werden Strukturelemente und Akteure mit dem Ziel zusammengeführt, ein abgestimmtes Handeln im Rahmen einer integrierten kommunalen Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention zu ermöglichen. Zu den zentralen Merkmalen dieses Vorgehens gehören Lebensphasenorientierung, Kind- und Familienzentrierung, Lebensweltorientierung, ein beteiligungsorientiertes Vorgehen auf unterschiedlichen Handlungsebenen und umfassende Netzwerkarbeit.

Einen Überblick über Vorgehensweisen beim Aufbau von Präventionsketten liefert das „Werkbuch Präventionskette“. Es basiert auf zwei Expertenworkshops aus den Jahren 2012/2013 und repräsentiert den damaligen Kenntnisstand. Im Rahmen des QS/QE-Projekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ sollte dieser Kenntnisstand aktualisiert und konzeptuell weiterentwickelt werden. Ziel war es, die Gelingensfaktoren für den Aufbau von Präventionsketten zu identifizieren. Dazu wurden von der LVG & AFS Nds. e. V. erneut Expertenworkshops durchgeführt.

Methode

Zu zwei aufeinander aufbauenden, jeweils eintägigen Experten-Workshops wurden 19 Expertinnen und Experten eingeladen. Sie repräsentierten verschiedene Fachbereiche von Kommunen und von freien Trägern aus elf Bundesländern in Ost- und Westdeutschland und stehen für verschiedene kommunale Gebietstypen, das heißt für Groß-, Mittel- und Kleinstädte sowie Landkreise mit unterschiedlichen Strukturmerkmalen.

Die Expertinnen und Experten wurden nach ihren Erfahrungen beim Aufbau von Präventionsketten befragt. Schwerpunkte der Befragung lagen bei Konzeptverständnis, Gelingensfaktoren im Entwicklungsprozess von Präventionsketten, Hürden bzw. Konfliktstoff. Gegenstand der Befragung waren zudem Themenbereiche, die sich für den Aufbau von Präventionsketten als zentral erwiesen haben und hier vertieft werden sollten, wie Netzwerkbildung / und -erhalt, Datenlage, Partizipation, Anknüpfung an Frühen Hilfen bzw. an lokalen Bildungsbereichen.

Die Fragestellungen wurden vorgegeben und konnten durch die Expertinnen und Experten ergänzt werden. Die Diskussionen erfolgten in Kleingruppen und im Plenum, bei wechselnder Gruppenzusammensetzung und wurden mittels Audioaufnahmen dokumentiert. Als Basis der Zusammenarbeit im zweiten Workshop diente ein umfassendes Protokoll des ersten Workshops. Dazu wurde von den Teilnehmenden ein ausführliches Feedback eingeholt. Das Material aus beiden Workshops wurde im Anschluss auf inhalts-tragende Kategorien hin analysiert, entlang der Fragestellungen inhaltlich verdichtet und mit Originalzitate unterlegt.

Ergebnisse

Der Schwerpunkt der Zusammenfassung der Diskussionsergebnisse liegt auf der Darstellung der Gelingensfaktoren beim Aufbau von Präventionsketten, unterteilt nach Faktoren auf struktureller, fachlich-inhaltlicher und fachlich-personaler Ebene.

Gelingensfaktoren auf struktureller Ebene

Als Gelingensfaktoren auf struktureller Ebene werden Rückhalt und Unterstützung von der Verwaltungsspitze sowie von der Kommunalpolitik und der Landes- und Bundespolitik gewertet. Außerdem gilt Nachhaltigkeit und Verbindlichkeit in Form einer langfristigen (das heißt nicht-personen- und nicht-projektbezogenen) Perspektive auf Basis eines Beschlusses als essentieller Erfolgsfaktor, der durch finanzielle Absicherung und personelle Kontinuität sowie eine qualifizierte, intersektorale Kooperation auf fachlicher Basis unterstützt wird. Als zentral für die Qualität auf struktureller Ebene wird zudem die Entwicklung beteiligungsorientierter Steuerungsstrukturen genannt. Dies beinhaltet die Besetzung der Steuerungsgruppe, die strategische Positionierung der Koordination und die Ausstattung der Koordination, die einen Anreiz zu einer langfristigen Tätigkeit bietet. Letzteres erfordert hohe allgemeine Fachkompetenz, fachübergreifendes Verständnis, hohe personale Kompetenz, Weisungsbefugnis sowie ausreichende finanzielle und zeitliche Ressourcen.

Zu den anspruchsvollen Aufgaben von Steuerung und Koordination gehört in diesem Kontext, die Komplexität des Angebots zu meistern, Verbindendes und Verbindlichkeit zu generieren und Zusammenarbeit zu optimieren. Ziel ist, Übersicht zu ermöglichen, Angebotslücken zu identifizieren, fachlich begründeten Bedarf zu ermitteln und partizipativ ermittelte Bedürfnisse in Angebote zu überführen.

Gelingensfaktoren auf fachlich-inhaltlicher Ebene

Die Entwicklung eines prägnanten Begriffsverständnisses und eines klaren Konzepts sowie die Entwicklung einer stringenten und aussagekräftigen Botschaft und einer erfolgreichen öffentlichkeitswirksamen Kommunikation des Vorhabens, werden als Gelingensfaktoren auf fachlich-inhaltlicher Ebene genannt. Sie unterstützen das gemeinsame Verständnis des Vorhabens. Das

Konzept- und Begriffsverständnis wird im Ganzen sowie in Teilbereichen (zum Beispiel „Frühe Hilfen“ oder „Partizipation“) beständig weiterentwickelt. (Dazu gehört auch, Begriffe zu vermeiden, die alleinige Zuständigkeit signalisieren.) Unterstützt wird dies von kontinuierlichen, bereichsübergreifenden und aufeinander aufbauenden Angeboten zur Qualifizierung der Fachkräfte. Ziel ist, die Erfahrung „effektiver Zusammenarbeit“ zu ermöglichen, die als Gelingensfaktor besonders hervorgehoben wurde. Weitere Gelingensfaktoren betreffen die qualitätsgesicherte (partizipative, fehlerfreundliche und auf ausreichenden Ressourcen basierende) Prozessgestaltung. In diesen Kontext gehört auch der Nachweis der Wirksamkeit des Vorhabens mit dem Ziel, Handlungsorientierung mittels guter Datengrundlage zu bieten. Gelingensfaktor ist nicht zuletzt auch die Entwicklung eines fachlichen (Kompetenz-)Profils der Koordination.

Gelingensfaktoren auf fachlich-personaler Ebene

Die Gelingensfaktoren auf fachlich-personaler Ebene sind vielfältig und betreffen Fachkompetenz sowie Sozial- und Selbstkompetenz. Letzteres wird von den Befragten unter dem Begriff „Haltung“ zusammengefasst und meint die Anforderung, bei der Entwicklung von Angeboten hohe Sensibilität gegenüber Stigmatisierung zu entwickeln, das eigene Handeln sorgfältig zu reflektieren und die Prozesse auf allen Ebenen, insbesondere aber auf der Ebene der Zusammenarbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern, dialogisch und partizipativ zu gestalten. Unverzichtbare Gelingensfaktoren sind in diesem Kontext zeitliche Ressourcen für die Reflexion im Team, für Selbstreflexion und für (bereichsübergreifenden) Fachaustausch. Ebenso wichtig sind finanzielle Ressourcen für entsprechende (fachübergreifende) Aus- und Weiterbildung und deren Einbettung in die Alltagsroutinen sowie die Unterstützung durch Leitung, Vorgesetzte und Träger. Verstärkend wirken Erfahrungen von verbindlicher Zusammenarbeit (von Netzwerkpart-

nen), von funktionierender Beteiligung und einer Wertschätzung des Vorhabens durch andere Fachkräfte, Verwaltungsspitze, Politik und Öffentlichkeit/Externe.

Diskussion

Die genannten Gelingensfaktoren stehen in wechselseitigem Zusammenhang und lassen sich kaum nach Bedeutung gewichten. So umfassend wie das Vorhaben „Präventionskette“ sind auch die Bedingungen für eine gelingende Implementierung. Aktuell wären Investitionen in die Kompetenzentwicklung der Fachkräfte auf kommunaler Ebene und in die Konzeptentwicklung inklusive Begriffsentwicklung erforderlich. Letzteres ist nicht nur schmückendes Beiwerk, denn die Überwindung von fachlichen Grenzen muss sich auch nach außen bzw. im wording niederschlagen. Außerdem sollte in die Darstellung guter Beispiele und in die Datenerhebung investiert werden. Erforderlich sind auch ausreichend verfügbare Ressourcen für die Auswertung und Nutzbarmachung (bereits jetzt) vorhandener kommunaler Daten sowie für die Umsetzung der Erkenntnisse auf der Handlungsebene und für fortlaufende Evaluation. Was in der Alltagsempirie der Fachkräfte längst als gesichert gilt, erfordert dringend einen datengestützten Wirksamkeitsnachweis. Aktuell dringend notwendige Schritte sind a) für das Thema zu sensibilisieren, b) „Mehrwert“ bzw. positive Effekte nachzuweisen, c) Nachhaltigkeit zu sichern.

3.9.4 Weitere Aktivitäten: Projekt Gender als Qualitätskriterium in der Prävention und Gesundheitsförderung in Settings

Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Expertinnen und Experten

Autorinnen und Autor: Gabriele Klärs², Tanja Möller¹, Thomas Altgeld¹, Prof. Dr. Petra Kolip²

¹Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

²Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Projektziele

Zielsetzung des Projekts war, Transparenz über den Sachstand der Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in der gesundheitsfördernden Settingarbeit herzustellen. Im Ergebnis sollten Empfehlungen zur stärkeren Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht in der gesundheitsfördernden Settingarbeit formuliert werden, um diese qualitativ zu verbessern.

Methodik

Eine Internet- und Literaturrecherche wurde durch 12 qualitative leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten aus den Themenfeldern (settingbezogener) Gesundheitsförderung und Prävention sowie Frauen- und Männergesundheit ergänzt. Es wurden die Settings KiTa, Schule, Betrieb und Kommune betrachtet. Die Auswertung der Einzelinterviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Im Rahmen einer Fokusgruppe wurden die Interviewergebnisse diskutiert und Handlungsempfehlungen entwickelt.

Zentrale Ergebnisse

Obwohl für Gesundheitsförderung und Prävention relevante Geschlechterunterschiede umfassend belegt sind und zum Standardwissen in Public Health gehören, werden in keinem Setting Geschlechteraspekte systematisch und angemessen berücksichtigt.

Auch die „größeren“ Prozesse in den Settings (zum Beispiel Leitfaden Prävention der GKV, Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie) sind weitgehend geschlechterblind. Das oftmals vorhandene grundsätzliche Bekenntnis zur Bedeutung von Geschlecht mündet nicht in einen erhöhten Stellenwert von Geschlechterdifferenzierung und entsprechendes praktisches Handeln. Festgestellte Geschlechterunterschiede werden zugunsten einer vereinfachten Praxis marginalisiert. Außerdem mangelt es an verbindlichen Regelungen zur Berücksichtigung von Geschlechteraspekten und auch bei gutem Willen fehlen der Praxis oftmals Orientierung bei der Prioritätensetzung, Konzeptentwicklung und Evaluation von Maßnahmen sowie die notwendigen Kompetenzen zur Bearbeitung von Geschlechteraspekten.

Handlungsbedarf

Die Qualität von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention kann durch die Berücksichtigung von Geschlecht erhöht werden. Insbesondere diejenigen Akteure auf Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen, die die Settings gestalten und regeln, sind gefordert, das Vollzugsdefizit und den Aufholbedarf der Praxis abzubauen, indem sie bestehende Programme und Strategien aus der Geschlechterperspektive weiterentwickeln und Verbindlichkeiten hinsichtlich der Berücksichtigung von Geschlecht schaffen, um die Qualität von Interventionen zu erhöhen.

Literatur bei den Verfassenden

3.9.5 Weitere Aktivitäten: Betriebliches Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen

Autorinnen und Autoren: Thomas Altgeld, Claudia Bindl, Anne Hinneburg, Benjamin Weiß

Hintergrund

Mit zirka 4,5 Millionen Beschäftigten ist der öffentliche Dienst von Bund, Ländern und Kommunen der größte Arbeitgeber

Deutschlands. Ein auf allen Ebenen eingeführtes Gesundheitsmanagement ist bislang allerdings noch nicht vorhanden. Dabei besitzt der öffentliche Dienst eine Vorbildfunktion bei der Verankerung gesundheitsförderlicher Bedingungen am Arbeitsplatz. Im März 2007 hat die Bundesregierung mit dem Kabinettsbeschluss „Gesundheit als Leitbild einer modernen Behörde“ die ersten Schritte in diese Richtung unternommen. Ziel ist es, möglichst viele Entscheidungsträgerinnen und -träger in der öffentlichen Verwaltung zu einem systematischen Gesundheitsmanagement zu motivieren. Über die bisher vorhandenen Aktivitäten auf den unterschiedlichen Ebenen existiert noch keine Erhebung. Genauso gibt es keine qualifizierte Übersicht über die von vielen Akteurinnen und Akteuren entwickelten Instrumente und Modelle guter Praxis.

An diesem Punkt setzte das Projekt „Betriebliches Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen“ an, welches eine Laufzeit von November 2014 bis zum 13. Februar 2015 hatte. Die Ziele des Projekts waren:

- die Erhebung von Aktivitäten und Ansätzen in den Verwaltungen des Bundes, der Länder und Kommunen,
- die Sammlung von Modellen guter Praxis und
- die Herstellung von Transparenz über die Aktivitäten im Feld.

Durch diese Maßnahmen sollte mit dem Vorhaben auch ein Beitrag zur Qualitätssicherung und -entwicklung des Gesundheitsmanagements in öffentlichen Verwaltungen geleistet werden.

Methodik und Vorgehen

Für die Ermittlung von Aktivitäten und Ansätzen der Behörden in den unterschiedlichen Themenbereichen des Gesundheitsmanagements (zum Beispiel Stressbewältigung oder Betriebliches Eingliederungsmanagement) und die Herstellung von Transparenz im Betrieblichen Gesundheitsmanagement wurden elf verschiedene Erhebungsbögen entwickelt.

Diese Bögen wurden deutschlandweit an Bundes-, Landes- und Kommunalverwaltungen sowie an die kommunalen Spitzenverbände versendet. Darüber hinaus wurde am 29. Januar 2015 in Berlin eine Bundeskonferenz mit dem Titel „Gesund und arbeitsfähig in öffentlichen Verwaltungen“ durchgeführt. Ziel der Veranstaltung war es, Verwaltungen zur Einführung eines (systematischen) Gesundheitsmanagements zu motivieren, Raum für Erfahrungsaustausch zu bieten und den Akteuren eine weitere Vernetzung zu ermöglichen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 138 ausgefüllte Erhebungsbögen zurückgesandt, die auf der extra geschaffenen Website www.die-gesundheitsimpulse.de gemeinsam mit zusätzlichen Dokumenten wie beispielsweise Dienstvereinbarungen, welche die Behörden zur Verfügung gestellt haben, veröffentlicht wurden. In den Erhebungsbögen stellen die befragten Behörden abhängig vom Themengebiet beispielsweise dar, welche Maßnahmen oder Aktivitäten sie durchführen, was für Konzepte sie erarbeitet und umgesetzt haben oder was sie anderen Behörden bei einer Einführung empfehlen würden. Durch diese Veröffentlichung wurde auf der einen Seite eine erste Sammlung von Modellen guter Praxis erreicht und auf der anderen Seite eine Transparenz über die Aktivitäten im Feld hergestellt. Zusätzlich wurden Inhalte der Erhebungsbögen und Ergebnisse der Bundeskonferenz zur Erstellung einer Broschüre verwendet, in der praxisrelevante Inhalte zum Gesundheitsmanagement abgebildet sind, von denen Verwaltungen auf allen Ebenen profitieren können.

3.10 Rheinland-Pfalz

Autoren: Oliver Dick¹, Helmut Hafemann²,

¹Institut für sozialpädagogische Forschung Mainz

²Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V. (LZG)

3.10.1 Setting Kommune/Stadtteil

Einführung und Hintergrund

Im Rahmen des Settings Kommune wurden in Rheinland-Pfalz zwei Fokusgruppen durchgeführt. Die erste Fokusgruppe fand am 07. November 2014 mit vier Teilnehmenden und die zweite Fokusgruppe am 05. Dezember 2014 mit zwölf Teilnehmenden in Mainz statt. Die beiden Fokusgruppen setzten sich jeweils aus vielfältigen lokalen Akteurinnen und Akteuren, unter anderem freien Trägern, Verbänden, Krankenkassen, kommunalen Vertreterinnen und Vertretern (Gesundheits-, Jugend- und Sozialämter), freiberuflich und ehrenamtlich in unterschiedlichen Funktionen tätigen Personen, zusammen.

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse der ersten wie auch zweiten Fokusgruppe, die sich unter dem gemeinsamen Setting Kommune zusammenfassen lassen, dargestellt.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Etwa der Hälfte der befragten Teilnehmenden sind bestimmte Instrumente und Verfahren von Seiten der jeweiligen Institution oder der spezifischen Förderstruktur der entsprechenden Projekte vorgegeben. Diese Vorgaben beziehen sich in der Regel auf standardisierte Kriterien und decken eine Bandbreite ab, die von unterschiedlichen Dokumentationspflichten über spezifisch vorgegebene Qualitätsstandards (zum Beispiel Zertifizierungen) bis hin zu gesetzlichen Pflichtaufgaben (zum Beispiel Schuleingangsuntersuchung) reicht.

Daneben konnten nahezu alle Befragten bestimmte Aktivitäten benennen, die freiwillig, das heißt aus eigenem Engagement und Interesse, für die Verbesserung der Qualität der Angebote und Maßnahmen angewendet werden. Diese unterschiedlichen Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) lassen sich dabei in verschiedene Bereiche unterteilen.

Zum einen werden generelle Dokumentationsaufgaben wie etwa die Dokumentation von Teilnehmerzahlen, der Einsatz standardisierter Formulare für die jeweiligen Zielgruppen oder das Führen von Statistiken unter Berücksichtigung bestimmter Kriterien aufgeführt.

Zum anderen werden mehrfach verschiedene Austauschforen, wie etwa Steuerungsgruppen, Qualitätsgruppen, Teambesprechungen, bereichsspezifische Runde Tische, kollegialer Fallaustausch oder auch Netzwerkkonferenzen, genannt.

Ein häufig genanntes Instrument zur Qualitätssicherung bildet die punktuelle Evaluation von Angeboten und Maßnahmen. Etwa die Hälfte der Befragten nutzt Evaluationsbögen um Angebote auszuwerten.

Darüber hinaus berichten zwei Teilnehmende aus dem Bereich Weiterbildung über spezifische Zertifizierungen (DIN ISO, LQW) im Bereich der QS/QE.

Es bleibt festzuhalten, dass die vielfältigen Instrumente und Verfahren, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern benannt werden, oft nur punktuell und bei bestimmten Anlässen genutzt werden und immer im Zusammenhang mit den bereichsspezifischen Gegebenheiten zu betrachten sind.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die genannten Austauschforen werden von den Befragten als hilfreiche und sinnvolle Verfahren eingeschätzt. Der regelmäßige Informationsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen ist notwendig, um die Ausrichtung der eigenen Praxis zu reflektieren und gegebenenfalls passgenauer auszugestalten. Darüber hinaus sind, gemäß einiger Statements der Teilnehmenden, in Austauschforen Begrifflichkeiten zur Gesundheitsförderung und QS/QE gemeinsam zu definieren sowie konkrete Ober- und Unterziele für die entsprechenden Angebote und Maßnahmen zu formulieren. Die gemeinsame Zielfindung, die ein einheitliches Vorverständnis voraus-

setzt und klärt, stellt allgemein ein wichtiges Orientierungskriterium für die Entwicklung von Praxisqualität dar. Im Hinblick auf die Vernetzung und Kooperation mit weiteren kommunalen und lokalen Akteurinnen und Akteuren sehen fast alle Befragten einen Optimierungsbedarf, besonders hinsichtlich Informationsaustausch über bestehende Angebote und Maßnahmen in der Region, beim Diskurs über zentrale Begrifflichkeiten und Definitionen, beim Wissenstransfer und mit Blick auf mögliche Formen der Zusammenarbeit.

Die Evaluation von Angeboten und Maßnahmen wird von einem hohen Anteil der Befragten als hilfreich angesehen. Neben der generellen Auswertung bestimmter Kriterien wie etwa Anzahl, Zufriedenheit als auch weiterer Nutzen für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, spielt die Evaluation auch im Hinblick auf die eigene Arbeit eine bedeutende Rolle (Selbstreflexion). Dennoch bleibt anzumerken, dass einige der Befragten die Evaluation der Angebote nicht immer als ausreichend erachten, insbesondere da eine punktuelle Auswertung auf Maßnahmenebene eine Momentaufnahme darstellt und längerfristige Zielerreichung und (strategische) Perspektivenentwicklung nicht abgebildet werden können.

Verwaltungstechnische Rahmenbedingungen und die damit verbundene Standardisierung von Arbeitsabläufen (zum Beispiel längerdauernden, hierarchischen Abstimmungswegen, zu allgemeinen Dokumentations- und Kontrollformen) sind oftmals nicht kompatibel mit den Bedarfen und Handlungszielen vor Ort, im eigenen Aufgabenfeld und wirken in der Praxis oftmals kontraproduktiv. Es bedarf daher einer hohen Flexibilität bei der Umsetzung vor Ort sowie eines pragmatischen, handlungsorientierten Vorgehens. Grundsätzlich dürften verwaltungstechnische Gegebenheiten die Arbeit vor Ort nicht einschränken, es müssten die Bedürfnisse und Interessen der spezifischen Zielgruppen im Mittelpunkt stehen.

Im Bereich der Bedarfsermittlung und dem Zugang zur Zielgruppe sieht ein hoher Anteil der Befragten noch Optimierungspotenzial, denn letztlich können Angebote und Maßnahmen nur dann sinnhaft und adäquat greifen, wenn auch konkrete Bedarfe und Interessen seitens der Angebotsteilnehmerinnen und -teilnehmer bestehen und vor Angebots- bzw. Maßnahmenbeginn ermittelt werden. Die Zugangswege müssten besonders bei bildungsfernen Schichten verbessert werden.

Trotz suboptimalen Rahmenbedingungen, zum Beispiel mangelnder Kontinuität der bestehenden Projektförderung, ihrer Kompatibilität untereinander als auch stark zunehmenden verwaltungstechnischen Aufgaben, zeigt sich bei den Teilnehmenden ein hohes Maß an Identifikation mit ihrem Tätigkeitsbereich und Arbeitsplatz.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden mit Blick auf mögliche Maßnahmen und vermehrte Anwendungen von Instrumenten und Verfahren der QS/QE im Bereich der Gesundheitsförderung folgende als wesentlich verstandene Aspekte benannt:

- Gesundheitsziele auf Bundes- und Landesebene entwickeln und definieren als auch in einem entsprechenden Orientierungsrahmen verankern
- Regelmäßige und nachhaltige Finanzausstattung, das heißt auch erfolgreiche Projekte längerfristig implementieren
- Verwaltungstechnische Rahmenbedingungen vereinfachen und flexibilisieren
- Beratungsangebote für spezifische Handlungsbereiche, zum Beispiel Schulungen, Fortbildungen als auch Qualifizierungs- und Unterstützungsangebote für Ehrenamtliche etablieren
- Erarbeitung und Verfügbarkeit von Good-Practice-Beispielen, Handlungsempfehlungen, Checklisten oder Ideen- und Akteurslisten im Bereich der Gesundheitsförderung

- Einführung von Qualitäts- oder Gütesiegeln als Marketinginstrument
- Bereits bestehende Netzwerke stärker auf gemeinsame Handlungsschnittmengen hin fokussieren, strukturieren und bündeln; Netzwerkabsprachen verbindlicher und effektiver gestalten (können)
- Koordinierungsstelle auf Landesebene einrichten, mit dem Ziel gleiche oder vergleichbare Strukturen zu QS/QE für die Nutzung in verschiedenen, lokalen Handlungsfeldern zu schaffen
- Regionale Koordinierungsstellen oder Foren installieren, um kommunale und lokale Institutionen und Akteurinnen und Akteure zusammenzuführen (Schaffung von Transparenz, gegenseitiger Informationsaustausch, Wissenstransfer, Identifikation möglicher Kooperationsbündnisse)
- Konkrete und praxisnahe Beratung als auch Betreuung zu einzelnen Bedarfen wie beispielsweise die Evaluation von Maßnahmen durch LZG oder ggf. BZgA
- Einführung von konkreten Förderkriterien und -standards im Zuge des Präventionsgesetzes

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Bereits die Heterogenität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den beiden Fokusgruppen zeigt, dass das mit dem Begriff des Settings Kommune beschriebene Handlungsfeld sich als sehr vielfältig erweist und damit auch die Perspektiven auf QS/QE sowie die Erfahrungen in der Anwendung spezifischer Verfahren und Instrumente sehr unterschiedlich ausfallen. Die Breite lokaler Akteurinnen und Akteure und Teilsettings, Einrichtungen etc. ist für das Dach-Setting Kommune typisch und legt ein mehrfältiges, zum Beispiel multiprofessionelles und -methodisches Vorgehen auch in der QS/QE nahe.

Aufgrund eines geringen, heterogenen Institutionalierungsgrades des Handlungsfeldes Gesundheitsförderung auf kommunaler bzw. lokaler Ebene fehlen strukturell

die Ansatzpunkte für eine systematische und möglichst einheitliche oder vergleichbare Qualitätsentwicklung und -überprüfung, so dass die identifizierten Aktivitäten, vor allem punktueller Art, oft an einzelne Institutionen und ihre Profile gebunden sind. Sie stehen im Zusammenhang mit unterschiedlichen, untereinander weitgehend unkoordinierten rechtlichen und förderrechtlichen Vorgaben, zum Beispiel zur Dokumentation und Evaluation mit vorgegebenen Qualitätsstandards oder zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben wie Schuleingangsuntersuchungen.

Weit fortgeschritten ist die Implementierung von Aktivitäten zur QS/QE im Weiterbildungsbereich, die einhergehen mit entsprechenden Trägerzertifizierungen bzw. Testierungen (LQW, DIN ISO). Aspekte der Gesundheitsförderung spielen in diesem Kontext eine gewisse, aber nicht notwendige Rolle.

Die Beispiele verdeutlichen, dass eine Herausforderung für QS/QE in der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene deren Querschnitts-Charakter ist. So umfassen die Aktivitäten neben dem Gesundheitsbereich im engeren Sinne alle sozial- und bildungspolitischen Felder und auch die dort geltenden Steuerungsprinzipien, Handlungsrationitäten und Finanzierungsstrukturen.

Vor diesem Hintergrund bedarf es vor der Implementierung konkreter Instrumente zur QS/QE zunächst der Entwicklung eines gemeinsamen Qualitätsverständnisses unter Einbeziehung aller in diesem weiten Feld tätigen Akteurinnen und Akteure auf lokaler Ebene. Hierzu können Runde Tische oder ähnliche Austauschforen, wie sie laut Aussage der Teilnehmenden in einigen Regionen bereits existieren, eine wichtige, nutzbare Voraussetzung eines strukturierten QE-Prozesses bieten. Aufbauend auf der Entwicklung eines handlungsrelevanten Leitbildes und einer Zielfindung für die kommunale Gesundheitsförderung könnten qualitätsorientierte Mindeststandards vereinbart werden (zum Beispiel zur Konzeptbasierung oder Partizipation³).

Der Einsatz weitergehender Instrumente der QS/QE (zum Beispiel zur Bedarfser-schließung, zur Angebotsplanung und zur Evaluation) ließe sich für den jeweiligen Einzelfall aus diesem Leitbild und Rahmen begründen und konkretisieren. Mit Blick auf die Heterogenität der Aktivitäten sollten die Instrumente und Verfahren nicht auf Vereinheitlichung, messbare Vergleichbarkeit und breite Übertragbarkeit fokussiert sein. Sie sollten primär der orts- und projektbezogen systematischen Reflexion der Praxis dienen, mit einer jeweils dienlichen Instrumentenwahl und -anpassung.

3.11 Saarland

Autorinnen: Daniela Kleer, Nikola Rech

LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e. V.

3.11.1 Handlungsfeld Frühe Hilfen

Einführung und Hintergrund

Die Fokusgruppen Frühe Hilfen fanden am 28. Oktober und am 12. November 2014 mit insgesamt zehn Teilnehmerinnen in Saarbrücken statt, wobei insgesamt sechs Personen kurzfristig erkrankt ausgefallen sind. Die Teilnehmerinnen kamen aus den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern der Frühen Hilfen:

- aus der Landeskoordinierungsstelle, angesiedelt im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
- aus dem Kreis der Koordinatorinnen in den Landkreisen, angesiedelt bei den jeweils zuständigen Gesundheitsämtern bzw. Jugendämtern
- aus dem Kreis der aufsuchenden Fachkräfte, also Sozialmedizinische Assistentinnen, angesiedelt bei den Gesundheitsämtern, und die Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (FGKiKP) als freiberufliche Honorarkräfte

³ Zur Orientierung könnten hier beispielsweise die von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) entwickelten und in deren Leitbild dokumentierten Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung dienen. Auch die „Handlungsempfehlungen“ im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit geben hilfreiche Leitkriterien, an denen Praxis orientiert und bewertet werden kann.

Die beruflichen Funktionen der aufsuchenden Fachkräfte beziehen sich auf die direkte Arbeit mit und in den Familien, die der übrigen Teilnehmerinnen im weitesten Sinne auf die Planung, Steuerung und Koordination der frühen Hilfen auf Landes- bzw. Landkreisebene.

Auf der saarländischen Regionalkonferenz am 13. Februar 2015 in Saarbrücken wurden die Fragen aus den Fokusgruppen in Form eines Worldcafés erneut aufgegriffen und bearbeitet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fokusgruppen dargestellt und die Ergänzungen aus der Regionalkonferenz anschließend angehängt.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Teilnehmerinnen benennen eine große Bandbreite von Instrumenten, Verfahren und Routinen, welche teilweise durch die Fördermittelgeber, zum Beispiel das Nationale Zentrum für Frühe Hilfen (NZFH) oder die Landessteuerung, vorgegeben werden. Die genannten Beispiele reichen von der Qualifizierung der aufsuchenden Fachkräfte durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Kompetenzprofile oder Zertifizierungsmaßnahmen bis hin zu Verfahrensregelungen und Materialien zur Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) allgemeiner Art, wie zum Beispiel Checklisten, Handbücher, Dokumentationsstandards, Statistiken oder Bilanzberichte. Besonders häufig werden regelmäßig wiederkehrende Austausch- und Arbeitsroutinen benannt wie Fallbesprechungen, Facharbeitsgruppen, kollegiale Beratung und Supervision, auf Landkreis-, Landes- und Bundesebene mit unterschiedlichen Teilnehmergruppen.

Auffällig ist hierbei, dass die genannten Instrumente und Verfahren in der Regel nicht originär aus dem Bereich Gesundheit(-sförderung) stammen. Häufig werden vorhandene Leitlinien, Instrumente und Verfahren anderer Fachbereiche genutzt, zum Beispiel Handbücher, Lehrfilme, E-Learning-Systeme

oder Internetplattformen. Zusätzlich wurden die Frühen Hilfen über einen längeren Zeitraum wissenschaftlich durch Experten der Universität Heidelberg begleitet.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Das Wissen von und über Instrumente und Verfahren, gerade aus anderen Fachbereichen, stammt in der Regel aus unterschiedlichen Quellen (zum Beispiel Nachfrage bei Kollegen, eigene Recherche). Oft werden diese auch nur zufällig gefunden und ausgetauscht.

Hilfsmittel wie Checklisten oder Dokumentationsvorlagen geben Orientierung, bieten Struktur, Rahmen und Halt, sowohl für die tägliche (aufsuchende) Arbeit als auch in Besprechungsroutinen.

Die Evaluation des Projekts „Frühe Hilfen im Saarland“ wird zum einen als sehr aufwändig und zeitintensiv, andererseits aber auch als eine gute Rückmeldung erlebt, an welchen Stellen im Projekt Veränderung nötig ist. Maßnahmen zur QS/QE generell werden als hilfreich zur Selbstreflexion bezüglich des eigenen Wissensstandes empfunden.

Fallberatungen und Supervision bieten die Möglichkeit zu einem Austausch in geschütztem Rahmen. Vor allem für die Freiberufler sind diese Treffen von großer Bedeutung, da dies die einzige Möglichkeit für einen fachlichen Austausch ist. Der interkollegiale Austausch wird, wenn er vorhanden ist, als sehr bereichernd empfunden. Er dient auch der engeren Vernetzung, welche für die „Frühen Hilfen im Saarland“ als Kernaufgabe empfunden wird. Kommunikation, insbesondere persönliche Kontakte, werden als maßgeblich entscheidend für den Erfolg des Projekts beurteilt.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

- Die Teilnehmenden wünschen sich verlässliche Rahmenbedingungen: Darunter fallen gesicherte Strukturen, ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen und verbindliche Regelungen.

- Es werden Qualifizierungsmaßnahmen bezüglich QS/QE durch Fort- und Weiterbildung gewünscht.
- Als hilfreich wird eine Übersicht über vorhandene Verfahren, Instrumente, Angebote und Materialien empfunden, sowohl bezüglich dem Setting generell als auch Qualität im Allgemeinen.
- Die Teilnehmenden wünschen sich bezahlbare Beratungsangebote und Schulungen zur Anwendung der Verfahren und Instrumente.
- Von den Teilnehmenden wird der Bedarf an einer niedrighwelligen Austauschplattform formuliert, die sowohl Möglichkeiten zum Austausch als auch eine Übersicht über vorhandene Verfahren etc. bietet. Die Plattform inforo online ist zwar einigen Teilnehmerinnen bekannt, wird aber nicht genutzt.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

QS/QE braucht ein gemeinsames Verständnis, finanzielle und personelle Ressourcen, Schulung und Beratung, eine wertschätzende Haltung gegenüber allen Beteiligten und „einen langen Atem“.

3.11.2 Ergebnisse der Regionalkonferenz Saarland

Einführung und Hintergrund

Die Regionalkonferenz Saarland fand am 13. Januar 2015 in Saarbrücken mit insgesamt ca. 70 Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt. Die Teilnehmenden kamen überwiegend aus dem Setting Kommune, gefolgt von Betrieb und Frühe Hilfen/Öffentlicher Gesundheitsdienst. Die große Personenanzahl aus dem kommunalen Bereich, hauptsächlich aus den an dem Projekt »Das Saarland lebt gesund!« beteiligten Kommunen, ergab sich durch die Schwerpunktsetzung eines Fachvortrages auf Gesund-

heitsförderung im sozialen Raum. Nach den einführenden Vorträgen am Vormittag fand am Nachmittag ein Worldcafé statt mit ca. 50 Teilnehmenden, in dem die Fragen aus den Fokusgruppen erneut, aber settingübergreifend aufgegriffen wurden.

Die Ergebnisse des Worldcafés werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Teilnehmenden benennen auch hier eine große Bandbreite von Instrumenten, Verfahren und Routinen allgemeiner Art, die ihnen vorgegeben bzw. von ihnen genutzt werden, wie zum Beispiel Normen, Standards, DIN/ISO-Vorgaben, Kennzahlen, Berichte und Statistiken, Fragebögen und Checklisten, Handbücher, Beschwerdemanagement, Fach- und Austauschgruppen oder Supervision.

Konkrete Methoden, wie zum Beispiel Punkteabfrage, werden ebenfalls benannt, aber auch der Hinweis darauf, dass Methodenkenntnisse nur mangelhaft vorhanden sind.

Ähnlich wie bei den Fokusgruppen werden kaum Instrumente oder Verfahren benannt, die originär dem Gesundheitsbereich entstammen bzw. zuzuordnen sind. Erwähnt werden zum Beispiel Audits wie etwa Audit Gesunde Schule, Qualitätszirkel oder Gesundheitszirkel.

Gleichzeitig werden aber auch Grundsätze allgemeiner Art benannt, die in ihrer täglichen Arbeit Anwendung finden, wie zum Beispiel Nachhaltigkeit, Kontextbezug, Vernetzung/ Netzwerkarbeit, Interdisziplinarität und Kooperation. Auch der PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act-Zyklus) wird erwähnt, sowohl in direkter Benennung als auch mehrfach seine Bestandteile wie zum Beispiel die Definition von Zielen, Planung der Umsetzung, Evaluation oder Dokumentation.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Erfahrungswerte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind sowohl negativ als auch positiv. Als positive Aspekte werden Sicherheit, Orientierungshilfe, Möglichkeit zur Selbstreflexion und als Feedback, als Anregung für Veränderung und zur Standardisierung von Tätigkeiten und Prozessen aufgezählt. Abteilungsübergreifende gute Zusammenarbeit und die Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden gefördert. Gesundheitstage und Gesundheitszirkel werden als konkrete gute Erfahrungen benannt.

Auffällig ist dabei, dass neben den förderlichen Faktoren auch viele Widerstände und hemmende Faktoren benannt werden. Dies beginnt bei den zu geringen zeitlichen und finanziellen Ressourcen bis hin zu „weichen“ Faktoren wie mangelnde Identifizierung, Wertschätzung und Unterstützung. Hinzu kommen nach Einschätzung der Teilnehmenden häufig unzureichende Einsicht in den Nutzen und die Notwendigkeit von QS/QE, Angst vor Veränderung und schlechtes Marketing. Strategien der Verzögerung, fehlende Umsetzung, mangelnde Rückmeldung und Transparenz von Evaluationsergebnissen stellen weitere hinderliche Faktoren dar.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Zu einer vermehrten Anwendung von QS/QE im Bereich der Gesundheitsförderung könnten nach Aussage der Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgende Maßnahmen beitragen:

- Grundlage für eine vermehrte Anwendung ist eine ausreichende Verfügbarkeit von zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen. In diesem Zusammenhang sind vor allem auch verlässliche Strukturen, die durch lange Laufzeiten gesichert werden können, wichtig für die Planungssicherheit.

- Benötigt werden Qualifizierungsangebote, beispielsweise in Form von Schulungen und Fortbildungen.
- Als weiteren förderlichen Faktor benennen die Teilnehmenden eine größere Transparenz über Angebote, Instrumente und Verfahren. Gleichzeitig wünschen sie sich diesbezüglich eine größere Klarheit über verschiedene Möglichkeiten für eine entsprechende Beratung und Anleitung.
- Der Erfahrungsaustausch und lebendige Netzwerke werden von den Teilnehmenden als sehr wichtig und bereichernd empfunden.
- Daneben werden auch der politische Wille und die konsequente Entscheidung der Führungsebene als Basis für eine vermehrte Anwendung gesehen.
- Eine wichtige Rolle spielen nach Einschätzung der Teilnehmenden auch so genannte „weiche“ Faktoren wie Motivation, Veränderungsbereitschaft, Geduld, Eigenverantwortlichkeit, Wertschätzung oder Fehlerkultur.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Wie auch bei den Fokusgruppen hat sich gezeigt, dass neben Ressourcen und ausreichender Schulung und Beratung der Umgang miteinander und die Einstellung zum Thema entscheidend sind.

3.11.3 Weitere Aktivitäten: Entwicklung eines Qualitätskonzepts für das Projekt »Das Saarland lebt gesund!« (DSLGS)

Das Programm »Das Saarland lebt gesund!« ist seit dem Beginn 2011 kontinuierlich gewachsen. Durch die Erarbeitung eines Qualitätskonzepts sollen Qualitätssicherung und -entwicklung fester Bestandteil des Programms werden. In die Entwicklung des Qualitätskonzepts wurden die Akteurinnen und Akteure eingebunden, indem sie zu Be-

ginn zum Beispiel nach ihren Anforderungen an ein Qualitätskonzept und ihrem Unterstützungsbedarf bei der Umsetzung befragt wurden. Die Regionalkonferenz wurde im Zuge dessen dafür genutzt, kommunale Akteure gezielt anzusprechen und für die Thematik zu sensibilisieren.

3.12 Sachsen

Autorinnen: Dr. Attiya Khan, Christiane Merz, Silke Meyer

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.

3.12.1 Setting Kindertageseinrichtungen (KiTas)

Einführung und Hintergrund

Seit 2007 koordiniert die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (SLfG) das sächsische Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ im Setting KiTa. Das Projekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ knüpft an den Ergebnissen des Gesundheitsziels an. Ein wichtiges Handlungsfeld des Gesundheitsziels ist die Gesundheitsförderung pädagogischer Fachkräfte, in dem sich die SLfG langjährig in der Arbeitsgemeinschaft „Erzieherinnengesundheit“ engagiert.

Im Rahmen dieses Projekts arbeitete die SLfG eng mit dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Sachsen e. V. (Paritätischer Landesverband) zusammen. In diesem Dachverband sind 140 Trägereinrichtungen mit insgesamt 470 KiTas und 20 Fachberaterinnen und -beratern organisiert. Über den Paritätischen Landesverband erfolgten die Einladungen zu den Fokusgruppen an die Mitgliedseinrichtungen. Unter Einbeziehung der Qualitätsbeauftragten und KiTa-Leiterinnen und -leiter fand die Recherche zum Stand von Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung in KiTas statt.

Im September und Oktober 2014 wurden insgesamt drei Fokusgruppen durchgeführt: zwei Diskussionen mit Leiterinnen und Leitern sowie eine Fokusgruppe mit Qualitätsbeauftragten. Insgesamt wurden 38 Praktikerinnen und Praktiker aus verschiedenen Einrichtungen und mit unterschiedlichem Trägerhintergrund befragt. In einem Experteninterview mit der Referentin für Kindertagesbetreuung des Paritätischen Landesverbandes wurden zusätzliche Informationen über die Voraussetzungen, Umsetzung, Überprüfung und Entwicklung des Qualitätsmanagements gewonnen.

Die SLfG beteiligte sich zudem an der KiTa-Trägerkonferenz des Paritätischen Landesverbandes im November 2014 in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Präventionsdienst der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und der Abteilung Arbeitsschutz der Landesdirektion Sachsen. In dieser Veranstaltung konnten über Gruppendiskussionen weitere Hinweise und Erfahrungen der Träger zu aktuellen Schnittstellenproblematiken und Umsetzungshindernissen von Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Gesundheitsförderung generiert werden.

Als weiterführendes Produkt wird 2015 in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Paritätischen Landesverband eine bestehende „Arbeitshilfe für Kita-Leitungen“ mit ausgewählten Ergebnissen des Projekts zum altersgerechten Arbeiten und gesunden Führen ergänzt.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Das sächsische Gesetz zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen (SächsKitaG) schreibt Qualitätsmanagement (QM) in KiTas vor, enthält jedoch keine Vorgaben zur Umsetzung und Evaluation. Es werden im Rahmen der Unterstützungsangebote des Paritätischen Landesverbandes regelmäßige Qualitätszirkel durchgeführt, in denen sich viermal jährlich die Qualitätsbeauftragten zur Besprechung und Überprüfung der

Instrumente treffen. Sie dienen zur Anleitung, Klärung von Fragen und praxisnahen Weiterentwicklung der Instrumente. Außerdem wird das Qualitätsmanagementsystem durch das zweimal jährlich stattfindende, bundesweite Treffen eines Lenkungsausschusses überprüft. Der Paritätische Landesverband hat zudem Qualitätsstandards im Sinne eines Leitbildes entwickelt.

Über die Bereitstellung von Ressourcen für QM in den Einrichtungen entscheiden nach einer Antragstellung der Träger die zuständigen Kommunen. Die Zuwendungen der Kommunen für QM variieren sehr. Einige Kommunen stellen Mittel für bis zu zwei Personalstunden wöchentlich zur Verfügung, andere vergeben keinerlei Zuwendungen für QM.

Die Kindertageseinrichtungen wählen die QM-Verfahren überwiegend entsprechend der Empfehlung ihres Trägers. Die Teilnehmenden gaben für die Nutzung im Wesentlichen die drei Instrumente Quik (Qualität in Kindertageseinrichtungen, entwickelt durch PädQUIS: Pädagogische Qualitäts-Informationssysteme gGmbH), PQSys® (Paritätisches Qualitätssystem) und KiQu® (Qualität für Kinder) an. Diese orientieren sich am Nationalen Kriterienkatalog bzw. am Sächsischen Bildungsplan.

Sowohl in der Betrachtung der Instrumente als auch in den Erfahrungen der Befragten wurde deutlich, dass der Schwerpunkt der angewandten Verfahren auf der Qualitätssicherung und -entwicklung von frühkindlicher Bildung sowie der Umsetzung des Bildungsplans in den Kindertageseinrichtungen liegt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern wurde als Baustein mehr oder weniger explizit in die Verfahren integriert. Für das Personal wurde der gesetzlich vorgeschriebene Arbeitsschutz in wenigen Items berücksichtigt. Betriebliche Gesundheitsförderung und spezielle Themen wie gesundheitsfördernder Führungsstil, altersgerechtes Arbeiten und die Zusammenarbeit mit Kindern und Eltern aus sozial benachteiligten Familien werden bisher

kaum thematisiert. Diese sind allerdings in vorangegangenen Untersuchungen der SLfG als besondere Bedarfe im Setting KiTa identifiziert worden.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die beim Qualitätsmanagement verwendeten Instrumente als unterstützend und gut handhabbar eingeschätzt werden. Dabei stärken die fachliche Anleitung und Möglichkeiten des Austauschs die Qualität der Umsetzung. Für den Prozess wirkt es sich positiv aus, dass die Instrumente in bestehende Systeme integrierbar sind und Freiraum für Anpassungen aufgrund einrichtungsspezifischer Bedarfe bieten.

In den Diskussionen wurde deutlich, dass der Zeitaufwand und das Umsetzungs-niveau zwischen den einzelnen Einrichtungen unterschiedlich sind. Als Ergebnis aus den Fokusgruppen lässt sich Folgendes ableiten: Je mehr Ressourcen den Einrichtungen zur Verfügung stehen, desto höher wird der Gewinn des Qualitätsmanagements eingeschätzt.

Fehlende Strategien hinsichtlich der genannten Themen „Gesundheitsförderndes Führen“, „Altersgerechtes Arbeiten“ und „Zusammenarbeit mit Kindern und Eltern aus sozial benachteiligten Familien“ wurden in allen drei Diskussionsrunden erhärtet.

Als hauptsächliche Bedarfe wurden in erster Linie Ressourcen für das QM genannt (Zeit, Personal und Finanzen), gleichermaßen wird eine stärkere Begleitung und Unterstützung durch Träger und Kommunen bei der Umsetzung und Weiterentwicklung von QM gewünscht.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Grundsätzlich bestand der Wunsch, dass Neuerungen in bestehende Instrumente integriert werden und keine neuen Verfahren entwickelt werden sollten. Es wird eine inhaltliche Unterstützung zur Konkretisierung

und besseren Verständlichkeit der Items benötigt, beispielsweise in Handreichungen, Leitlinien oder Internetportalen.

Es wurden Bedarfe hinsichtlich einer transparenteren Wissensvermittlung genannt. Dies bedeutet zum einen Schulungen zum besseren Verstehen und Anwenden der Sachverhalte (unter anderem Unterstützungsmaterialien, weitere Qualitätszirkel) und zum anderen Informationen über Antragsstellungen und Fördermöglichkeiten für zusätzliche Mittel.

Eine verstärkte Qualifizierung von Führungskräften bzw. Beauftragten für Qualitätsmanagement sowie der Fachaustausch untereinander wurden als notwendig und ausbaufähig erachtet.

Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte nach Meinung der Befragten als Querschnittsthema konkret in bestehende Instrumente einkalkuliert werden. Praktikable, unkompliziert umsetzbare Angebote werden als besonders unterstützend wahrgenommen.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

- QM wird als Instrument zur Weiterentwicklung pädagogischer Qualität genutzt.
- Inhalte betrieblicher Gesundheitsförderung sind in QM-Verfahren bisher kaum berücksichtigt.
- Die Güte des QM ist von den zur Verfügung stehenden personellen und finanziellen Ressourcen abhängig.
- Grundsätze der Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes sollten in bestehende QM-Verfahren integriert werden und mit Hilfe von Handlungsanleitungen umgesetzt werden.
- Kindertageseinrichtungen sollten durch qualifizierte Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (wie beispielsweise Fachberatung und Landesvereinigung für Gesundheitsförderung) bei Erweiterung des Qualitätsmanagements um Gesundheitsförderung unterstützt werden.

Literatur bei den Verfassenden

3.12.2 Handlungsfeld Erwerbslosigkeit

Einführung und Hintergrund

Für das Handlungsfeld Erwerbslosigkeit wurde am 12. Januar 2015 die sächsische Regionalkonferenz „Gesund in den Job zurück“ ausgerichtet. Im Vorfeld dazu fanden keine Fokusgruppen statt. Insgesamt nahmen 110 Personen an der Veranstaltung teil, wovon etwa 80% aus dem Arbeitsbereich SGB II und SGB III kamen. Dazu zählten vorrangig Träger sowie die Bundesagentur für Arbeit und die Kommune mit ihren jeweiligen Jobcentern. Weitere Vertreterinnen und Vertreter stammten von Krankenkassen, Universitäten und Hochschulen, dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, der BZgA sowie sonstigen Organisationen.

Für das Handlungsfeld Erwerbslosigkeit ist der Freistaat Sachsen Vorreiter. Sachsen ist das einzige Bundesland mit dem Gesundheitsziel „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ und hat bereits einige Entwicklungen vorangetrieben. Dazu zählen verschiedene Tagungen, der wissenschaftliche Fachbeirat zur Entwicklung von Handlungsansätzen zur Gesundheitsförderung bei Erwerbslosigkeit sowie die Fortentwicklung und Evaluation des Gesundheitsförderungsprogramms AktivA (Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit). Diese bisherigen Entwicklungen sollten mit der Regionalkonferenz erneut aufgegriffen werden. Zudem wurde die Möglichkeit zum Austausch und zur Vernetzung geboten. Dazu wurde auf der Regionalkonferenz zuerst die aktuelle Forschungslage zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit, Gesundheit und möglichen Präventionspotentialen vorgestellt. Ausführungen zu Programmen und Aktivitäten aus der Praxis durch verschiedene Akteurinnen und Akteure ergänzten den Input zum Thema Gesundheitsförderung bei Erwerbslosigkeit. Anschließend Diskussionen über Tätigkeiten und Bedarfe der Praxis wurden als Plattform zum gegenseitigen Austausch genutzt. Diese Inhalte bilden die Grundlage

für die nachfolgende Ergebnisdarstellung unter dem Blickpunkt der Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE).

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Hinsichtlich der QS/QE für die tägliche Arbeit mit erwerbslosen Menschen wurde deutlich, dass hierfür keine einheitlichen Instrumente oder Verfahren vorgegeben sind. Die Wissenschaft bietet Arbeitsgrundlagen an, indem sie Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung entwickelt und Programme anhand dieser Kriterien erarbeitet bzw. Programme aus der Praxis anhand dieser Kriterien evaluiert. Teilweise werden von Trägern wissenschaftlich fundierte Programme und Methoden dieser Art als Bestandteile von Maßnahmen genutzt. Dazu zählen die Programme AktivA und das Psychosoziale Coaching sowie die Methode des Motivational Interviewing. Durch wissenschaftliche Begleitung und Evaluation wird die Qualität dieser Programme und Methoden sichergestellt. Der Austausch und Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis ist jedoch nicht flächendeckend gegeben.

Teilweise erfolgt QS/QE auch durch informelle Verfahren wie den Austausch mit anderen Akteurinnen und Akteuren zum Beispiel über Telefonkonferenzen, kollegialen Erfahrungsaustausch oder Teilnehmerbefragungen. Ein weiteres Instrument stellt die Erhebung von Vermittlungsquoten dar. Die Erfassung von ebenso wichtigen Indikatoren für den Gesundheitszustand obliegt jedoch den einzelnen Anbietern von Maßnahmen.

Seitens der Krankenkassen ist ein wichtiges Angebot, dass Maßnahmen zur Prävention vorleistungsfrei (zum Beispiel über Gutscheine) genutzt werden können. Weiterhin tragen gesetzliche Regelungen wie beispielsweise der Koalitionsvertrag des Freistaats Sachsen dazu bei, dass weitere Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung für Erwerbslose entwickelt werden.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die wissenschaftlich begleiteten Programme wie AktivA und das Psychosoziale Coaching werden als hilfreiche Werkzeuge angesehen. Diese Programme lassen sich flexibel einsetzen und bei Bedarf an die individuellen Gegebenheiten anpassen und durch ergänzende Module erweitern. Jedoch waren diese Programme nicht allen Akteurinnen und Akteuren bekannt. Unklarheit bestand zudem hinsichtlich Zugangswegen und Finanzierungsmöglichkeiten.

Vorleistungsfreie Präventionsangebote für Erwerbslose von den Krankenkassen sind noch kein Regelfall, sodass die Angebote von Erwerbslosen schwer nutzbar sind. Insgesamt erschwert die Wettbewerbssituation der Krankenkassen innovative Kooperationen, um einheitliche Angebote für alle Erwerbslosen zu ermöglichen. Eine neuartige Kooperation wurde zwischen der Bundesagentur für Arbeit und dem GKV-Spitzenverband (im Modellprojekt zur Gesundheitsorientierung und Gesundheitsförderung) geschlossen, bei der eine Umlagefinanzierung stattfindet, die nicht mehr individuumbezogen ist. Allerdings bedarf es hier einer weiteren Klärung von Zuständigkeiten (zum Beispiel für Fahrtkosten).

Für eine qualitätsgesicherte Arbeit ist zudem der informative und zeitnahe Austausch untereinander ein wesentliches Instrument. Gelingt dieser nicht nur intern, sondern auch mit anderen beteiligten Akteurinnen und Akteuren, unterstützt dies die tägliche Arbeit. Allerdings wird das Vorhandensein eines angemessenen Austausches sehr unterschiedlich eingeschätzt.

Als eher hinderlich für ein qualitätsgesichertes Arbeiten beschreiben die Teilnehmenden ein Übermaß an Bürokratie, sodass zu wenig Zeit für die Erwerbslosen selbst zur Verfügung steht. Hoher Vermittlungsdruck

erschwere es zudem, die Gesundheitsförderung der Erwerbslosen angemessen zu unterstützen. Vor dem Hintergrund, dass Gesundheit die wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Wiedervermittlung ist, birgt dieser Zustand ein gewisses Frustrationsrisiko.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Es sind bereits viele als gut eingeschätzte Programme zur Gesundheitsförderung für Erwerbslose vorhanden. Um diese Programme auch weiterhin umzusetzen, braucht es:

- Anschlussfinanzierungen
- Eine stärkere Vernetzung von Praxis und Wissenschaft
- Qualitätssicherung als festen Bestandteil der Maßnahmen
- Und somit auch Finanzierung von Evaluationen.

Da es bisher keine einheitlichen Standards zur QS/QE in diesem Bereich gibt, wäre es hilfreich:

- Einen Diskurs über praktikable Instrumente und Verfahren der QS/QE zu führen,
- Bei Bedarf Instrumente zur QS/QE zu entwickeln und in die Fläche zu tragen.

Zur Anwendung von Instrumenten und Verfahren der QS/QE bedarf es Mitarbeiterqualifizierung:

- Hinsichtlich psychischer Krankheitsbilder und zum Umgang mit Betroffenen, da hier Schwierigkeiten in der täglichen Arbeit auftauchen
- Hinsichtlich Arbeitstechniken wie dem „Motivational Interviewing“ und anderen Methoden.

Damit nicht jede Akteurin/jeder Akteur für sich allein steht und ein flächendeckender Prozess vorangetrieben werden kann, braucht es:

- Gesetzliche Rahmenbedingungen

- Mehr Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten der Akteurinnen und Akteure
- Kooperationen von Akteurinnen und Akteuren für Erwerbslose
- Regionale Anlaufstellen für das Thema Gesundheitsförderung für Erwerbslose – zum Beispiel in den Regionalen Arbeitsgemeinschaften zur Gesundheitsförderung als Plattform für einen regelmäßigen Austausch über Projekte, Planungen und Neuigkeiten.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Qualitätssicherung und -entwicklung ist noch kein integraler Bestandteil in der Gesundheitsförderung für Erwerbslose. Es werden bereits einzelne, qualitätsgesicherte Instrumente und Methoden genutzt oder derzeit durch Modellprojekte implementiert.

Jedoch bedarf es für ein insgesamt stärker qualitätsgesichertes Vorgehen der Akteurinnen und Akteure eines grundlegenden Diskurses, was Qualität im Setting Erwerbslosigkeit bedeutet, welche Instrumente und Verfahren für die einzelnen Akteurinnen und Akteure angemessen sind und wie diese in die Fläche getragen werden können. Dies setzt einen regelmäßigen Austausch von Bedarfen und Erfahrungen voraus.

3.13 Sachsen-Anhalt

Autorin und Autor: Janine Krügel,
Dr. Ulrich Schwabe

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V.

3.13.1 Setting Kindertageseinrichtungen (KiTas)

Einführung und Hintergrund

In Sachsen-Anhalt fanden insgesamt fünf Fokusgruppen für das Setting KiTa statt: 16.09.2014 in Magdeburg, 30.09.2014 in Lutherstadt Wittenberg, 22.10.2014 in Magdeburg, 23.10.2014 in Halle/Saale und 16.01.2015 in Magdeburg.

Am 16. sowie am 30. September beantworteten die Teilnehmerinnen die Fragen, wie im „Leitfaden für Gruppendiskussionen“ vorgegeben. Am 22. und 23. Oktober nahmen Erziehende aus Einrichtungen teil, die bereits länger mit dem Audit Gesunde KiTa arbeiten, deshalb konzentrierte sich die Befragung zu hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Anwendung von Werkzeugen des Qualitätsmanagements besonders auf das Audit Gesunde KiTa. Als Moderationsinstrument diente die Kartenabfrage. Am 16. Januar 2015 fand eine weitere Fokusgruppe mit den Verantwortlichen der Zertifizierungsstellen der Länder statt, mit dem Ziel der Modifizierung des Leitfadens Audit Gesunde KiTa unter Berücksichtigung der Ergebnisse der vorangegangenen Fokusgruppen sowie der Regionalkonferenz.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Teilnehmerinnen sind mit Instrumenten der Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) vertraut. Ein großer Teil der Instrumente ist vom jeweiligen Träger vorgegeben und in einigen Fällen auch in einem Qualitätsmanagementhandbuch festgeschrieben, wie zum Beispiel das Konzept, das Portfolio, Zufriedenheitsbefragungen oder Formulare zu Entwicklungsgesprächen mit den Eltern. Einige Instrumente werden auch extern eingeführt, wie zum Beispiel die Kindergarteneinschätzungsskala (PädQUIS) oder das Audit Gesunde KiTa.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Erfahrungen mit den Instrumenten, Verfahren und Routinen werden sehr unterschiedlich eingeschätzt. Das Audit Gesunde KiTa wird von den Teilnehmerinnen im Vergleich zu anderen externen Qualitätsinstrumenten als einfach, praxisnah und nachhaltig beschrieben. Der persönliche Ehrgeiz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird geweckt und der kollegiale Austausch untereinander gefördert. Die Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter können eigenverantwortlich und selbstständig an den Kriterien des Audit arbeiten. Als besonders gut werden die Selbsteinschätzung sowie die Fremdbewertung mit dem kollegialen Dialog des Audits Gesunde KiTa empfunden, da diese eine gute Arbeitsgrundlage für die Weiterentwicklung einer gesunden Kindertagesstätte und Projekte in der Gesundheitsförderung sind.

Als gutes Instrument wird außerdem das Eltern-Entwicklungsgespräch genannt, da hier der persönliche Kontakt intensiviert und das Verhältnis zu den Eltern gefördert wird.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Zu einer vermehrten Anwendung von QS/QE im Bereich der Gesundheitsförderung könnten folgende Maßnahmen beitragen:

- Personalschlüssel erhöhen: Die Zeit für Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung ist sehr begrenzt, da die zur Verfügung stehende Zeit oft für administrative Aufgaben aufgewendet wird. Die Teilnehmerinnen wünschen sich deshalb einen höheren Personalschlüssel, unter anderem um mehr Zeit für Qualitätsentwicklung und Vor- und Nachbereitung zu haben sowie um krankheitsbedingten Personalmangel auszugleichen.
- Finanzielle Mittel bereitstellen: Die Finanzierung zur Einführung von externen Instrumenten und zur Umsetzung von Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung ist in vielen Fällen aufwendig und schwierig.
- Fachberatungen anbieten: Regelmäßige Begleitung durch eine feste Ansprechperson bei der Einführung von Instrumenten, Verfahren und Routinen im Bereich der Gesundheitsförderung wird gewünscht.
- Qualität durch Fortbildung erhöhen: Regelmäßiger kollegialer Austausch zu praxisbezogenen Themen

- Handhabbare Instrumente und Verfahren der QS/QE: Instrumente, Verfahren und/oder Routinen sollten auf die Bedürfnisse der Kindertagesstätten besser zugeschnitten sein. Insbesondere für Qualitätsentwicklung im Bereich der Gesundheitsförderung sind Instrumente und Verfahren (Audit Gesunde KiTa) erforderlich.
- Wertschätzung und Belohnung: Unterstützung und Anerkennung durch den Träger (zum Beispiel durch Technik, um digitale Medien besser nutzen zu können oder die Verbesserung der räumlichen Ausstattung, zum Beispiel Rückzugsmöglichkeiten für Erzieherinnen und Erzieher zur Vor- und Nachbereitung der Arbeitstage schaffen, auf Erziehende angepasstes Mobiliar zur Verfügung stellen etc.)
- Erfolgreiche Qualitätsentwicklungsmaßnahmen standardisieren und in anderen Bereichen bzw. Bundesländern nachnutzen

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Die Teilnehmerinnen kennen Instrumente, Verfahren und Routinen der QS/QE, besonders im Bereich der ganzheitlichen KiTa-Qualität.

Für den Bereich QS/QE in der Gesundheitsförderung steht oft nur wenig Zeit zur Verfügung und erfordert in vielen Fällen Mehrarbeit durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Fachberatungen durch externes Personal sind erwünscht, allerdings sollte die Fachberaterin/der Fachberater sowohl theoretische als auch praktische Kenntnisse im Bereich Kindertagesstätten und QS/QE in der Gesundheitsförderung haben. Alle Maßnahmen sollten auf die jeweilige Kindertagesstätte zugeschnitten sein und möglichst wenig Zeitaufwand erfordern. Des Weiteren sollten sie finanzierbar sein. In dem Audit Gesunde KiTa sehen die Teilnehmerinnen eine Bereicherung, da es praktikabel ist und auf jede KiTa und deren jeweiligen Stand angepasst werden kann.

Kollegialer Austausch ist für alle Teilnehmerinnen sehr wichtig und sollte regelmäßig erfolgen.

3.13.2 Setting Schule

Einführung und Hintergrund

Die beiden Fokusgruppen zum Setting Schule fanden am 22.10.2014 in Magdeburg und am 23.10.2014 in Halle/ Saale statt.

Die Fragen zum Setting Schule bezogen sich, wie vorgegeben, auf Verfahren, Instrumente und Routinen der Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) in der Gesundheitsförderung. Da alle Anwesenden aus Einrichtungen kommen, die nach dem Audit Gesunde Schule zertifiziert sind, fand die Befragung zu hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Anwendung von Instrumenten des Qualitätsmanagements insbesondere mit Blick auf das Audit statt. Als Moderationsinstrument diente auch hier die Kartenabfrage.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Alle Befragten kennen Instrumente, Verfahren und Routinen der QS/QE, sowohl im Bereich der Gesundheitsförderung als auch aus dem Bereich Qualitätsmanagement im Hinblick auf die Schul- und Bildungsqualität. Die Teilnehmenden benannten bei der Kartenabfrage zahlreiche vorgegebene Instrumente zur Qualitätssicherung, wie zum Beispiel Leistungserhebungen, zentrale Vergleichsarbeiten, Kompetenzportfolio, Klassenkonferenzen etc. Weiterhin wurden die Projekte Gesunde Schule – Balance finden, Schule ohne Rassismus, Schule mit Courage und Lesekrone oder Klasse in Sport benannt, die einen Einfluss auf Qualitätsentwicklung haben.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Teilnehmenden wurden nach ihren Erfahrungen mit dem Audit Gesunde Schule gefragt.

Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Kriterienkatalog des Audit Gesunde Schule werden die Ressourcen der Schule sowie die Möglichkeiten der Akteurinnen und Akteure für alle Beteiligten transparenter.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen beschreiben die Selbstbewertung/Fremdbewertung als wesentliche Instrumente, um den Prozess der Qualitätsentwicklung zu analysieren, über Planung und Durchführung von Aktivitäten zum erreichten Ergebnis zu gelangen, dabei Schwachstellen zu entdecken und über Veränderungen nachzudenken. Der kollegiale Erfahrungsaustausch schafft einen Anlass, um sich effizient über mögliche Ansätze zur Weiterentwicklung auszutauschen und Vertrauen in die Umsetzung von Maßnahmen in der eigenen Einrichtung zu gewinnen.

Die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern, Eltern und auch dem Kollegium wird verbessert. Die Auditverfahren sind von einem großen öffentlichen Interesse begleitet (bis zu sechs Veröffentlichungen pro Zertifizierung).

Das Audit Gesunde Schule wird sowohl als externe und auch als interne Qualitätsentwicklungsmaßnahme angesehen. Die regelmäßige Durchführung des Audit (alle drei Jahre erneute Zertifizierung) trägt zur nachhaltigen Wirkung auf Kollegium, Lernende sowie Eltern bei. Die Gesundheitsförderung wird damit wirksam in den Schulalltag integriert.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Zu einer vermehrten Anwendung von QS/QE im Bereich der Gesundheitsförderung könnten folgende Maßnahmen beitragen:

- Personalschlüssel erhöhen: Qualitätsentwicklung kostet Zeit. Die knappe Personalausstattung an den Schulen setzt Grenzen bei der Implementierung von Qualitätsmanagement, nicht nur im pädagogischen Bereich, sondern auch im sozialen und psychologischen Bereich.

Des Weiteren wäre es von Vorteil, wenn es weniger Personalverschiebungen (Abordnungen) geben würde, um die pädagogischen Prozesse wirksamer umsetzen zu können.

- Qualität durch Qualifizierung erhöhen: Zeit für nutzbringende Fort- und Weiterbildungen, Qualifizierung des Personals (zum Beispiel im Bereich Gesundheitsförderung, Qualitätsentwicklung, Inklusion...)
- Finanzielle Mittel bereitstellen: Die Finanzierung zur Einführung von externen Instrumenten und zur Umsetzung von Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung ist in vielen Fällen aufwendig und schwierig.
- Belohnung und Wertschätzung: Unterstützung und Anerkennung durch den Träger und das Kultusministerium, ideell, finanziell (Honorar) und auch Ausstattung (zum Beispiel Technik, zur Nutzung der digitalen Medien).
- Bessere Rahmenbedingungen schaffen: Bildungskontinuität schaffen (ständige Neuerungen und wechselnde, oft auch widersprüchliche Verordnungen bringen viel Unruhe), Qualitätsentwicklungsprozesse besser aufeinander abstimmen und vernetzen, Ausstattung für Gesundheitsförderung verbessern (Materialien, Räume, Ressourcen).

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Genutzte Instrumente, Verfahren und Routinen sind in der Regel vorgegeben und beziehen sich auf die QS/QE der Schul- und Bildungsqualität insgesamt und weniger auf die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Dennoch rückt die Gesundheit der Lernenden und Lehrenden immer weiter in den Vordergrund. Um QS/QE in der Gesundheitsförderung umzusetzen, benötigen die Lehrkräfte Unterstützung, besonders im personellen Bereich. Die Überlastung durch Mehrarbeit (unter anderem Planungs- und Dokumentationsaufwand) und durch die Anpassung an ständig wechselnde Rahmenbedingungen (gesetzliche Vorgaben,

Schulschließungen, räumliche Bedingungen, Personalverschiebungen, Inklusion etc.), lässt vielen Schulen wenig Spielraum für die intensive QS/QE in der Gesundheitsförderung. Externe Beratungen werden in Anspruch genommen, allerdings werden dabei praktische Beispiele für Problemlösungen bevorzugt. Das Audit Gesunde Schule bietet ein in der Praxis gut handhabbares Verfahren, um schulische Gesundheitsförderung abzubilden und Anreize für eine nachhaltige gesunde Schule zu geben.

3.13.3 Ergebnisse der Regionalkonferenz Sachsen-Anhalt

Einführung und Hintergrund

Die Regionalkonferenz „Qualitätsentwicklung in KiTa und Schule“ des Landes Sachsen-Anhalt fand am 15. Januar 2015 in Magdeburg statt. Eingeladen waren Erziehende und Lehrende aus Kindertagesstätten und Schulen in Sachsen-Anhalt sowie deren Träger. Des Weiteren waren Vertreterinnen und Vertreter aus Einrichtungen bundesweit eingeladen, die nach dem Audit Gesunde KiTa/Schule zertifiziert sind. Dem Wunsch der Teilnehmenden nach kollegialem Erfahrungsaustausch wurde entsprochen. Neben dem Input am Vormittag gab es in den Workshops praxisorientierte Beispiele durch Praktikerinnen und Praktiker und im Anschluss offene Diskussionen.

Themen der Workshops

KiTa-Workshop 1: Gelungene Erziehungspartnerschaften

Input 1: Gelungene Elternarbeit

Input 2: Theater mit Eltern?

KiTa-Workshop 2: Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern konstruktiv gestalten

Input 1: Zusammenarbeit mit der Grundschule

Input 2: Teamwork mit Caterer und Co.

Schul-Workshop 1: Life Skills – Entwicklungen von Gesundheitskompetenzen

Input 1: Bleib locker!

Input 2: Inklusion und Gesundheit?

Schul-Workshop 2: Schule zum Wohlfühlen

Input 1: Gesundheit mit Lernenden gestalten

Input 2: Schulsport mal anders!

Input 3: Campus macht Spaß!

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Das Interesse am Erfahrungsaustausch anhand von praktischen Beispielen war innerhalb der Workshops sehr groß. Die praxisnahe Darstellung von Möglichkeiten, Projekte der Gesundheitsförderung (zum Beispiel die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen) zu etablieren und konstruktiv mit Kooperationspartnern, Eltern und Lernenden zusammenzuarbeiten, führte zu intensiven Diskussionen über die Möglichkeiten der Umsetzung. Weiterhin gab es einen intensiven Austausch zur Überwindung von Barrieren bei Eltern, Trägern und auch bei den Kindern. Im Folgenden sind die Kernergebnisse der Workshops dargestellt.

WS 1: In Kindertagesstätten sind die Zusammenarbeit und die Einbeziehung der Eltern wichtig. Hier sind oftmals Geduld und ein festes Konzept seitens der KiTa-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefragt, da viele Eltern „passiv“ sind. Gruppenspezifische Elternangebote, die Wertschätzung der Eltern sowie eine gewinnende Ansprache sind Möglichkeiten, aktivierend auf die Eltern einzuwirken. Bewährt hat sich, einige wenige spezielle Angebote für die Eltern vorzuhalten, anstatt eine Vielzahl von Angeboten. Rückschläge sind dennoch unvermeidbar, da das Elternklientel regelmäßig wechselt.

WS 2: Für Kitas und Schulen gibt es eine Vielzahl von möglichen Kooperationspart-

nerinnen und -partnern und Sponsoren. Um die Zusammenarbeit mit diesen konstruktiv zu gestalten, ist es vorteilhaft, eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zu unterzeichnen, die alle Verbindlichkeiten und Verantwortlichkeiten regelt.

WS 3: Flexibilität und die Zusammenarbeit aller beteiligten Akteurinnen und Akteure haben bei dem Thema Inklusion einen besonders hohen Stellenwert. Allerdings ist es dabei wichtig, die eigene Gesundheit aufgrund der Arbeitsbelastung durch eine zu hohe Stundenzahl nicht außer Acht zu lassen. Bei entsprechender personeller und räumlicher Ausstattung können Inklusion und Gesundheitsförderung gut vernetzt werden und sich gegenseitig ergänzen.

WS 4: Bei der Einführung von Programmen und Projekten zur Gesundheitsförderung ist es wichtig, alle Akteurinnen und Akteure aktiv in den Entwicklungsprozess mit einzubeziehen und Schritt für Schritt vorzugehen. Dabei sollten die Bedingungen und Abläufe in der Schule berücksichtigt werden. Die Gesundheit aller Beteiligten darf dabei nicht aus dem Blick verloren werden.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse aus den Workshops

Die Erfahrungen, die die Teilnehmenden in ihrem Arbeitsalltag machen, sind sehr unterschiedlich und abhängig von den Rahmenbedingungen, dem Personalschlüssel, der Einstellung der Eltern sowie der Einstellung im Kollegium gegenüber Veränderungen im Allgemeinen oder aber bei der Einführung von Instrumenten, Verfahren und Routinen der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Gesundheitsförderung. Der Erfahrungsaustausch untereinander sollte regelmäßig und mit professioneller Moderation durch eine Fachexpertin/einen Fachexperten im Bereich Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung stattfinden.

Das Audit Gesunde KiTa/Schule als Instrument bzw. Verfahren zur Qualitätssicherung und -entwicklung wirkt auf viele Erziehende und Lehrende motivierend und unterstüt-

zend. Es hilft dabei, die Aspekte der Gesundheit aller Akteurinnen und Akteure im Blick zu behalten, und spiegelt die Fortschritte der KiTa/Schule wider.

3.14 Schleswig-Holstein

Autorin: Dorothee Michalscheck

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e. V.

.....

3.14.1 Setting Landesvereinigung für Gesundheitsförderung

Einführung und Hintergrund

Die Fokusgruppe Team Landesvereinigung (LVGFSH) fand am 12. September 2014 in Kiel in einem extern gemieteten Raum mit dem Team der LVGFSH statt. Zwei Kolleginnen konnten nicht teilnehmen, so dass eine Gruppe von zehn Teilnehmenden aktiv war. Protokollführung und Moderation waren extern vergeben, um allen Teamfrauen die Möglichkeit zur vollen, inhaltlichen Teilnahme zu geben. Neben den Projektverantwortlichen aus den verschiedenen Arbeitsfeldern der LVGFSH nahmen die Geschäftsführerin und Mitarbeiterinnen aus dem Verwaltungs- und Orga-Büro an der Fokusgruppe teil.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Teilnehmerinnen benennen eine große Bandbreite von Instrumenten und Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE), die teilweise auch in Routinen umgesetzt werden. Satzung, Leitbild und Vorstandsbeschlüsse geben bestimmte Qualitätsstandards vor, zum Beispiel: Berichtswesen für Vorstand und Mitglieder des e. V. sowie ein an der WHO – Definition von Gesundheit orientiertes Leitbild. Mittelgeber, wie Landesministerien, BZgA, Kranken- und Unfallkasse sowie die jeweiligen Kooperationspartner geben ebenfalls Kriterien vor, die verbindlich umgesetzt und eingehalten

werden. In diesem Zusammenhang wurden Dokumentations- und Berichtspflichten bis hin zum geregelten Verwendungsnachweisverfahren genannt, aber auch Qualifikationsstandards, inhaltliche und formale Vorgaben, die einzuhalten sind. Weiter wurden Qualitätsinstrumente genannt, die das Team der LVGFSh sich selbst gegeben bzw. auf die eigenen Bedarfe hin entwickelt hat (Teamgespräche, Protokoll der Teamrunden etc.).

Als bekannte, feststehende Verfahren wurde spontan eine große Vielfalt aufgezählt: Leitfaden Prävention, Qualitätsstandards im Bereich der Gemeinschaftsverpflegung, Vorgaben zur HIV-Testberatung, Auditierungsverfahren für „Gesunde Schule“ und „Gesunde KiTa“, Iso und DIN-Normen, Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung, Qualitätskriterien der BZgA (zum Beispiel Leitfaden für die Prävention von Übergewicht bei Kindern), quint-essenz, QuaMaDi (Qualitätsgesicherte Mamma-Diagnostik), Partizipative Qualitätsentwicklung, Supervision, Qualifizierung der Mitarbeiterinnen, PHAC (Public Health Action Cycle), Gesundheitszirkel, GUT DRAUF-Zertifizierung, Gesundheitsziele.de-Siegel und DGE-Zertifizierung.

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die selbstentwickelten und somit bedarfsorientierten Instrumente, die zum Beispiel im Bereich der Anmeldeverfahren und Organisationsstrukturen der LVGFSh Anwendung finden, werden von den Mitarbeiterinnen als hilfreiche und nützliche Routinen erlebt. Hier sind Checklisten, Anmeldeformalitäten, vorbereitete Formulare etc. ebenso gemeint, wie die gründliche, gemeinsame Ausarbeitung von Konzepten, Definition von Zielen und Zielgruppen. Der Wert des kollegialen Austausches zu Planung und gemeinsamer Auswertung durchgeführter Aktivitäten wurde als wichtiger Faktor für die Steigerung der Qualität und Kreativität betont. Qualitätsinstrumente werden dann als nützlich erlebt, wenn sie als sinnvoll verstanden werden können, in Feedbackschleifen

weiterentwickelt (auch unter Mitwirkung der Handelnden und Betroffenen) und regelmäßig überprüft werden. Die möglichst individuelle Auswahl der zu verwendenden Instrumente durch das Team und eine bedarfsgerechte Auswahl der Verfahren werden ebenfalls als förderlich für die praktische Umsetzung von Verfahren bewertet. Die Verwendung anerkannter und etablierter Verfahren (zum Beispiel der Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung) erleichtern erfahrungsgemäß die Begründung nach außen hin und die Argumentation gegenüber Mittelgebern und Kooperationspartnern. Ein begünstigender Faktor für die Verwendung bestimmter Verfahren ist deren Übertragbarkeit auf verschiedene Settings und Arbeitsbereiche.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Zu einer vermehrten Anwendung von Verfahren zur QS/QE im Bereich der Gesundheitsförderung könnten nach Aussage des Teams der LVGFSh folgende Maßnahmen beitragen:

- Förderung von Rahmenbedingungen (Zeitressourcen in Kalkulation für Veranstaltungen und Projekte), die eine angemessene Auswertung mit Kolleginnen und Kooperationspartnern ermöglichen
- Anerkennung der Bedeutung von QS/QE von Seiten der Mittelgeber und Kooperationspartner
- Stärkung des kollegialen Austausches – siehe auch Rahmenbedingungen (mehr Zeit für Austausch)
- Stärkung der Anerkennung der Erfahrung und Expertise der LVGFSh nach außen
- Gemeinsame Begriffsdefinition aller Kooperationspartner und Mittelgeber im betreffenden Setting bezüglich der Schlüsselbegriffe: Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Evaluation und Dokumentation
- Vereinfachte, gut handhabbare Antragsverfahren

- Interdisziplinär entwickelte Verfahren oder Instrumente könnten die Vielfalt der Anwendungsbereiche erweitern
- Imagewandel des Qualitätsbegriffes, der weiche „menschliche“ Faktoren verstärkt berücksichtigt und evtl. die quantitative Komponente etwas minimiert

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Die aktuell in der LVGFSGH genutzten Instrumente, Verfahren und Routinen der QS/QE werden von den Beteiligten überwiegend als qualitätssteigernd und hilfreich für gute Arbeit in der Gesundheitsförderung und speziell in Lebenswelten erlebt. Dazu wurden aus der Vielzahl bekannter Instrumente insbesondere solche ausgewählt, die als passend empfunden wurden – die den Strukturen und der Arbeitsweise der eigenen Institution entsprechen. Teilweise konnten Bausteine einzelner Verfahren in andere Arbeits- und Anwendungsbereiche übertragen werden oder als Qualitätsstandards und Vorgaben in eigenen Projekten verwendet werden (Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung bei der Beurteilung von Projekten, Leitfaden Prävention bei der Auswahl von Referenten für bestimmte Maßnahmen etc.). Über Fortbildungen und Schulungen oder durch die Kooperation mit anderen Institutionen erlernte und eingeübte Verfahren erleichtern die Umsetzung in der LVGFSGH und die Übertragung in verschiedene Arbeitsbereiche. Die Mitgestaltung an der Auswahl von Kriterien (wie zum Beispiel bei den Good-Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung im Kooperationsverbund oder die langjährige Arbeit im Qualitätsprüfungsverfahren zu §20 SGB V) befördert die Umsetzung von Methoden und Verfahren sowie die Entwicklung von Routinen. In diesen qualitätsfördernden und -steigernden Prozessen kommt dem kollegialen Austausch, der als Basis für Weiterentwicklungen verstanden wird, eine besondere Bedeutung zu. Auch Vorgaben von Kooperationspartnern und Mittelgebern oder durch Satzung bzw. Vorstand der LVGFSGH haben durch langjährige Anwendung mit überwiegend guten Erfahrungen den

Weg in die Routinen der LVGFSGH gefunden. Erfahrungen mit Teamschulungen, die sich nicht am Bedarf und der Praxis der LVGFSGH orientierten (sondern eher an „guten Gelegenheiten, das mal zu machen“) haben gezeigt, dass diese Verfahren keinen Einzug in die tägliche Arbeit der LVGFSGH gefunden haben.

3.14.2 Setting Kindertageseinrichtungen (KiTas)

Einführung und Hintergrund

Die Fokusgruppe Setting KiTa fand am 16. September 2014 in Kiel mit neun Teilnehmerinnen statt. Diese sind im Rahmen des Projekts Rück(g)rat der LVGFSGH als Multiplikatorinnen (acht Personen) bzw. als Projektkoordinatorin (eine Person) in KiTas tätig. Es handelt sich um ausgebildete Physiotherapeutinnen, die eine spezielle Projektschulung durchlaufen haben und bereits viel Erfahrung mit diesem Projekt gesammelt haben.

Im Rahmen der Regionalkonferenz Schleswig-Holstein „Gute Arbeit sichtbar machen!“ am 16. Januar 2015 in Kiel fanden drei Arbeitsgruppen statt, von denen sich eine unter dem Titel „Gute Arbeit! Qualität in Settingprojekten in KiTa und Schule“ ebenfalls schwerpunktmäßig mit dem Setting KiTa beschäftigte.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Teilnehmenden benennen eine Vielzahl von Instrumenten und Routinen, die durch Mittelgeber (hier die Techniker Krankenkasse) und Auftraggeber (LVHGS) vorgegeben werden: Dokumentation, Projektberichte, Leitfäden aus Multiplikatorinnentreffen, Einhaltung des konzeptionellen Rahmens, Nachgespräche, Feedbackgespräch mit Erzieherinnen und Erziehern in den Einrichtungen, Qualifikationsvoraussetzungen (Grundqualifikation und Teilnahme an der Einführungsschulung), Orientierung an KddR-Richtlinien (Konföderation der deutschen Rückenschulen).

Des Weiteren werden als qualitätsfördernde Faktoren folgende Vorgehensweisen aufgezählt: die Dokumentation in der krankengymnastischen Behandlung, die Verwendung von Fachliteratur, der Besuch von Fortbildungen, die Hospitation bei Kolleginnen und Kollegen, die Tätigkeit als Übungsleiterin, die Selbsterfahrung (Authentizität in der Vermittlung von Bewegung), die Feedbackrunden im Team, die verschiedenen Dokumentationsformen und Feedbackmethoden (wie Fragebögen etc.), die langjährige Erfahrung mit Projekten, der eigene, persönliche Erfahrungsschatz und die Medien (als Anregung und Impulsgeber).

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Teilnehmerinnen geben an, die vorgegebenen Instrumente und Verfahren immer alle anzuwenden. Einige der genannten Verfahren beziehen sich jedoch mehr auf die therapeutische Anwendung und finden somit im Setting-Projekt weniger Anwendung. Die im Setting vorgehenden Rahmenbedingungen dienen als Gerüst und sorgen für Stabilität und Sicherheit im Projekt. Die Motivierung der projektbeteiligten Pädagoginnen und Pädagogen, sich an der Dokumentation (in Form von Fragebögen und Feedbackrunden) zu beteiligen, wird teilweise als mühsam erlebt. Die Multiplikatorinnen haben erlebt, dass die persönliche Sicherheit im Projektverlauf wächst und man im Laufe der Zeit die Vorgaben flexibler - der jeweiligen Situation angepasst - verwendet. Die regelmäßigen Multiplikatorinnentreffen und die Beratung und Begleitung durch die Koordinatorin der LVGFSSH werden als sehr hilfreich erlebt. Die Freiräume zur eigenständigen Organisation der festgelegten Projektbausteine in der jeweiligen Einrichtung (das heißt: wann findet welcher Baustein in der betreffenden KiTa statt) werden als positiv wahrgenommen. Neue Verfahren und Qualitätsinstrumente lernen die Teilnehmenden in Fortbildungen, Fachliteratur und im kollegialen Austausch (insbesondere Projekttreffen im Rück(g)ratprojekt) kennen. Die Arbeit im Setting KiTa trägt viel zur

hohen Motivation der Multiplikatorinnen bei, die den zeitlichen Rahmen (vormittags), die Teilnahme aller Kinder (unabhängig vom sozialen Status) und die große Motivation des KiTa-Personals (etwas zur Verbesserung im KiTa-Alltag zu bewegen) im Rahmen des Projekts sehr schätzen.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Die Teilnehmenden berichten von den finanziellen Begrenzungen (innerhalb der Einrichtungen und durch die TK-Förderung), die es teilweise verhindern, dass das Projekt längerfristig laufen kann und nachhaltigere Veränderungen im Setting KiTa zu verankern. Auch die Rahmenbedingungen, wie Gruppengröße und geringer Personalschlüssel in Einrichtungen, wirken sich als limitierende Faktoren für die Qualität aus. Weitere Unterstützungen für die Multiplikatorinnen könnten sein: eine Bewegungskiste, auf die alle jederzeit zurückgreifen könnten, Erstattung von Fahrtkosten ab dem ersten Kilometer, ein Projektmitteltopf für Sonderausgaben in einzelnen Einrichtungen (zum Beispiel um erkannte Defizite im Lärmschutz zeitnah und unbürokratisch ausgleichen zu können) und eine Ideenbörse im Internet (auf die alle Projektbeteiligten jederzeit zugreifen können und die alle ständig erweitern). Auch der Traum von einem Projekt-Firmenwagen wurde geäußert.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Als konkrete Bedarfe, die sich auf die Idee des Gesamtprojekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ beziehen, wurde nicht so sehr das Kennenlernen neuer und anderer Qualitätsinstrumente und -verfahren genannt, sondern vielmehr die Unterstützung in Hinblick auf Moderationstechniken, Medienkompetenz, Kommunikationsschulungen und Förderung von Soft-Skills (hier von den Betroffenen nicht näher ausgeführt, was sie sich vorstellen). Von der Projektkoordinatorin wird auch weiterhin erwartet, dass sie Ideen zur Weiterentwicklung des Projekts und zur Steigerung oder Erhaltung

der Qualität im Projekt in die Projekt-Treffen einbringt, entsprechende Schulungskonzepte vorstellt und vermittelt und somit den Prozess begleitet und fördert.

Im Rahmen der Regionalkonferenz am 16. Januar 2015 wurden im Workshop „Gute Arbeit! Qualität in Settingprojekten in KiTa und Schule“ folgende Faktoren als Kernergebnisse der Auseinandersetzung mit dem Themenfeld QS/QE festgehalten:

- „Gesundheit“ müsste raus aus der rein privaten Verantwortung auch in die Verantwortung der Führungsebene aufgenommen werden
- Finanzielle und gesellschaftliche Honorierung von Qualitätsbemühungen sollten selbstverständlich sein → Wertschätzung
- Zeit- und Geldressourcen können die Wertschätzung der QS/QE verdeutlichen und gleichzeitig motivierend wirken
- Die Nutzung externer Beratungseinrichtungen sollte ermöglicht werden (bzw. selbstverständlich sein)

3.14.3 Handlungsfeld Lebenswelten älterer Menschen

Einführung und Hintergrund

Die Fokusgruppe mit Akteurinnen und Akteuren sowie Fachleuten aus Lebenswelten älterer Menschen fand am 04. Dezember 2014 in Kiel mit sechs Teilnehmenden statt. Diese kamen aus folgenden Arbeitsfeldern und Orten in Schleswig-Holstein: Leitstelle Älter werden (Kiel), Seniorenbüro (Neumünster), Alzheimer Therapiezentrum (Ratzeburg), Klinik für Geriatrie (Ratzeburg), Kreissportverband (Neumünster) und Landessportverband (Kiel). Weitere Akteurinnen und Akteure aus der ambulanten Altenbetreuung und aus dem Institut für Sozialwissenschaften an der CAU (Kiel) waren kurzfristig verhindert.

Beispiele für vorgegebene und genutzte Instrumente und Verfahren

Die Teilnehmenden benennen eine Vielzahl von Instrumenten und Routinen, die ihnen in ihrer Arbeit vorgegeben sind. Bis auf die „medizinischen“ Vorgaben wie MDK-Prüfung und Durchführung von Begleitstudien werden sie von den Fachkräften verbindlich angewendet. Dabei ist es unerheblich, ob die Instrumente und Verfahren intern festgelegt und vorgegeben werden oder extern (zum Beispiel per Gesetz) auf das jeweilige Arbeitsfeld übertragen wurden.

Genannt werden Routinen und Strukturen wie: Formulare, Checklisten, Fragebögen, Sprechstunden, Arbeits- und Berichtsanweisungen, Netzwerke, Arbeitsgruppen, Teambesprechungen, Einladung und Beteiligung der Zielgruppe, räumliche Voraussetzungen und Ausstattung, Leitfäden (eigenen Leitfäden für bestimmte Vorgehensweisen), Studien, Beschwerdemanagement und Öffentlichkeitsarbeit (Transparenz als Anspruch).

Als konkrete Instrumente zur QS/QE werden folgende Verfahren und Grundlagen genannt: Qualifizierungs- und Qualifikationsvorgaben, Zertifizierungs- und Auditierungsverfahren, Evaluation, Dokumentation, Lizenzsysteme (insbesondere im Sportbereich), Qualitätsberichte, Qualitätshandbücher, gesetzliche Vorgaben und Leitfäden (wie Leitfaden Prävention).

Erfahrungswerte der Praktikerinnen und Praktiker

Die Teilnehmenden geben an, die ihnen vorgegebenen Instrumente und Verfahren anzuwenden. Darüber hinaus sind den Teilnehmenden viele andere Verfahren bekannt, auf die sie ebenfalls zurückgreifen: Studien, Register, Forschungsergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen, Fachliteratur, Statistiken, Analyseverfahren, Benchmarking, Qualitätsberichte, einheit-

liche Organisationsstrukturen und Qualitätssiegel. Es wird als außerordentlich hilfreich erlebt, wenn die finanzielle Situation für die eigene Arbeit gesichert ist. Auch die vertragliche Absicherung (Arbeitsverträge und Rahmenbedingungen) trägt dazu bei, qualitativ hochwertige Arbeit leisten zu können und eine gewisse Nachhaltigkeit sichern zu können. Kollegiale Beratung, Erfahrungsaustausch (im Team, mit Kooperationspartnerinnen und -partnern sowie mit der Zielgruppe), Koordinierung, Begleitung und Schulung von Ehrenamtlichen, direkte und persönliche Gespräche mit der Zielgruppe (Partizipation bereits ab der Planung von Projekten und Maßnahmen) tragen ebenso zur Stabilisierung der Qualität in der Arbeit bei, wie das Leitbild der Institution und die eigene wertschätzend - respektierende Haltung (= Menschenbild), welche die Basis dafür bilden. Fort- und Weiterbildungen, die am konkreten Arbeitsfeld und Aufgabengebiet orientiert sind, erhöhen die Qualität der eigenen Arbeit und werden als Bereicherung und Wertschätzung erlebt. Gute Erfahrungen wurden dann gemacht, wenn die Qualitätsbeauftragten selbst aus dem Team stammen und so praxisorientiert (bezogen auf den Ist-Zustand, die Wünsche und Bedürfnisse der Praxis und mit entsprechendem Praxiswissen) begleiten.

Mögliche Maßnahmen für eine vermehrte Anwendung

Mit der entsprechenden finanziellen, zeitlichen und personellen Ausstattung würde es vielfach leichter fallen, sich verstärkt den Fragen der QS/QE zu widmen. Kooperative Netzwerke und effektive, strukturierte Arbeitstreffen (zum Beispiel bei Werkstattgesprächen, Zukunftskonferenzen, Netzwerktreffen) könnten die Basis für ein gutes Miteinander sein, in dem Transparenz und Akzeptanz auf allen Ebenen gepflegt werden („gleiche Absichten unter den Netzwerkpartnern“). So kann der Nutzen von QS/QE spürbar und verständlich werden. Auch die Vernetzung zwischen Qualitätsverantwortlichen und Praktikerinnen und

Praktikern wird als hilfreich für die Akzeptanz von Aktivitäten und Methoden zur Qualitätssicherung erlebt. Damit könnte das Qualitätsmanagement neben einer Verbesserung der Arbeitssituation für die Professionellen und ehrenamtlich Aktiven auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität bei der „Lebenswelt-Zielgruppe“ bewirken. Einfache Handhabung (=praxisgerecht) der Instrumente zur QS/QE, eine einheitliche, abgestimmte Sprachregelung sowie kurze Verwaltungs- und Abstimmungswege wurden als hilfreich benannt.

Zusammenfassung der Kernerkenntnisse

Als konkrete Idee, die sich auf die Idee des Gesamtprojekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ bezieht, wurde der Wunsch nach Begleitung hinsichtlich QS/QE herausgearbeitet. Insbesondere kleinere Institutionen, Projekte und ehrenamtlich gestützte Aktionen und Strukturen wären dankbar für einen „Entwicklungshelfer“ in diesem Bereich – gern auch als niedrigschwelliges „Hotline-Angebot“. Die Unterstützung könnte in Form eines Kompetenz-Zentrums extern und zentral organisiert sein. Beratung, Begleitung, Supervision von Strukturen, Unterstützung in bürokratischen Vorgängen, Finanzierungs- und Qualitätsfragen könnten Leistungen dieses Kompetenz-Zentrums sein. Idealerweise würde der gesamte Prozess von der Antragsstellung über die Durchführung bis hin zur Auswertung der Projekte und Maßnahmen bedarfsgerecht unterstützt. Hilfestellung für eine medienwirksame Öffentlichkeitsarbeit und Vermittlung von Weiterbildungsangeboten könnten ebenfalls hier angesiedelt werden. Größere Institutionen wie Kliniken und Therapiezentren sind nach Erfahrungen der Teilnehmenden meist diesbezüglich schon gut versorgt.

Im Rahmen der Regionalkonferenz am 16. Januar 2015 wurden im Workshop „Gute Arbeit! Qualität in Projekten in der Lebenswelt älterer Menschen“ neben den Ergebnissen,

die bereits unter 3.15.2 aufgeführt wurden, folgende Faktoren als Kernergebnisse der Auseinandersetzung mit dem Themenfeld QS/QE festgehalten:

- der persönliche Zugang zu Instrumenten, Verfahren und Routinen der QS/QE kann entscheidend für die Umsetzung im Arbeitsalltag sein (ausgenommen vorgegebene Instrumente, Verfahren)
- Verstetigung sollte möglich sein, aber auch individuelle Auswahl und Anpassung.

4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Das folgende Kapitel stellt zusammenfassend die Ergebnisse der Länderaktivitäten dar und konzentriert sich dabei aufgrund des vorgegebenen Gesamtumfangs des Berichts auf die Erkenntnisse aus den Fokusgruppen und Regionalkonferenzen. Die ersten zwei Abschnitte beschreiben die Ergebnisse settingübergreifend, der dritte Abschnitt fasst settingspezifische Aspekte zusammen.

4.1 Settingübergreifende Ergebnisse

4.1.1 Anwendungspraxis und Erfahrungen

Akteurinnen und Akteure wurden zunächst danach befragt, welche Instrumente, Verfahren und Routinen der Qualitätssicherung und -entwicklung (QS/QE) der Gesundheitsförderung ihnen für ihre Arbeit vorgegeben sind und welche weiteren Instrumente ihnen bekannt sind. Im Anschluss daran wurden sie gebeten, ihre Erfahrungen im Umgang mit diesen Verfahren zu beschreiben. Dabei wird deutlich, dass die Instrumentennutzung einen hohen Bezug zum jeweiligen Setting aufweist und sich somit insgesamt sehr heterogen darstellt. In Bezug auf die Erfahrungen im Umgang mit verschiedenen Formen von Instrumenten und Verfahren zeigen sich hingegen auch bedeutende settingübergreifende Gemeinsamkeiten.

Anwendungspraxis

Auf die Frage nach vorgegebenen Instrumenten und Verfahren beschreiben die Teilnehmenden eine Vielzahl rechtlicher Regelungen für die jeweiligen Settings auf allen Ebenen der Gesetzgebung (kommunal-, landes- und bundesrechtliche Regelungen), Dokumentations- und Berichtspflichten sowie trägerspezifische Vorgaben und landespolitische Richtlinien. Insgesamt

sind diese Vorgaben erwartungsgemäß in den institutionalisierten Settings erheblich stärker ausgeprägt, als in Bereichen, die weniger formalisierte Strukturen aufweisen und projektbezogener arbeiten. Kapitel 4.2 beinhaltet eine ausführlichere Darstellung dieser settingspezifischen Unterschiede.

Neben diesen vorgegebenen Instrumenten und Verfahren schildern die Praktikerrinnen und Praktiker zahlreiche weitere Instrumente, die sie in ihrem Arbeitsalltag einsetzen. Dabei wird deutlich, dass in den Settings KiTa und Schule eher Qualitätsmanagementkonzepte angewandt werden, die in umfassende Organisationsentwicklungsprozesse münden. Ergänzend kommen themenspezifische Instrumente zum Einsatz. Befragte aus den Bereichen Quartier und Migration nehmen QS/QE hingegen stärker als Bestandteil der alltäglichen Arbeit wahr und nutzen viele niedrigschwellige, offene Verfahren.

Settingübergreifend zeigt sich, dass vergleichsweise wenige Instrumente und Verfahren zum Einsatz kommen, die ihren Fokus gezielt auf QS/QE in der Gesundheitsförderung richten. Genutzt werden vorrangig Instrumente und Verfahren, die sich generell auf Qualitätsmanagement, -sicherung oder -entwicklung beziehen.

Erfahrungen

Die Ergebnisse der Befragungen unterstreichen, dass die Praktikerrinnen und Praktiker grundsätzlich offen sind für QS/QE. Sie sehen in der QS/QE einen geeigneten Rahmen zur Selbstreflexion, die es ihnen ermöglicht, ihre eigene Arbeit weiterzuentwickeln und zu verbessern. Vorgegebene Dokumentations- und Berichtsverfahren empfinden sie jedoch oft als notwendige Pflichterfüllung, da diese Aufgaben meistens am Ende von Projekten stehen und wenig für die konkrete Zielplanung, Weiterentwicklung und Reflexion nutzbar gemacht werden können.

Entsprechend erleben die Teilnehmenden der Fokusgruppen diese eher als Belastung denn als Beförderung ihrer praktischen Arbeit. In diesem Zusammenhang werden unterschiedliche Perspektiven auf die Funktionen von QS/QE deutlich: Während auf der Seite der Fördermittelgeber offenkundig der Nachweis über erbrachte Leistungen und angemessene Mittelverwendung, also Legitimierungsfunktionen im Vordergrund stehen, streben die Praktikerinnen und Praktiker vordergründig eine Optimierung ihrer Arbeitsprozesse an und versuchen demzufolge das Potenzial der Entwicklungsfunktionen von QS/QE zu erschließen.

Viele Instrumente der QS/QE, mit denen die Befragten bereits Erfahrungen gesammelt haben, erleben sie als nicht zur jeweiligen Praxis, Zielgruppe oder zum Setting passend und beurteilen diese als zu komplex, aufwändig und unflexibel. Wenn Verfahren nicht kongruent mit den täglichen Arbeitsprozessen sind und diese befördern, führt dies in der subjektiven Wahrnehmung der Anwendenden zu einem Zielkonflikt zwischen der Bewältigung der wesentlichen täglichen Arbeitsprozesse und den dazu unpassenden formalen Anforderungen der QS/QE, zum Beispiel seitens Fördermittelgebern. Instrumente und Verfahren werden offenkundig dann vermehrt angewendet, wenn sie gut in den beruflichen Alltag zu integrieren sind. Möglichkeiten einer individuellen Entwicklung und Anpassung von Instrumenten an die tägliche Praxis können dazu führen, dass die Akteurinnen und Akteure diese als etwas Eigenes empfinden. Dies erhöht den wahrgenommenen Nutzen und die Wahrscheinlichkeit der Anwendung.

Auch kollegialer fachlicher Austausch und Fortbildungen (intern und extern) sind aus Sicht der Akteure wichtige Bestandteile von Qualitätsentwicklung, hierfür fehlt es jedoch häufig an Raum und Zeit.

4.1.2 Bedürfnisse der Praxis

Akteurinnen und Akteure wurden zudem danach gefragt, welche Maßnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten sie in die Lage versetzen würden, Instrumente und Verfahren der QS/QE der Gesundheitsförderung vermehrt anzuwenden.

Die Aussagen der Befragten ließen sich zwei Kategorien zuordnen, zum einen Bedürfnissen nach einer Verbesserung der arbeitsbezogenen Rahmenbedingungen und zum anderen Wünschen nach konkreten Unterstützungsmaßnahmen im Hinblick auf Qualitätsentwicklung.

Verbesserung der Rahmenbedingungen

Praktikerinnen und Praktiker äußern das Bedürfnis nach einer stärkeren politischen Unterstützung in Gestalt von vermehrten personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen für ihre Arbeit. Sie erachten die Bereitstellung dieser Ressourcen als Voraussetzung dafür, dem Thema QS/QE mehr Aufmerksamkeit widmen zu können, ohne dass die alltägliche Arbeit darunter leidet. Denn die Beschäftigung mit Instrumenten und Verfahren der QS/QE erfordert in erster Linie mehr Zeit, da diese erlernt und angewendet werden müssen. Oftmals erfahren Praktikerinnen und Praktiker hierfür allerdings kaum Spielraum im alltäglichen Arbeitsgeschehen. Die Befragten wünschen sich ausreichend finanzielle Mittel, um sich die nötigen Kenntnisse aneignen und eventuelle Unterstützung akquirieren zu können. Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen ist laut der Befragten gleichzeitig Ausdruck der Wertschätzung ihrer Arbeit.

Praktikerinnen und Praktiker wünschen sich einen intensiveren Austausch mit Mittelgebern und Trägern, um Förderlogiken und tägliche Arbeitsanforderungen besser in

Einklang bringen zu können. Dazu gehören unter anderem die Möglichkeit, QS/QE flexibel an Arbeitsprozesse anzupassen sowie längere Projektlaufzeiten und entsprechend umfassendere Planungshorizonte. Des Weiteren werden die Anerkennung von Projektvorbereitungsphasen in der Projektförderung sowie mehr Akzeptanz für die Methode der Selbstevaluation als Instrument der QS/QE gewünscht.

Laut einiger Befragter erfolgt QS/QE noch zu oft primär als Legitimierung der Mittelverwendung. Sie äußern den Wunsch nach einer Gesprächskultur, in deren Rahmen offen auch über Fehler und „Bad Practice“ gesprochen werden könne. Erst dies ermögliche Lernprozesse und eine Verbesserung der eigenen Arbeit.

Konkrete Unterstützungsmaßnahmen

Praktikerinnen und Praktiker aller Settings wünschen sich Unterstützungsmaßnahmen unterschiedlicher Art. Eine individuelle, prozesshafte Beratung durch eine mit dem Setting vertraute Person könne Akteurinnen und Akteure der Praxis befähigen, Maßnahmen der QS/QE passgenau anzuwenden. Die Liste der gewünschten Qualifikationen ist dabei bereits sehr konkret: Die Beraterinnen sollten über sehr gute Methodenkenntnisse, Kenntnisse des Settings und ein breites Netzwerk verfügen. Sie sollten bei der Auswahl, Anwendung und der eigenen Entwicklung von Instrumenten und Verfahren beraten und unterstützen sowie die Antragstellung von Fördermitteln begleiten. Die Koordination von Netzwerken und die Vermittlung von Weiterbildungsangeboten können nach Aussage der Befragten ebenfalls Bestandteil des Beratungsangebotes sein.

Des Weiteren zeigt sich ein Bedarf an vorgefertigten, niedrighschwelligem Instrumenten, welche flexibel an die eigenen Arbeitsabläufe anpassbar sind und eine Arbeitserleichterung mit sich bringen, indem sie die Arbeit strukturieren. Der individuelle Mehrwert durch die Anwendung eines Instruments muss dabei deutlich erkennbar sein.

Die Befragten wünschen sich eine Intensivierung des fachlichen Austauschs mit Kolleginnen und Kollegen auch in Bezug auf das Thema Qualitätsentwicklung sowie Fortbildungen zu Instrumenten und Verfahren der QS/QE, die am eigenen Arbeitsfeld und Aufgabengebiet orientiert sind.

Einige Praktikerinnen und Praktiker kritisieren komplizierte Begrifflichkeiten und das uneinheitliche Vokabular im Kontext von QS/QE. Ein abgestimmter verständlicher Sprachgebrauch für diesen Bereich würde aus ihrer Sicht die Verständigung zwischen Entwickelnden, Nutzenden und Fördermittelgebern und somit auch die Anwendung von Instrumenten und Verfahren der QS/QE erleichtern.

Einige der befragten Praktikerinnen und Praktiker äußern ein Bedürfnis nach unterstützenden Materialien und Medien, wie zum Beispiel einer Übersicht von Instrumenten und Verfahren im Internet, eine elektronische Maske für Fragebögen oder eine Internetplattform für fachlichen Austausch. Gleichzeitig merken sie an, dass sie unter den aktuellen Rahmenbedingungen über zu wenig Zeit für die Nutzung dieser Hilfsmittel verfügen.

4.2 Settingspezifische Ergebnisse

Während in den vorangegangenen Abschnitten die Ergebnisse auf einer settingübergreifenden Ebene dargestellt wurden, sollen im Folgenden die charakteristischen Eigenschaften und Unterschiede der verschiedenen untersuchten Settings herausgearbeitet werden. Bei der Einordnung der dargestellten Erkenntnisse sind die unterschiedliche Anzahl und Größe der Fokusgruppen je Setting zu berücksichtigen. Insbesondere bei den Handlungsfeldern, die lediglich mit einer geringen Zahl von Gruppen bzw. Befragten berücksichtigt werden konnten, ist entsprechend von einer vergleichsweise eingeschränkten Aussagekraft der Ergebnisse auszugehen.

4.2.1 Setting Kindertageseinrichtungen (KiTas)

Fünf Bundesländer führten insgesamt zehn Fokusgruppen mit Akteurinnen und Akteuren des Settings KiTa durch. Des Weiteren fanden in drei Bundesländern weitere vier Fokusgruppen zu angrenzenden Bereichen statt. Auf vier Regionalkonferenzen wurde das Setting KiTa in Arbeitsgruppen oder World-Cafés aufgegriffen⁴. Die Analyse der gesammelten Daten zeigt, dass im Setting KiTa anstelle von Instrumenten und Verfahren der QS/QE Instrumente und Verfahren des Qualitätsmanagements (QM) im Vordergrund stehen. Beispiele für verwendete Instrumente und Verfahren sind Quik (Qualität in Kindertageseinrichtungen) und PQSys® (Paritätisches Qualitätssystem) sowie diverse Qualitätshandbücher, welche oftmals gesetzlich oder trägerspezifisch vorgegeben sind. Einige – vor allem größere – KiTas verfügen über Qualitätsbeauftragte, welche die Umsetzung des QMs unterstützen. Darüber hinaus beschreiben die Befragten, dass sie in ihren Einrichtungen auch gesundheitsförderungsspezifische Instrumente und Verfahren anwenden. Einige dieser Instrumente und Verfahren sind themenspezifisch (zum Beispiel „Leitgedanken gesunde Ernährung“), andere zielen eher auf eine gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung ab, die die Gesundheit der Kinder, Mitarbeitenden und Eltern mit einbezieht (zum Beispiel „Audit Gesunde KiTa“). Im Allgemeinen zeigt sich, dass der Regelbetrieb den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wenig Spielraum für QS/QE der Gesundheitsförderung lässt und die Implementierung von Instrumenten und Maßnahmen vielfach als eine zusätzliche Aufgabe empfunden wird. Um dem Bereich der Gesundheitsförderung mehr Aufmerksamkeit widmen zu können, ohne dass die primäre pädagogische Arbeit darunter leidet, bedarf es aus Sicht der Befragten grundsätzlich einer Verbesserung des Personalschlüssels und finanzieller Ressourcen.

Zudem wünschen sich einige Praktikerinnen und Praktiker, dass das Thema Gesundheitsförderung stärker in das bereits bestehende Qualitätsmanagement integriert wird, um nicht zusätzliche Instrumente im KiTa-Alltag verankern zu müssen.

4.2.2 Setting Schule

Das Setting Schule wurde durch die Landesvereinigungen für Gesundheit der Länder Niedersachsen und Sachsen-Anhalt im Rahmen von insgesamt drei Fokusgruppen und zwei Regionalkonferenzen bearbeitet. Dabei zeigte sich, dass im Setting Schule zahlreiche landespolitische Vorgaben und Richtlinien in Bezug auf QS/QE existieren, wie in Niedersachsen zum Beispiel die Schulinspektion und der Orientierungsrahmen Schulqualität. Qualitätsentwicklung wird dabei als ganzheitlicher Schulentwicklungsprozess gesehen und Gesundheitsförderung als ein Teil dessen, da eine gute Unterrichtsentwicklung auch die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern sowie Lehrenden fördert. Es gibt ein großes Angebot an gesundheitsförderungsspezifischen Programmen für Schulen, wie zum Beispiel „Bewegte Schule“, „Fit und stark fürs Leben“, „Gesund Leben Lernen“ und das „Audit Gesunde Schule“. Diese empfinden die Praktikerinnen und Praktiker als wertvoll, wenn sie langfristig in den Schulalltag integriert werden, Verbesserungspotentiale aufzeigen und Entscheidungsspielräume eröffnen. Im Ergebnis können sie zu mehr Kooperation, mehr Identifikation mit der Arbeit und einer höheren Arbeitszufriedenheit führen. Als besonderes Bedürfnis wurde im Setting Schule der Wunsch nach einer Person geäußert, welche das Thema QS/QE der Gesundheitsförderung schulintern hauptamtlich bearbeitet. Dies könne nach Meinung einiger Befragter zum Beispiel durch einen Schulsozialarbeiters/einer Schulsozialarbeiterin oder eines Schulkrankenpflegers/einer Schulkrankenpflegerin umgesetzt werden.

⁴ Fokusgruppen zum Setting KiTa fanden in Bayern, Brandenburg, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt statt. Angrenzende Bereiche wurden von den Landesvereinigungen und Landes-einrichtungen der Länder Bayern (Frühe Hilfen/Koordinierende Kinderschutzstellen), Hessen (Kinder und Familienzentren) und dem Saarland (Frühe Hilfen) bearbeitet.

In Bayern, Hessen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein wurden das Setting KiTa oder angrenzende Bereiche auf den Regionalkonferenzen aufgegriffen.

4.2.3 Setting Quartier

Bundesweit wurden sechs Fokusgruppen zur Thematik QS/QE der Gesundheitsförderung im Quartier durchgeführt. Darüber hinaus haben sechs Regionalkonferenzen dieses Setting im Rahmen von Arbeitsgruppen oder World-Cafés aufgegriffen⁵. Im Rahmen der Analyse der dort gesammelten Daten zeigt sich, dass QS/QE im Setting Quartier stark durch die zeitlichen Begrenzungen von Projekten gekennzeichnet ist und sich entsprechend von den oben dargestellten regelfinanzierten und institutionalisierten Settings deutlich unterscheidet. Die Beantragung und Umsetzung von Projekten sowie die entsprechende Berichterstattung ist grundlegender Bestandteil des Arbeitsalltags. Die koordinierenden Personen agieren gleichzeitig auf verschiedensten Arbeitsebenen und entwickeln ausgehend von den lokalen Herausforderungen passende Lösungen. Die gegenstandsbezogene Auswahl und Integration verschiedener Verfahren der QS/QE als Hilfsmittel zur Projektentwicklung erfolgt bei der Mehrzahl der Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer mit einer hohen Selbstverständlichkeit. Neben spezifischen Verfahren der Gesundheitsförderung wie dem Good-Practice-Ansatz der Gesundheitsförderung oder den Stufen der Partizipation kommen vor allem dialogische Verfahren wie Planungskonferenzen, Stadtteilbegehungen und Zukunftswerkstätten zum Einsatz. Diese Verfahren durchdringen den Arbeitsalltag und werden als Hilfsmittel zur Erreichung der Projektziele eingesetzt. In diesem Rahmen spielen Vorgaben seitens der jeweiligen Fördermittelgeber eher eine nachrangige Rolle, zum Beispiel im Rahmen der Erfüllung von Berichtspflichten. Defizite sehen die Akteurinnen und Akteure im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Verfahren, die geeignet sind, Erfolge in Bereichen wie sozialer Teilhabe, Empowerment oder Netzwerkarbeit zu erfassen und nach außen darzustellen.

⁵ Die Fokusgruppen zum Setting Quartier wurden durch die Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung der Länder Hamburg, Baden-Württemberg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz umgesetzt. Auf den Regionalkonferenzen der Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung der Länder Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein wurde das Setting Quartier im Rahmen von Arbeitsgruppen oder World-Cafés aufgegriffen.

4.2.4 Handlungsfeld Migration

Das Handlungsfeld Migration wurde im Rahmen des Gesamtprojekts mit einer Fokusgruppe im Land Bremen und in einer Arbeitsgruppe auf der bremischen Regionalkonferenz bearbeitet. Insgesamt erwies sich Migration im Hinblick auf QS/QE als das vergleichsweise am wenigsten durch Vorgaben strukturierte und entwickelte Handlungsfeld. Ähnlich wie das Setting Quartier ist dieses Handlungsfeld durch die mit der Projektfinanzierung einhergehenden Sachzwänge geprägt. Die Befragten schildern vordergründig Erfahrungen, die sich auf die schwierige Herstellung von Rahmenbedingungen für eine angemessene Arbeit beziehen. Der Alltag sei einerseits geprägt durch ständige Projektmittelakquise, kurze Projektzeiträume, geringe Stellenumfänge und Abdeckung anfallender Tätigkeiten durch ehrenamtlich Engagierte sowie andererseits durch die Notwendigkeit kontinuierlicher Beziehungsarbeit und eines Vertrauensaufbaus zu den Klientinnen und Klienten. Letztere sind laut der Befragten unabdingbare Grundlagen für eine funktionierende Arbeit mit Migrantinnen und Migranten. In diesem Spannungsfeld seien angemessene Bedingungen für eine systematische QS/QE häufig nicht vorzufinden. Findet QS/QE statt, wird sie häufig von den Akteurinnen und Akteuren subjektiv nicht als solche verortet. Die verwendeten Routinen und Instrumente entstammen zumeist nicht dem Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und reichen von Dokumentationsroutinen über Bedürfnisanalysen bis zur Netzwerkarbeit.

4.2.5 Handlungsfeld Ältere

Das Handlungsfeld Senioren/Ältere wurde im Rahmen von zwei Fokusgruppen und zwei Regionalkonferenzen (Berlin, Schleswig-Holstein) untersucht. Die Ergebnisse verweisen auf eine hohe Heterogenität der Maßnahmen und entsprechend auch der

eingesetzten QS/QE-Ansätze. Grob lässt sich dieses Handlungsfeld in zwei Gruppen unterteilen: Die Gruppe der Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär), welche stark durch Einrichtungszertifizierungen und Dokumentationspflichten charakterisiert ist, sowie die Gruppe der Stadtteilprojekte, die sich (auch) an ältere Zielgruppen richtet. Die in letzterer Gruppe gesammelten Erfah-

rungen entsprechen eher dem oben bereits dargestellten Setting Quartier und deuten auf eine vergleichsweise geringe Nutzung standardisierter Instrumente und stattdessen stärkere Nutzung offener Gesprächsverfahren hin. Beiden Bereichen ist gemein, dass die verwendeten Instrumente, Verfahren und Routinen selten dem Bereich der Gesundheitsförderung entstammen.

5. Diskussion / Fazit

Das Erkenntnisinteresse dieses Teilprojekts richtete sich auf die praktische Umsetzung von QS/QE in der Gesundheitsförderung. Die Befragungen von Praktikerinnen und Praktikern unterschiedlicher Settings unterstreichen jedoch, dass dieser spezifische Themenbezug sich nur ausschnittsweise in der praktischen Arbeitswelt der Befragten widerspiegelt. Die Praktikerinnen und Praktiker orientieren sich in ihrer settingbezogenen Arbeit an Bedarfen und Bedürfnissen ihrer Zielgruppen, Gesundheitsförderung stellt dabei für sie nur einen kleinen Teilbereich dar. Folglich beziehen sich auch die im Rahmen der Befragungen genannten angewandten und bekannten Instrumente, Verfahren und Routinen der QS/QE auf ihre Arbeit als Ganzes und nur teilweise auf den Bereich Gesundheitsförderung im Spezifischen.

Hinsichtlich der Erfahrungen mit QS/QE wurde deutlich, dass die Befragten QS/QE als förderlich erleben, wenn die Verfahren kongruent mit ihrer Arbeitspraxis sind oder entsprechend adaptiert werden können und einer Weiterentwicklung der Arbeit mit den Zielgruppen dienen. Hingegen erleben sie mehrheitlich einen Konflikt zwischen der Bewältigung der wesentlichen täglichen Kernarbeitsprozesse und den häufig als unpassend erlebten formalen Anforderungen extern auferlegter QS/QE. In der Auflösung dieser Diskrepanz liegt vermutlich großes Potenzial für eine vertiefte, nutzbringende und letztlich zufriedenstellende Anwendung der QS/QE.

Insgesamt sind aus Sicht der Befragten **hinreichende zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen** für eine QS/QE der Gesundheitsförderung in die Projektplanung bzw. den Regelbetrieb **einzuplanen und** durch Fördermittelgeber **bereitzustellen**.

In diesem Zusammenhang sind auch die unterschiedlichen Erwartungen und Möglichkeiten zu nennen, die Fördermittelgeber und Praxis mit QS/QE assoziieren. Eine Lösung dieses Konflikts könnte in der Verbesserung der Kommunikation zwischen beiden Parteien und in der **Klärung der Ziele und angemessenen Umsetzungsformen von QS/QE** liegen. Der Vertiefung dieses Dialogs stehen die Befragten positiv gegenüber.

Die Untersuchungsergebnisse verdeutlichen, dass die **betrachteten Settings** im Hinblick auf die Fragestellungen dieses Teilprojekts eine **hohe Heterogenität aufweisen**. Besonders offenkundig ist dies anhand des Unterschieds zwischen institutionellen Settings, wie KiTa und Schule und formal gering strukturierten Settings, wie zum Beispiel Quartier. Darüber hinaus sind auch länderspezifische Unterschiede zutage getreten. Zu diesen tragen unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen bei, die sich wiederum in verschiedenen Umsetzungen von QS/QE manifestieren. Die **vorgefundenen Unterschiede sollten sich** in hinreichenden Spielräumen bei der Konzeption und Umsetzung der **geplanten Unterstützungsmaßnahmen und Weiterentwicklungsoptionen widerspiegeln**.

Ungeachtet dieser Unterschiede äußert die Praxis übergreifend ein **Bedürfnis nach einer prozessbegleitenden Beratung und Unterstützung**. Sie selbst sind Expertinnen und Experten für ihr jeweiliges Setting und möchten mit Professionellen aus dem Bereich QS/QE in einem inhaltsbezogenen Dialog auf Augenhöhe Instrumente und Verfahren entsprechend der settingspezifischen Rahmenbedingungen anpassen oder entwickeln. Darüber hinaus wünschen sie sich Unterstützung beim Aufbau von

Netzwerken, bei der Akquise von Fördermitteln und Informationen zu möglichen Weiterbildungen.

Aus Sicht der Praxis sollten zukünftige Ansprechpartnerinnen und -partner für QS/QE folgende Qualifikationen aufweisen:

- Grundlegende Kenntnisse des jeweiligen Handlungsfeldes und die Bereitschaft, sich gemeinsam mit den Praktikerinnen und Praktikern in die settingspezifischen Rahmenbedingungen gezielt einzuarbeiten
- Kenntnisse von Instrumenten und Methoden der QS/QE und die Kompetenz zur Befähigung der Praxis
- Kenntnis relevanter Fördermittelgeber und Unterstützung der Praxis bei Antragstellungen
- Eingebundenheit in Netzwerke und Vermittlung wichtiger Kontakte
- Kenntnisse, Vermittlung oder Organisation praxisbezogener Weiterbildungsangebote

Die Ergebnisse dieses Teilprojekts sind in die Ausarbeitung eines Multiplikatorenkonzepts eingeflossen, welches im Rahmen einer Bund-Länder-Struktur sowohl die Verbesserung der Rahmenbedingungen als auch konkrete Unterstützungsmaßnahmen für Praktikerinnen und Praktiker aufgreift.

Bemerkenswert war insgesamt die hohe Bereitschaft der befragten Akteurinnen und Akteure, im Rahmen des Projekts in einen Dialog zur QS/QE einzutreten und zu deren Weiterentwicklung beizutragen. Und dies, obgleich (oder gerade weil) das Thema von ihnen mehrheitlich als „sperrig“ empfunden wird. Diese Dialogbereitschaft offenbart hohes Potenzial für einen fortgesetzten Einbezug der Akteurinnen und Akteure. Ein solches beteiligungsorientiertes Vorgehen beinhaltet die Chance für die Entstehung einer praxisnahen und für alle Beteiligten nutzbringenden Qualitätssicherung und -entwicklung.



Impressum

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit



Herausgeberin

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e. V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover,
Telefon: 0511 / 388 11 89 - 0, Internet: www.gesundheit-nds.de

Konzept und Rahmentext (Kapitel 1,2,4 und 5)

Birte Gebhardt, Sven Brandes, Iris Bregulla, Thomas Altgeld

Gestaltung

Eric Weidler

Titelfoto

© Iakov Kalinin - Fotolia.com

