
Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings

Ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

The logo for the Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) is located in the top left corner of the blue background. It consists of the letters 'BZgA' in a white, bold, sans-serif font, set against a light grey rectangular background.

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Das Kooperationsprojekt »Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld ist als Antwort auf eine positive Entwicklung im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention zu sehen. Immer mehr Institutionen messen dem Thema Qualität eine große Bedeutung bei und entwickeln Instrumente und Verfahren, mit deren Hilfe die Voraussetzungen für Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Interventionsmaßnahmen geschaffen und verbessert werden sollen. Inzwischen ist das Angebot für die Anwenderinnen und Anwender sowie für die Geldgeber jedoch unübersichtlich geworden. Zahlreiche Akteurinnen und Akteure stehen vor der Frage, welche Angebote für ihre Maßnahmen sinnvoll und hilfreich sind. Vor diesem Hintergrund führte das Kooperationsprojekt eine kriteriengeleitete Recherche, Analyse, Darstellung und Bewertung vorhandener generischer und settingspezifischer Verfahren und Instrumente (Kita, Stadtteil/Kommune und Senioreneinrichtungen) durch. Dabei wird die Frage nach Nutzen und Wirksamkeit der Qualitätssicherung stärker in den Fokus gerückt. Das in diesem Fachheft dokumentierte Projekt leistet damit einen Beitrag für die Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsstrategien.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden zum Beispiel Kampagnen zur Aids-Prävention, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Die Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist derzeit der zielgruppenspezifische Schwerpunkt der BZgA. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“ versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.

Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings

Ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für
Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Nicole Tempel, Malte Bödeker, Natascha Reker,
Ina Schaefer, Gabriele Klärs, Petra Kolip

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 42

Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings – Ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Köln: BZgA, 2013

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln

Tel.: 0221/8992-0, Fax: 0221/8992-300

Projektleitung

Petra Kolip (Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld)

Jürgen Töppich (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)

E-Mail: juergen.toepich@bzga.de

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Alle Rechte vorbehalten.

Lektorat: René Zey, Frechen

Satz: Königsdorfer Medienhaus, Frechen

Druck: Warlich Druck Meckenheim GmbH, Meckenheim

Auflage: 1.2.01.13

ISBN 978-3-942816-21-2

Band 42 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, und über Internet unter der Adresse <http://www.bzga.de>.

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60640042

»» Vorwort

Das Kooperationsprojekt »Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld ist als Antwort auf eine positive Entwicklung im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention zu sehen. Immer mehr Institutionen messen dem Thema Qualität eine große Bedeutung bei und entwickeln Instrumente und Verfahren, mit deren Hilfe die Voraussetzungen für Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Interventionsmaßnahmen geschaffen und verbessert werden sollen.

Die Fülle der in diesem Prozess entstandenen Qualitätssicherungsverfahren und -instrumente führt allerdings auch zu wachsenden Orientierungsschwierigkeiten für ihre potenziellen Anwenderinnen und Anwender. Eine erste Antwort auf diese Situation sind aktuelle Überblicksarbeiten (Kolip und Müller 2009, LIGA.NRW 2010, »IN FORM«-Toolbox, BVP 2012), die das Angebot transparent machen. Das Kooperationsprojekt »Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings« knüpft daran an. An eine kriteriengeleitete Recherche, Analyse und Darstellung vorhandener generischer und settingspezifischer Verfahren und Instrumente (Kita, Stadtteil/Kommune und Senioreneinrichtungen) schließt sich ihre Bewertung an. Vor allem wird auch die Frage nach Nutzen und Wirksamkeit der Qualitätssicherung stärker in den Fokus gerückt. Die Arbeit leistet damit einen Beitrag für die Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsstrategien.

Ich danke Frau Professor Kolip und ihrem Team, dass sie gemeinsam mit der BZgA dafür eine wichtige Grundlage geschaffen hat und hoffe, dass der vorgelegte Band den Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention von Interesse und Nutzen ist.

Köln, im November 2012

Prof. Dr. Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

| | | |
|------|--|----|
| 01 | » Einführung | 8 |
| 02 | » Qualität – eine einführende Auseinandersetzung mit Begrifflichkeiten | 10 |
| 02.1 | Was bedeuten die Begriffe Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement? | 10 |
| 02.2 | Was sind Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung? | 17 |
| 02.3 | Was bedeuten Evidenz und Gütekriterien in Zusammenhang mit Instrumenten und Verfahren der Qualitätssicherung? | 17 |
| 03 | » Methodische Vorgehensweise | 20 |
| 03.1 | Bestandsaufnahme bestehender Ansätze zur Qualitätssicherung in Gesundheits- förderung und Prävention | 21 |
| 03.2 | Kriteriengeleitete Ausgangsanalyse zur Eingrenzung der Rechercheergebnisse | 24 |

| | | |
|------|--|----|
| 03.3 | Strukturierte Beschreibung der Instrumente und Verfahren | 27 |
| 03.4 | Stärken-Schwächen-Betrachtung zur wirkungsorientierten Qualitätsentwicklung/ Qualitätssicherung | 31 |
| 03.5 | Formulierung und Verbreitung von Empfehlungen | 35 |

04 » Ergebnisse der Bestandsaufnahme 36

| | | |
|--------|---|-----|
| 04.1 | Settingübergreifende bzw. generische Ansätze | 36 |
| 04.1.1 | Ergebnisse zu generischen Instrumenten und Verfahren | 37 |
| | Evaluationstools | 37 |
| | Goal Attainment Scaling (GAS) | 42 |
| | Good-Practice-Kriterien | 47 |
| | Health Promotion Effect Management Instrument (PREFFI 2.0) | 56 |
| | Leitfaden Prävention | 63 |
| | Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ) | 72 |
| | Qualität in der Prävention (QIP) | 82 |
| | Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention (QuiG®) | 87 |
| | quint-essenz | 96 |
| | Selbstevaluation | 105 |
| 04.1.2 | Ergebnisse zu weiteren (generischen) Materialien | 111 |
| | Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen | 111 |
| 04.2 | Setting Kommune/Stadtteil | 112 |
| 04.2.1 | Ergebnisse zu Instrumenten und Verfahren im Setting Kommune/Stadtteil | 114 |
| | Arbeitshilfe für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung | 115 |
| | GUT DRAUF | 122 |
| | Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ) | 131 |
| | Schritt-für-Schritt-Anleitungen für die gemeindenahere Gesundheitsförderung | 140 |
| 04.2.2 | Ergebnisse zu weiteren Materialien im Setting Kommune/Stadtteil | 146 |
| | Praxis der Qualitätssicherung in gesundheitsfördernden Settings (Quali-Set-Praxis) | 146 |
| | Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheits- förderung im Quartier | 147 |
| 04.3 | Setting Kita | 148 |
| 04.3.1 | Ergebnisse zu Instrumenten und Verfahren im Setting Kita | 150 |
| | Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein- Westfalen (LSB NRW) – ein Programm des LSB NRW zur Kooperation zwischen Sportvereinen und Kindertageseinrichtungen | 150 |
| | Audit Gesunde KiTa | 160 |
| | DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder | 166 |
| | Handlungsleitfaden »Kitas fit für die Zukunft« | 173 |

| | | |
|--------|---|------------|
| 04.3.2 | Ergebnisse zu weiteren Materialien im Setting Kita | 180 |
| | Gesunde Kita für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte | 180 |
| | Handbuch Erzieherinnen-Gesundheit | 181 |
| | Kitas bewegen! Für eine gute gesunde Kita | 181 |
| | K!GG – Kita Gut & Gesund – Programm für integriertes Gesundheits- management | 182 |
| 04.4 | Setting Senioreneinrichtung | 183 |
| 04.4.1 | Ergebnisse zu Instrumenten und Verfahren im Setting Senioreneinrichtung »fit für 100« | 185 186 |
| 05 | »» Zusammenfassende Betrachtung der Stärken- und-Schwächen-Analysen | 192 |
| 06 | »» Schlussdiskussion | 196 |
| 07 | »» Literaturverzeichnis | 200 |
| 08 | »» Anhang | 217 |
| 08.1 | Stärken-Schwächen-Betrachtungen | 217 |
| 08.2 | Raster zur Beschreibung von Instrumenten und Verfahren | 258 |
| 08.3 | Übersicht der recherchierten Verfahren und Instrumente: Bereinigte Bestandsanalyse, sortiert nach Settings und Zuordnung | 260 |
| 08.4 | Tabellenverzeichnis | 269 |
| 08.5 | Abbildungsverzeichnis | 270 |

01

» Einführung

Fragen der Qualitätsentwicklung und des Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention sind in den vergangenen Jahren immer bedeutsamer geworden. Die Notwendigkeit liegt auf der Hand: Mit einer Planung, die auf theoretischen Grundlagen basiert und die Vorerfahrungen anderer Projekte ebenso berücksichtigt wie die Bedürfnisse der Zielgruppe, sowie mit der Sicherung von Struktur- und Prozessqualität werden die Voraussetzungen geschaffen, eine gute Ergebnisqualität zu erzielen, also die geplanten Effekte zu erreichen und nicht intendierte Wirkungen zu reduzieren. In unterschiedlichen Kontexten wurden Instrumente und Verfahren zur Qualitätsentwicklung konzipiert und erprobt – von einfachen Checklisten bis hin zu umfassenden Qualitätsmanagementsystemen (zum Beispiel in Projekten aus dem Förderprogramm Präventionsforschung, im Rahmen der Projekte des Nationalen Aktionsprogramms IN FORM, im Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

sowie im Rahmen der Aktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).

Mittlerweile ist das Angebot für Nutzerinnen und Nutzer wie auch für Institutionen und Geldgeber unübersichtlich geworden. Zahlreiche Akteure stehen vor der Frage, welche Angebote denn nun für ihre Maßnahmen sinnvoll und hilfreich sind. In den letzten beiden Jahren sind Abstimmungs- und Systematisierungsversuche zu erkennen. So haben sich die Entwicklerinnen und Entwickler der wichtigsten Ansätze der Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland in einem Arbeitskreis zusammengefunden, der dem gegenseitigen Austausch dient und der Diskussion darüber, welche Instrumente und Verfahren für wen geeignet sind und welche Vor- und Nachteile die jeweiligen Angebote haben. Auch gibt es mittlerweile einige Übersichten, die eine Entscheidungsgrundlage bei der Wahl eines Qualitätsangebots bieten sollen, zum

Beispiel eine Übersicht über Instrumente und Verfahren mit wissenschaftlicher Einbettung (Kolip und Müller 2009) sowie eine internetbasierte Übersicht über die wichtigsten Ansätze für Praktikerinnen und Praktiker (LIGA.NRW 2010c). Daran anknüpfend wurde eine Toolbox von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung aufgebaut, die im Rahmen des Aktionsprogramms Bewegung und Ernährung IN FORM entstand und die Instrumente und Verfahren um Praxisbeispiele ergänzt.

Auch wenn die genannten Übersichten eine Entscheidungshilfe sein mögen, wird dennoch häufig der Wunsch formuliert, ein einheitliches und abgestimmtes Instrument bzw. Verfahren zu entwickeln, das auf einheitlichen Qualitätskriterien basiert und in vielen Bereichen unter verschiedenen Perspektiven eingesetzt werden kann. Auf europäischer Ebene hat es auch bereits solche Versuche gegeben (European Quality Instrument for Health Promotion [EQUIHP]). Dass dieser Prozess ins Stocken geraten ist, deutet aber bereits an, dass es kaum einheitliche (und möglicherweise sogar verbindliche) Qualitätsverfahren geben kann, da die Anforderungen und Bedürfnisse in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention sehr unterschiedlich sind. Vielmehr muss es darum gehen, eine klare Systematik für die Beschreibung und Bewertung der verschiedenen Qualitätsangebote zu erarbeiten und transparent zu machen, damit Nutzerinnen und Nutzer eine Entscheidungsgrundlage bekommen. Hilfreich wäre es auch, ein solches Informationsangebot mit einer Beratung zu verbinden.

Vor diesem Hintergrund verfolgte das Kooperationsprojekt »Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld das Ziel, vorhandene Verfahren zur Qualitätssicherung kriteriengeleitet zu recherchieren, darzustellen und zu bewerten. Für die Bewertung war vor

allem die Frage relevant, ob die Instrumente und Verfahren zu einer Weiterentwicklung der Qualität der Maßnahmen führen (»wirkungsorientierte Qualitätssicherung«). Da aus Kapazitätsgründen eine Auswahl zu untersuchender Settings getroffen werden musste, wurden vor allem solche Settings in den Blick genommen, für die eine Qualitätsdiskussion erst am Anfang bzw. zu denen bereits ein guter Zugang besteht (Setting Kita) oder die durch gesundheitspolitische Prioritätensetzung in den Focus gerückt wurden (Setting Stadtteil/Kommune, Senioreneinrichtungen). In Abstimmung zwischen Bundesministerium für Gesundheit, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Universität Bielefeld wurden in Ergänzung zur Analyse generischer Instrumente die Settings Kommune/Stadtteil, Kindertagesstätte (Kita) und Senioreneinrichtung einbezogen. Die folgenden Arbeitsschritte strukturierten das Projekt:

- Ausgangsanalyse/Bestandsaufnahme bestehender Instrumente und Verfahren auf der Grundlage einer systematischen Dokumentation der bereits vorliegenden Quellen (Wegweiser Qualitätsentwicklung für das LIGA.NRW, Ergebnisse des Kongresses »Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – mit Qualität«, BZgA 2008, Kolip und Müller 2009) sowie einer Literaturrecherche, die die Settings Kommune, Senioreneinrichtung und Kita einschloss (siehe Kapitel 03.1).
- Erarbeitung eines Kriterienkatalogs zur Analyse der Instrumente und Verfahren im Sinne des Projektziels der wirkungsorientierten Qualitätsentwicklung/Qualitätssicherung und Eingrenzung der Ansätze (siehe Kapitel 03.2).
- Strukturierte Beschreibung der Instrumente und Verfahren (siehe Kapitel 03.3).
- Stärken-Schwächen-Betrachtung mit Bezug auf das Projektziel (siehe Kapitel 03.4).
- Formulierung und Verbreitung von Empfehlungen (siehe Kapitel 03.5).

02

» Qualität – eine einführende Auseinandersetzung mit Begrifflichkeiten

Bevor die einzelnen Arbeitsschritte und detaillierten Beschreibungen der Verfahren und Instrumente sowie deren Bewertung im Kapitel 03 vorgestellt werden, gilt es zunächst zu klären, was sich hinter den Begriffen rund um das Thema »Qualität« verbirgt und wie sich die verschiedenen Aspekte voneinander abgrenzen.

Die Abgrenzung dieser Begriffe ist vor allem hinsichtlich einer geeigneten Auswahl von Qualitätsinstrumenten und -verfahren von Bedeutung (zum Unterschied zwischen Instrument und Verfahren siehe Kapitel 02.2). So sollte im Vorfeld durch die Projektverantwortlichen geklärt sein, welche »Qualitätsfragen« im Fokus eines Projekts stehen, das heißt, welche Ziele erreicht werden sollen und welche Form der Unterstützung für die Zielerreichung nötig ist. Braucht es zum Beispiel Instrumente, die direkt zu Beginn des Projekts die Formulierung der Zielsetzung unterstützen? Soll in der Umsetzungsphase reflektiert werden, inwieweit das Projekt übergeordneten Qualitätskriterien entspricht? Soll im Sinne der Prozessqualität das alltägliche Handeln hinsichtlich der Qualität überprüft werden? Soll das Projekt abschließend bewertet und der Erfolg gemessen werden? Oder geht es darum, das Projekt von Beginn an kon-

» 02.1 Was bedeuten die Begriffe Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement?

tinuierlich zu reflektieren und zu überprüfen? Soll dies gegebenenfalls sogar durch eine oder mehrere externe Person(en) erfolgen?

Im Folgenden sollen die Begrifflichkeiten definiert und einzelne Aspekte sowie Phasen im Rahmen der Qualitätsentwicklung verortet werden.

Was heißt eigentlich Qualität?

Der Begriff Qualität geht auf das lateinische Wort »qualitas« oder »qualis« zurück und bedeutet übersetzt Beschaffenheit, Eigenschaft. Im alltäglichen Gebrauch wird der Begriff häufig in Zusammenhängen verwendet, in denen die Beschaffenheit oder die Eigenschaften bestimmter Produkte oder Dienstleistungen beurteilt werden. Um Produkte objektiv beurteilen zu können bzw. um eine gute Qualität anhand von Normen zu entwickeln und zu gewährleisten, sind erstmals in den 1950er-Jahren in den USA im Bereich der Rüstungs- und Atomindustrie Qualitätsanforderungen sowie Begrifflichkeiten formuliert worden. Die Normengruppe DIN EN ISO¹ Norm 9000 findet bereits hier ihren Ursprung und wurde in den darauffolgenden Jahren durch die Autoindustrie weiterentwickelt und weltweit verbreitet (BZgA 2001). Den Begriff Qualität definiert die DIN EN ISO Norm 9000:2005 wie folgt: »Grad, in dem Qualitätsmerkmale eines Produkts oder einer Dienstleistung Anforderungen erfüllen« (Sens, Fischer, Bastek, Eckardt, Kaczmarek et al., 2007, S. 3).

Nach dieser Definition werden somit bestimmte Qualitätsmerkmale hinsichtlich produkt- oder dienstleistungsspezifischer Anforderungen überprüft. Dabei gibt das Ausmaß der erfüllten Anforderungen Auskunft über die Qualität des Produkts oder der Dienstleistung. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Qualitätsmerkmale für den Bereich der Gesundheits-

förderung und Prävention zugrunde gelegt werden können. Eine speziell für diesen Bereich gültige Definition gibt es bisher nicht. Das Institute of Medicine jedoch definiert Qualität für den Gesundheitsbereich als »das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissen übereinstimmen« (SVR 2001, S. 57). Diese Definition stellt die Wahrscheinlichkeit für erhöhte gesundheitliche Behandlungsergebnisse als Qualitätsmerkmal in den Fokus. Gleichzeitig wird mit dieser Definition die Notwendigkeit von wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen hinsichtlich geplanter Interventionen herausgestellt (zum Begriff Evidenzbasierung siehe Kapitel 02.3). Diese Definition kann auch für die Gesundheitsförderung leitend sein.

Hilfreich ist auch eine Unterscheidung in verschiedene Qualitätsdimensionen. Für den Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung wurde zudem eine Einteilung des Qualitätsbegriffs in die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgenommen. Diese Einteilung erfolgte bereits Ende der 1960er-Jahre durch Donabedian (1966). Sie verdeutlicht, dass die Qualität der Projektarbeit von Struktur- und Prozessbedingungen beeinflusst wird, und zeigt zugleich, wie umfassend der Begriff Qualität angelegt ist. Für die Gesundheitsförderung und Prävention wird diese Einteilung durch die Planungs-, Konzept- bzw. Assessmentqualität ergänzt (Ruckstuhl, Kolip und Gutzwiller 2001). Die Bedeutung der einzelnen Qualitätsdimensionen wird im Folgenden dargestellt:

Planungs-, Konzept- bzw. Assessmentqualität:
Eine sorgfältige Planung ist eine wichtige Vorausset-

1 DIN steht für Deutsche Industrienorm, EN für Europäische Norm und ISO für Internationale Norm (International Organization for Standardization). DIN EN ISO ist somit eine internationale Norm, die in vielen internationalen und europäischen Staaten Geltung hat.

zung für ein gelingendes Projekt. Ideen, die in dieser Phase gesammelt werden und vielversprechend erscheinen oder sich in anderen Zusammenhängen bereits bewährt haben, müssen nicht unbedingt mit den Rahmenbedingungen und Bedürfnissen vor Ort in Einklang zu bringen sein. Deshalb ist es in dieser ersten Phase von besonderer Bedeutung, den jeweiligen Bedarf sowie die Bedürfnisse zu erfassen. Darüber hinaus ist es für die Planung von Interventionen erforderlich, wissenschaftliche Grundlagen (wie zum Beispiel Theorien der Verhaltensänderung oder der Umweltgestaltung) zu berücksichtigen (Ruckstuhl et al. 2001).

Unter Berücksichtigung der genannten Aspekte gilt es letztlich, die Ziele der Intervention präzise und messbar zu formulieren. Zielformulierungen direkt zu Beginn sind wegweisend für eine erfolgreiche Umsetzung und bilden eine entscheidende Basis für die Qualität der Intervention. Sie können im weiteren Projektverlauf und nicht zuletzt im Rahmen der Ergebnisqualität für die Einschätzung, Messung und Bewertung der Zielerreichung des Projekts herangezogen werden (Ruckstuhl et al. 2001).

Assessmentqualität:

- Sind die materiellen, personellen und konzeptionellen Voraussetzungen für das Projekt geklärt?
- Sind die Bedürfnisse der Zielgruppe bekannt?
- Sind die Ziele klar benannt?
- Stützt sich die Intervention auf vorhandene Theorien und Forschungsergebnisse?
- Ist der Kontext der Intervention bedacht?

>> Abb. 1: Typische Fragen zur Assessmentqualität (LIGA.NRW 2010a, S. 85)

Strukturqualität: Die Strukturqualität drückt sich im Grad des Vorhandenseins organisatorischer und institutioneller Voraussetzungen aus, die für eine erfolgreiche Umsetzung eines Projekts relevant sind. Dazu gehört zum Beispiel, dass qualifiziertes Personal für die Planung, Umsetzung und Evaluation eingesetzt wird und Zuständigkeiten eindeutig festgelegt sind. Darüber hinaus muss das Projekt mit ausreichenden finanziellen Ressourcen ausgestattet sein. Weitere Aspekte, die für die Struktur bedeutsam sind, beziehen sich unter anderem auf die Einbindung von relevanten Netzwerkpartnerinnen und -partnern, auf die interne und externe Kommunikationsstruktur des Projekts, aber zum Beispiel auch konkret auf das Vorhandensein von Räumlichkeiten für die Umsetzung von geplanten Maßnahmen (Ruckstuhl et al. 2001, LIGA.NRW 2010a).

Strukturqualität:

- Sind der organisatorische und institutionelle Rahmen angemessen?
- Sind die personellen und finanziellen Ressourcen angemessen?
- Gibt es eindeutige Aufgabenzuordnungen und Verantwortlichkeiten?

>> Abb. 2: Typische Fragen zur Strukturqualität (LIGA.NRW 2010a, S. 85)

Prozessqualität: Die Prozessqualität bezieht sich auf die Umsetzung von Interventionen und umfasst die Bewertung von Umsetzungsprozessen. Dazu gehört zum Beispiel, dass überprüft wird, inwieweit die zuvor gesetzten Ziele planmäßig verfolgt werden. Eine entsprechende Dokumentation bzw. Zeitplanung, die auch Teilziele sowie Maßnahmen zur Zielerreichung umfasst, unterstützt darin, den schrittweisen Verlauf des Projekts hinsichtlich der Erfolgs-

wahrscheinlichkeit einzuschätzen und zu beurteilen. Verläuft eine Intervention nicht wie geplant, können die Gründe hierfür rechtzeitig reflektiert und nötige Anpassungen zur Zielerreichung vorgenommen werden. Ruckstuhl und Kollegen [2001] verweisen in diesem Zusammenhang auf Feedbackschlaufen, die »ein zentrales und unerlässliches Steuerungsinstrument eines Projekts« darstellen.

Prozessqualität:

- Wird das Projekt wie geplant umgesetzt?
- Gibt es Probleme mit der Kommunikation oder dem Informationsfluss?
- Welche Hindernisse lassen sich identifizieren und beheben?
- Welche förderlichen Bedingungen lassen sich identifizieren?

» Abb. 3: Typische Fragen zur Prozessqualität (LIGA.NRW 2010a, S. 85)

Ergebnisqualität: Die Intervention ist dann erfolgreich, wenn die zu Beginn formulierten Ziele erreicht werden konnten. Erneut wird die hohe Bedeutung von präzisen und auch messbaren Zielformulierungen für die Bewertung der Intervention erkennbar, denn nur diese ermöglichen, den Erfolg eines Projekts abzubilden. Hierfür gilt es zu überprüfen, welche der geplanten Interventionen (Konzeptqualität) und der durchgeführten Maßnahmen (Prozessqualität) zielführend waren und zum Erreichen der intendierten Wirkung (Ergebnisqualität) beigetragen haben. Ebenso bedeutsam ist es, Misserfolge zu dokumentieren und mögliche Gründe hierfür festzuhalten. Nur auf diese Weise können Projekte hinzulernen bzw. voneinander lernen und Fehler bei einer Weiterentwicklung oder Übertragung von Interventionen vermieden werden.

Ergebnisqualität:

- Erreicht das Projekt die gesteckten Ziele?
- In welchem Ausmaß werden die Ziele erreicht (Zielerreichungsgrad) und in welchen Bereichen?
- Sind die Ergebnisse nachhaltig?

» Abb. 4: Typische Fragen zur Ergebnisqualität (LIGA.NRW 2010a, S. 85)

Was meint Qualitätssicherung?

Wie der Begriff Qualität findet auch der Begriff »Qualitätssicherung« seinen Ursprung im industriellen Bereich. Nach DIN EN ISO 9000:2005 wird der Begriff wie folgt definiert: »Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden« (Sens et al. 2007, S. 49).

Die Qualitätssicherung stellt somit lediglich einen Teilbereich des Qualitätsmanagements dar (zum Begriff Qualitätsmanagement siehe S. 16) und beinhaltet Aktivitäten, die auf die Überprüfung und Erfüllung der zuvor festgelegten Qualitätsanforderungen ausgerichtet sind. Dabei schafft eine qualitätsgesicherte Vorgehensweise Vertrauen bei denjenigen, die das jeweils erzeugte Produkt bzw. im Falle der Gesundheitsförderung das entwickelte Angebot nutzen.

Loss, Eichhorn, Reisig, Wildner und Nagel [2007b] verweisen auf eine Definition, die oftmals für das Feld der Gesundheitsförderung und Prävention verwendet wird. Demnach ist das Ziel der Qualitätssicherung »... die Gewährleistung, Erhaltung und Verbesserung der Qualität von Prozessen und Angeboten« (Loss et al. 2007b, S. 199).

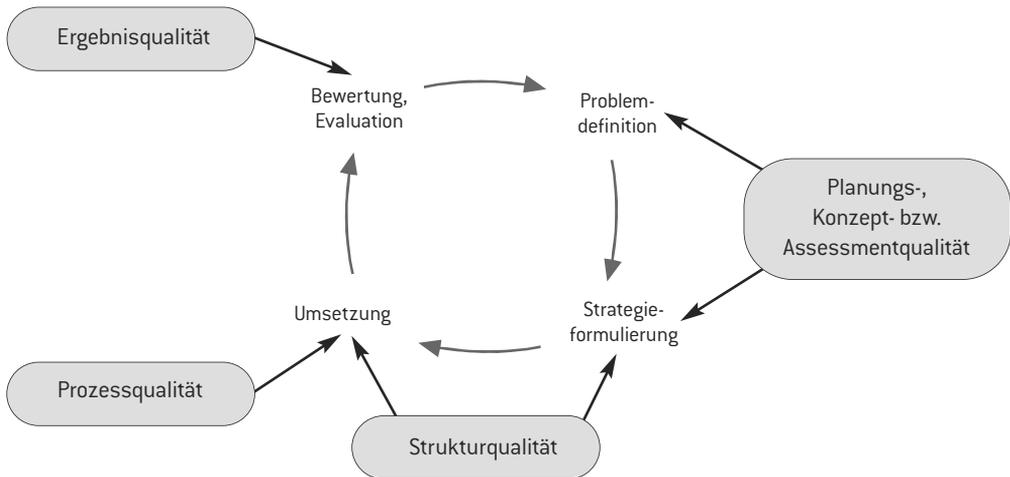
Der Fokus liegt demzufolge auf der Sicherstellung, Aufrechterhaltung und weiteren Verbesserung von geplanten und umgesetzten Angeboten. Der Begriff Qualitätssicherung wird somit umfassender – im

Sinne von Qualitätsentwicklung – verstanden (zum Begriff Qualitätsentwicklung siehe rechte Spalte). Evaluationen können in diesem Zusammenhang als Instrument der Qualitätssicherung dienen. Sie ermöglichen es, Prozesse und Angebote kontinuierlich zu prüfen. Evaluationen zielen darauf ab, die Planungs-, Struktur-, Prozess- und/oder Ergebnisqualität einzuschätzen bzw. auf mögliche Schwachstellen hinzuweisen, die es zu optimieren gilt. Entsprechend der Einteilung zu den Qualitätsdimensionen wird jeweils von der Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation gesprochen (Loss et al. 2007b). Insbesondere im Zusammenhang mit Settingprojekten gilt es jedoch zu bedenken, dass diese häufig komplex angelegt sind und aufwendige Evaluationsvorhaben erfordern. Hierfür eignet sich eine enge Zusammenarbeit zwischen Praxis und Wissenschaft. Neben Evaluationen stellen zum Beispiel Audits/Zertifizierungen oder Checklisten weitere Ansätze der Qualitätssicherung dar.

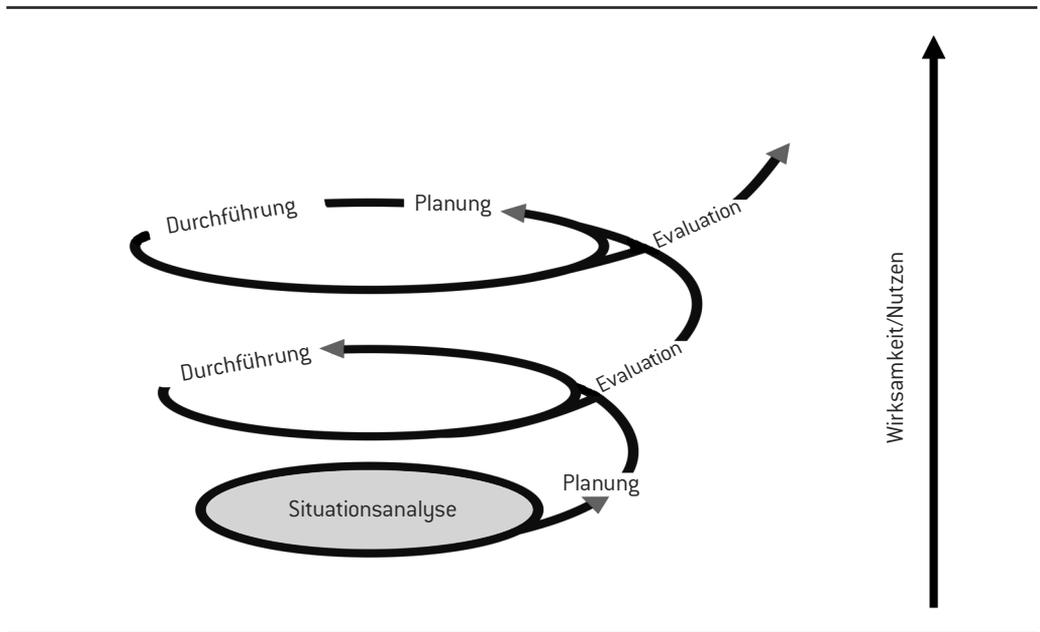
Was meint Qualitätsentwicklung?

Qualitätsentwicklung meint den Prozess der Qualitätserstellung selbst und damit einen schrittweisen und kontinuierlichen Entwicklungsprozess, für den verschiedene Qualitätsanstrengungen nötig sind. Edwards Deming hat einen solchen Prozess bereits in den 1950er-Jahren für die japanische Autoindustrie vorgeschlagen. Der sogenannte Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA) zielt auf eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung und wird in Form eines Kreislaufs wiederholt durchlaufen. In den DIN EN ISO 9000:2005 findet sich in diesem Zusammenhang eine Definition für den Begriff »Ständige Verbesserung«: »Wiederkehrende Tätigkeiten zur Erhöhung der Eignung, Anforderungen zu erfüllen« (Sens et al. 2007, S. 51).

Für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention hat sich im Gegensatz dazu der Begriff der »Qualitätsentwicklung« durchgesetzt. Töppich und Linden (2011) definieren Qualitätsentwicklung



>> Abb. 5: Der Public Health Action Cycle und die Verortung der Qualitätsdimensionen (LIGA.NRW 2010a, S. 88)



» Abb. 6: Spirale der Qualitätsverbesserung (Töppich und Linden 2011, S. 473)

wie folgt: »Qualitätsentwicklung bedeutet die Förderung von strukturellen Bedingungen, Prozessen und Konzeptionen, die zur Entwicklung von Qualität notwendig sind. Qualitätsentwicklung impliziert also eine gezielte, schrittweise Entwicklung zu mehr Qualität (kontinuierliche Qualitätsverbesserung)« (Töppich und Linden 2011, S. 472).

Zur Reflexion der kontinuierlichen Weiterentwicklung von Qualität wurde auf Basis des PDCA-Zyklus der Public Health Action Cycle (PHAC) entwickelt (siehe Abbildung 5).

Für die Entwicklung von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten sieht dieser Kreislauf in einem ersten Schritt die Definition des Problems vor. Hierfür sind unter anderem Bedarfs- und Bedürfnisanalysen durchzuführen. Im zweiten Schritt müssen dann entsprechende Strategien formuliert werden,

die der Reduzierung bzw. Behebung des Problems dienen. Dabei sollten sich die Strategien an bereits bewährten Konzepten bzw. an der besten vorhandenen Evidenz orientieren (zum Begriff Evidenz siehe Kapitel 02.3). Mit dem dritten Schritt gilt es, die entwickelten Strategien umzusetzen; im vierten Schritt wird geprüft, inwieweit die umgesetzten Strategien zur Reduzierung bzw. Behebung des formulierten Problems beigetragen haben. An dieser Stelle erfolgt eine erneute Problemdefinition und der Kreislauf kann wieder mit dem ersten Schritt beginnen (Rosenbrock und Hartung 2011, Kolip und Müller 2009). Abbildung 5 bildet zum einen den PHAC-Zyklus ab und nimmt zum anderen eine Verortung der eingangs dargestellten Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vor.

Töppich und Linden (2011) haben diesen kontinuierlichen Verbesserungsprozess anhand einer Aufwärtsspirale dargestellt, die zudem im kontinuierlichen Verlauf einen entsprechend erhöhten Nutzen bzw. eine erhöhte Wirksamkeit der Intervention aufzeigt (siehe Abbildung 6). Dies sollte letztlich ein Ziel von Bemühungen der Qualitätssicherung und -entwicklung sein.

Was meint Qualitätsmanagement?

Der Begriff Qualitätsmanagement wird im Rahmen der DIN EN ISO Norm 9000:2005 wie folgt definiert: »Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität ... Leiten und Lenken bezüglich Qualität umfassen üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung« (Sens et al. 2007, S. 44).

Das Qualitätsmanagement umfasst demnach alle qualitätsbezogenen Tätigkeiten einer Organisation und schließt einzelne Aktivitäten der Qualitätssicherung und -entwicklung mit ein (Töppich und Linden 2011). Qualitätsmanagement beinhaltet auch die Entwicklung eines Leitbilds, das Setzen von Qualitätszielen sowie das Schaffen von Voraussetzungen und die zielorientierte Steuerung von Prozessen zur Erreichbarkeit der Ziele (Töppich und Linden 2011).

Um ein Qualitätsmanagement institutionell zu verankern, kann man sich an durchstrukturierten Modellen, den sogenannten Qualitätsmanagementsystemen, orientieren (BZgA 2001). Qualitätsmanagementsysteme schreiben jedoch nur das jeweilige Verfahren vor, mit dem Qualität geschaffen werden soll. Sie beinhalten hingegen keine konkreten Qualitätsindikatoren zum Beispiel für Prozesse oder Produkte (Ruckstuhl 2009).

Als Qualitätsmanagementsysteme haben sich in Europa insbesondere zwei Ansätze etabliert: Das bekannteste ist das ISO Qualitätsmanagementsys-

tem der Internationalen Organisation für Normung. Darüber hinaus gibt es das umfassendere EFQM-Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM), das auf dem Total Quality Management (TQM) aufbaut (Ruckstuhl 2009).

Während das ISO-System stärker auf die Erfüllung von Normen und Standardisierung ausgerichtet ist, strebt das EFQM-Modell eine ständige Reflexion und kontinuierliche Verbesserung der Qualität auf der Grundlage von Selbstbeurteilungen (self-assessment) an (BZgA 2001). Hierfür ist ein ganzheitlicher Ansatz vorgesehen, mit dem alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreicht und eingebunden werden sollen. Als Ziel gilt es, Exzellenz zu erreichen, wobei die »Kundenzufriedenheit« im Fokus der Bemühungen steht (LIGA.NRW 2010c).

Dementsprechend bezieht sich das Qualitätsmanagement in der Industrie und dem Dienstleistungsgewerbe auf ein gesamtes Unternehmen. Anbieterinnen und Anbieter von Gesundheitsförderungsangeboten sind jedoch nur selten groß genug, um sich an jenen Verfahren zu orientieren, die eine gesamte Institution umfassen. In der Gesundheitsförderung sind somit insbesondere Ansätze des Qualitätsmanagements für kleinere Einheiten notwendig, zum Beispiel für einzelne Interventionen oder Programme (LIGA.NRW 2010c).

» 02.2 Was sind Instrumente und Verfahren der Qualitäts- sicherung?

Es bestehen verschiedene Verfahren bzw. Instrumente, die darin unterstützen, die Qualität von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern bzw. zu beurteilen. Doch was ist eigentlich mit den Begriffen Instrument und Verfahren gemeint? Im Rahmen des Projekts wurde die folgende Unterscheidung vorgenommen: *Instrumente* der Qualitätssicherung und -entwicklung sind konkrete Hilfsmittel, die zum Einsatz kommen, um ein Angebot zu strukturieren (Planungsbogen), die Qualität eines Angebots bzw. eines Prozesses zu messen, zu untersuchen und/oder zu beurteilen und um Ergebnisse an die Anbieter rückzukoppeln (Rückmeldebogen). Beispiele für Instrumente sind unter anderem Fragebogen oder Checklisten.

Von *Verfahren* der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung ist hingegen die Rede, wenn es sich um einen mehrstufigen, komplexen Prozess bzw. um eine Methode zur Beschreibung, Bewertung und Verbesserung eines Projekts handelt. Im Rahmen der einzelnen Schritte eines Verfahrens können unterschiedliche Instrumente zur Anwendung kommen. Exemplarisch sind in diesem Zusammenhang Auditierungsverfahren, Zertifizierungen oder umfassende Qualitätssysteme wie quint-essenz oder QIP (siehe Kapitel 04.1.1) zu nennen.

Instrumente können, Verfahren sollten sich auf alle Qualitätsdimensionen beziehen, das heißt sowohl auf die Planungs-, Struktur-, Prozess- und/oder die Ergebnisqualität eingehen. Es ist zu berücksich-

tigen, dass die hier vorgenommene Unterscheidung nach Instrument oder Verfahren keine Wertung beinhaltet, sondern lediglich der Klarheit dient.

» 02.3 Was bedeuten Evidenz und Gütekriterien in Zusammen- hang mit Instrumenten und Verfahren der Qualitäts- sicherung?

Es ist davon auszugehen, dass Instrumente bzw. Verfahren, die zur Qualitätssicherung zum Einsatz kommen, vor allem dann wirksam sind, wenn sie evidenzbasiert entwickelt wurden. Das heißt, nicht nur gesundheitsbezogene Interventionsmaßnahmen sollten auf einer wissenschaftlichen Grundlage basieren und ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben, sondern auch Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung selbst sollten diesen Ansprüchen genügen (Töppich und Linden 2011).

Aber was meint eigentlich Evidenz bzw. Evidenzbasierung?

Der Ursprung der Debatte um eine evidenzbasierte Praxis im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung kann auf Entwicklungen in der Medizin zurückgeführt werden. In der Medizin bedeutet Evidenz »... ein wissenschaftlich fundiertes, beweiskräftiges Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Interventionen ...« (Elkeles und Broesskamp-Stone 2011, S. 73).

Dieses Wissen wird im Rahmen der evidenzbasierten Medizin (EbM) genutzt, um Qualitätsstandards

bzw. Leitlinien für medizinische Verfahren zu formulieren (Elkeles und Broesskamp-Stone 2011). Durch Evidenzbasierung kann nicht nur Wissen dokumentiert, sondern es können auch aussichtsreiche Interventionsansätze ausfindig gemacht und Schwachstellen aufgedeckt werden (Kliche, Koch, Lehmann und Töppich 2006).

Die Verlässlichkeit des einbezogenen Wissens wird dabei anhand einer Evidenzhierarchie beschrieben. Die höchste Evidenzklasse beinhaltet die sichersten Ergebnisse, während der niedrigsten Stufe die geringste Beweiskraft für die Wirksamkeit zugeschrieben wird. Die Einteilung des Wissens zu einer Evidenzstufe orientiert sich am Design der Untersuchungen, auf die man sich bezieht (Kliche et al. 2006). In der Medizin gilt die randomisierte kontrollierte Studie (Randomized controlled trial – RCT) als »Goldstandard« für Evidenznachweise (Elkeles und Broesskamp-Stone 2011). Wirksamkeitsbelege in

Prävention und Gesundheitsförderung müssen prinzipiell unter anderen Voraussetzungen erbracht werden, als es in der Medizin üblich ist. Experimentelle Studiendesigns sind für vielschichtige gesundheitsfördernde Programme, die in komplexen sozialen Systemen stattfinden, kaum umzusetzen (Elkeles und Broesskamp-Stone 2011). Daher gibt es für diesen Bereich mittlerweile eine Reihe von Vorschlägen für angemessene Evidenzstufen, die angelehnt an jene der evidenzbasierten Medizin formuliert wurden. Im Folgenden soll ein entsprechender Vorschlag exemplarisch aufgeführt werden, der sich an Konventionen der Cochrane- und der Campbell-Collaboration orientiert (siehe Tabelle 1). Im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Preffi 2.0 (siehe S. 56) wurde ein weiterer Entwurf für Evidenzklassen erarbeitet.

Ähnlich wie in der Medizin zur Formulierung von Qualitätsstandards bzw. Leitlinien für medizinische

| Evidenzklassen | Evidenz beruht auf ... |
|----------------|--|
| PGF 1 | – Meta-Analysen möglichst hochwertiger Studien |
| PGF 2 | – randomisierter, kontrollierter experimenteller Studie (RCT), falls möglich |
| PGF 3 | – nichtrandomisierter experimenteller Studie – Beobachtungsstudie mit Kontrollgruppe (Kohortenstudie, Fall-Kontroll-Studie, Verankerung) – Beobachtungsstudie ohne Kontrollgruppe, mit Mehrpunktmessung – Beobachtungsstudie ohne Kontrollgruppe, mit multimethodischer Triangulation |
| PGF 4 | – RCT ohne präzise Setting- und Interventionsbeschreibung – Beobachtungsstudie ohne Kontrollgruppe (Querschnittstudie, Prä-Post-Vergleich, Fallserien) – strukturiertem Expertenkonsens |
| PGF 5 | – Fallberichten, Expertenmeinung, unstrukturiertem Expertenkonsens |

Verfahren fundiertes Wissen herangezogen wird, sollten auch die Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung auf der Grundlage verfügbarer Evidenz konzipiert und entwickelt werden.

Was ist mit Gütekriterien gemeint?

Kommen im Rahmen der Qualitätssicherung bzw. -entwicklung bestimmte Instrumente zur Messung von Qualität zum Einsatz, zum Beispiel ein Fragebogen oder eine Checkliste, sollten diese nicht nur auf wissenschaftlich fundierter Basis entwickelt werden (zum Begriff Evidenzbasierung siehe S. 17), sondern darüber hinaus weiteren Qualitätsanforderungen Rechnung tragen. In diesem Zusammenhang sind sogenannte Gütekriterien von Bedeutung. Drei zentrale wissenschaftliche Gütekriterien für die Qualität eines Messinstruments sind die Objektivität, die Reliabilität und die Validität (Bortz und Döring 2006).

Die *Objektivität* gibt an, in welchem Ausmaß die Ergebnisse des Instruments zur Qualitätsmessung unabhängig von ihrer Anwenderin bzw. ihrem Anwender sind² (Bortz und Döring 2006). Die Objektivität (oder Anwenderunabhängigkeit) eines Erhebungsinstruments kann zum Beispiel erhöht werden, indem Anleitungen zur Durchführung der Messung, der Auswertung und der Interpretation der Ergebnisse bereitgestellt werden. Gemessen werden kann die Objektivität über die durchschnittliche Übereinstimmung der Ergebnisse verschiedener Anwenderinnen und Anwender. Wenn die Korrelation nahe 1 liegt, kann Objektivität vorausgesetzt werden.

Als *Reliabilität* wird der Grad der Genauigkeit bezeichnet, mit dem das geprüfte (Qualitäts-)Merkmal gemessen wird. Um diese Zuverlässigkeit der Qualitätsmessung zu testen, kann eine Wiederholung der Messung bei denselben Personen vorgenommen werden. Sind die Ergebnisse exakt gleich, kann von einem vollständig reliablen Test gesprochen werden. In der Regel unterliegt jedoch jeder Test Fehlereinflüssen durch situative Störungen, zum Beispiel Müdigkeit, Missverständnis etc.³ (Bortz und Döring 2006).

Die *Validität* (oder Gültigkeit) gibt an, wie gut ein Instrument in der Lage ist, genau das zu messen, was es zu messen vorgibt⁴ (Bortz und Döring 2006). Das heißt, es sollte transparent gemacht werden, was mit Qualität gemeint ist, wie Aussagen zur Qualität zustande kommen, wie sie wissenschaftlich verankert, operationalisiert und gemessen werden (Konstruktvalidität).

2 Die Objektivität eines Erhebungsinstruments gliedert sich in die Unterformen Durchführungsobjektivität, Auswertungsobjektivität und Interpretationsobjektivität. Für nähere Informationen siehe zum Beispiel Bortz und Döring 2006.

3 Die vier Varianten der Reliabilitätsprüfung sind die Retestreliabilität, die Parallelttestreliabilität, die Testhalbierungsreliabilität und die Prüfung der internen Konsistenz. Nähere Informationen siehe zum Beispiel Bortz und Döring 2006.

4 Es werden drei Hauptarten von Validität unterschieden: Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität und Konstruktvalidität. Näheres siehe zum Beispiel Bortz und Döring 2006.

03

» Methodische Vorgehensweise

Das Ziel des Kooperationsprojekts, existierende Instrumente und Verfahren zur wirkungsbezogenen Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in den Settings Kommune/Stadtteil, Kindertagesstätte und Senioreneinrichtung zu erheben, darzustellen und bezüglich ihres Beitrags zur Sicherung und/oder Entwicklung von Qualität in Interventionen zu bewerten, wurde in fünf aufeinander aufbauenden Arbeitsschritten verfolgt. Als Arbeitsgrundlage diente eine *Bestandsaufnahme* (vgl. Kapitel 03.1), in der relevante Instrumente und Verfahren systematisch in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur recherchiert und projektbezogen dokumentiert wurden. Parallel hierzu wurde ein *Kriterienkatalog zur Analyse* (vgl. Kapitel 03.2) der identifizierten Instrumente und Verfahren erarbeitet, mit dem die Rechercheergebnisse eingegrenzt werden konnten. Aufbauend auf dem zweiten Schritt wurde ein einheitliches Raster zur *Beschreibung* (vgl. Kapitel 3.3) der auf der Grundlage der Kri-

terien ausgewählten Instrumente und Verfahren formuliert, das die Darstellung der eingeschlossenen Ansätze strukturierte. Es folgte eine *Stärken-Schwächen-Betrachtung* (vgl. Kapitel 03.4) der zuvor beschriebenen Instrumente und Verfahren, die zur vergleichenden Kennzeichnung der Ansätze hinsichtlich der wirkungsorientierten Qualitätssicherung diente. Das Vorhaben wurde mit der *Formulierung und Verbreitung von Empfehlungen* (vgl. Kapitel 03.5) zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Settings abgeschlossen.

» 03.1 Bestandsaufnahme bestehender Ansätze zur Qualitätssicherung in Gesundheitsförderung und Prävention

Ausgangspunkte der Bestandsaufnahme waren die Vorarbeiten der Projektpartnerinnen BZgA und Universität Bielefeld sowie weiterer Akteure. So wurden zunächst die folgenden, bereits vorliegenden Quellen gesichtet, um settingübergreifende Ansätze (im Weiteren als generische Instrumente und Verfahren bezeichnet) zu sammeln und ihre Eignung für die drei betrachteten Settings untersuchen zu können.

- Wegweiser Qualitätsentwicklung für das LIGA.NRW (2010a),
- Ergebnisse des Kongresses »Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – mit Qualität« (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. [bvpg] 2009),
- Publikation Müller und Kolip 2009.

Eine systematische Literaturrecherche erfolgte zwischen Oktober und November 2010, um die Bestandsaufnahme um settingspezifische Instrumente und Verfahren zu ergänzen. Über den Zugang der Universitätsbibliothek Bielefeld wurde hierfür die Meta-suchfunktion DigiBib des Hochschulbibliothekszenentrums des Landes Nordrhein-Westfalen genutzt, mit der eine synchrone Recherche im nationalen Buchbestand (über die Bibliotheksverbände einzelner Bundesländer, die Deutsche Nationalbibliothek, den Gemeinsamen Bibliotheksverbund u. a.) sowie in

| Datenbank/Quelle | Zugriff | Rechercheoptionen |
|--|--|---|
| Bund-Länder-Programm Soziale Stadt | http://www.sozialestadt.de [08.11.2010] | Inhaltliche Handlungsfelder = »Gesundheitsförderung«; Schlagwort = »Qualität« |
| Evaluationstools | http://www.evaluations-tools.de [05.11.2010] | Instrumente im Setting: »Stadtteil« |
| Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten | http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de [08.11.2010] | Lebenswelt = »Stadtteil/Quartier«; Good Practice = »Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung« |
| Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung | http://www.knp-forschung.de [09.11.2010] | Ziele = »Entwicklung und/oder Optimierung von Qualitätssicherung«; Setting = »Region/Stadtteil/Nachbarschaft« |
| Prävention/Gesundes Land NRW | http://www.praeventionskonzept.nrw.de [12.11.2010] | Schlagwort = »Qualität« |

internationalen Datenbanken wissenschaftlicher Fachzeitschriften möglich war. Zu Letzteren gehören Medline, CINAHL, MEDPILOT und die Journal Articles DatabaseE, in der unter anderem Elsevier Science, PubMed, Springer LINK und BioMed Central Ltd. angeschlossen sind. Eine vollständige Übersicht aller in der Metasuche eingeschlossenen Ressourcen steht über folgendem Link zur Verfügung: <https://www.digibib.net/Digibib?LOCATION=361> (Zugriff am 21.02.2012). Zusätzlich wurden eine Handrecherche in der Bielefelder Universitätsbibliothek sowie eine Internetrecherche mittels Google und Google-Scholar mit den unten separat angeführten Suchbegriffen durchgeführt. Auch hier wurde die systematische Recherche ergänzt, wobei jeweils thematisch relevante Onlineangebote settingspezifischer Einrichtungen und Netzwerke einbezogen wurden.

Für die Recherche nach Instrumenten und Verfahren der wirkungsbezogenen Qualitätssicherung im Setting Kommune/Gemeinde dienten »Qualität« und »Gesundh*« in Kombination mit »Kommune«, »Stadtteil«, »Quartier«, »Gemeinde« als Suchbegriffe. Ebenso erfolgte eine Stichwortsuche durch

Kombination der Begriffe mit »Prävent*« anstatt von »Gesundh*«. Zur Ergänzung der systematischen Recherche wurden neben den Onlineangeboten der thematisch relevanten Netzwerke *Healthy Cities Europe* (Weltgesundheitsorganisation [WHO] 2010) und *Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland* (2007) die folgenden Projektdatenbanken berücksichtigt (siehe Tabelle 2 auf Seite 21).

Um Ansätze der Qualitätssicherung im Setting Kita mit Bezug zur Gesundheitsförderung und Prävention ausfindig zu machen, wurden die Stichwörter »Qualität*«, »Gesundheitsförderung«, »Prävention« und »Kita« genutzt, wobei für Letzteres auch synonyme Begriffe wie »Kindertageseinrichtung« oder »Kindertagesstätte« verwendet wurden. Die Ausweitung der Recherche schloss hier die Internetseiten der Landesvereinigungen für Gesundheit in den Bundesländern sowie folgende Projektdatenbanken ein (siehe Tabelle 3).

Zusätzlich machte die Teilnahme an der Statuskonferenz »Guter und gesunder Kindergarten« der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. am 24. November 2010 in Berlin auf wei-

| Datenbank/Quelle | Zugriff | Rechercheoptionen |
|--|--|---|
| Evaluationstools | http://www.evaluations-tools.de [05.11.2010] | Instrumente im Setting: »Kindertagesstätte« |
| Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten | http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de [29.10.2010] | Lebenswelt: »Kita«; Good Practice: »Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung« |
| Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung | http://www.knp-forschung.de [09.11.2010] | Setting = »Kindergarten/Kindertagesstätte« |
| Prävention/Gesundes Land NRW | http://www.praeventionskonzept.nrw.de [04.11.2010] | Stichwort = »Kita« |

| Datenbank/Quelle | Zugriff | Rechercheoptionen |
|---|---|----------------------------------|
| Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten | www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de [13.10.2011] | Ältere, Seniorinnen und Senioren |
| Frauengesundheitsportal (BZgA) | www.frauengesundheitsportal.de [13.10.2011] | Ältere, Seniorinnen und Senioren |
| Initiative Erfahrung ist Zukunft | www.erfahrung-ist-zukunft.de [13.10.2011] | Gesundheitsförderung, Prävention |
| Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. | www.dggeriatrie.de [13.10.2011] | Keine |
| Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. | www.dggg-online.de [13.10.2011] | Keine |
| Deutsches Zentrum für Altersfragen | www.dza.de [13.10.2011] | Gesundheitsförderung, Prävention |
| Institut für Gerontologie der TU Dortmund | www.ffg.uni-dortmund.de [13.10.2011] | Keine |
| Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg | www.gero.uni-heidelberg.de [13.10.2011] | Keine |
| Kuratorium Deutsche Altershilfe | www.kda.de [13.10.2011] | Keine |
| Forschungsverbund Autonomie trotz Multimorbidität (AMA) | www.ama-consortium.de [13.10.2011] | Keine |
| Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg | www.geronto.uni-erlangen.de [13.10.2011] | Keine |
| Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend | www.bmfsfj.bund.de/Politikbereiche/aeltere-Menschen.html [13.10.2011] | Keine |
| Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung | www.bvpraevention.de [13.10.2011] | Keine |
| Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenverbände | www.alinki.com [13.10.2011] | Keine |
| Webseiten: Zentren für Bewegungsförderung | www.in-form.de [13.10.2011] | Keine |

tere Instrumente der Qualitätssicherung in Kitas aufmerksam.

Analog zu den Recherchen für die Settings Kommune/Gemeinde und Kita wurden anfänglich auch die Stichworte »Gesundheitsförderung« oder »Prävention« und »Altenpflege« oder »Pflegeheime« oder »Langzeitpflege« für Qualitätssicherungsansätze im Setting stationärer Senioreneinrichtungen mit »Qualität« kombiniert. Da dies die Anzahl relevanter Datenbankeinträge jedoch stark limitierte, wurde die Recherchestrategie in der Folge angepasst. So wurde die angegebene Stichwortkombination ohne den Begriff »Qualität« verwendet und – um dennoch spezifische Ergebnisse recherchieren zu können – folgende Auswahl (anstatt der oben beschriebenen Metasuche) gesundheitswissenschaftlicher und gerontologischer Datenbanken getroffen: »GeroLit«, »CareLit«, »PubMed«, »DIMDI« und »CINAHL«. Außerdem wurden die Bestände des Gemeinsamen Bibliotheksverbundes und der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin in diese Teilerforschung einbezogen und verschiedene Gesundheits- und Pflegeportale sowie die Webseiten von Instituten/Verbänden aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Gerontologie/Geriatrie gesichtet (siehe Tabelle 4 auf Seite 23).

Alle in den Vorarbeiten und Recherchen identifizierten Instrumente und Verfahren sowie Interventionen und Programme mit Kennzeichnung eines entsprechenden Ansatzes (zum Beispiel in der Praxisdatenbank für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten) wurden in der Bestandsaufnahme tabellarisch dokumentiert, wobei neben der Bezeichnung der Ansätze und deren Entwicklerinnen und Entwickler sowie Trägerinnen und Träger auch eine vorläufige Kurzbeschreibung vorgenommen wurde. Diese Charakterisierung beinhaltete die kennzeichnenden Bestandteile (zum Beispiel Manual, Checkliste, Audit), den thematischen Gesundheitsförderungsbereich und die Zielgruppen der Ansätze sowie den Zeitpunkt

ihrer erstmaligen Anwendung und ob aktuelle Einsätze (im Jahr 2010) in der Praxis belegbar waren. Auch die vorliegenden schriftlichen und/oder webbasierten Materialien wurden in der Bestandsaufnahme erfasst.

Mit den oben stehenden Angaben wurden in der Bestandsaufnahme insgesamt 71 Instrumente und Verfahren sowie Interventionen und Programme charakterisiert. Eine Bereinigung des Bestands reduzierte den Umfang auf insgesamt 50 Verfahren und Instrumente (siehe Anhang II), da:

- es sich bei sieben Einträgen um Adaptionen eines bereits eingeschlossenen Ansatzes handelte,
- vier Einträge einzelne Instrumente aus Verfahren beschrieben, die bereits im Bestand verzeichnet waren,
- sich vier Einträge auf Mitarbeiterschulungen und Fortbildungen bezogen,
- sechs Einträge präventive/gesundheitsfördernde Interventionen mit wissenschaftlicher Begleitung beschrieben, aus denen kein über Evaluationsstudien und Beratung hinausgehender Ansatz der Qualitätssicherung zu erkennen war.

>> 03.2 Kriteriengeleitete Ausgangsanalyse zur Eingrenzung der Rechercheergebnisse

Für die Eingrenzung der Ergebnisse der Bestandsaufnahme wurde ein Kriterienkatalog erstellt, mit dem die Relevanz der recherchierten Ansätze für das Projektziel und die Durchführbarkeit einer umfassenden Beschreibung und Analyse bestimmt werden

konnten. Zur Entwicklung von Kriterien erfolgte eine zusätzliche Literaturrecherche über die Metasuche (siehe oben), wobei

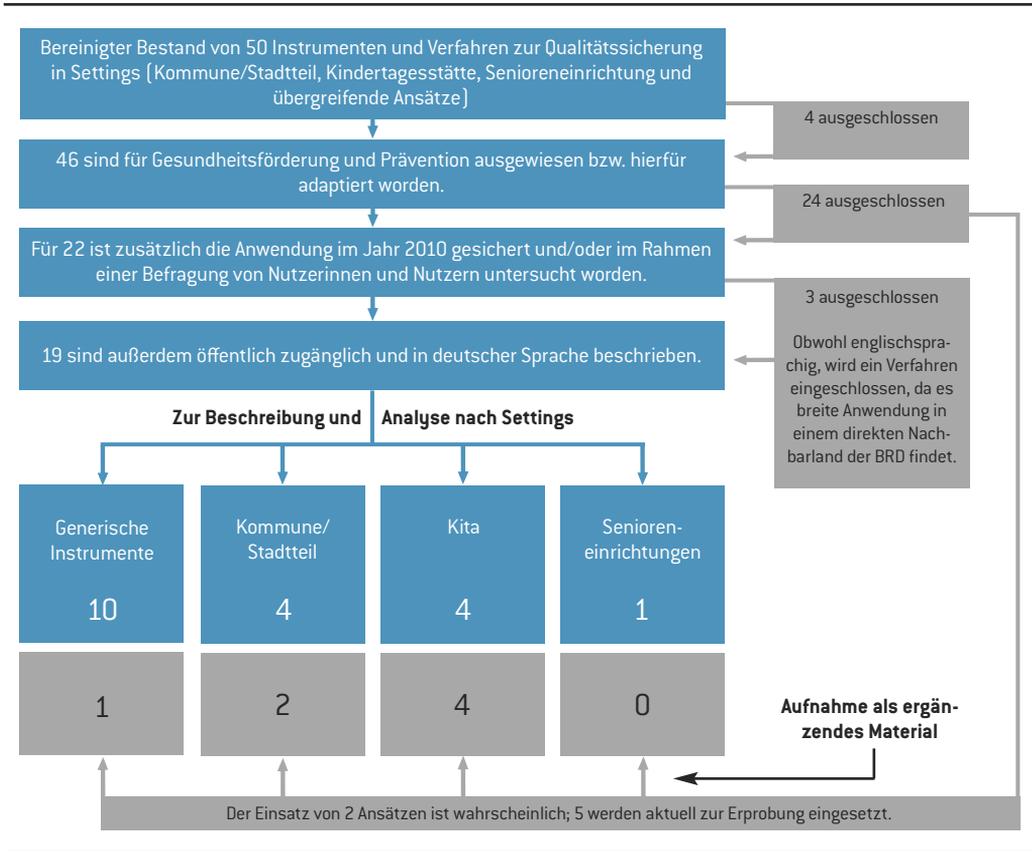
- die Suche mit den Schlagworten »Qualitäts*« UND »Gesundh*« UND »Anwendung*« ODER »Voraussetzung*« UND »Übertragbarkeit« ODER »Brauchbarkeit« 336 Treffer lieferte (Überschneidungen eingeschlossen),
- 16 sich zum Teil überschneidende Einträge mit den Begriffen »Qualitätsmanagement« ODER »Qualitätssicherung« UND »Nutzersicht« identifiziert wurden.

Eine Durchsicht der vorhandenen Publikationen lässt folgende Aussagen zu: Es wird zwar ein breites Spektrum relevanter Aspekte der Qualitätssicherung – von gesundheitsökonomischen bis hin zu technischen und inhaltlichen Fragen der Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen in bestimmten Settings – thematisiert, jedoch werden nur vereinzelt Kriterien zum Vergleich unterschiedlicher Ansätze (Stichwort: Qualitätssicherung der Qualitätssicherung) diskutiert. Die Qualitätsdiskussionen der vergangenen 15 Jahre haben dazu geführt, dass eine Vielzahl konzeptioneller Grundlagen sowie praktischer Handreichungen in Form von Instrumenten, Konzepten und Modellen entwickelt wurde (Ruckstuhl 2009). Der Anforderung, Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung qualitätsgesichert zu erbringen sowie Kenntnisse über die Wirksamkeit dieser Angebote zu gewinnen, steht eine große Vielfalt an Verfahren und Instrumenten gegenüber. Diese sind unterschiedlich komplex und ihre Nutzung ist mit unterschiedlich großem Aufwand verbunden. Damit entsteht auch die Notwendigkeit, das vielfältige Angebot zu systematisieren und zu vereinheitlichen (Ruckstuhl 2009) sowie Praktikerinnen und Praktikern, die potenzielle Nutzerinnen und Nutzer von Qualitätssicherungsinstrumenten sind, Orientierung und Unterstützung bei der Auswahl des passen-

den Instruments zu geben. Bereits im Jahr 2000 analysierten Baartmans und Geng (2000) hierzu einige ausgewählte Verfahren der Qualitätssicherung und beschrieben deren Vor- und Nachteile. Als Vorteil bezeichnen sie insbesondere, wenn Instrumente/Verfahren wissenschaftlich fundiert sind, ein strukturiertes Vorgehen beinhalten, zur Kultur und Sprache der Organisation passen und einen Lernprozess ermöglichen. Demgegenüber werden hoher Zeit- und Kostenaufwand, mangelnde Expertise in der Organisation sowie fehlende Evidenzbasierung des Vorgehens als Nachteile gesehen. Einen umfassenden Überblick über Qualitätsanforderungen an Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung liefern die Ergebnisse eines strukturierten Literaturreviews, in dem insgesamt 21 Brauchbarkeitskriterien zu den fünf folgenden, übergeordneten Bereichen extrahiert wurden (Kliche, Töppich, Kawski, Brunecker, Önel, Ullrich und Koch et al. 2007): Leichte, effiziente Handhabung, Nutzungsmöglichkeiten und Aufgabenspektrum, sachliche Vollständigkeit und Reichweite, Akzeptanz und Motivierung der Anwenderinnen und Anwender sowie wissenschaftliche Güte. Ergänzend hierzu verwendeten Kolip und Tempel in den für das LIGA.NRW (2010a) erarbeiteten Materialien die Dimensionen Entwicklungskontext, Zielgruppe, Voraussetzungen für die Anwendung, Chancen, Vorteile und Stärke, Nachteile und Schwächen sowie Aufwand der Einarbeitung zur Kennzeichnung ausgewählter Qualitätsinstrumente.

Ausgehend von dieser Zusammenfassung von Kernaussagen wurden folgende Voraussetzungen für eine Beschreibung der Instrumente und Verfahren im vorliegenden Bericht formuliert und in Einschlusskriterien überführt:

- Der theoretische/wissenschaftliche Hintergrund des Ansatzes ist dargestellt. Eingeschlossen wurden nur solche Ansätze, die für Gesundheitsförderung/Prävention ausgewiesen oder für diese Bereiche adaptiert wurden.



>> Abb. 7: Reduktion der identifizierten Verfahren und Instrumente

- Das Verfahren ist praxistauglich und anwendbar. Es wurden nur solche Ansätze eingeschlossen, deren Anwendung im Jahr 2010 belegt wurde und/oder deren Nutzen/Nutzung durch Befragungen von Anwenderinnen und Anwendern gesichert und untersucht wurde.
- Die vorliegenden Materialien geben Auskunft über den Aufwand der Einarbeitung und damit über Kosten und Zeitaufwand. Eingeschlossen wurden ausschließlich Verfahren und Instrumente, die (in deutscher Sprache)⁵ beschrieben und öffentlich zugänglich sind.

⁵ Hiervon abweichend wird das Verfahren Health Promotion Effect Management Instrument (PREFFI 2.0; siehe S. 56) eingeschlossen, da es der Zielsetzung dieses Berichts als wirkungsorientiertes Verfahren der Qualitätssicherung (»Effect Management«) besonders entspricht und in den Niederlanden bereits umfassend eingesetzt und untersucht worden ist.

Durch Anwendung dieser Einschlusskriterien reduzierte sich der bereinigte Bestand an 50 recherchierten Instrumenten und Verfahren wie in Abbildung 7 dargestellt. Ergebnis des Einschlussverfahrens ist die Identifizierung von zehn generischen Verfahren und Instrumenten, jeweils vier für die Settings Kommune/Stadtteil und Kindertagesstätte sowie einem Ansatz für das Setting Senioreneinrichtung.

Darüber hinaus wurden sieben weitere Instrumente und Verfahren als »ergänzendes Material« (siehe Abbildung 7) eingeschlossen, da bei der kriteriengeleiteten Auswahl eine Unschärfe deutlich wurde. So zeigte sich beim Ausschluss von 24 Verfahren und Instrumenten aufgrund fehlender Anwendung im Jahr 2010 oder fehlender Nutzerbefragung, dass sich fünf Ansätze zum Zeitpunkt der Recherche noch in der Erprobung befanden, wobei jeweils ein Einsatz in Modellvorhaben belegt werden konnte. Bei zwei weiteren Ansätzen konnte die Anwendung nicht durch konkrete Projektdokumentationen belegt werden, erschien aber angesichts vorliegender Angaben zur Verbreitung (Versand und Download des Materials) wahrscheinlich. Die sieben Verfahren und Instrumente wurden daher als »ergänzendes Material« aufgenommen, wobei die strukturierte Beschreibung entsprechend der vorliegenden Angaben eingeschränkt wurde. Eine Stärken-Schwächen-Betrachtung unterblieb zu diesem Zeitpunkt, da die Einschlusskriterien nicht vollständig erfüllt waren. Insgesamt wurden 26 Instrumente und Verfahren einbezogen, von denen 19 vollständig und sieben unter Einschränkungen strukturiert beschrieben werden konnten.

» 03.3 Strukturierte Beschreibung der Instrumente und Verfahren

Im weiteren Prozess wurden die ausgewählten Instrumente und Verfahren strukturiert beschrieben. Hierzu wurden zum einen die vorhandenen schriftlichen Materialien aufbereitet, zum anderen wurden Telefoninterviews bzw. schriftliche Befragungen per E-Mail mit den Trägerinnen und Trägern bzw. Entwicklerinnen und Entwicklern der Ansätze durchgeführt. Grundlage der systematischen Beschreibung war ein Raster, das in Anlehnung an eine Weiterentwicklung der bereits in Kapitel 02.2 angeführten Taxonomie aus fünf übergeordneten Brauchbarkeitsbereichen (Kliche et al. 2007) entwickelt wurde. Zur Validierung der zuvor aus der Literatur extrahierten Kriterien und Bereiche führten Kliche, Esholz, Weitkamp, Töppich und Koch (2009) eine Befragung von (n = 228) Expertinnen bzw. Experten aus Forschung, Praxis und Versorgungsmanagement durch, die mittels explorativer Faktorenanalyse zur Vereinfachung der Taxonomie vier statt fünf Dimensionen führte. In Tabelle 5 (siehe S. 29/30) sind diese Kriterien zum »Ist-Soll-Vergleich oder zur Schwachstellenanalyse von Qualitätssicherungsverfahren oder -entwürfen« (Kliche et al. 2009, S. 257) dargestellt, wobei es bei der Betrachtung – in Anlehnung an die Autoren – zu berücksichtigen gilt, dass es sich um vorläufige Ergebnisse handelt, da

- die Befragten mehrheitlich angaben, Unvereinbarkeiten zwischen mindestens drei der fünf ursprünglichen Brauchbarkeitsbereichen wahrzunehmen und dies auch für die neue Strukturierung nicht ausgeschlossen werden kann,

- die Indikatoren in einer konfirmatorischen Faktorenanalyse eine nur geringe Modellgüte zeigten,
- die befragten Expertinnen und Experten in offen formulierten Items Vorschläge für zusätzliche Kriterien machten, für die keine quantitative Aussage zur Bedeutung getroffen werden kann.

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen wurde die in Tabelle 5 dargestellte Taxonomie als Struktur für die Beschreibung und Bewertung der eingeschlossenen Instrumente und Verfahren verwendet (siehe Kapitel 03.2), hierzu jedoch modifiziert. Eine projektbezogene Anpassung war notwendig, da die Taxonomie die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer einschließt, ihre Anwendung im Rahmen des Projekts sich daher auf Nutzerbefragungen hätte stützen müssen, diese aber nur für wenige der recherchierten Instrumente und Verfahren vorlagen. In Anbetracht der limitierten Informationen über die Anwendung der eingeschlossenen Ansätze musste die Taxonomie daher verallgemeinert und zum Teil auch inhaltlich angepasst werden. So wurden im verwendeten Raster beispielsweise die Nachweise für den Nutzen und solche für die Wirksamkeit getrennt voneinander beschrieben, wobei die Darstellung des Nutzens auch das Kriterium der Funktionsbreite einschließt. Der Vorschlag zur Darstellung der Qualitätsfelder⁶ in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wurde durch die Aufnahme der Planungs- bzw. Assessmentqualität (zu den Begriffen siehe Kapitel 02.1) erweitert. Zur besseren Handhabbarkeit wurde auch das Kriterium der differenzierten Abbildung der einbezogenen QS-Dimensionen, die möglichst alle für das jeweilige Projekt wichtigen Qualitätsaspekte umfassen soll, angepasst und durch die Bezugnahme zum Einsatz innerhalb der Projektschritte des

Public Health Action Cycle (siehe Kapitel 02.1) ersetzt. Ebenso wurden anstatt des Kriteriums der Fairness gegenüber besonderen praktischen Erfordernissen Voraussetzungen für die Nutzung in der Praxis beschrieben. Die Kriterien zur Ursachenermittlung, zu Rückmeldungen sowie erkennbarem Zweck wurden gemeinsam unter dem Punkt »Initiierung von Lern- und Verbesserungsprozessen« eingeschlossen, der im Zuge des Aufbaus des Instruments bzw. Verfahrens zu kennzeichnen war. Auch das Kriterium der Flexibilität wurde gemeinsam mit dem der Möglichkeit zur Routineimplementierung im Rahmen der Beschreibung des Prozessablaufs und der hieran Beteiligten berücksichtigt. Das Kriterium des deutlichen Sachbezugs wurde indirekt durch eine Beschreibung des zugrunde liegenden Qualitätsverständnisses eingeschlossen.

Insgesamt wurden 19 der 28 aufgeführten Kriterien als Grundlage der strukturierten Beschreibung vorgesehen, wobei acht direkt und elf in einer modifizierten Fassung Eingang fanden (siehe Tabelle 5, 2. Spalte). Des Weiteren wurden Angaben zum Entwicklungskontext und dem theoretischen Hintergrund des Instruments bzw. Verfahrens, dessen Nutzung sowie zukünftigen Weiterentwicklungen hinzugefügt. Hieraus ergab sich ein Raster zur Beschreibung mit insgesamt zwölf Themenblöcken (siehe hierzu auch Anhang I):

- Kurzfassung,
- Hintergrund,
- Grundlagen/Aufbau (Zielsetzung; Aufbau, Elemente; Prozessablauf und Prozessbeteiligte),
- Theoretische Grundlagen (Evidenzbasierung),
- Einsatzmöglichkeiten,
- Zielgruppe(n),

6 Für den von Kliche, Esholz, Weitkamp, Töppich und Koch (2009) genutzten Begriff »Qualitätsfelder« wird in diesem Bericht »Qualitätsdimensionen« genutzt. Angesprochen wird hiermit jeweils die Unterteilung in Planungs- und Assessmentqualität sowie Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (siehe Kapitel 02.1). Unter QS-Dimensionen werden bei Kliche et al. (2009) einzelne Kriterien der Qualitätssicherung gefasst, die sich einerseits den Feldern/Dimensionen, andererseits aber auch unterschiedlichen Projektschritten zuordnen lassen.

| Brauchbarkeitsbereiche und -kriterien | Berücksichtigung innerhalb der | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | strukturierten Beschreibung | Stärken-Schwächen- Betrachtung |
| Wissenschaftliche Güte | | |
| Gültigkeit (Validität): Messgrößen und Ergebnisse bilden echte Qualität ab. | X | X |
| Verlässlichkeit (Reliabilität): Die Befunde sind genau, übereinstimmend und wiederholbar. | X | X |
| Unparteilichkeit (Objektivität): Datenerhebung und Auswertung erfolgen unabhängig von sachfremden Interessen. | X | X |
| Festlegung von Standards: Das Verfahren stellt Mindestkriterien für qualitativ gute Projekte auf. | X | X |
| Nachweis des Nutzens und der Wirksamkeit des QS-Ansatzes* | (X) | (X) |
| Veränderungssensitivität zur Bestimmung von Qualitätssteigerungen* | | |
| Vergleichswerte zur Verankerung der Ergebnisse* | | |
| Sachliche Vollständigkeit und Reichweite | | |
| Darstellung aller Qualitätsfelder: Das Verfahren umfasst Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. | (X) | X |
| Differenzierte Abbildung der einbezogenen QS-Dimensionen: Alle für das Projekt wichtigen Qualitätsaspekte werden genau erhoben. | (X) | |
| Einsatzbreite: Der QS-Ansatz ist für die Arbeit in mehreren Feldern brauchbar (zum Beispiel mit verschiedenen Zielgruppen oder Settings). | X | |
| Funktionsbreite: Der QS-Ansatz kann für mehrere Aufgaben verwendet werden (zum Beispiel zur Selbstevaluation, zur Begutachtung, zur Mittelvergabe). | (X) | (X) |
| Qualitätsmanagement | | |
| Fairness gegenüber besonderen praktischen Erfordernissen: Der QS-Ansatz geht praxisnah auf die besonderen Voraussetzungen von Projekten »vor Ort« ein und berücksichtigt ihre Ausgangsbedingungen. | (X) | |
| Ursachenermittlung: Das Verfahren zeigt Ursachen für das Gelingen/Scheitern von Projekten auf. | (X) | |
| Erfassung von Nebenwirkungen: Das Verfahren erfasst auch unbeabsichtigte, unerwünschte Nebeneffekte. | | |
| Erfassung der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen: Der QS-Ansatz berücksichtigt »harte« Rahmendaten (personelle und finanzielle Mittel, Return on Investments/Rentabilität usw.). | X | (X) |
| Rückmeldungen: Der QS-Ansatz liefert Ergebnisse und Empfehlungen zur gezielten Verbesserung der Arbeit einzelner Projekte. | (X) | X |

| | | |
|---|-----|-----|
| Flexibilität: Der QS-Ansatz passt sich an neue Bedingungen an (es kann zum Beispiel schrittweise eingeführt werden, Standards können nachjustiert werden).* Integration von QS in die Organisationskultur* | (X) | |
| Praxisnähe | | |
| Sparsamkeit: Erstellung, Bearbeitung und Auswertung kosten wenig und gehen schnell. | X | X |
| Benutzerfreundlichkeit: Verfahren und Instrumente sind übersichtlich, klar gegliedert, grafisch gut aufbereitet und leicht verständlich. | X | (X) |
| Integration und Abgleich komplexer Ziele: Der QS-Ansatz kann die vielschichtigen Zielsetzungen eines Projekts in einem zusammenfassenden Gesamturteil bewerten. | | |
| Vergleich mit anderen Einrichtungen/Anbietern: Der QS-Ansatz liefert Vergleichswerte (Benchmarks) zur Einschätzung der eigenen Arbeit gegenüber anderen Aktivitäten. | | (X) |
| Fachliches Ansehen: Autorin/Autor oder Träger der QS genießen Bekanntheit und Autorität im Feld. | | (X) |
| Partizipation: Alle betroffenen Gruppen sind an der Entwicklung des Systems beteiligt. | | X |
| Erkennbarer Zweck: Der QS-Ansatz bringt in absehbarer Zeit greifbaren Nutzen (zum Beispiel rasche Ergebnisse und Rückmeldungen). | (X) | |
| Deutlicher Sachbezug: Es ist sofort ersichtlich, dass der QS-Ansatz tatsächlich Qualität erfasst. | (X) | |
| Möglichkeit der Routine-Implementierung* | (X) | |

* Auf Vorschlag der Befragten hinzugefügte Kriterien (offene Formulierung)

X = berücksichtigt; (X) = berücksichtigt, jedoch modifiziert

>> Tab. 5: Vorläufige Brauchbarkeitsbereiche und -kriterien für Ansätze der Qualitätssicherung, in Anlehnung an Kliche, Esholz, Weitkamp, Töppich und Koch 2009, S. 225f.

- Voraussetzungen für die Nutzung,
- Aufwand der Einarbeitung und Durchführung,
- Nutzung, Nutzen und Wirkungen (Nutzung, Nutzen für Anwenderinnen und Anwender, Wirkungen),
- Ausblick/Perspektiven,
- Stärken-Schwächen-Betrachtung,
- Zur Einführung empfohlene Literatur.

Das Raster, in dem die berücksichtigten Kriterien thematisch zusammengefasst wurden, diente als einheitliche Struktur für die Beschreibung der Verfahren und Instrumente. Hierzu wurden je Instrument bzw. Verfahren zunächst Dokumentenanalysen der recherchierten Publikationen der Entwicklerinnen

und Entwickler durchgeführt und vorläufige Beschreibungen ausformuliert. Deren Korrektheit und Vollständigkeit wurde daraufhin mit den verantwortlichen Entwicklerinnen und Entwicklern geklärt. Hierzu wurden ein Anschreiben zum Hintergrund des Projekts, eine Kopie des Rasters sowie der vorläufige Beschreibungstext versandt. Anschließend wurden telefonische Interviews durchgeführt. Gegenstand der Telefoninterviews waren die Bereinigung der Beschreibungen sowie die Klärung offener Fragen, die sich auf Basis der Literatur nicht beantworten ließen. Zusätzlich konnten nach den Interviews zum Teil unpublizierte Projektberichte zur Vervollständigung der Beschreibungen genutzt werden. Abweichend hiervon wurden die erforderlichen Angaben bei den

Verfahren PREFFI 2.0 (siehe S. 56) und GUT DRAUF (siehe S. 122) sowie zum Anerkannten Bewegungs-kindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen (siehe S. 150) per E-Mail eingeholt, da kein Termin für ein telefonisches Gespräch gefunden werden konnte. Es sei hier jedoch in Bezug auf alle beschriebenen Instrumente und Verfahren darauf hingewiesen, dass die Vollständigkeit der Beschreibungen nur in den seltensten Fällen komplett erreicht werden konnte, da auch den befragten Entwicklerinnen und Entwicklern nicht immer alle hierfür notwendigen Informationen zur Verfügung standen und insbesondere die Fragen zur Nutzung und des Nutzens der Instrumente und Verfahren einer zusätzlichen Befragung der Anwenderinnen und Anwender bedürfen. Aussagen der Entwicklerinnen und Entwickler, die sich weder durch publiziertes noch unpubliziertes Material zum Instrument bzw. Verfahren belegen ließen, werden als Interviewergebnisse in den Beschreibungen gekennzeichnet.

» 03.4 Stärken-Schwächen-Betrachtung zur wirkungsorientierten Qualitätsentwicklung/Qualitätssicherung

Als Bestandteil der strukturierten Beschreibung der Verfahren und Instrumente für die Qualitätssicherung in Settings erfolgte eine teilstandardisierte Stärken-Schwächen-Betrachtung, deren Methodik sich an Simon und Gathen (2002) anlehnte. Ziel der Analyse war eine kriteriengeleitete Bewertung jedes einzelnen Verfahrens bzw. Instruments aus Perspektive

der Anwenderinnen und Anwender, die den Vergleich der Ansätze ermöglicht und gegebenenfalls auch zukünftigen Nutzerinnen und Nutzern die Auswahl eines für die betreffende Intervention geeigneten Qualitätsmanagements erleichtert. Hierfür wurden wiederum a) einheitliche Bewertungskriterien herangezogen und darauf aufbauend b) vorläufige Einzelanalysen durchgeführt, die um die jeweiligen Besonderheiten des Verfahrens bzw. Instruments ergänzt wurden. Im Anschluss an diese vorläufigen Stärken-Schwächen-Betrachtungen erfolgte c) ein Abgleich aller Analysen der Instrumente und Verfahren eines Settings sowie d) die Rückkopplung der Analyseergebnisse mit den betreffenden Entwicklerinnen und Entwicklern.

a) Festlegung der Analysekriterien

Für die Formulierung eines einheitlichen Kriterienkatalogs, der den Vergleich der Verfahren und Instrumente ermöglicht sowie gleichzeitig deren Heterogenität Rechnung trägt, wurde für jeden der beschriebenen Ansätze eine erste, vorläufige Stärken-Schwächen-Betrachtung durchgeführt. Grundlage dieser Analysen waren wiederum die in Tabelle 5 angeführten Kriterien, die auf Basis der vorliegenden Literatur zum jeweiligen Ansatz ausgeführt wurden. Hierbei wurden vorläufig auch die elf bei der strukturierten Beschreibung nicht berücksichtigten Kriterien eingeschlossen.

Ein Vergleich der vorläufigen Analysen zeigte jedoch, dass eine einheitliche Analyse auf Basis der vorliegenden Materialien nur anhand von 14 der vorgeschlagenen Kriterien (siehe Tabelle 5, 3. Spalte) möglich ist, da für die übrigen Kriterien – über alle Instrumente und Verfahren hinweg – nicht ausreichend Informationen zur Verfügung stehen. Hierbei wurden über die in der strukturierten Beschreibung bereits berücksichtigten Kriterien hinaus auch die *der Partizipation, des fachlichen Ansehens und des Vergleichs mit anderen Einrichtungen/Anbietern ein-*

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|--|---|
| Niedrigschwelligkeit | – Kostenlos, leicht zugänglich, in mehreren Sprachen verfügbar | – Teuer, schwer zugänglich, nicht in deutscher Sprache verfügbar |
| Unterstützende Materialien | – Schritt-für-Schritt-Anleitungen, eingängige Beschreibung, Verfügbarkeit weiterführender Informationen | – Fehlende Anleitungen, unstrukturierte Beschreibung, mangelnde weiterführende Informationen |
| Schulung/Beratung | – Ansprechpartnerinnen und -partner vorhanden, Fortbildungen möglich | – Fehlende Ansprechpartnerinnen und -partner bzw. Fortbildungsmöglichkeiten |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | – Praktische Beispiele – In Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Praxis entwickelt | – Beispiele fehlen – Praxistransfer nicht vorbereitet |
| Aufwand | – Schnell/einfach einsetzbar | – Hoher zeitlicher Aufwand für Einarbeitung und Anwendung |
| Evidenzbasierung | – Die Wirksamkeit des Ansatzes stützt sich auf empirische Belege und/oder theoretische Bezüge. | – Die Grundlage der Konzeption des Verfahrens/Instruments wird nicht deutlich beschrieben. |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | – Anpassungen des Verfahrens/Instruments | – Anpassungen des Verfahrens/Instruments sind nicht vorgesehen oder werden nicht beschrieben. |
| Nutznachweis | – Zum Beispiel durch Befragung von Anwenderinnen und Anwendern | – Zum Beispiel fand keine Befragung von Anwenderinnen und Anwendern statt. |
| Wirkung/Effektivität | – Belastbarer Nachweis über die Wirksamkeit des Verfahrens/Instruments | – Es gibt keinen belastbaren Nachweis über die Wirksamkeit des Verfahrens/Instruments. |
| Erweiterte Zielgruppe | – Richtet sich auch an Politik und Geldgeber | – Richtet sich ausschließlich an eine ganz bestimmte Zielgruppe |
| Weitere Merkmale | – Partizipative Vorgehensweise (das Verfahren/Instrument sieht die Beteiligung relevanter Personen für die Projektarbeit – zum Beispiel Zielgruppe, Geldgeber – vor) | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> – Verbesserungsvorschläge (zum Beispiel durch externe Gutachterinnen und Gutachter, Auditorinnen und Auditoren) – Gütekriterien (Reliabilität, Validität etc. der Instrumente) – Akzeptanz/Anerkennung (international/national verbreitet, vom Spitzenverband oder Sachverständigenrat anerkannt) – Vergabe vom Gütesiegeln/Zertifikaten (Außenwirkung, Finanzakquise) | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | – Wodurch zeichnet sich das Instrument/Verfahren besonders aus? | – Was sind besondere Schwächen des Instruments/Verfahrens? |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | <ul style="list-style-type: none"> – Übergeordnete Kriterien zur Strukturierung sind vorhanden. – Der Ansatz sieht das eigenständige Erarbeiten von Kriterien/Standards vor. | |
| Qualitätsdimensionen | <ul style="list-style-type: none"> – Es werden alle Q-Dimensionen berücksichtigt. – Der Fokus liegt auf einer Q-Dimension. – Das Verfahren/Instrument eignet sich für eine flexible Anwendung; zum Beispiel sind einzelne Instrumente punktuell einsetzbar. | |

» Tab. 6: Raster für die Stärken-Schwächen-Betrachtung

geschlossen. Während Ersteres ohne Modifikation übernommen werden konnte, wurde das *fachliche Ansehen* zu einer Angabe zur Akzeptanz/Anerkennung modifiziert. Anstatt des *Vergleichs mit anderen Einrichtungen/Anbietern* wurde die Vergabe von Gütesiegeln/Zertifikaten aufgenommen, da dies einem indirekten Vergleich über vorausgesetzte Standards nahe kommt. Gänzlich – das heißt sowohl in der strukturierten Beschreibung als auch in der Stärken-Schwächen-Betrachtung – unberücksichtigt blieben demnach die Kriterien zu *Integration/Abgleich komplexer Ziele, Integration in die Organisationskultur,*

Erfassung von Nebenwirkungen, Vergleichswerten zur Verankerung von Ergebnissen sowie Veränderungssensitivität.

Tabelle 6 zeigt das auf diese Weise entwickelte Analyseraster – bestehend aus 14 Kriterien, die jeweils durch untergeordnete Kriterien operationalisiert wurden, um eine Einordnung von »Stärken« und »Schwächen« zu ermöglichen. Hierbei wurden die Kriterien zu übergeordneten Standards und den Qualitätsdimensionen jedoch aus folgenden Gründen neutralisiert: Zum Spektrum der Verfahren und Instrumente gehören einerseits Ansätze, die eine

Prüfung vorgegebener Standards nach dem »top-down«-Prinzip ermöglichen. Dem Konzept anderer Verfahren, die eine Entwicklung von Standards vor Ort nach dem »bottom-up«-Prinzip vorsehen und sich dem Bereich der Qualitätsentwicklung (siehe Kapitel 02.1) zuordnen lassen, widerspricht dieser Ansatz jedoch.

Da sich auf Basis des aktuellen Forschungsstands keine Aussage darüber treffen lässt, welcher Ansatz eine größere Wirkung auf die Qualität von Interventionen hat, wurden die betreffenden Angaben weder als Schwäche noch als Stärke gekennzeichnet. Ebenso wurde für den Bereich der Qualitätsdimensionen die Einordnung in Stärken und Schwächen unterlassen, da nicht belegt ist, welche Dimension den größten Einfluss auf Interventionenwirkungen hat und ob zum Beispiel in Bezug auf die Strukturqualität Instrumente entwickelt wurden, die Lücken innerhalb anderer Systeme schließen sollen.

b) Vorläufige Analyse:

Auf der Basis des einheitlichen Rasters (siehe Tabelle 6) wurde für jedes Instrument bzw. Verfahren eine zweite, vorläufige Stärken-Schwächen-Betrachtung durch die zuständigen Autorinnen und Autoren erstellt. Abweichend von der bei Simon und Gathen (2002) beschriebenen Methodik wurden die Stärken und Schwächen nicht benotet, sondern ausformuliert. Grund hierfür ist, dass sich die Analyse nicht auf eine (semi-)quantitative Erhebung stützen konnte, sondern die Form eines intersubjektiven Vergleichs (siehe unten) hatte.

Darüber hinaus wurde die Anzahl der Einträge auf drei bis fünf Stärken und ebenso viele Schwächen begrenzt, um Übersichtlichkeit zu gewährleisten und die Relevanz der angeführten Stärken und Schwächen zu verdeutlichen. Möglich war es, hierbei je einen Eintrag als Stärke und als Schwäche zu einem Kriterium vorzunehmen, etwa wenn ein Verfahren bzw. Instrument kostenlos, aber nicht in deutscher

Sprache zugänglich war (siehe Tabelle 6, Niedrigschwelligkeit). Über die drei bis fünf Einträge hinaus konnten zusätzliche Angaben in den neutralen Kategorien (übergeordnete Kriterien/Standards, Qualitätsdimensionen) sowie zu den Besonderheiten des Instruments vermerkt werden. Gemeinsam dienten die angeführten Stärken und Schwächen einer prägnanten Zusammenfassung der vorausgegangenen Beschreibung bzw. einer Herausstellung von zentralen Stärken und Entwicklungspotenzialen, sodass Leerstellen in den Tabellen der Analyse nicht auf das Fehlen entsprechender Informationen zurückzuführen sind. Detailliertere Angaben sind den Beschreibungen zu entnehmen.

c) Abgleich der vorläufigen Analysen:

Neben den angeführten Kriterien diente auch der Vergleich der vorläufigen Stärken-Schwächen-Betrachtungen einer einheitlichen Bewertungsgrundlage. Hierzu wurden die Analysen der Verfahren und Instrumente eines Settings (Generische, Kindertagesstätte, Kommune/Stadtteil, Senioreneinrichtungen) untereinander abgeglichen, sodass die Vor- und Nachteile eines Instruments in Bezug zu den übrigen gesetzt werden konnten. Da dieses Vorgehen in Abstimmung zwischen den beteiligten Personen aus beiden Projektpartnerschaften erfolgte, wurde ein intersubjektiver Vergleich der Instrumente und Verfahren erreicht. Eine zukünftige Befragung von Anwenderinnen und Anwendern nach dem von Kliiche, Esholz, Weitkamp, Töppich und Koch (2009) beschriebenen Vorgehen ersetzt dies jedoch nicht.

d) Rückkopplung der vorläufigen Ergebnisse:

Ebenso wie der Abgleich der vorläufigen Analysen, diente auch die Rückkopplung mit den verantwortlichen Entwicklerinnen und Entwicklern zur Steigerung der intersubjektiven Vergleichbarkeit der Stärken-Schwächen-Betrachtungen. Hierzu wurden eine Kopie der vorläufigen Analyse an die jeweiligen An-

sprechpartnerinnen und -partner versandt und das Raster aus Tabelle 6 in Form von Leitfragen in die telefonischen Interviews integriert bzw. eine erneute Abstimmung per E-Mail erreicht.

» 03.5 Formulierung und Verbreitung von Empfehlungen

Auf Basis der strukturierten Beschreibungen und Stärken-Schwächen-Betrachtungen wurden vorläufige Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Wissenschafts- und Praxisfelds Qualitätssicherung in gesundheitsfördernden Settings formuliert (siehe Kapitel 06). Diese dienen als Grundlage für einen fachlichen Austausch, der nach Abschluss des Projekts in noch zu definierender Form initiiert werden soll.

04

» Ergebnisse der Bestandsaufnahme

Anhand der im Kapitel 03 beschriebenen Vorgehensweise wurden letztlich 19 Instrumente und Verfahren ausgewählt und auf der Grundlage von einheitlichen Rastern beschrieben und bewertet. Darüber hinaus konnten sieben Ansätze der Qualitätssicherung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ausfindig gemacht werden, die sich momentan in der Entwicklung bzw. Erprobungsphase befinden. Diese werden mit Hinweis auf den bisherigen Stand als ergänzendes Material kurz beschrieben. Im Folgenden sind die entsprechenden Ergebnisse je Setting dargestellt.

» 04.1 Settingübergreifende bzw. generische Ansätze

Es gibt bereits eine Vielzahl an Instrumenten und Verfahren, die setting- und/oder themenübergreifend für die Felder der Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt werden können. Sie werden als generische Instrumente und Verfahren bezeichnet und haben eine Verbesserung der Qualität in den jeweils eingesetzten Bereichen zum Ziel. Dabei können sie auf verschiedene geplante Interventionen übertragen werden, erfordern jedoch in diesem Zusammenhang zusätzlich eine setting- bzw. themenspezifische Auseinandersetzung und Anpassung.

Das Spektrum der generischen Verfahren und Instrumente ist weitreichend, sodass sich Unterstüt-

zungsmöglichkeiten für alle Qualitätsdimensionen sowie für die damit einhergehenden Qualitätsfragen finden. Es sind zum Beispiel Qualitätskriterien formuliert sowie Methoden entwickelt worden, die sich auf die zentralen Elemente der Gesundheitsförderung Empowerment und Partizipation beziehen, oder aber es wurden Anleitungen und Instrumente konzipiert, die darin unterstützen, die Ziele einer Intervention präzise zu formulieren, Teilschritte von Interventionen zu reflektieren oder auch die Evaluation von Interventionen anzuleiten.

04.1.1 Ergebnisse zu generischen Instrumenten und Verfahren

Es konnten zunächst insgesamt 20 setting- und/oder themenübergreifende Instrumente bzw. Verfahren identifiziert werden (siehe Anhang II). Eine genauere Sichtung der identifizierten Instrumente bzw. Verfahren führte zu einer Eingrenzung; dabei wurden neun von den weiteren Recherchearbeiten ausgeschlossen (weitere Informationen siehe Kapitel 03.1 und 03.2). Im Folgenden werden insgesamt zehn Instrumente bzw. Verfahren ausführlich auf der Grundlage des entwickelten Beschreibungsrasters (siehe Anhang I) beschrieben sowie nach dem Raster der Stärken-Schwächen-Betrachtungen (siehe Kapitel 03.4) bewertet:

- Evaluationstools,
- Goal Attainment Scaling (GAS),
- Good Practice in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten,
- Health Promotion Effect Management Instrument (PREFFI 2.0),
- Leitfaden Prävention,
- Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ),
- Qualität in der Prävention (QIP),
- Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention (QuiG®),
- quint-essenz,
- Selbstevaluation.

Ein Instrument, das sich noch in der Erprobungsphase befindet, aber voraussichtlich in absehbarer Zeit eingesetzt wird, ist die Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht bei Kindern in Nordrhein-Westfalen. Diese wird als ergänzendes Material im Kapitel 04.1.2 kurz dargestellt.

Evaluationstools

Kurzfassung

Die Internetseite www.evaluationstools.de wurde im Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen entwickelt und stellt verschiedene Instrumente zur Evaluation bewegungs- und ernährungsbezogener Interventionen zur Verfügung. Praktikerinnen und Praktiker können zum Beispiel Fragebogen oder Tests herunterladen und diese für eine Selbstevaluation (Ergebnisevaluation) nutzen. Die zur Verfügung gestellten Instrumente können in der Anwendung insbesondere Hinweise auf Effekte bzw. auf den Nutzen von Interventionen zu Bewegung und Ernährung geben. Daneben finden sich auf der Internetseite allgemeine Informationen zum Thema Evaluation sowie Beispiele aus der Praxis, die einen Einblick in die Umsetzung von Evaluationsvorhaben geben.

Die Zielsetzung von Evaluationstools ist es, Praktikerinnen und Praktiker in der Planung und Durchführung eines Evaluationsvorhabens zu unterstützen und einen Überblick über standardisierte Fragebogen und Erhebungsverfahren zu geben.

Hintergrund

Im Jahr 2008 wurde die Internetseite www.evaluationstools.de zunächst im Rahmen des Verbundprojekts »Ernährungs- und bewegungsbezogene Prävention bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Erarbeitung

abgestimmter Tools zur Evaluation von Maßnahmen« im IPP erstellt. Der Anlass hierfür war sowohl ein Mangel an niedrigschwelligen Informationen zum Thema Evaluation als auch der Wunsch, bisher eingesetzte Instrumente und Erfahrungswerte transparenter zu gestalten (LIGA.NRW 2010d). Ein Ergebnis dieser ersten Projektphase stellen unter anderem die auf der Internetseite eingestellten Praxisbeispiele bzw. die in diesem Zusammenhang von Wissenschaft und Praxis gemeinsam entwickelten sowie erprobten Erhebungsinstrumente dar.

Mit dem Projekt »Evaluationsvorhaben – Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten«⁷, das vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Aktionsplans »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« von Oktober 2008 bis April 2011 gefördert wurde, war es möglich, die Internetseite weiterzuentwickeln. Das IPP erhielt den Auftrag, die elf geförderten Aktionsbündnisse in ihrer Arbeit zu begleiten und stellte hierfür unter anderem ein Instrumentenset zur Ergebnisevaluation zusammen. Dabei wurden primär Instrumente ausgewählt, die praxistauglich sind und gleichzeitig wissenschaftlichen Gütekriterien entsprechen.

Zudem orientierte sich die Auswahl unter anderem an den Themenschwerpunkten der Aktionsbündnisse (Bewegung und Ernährung) (Mühlbach und Kolip 2010). Neben der Zusammenstellung des Instrumentensets wurden auch die weiteren Instrumente des Evaluationsvorhabens in die Seite integriert, darunter zum Beispiel GAS (siehe S. 42), das im genannten Projekt an die Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention angepasst und erprobt wurde.

Die Internetseite konnte somit um einen sogenannten »Methodenkoffer« ergänzt werden, der sowohl die Instrumente aus der ersten Projektphase als auch die im Rahmen des Evaluationsprojekts der Aktionsbündnisse ausgewählten und entwickelten Instrumente bündelt. Darüber hinaus wurde die Internetseite um allgemeine sowie praxistaugliche Informationen zur Evaluation erweitert.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Mit der Internetseite www.evaluationstools.de sollen Praktikerinnen und Praktiker in der Planung und Durchführung eines Evaluationsvorhabens unterstützt werden, indem sie unter anderem Zugang zu konkreten Instrumenten erhalten und dazu angeregt werden, einfache Erhebungen selbst durchzuführen. In Bezug auf umfangreichere Evaluationsvorhaben sollen sie für die Möglichkeiten einer Zusammenarbeit von Praxis und Wissenschaft sensibilisiert werden. Die zur Verfügung gestellten Materialien beziehen sich primär auf die Ergebnisqualität, es finden sich aber auch Instrumente (zum Beispiel GAS, siehe S. 42), die die Planungs-, Struktur- und Prozessqualität unterstützen.

Aufbau, Elemente

Die Internetseite www.evaluationstools.de setzt sich aus mehreren Bausteinen zusammen:

Unter dem Menüpunkt »Evaluation allgemein« findet sich ein erster Einstieg in das Thema Evaluation, mit dem unter anderem der Nutzen einer Evaluation herausgestellt wird und auch die vier Qualitätsdimensionen Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beleuchtet werden.

⁷ Bei den Aktionsbündnissen handelt es sich um elf regionale und lokale Netzwerkstrukturen, die sich in den Feldern Bewegungsförderung, gesunde Ernährung und Stressregulation engagieren. Weitere Informationen sind den Internetseiten www.in-form.de und www.evaluationstools.de zu entnehmen.

Um einen Einblick in die »Evaluation in der Praxis« zu geben, werden jeweils setting- wie auch zielgruppenspezifische Anforderungen, Besonderheiten sowie praktische Tipps für eine Evaluation dargestellt. Zudem werden unter dem Menüpunkt »Beispiele aus der Praxis« bereits durchgeführte Evaluationsvorhaben sowie deren Ergebnisse vorgestellt.

Der »Methodenkoffer« stellt das Herzstück der Internetseite dar. Er umfasst 27 Instrumente, die jeweils nach Settings, Zielgruppen und Themen sortiert sind (Mühlbach und Kolip 2010). Auch GAS (siehe S. 42) ist in den Methodenkoffer integriert und der Rubrik »übergreifende Instrumente« zugeordnet. Darüber hinaus finden sich auf der Internetseite weiterführende Informationen zum Evaluationsvorhaben.

Die im Methodenkoffer zur Verfügung gestellten standardisierten Fragebogen und Tests sind geeignet, bewegungs- und/oder ernährungsbezogene Verhaltensweisen anhand von Kriterien bzw. Indikatoren zu erheben, einige Instrumente erfassen darüber hinaus strukturelle Rahmenbedingungen auf Verhältnisebene:

- Der Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität erhebt gesundheitswirksame Aktivitäten per Selbsteinschätzung.
- Der Pausenbrotcheck beurteilt die Frühstücksgewohnheiten in der Kita und
- die Neighborhood Environment Walkability Scale (NEWS) schätzt die Bewegungsfreundlichkeit von Strukturen im Wohnumfeld ein.

Für einen großen Teil der Instrumente stehen zusätzlich Steckbriefe zur Verfügung, die die Instrumente im Überblick darstellen und die folgenden Gliederungspunkte berücksichtigen:

- Kurzbeschreibung,
- theoretischer Hintergrund,
- Entwicklung des Verfahrens,
- Aufbau und Auswertung,

- Gütekriterien,
- Autor(en)/Quelle(n),
- weiterführende Literatur,
- www-Ressourcen,
- Sonstiges.

Erläuterungen zur Anwendung sind nicht in die Steckbriefe integriert, können aber zum Teil den Fragebogen selbst entnommen werden. Zusätzlich finden sich für einige Instrumente Beispiele für den Einsatz in der Praxis. Es gibt jedoch keine Anleitung zur Planung und Durchführung einer Selbstevaluation. Mindestkriterien für eine qualitativ gute Arbeit sind den einzelnen Fragebogen nicht zugrunde gelegt, diese müssten je nach Zielsetzung eigenständig formuliert werden.

Auch finden sich auf der Internetseite keine Empfehlungen zur gezielten Verbesserung von Interventionen; je nach Evaluationsergebnis wären Praktikerrinnen und Praktiker gefordert, diese zu erarbeiten.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Interessierte Praktikerrinnen und Praktiker, die den Nutzen von Interventionen nachweisen bzw. deren Wirksamkeit belegen möchten, können sich auf der Internetseite einen ersten Überblick über mögliche Evaluationsinstrumente sowie Vorgehensweisen verschaffen. Sie können sich mithilfe von Praxisbeispielen anregen lassen und gezielt auf für sie infrage kommende Instrumente zugreifen. Welche Aspekte es im Rahmen eines Evaluationsvorhabens zu bedenken gibt, ist einer zur Verfügung gestellten Präsentation unter dem Menüpunkt »Evaluation allgemein« zu entnehmen.

Im Kasten auf Seite 40 ist ein Evaluationsprozess aufgeführt, der mithilfe eines Beispiels näher erläutert wird und die folgenden neun Schritte enthält.

Eine ausführliche Anleitung für die praktische Umsetzung ist auf der Internetseite jedoch nicht zu finden.

1. Definition
 2. Festlegen der Ziele
 3. Festlegen der Indikatoren
 4. Auswählen der Instrumente
 5. Vorher-Erhebung
 6. Durchführen der Intervention
 7. Nachher-Erhebung
 8. Auswertung und Interpretation
 9. Ziehen von Konsequenzen
- (Universität Bremen 2010)*

Hauptverantwortlich für die Umsetzung einer geplanten Evaluation sind im Rahmen von Evaluationstools die Praktikerinnen und Praktiker selbst. Das Hinzuziehen einer externen Begleitung wie auch die genaue Rücksprache mit der Projektleitung ist jedoch notwendig. Darüber hinaus kann für die Akzeptanz der Durchführung einer Evaluation ein enger Austausch mit Vertretungen der zu evaluierenden Zielgruppe bzw. des zu evaluierenden Settings hilfreich sein (Universität Bremen 2010).

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Die auf der Internetseite zur Verfügung gestellten Informationen basieren auf theoretischen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungswerten. So ist zum Beispiel der unter »Prozessablauf« dargestellte Evaluationsprozess in Anlehnung an den Public Health Action Cycle erstellt (siehe Kapitel 02.1), und die Praxisbeispiele sowie die in diesem Zusammenhang entwickelten Instrumente sind das Ergebnis bereits durchgeführter Evaluationsvorhaben von Praxis und Wissenschaft.

Die im Rahmen des Evaluationsprojekts der Aktionsbündnisse ergänzten Instrumente wurden darüber hinaus genauestens unter die Lupe genommen. Sofern ausreichende wissenschaftliche Erkennt-

nisse zugrunde liegen, werden diese zusammenfassend in Form von Steckbriefen dargestellt.

Ein besonderes Augenmerk wurde in diesem Zusammenhang auf die Gütekriterien Validität und Reliabilität der einzelnen Instrumente gelegt; wenn vorhanden, sind die jeweiligen Kennziffern zur besseren Einschätzung angegeben. In Bezug auf das Gütekriterium Objektivität werden in den Steckbriefen keine Angaben gemacht (zu Gütekriterien siehe Kapitel 02.3).

Einsatzmöglichkeiten

Die zur Verfügung gestellten Instrumente beziehen sich in erster Linie auf ernährungs- und bewegungsbezogene Interventionen, es sind aber auch einige übergreifend einsetzbare Instrumente auf der Seite eingestellt. Für die gezielte Auswahl sind die Instrumente jeweils nach Setting, Zielgruppe und Thema sortiert. In Bezug auf Settings ergibt sich eine Unterteilung in die Bereiche Kindertagesstätte, Grundschule, Sekundarstufe und Stadtteil. Hinsichtlich der Zielgruppen finden sich Instrumente für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, Erwachsene und Ältere.

Zielgruppe(n)

Evaluationstools richten sich insbesondere an Praktikerinnen und Praktiker, die sich in den Themenfeldern »Bewegung« und »Ernährung« engagieren. Aber auch Praktikerinnen und Praktiker, die in anderen Bereichen aktiv sind, können sich über Möglichkeiten und Voraussetzungen eines Evaluationsvorhabens informieren. Zudem finden sich auch einzelne Instrumente, die übergreifend eingesetzt werden können (zum Beispiel GAS, siehe S. 42). Als weitere Zielgruppe ist die Wissenschaft denkbar, denn Internetseiten, die verschiedene wissenschaftlich erprobte Evaluationsinstrumente bündeln, sind bisher kaum vorhanden.

Voraussetzungen für die Anwendung (zum Beispiel Kompetenzen, Vorwissen)

Um sich einen ersten Überblick zum Thema Evaluation zu verschaffen, sind keine weiteren Vorkenntnisse nötig. Wenn jedoch die tatsächliche Planung und Durchführung einer Evaluation geplant ist, sind insbesondere Kenntnisse in der empirischen Sozialforschung erforderlich. So gilt es nicht allein, das Evaluationsvorhaben vorzubereiten und entsprechende Erhebungsmethoden auszuwählen, es muss außerdem eine Anpassung des gewählten Fragebogens an die Fragestellung(en) vor Ort erfolgen. Dabei müssen zum Beispiel Anregungen aus den dargestellten Instrumenten in die eigenen Evaluationsinstrumente übertragen werden. Die Einbindung einer externen Begleitung wird deshalb empfohlen, gegebenenfalls können auch Studierende im Rahmen von Abschlussarbeiten für eine wissenschaftliche Begleitung gewonnen werden. Die Einbindung einer wissenschaftlichen Begleitung eignet sich zudem im Hinblick auf die Auswertungs- und Analysephase, für die ebenfalls Methodenkenntnisse erforderlich sind. Darüber hinaus sind einige Instrumente lediglich auf Englisch erhältlich, sodass entsprechende Sprachkenntnisse eine weitere Voraussetzung darstellen (Universität Bremen 2010, LIGA.NRW 2010d).

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung (Kosten, Zeitaufwand)

Ein Einblick in das Thema Evaluation kann auf der Internetseite recht schnell erlangt werden. Für eine vertiefte Auseinandersetzung oder sogar für die Planung und Durchführung einer Evaluation sind hingegen ausreichend zeitliche und damit auch personelle Ressourcen einzuplanen. Zusätzlich können Kosten für eine externe Begleitung entstehen; materielle Kosten fallen zum Beispiel für den Druck von Fragebogen an. Die Instrumente selbst können kostenfrei bezogen werden.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Im Jahr 2010 haben pro Monat etwa 160 Nutzerinnen und Nutzer auf die Internetseite www.evaluatoinstools.de zugegriffen. Angaben zur allgemeinen Nutzung der zur Verfügung gestellten Instrumente liegen nicht vor. In Bezug auf die Aktionsbündnisse wurden in drei Fällen Instrumente für die Durchführung eines Evaluationsvorhabens eingesetzt. Dabei wurden einzelne Fragen genutzt. In einem Fall wurde ein komplettes Instrument – der sogenannte Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire – an die Fragestellung vor Ort angepasst sowie ins Deutsche übersetzt.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Umfassende Studien oder Befragungen zum Nutzen für Anwenderinnen und Anwender von Evaluatoinstools wurden bisher nicht durchgeführt. Die elf Aktionsbündnisse wurden jedoch nach ihrer Meinung zur Internetseite befragt. Dabei wurde die Internetseite überwiegend als übersichtlich (9 von 11) und als informativ (10 von 11) bewertet. Von einem Aktionsbündnis wurde keine Bewertung vorgenommen, da die Internetseite zum Befragungszeitpunkt nicht bekannt war. Es wurde zudem danach gefragt, ob die Internetseite Praktikerinnen und Praktiker bei der konkreten Auswahl von Instrumenten unterstützen kann. Insgesamt neun Aktionsbündnisse waren der Meinung, dass dies der Fall sei. Eine Rückmeldung zur Internetseite verweist dabei neben den Vorteilen auch auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung: Die Methodenangebote seien zwar vielfältig und weitgehend übersichtlich, eine Nutzung für Nichtfachkundige sei aber vermutlich nicht möglich, da die Tools trotz guter Darstellung theorielastig blieben.

Die Praxisbeispiele, die sich auf der Internetseite präsentieren, können darüber hinaus aufzeigen, welchen Nutzen ein Evaluationsprozess mit sich bringen kann. So wird deutlich, dass mithilfe der entwickel-

ten Instrumente Veränderungen gemessen und somit Aussagen über die Wirkungen von Interventionen getroffen werden konnten. In Bezug auf die am Evaluationsvorhaben beteiligten Personen wird zudem deutlich, dass nicht eine Person allein für die Planung und Durchführung, sondern zumeist ein Team verantwortlich ist, das sich aus Wissenschaft und Praxis zusammensetzt. Welche konkreten Erfahrungswerte die Praktikerinnen und Praktiker im Zuge des Evaluationsvorhabens gesammelt haben, ist nicht dokumentiert.

Wirkungen

Studien, die die Wirksamkeit von Evaluationstools auf Interventionsebene aufzeigen, liegen bisher nicht vor.

Ausblick

Die Internetseite soll auch nach Beendigung des Evaluationsprojekts der Aktionsbündnisse aktiv weiterentwickelt werden. Geplant ist eine Übernahme der Internetseite durch das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW). Die Evaluationstools sollen in die dortige Internetpräsenz zur Qualitätsentwicklung integriert und durch weitere Instrumente ergänzt werden.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 218.

Goal Attainment Scaling (GAS)

Kurzfassung

Goal Attainment Scaling (GAS) konnte im Rahmen des Evaluationsvorhabens »Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten« am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen als Instrument der Qualitätsentwicklung und Ergebnisevaluation für die Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention erprobt wer-

den. Die Skalen unterstützen unter anderem die Festlegung von präzisen und messbaren Zielen und bilden damit eine wesentliche Voraussetzung für die Planung, Umsetzung und Evaluation von Projekten. Anhand einer fünfstufigen Skala können mit dem Instrument Aussagen zum Grad der Zielerreichung getroffen werden.

Die Skala kann für ein oder mehrere Ziele bzw. auch für Zwischenziele ausgefüllt werden und eignet sich deshalb sowohl für die Prozessbegleitung als auch für die Ergebnisevaluation (Schaefer und Kolip 2010).

Ziel von GAS ist es, die konkrete Zielformulierung zu unterstützen sowie die Überprüfung der Zielerreichung in einem partizipativen Prozess zu ermöglichen. Ein Leitfaden zur Anwendung von GAS findet sich unter http://www.lzg.gc.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/qualitaetsinitiative/evaluationstools/methodenkoffer/uebergreifende-instrumente/index.html.

Hintergrund

Ihren Ursprung haben die Zielerreichungsskalen im Bereich der klinischen Psychologie; hier wurden sie bereits Ende der 1960er-Jahre von Thomas Kiresuk und Robert Sherman entwickelt. Die Idee war, ein partizipatives Verfahren zu konzipieren, das eine stärkere Einflussnahme von Patientinnen und Patienten auf den ärztlichen Behandlungsprozess ermöglicht. Mittlerweile wird GAS auch in anderen Arbeitsfeldern wie zum Beispiel in der Physiotherapie, Rehabilitation und Rheumatologie eingesetzt; in der Schweiz sind Zielerreichungsskalen verbindlicher Bestandteil der ambulanten Rehabilitation (Schaefer und Kolip 2010).

Im Jahr 2008 startete die vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM geförderte Initiative »Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten« (siehe S. 38). Das IPP erhielt den Auftrag, die Akti-

onsbündnisse wissenschaftlich zu begleiten. In diesem Kontext wurde die Arbeit mit Zielerreichungsskalen für das Anwendungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention adaptiert und erprobt. Für jedes Aktionsbündnis war die Entwicklung von drei Zielerreichungsskalen vorgesehen.

Im Rahmen eines eintägigen Workshops sowie mittels Telefoninterviews wurden die Bündnisse bei der Zielformulierung, -überprüfung und -anpassung und somit in der Anwendung der Zielerreichungsskalen unterstützt (Schaefer und Kolip 2010). Um anderen Akteurinnen und Akteuren die Arbeit mit GAS zu erleichtern und so den Transfer zu sichern, wurde ein Leitfaden zur Anwendung erstellt. Die folgende Beschreibung von GAS bezieht sich lediglich auf das im Rahmen der Aktionsbündnisse entwickelte Instrument.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Mithilfe von Zielerreichungsskalen erhalten Projekte die Möglichkeit, ihre Projektziele hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit zu überprüfen. Dies erfolgt in einem partizipativen Prozess unter Einbindung möglichst vieler Beteiligter. GAS leistet einen Beitrag zur Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Aufbau, Elemente

Das Instrument besteht aus einer fünfstufigen Skala, in die die erwarteten Ergebnisse für das jeweilige Projektziel übertragen werden. Hierfür ist gegebenenfalls die Entwicklung von Indikatoren erforderlich. Das »erwartete Ergebnis« findet sich im Zentrum der Skala; davon ausgehend reichen zwei Stufen nach oben (»mehr als erwartet« und »viel mehr als erwartet«) und zwei nach unten (»weniger als er-

| | |
|---------------------------------|--|
| Ziel | Förderung der Bewegungsaktivität von Seniorinnen |
| Indikator | Einrichtung und Nutzung von zwei Bewegungsangeboten für Seniorinnen im Stadtteil |
| + 2 = viel mehr als erwartet | Bis Ende des Jahres konnte die maximal mögliche Anzahl von Teilnehmerinnen für die beiden neu eingerichteten Bewegungsangebote gewonnen werden. Es gibt Interessentinnen für ein weiteres Angebot. |
| + 1 = mehr als erwartet | Bis Ende des Jahres konnte die maximal mögliche Anzahl von Teilnehmerinnen für die beiden neu eingerichteten Bewegungsangebote im Stadtteil gewonnen werden. |
| 0 = erwartetes Ergebnis | Bis Ende des Jahres konnten ausreichend Teilnehmerinnen für die zwei neu eingerichteten Bewegungsangebote im Stadtteil gewonnen werden. |
| - 1 = weniger als erwartet | Bis Ende des Jahres konnten ausreichend Teilnehmerinnen für eines der beiden neu eingerichteten Bewegungsangebote im Stadtteil gewonnen werden. |
| - 2 = viel weniger als erwartet | Bis Ende des Jahres konnten noch nicht ausreichend viele Teilnehmerinnen für die beiden neu eingerichteten Bewegungsangebote im Stadtteil gewonnen werden. |

wartet« und »viel weniger als erwartet«) [siehe Abbildung 8 auf Seite 43].

Für die konkrete Anwendung wurde ein Leitfaden entwickelt, der sowohl eine Anleitung zur Nutzung der Skalen als auch Beispiele für Zielformulierungen enthält.

Qualitätskriterien, die übergreifend für Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention gelten, sind in dieses Instrument nicht integriert. Für eine kriteriengeleitete Zielformulierung sind jedoch die unter anderem auch von quint-essenz (siehe S. 96) genutzten SMART⁸- und/oder ZWERG⁹-Kriterien vorgesehen.

Da die Ziele jeweils projektbezogen formuliert und bewertet werden, liegen dem Instrument keine Mindestkriterien zugrunde. Allerdings kann das im Team formulierte »erwartete Ergebnis« als Mindestkriterium verstanden werden. So streben die am Zieleprozess beteiligten Personen an, mindestens das »erwartete Ergebnis« zu erreichen.

Ebenfalls sind mit GAS keine externen Empfehlungen für Verbesserungen verbunden. Der partizipative Zieleprozess bietet jedoch einen Reflexionsrahmen innerhalb eines Projektteams. Auf diese Weise sollen Stärken und Schwächen rechtzeitig erkannt und individuelle Lösungsstrategien zur Zielerreichung erarbeitet bzw. Anpassungen im Sinne der Zielerreichung vorgenommen werden. GAS unterstützt somit das Erreichen von Zielen; die Skalen können als wesentliches Qualitätsmerkmal für den Nachweis erbrachter Leistungen herangezogen werden.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Die Zielerreichungsskalen können direkt zu Beginn des Projekts zur Klärung und Festlegung der Ziele eingesetzt werden. Dies trägt dazu bei, dass ein gemeinsames Ziel als Voraussetzung für gemeinsa-

mes Handeln abgestimmt werden kann. Im Laufe des Projekts werden die formulierten Ziele als Orientierungsrahmen herangezogen und im Team reflektiert. In regelmäßigen Abständen kann beispielsweise überprüft werden, ob es wahrscheinlich ist, dass das definierte Ziel erreicht wird oder ob Anpassungen hinsichtlich der gewählten Vorgehensweise bzw. in der Zielformulierung vorgenommen werden müssen.

Im Rahmen einer Ergebnisevaluation werden diejenigen Ziele formuliert, die bis zum Ende der Intervention erreicht werden sollen. Dabei ist GAS besonders geeignet für die Evaluation prozess- und verhältnisbezogener Ziele. Für die Evaluation von Verhaltensveränderungen sind gegebenenfalls weitere Messinstrumente (zum Beispiel Instrumente der Webseite www.evaluationstools.de, siehe S. 37) erforderlich (Schaefer 2011). GAS kann hier jedoch eine sinnvolle Unterstützung bieten und zum Beispiel anhand von Indikatoren aufzeigen, in welchem Umfang die angestrebten Wirkungen erreicht werden konnten.

Es kann aber auch eine kleinschrittige Planung und damit die Prozessqualität unterstützt werden, indem zusätzlich Zwischenziele formuliert werden. Diese werden in den jeweils festgelegten Abständen überprüft und mit Blick auf das zu erreichende Endziel fortgeschrieben bzw. an den weiteren Projektverlauf angepasst.

Für ein umfassendes Qualitätsmanagement kann GAS ergänzend zu anderen Verfahren eingesetzt werden.

In Bezug auf die Prozessbeteiligten sollten zumindest die Projektleitung, die Projektmitarbeitenden sowie Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe an der Erstellung der Skalen beteiligt sein. Im Rahmen der Aktionsbündnisse hat sich zusätzlich die Zusam-

8 S: Spezifisch; M: Messbar; A: Anspruchsvoll; R: Realistisch; T: Terminiert (Schaefer 2011).

9 Z: Zentrale Bedeutung; W: Wirtschaftlichkeit; E: Einfachheit; R: Rechtzeitigkeit; G: Genauigkeit (Schaefer 2011).

menarbeit mit einer externen Beratung bewährt. Die Einbindung der Geldgeber ist bisher noch nicht erfolgt, könnte aber insbesondere im Hinblick auf eine Antragstellung bzw. eine Weiterfinanzierung sinnvoll sein.

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

GAS legt ein dynamisches Verständnis von Qualität zugrunde. Insbesondere Zwischenzielerreichungsskalen können dem dynamischen Charakter gerecht werden, indem zum Beispiel Zwischenziele überprüft und angepasst bzw. dem Projektverlauf entsprechend fortgeschrieben werden. Grundsätzlich erfolgt eine Orientierung an den Phasen des PHAC (siehe Kapitel 02.1).

Im Rahmen des Evaluationsprojekts der Aktionsbündnisse wurden verschiedene theoretische Ansätze hinsichtlich der Einordnung und Definition von Zielen berücksichtigt. Für eine präzise Formulierung der Ziele erfolgt eine Orientierung sowohl an den sogenannten SMART- als auch an den ZWERG-Kriterien.

Die Zuordnung zu verschiedenen Zieltypen (zum Beispiel Vision, Ziele) und die Abgrenzung zu Maßnahmen erfolgt in Anlehnung an das Outcome-Modell von Nutbeam (2000), das ebenfalls für quint-essenz genutzt und zum sogenannten Ergebnismodell weiterentwickelt wurde (Schaefer 2011).

Es wurde bisher nicht überprüft, inwieweit der Ansatz wissenschaftlichen Gütekriterien gerecht wird.

Einsatzmöglichkeiten

Zielerreichungsskalen können sowohl themen- als auch settingübergreifend für die Qualitätsentwicklung und Evaluation angewendet werden. Da grundsätzlich alle Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention eine Zielformulierung erfordern, ist ein insgesamt sehr breiter Einsatz von GAS denkbar. Aufgrund des partizipativen Ansatzes ist

der Einsatz jedoch nur sinnvoll, wenn die Beteiligung verschiedener Akteurinnen und Akteure und/oder der Zielgruppe für die Zielformulierung vorgesehen ist.

Zielgruppe(n)

Zielerreichungsskalen sollten nach Möglichkeit gemeinsam von allen für die Umsetzung der Projektziele verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren erarbeitet werden – hierzu gehören auch Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe (Schaefer 2011).

Die Nutzung von GAS kann auch für Geldgeber sowohl für gemeinsam getragene Zielbeschreibungen als auch in Bezug auf die Überprüfung der Zielerreichung von Nutzen sein.

Voraussetzungen für die Anwendung (zum Beispiel Kompetenzen, Vorwissen)

Für die Anwendung der Zielerreichungsskalen sollte grundsätzlich die Bereitschaft bestehen, sich auf den zunächst eher abstrakten Zielfindungsprozess einzulassen. Zudem ist Übung für die Formulierung der Skalierungsschritte erforderlich. Externe Schulungen und gegebenenfalls auch eine kontinuierliche externe Begleitung können in diesem Zusammenhang unterstützend wirken. Schließlich ist auch die aktive Einbindung sowie das Interesse der beteiligten Partnerinnen und Partner eine wesentliche Voraussetzung für den vorgesehenen partizipativen Zieleprozess (Schaefer 2011).

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung (Kosten, Zeitaufwand)

In der bisherigen Anwendung zeigte sich, dass ein eintägiger Workshop für die Erarbeitung von drei Zielerreichungsskalen ausreichend ist. Je nachdem, wie eindeutig die Ziele bereits vor der Erstellung der Skalen formuliert sind und sich die beteiligten Personen bezüglich der formulierten Ziele einig sind, kann der Zeitaufwand jedoch unterschiedlich hoch sein (Schaefer 2011).

Skalen, die prozessbegleitend eingesetzt werden, erfordern darüber hinaus regelmäßige Termine für die Reflexion und Überarbeitung sowie zeitliche Ressourcen für die Umsetzung der abgestimmten Vorgehensweise.

Ein Leitfaden zur Anwendung kann kostenfrei unter http://www.lzg.gc.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/qualitaetsinitiative/evaluati-onstools/methodenkoffer/uebergreifende-instrumen-te/index.html heruntergeladen werden. Workshops werden bei Bedarf weiterhin angeboten (weitere Informationen hierzu: ischaef@uni-bremen.de).

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Im Projektzeitraum konnten insgesamt 35 Skalen erarbeitet und 33 abschließende Bewertungen vorgenommen werden. Genutzt wurden die Skalen bisher von den Aktionsbündnissen; inwieweit auch andere Praktikerinnen und Praktiker die Skalen einsetzen, ist nicht bekannt.

Die zu erreichenden Zwischenziele wurden von den meisten Aktionsbündnissen für einen Zeitraum von jeweils vier bis sechs Monaten formuliert, einige verständigten sich auf einen kürzeren Zeitraum von zwei Monaten bzw. auf einen längeren Zeitraum von acht Monaten und mehr. Nur wenige Aktionsbündnisse verzichteten auf die Formulierung von Zwischenzielen und legten sich allein auf die zu erreichenden Ziele bis zum Projektende fest (Schaefer und Kolip 2010). Es zeigt sich somit, dass die Aktionsbündnisse die Skalen sowohl prozessbegleitend als auch für die Ergebnisevaluation angewendet haben.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

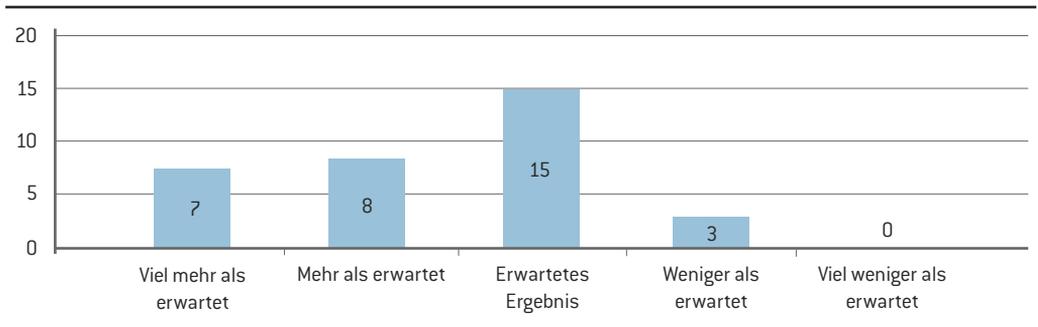
Zur Bewertung des Nutzens von GAS wurden im Rahmen des Evaluationsprojekts des IPP Telefoninterviews durchgeführt. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Aktionsbündnisse sowie jeweils

eine weitere Ansprechperson wurden anhand eines Interviewleitfadens zur Arbeit bzw. zum Nutzen der Zielerreichungsskalen befragt. Dabei wurden die Skalen als überwiegend unterstützend für die eigene Arbeit bewertet (Schaefer und Kolip 2010).

Die Telefoninterviews ergaben unter anderem, dass die Ziele mithilfe der Skalen klarer und eindeutiger wurden. Zugleich wirkte sich der gemeinsame Abstimmungsprozess positiv auf die Zeitplanung aus und unterstützte die Festlegung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass die terminierten Zwischenziele zu einer vorausschauenden Planung der Arbeitsschritte beitragen. Nicht zuletzt ermöglicht der partizipative Prozess eine stärkere Fokussierung auf die Zielgruppe und eine verbesserte Abstimmung im Team sowie mehr Transparenz zwischen den Partnerinnen und Partnern (Schaefer und Kolip 2010).

Die Interviews verdeutlichten zudem, dass die angebotenen Workshops sich gut für die Einführung und für die Erarbeitung der Zielerreichungsskalen eignen. Ein Teil der Befragten sieht diese als notwendig für den Einstieg in die Arbeit mit den Zielerreichungsskalen an. Auch die externe Begleitung bei der Fortschreibung und Bewertung der Skalen wurde als hilfreich empfunden. Der zeitliche Aufwand für den Zielprozess wurde überwiegend als mittel bis hoch eingestuft, im Hinblick auf den Nutzen für die eigene Arbeit jedoch als angemessen bewertet (Schaefer und Kolip 2010).

In Bezug auf die Zielerreichung zeigte sich, dass die Ziele von den Aktionsbündnissen überwiegend erreicht bzw. sogar übertroffen wurden (siehe Abbildung 9). Die Skalen ermöglichen somit eine Einschätzung der Zielerreichung für die jeweils ausgewählten Ziele. Von den Aktionsbündnissen erfolgten zum Beispiel Zielformulierungen für verhältnisbezogene Wirkungen (zum Beispiel Schaffung neuer Angebote), Nachhaltigkeit (zum Beispiel Sicherung der



» Abb. 9: Zielerreichung der Aktionsbündnisse (n = 33) (Schaefer, Gerken, Mühlbach und Kolip 2011, S. 18f.)

Weiterführung von Angeboten), verhaltensbezogene Wirkungen (zum Beispiel Steigerung des Bewegungsverhaltens), Wissenschaft (zum Beispiel Entwicklung eines evaluierten Befragungsinstruments), Empowerment (zum Beispiel Ausbildung von Angehörigen der Zielgruppe zu Übungsleiterinnen und -leitern), Transfer (zum Beispiel Entwicklung einer Internetplattform) oder Netzwerkarbeit (zum Beispiel Bildung eines regionalen Arbeitskreises) (Schaefer, Gerken, Mühlbach und Kolip 2011). Verhaltensbezogene Wirkungen wurden mithilfe zusätzlicher Instrumente gemessen, GAS unterstützte in diesem Zusammenhang die Erfassung der Zielerreichung.

Wirkungen

Mithilfe von GAS können Wirkungen hinsichtlich der Zielerreichung überprüft werden (siehe Abschnitt »Nutzen für Anwenderinnen und Anwender«). Es liegen jedoch keine Angaben vor, inwieweit das Instrument selbst einen Einfluss auf die Zielerreichung nimmt.

Ausblick

Workshops zur Einführung in die Arbeit mit GAS werden bei Bedarf weiterhin angeboten (Kontakt:

ischaef@uni-bremen.de). Eine externe Begleitung von Projekten, wie sie im Rahmen der Aktionsbündnisse möglich war, ist jedoch nicht mehr möglich.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 220.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Schaefer, I. (2011): Leitfaden. Goal Attainment Scaling. Zielerreichungsskalen. Internet: <http://www.evaluationstools.de/methodenkoffer/uebergreifende-instrumente.html>. Zugriff am 13.10.2011.

Schaefer I., Kolip, P. (2010): Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS) – Erfahrungen mit der Anwendung von Zielerreichungsskalen in der Gesundheitsförderung. In: Prävention, 3, S. 66–69.

Good-Practice-Kriterien

Kurzfassung

Im Rahmen des von der BZgA initiierten Kooperationsverbundes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« wurde ein Katalog von zwölf Kriterien zur guten Praxis entwickelt. Dieser kann für die

Planung und Bewertung von Projekten der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung herangezogen werden. Der Good-Practice-Ansatz sieht keine vollständige Erfüllung aller zwölf Kriterien vor, vielmehr gilt es, einige Kriterien besonders vorbildlich zu erfüllen und mit ausgewählten Praxisansätzen zur Nachahmung anzuregen.

Zusätzlich finden sich in einer Datenbank (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) mittlerweile mehr als 2000 Praxisbeispiele, die aufzeigen, wie die Kriterien in der Praxis umgesetzt werden können. Auf diese Weise wird mit dem Good-Practice-Ansatz eine enge Verzahnung zwischen Praxis und Theorie hergestellt.

Ziel des Ansatzes ist es, gute Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sichtbar zu machen und zu verbreiten. Darüber hinaus wird Trägerorganisationen sowie Praktikerinnen und Praktikern ein Orientierungsrahmen für die Selbstreflexion von Projekten der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt. Letztlich soll mit der erstellten Datenbank Transparenz in der Angebotslandschaft der Gesundheitsförderung und Prävention bei sozial Benachteiligten hergestellt werden.

Hintergrund

Die im Jahr 2002/2003 aufgebaute Praxisdatenbank »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« stellte die Ausgangsbasis für die Entwicklung des Good-Practice-Ansatzes dar. Der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes nutzte die mit der Datenbank geschaffene Transparenz im Sinne der Qualitätsentwicklung, um 2004/2005 zwölf Kriterien Guter Praxis zu entwickeln (Kilian, Brandes und Lehmann 2009, BZgA 2011a). Auf Basis dieser

Kriterien wurde schließlich ein mehrstufiges Verfahren zur Auswahl der sogenannten Good-Practice-Beispiele entwickelt. Diese Beispiele sind in der Datenbank besonders gekennzeichnet und umfassend dargestellt. Praktikerinnen und Praktiker erhalten so die Möglichkeit, sich an gelungenen Beispielen zu orientieren und Verbesserungspotenziale für die eigene Arbeit zu erkennen. Die Praxisbeispiele wurden mittlerweile in einer 5., aktualisierten Auflage in einer Printpublikation veröffentlicht, in der zusätzlich grundlegende Informationen zu den Kriterien sowie die Good-Practice-Checkliste zu finden sind.¹⁰ Darüber hinaus wurden im Jahr 2010 die ersten sogenannten Good-Practice-Werkstätten angeboten, in denen unter anderem der Kriterienkatalog vorgestellt und dessen praktischer Einsatz in Kleingruppen erprobt wird (Bräunling 2011, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. 2011).

Die entwickelten Kriterien sowie das Auswahlverfahren werden im Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis kontinuierlich erprobt und von der BZgA weiterentwickelt.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Die Good-Practice-Kriterien und die Beispielangebote (Projekte, Regelangebote, Programme und Netzwerke), die diese Kriterien erfüllen, sollen Praktikerinnen und Praktikern eine Orientierung bei der Konzeption und Bewertung von Projekten bieten und im Zuge einer Selbstreflexion Stärken und Schwächen aufzeigen. Mit dem Verfahren werden sowohl die Konzept-, Struktur-, Prozess- als auch Ergebnisqualität berücksichtigt, wobei der Schwerpunkt auf der Planungs- und Prozessqualität liegt.

¹⁰ Die Printpublikation kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter <http://www.bzga.de/infomaterialien/gesundheitsfoerderung-konkret>. Zugriff am 27.09.2011.

Aufbau, Elemente

Der Good-Practice-Ansatz ermöglicht zum einen auf Basis von zwölf Kriterien zur sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung die Identifikation von Stärken und Schwächen des eigenen Projekts. Hierzu liegt unter anderem eine Checkliste vor. Zum anderen veranschaulichen die in der Datenbank eingestellten Projekte, wie die Kriterien in der Praxis aussehen können und bieten somit Anregungen zur Nachahmung.

1. Konzeption, Selbstverständnis
 2. Zielgruppe
 3. Innovation und Nachhaltigkeit
 4. Multiplikatorenkonzept
 5. Niedrigschwellige Arbeitsweise
 6. Partizipation
 7. Empowerment
 8. Settingansatz
 9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung
 10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung
 11. Dokumentation und Evaluation
 12. Kosten-Nutzen-Relation
- (BZgA 2011a)

Sowohl die Darstellung der Kriterien, die Checkliste als auch besonders vorbildliche Praxisprojekte sind in der bereits genannten Printpublikation enthalten (siehe Abschnitt »Hintergrund«).

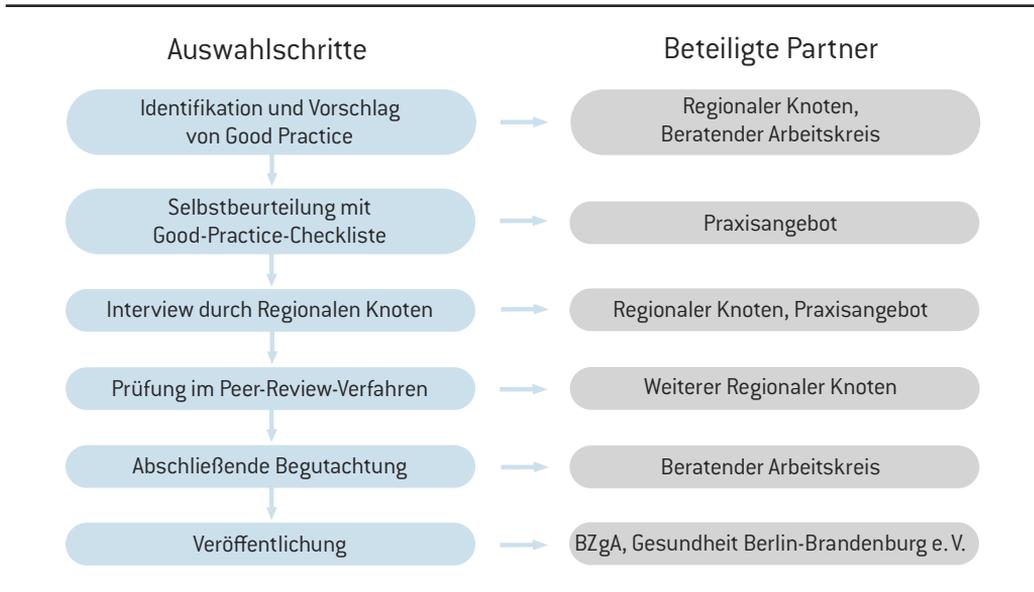
In der Checkliste wird jedes Kriterium durch verschiedene Indikatoren erfasst. Anhand einer vierstufigen Skala kann eine Bewertung der einzelnen Indi-

katoren vorgenommen werden. Die Checkliste kann projektintern zur Selbstreflexion genutzt werden, sie dient aber auch als Grundlage für den Eintrag von Projekten in der Praxisdatenbank. Ergänzend zur Kriterienliste kann die Arbeitshilfe für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier »Erfahrungen nutzen – Qualität stärken«¹¹ herangezogen werden. In dieser Arbeitshilfe ist neben weiterführenden Tipps zur Qualitätsentwicklung jedes Kriterium mithilfe von Reflexionsfragen näher erläutert. Die Checkliste setzt sich aus zwölf Kriterien zusammen (siehe Kasten).

In der Datenbank finden sich 2069 Projekte (Stand: Oktober 2012). Mehr als 100 dieser Projekte wurden bisher als sogenannte Good-Practice-Projekte ausgezeichnet (Stand: Juni 2011). Für die Auszeichnung als Good-Practice-Projekt ist keinesfalls die Erfüllung aller zwölf Kriterien vorgesehen. Vielmehr geht es darum, einige Kriterien besonders vorbildlich zu erfüllen. Als Mindestkriterien gelten der Bezug zur Gesundheitsförderung/Prävention (Kriterium: Konzeption, Selbstverständnis) und die Ausrichtung auf sozial benachteiligte Zielgruppen (Kriterium: Zielgruppe). Darüber hinaus sollten nach Möglichkeit drei weitere Kriterien vorbildlich erfüllt sein. Dahinter verbirgt sich die Idee, auch kleinere oder noch in den Anfängen befindliche, aber dafür innovative Ansätze zu berücksichtigen und deren Nachahmung anzuregen (BZgA 2011a). Der modulare Aufbau des Ansatzes unterstützt dabei die Orientierung an einzelnen Praxiselementen und damit die Übertragbarkeit auf andere Arbeitsbereiche.

Im Rahmen des Good-Practice-Ansatzes werden keine projektbezogenen Empfehlungen zur gezielten

11 Im Rahmen von »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« entwickelte der Kooperationsverbund »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« insgesamt sieben Arbeitshilfen, die zahlreiche Informationen, Tipps, praktische Beispiele und Checklisten beinhalten [Download unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/:arbeitshilfen>. Zugriff am 27.09.2011.]. Das Heft 5 »Erfahrung nutzen – Qualität stärken« greift unter anderem die Kriterien anschaulich auf.



>> Abb. 10: Good-Practice-Auswahlverfahren und beteiligte Partner (BZgA 2011a, S. 23)

Verbesserung gegeben. Allerdings können die in der Datenbank präsentierten Projekte als empfehlenswerte Ansätze verstanden werden. Projekte, die mithilfe der Checkliste Schwächen identifiziert haben, können auf der Datenbank nach bewährten Ansätzen recherchieren und sich inspirieren lassen. So kann die Datenbank zum Beispiel gezielt nach einzelnen Kriterien durchsucht werden, sodass eine Auseinandersetzung mit komplexen und schwer übertragbaren Projektstrukturen nicht erforderlich ist.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Die Checkliste kann im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung in alle Phasen der Projektarbeit integriert werden. In der Phase der Problembestimmung können die Kriterien zum Beispiel für relevante Themenbereiche sensibilisieren. Des Weiteren kann mithilfe der Datenbank recherchiert wer-

den, welche Problemstellung andere bzw. ähnliche Projekte zugrunde legen. Im weiteren Verlauf können die Kriterien zur Reflexion der jeweiligen Arbeitsphase herangezogen werden. Praxisbeispiele können zum Beispiel für die Konzeption des Angebots als Anregung dienen, der Kriterienkatalog kann in Teamsitzungen zur Reflexion herangezogen werden. In der Bewertungsphase ist es schließlich denkbar, die Kriterien als Referenzsystem für die externe oder interne Evaluation zu nutzen (Kilian, Brandes und Lehmann 2009).

Die Datenbank bietet darüber hinaus die Möglichkeit, das eigene Projekt zu präsentieren und Transparenz zu schaffen. Für die Auswahl als Good-Practice-Projekt hat der Kooperationsverbund ein sechsstufiges Verfahren konzipiert. Dieses umfasst unter anderem das Ausfüllen der Kriterien-Checkliste, die Teilnahme an einem Interview¹², die Begutachtung

durch einen weiteren Regionalen Knoten sowie eine abschließende Beurteilung durch den beratenden Arbeitskreis der BZgA »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«¹³ (siehe Abbildung 10).

Vor diesem Hintergrund kommen – je nachdem zu welchem Zweck das Verfahren eingesetzt wird (Selbstreflexion und/oder Präsentation in der Praxisdatenbank) – unterschiedliche Prozessbeteiligte infrage. Zur eigenständigen Überprüfung können die Kriterien allein von Praktikerinnen und Praktikern bzw. auch im Team genutzt werden. Sobald die Projekte auch in die Datenbank eingetragen werden, besteht die Möglichkeit, dass sie vom beratenden Arbeitskreis oder von den Koordinatorinnen und Koordinatoren des Regionalen Knotens als Good-Practice-Projekt vorgeschlagen werden. In diesem Fall entsteht ein enges Abstimmungsverfahren unter anderem zwischen den Praktikerinnen und Praktikern, den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Regionalen Knoten auf Landesebene und dem beratenden Arbeitskreis der BZgA (siehe Abbildung 10).

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Der Good-Practice-Ansatz legt einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zugrunde und orientiert sich dabei an den vier Phasen des Public Health Action Cycle (siehe Kapitel 02.1).

In Abgrenzung zum Best-Practice-Ansatz wird nicht der Anspruch verfolgt, in allen Bereichen per-

fekt zu arbeiten. Vielmehr sollen Praktikerinnen und Praktiker motiviert werden, innovative und gelungene Ansätze transparent zu machen, um in einem wechselseitigen Prozess voneinander lernen zu können (Kilian, Brandes und Lehmann 2009).

Als Legitimation für gute Praxis stützt sich der Good-Practice-Ansatz auf die »praxisbasierte Evidenz« (Green 2006). Der Nachweis über die Wirksamkeit von Interventionen ergibt sich demnach nicht aus der Wissenschaft – wie im Bereich der evidenzbasierten Praxis –, sondern in erster Linie aus den Erkenntnissen der praktischen Arbeit. Diese Erkenntnisse werden entlang der Good-Practice-Kriterien systematisch aufbereitet und von mindestens drei Gutachterinnen bzw. Gutachtern im Rahmen des Auswahlprozesses bewertet (Brandes und Kilian 2007). Dabei werden Interventionen bzw. Ansätze identifiziert, die zentrale Elemente bzw. Konzepte der Gesundheitsförderung berücksichtigen (zum Beispiel Partizipation, Empowerment) und mit diesen Erfolge in der Praxis erwirken. Auf diese Weise greift der Good-Practice-Ansatz die Empfehlung des Sachverständigenrates (SVR) auf, auch »promising interventions«¹⁴ zu berücksichtigen und zu verbreiten (SVR 2007).

In Bezug auf die Ausarbeitung und Entwicklung der Kriterien selbst, wurden verschiedene nationale und internationale Forschungsergebnisse zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Erfahrungswerte sowie bereits vorhandene Instrumente – zum

12 Die Interviews werden jeweils auf Landesebene von den Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren der sogenannten Regionalen Knoten geführt. Die Regionalen Knoten sind Kontakt- und Anlaufstellen für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten und werden in der Regel paritätisch von den jeweiligen Landesministerien und den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Zusätzlich werden die Regionalen Knoten von der BZgA unterstützt. Weitere Informationen zu den Regionalen Knoten sowie zu den Ansprechpersonen finden sich auf der Internetseite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/regionale-knoten. Zugriff am 27.09.2011.

13 Weiterführende Informationen zum Auswahlverfahren finden sich in Band 5 von »Gesundheitsförderung konkret« (BZgA 2011a).

14 Im Hinblick auf Förderleistungen im Bereich der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung empfiehlt der SVR (2007) aufgrund der Schwierigkeiten eines Wirksamkeitsnachweises von komplexen, lebensweltorientierten Interventionen neben »proven interventions« auch »promising interventions« zu berücksichtigen. »Promising interventions« sind »viel versprechende Interventionen«, denen ein theoretisches Wirkungsmodell zugrunde liegt, für das zumindest zum Teil empirische Evidenz vorliegt. Im Gegensatz dazu basieren die »proven interventions« auf einem Wirksamkeitsnachweis (SVR 2007).

Beispiel die Good-Practice-Kriterien des Deutschen Instituts für Urbanistik und die Qualitätssicherungsinstrumente der BZgA in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Eppendorf – herangezogen (BZgA 2011a).

Der Good-Practice-Ansatz wurde bisher nicht hinsichtlich wissenschaftlicher Gütekriterien getestet.

Einsatzmöglichkeiten

Die Kriterien sind speziell auf den Bereich Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, aber nicht auf spezifische Zielgruppen, Themenbereiche oder Settings ausgerichtet und können somit übergreifend angewendet werden. In der Datenbank kann jedoch gezielt recherchiert werden, wie eine Umsetzung – zum Beispiel sortiert nach Setting, Thema oder Zielgruppe – in der Praxis aussehen kann.

Zielgruppe(n)

Der Good-Practice-Ansatz kann für Praxisanbieterinnen und -anbieter sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene einen Orientierungsrahmen für Projekte der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung geben. Er ist besonders geeignet für Maßnahmen, die in der Regel außerhalb des Gesundheitswesens an den sozialen Determinanten für Gesundheit (Arbeitslosigkeit, Wohnsituation u. a.) ansetzen. Er setzt kein explizites Gesundheitsförderungskonzept voraus. Im Zentrum des Ansatzes steht die Bewertung derjenigen Eigenschaften des Angebots, die relevant für die Beeinflussung sozialer Determinanten sind (Niedrigschwelligkeit, Empowerment, integriertes Handlungskonzept u. a.).

Außerdem können Finanzgeber sowie Entscheidungsträgerinnen und -träger die Kriterien für die

Bewertung von Anträgen oder Abschlussberichten nutzen (Kilian, Brandes und Lehmann 2009). So weisen auch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in ihrem Leitfaden Prävention zur Umsetzung des § 20 SGB V im Zusammenhang mit Förderkriterien auf die Good-Practice-Kriterien hin (GKV-Spitzenverband 2010).

Voraussetzungen für die Anwendung (zum Beispiel Kompetenzen, Vorwissen)

Grundsätzlich sollte die Motivation vorhanden sein, sich mit den Kriterien zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung selbstkritisch auseinanderzusetzen. Der Ansatz ist mit Blick auf die Qualitätsbewertung als Angebot guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten besonders gut geeignet für Handlungsfelder außerhalb des Gesundheitswesens (zum Beispiel Kinder- und Jugendhilfe, Arbeitsmarktintegration, Migration), weil er keine explizite Gesundheitsförderungskonzeption voraussetzt und in der Durchführung relativ niedrigschwellig ist.

Für die Integration der Kriterien in die Praxis zeigte sich allerdings, dass Erfahrungen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention hilfreich sind. So ergaben Interviews und Fokusgruppendifkussionen, die im Rahmen des Forschungsprojekts »Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern«¹⁵ geführt wurden, dass »Fachfremde«, aber auch Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung mit dem Ansatz leicht überfordert sind und Fortbildungen oder Beratungen wünschen. Ein solches Schulungskonzept wird mittlerweile mit den Good-Practice-Werkstätten angeboten (siehe Abschnitt »Hintergrund«).

15 Das Forschungsprojekt wurde gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und gemeinsam durchgeführt von der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung (Kosten, Zeitaufwand)

Je nachdem, zu welchem Zweck bzw. in welchem Umfang die Kriterien zum Einsatz kommen, bedeutet dies einen unterschiedlich hohen Zeitaufwand. So kann die Checkliste relativ kurzfristig eingesetzt werden und eine erste Orientierung geben, inwieweit Kriterien im Bereich der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung bereits berücksichtigt sind. Für die Anwendung der Checkliste im Rahmen des Auswahlprozesses ergibt sich zum Beispiel ein durchschnittlicher Zeitaufwand von zwei Stunden. Für eine kontinuierliche Integration in die eigene Arbeit – zum Beispiel Ausrichtung der Arbeit auf die Kriterien und Durchführung von regelmäßigen Stärke-Schwächen-Analysen im Team – muss wesentlich mehr Zeit eingeplant werden.

Die Übertragung von gelungenen Praxisbeispielen auf das eigene Arbeitsfeld ist ebenfalls zeitintensiv, da dies mit der Auseinandersetzung der Rahmenbedingungen vor Ort und entsprechenden Anpassungsprozessen einhergeht.

Die Kriterien selbst, die bereits genannte Printpublikation (siehe Abschnitt »Hintergrund«) und der Zugang zur Internetseite sind kostenfrei, sodass keine Anschaffungskosten entstehen. Auch die entwickelte Arbeitshilfe zum Thema Qualität (siehe Abschnitt »Aufbau/Elemente«) kann kostenlos auf der Internetseite heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden. Die Good-Practice-Werkstätten werden in Kooperation mit dem jeweiligen Regionalen Knoten des Bundeslandes durchgeführt, wobei die Kosten je nach Umfang zwischen 2100 Euro und 2400 Euro variieren (nähere Informationen zu den Schulungsangeboten finden sich unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gute-praxis/good-practice-werkstaetten>).

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Die Nutzung der Internetseite spiegelt sich in der hohen Anzahl der bereits eingetragenen Praxisprojekte wider. So umfasst die Datenbank mittlerweile mehr als 2100 Projekte der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, davon sind 104 Projekte als »Good Practice« ausgezeichnet (Stand: Juni 2011). Die Angaben zur Nutzerstatistik zeigen darüber hinaus, dass im Jahr 2010 insgesamt circa 120.000 Personen (»Visits erhoben über Piwik«) auf die Internetseite bzw. auf die Praxisdatenbank und die Good-Practice-Kriterien zugegriffen haben. Angaben zum Einsatz der Kriterienliste in der Praxis liegen jedoch nicht vor. Das neu entwickelte Schulungskonzept der Good-Practice-Werkstätten konnte bisher siebenmal angeboten werden.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) förderte in den Jahren 2005 bis 2008 ein gemeinsames Forschungsprojekt der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (GGB): »Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern«. Im Rahmen von Fokusgruppen und Interviews wurden unter anderem die Praxisrelevanz sowie die Umsetzbarkeit der zwölf Kriterien erfragt.

Es zeigte sich, dass der Ansatz von den Befragten als unterstützend für die Qualitätsentwicklung – und zwar in allen Phasen der Projektarbeit – empfunden wird. Mit dem Ansatz werden die Ansprüche an die Qualitätsentwicklung strukturiert und konkretisiert; gleichzeitig werden Möglichkeiten zur Selbstreflexion aufgezeigt (Kilian, Brandes und Lehmann 2009). Die Ergebnisse der Erhebung zeigten an vielen Stellen, dass die Kriterien sich gut in die praktische Arbeit integrieren lassen und insofern für die Reflexion von Stärken und Schwächen geeignet sind. »Also diese

Kriterien, wie niedrigschwellige Arbeitsweise, Partizipation und Empowerment, das sind Grundpfeiler für die Arbeit in einem Gemeinwesenprojekt« (WZB und GBB 2009, S. 57).

Diese Einschätzung findet sich auch in einer bereits 2007 durchgeführten Befragung wieder. Es wurden unter anderem mit 13 Projektträgern qualitative, leitfadengestützte Interviews sowohl zum Good-Practice-Ansatz im Allgemeinen als auch zu den Kriterien und zur Datenbank im Speziellen geführt. Tabelle 7 gibt einen Überblick der geäußerten Einschätzungen zum Nutzen des Ansatzes.

Deutlich wurde aber auch, dass an einigen Stellen Unsicherheiten und Diskussionsbedarf vorhanden sind. Dabei äußerten insbesondere Praktikerinnen und Praktiker, die nicht im Feld der Gesundheitsförderung tätig sind, den Wunsch nach Schulungen oder Beratungen, nach einer eindeutigen Operationalisierung der Kriterien sowie nach konkreten Handlungsanleitungen für die praktische Arbeit (WZB und GBB 2009). »Ein großes Problem habe ich mit dem Settingansatz und mit der Kosten-Nutzen-Relation und die Kriterien Empowerment, Integriertes Handlungs-

konzept, Qualitätsmanagement und Dokumentation, da hätte ich noch Diskussionsbedarf und so zu überprüfen, dass man sie so fasst, dass wir das Selbe meinen« (WZB und GBB 2009, S. 53).

Darüber hinaus weisen die Projektträger im Rahmen der Befragung im Jahr 2007 darauf hin, dass die vorgestellten Good-Practice-Beispiele nicht immer auf das eigene Arbeitsfeld übertragbar sind (Conrad und Hucker 2007).

Neben den Befragungsergebnissen spiegelt sich der Nutzen der Good-Practice-Kriterien in der Datenbank wider. So konnten bereits mehr als 100 Projekte als »Good-Practice-Projekte« ausgezeichnet und mithilfe der Datenbank verbreitet werden. Diese Projekte setzen bereits grundlegende Ansprüche der Qualität in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung erfolgreich um und erweitern mithilfe der systematisierten Aufbereitung von Erfahrungswerten das Feld der »Praxisorientierten Evidenz«.

Ein weiteres Beispiel für die Effektivität des Ansatzes ist die bereits erfolgte Multiplikation von guten Praxisprojekten. Das Projekt »Schutzengel« in Schleswig-Holstein konnte zum Beispiel in allen Krei-

| Der Good-Practice-Ansatz ... | Die Good-Practice-Kriterien ... | Die Datenbank ... |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – bietet einen Orientierungsrahmen – gibt Anregungen für die Praxis – ermöglicht Lernprozesse – bündelt Erfahrungen – zeigt Handlungsbedarfe auf – verbessert die Projektqualität – ermöglicht den Austausch und fördert Kooperationen mit anderen Trägern – bestätigt und legitimiert die eigene Projektarbeit | <ul style="list-style-type: none"> – unterstützen die Projektarbeit – sind sinnvoll – lassen sich auch umsetzen – helfen, Schwerpunkte zu setzen – dienen als Richtlinie bei der Konzeption von Projekten – verbessern Konzeption und Handeln | <ul style="list-style-type: none"> – gibt Anregungen für die Verbesserung eigener Projekte – ermöglicht eine gezielte Suche nach Ideen sowie Ansprechpartnerinnen und -partnern und unterstützt somit die Vorbereitung neuer Projekte – unterstützt die Kontaktaufnahme zu anderen Trägern – kann zur eigenen Vorbereitung für Fachtagungen bzw. von Vorträgen genutzt werden |

sen und kreisfreien Städten des Landes umgesetzt werden. Die Umsetzung orientierte sich – unter Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen – stark an dem Good-Practice-Beispiel, sodass der Gedanke des Benchmarkings an dieser Stelle erfolgreich zum Tragen kam (Kilian, Brandes und Lehmann 2009).

Wirkungen

Evaluationen, die die Wirkungen des Ansatzes auch auf Interventionsebene aufzeigen, liegen bisher nicht vor.

Ausblick

Grundsätzlich unterliegt der Good-Practice-Ansatz einer kontinuierlichen Weiterentwicklung und wird auch zukünftig durch den beratenden Arbeitskreis regelmäßig überprüft und an aktuelle wissenschaftliche und praktische Erkenntnisse angepasst.

Das entwickelte Schulungskonzept gilt es weiterhin zu verbreiten, um Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (insbesondere aus den Bereichen Kita und Quartiersmanagement) weiterhin für den Good-Practice-Ansatz zu sensibilisieren.

Aktuell werden die hinter den Good-Practice-Kriterien stehenden Umsetzungskonzepte für eine leichtere Nutzung durch Praktikerinnen und Praktiker aufbereitet (»Operationalisierung«). Ausgehend von einer kurzen Definition des Kriteriums werden Umsetzungs-schritte bzw. -stufen in einer Grafik dargestellt, anschließend erläutert und durch abschließende Literaturhinweise ergänzt. Diese Kriteriensteckbriefe sollen es Praktikerinnen und Praktikern ermöglichen, die aktuelle Umsetzung des jeweiligen Kriteriums im Rahmen ihrer Arbeit einzuschätzen und Ziele für das weitere Vorgehen zu bestimmen.

Um die Anwendung des Good-Practice-Ansatzes auch verstärkt auf kommunaler Ebene zu unterstützen, ist zudem eine Zusammenarbeit mit dem Deutschen Städtetag geplant.

Darüber hinaus wurden die bisher identifizierten Good-Practice-Beispiele erstmalig für die Entwicklung übergreifender Handlungsempfehlungen genutzt. Für den Bereich »Kinder und Jugendliche« wurde mithilfe der Handlungsempfehlungen aufgezeigt, wie Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund Erfolg versprechender Praxis umgesetzt werden kann. Die Handlungsempfehlungen wurden 2012 in der Reihe »Gesundheitsförderung konkret« (Band 17) der BZgA veröffentlicht und stehen über www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zur Verfügung (Gold und Lehmann 2012).

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 222.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2011a): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Information. 5., erweit. und überarb. Aufl., Gesundheitsförderung konkret 5. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011): Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Internet: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>. Zugriff am 08.08.2011.

Kilian, H., Brandes, S., Lehmann, F. (2009): Der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 97–113. Bern: Hans Huber.

Health Promotion Effect Management Instrument (PREFFI 2.0)

Kurzfassung

Vom niederländischen Zentrum für Gesundheitsförderung und Prävention (Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, NIGZ) wurde Mitte der 1990er-Jahre das Health Promotion Effect Management Instrument – kurz Preffi 2.0 – entwickelt. Auch wenn Preffi 2.0 deutschsprachig nicht zur Verfügung steht, soll es aufgrund seiner nationalen wie auch internationalen Akzeptanz und Bekanntheit an dieser Stelle als Anregung für den deutschsprachigen Raum vorgestellt werden. Im Wesentlichen wird mit Preffi 2.0 ein Bewertungsraster zur Verfügung gestellt, das bereits die Planung von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention unterstützt und darüber hinaus auch für die Selbstreflexion im weiteren Projektverlauf herangezogen werden kann.

Anhand von 39 Kriterien können Stärken und Schwächen im Hinblick auf die Effektivität des Projekts rechtzeitig reflektiert und gezielt Veränderungen für einzelne Bereiche geplant werden. Auf Niederländisch kann das Bewertungsraster von Preffi 2.0 internetbasiert genutzt und ausgefüllt werden (www.gbkwaliteit.nl). Übersetzungen sowie entsprechende Materialien von Preffi 2.0 liegen bisher auf Englisch, Französisch und Ungarisch vor (Molleman, Peters, Hosman, Kok und Oosterveld 2006a) und können zum Teil unter der Internetadresse <http://www.nigz.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=211> abgerufen werden.

Zielsetzung von Preffi ist es, Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich der Effektivität zu fördern, indem Kriterien zugrunde gelegt werden, die erwartungsgemäß einen Einfluss auf die Effektivität nehmen (Molleman, Peters, Hommels und Ploeg 2003).

Hintergrund

Bereits im Jahr 1994 entwickelte das NIGZ in enger Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Praxis die erste Version von Preffi. Ein Projekt zur Verbreitung und Implementation von Preffi 1.0 sorgte zwischen 1997 und 1999 dafür, dass das Instrument verstärkt beworben, verschiedene Artikel veröffentlicht und eine Internetseite sowie ein Handbuch entwickelt werden konnten. Darüber hinaus trugen verschiedene Workshops dazu bei, Praktikerinnen und Praktiker in die Arbeit mit Preffi 1.0 einzuführen (Molleman, Peters, Hosman und Kok 2005). Die Erfahrungen, die in dieser Zeit gesammelt werden konnten, sowie Studien, mit denen unter anderem die Akzeptanz von Preffi 1.0 überprüft wurde, trugen zur Weiterentwicklung der ersten Version bei. So wurden beispielsweise Kriterien operationalisiert und Normierungen für die Bewertung vorgenommen. Die zweite Version (Preffi 2.0) wurde zunächst praktisch erprobt und hinsichtlich der Reliabilität und Praktikabilität bewertet. Es wurden entsprechende Anpassungen vorgenommen, um daraufhin die jetzt gültige Version im Jahr 2003 einzuführen (Molleman 2005, Molleman et al. 2006a). Ein »Explanatory Guide« wurde ergänzend entwickelt, um weiterführende Informationen zu den einzelnen Kriterien zu geben und unter anderem die jeweils verfügbare Evidenz aufzuzeigen. Darüber hinaus wurde auf Niederländisch eine Onlineversion von Preffi 2.0 eingerichtet (www.gbkwaliteit.nl).

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Preffi 2.0 zielt darauf ab, die Effektivität von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern. Auf der Basis von Kriterien, die als Vorhersagewerte für die Effektivität von Projekten zu betrachten sind, erhalten Praktikerinnen und Praktiker die Möglichkeit, ihre Projekte anhand einer Checkliste zu bewerten (Molleman et al. 2003).

Mit Preffi 2.0 können sowohl die Planungs-, Struktur- und Prozessqualität als auch die Ergebnisqualität reflektiert und eingeschätzt werden.

Aufbau, Elemente

Eine englischsprachige Einführung in die Arbeit mit Preffi 2.0 bietet das sogenannte »Assessment Package«, das auf der Internetseite www.nigz.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=211 heruntergeladen werden kann.

Das »Assessment Package« ist in drei Teile untergliedert. Im ersten Teil, dem »User Manual«, werden sowohl das für Preffi 2.0 entwickelte Modell als auch das Bewertungsraster zur Selbstreflexion kurz vorgestellt. Im Zentrum des Modells befinden sich die einzelnen Projektphasen, die in die Problemanalyse, Interventionsplanung, Implementationsphase und Evaluation unterteilt sind. Dieser »Projektkern« wird beeinflusst durch verschiedene Kontextfaktoren, die einen Einfluss auf die Projektumsetzung nehmen und insbesondere von der Projektleitung beachtet werden müssen. Das Modell spiegelt den dynamischen Charakter von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention wider, indem sowohl Überschneidungen der einzelnen Projektphasen als auch ein zyklischer Projektverlauf abgebildet werden.

Im zweiten Teil werden die insgesamt 39 Kriterien von Preffi 2.0 operationalisiert. Hierfür werden je-

weils eine oder mehrere Fragen, die mit »Ja« oder »Nein« zu beantworten sind, zugrunde gelegt (für ein Beispiel zur Operationalisierung siehe Tabelle 10).

Dem dritten Teil ist dann das Herzstück von Preffi 2.0 – das Bewertungsraster bzw. die »Scoring Form« – zu entnehmen. Die »Scoring Form« ist in acht Cluster unterteilt, die – wie in Tabelle 8 ersichtlich – den Bereichen »Planungsphase« und »Umsetzungsphase« zugeordnet sind (Molleman et al. 2003, Molleman 2005).

In der linken Spalte finden sich Aspekte, die in der Planungsphase nötig sind und für die in erster Linie eine Auseinandersetzung mit theoretischen Grundlagen erforderlich ist. Die Umsetzungsphase hingegen umfasst nicht nur die Umsetzung von geplanten Interventionen, sondern auch die Durchführung der Evaluation.

Die Problemanalyse stellt grundsätzlich den ersten Schritt in der Projektplanung dar und wird deshalb an erster Stelle der Tabelle genannt. Die Nummer »1« hingegen wird für das Cluster »Rahmenbedingungen und Durchführbarkeit« verwendet, da dieses Cluster für alle Phasen der Projektarbeit relevant ist und somit eine übergreifende Bedeutung in der Projektarbeit einnimmt. Die Reflexion von »Rahmenbedingungen und Durchführbarkeit« erfolgt jedoch zumeist erst im Rahmen von Abschlussberichten, sodass das Cluster in der Tabelle an letzter Stelle genannt wird (Molleman et al. 2003).

Jedes Cluster wird durch Kriterien spezifiziert, insgesamt umfasst die »Scoring Form« 39 Kriterien. Eine Bewertung der einzelnen Kriterien erfolgt anhand einer dreistufigen Skala (»schwach«, »mittel« und »stark«). Da einige Kriterien nicht von allen Projekten bewertbar sind, gibt es für diese zusätzlich die Antwortmöglichkeit »nicht bewertbar«.

Ausführliche Hintergrundinformationen zu den einzelnen Kriterien – diese umfassen auch Hinweise zur jeweiligen Evidenz (siehe hierzu »Theoretische/wissenschaftliche Grundlage«) – finden sich zu-

| Planungsphase | Umsetzungsphase |
|-------------------------|---|
| 2. Problemanalyse | 7. Implementation |
| 3. Einflussfaktoren | 8. Evaluation |
| 4. Zielgruppe | 1. Rahmenbedingungen und Durchführbarkeit |
| 5. Zielsetzung | |
| 6. Interventionsplanung | |

» Tab. 8: Preffi-2.0-Cluster (Molleman et al. 2003, S. 9; Übersetzung aus dem Englischen)

sätzlich in dem »Explanatory Guide«, der ebenfalls auf der oben genannten Internetseite heruntergeladen werden kann.

Auf Niederländisch stehen darüber hinaus auf der Internetseite www.gbkwaliteit.nl weiterführende Informationen, wie ein Handbuch mit praktischen Tipps für die Anwendung, zur Verfügung. Ebenfalls ist es auf dieser Seite möglich, die »Scoring Form« internetbasiert auszufüllen.

Die Ausführungen zeigen, dass Preffi 2.0 auf einer kriteriengeleiteten Erhebung von Qualitätsmerkmalen basiert. Dabei handelt es sich jeweils um Qualitätskriterien, die als Vorhersagewert für die Effektivität von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention anzusehen sind.

Mindestkriterien sind für Preffi 2.0 nicht formuliert, die dreistufige Bewertungsskala kann jedoch in diesem Zusammenhang eine Orientierung bieten. So impliziert die Einstufung von »schwach« die Notwendigkeit von Verbesserungen. »Mittel« bildet einen angemessenen Wert ab, der als Mindestmaß verstanden werden kann, und »stark« zeigt an, dass keine weiteren Verbesserungen nötig sind.

Im »Assessment Package« wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Bewertung jeweils vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen vor Ort betrachtet werden muss. So stellt zum Beispiel für einige Projekte die Bewertung »mittel« die bestmögliche dar.

Konkrete Empfehlungen für Verbesserungen werden auf der niederländischen Internetseite www.gbkwaliteit.nl gegeben. Nachdem die »Scoring Form« ausgefüllt wurde, können in einem weiteren Schritt Hinweise für Verbesserungen abgerufen werden. Zudem wird die Qualität des Projekts mithilfe des Ampelsystems aufgezeigt. Hierfür wird jedes Cluster in einem Balkendiagramm auf einer Bewertungsskala von 0 bis 9 in grün, orange oder rot abgebildet.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Praktikerinnen und Praktiker können Preffi 2.0 wie eine Checkliste nutzen und eine Bewertung der einzelnen Kriterien vornehmen. Dabei kann die Checkliste im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingesetzt werden und jeweilige Stärken und Schwächen im Projektverlauf aufzeigen. Das Bewertungsraster kann auch als Grundlage für projektbezogene Diskussionen genutzt werden. So fördert es unter anderem eine einheitliche Sprache und kann beispielsweise in der Planungsphase für ein Brainstorming hinsichtlich der Projekthalte eingesetzt werden. Es ist jedoch auch möglich, die Checkliste punktuell einzusetzen oder Bewertungen lediglich für einzelne Cluster vorzunehmen.

Tabelle 9 zeigt mit dem Cluster »Zielgruppe« einen Auszug aus der Checkliste. Bevor jedoch eine Bewertung des Clusters möglich ist, muss zunächst das Kriterium »Motivation und Möglichkeiten der Zielgruppe« (siehe Tabelle 10) bewertet und nach vorgegebenen Normen in »schwach«, »mittel« oder »stark« eingestuft werden. Sobald eine Einstufung für die drei Kriterien des Clusters erfolgt ist, kann ein »report mark« von 1 bis 10 vergeben werden (siehe Tabelle 9). Hierfür wird im »Assessment Package« vorgeschlagen, ein »report mark« von 9 oder 10 zu vergeben, wenn alle drei Kriterien mit »strong« eingestuft sind. Eine Bewertung von 6 eignet sich, wenn alle drei Kriterien mit »moderate« und eine Bewertung von 3, wenn alle drei Kriterien mit »weak« eingestuft werden (Molleman et al. 2003). Eine Gesamtbewertung für das Projekt und damit eine Einschätzung der Qualität kann vorgenommen werden, wenn »report marks« für alle Cluster vergeben wurden. Zur Visualisierung können die einzelnen Werte in einem im »Assessment Package« enthaltenden Achsendiagramm grafisch eingetragen werden (Molleman, Ploeg, Hosman und Peters 2006b, Molleman et al. 2003).

| 4. Zielgruppe (Cluster) | schwach | mittel | stark | |
|---|---------|--------|-------|---|
| 4.1 Allgemeine und demografische Charakteristika der Zielgruppe (Kriterium) | | x | | |
| 4.2 Motivation und Möglichkeiten der Zielgruppe (Kriterium) | x | | | |
| 4.3 Erreichbarkeit der Zielgruppe (Kriterium) | | x | | |
| report mark | | | | 5 |

» Tab. 9: Auszug aus der »Scoring Form« (4. Cluster) (Molleman, Peters, Hommels und Ploeg 2003, S. 40; Übersetzung aus dem Englischen)

Preffi 2.0 ist in erster Linie für die eigenständige Bewertung von Projekten vorgesehen. So können Praktikerinnen und Praktiker, die mit den Inhalten des Projekts vertraut sind, Preffi 2.0 zur Selbstreflexion heranziehen. Da sich einige Fragen jedoch speziell auf die Projektleitung beziehen, ist es hilfreich, für diese Punkte eine gemeinsame Bewertung vorzunehmen.

Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass eine teambezogene Bewertung unterstützend sein kann – insbesondere auch im Zusammenhang mit der Reliabilität der Bewertung (siehe hierzu »Theoretische/wissenschaftliche Grundlage«). Neben der Selbstbewertung kann Preffi 2.0 auch im Rahmen einer externen Bewertung herangezogen werden (Molleman et al. 2003).

| Operationalisierung für das Kriterium 4.2 »Motivation und Möglichkeiten der Zielgruppe« | Ja | Nein |
|--|----|------|
| 1. Ist bekannt, in welchem Ausmaß Mitglieder der Zielgruppe dazu motiviert sind, Veränderungen vorzunehmen? | | x |
| 2. Ist bekannt, welche Faktoren einen Einfluss auf die Motivation der Zielgruppe nehmen (zum Beispiel Bewusstsein des Problems, Einstellungen, Selbstwirksamkeit, Barrieren etc.)? | x | |
| 3. Ist bekannt, welche Wünsche, Bedürfnisse, Grenzen und Barrieren die Zielgruppe in Bezug auf Veränderungen im Rahmen des Projekts für sich selbst sieht? | x | |

Normen:

»schwach«: Frage 1 = Nein, unabhängig von den Antworten 2 und 3

»mittel«: Frage 1 = Ja und Frage 2 oder 3 = Nein

»stark«: Alle Fragen = Ja

» Tab. 10: Operationalisierung für das Kriterium 4.2 »Motivation und Möglichkeiten der Zielgruppe« (Molleman, Peters, Hommels und Ploeg 2003, S. 20; Übersetzung aus dem Englischen)

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Für Preffi 2.0 wurde ein Modell entwickelt, in dem sich ein kontinuierlicher Verbesserungskreislauf widerspiegelt, wie er zum Beispiel auch im Public Health Action Cycle abgebildet ist. In Bezug auf Managementsysteme orientiert sich Preffi am EFQM-Modell [Mollemann 2005].

Die einzelnen Cluster von Preffi 2.0 – mit Ausnahme des 1. Clusters – orientieren sich maßgeblich an den beiden Planungsmodellen Intervention Mapping und PRECEDE-PROCEED¹⁶ [Mollemann et al. 2006a]. Beide Modelle zeigen einen schrittweisen Ablauf für die Programmplanung in der Gesundheitsförderung und Prävention auf und geben einen theoretischen Orientierungsrahmen für die systematische Planung und Evaluation von Projekten [Bartholomew, Parcel und Kok 1998, Green und Kreuter 2005].

Im »Explanatory Guide« ist sowohl die Auswahl der Kriterien als auch deren Operationalisierung wissenschaftlich begründet, wobei auf die entsprechende Literatur verwiesen wird. Darüber hinaus wird anhand einer fünfstufigen Skala (siehe Tabelle 11) die jeweils vorhandene Evidenz der Kriterien aufgezeigt. Die hier vorgenommene Einteilung wird als Versuch bezeichnet, Evidenzstufen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention anzuwenden. Dabei wird nicht der Anspruch verfolgt, den Kriterien der evidenzbasierten Medizin gerecht zu werden. Dies erscheint wenig sinnvoll, da es zum Beispiel schwierig ist, randomisierte kontrollierte Studien im Rahmen lebensweltorientierter Interventionen durchzuführen. Zudem konnte die Bewertung der Evidenz für die einzelnen Kriterien lediglich auf Basis einer begrenzten Literaturrecherche erfolgen. Eine umfassende Sichtung erschien – nicht zuletzt aufgrund

| Evidenzstufen | Bewertungskriterien |
|---------------|---|
| 1 | Evidenz ausschließlich auf Basis praktischer Erfahrung oder theoretischer Annahmen (inkl. logische Schlussfolgerungen); keine empirische Evidenz |
| 2 | Evidenz sowohl auf Basis praktischer Erfahrung als auch auf Basis theoretischer Annahmen; keine empirische Evidenz |
| 3 | Empirische Evidenz auf Basis einer oder zwei guter quantitativer Studien (kontrollierte Längsschnittstudie) oder vier bis fünf qualitativer Studien |
| 4 | Empirische Evidenz auf Basis dreier oder mehrerer guter quantitativer Studien oder auf Basis von mehr als fünf qualitativen Studien |
| 5 | Empirische Evidenz auf Basis von Meta-Analysen oder systematischen Reviews |

>> Tab. 11: Bewertungskriterien für die Evidenzstufen von Preffi 2.0 [Peters et al. 2003, S. 5; Übersetzung aus dem Englischen]

16 PRECEDE steht für: Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation. PROCEED steht für: Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development.

der zahlreichen Nachbarschaftsdisziplinen von Public Health, die ebenfalls berücksichtigt werden müssen – unmöglich (Peters et al. 2003).

Zur Einschätzung der Reliabilität von Preffi 2.0 wurde im Jahr 2006 eine Studie durchgeführt, in der 20 Projektbeschreibungen mithilfe des Preffi-Bewertungsrasters durch verschiedene Gutachterinnen und Gutachter bewertet wurden. Es zeigte sich unter anderem, dass für die Gesamtbeurteilung von Projekten insgesamt zwei Gutachterinnen bzw. Gutachter für ausreichend zuverlässige Aussagen nötig sind. Drei Gutachterinnen bzw. Gutachter sind hingegen einzubinden, wenn für einzelne Cluster reliable Einschätzungen vorgenommen werden sollen. Vier bis zwölf Gutachterinnen bzw. Gutachter sind erforderlich, wenn es um die reliable Bewertung einzelner Kriterien geht. Um die Reliabilität zu verbessern, hat es sich bewährt, die Bewertungen zusätzlich im Austausch mit anderen zu diskutieren, die Projektleitung einzubinden und/oder hinsichtlich einiger Kriterien eine Expertenmeinung einzuholen (Molleman 2005, Molleman et al. 2006a). Darüber hinaus wurde Preffi 2.0 hinsichtlich der Validität getestet (Molleman 2005).

Einsatzmöglichkeiten

Preffi 2.0 ist weder themen- noch settingspezifisch ausgerichtet und kann deshalb übergreifend von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention genutzt werden. Dabei können sowohl einzelne Maßnahmen als auch Projekte sowie Programme mithilfe der »Scoring Form« bewertet werden. Zudem eignet sich Preffi 2.0 auch für externe Bewertungsvorhaben (Molleman 2005, Molleman et al. 2005).

Für einen gezielteren Einsatz werden im »User Manual« verschiedene Projekttypen voneinander abgegrenzt. Je nachdem, welche Art von Projekt mit Preffi 2.0 bewertet werden soll, wird eine Schwerpunktsetzung in Bezug auf die zu bewertenden Cluster vorgeschlagen.

Mittlerweile nutzt das niederländische Institut für Volksgesundheit (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM]) Preffi 2.0 zur Verbesserung von Projektbeschreibungen, um diese für eine Datenbank mit evidenzbasierten Projekten zu verwenden. Das NIGZ unterstützt das Verfassen solcher Projektbeschreibungen, um die Effektivität von Projekten theoriebasiert abschätzen zu können. Die theoretische Grundlage ist jedoch nur eine der vom RIVM herangezogenen Evidenzstufen für Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention.

Zielgruppe(n)

Für die Nutzung von Preffi 2.0 sind in erster Linie Praktikerinnen und Praktiker, die für die Planung und Umsetzung von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention verantwortlich sind, vorgesehen. Preffi 2.0 kann auch für die externe Bewertung genutzt werden, in diesem Fall sind Forschende bzw. Fachpersonen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention die angesprochene Zielgruppe (Molleman 2005). Eine weitere Zielgruppe stellen Public-Health-Studierende aus berufsbildenden Studiengängen sowie deren Lehrkräfte dar.

Voraussetzungen für die Anwendung (zum Beispiel Kompetenzen, Vorwissen)

Da bisher keine deutschsprachige Übersetzung von Preffi 2.0 vorliegt, sind für den Einsatz des Instruments Englisch-, Französisch-, Niederländisch- oder Ungarischkenntnisse erforderlich. Die Bewertung erfordert darüber hinaus einen umfassenden und detaillierten Einblick in das Projekt bzw. eine entsprechende Absprache im Projektteam und/oder mit der Projektleitung zwecks einer gemeinsamen Reflexion. Für die Beantwortung einiger Fragen wird zudem das Hinzuziehen einer Expertenmeinung empfohlen (Molleman 2005, Molleman et al. 2006a).

Für die internetbasierte Nutzung von Preffi 2.0 unter www.gbkwaliteit.nl ist eine kostenfreie Regis-

trierung erforderlich. Daraufhin kann das Bewertungsraster online ausgefüllt werden. Diese Option steht jedoch lediglich auf Niederländisch zur Verfügung.

Aufwand der Einarbeitung (Kosten, Zeitaufwand)

Wenn Preffi 2.0 für die Reflexion einzelner Aspekte bzw. Cluster herangezogen wird, kann eine Einschätzung, inwieweit Verbesserungen nötig sind, relativ schnell vorgenommen werden. Doch ist hierfür zunächst eine Einarbeitung in die Struktur des Instruments erforderlich. So geht Preffi 2.0 durch die Spezifizierung aller Kriterien über die einfache Form einer Checkliste hinaus, was sich nicht zuletzt in der 20-seitigen Operationalisierung der Kriterien widerspiegelt.

Dennoch zeigte sich bei der praktischen Erprobung von Preffi 2.0, in dessen Rahmen Praktikerinnen und Praktiker Bewertungen anhand von Projektbeschreibungen vornahmen, dass der zeitliche Aufwand zunächst durchschnittlich 113 Minuten beträgt. Für einen erneuten Einsatz waren dann nur noch 85 Minuten nötig. Routinierte Anwenderinnen und Anwender müssen laut Molleman und Kollegen lediglich eine Stunde Zeit für die Projektbewertung einplanen (Molleman et al. 2006b). Ist neben der Bewertung die Verbesserung identifizierter Schwächen geplant, muss hierfür ein zusätzlicher Zeitaufwand berücksichtigt werden.

Das Instrument selbst kann kostenlos heruntergeladen werden. In den Niederlanden werden darüber hinaus unter anderem Einführungskurse angeboten, die Teilnahmegebühr hierfür beträgt 350 Euro. Des Weiteren können Beratungen in Anspruch genommen werden; die Kosten hierfür variieren.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

In den Niederlanden erfreut sich Preffi eines großen Bekanntheitsgrads. Studien zeigen, dass bereits

die erste Version Ende 1999 bei 96 % der niederländischen Fachkräfte bekannt war. 35 bis 40 % dieser Fachkräfte gaben an, Preffi auch zu nutzen (Molleman 2005). Aktuell wird überwiegend die internetbasierte »Scoring Form« genutzt und auch in den Workshops vermittelt. Detaillierte Angaben zur derzeitigen Nutzung und Bekanntheit in den Niederlanden liegen jedoch nicht vor.

An den Kursangeboten zu Preffi 2.0 nahmen bis zum Jahre 2006 mehr als 400 Fachpersonen aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention teil (Molleman et al. 2006b).

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Um Preffi 2.0 zu testen, setzten 35 erfahrene Praktikerinnen und Praktiker aus verschiedenen Einrichtungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention das Instrument zur Bewertung von zwei Projektbeschreibungen ein. Ihre Erfahrungen und Meinungen zu den einzelnen Elementen von Preffi 2.0 wurden mithilfe eines Fragebogens, der sowohl offene als auch geschlossene Fragen enthielt, erfasst. Ergänzend wurden zehn Praktikerinnen und Praktiker interviewt.

Es zeigte sich insgesamt eine positive Bewertung des Instruments, so wurde der Entwurf von Preffi 2.0 auf einer Skala von 1 bis 10 mit 7,7 bewertet. Zudem wurde der Entwurf überwiegend als nützlich, vollständig, eindeutig, innovativ und gut strukturiert eingestuft. Darüber hinaus konnten sich die Befragten Preffi 2.0 als unterstützend für sich selbst (83 %), aber auch für Kolleginnen und Kollegen vorstellen (89 %). In Bezug auf den Einsatz von Preffi 2.0 waren sie der Meinung, dass sich das Instrument sowohl für die Entwicklung (79 %) als auch für die Evaluation von Projekten (85 %) eignet.

Des Weiteren ergab die Befragung, dass Preffi 2.0 darin unterstützt,

- Projekte systematisch zu bewerten,
- Projekte verbessert zu strukturieren,

- Verbesserungspotenzial zu erkennen,
- gemeinsame Diskussionsgrundlagen zu schaffen,
- die eigene Arbeit kritisch zu hinterfragen und
- zur verbesserten Qualität der Projekte beizutragen – ein Aspekt, der jedoch durch weitere Forschung untermauert werden sollte (Molleman et al. 2006b, Molleman 2005).

Die Ergebnisse zum Entwurf spiegeln sich auch in den Rückmeldungen im Rahmen von Kursangeboten zu Prefli 2.0 wider (Molleman et al. 2006b). Schriftliche Befragungsergebnisse hierzu liegen jedoch nicht vor.

Wirkungen

Wirkungen auf der Interventionsebene konnten bisher nicht nachgewiesen werden. Die Kriterien des Bewertungsrasters sind jedoch als Vorhersagewerte für die Effektivität von Projekten anzusehen.

Ausblick

Hierzu liegen keine Angaben vor.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 224.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Molleman, G. R. M., Peters, L. W. H., Hommels, L., Ploeg, M. (2003): Health Promotion Effect Management Instrument. Prefli 2.0. Assessment Package. In: Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ). Woerden. Internet: <http://www.nigz.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=211>. Zugriff am 02.07.2011.

Molleman, G. R. M., Ploeg, M. A., Hosman, C. M. H., Peters, L. H. M. (2006b): Prefli 2.0 – a quality assessment tool. In: IUPHE – Promotion & Education Vol. XIII, 1, pp. 9–14. Download unter http://www.fredericvion.com/Promotion-Education_files/P%26E_2006_1.pdf. Zugriff am 02.07.2011.

Leitfaden Prävention

Kurzfassung

Die gesetzliche Krankenversicherung finanziert auf gesetzlicher Grundlage (§ 20 und § 20a SGB V) Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung¹⁷. Dabei sollen die im Rahmen des Paragraphen geförderten Leistungen zur Verbesserung des Gesundheitszustands und insbesondere zur Verminderung der sozialen Ungleichheit beitragen (GKV-Spitzenverband 2010).

Der »Leitfaden Prävention« gilt als zentrales Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung der Krankenkassen für den Bereich der Primärprävention und beinhaltet Handlungsfelder und Qualitätsanforderungen sowohl für den Setting- als auch für den Individualansatz (GKV-Spitzenverband 2010). Die Kriterien und die Handlungsfelder sind dabei als verbindlicher Rahmen für die Förderung vor Ort anzusehen (GKV-Spitzenverband 2010).

Zur freiwilligen Nutzung werden den einzelnen Krankenkassen durch den GKV-Spitzenverband zusätzliche Instrumente wie Antragsbogen und Evaluationsbogen zur Verfügung gestellt (GKV-Spitzenverband 2010). Praktikerinnen und Praktiker, die eine geplante Maßnahme bzw. ein Projekt bei den Krankenkassen beantragen möchten, können den Leit-

¹⁷ In den folgenden Ausführungen wird der Fokus auf die Primärprävention (Setting- und Individualansatz) gelegt. Informationen zu den Handlungsfeldern und Kriterien der betrieblichen Gesundheitsförderung sind dem »Leitfaden Prävention« zu entnehmen (GKV-Spitzenverband 2010).

faden nutzen, um sich mit kassenspezifischen Anforderungen vertraut zu machen. Sowohl der Leitfaden als auch die zusätzlich entwickelten Instrumente können auf der Internetseite www.gkv-spitzenverband.de heruntergeladen werden. Ziel der Qualitätsvorgaben im »Leitfaden Prävention« ist es, eine einheitliche, strukturierte und zugleich qualitätsgesicherte Vorgehensweise im Rahmen der von den Kassen geförderten Leistungen zu ermöglichen.

Hintergrund

Mit dem Gesundheitsreformgesetz im Jahr 1989 wurden die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention mit dem § 20 SGB V erstmalig dem Aufgabengebiet der gesetzlichen Krankenkassen zugeordnet. Kurz darauf wurde der Paragraf um die Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen erweitert. Im Jahr 1996 wurde der Zuständigkeitsbereich der Kassen für die Gesundheitsförderung und Prävention vorerst wieder stark eingeschränkt. Dies geschah nicht zuletzt deshalb, weil Kritik an der Qualität der geförderten Maßnahmen laut geworden war. Statt jedoch Qualitätsvorgaben gesetzlich zu verankern, strich der Gesetzgeber die Gesundheitsförderung komplett aus dem GKV-Leistungskatalog. Erst mit dem GKV-Gesundheitsgesetz im Jahr 2000 erfolgte eine Neufassung des Paragrafen, mit dem die Primärprävention wieder in den Leistungskatalog integriert wurde. Die betriebliche Gesundheitsförderung war zunächst als freiwilliger und erst ab 2007 als verpflichtender Förderbereich vorgesehen (Kaba-Schönstein 2003, Stuppardt und Wanek 2009). Die Neufassung aus dem Jahr 2000 enthielt nunmehr aufgrund der in den Jahren 1989 bis 1996 gemachten Erfahrungen auch Anforderungen in Bezug auf die Qualitätssicherung, nachdem in dieser Zeit zahlreiche Leistungen finanziert worden waren, ohne dass bekannt war, inwieweit diese Qualitäts- und Effektivitätsanforderungen erfüllten (Stuppardt und Wanek 2009).

Laut der heutigen Fassung des § 20 SGB V zur Prävention und Selbsthilfe sollen »Leistungen zur Primärprävention ... den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen priorisierte Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik« (§ 20 SGB V Abs. 1).

Der Aufforderung nach »gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien« sind die Krankenkassen bereits im Jahr 2000 nachgekommen, indem sie den ersten »Leitfaden Prävention« entwickelt haben. Der Leitfaden stellt für Krankenkassen die Grundlage für Förderentscheidungen von Maßnahmen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention dar. Bereits in der ersten Fassung wurde eine Ausrichtung einerseits auf den Setting- und andererseits auf den Individualansatz vorgenommen. Im Jahr 2010 konnte die bereits 6. Auflage vom GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit der Beratenden Kommission unabhängiger Expertinnen und Experten erarbeitet und veröffentlicht werden (GKV-Spitzenverband 2010). Neben dem für Krankenkassen verbindlich einzusetzenden »Leitfaden Prävention« wurden verschiedene Instrumente zur freiwilligen Nutzung entwickelt (zum Beispiel Antragsbogen, Evaluationsinstrumente).

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Mit dem »Leitfaden Prävention« erhalten in erster Linie Krankenkassen – aber auch Anbieterinnen und Anbieter – einen Orientierungsrahmen für die Förderung von Leistungen im Rahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Qualitätsvorgaben sollen sowohl in Bezug auf die

Handlungsfelder als auch auf die Qualitätskriterien eine einheitliche, strukturierte und qualitätsgesicherte Auswahl geförderter Leistungen ermöglichen. Innerhalb des vorgegebenen Rahmens können die Kassen dabei auch eigenständig Schwerpunktsetzungen vornehmen (GKV-Spitzenverband 2010).

Die im »Leitfaden Prävention« formulierten Kriterien berücksichtigen alle Qualitätsdimensionen (Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität). Mit den zusätzlich entwickelten Evaluationsinstrumenten wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Ergebnisqualität gelegt.

Aufbau, Elemente

Im Mittelpunkt der folgenden Darstellung steht der »Leitfaden Prävention« als zentrales Instrument der GKV im Bereich der Qualitätssicherung und -entwicklung der Primärprävention. Die zusätzlich erstellten Materialien bzw. Instrumente werden nur kurz in ihrem Aufbau skizziert.

Leitfaden Prävention

Nach einer kurzen Einführung informiert der »Leitfaden Prävention« im zweiten Kapitel über die ge-

setzlichen Grundlagen für die Primärprävention und die betriebliche Gesundheitsförderung. Im dritten Kapitel wird der Settingansatz vom Individualansatz abgegrenzt. Als geeignete nichtbetriebliche Settings gelten Kindergärten/Kindertagesstätten, Schulen, Kommunen/Stadtteile und Einrichtungen/Heime (GKV-Spitzenverband 2010).

Für den Individualansatz werden die in Tabelle 12 dargestellten zentralen Handlungsfelder sowie dazugehörige Präventionsprinzipien der Primärprävention genannt. Zudem wird auf das Thema Qualität und die Beratende Kommission des GKV-Spitzenverbandes Bezug genommen. Die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV werden im vierten Kapitel benannt. Für den Bereich der Prävention gilt es in diesem Zusammenhang, Krankheiten des Kreislaufsystems zu reduzieren. Für den Bereich der Gesundheitsförderung wird angestrebt, die salutogenetischen Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen auszuschöpfen (GKV-Spitzenverband 2010).

Im fünften Kapitel werden jeweils für den Setting- und Individualansatz übergreifende und spezifische Qualitäts- bzw. Förderkriterien sowie Ausschlusskri-

| Handlungsfelder | Präventionsprinzipien |
|-----------------------|---|
| Bewegungsgewohnheiten | <ul style="list-style-type: none"> – Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität – Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme |
| Ernährung | <ul style="list-style-type: none"> – Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung – Vermeidung und Reduktion von Übergewicht |
| Stressmanagement | <ul style="list-style-type: none"> – Förderung von Stressbewältigungskompetenzen – Förderung von Entspannung |
| Suchtmittelkonsum | <ul style="list-style-type: none"> – Förderung des Nichtrauchens – Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/Reduzierung des Alkoholkonsums |

terien dargestellt. Für den *Settingansatz* sind die folgenden übergreifenden Förderkriterien formuliert:

- Ein Bedarf ist für die Maßnahmen begründet.
- Mit dem Angebot werden vor allem sozial benachteiligte Zielgruppen erreicht.
- Eine gesundheitsfördernde Lebensraumgestaltung für diese Zielgruppe ist initiiert.
- Die Hauptakteure des Settings sind in die Planung und Durchführung eingebunden.
- Die Aktivitäten zielen über die Krankheitsvermeidung hinaus auf die Stärkung von gesundheitsfördernden und -schützenden Rahmenbedingungen.
- Der Projektverlauf und die Ergebnisse werden regelmäßig im Projektteam reflektiert (Qualitätssicherung).
- Die Zielgruppe ist in die Planung und Durchführung der Maßnahmen aktiv eingebunden, um sie zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu befähigen (Empowerment).
- Die Aktivitäten sind nachhaltig gestaltet.
- Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen – auch über den Gesundheitsbereich

hinaus – wird mit den geplanten Aktivitäten gefördert.

- Die für das Setting zuständige Trägerinstitution bringt einen angemessenen Anteil an Eigen-/Drittmitteln in die projektbezogenen Aktivitäten ein (GKV-Spitzenverband 2010, LIGA.NRW 2010c).

Im Zusammenhang mit diesen Förderkriterien erfolgt ein Verweis auf die Good-Practice-Kriterien (siehe S. 47), die für den Settingbereich ergänzend als Orientierungsrahmen herangezogen werden können.

Die spezifischen Kriterien für den Settingansatz beziehen sich auf »Grundsätze«, »Ziele« sowie auf die »Umsetzung«. Beispiele hierfür sind Tabelle 13 zu entnehmen. Ein Ausschlusskriterium für die Förderung im Settingbereich stellt zum Beispiel die individuumsbezogene Abrechnung von Kursmaßnahmen dar (GKV-Spitzenverband 2010).

Übergreifende Kriterien für den *Individualansatz* sind für die Qualitätsdimensionen Struktur-, Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie für eine »erleichterte Inanspruchnahme durch sozial be-

| Kategorien | Beispiele für spezifische Kriterien im Setting Kita |
|------------|--|
| Grundsätze | <ul style="list-style-type: none"> – Die Kita ist nicht nur Zugangsweg zur Zielgruppe, sondern selbst Ort gesundheitsförderlicher Umgestaltung. – Zielgruppe von Maßnahmen sind insbesondere Kinder und deren Familie. |
| Ziele | <ul style="list-style-type: none"> – Das Kita-Team sorgt für ein ausgewogenes und abwechslungsreiches Angebot frischer und gesunder Lebensmittel. – Der Kita-Träger stellt vielfältige und möglichst naturnahe Bewegungsräume und Bewegungsmöglichkeiten zur Verfügung. |
| Umsetzung | <ul style="list-style-type: none"> – An der Umsetzung beteiligen sich Kita-Träger, Kita-Team, Krankenkasse und Unfallversicherungsträger gemäß dem Aufgaben- und Verantwortungsbereich. – Gegebenenfalls werden Kooperationen mit weiteren Partnern angestrebt. – Langfristig ist die Etablierung eines internen oder einrichtungsübergreifenden Steuerungskreises anzustreben. |

| Kategorien | Beispiele für spezifische Kriterien im Setting Kita |
|--|--|
| Strukturqualität | Anbieterinnen und Anbieter verfügen über eine Grundqualifikation (staatlich anerkannter Abschluss im jeweiligen Fachbereich) sowie über eine Zusatzqualifikation und haben eine Einweisung in das durchzuführende Programm erhalten. |
| Planungsqualität | Die Zielgruppe ist klar definiert. Wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit ist erbracht. |
| Prozessqualität | Die Räumlichkeiten sind der Maßnahme und Gruppengröße entsprechend gewählt. |
| Ergebnisqualität | Anbieterinnen und Anbieter müssen sich dazu bereit erklären, sich an Evaluationen der Krankenkassen zu beteiligen. Zudem ist zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung im Routinebetrieb eine stichprobenartige Evaluation sinnvoll. |
| Erleichterte Inanspruchnahme durch sozial benachteiligte Zielgruppen | Krankenkassen sollen die Kosten der Maßnahmen bei sozial Benachteiligten nach vorheriger Prüfung und Genehmigung für die Versicherten vorleistungsfrei übernehmen. |
| Breitenwirksamkeit und Nachhaltigkeit | Die Teilnehmenden sollen dazu befähigt und motiviert werden, das Erlernte auch im Anschluss an die Intervention selbstständig anzuwenden. |

» Tab. 14: Beispiele für übergreifende Kriterien des Individualansatzes (in Anlehnung an GKV-Spitzenverband 2010)

nachteiligte Zielgruppen« und für »Breitenwirksamkeit und Nachhaltigkeit« formuliert (siehe Tabelle 14).

Die spezifischen Kriterien sind jeweils den Präventionsprinzipien (siehe Tabelle 12) zugeordnet und beziehen sich auf die Bereiche Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppe, Ziel der Maßnahme, Inhalt, Methodik und Anbieterqualifikation. Als Ausschlusskriterien für die Förderung gelten zum Beispiel Maßnahmen, die weltanschaulich nicht neutral gestaltet oder auf Dauer angelegt sind (GKV-Spitzenverband 2010).

Die im »Leitfaden Prävention« dargestellten Förderkriterien können als Mindestkriterien verstanden werden, da ihre Einhaltung die Voraussetzung für eine Förderung bildet. Dabei gilt es, sowohl die übergreifenden und spezifischen als auch die Ausschlusskriterien zu berücksichtigen (GKV-Spitzenverband 2010).

Neben den einzuhaltenden Kriterien finden sich im »Leitfaden Prävention« Empfehlungen für die Angebotsgestaltung. Diese orientieren sich in erster Linie an praktischen und theoretischen Erkenntnissen. So werden u.a. vor dem Erfahrungshintergrund des Bund-Länder-Programms »Soziale Stadt« Empfehlungen für die Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung gegeben (GKV-Spitzenverband 2010). Konkrete Anleitungen zur Umsetzung dieser Empfehlungen enthält der Leitfaden jedoch nicht.

Zusätzliche Instrumente

Die zusätzlich zur Verfügung gestellten Instrumente können freiwillig von den Krankenkassen eingesetzt werden. So wurden zum Beispiel Vorlagen für Antragsbogen – speziell für die Settings Schule/Kita und Stadtteil/Kommune und allgemein für den Individualansatz – entwickelt. In diesen Antragsbogen

spiegeln sich die Förderkriterien in systematischer Form wider. Für Anbieterinnen und Anbieter können diese Bogen somit insbesondere im Zusammenhang mit einer Antragstellung von Interesse sein.

Für die Evaluation von Maßnahmen haben das Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und die Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin mbH gemeinsam Instrumente für den Individualbereich, das Setting Schule und die betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt. Für jeden Bereich stehen ein Anwenderhandbuch sowie Instrumente für eine Vorher-Nachher-Befragung mit Follow-up zur Verfügung. Die Evaluationsinstrumente dienen den Krankenkassen zur Wirkungsabschätzung ihrer angebotenen Leistungen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung (GKV-Spitzenverband 2011, Kliche, Schreiner-Kürten, Wanek und Koch 2010). Wie auch die anderen bereits beschriebenen Instrumente können sie auf der Internetseite www.gkv-spitzenverband.de heruntergeladen werden.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Je nachdem, von wem die Kriterien bzw. der »Leitfaden Prävention« genutzt werden, ergeben sich unterschiedliche Vorgehensweisen.¹⁸

Krankenkassen, die den »Leitfaden Prävention« heranziehen, nutzen diesen, um kriteriengestützte Förderentscheidungen zu treffen. Die zusätzlich erstellten Materialien können ergänzend für die Überprüfung der Einhaltung von Kriterien herangezogen werden. So können die Antragsbogen wie eine Art Checkliste eingesetzt werden, indem abgeglichen wird, inwieweit die geforderten Qualitätskriterien berücksichtigt wurden. Die Evaluationsinstrumente können darüber hinaus je nach Bedarf eingesetzt

werden, um den Nutzen bzw. die Wirksamkeit von bewilligten Maßnahmen zu bewerten (GKV-Spitzenverband 2010).

In Bezug auf die Praktikerinnen und Praktiker sind die Krankenkassen dazu aufgefordert, die entwickelten Instrumente an diese weiterzureichen (GKV-Spitzenverband 2010). Denn für Praktikerinnen und Praktiker finden sich insbesondere im Leitfaden wesentliche Hinweise für die Beantragung kassengeförderter Maßnahmen. Aber auch mit Blick auf die Durchführungsphase zeigt der Leitfaden auf, welche Aspekte zu beachten sind, sodass er kontinuierlich für die Selbstreflexion herangezogen werden kann.

Für Angebote im Bereich des Individualansatzes können darüber hinaus vorgefertigte Teilnahmebescheinigungen und Teilnehmerlisten eingesetzt werden. Dies ermöglicht eine einheitliche Vorgehensweise von Beginn an und gibt Praktikerinnen und Praktikern die Sicherheit, die nötigen Vorgaben zu erfüllen. Für den Settingansatz sind im Leitfaden Schritte für die Umsetzung des geplanten Vorhabens vorgegeben (siehe Kasten), die als Orientierung für eine sukzessive Vorgehensweise zur Planung, Durchführung und Evaluation einer Maßnahme herangezogen werden können.

1. Bedarfsermittlung
 2. Zielformulierung
 3. Zielkonkretisierung
 4. Aufgabenverteilung
 5. Einigung über Qualitätsmanagement
 6. Durchführung der Intervention
 7. Evaluation
- (GKV-Spitzenverband 2010)*

¹⁸ Der dargestellte Prozess wird im Leitfaden nur zum Teil explizit benannt, sodass eine entsprechende Abstimmung im Interview erfolgte. Dies gilt ebenfalls für die Darstellungen unter »Einsatzmöglichkeiten«, »Zielgruppe(n)«, »Voraussetzungen für die Anwendung«, »Aufwand der Einarbeitung und Durchführung« sowie »Nutzung, Nutzen, Wirkungen«.

Eine nähere Beschreibung, was es bedeutet, diese einzelnen Schritte umzusetzen, ist jedoch im Leitfaden nicht enthalten.

Hinsichtlich der Prozessbeteiligten empfiehlt sich im Zuge einer krankenkassenspezifischen Antragstellung eine enge Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen sowie den Praktikerinnen und Praktikern. Auf diese Weise können Förderkriterien kommuniziert und unterstützende Materialien zur Verfügung gestellt werden. Ferner kann von Beginn an eine den Qualitätskriterien der Krankenkassen entsprechende Maßnahme konzipiert und umgesetzt werden. Zudem wird für den Settingbereich eine Zusammenarbeit mit kassenartenübergreifenden Strukturen (zum Beispiel mit den Regionalen Knoten¹⁹) empfohlen (GKV-Spitzenverband 2010).

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Um den gesetzlich geforderten Qualitätsansprüchen im fünften Buch des Sozialgesetzbuches gerecht zu werden, geht die GKV zunächst von einem umfassenden Qualitätsverständnis aus, das die vier Qualitätsdimensionen Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie das Denken in Regelkreisen berücksichtigt (GKV-Spitzenverband 2010, Stuppardt und Wanek 2009). Darüber hinaus sollen die primärpräventiven Leistungen »... den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen«

(§ 20 SGB V). Um dieser Forderung nachzukommen, erfolgt sowohl eine Orientierung am salutogenetischen als auch am bevölkerungsbezogenen Ansatz. Zudem wird mit Blick auf die Reduzierung sozialer Ungleichheit eine Ausrichtung auf sozialkompensatorische Leistungen vorgenommen (Stuppardt und Wanek 2009).

Die im »Leitfaden Prävention« für den Settingbereich übergreifend geltenden Kriterien wurden unter Berücksichtigung der Good-Practice-Kriterien (siehe S. 47) erarbeitet (GKV-Spitzenverband 2010). Die spezifischen Kriterien sowie die Empfehlungen für die Settings Kita, Schule und Stadtteil leiten sich in erster Linie aus wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungswerten im Zusammenhang mit verschiedenen Projekten bzw. Programmen ab (zum Beispiel »gesund leben lernen«²⁰, »Bundesländer-Programm Soziale Stadt«²¹) (GKV-Spitzenverband 2010). So werden zum Beispiel »Qualitätselemente der gesundheitsförderlichen Stadtentwicklung« aufgelistet, die im Rahmen eines Projekts des Deutschen Instituts für Urbanistik (Difu) in drei Soziale-Stadt-Gebieten überprüft werden konnten (GKV-Spitzenverband 2010) (siehe »Arbeitshilfen für die gesundheitsfördernde Stadtentwicklung«, S. 147).

Der »Leitfaden Prävention« wurde bisher nicht hinsichtlich der wissenschaftlichen Gütekriterien geprüft. Die der Ergebnisqualität dienenden und in erster Linie den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Evaluationsinstrumente wurden dagegen in verschiedenen Feldtests erprobt. Bereits für die

19 Regionale Knoten sind in jedem Bundesland bei den Landesvereinigungen für Gesundheit oder vergleichbaren Strukturen angesiedelt und fördern unter anderem die Vernetzung im Bereich der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sowie die Qualitätsentwicklung vor Ort. Die Regionalen Knoten sind ein Gemeinschaftsprojekt von GKV und öffentlicher Hand im Rahmen der primären Prävention (GKV-Spitzenverband 2010). Weitere Informationen zu den Regionalen Knoten unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

20 »Gesund leben lernen« ist ein Modellprojekt zur schulischen Gesundheitsförderung, das zwischen 2003 und 2008 an verschiedenen Schulen, gefördert durch die gesetzlichen Krankenkassen, umgesetzt sowie evaluiert werden konnte.

21 Das Bund-Länder-Programm Soziale Stadt wurde 1999 gestartet, mit dem Ziel, die Lebensbedingungen von Bewohnerinnen und Bewohnern in sozial benachteiligten Stadtteilen zu verbessern. Soziale Stadt ist ein gemeinsames Städtebauförderungsprogramm des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) und der Länder.

Fragebogenkonzeption wurden validierte Instrumente aus der Gesundheitsberichterstattung und Klinik berücksichtigt. In der Überprüfung der Instrumente selbst erwiesen sich diese als valide, reliabel und objektiv (GKV-Spitzenverband 2011, Kliche, Schreiner-Kürten, Wanek und Koch 2010a).

Einsatzmöglichkeiten

Der Handlungsleitfaden wird in erster Linie von den Krankenkassen genutzt und unterstützt diese darin, Förderentscheidungen auf Basis vorgegebener Kriterien zu treffen. Um die Einhaltung der Qualitätskriterien systematisch zu prüfen und um Wirkungen von Maßnahmen abschätzen zu können, sind weitere Materialien vorgesehen (zum Beispiel Antragsbogen, Evaluationsbogen).

Der »Leitfaden Prävention« kann darüber hinaus von Praktikerinnen und Praktikern, die ein kassenfinanziertes Angebot in den Settings Kindergärten/Kindertagesstätten, Schulen, Kommunen/Stadtteile oder Einrichtungen/Heimen anstreben, eingesetzt werden (GKV-Spitzenverband 2010).

In Bezug auf den Individualansatz finden sich Qualitätsvorgaben für die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum. Die Evaluationsinstrumente können darüber hinaus für die von den Krankenkassen geforderten Ergebnisparameter sensibilisieren.

Zielgruppe(n)

Der »Leitfaden Prävention« richtet sich in erster Linie an Krankenkassen und soll die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin unterstützen, nachvollziehbare Förderentscheidungen zu treffen.

Daneben stellt der »Leitfaden Prävention« jedoch auch eine wichtige Grundlage für Praktikerinnen und Praktiker dar, die ein von Krankenkassen finanziertes Projekt bzw. ein Angebot beantragen möchten.

Voraussetzungen für die Anwendung (zum Beispiel Kompetenzen, Vorwissen)

Für die Anwendung des »Leitfadens Prävention« werden für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen Schulungen und Workshops angeboten. Zudem informiert ein Rundbrief über aktuelle Entwicklungen.

Praktikerinnen und Praktiker, die ein von Krankenkassen finanziertes Projekt beantragen, sollten sich intensiv mit den Förderkriterien auseinandersetzen, da diese als verpflichtend und somit als Voraussetzung im Zusammenhang mit einer Antragstellung anzusehen sind. In diesem Zusammenhang ist eine enge Abstimmung mit den zuständigen Personen der entsprechenden Krankenkasse sinnvoll. So können im Rahmen von Vorgesprächen zum Beispiel ortsspezifische Anforderungen rechtzeitig geklärt und entsprechend berücksichtigt werden. Doch sollten die Kriterien nicht allein im Zuge der Antragstellung, sondern im Sinne der Qualitätsentwicklung auch kontinuierlich während der Projektlaufzeit berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang sollte auch beachtet werden, dass sich die Krankenkassen grundsätzlich das Recht vorbehalten, die Einhaltung der Kriterien vor Ort zu überprüfen (GKV-Spitzenverband 2010).

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung (Kosten, Zeitaufwand)

Grundsätzlich wird der mit dem Einsatz des Leitfadens verbundene Zeitaufwand als eher hoch eingeschätzt, sodass im Zuge der nächsten Überarbeitung eine gekürzte Version für Anwenderinnen und Anwender entwickelt werden soll (siehe Abschnitt »Ausblick«). Genauere Angaben zum Zeitaufwand für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen, aber auch für Praktikerinnen und Praktiker liegen nicht vor.

Der Leitfaden selbst sowie die zusätzlich entwickelten Instrumente können kostenfrei über die

Internetseite www.gkv-spitzenverband.de bezogen werden.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Im Präventionsbericht finden sich unter anderem Angaben zur Durchführung und Inanspruchnahme von Maßnahmen im Setting- und Individualbereich. So wurden zum Beispiel 86 % der Maßnahmen im Settingbereich in Kitas und (Berufs-)Schulen umgesetzt. Für den Individualbereich zeigt sich eine Konzentration der Kursinanspruchnahme für das Handlungsfeld Bewegung [Zelen und Strippel 2010]. Vor dem Hintergrund der vielfältig dargestellten Maßnahmen im Präventionsbericht ist von einer breiten Nutzung bzw. Berücksichtigung der Förderkriterien auszugehen. Es liegen jedoch keine Angaben vor, inwieweit der Leitfaden und/oder die zusätzlichen Instrumente vonseiten der Mitarbeitenden und/oder vonseiten der Praxis tatsächlich genutzt werden.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Systematische Erhebungen zum Nutzen des Leitfadens für Anwenderinnen und Anwender wurden bisher nicht durchgeführt. Es gibt jedoch im Rahmen der Workshops, in denen unter anderem ein organisiertes Feedback erfolgt, überwiegend positive Rückmeldungen vonseiten der Mitarbeitenden. Darüber hinaus haben in Form einzelner Rückmeldungen auch Praktikerinnen und Praktiker den Nutzen des Leitfadens herausgestellt. So empfinden es diese zum Beispiel im Zuge der Antragstellung als hilfreich, Standards für kassenspezifische Leistungen vorzufinden.

Wirkungen

Im Zusammenhang mit der Erprobung und Entwicklung des Evaluationssystems wurden sowohl im Setting- als auch im Individualbereich positive gesundheitsrelevante Effekte gemessen. So zeigten

sich zum Beispiel für den Individualansatz Gesundheitsgewinne von mittlerer bis hoher Effektstärke (zum Beispiel veränderten sich BMI und Ernährungsverhalten). Selbst in der Nachbefragung konnten kleine bis mittlere Effektstärken festgestellt werden. Auch für den Settingbereich »Schule« wurden Wirkungsnachweise erzielt. Diese beziehen sich einerseits auf Strukturen und Prozesse und andererseits auf die Schüler- und Lehrgesundheit. Auf das Ausmaß der Effekte nahmen dabei unter anderem die Intensität der durchgeführten Maßnahme als auch die Rahmenbedingungen vor Ort einen Einfluss [Kliche, Riemann, Bockermann, Niederbühl, Wanek und Koch 2011, Kliche, Hart, Kiehl, Wehmhöner und Koch 2010, Kliche, Schreiner-Kürten, Wanek und Koch 2010a].

Da die im »Leitfaden Prävention« enthaltenen Qualitätsanforderungen die Grundlage für die von Krankenkassen geförderten Maßnahmen bilden, könnten diese positiven Effekte ein Indiz dafür sein, dass der Leitfaden zur Auswahl von wirksamen Maßnahmen beigetragen hat. Ein entsprechender Wirkungszusammenhang zwischen den Qualitätsvorgaben im Leitfaden und den gemessenen Effekten kann jedoch an dieser Stelle nicht belegt werden.

Ausblick

Für eine nutzerfreundlichere Anwendung ist es geplant, Kürzungen des Leitfadens vorzunehmen sowie Checklisten zu erstellen. Zudem soll der jetzige Leitfaden weiterhin aktualisiert und angepasst werden. So ist zum Beispiel bisher nicht formuliert, welche Evidenzstufen für den Wirksamkeitsnachweis von Interventionen im Individual- bzw. Settingbereich jeweils gefordert sind. Auch wird nicht angegeben, welche Art des Wirksamkeitsnachweises hierfür nötig ist.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 226.

Zur Einführung empfohlene Literatur

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 bis in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin. Internet: http://www.gkv-spitzenverband.de/Praevention_Leitfaden.gkvnet. Zugriff am 10.08.2011.

GKV-Spitzenverband (2011): Internet: <http://www.gkv-spitzenverband.de>. Zugriff am 10.08.2011.

Stuppardt, R., Wanek, V. (2009): Qualitätssicherung der primären präventiven Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen nach § 20 SGB V. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 177–200. Bern: Hans Huber.

Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ)

Kurzfassung

Die Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ) ist ein Verfahren, das zentrale Prinzipien der Gesundheitsförderung – Partizipation, Kompetenzentwicklung und Empowerment – auch im Prozess der Qualitätsentwicklung selbst berücksichtigt. Dabei steht die gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen dem Projekt, der Zielgruppe, Geldgebern sowie relevanten Akteurinnen und Akteuren im Fokus der Arbeit. Um Verbesserungen im Projekt herbeizuführen, werden auf Basis von lokalem Wissen passgenaue Methoden für Interventionen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt (Wright, Block, von Unger und Kilian 2010).

Auf der Internetseite www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de befindet sich hierfür ein Methodenkoffer, in dem verschiedene Verfahren für Partizipative Qualitätsentwicklung kostenlos zur Verfügung stehen. Zusätzlich finden sich auf der Internetseite Informationstexte, weiterführende Literaturhinweise sowie Praxisbeispiele, die Erfahrungen und Erfolge

bereits durchgeführter Qualitätsentwicklungsprozesse aufzeigen.

Zielsetzung des Verfahrens ist die kontinuierliche Qualitätsverbesserung auf Basis einer partizipativen Vorgehensweise.

Hintergrund

In anderen Ländern, insbesondere im angloamerikanischen und skandinavischen Raum, kommen partizipative Verfahren bereits seit mehreren Jahren erfolgreich zum Einsatz. In Deutschland hingegen sind partizipative Forschungsansätze nur wenig verbreitet, obwohl die Notwendigkeit von partizipativen Prozessen in Bezug auf die Wirksamkeit und Akzeptanz von lebensweltorientierten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in verschiedenen Zusammenhängen aufgezeigt werden konnte (Wright, Block und von Unger 2009). Vor diesem Hintergrund konnten im Rahmen von zwei Forschungsprojekten international erprobte Verfahren auf den deutschsprachigen Raum übertragen sowie verschiedene Methoden und Konzepte der Partizipativen Qualitätsentwicklung entwickelt und erprobt werden. Eines der Forschungsprojekte wurde in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und mit Förderung durch die BZgA durchgeführt. In diesem Projekt war eine Auseinandersetzung mit der Partizipativen Qualitätsentwicklung für das Feld der HIV-Prävention möglich. Die Internetseite www.pq-hiv.de bündelt die entwickelten Methoden speziell für diesen Bereich. Ein weiteres vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördertes Förderprogramm wurde gemeinsam vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. umgesetzt. Dabei wurde der Blick auf verschiedene Träger der Gesundheitsförderung und Prävention gerichtet. Das in diesem Zusammenhang gemeinsam entwickelte Internethandbuch

wicklung.de ist als Resultat einer engen Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis anzusehen und steht im Fokus der folgenden Ausführungen. Ergänzend ist im Jahr 2010 ein Herausgeberband von Michael Wright (siehe Abschnitt »Zur Einführung empfohlene Literatur«) erschienen, der neben den partizipativen Methoden selbst auch konzeptionelle und theoretische Fragen beleuchtet.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Die Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ) hat sich zum Ziel gesetzt, die Zusammenarbeit aller am Projekt beteiligten relevanten Akteurinnen und Akteure zu fördern und die Qualität von Projekten in einem partizipativen Entwicklungsprozess zu verbessern. Dabei wird davon ausgegangen, dass insbesondere Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sowie die Zielgruppe selbst aufgrund ihrer Erfahrungswerte und unmittelbaren Nähe zur Praxis entscheidend für die Umsetzung von Verbesserungsprozessen sind (Wright et al. 2009). Die PQ berücksichtigt alle Phasen der Projektarbeit und insofern die Qualitätsdimensionen Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Aufbau, Elemente

Auf der Internetseite www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de finden sich zunächst grundsätzliche Informationen zur Nutzung der Seite sowie zur Idee der PQ. Als Ausgangspunkt für sämtliche Arbeiten im Rahmen der PQ kann der »PQ-Zyklus« angesehen werden. Dieser umfasst die vier Projektphasen Bedarfsbestimmung, Planung, Durchführung und Evaluation sowie ergänzend hierzu – und gleichzeitig rahmengebend – die Konzepte Partizipation und Zusammenarbeit. Für die einzelnen Elemente finden sich jeweils Informationstexte zum Einstieg. Da dieser Zyklus als Ausgangspunkt für die Arbeiten der PQ angesehen werden kann, ist er auf allen Seiten abge-

bildet, sodass jederzeit die Möglichkeit besteht, sich über die zentralen Konzepte und Elemente der PQ zu informieren. Für die praktische Anwendung finden sich im »Methodenkoffer« die im Kasten beschriebenen elf Methoden.

Die zur Verfügung gestellten Methoden erfordern jeweils einen unterschiedlich hohen Grad an Einarbeitung und Partizipation, sodass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter je nach Möglichkeiten und Ressourcen vor Ort eine für sie geeignete Auswahl treffen können. Zudem wird in einer Übersicht darauf hingewiesen, in welchen Phasen der Projektarbeit (Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Durchführung, Evaluation) die Methoden eingesetzt werden können.

Darüber hinaus veranschaulichen »Praxisbeispiele«, die in Begleitung des WZB partizipative Methoden angewandt haben, wie die Methoden in der Praxis aussehen und was sie bewirken können. Ein »Glossar« kann zum Nachschlagen relevanter Begrifflichkeiten genutzt werden.

1. Angeleitete Arbeitsgruppe
 2. Erfassen von Anfragen und Anliegen
 3. Blitzbefragung
 4. Fokusgruppe
 5. Kreise der Entscheidung
 6. Nutzerbeirat
 7. Open Space
 8. Projektlogik
 9. SMART²²-Kriterien
 10. Teilnehmende Beobachtung
 11. ZiWi²³-Methode
- (www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de)

22 S: Spezifisch; M: Messbar; A: Attraktiv; R: Realistisch; T: Terminiert [Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. und WZB 2011].

23 Zi: Ziele; Wi: Wirkungswege [Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. und WZB 2011].

Qualitätsmerkmale, die übergreifend anzuwenden sind, wurden für das Verfahren nicht entwickelt. Die am partizipativen Prozess beteiligten Personen erhalten auf diese Weise die Möglichkeit, für sie relevante Qualitätsfragen in den Fokus zu rücken. Wright und Kollegen (2009) weisen jedoch darauf hin, dass sich die Good-Practice-Kriterien (siehe S. 47) im Rahmen der PQ als Orientierungsrahmen eignen, da diese Kriterien nicht als Kontrollinstrument, sondern als Hilfestellung im Zuge der Selbstreflexion anzusehen sind. Der offene Ansatz ermöglicht in Bezug auf die Erfüllung nicht aller, sondern individuell ausgewählter Kriterien Gestaltungsmöglichkeiten für eine partizipative und aufeinander abgestimmte Vorgehensweise. Auch Expertenmeinungen können in den Prozess einbezogen werden. Von zentraler Bedeutung ist es jedoch, diese nicht isoliert, sondern im Zusammenspiel weiterer Perspektiven zu betrachten. »Im Rahmen der Partizipativen Qualitätsentwicklung erfolgt der Blick von außen durch die Vielfalt der Perspektiven« (Michael Wright, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin).

Der gleichen Logik entsprechend sind weder Mindestkriterien noch Empfehlungen für eine erfolgreiche Umsetzung vorgesehen. Dies wären ebenso Vorgaben »von oben«, die der Vorstellung einer gleichberechtigten Zusammenarbeit widersprechen würden. Auch hier sind es die am partizipativen Prozess beteiligten Personen, die sich unter Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven über die Zielrichtung der Arbeit wie auch über umsetzbare Lösungsstrategien zur Verbesserung verständigen.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Nach Möglichkeit soll in allen Phasen der Projektarbeit eine partizipative Vorgehensweise umgesetzt

werden. Eine kontinuierliche und gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, der Zielgruppe und Geldgebern ist dabei kennzeichnend für den Prozess der Partizipativen Qualitätsentwicklung. Gemeinsam planen sie eine passgenaue Intervention, setzen diese um und nehmen im Projektverlauf Überprüfungen und Anpassungen im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung vor (Wright et al. 2010).

Eine Blitzbefragung mit der Zielgruppe oder eine teilnehmende Beobachtung kann zum Beispiel im Zusammenhang mit der Bedarfserhebung herangezogen werden. Die Auseinandersetzung mit Zielen und Wirkungswegen (ZiWi-Methode²⁴) kann sowohl für die Projektplanung als auch für die Evaluation hilfreich sein; Fokusgruppen können noch während der Umsetzungsphase Hinweise auf Verbesserungspotenziale geben. Damit eine Einschätzung des erreichten Grads an Partizipation möglich ist, kann eine gemeinsame Reflexion anhand der neun Stufen der Partizipation vorgenommen werden. Diese reichen von »Nichtpartizipation«, »Vorstufen der Partizipation«, »Partizipation« bis hin zu »Geht über Partizipation hinaus« (siehe Abbildung 11) (Wright et al. 2009).

Der strukturierte Aufbau der Internetseite unterstützt den Auswahlprozess, indem die Methoden den einzelnen Projektphasen zugeordnet sind und aufgezeigt wird, welche Voraussetzungen für die Anwendung erfüllt sein müssen. So sind die zur Verfügung gestellten Verfahren zum Beispiel unterschiedlich aufwendig und erfordern je nach Bedarf bzw. Möglichkeiten vor Ort ein höheres oder niedrigeres Ausmaß an Partizipation (Wright et al. 2010). Die einzelnen Arbeitsschritte der Methoden sind jeweils ausführlich beschrieben. Praxisbeispiele

24 Mit der ZiWi-Methode können Ziele und Wirkungswege von Interventionen sowie Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung erarbeitet und veranschaulicht werden.

veranschaulichen, welche Implikationen mit der Umsetzung verbunden sind (Wright et al. 2009).

Insbesondere bei der erstmaligen Anwendung von partizipativen Methoden ist es jedoch sinnvoll, eine externe Moderation einzubinden, die Erfahrung in der Begleitung diskursiver Prozesse hat. Für den Einsatz der ZiWi-Methode wird eine Moderation zum Beispiel explizit empfohlen.

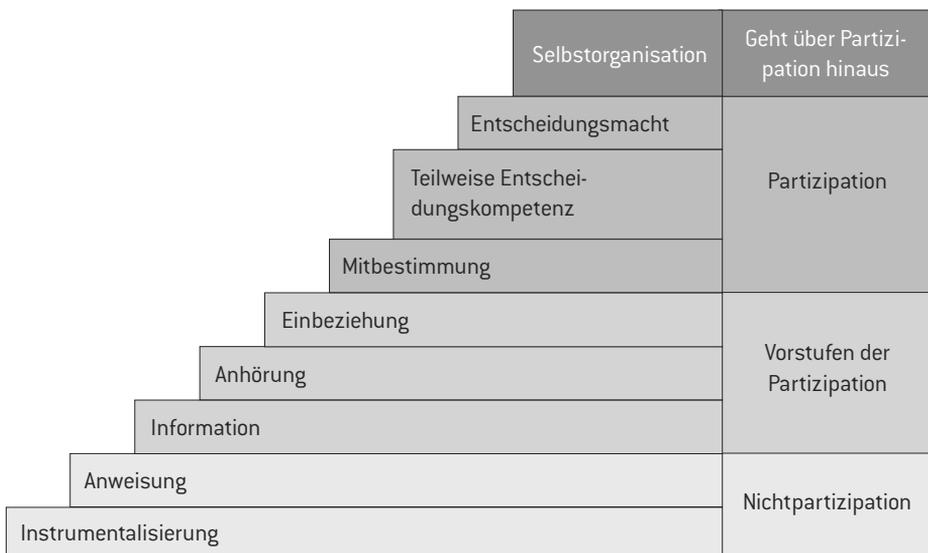
Falls es nicht möglich ist, kontinuierlich eine partizipative Vorgehensweise vorzunehmen, können die im Methodenkoffer zur Verfügung gestellten Materialien auch punktuell für bestimmte Projektphasen und Fragestellungen herangezogen werden.

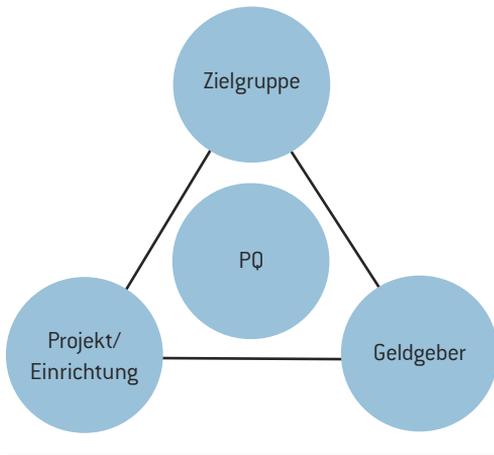
Gemeinsam ist allen Prozessabläufen die Zusammenarbeit aller an der Planung, Durchführung und Bewertung des Projekts beteiligten Akteurinnen und Akteure. Wright und Kollegen (2009) sprechen in diesem Zusammenhang von einem Beziehungsdrei-

eck, das sowohl das Projekt und die Geldgeber als auch die Zielgruppe selbst umfasst (siehe Abbildung 12 auf Seite 76).

Die Mitarbeitenden stehen dabei im Zentrum des Prozesses und wählen unter Berücksichtigung der Möglichkeiten vor Ort geeignete Methoden aus. Partizipative Qualitätsentwicklung findet auf diese Weise »von unten« statt, sodass insbesondere Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter sowie die Zielgruppe in Bezug auf Kompetenzentwicklung und Empowerment von der partizipativen Vorgehensweise profitieren.

Mitarbeitende haben die Möglichkeit, neue (methodische) Fähigkeiten und Kenntnisse hinsichtlich der Zielgruppe und der Projektarbeit zu erwerben, und die Zielgruppe lernt, sich zu artikulieren und kann sich aktiv für die Veränderung ihrer Lebenswelt einsetzen (Wright et al. 2010). Im Hinblick auf die Geld-





» Abb. 12: Prozessbeteiligte der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ) (Wright et al. 2009, S. 162)

geber zeigen die Erfahrungen, dass die Einbindung häufig nicht in Form einer umfassenden Beteiligung, sondern vielmehr durch regelmäßige Rücksprachen erfolgt. Wichtig jedoch ist, dass eben dieser Austausch überhaupt stattfindet, alle Beteiligten in die Entwicklungsprozesse eingebunden sind und Transparenz geschaffen wird.

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

In ihrem Verständnis von Qualitätsentwicklung knüpft die PQ an das EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) an. Demnach ist Qualitätsentwicklung als ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess zu verstehen, der unter Berücksichtigung aller Beteiligten in die Organisation eingebettet wird.

Die Forderung nach Partizipation als Element der Gesundheitsförderung findet sich bereits in der Ottawa-Charta (1986), in der unter anderem eine stärkere Unterstützung von Gemeinschaftsaktivitä-

ten von Bürgerinnen und Bürgern formuliert wurde, um die Selbstbestimmung zu fördern. Die PQ stützt sich auf diese politische Forderung und betrachtet Partizipation nicht allein als Teilnahme, sondern auch als Teilhabe an Entwicklungsprozessen (Wright et al. 2010). Für die Reflexion des vorhandenen Grads an Partizipation konnte im Rahmen der Forschungsprojekte unter anderem ein Stufenmodell der Partizipation entwickelt werden, das sich insbesondere an die Arbeiten von Sherry Arnstein (1969) anlehnt. Im Rahmen von Stadtentwicklungsprojekten entwickelte sie ein Modell, das acht Stufen der Partizipation voneinander unterscheidet. Dieses Modell wurde in den darauffolgenden Jahren unter anderem von Trojan (1986) zu einem Stufenmodell der Bürgerbeteiligung weiterentwickelt; für die PQ wurden die Stufen an gängige Praxisbezeichnungen angepasst (siehe Abbildung 11) (Wright et al. 2010).

Partizipative Entscheidungsprozesse selbst spiegeln sich in der »action research« (dt.: Aktionsforschung) wider, ein Forschungsansatz, der die PQ ebenfalls maßgeblich beeinflusst hat. Bereits in den 1940er-Jahren setzte sich Kurt Lewin – ein deutsch-amerikanischer Sozialpsychologe – für diese Forschungsrichtung ein. Im Fokus des Ansatzes steht eine stärkere Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis, mit dem Ziel, das soziale Handlungsfeld gemeinsam zu erforschen und zu verändern. Parallel dazu entwickelten sich zahlreiche vergleichbare Ansätze, denen »Empowerment«, »Kompetenzentwicklung« und »Partizipation aller Beteiligten« ein Anliegen ist.

Der Ansatz stieß in Deutschland insbesondere in den 1970er-Jahren in marxistischen gesellschaftskritischen Kreisen auf großes Interesse. In den 1980er- und 1990er-Jahren wuchs die Kritik an der Aktionsforschung – vor allem mit Blick auf die theoretischen Grundlagen und die methodische sowie praktische Umsetzung – bis sie schließlich in Deutschland nur noch selten Berücksichtigung fand

(von Unger, Block und Wright 2007, Wright et al. 2010).

International finden sich mittlerweile eine Vielzahl an Ausprägungen der Aktionsforschung; im Rahmen der PQ hat man den Ansatz in seinen Grundzügen auch für Deutschland erneut aufgegriffen, und es wurde eine angepasste Ausrichtung entwickelt (Wright et al. 2010, Wright et al. 2009). Wright et al. (2010) nehmen für diese Weiterentwicklung eine Verknüpfung mit der Qualitätsentwicklung vor und stellen den Ansatz mit der folgenden Gleichung dar: Qualitätsentwicklung + Aktionsforschung = Partizipative Qualitätsentwicklung.

Ein weiterer theoretischer Ansatz ist, wie auch beim Good-Practice-Ansatz (siehe S. 47), in der »praxisbasierten Evidenz« zu sehen. Durch die Fokussierung auf Projektmitarbeitende und die Zielgruppe basiert der Wirksamkeitsnachweis in erster Linie auf lokalen und praktischen Erfahrungswerten und nicht – wie im Rahmen der evidenzbasierten Praxis – auf wissenschaftlichen Erkenntnissen. Mit der PQ gilt es deshalb, Anhaltspunkte für die Wirksamkeit von Interventionen zu prüfen, um die Arbeit vor Ort zu verbessern (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. und WZB 2011). Hierfür werden Daten vor Ort erhoben und ausgewertet sowie zur Weiterentwicklung der Arbeit vor Ort genutzt. Es handelt sich somit um eine empirisch gestützte Praxis, die auf Basis von lokalem Wissen systematisch entwickelt wird.

Nicht zuletzt sind auch die einzelnen Konzepte und Methoden der PQ auf theoretische Grundlagen zurückzuführen. Das Stufenmodell zur Partizipation wurde bereits genannt, ein weiteres Beispiel findet sich in der ZiWi-Methode, die in Anlehnung an die »Theory of Change« entwickelt wurde. Die »Theory

of Change« wird im englischsprachigen Raum bereits seit den 1990er-Jahren zur Programm- und Evaluationsplanung herangezogen (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. und WZB 2011).

Die Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität werden im Sinne der Partizipativen Gesundheitsforschung erfüllt²⁵. Es wurden Methoden für die Anwendung gewählt und weiterentwickelt, die sich bereits in der Praxis und Wissenschaft bewährt haben und weitverbreitet sowie gut dokumentiert sind (Wright et al. 2010). Dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass die zugrunde liegenden Prozesse der Methoden übertragbar sind. Zudem wurden im Zuge der Entwicklungsphase sogenannte Erfolgskriterien zugrunde gelegt. Diesen zufolge sollten die gemeinsam mit der Praxis entwickelten Maßnahmen maßgeschneidert, praktikabel, nützlich, partizipativ und abgesichert sein (Wright et al. 2010). Hinsichtlich dieser Erfolgskriterien zeigten sich im Rahmen der Forschungsprojekte zusammenfassend die folgenden Ergebnisse:

- Die im Rahmen der Beratung entwickelten Maßnahmen waren jeweils auf die Interessen und Bedarfe vor Ort ausgerichtet und daher maßgeschneidert.
- Die entwickelten Verfahren konnten in die alltägliche Arbeit integriert werden und waren daher praktikabel.
- Aufgrund des »kritischen Blicks von außen« und der Berücksichtigung wissenschaftlicher Grundlagen (zum Beispiel Anwendung wissenschaftlich erprobter Verfahren, Nutzung wissenschaftlicher Quellen, Überprüfung schriftlicher Arbeiten) wurden die entwickelten Maßnahmen als abgesichert eingestuft.

25 In einem Diskussionspapier schlagen Springet, Wright und Roche (2011) einen konzeptionellen Rahmen für die Diskussion über Gütekriterien für das Feld der Partizipativen Gesundheitsförderung vor.

- Die Maßnahmen konnten im unterschiedlichen Ausmaß partizipativ gestaltet werden. Die Stufen der Partizipation reichten in den Beratungen von Stufe 4 (Anhörung) bis zur höchsten Stufe 8 (Entscheidungsmacht).
- Die entwickelten Strategien zur Qualitätsentwicklung konnten in Handlungsmöglichkeiten umgesetzt werden und dienten sowohl der Kompetenzentwicklung als auch der Verbesserung der eigenen Arbeit und waren daher nützlich (Wright et al. 2010).

Einsatzmöglichkeiten

Die PQ wurde allgemein für Settingprojekte im Rahmen der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt und ist nicht auf bestimmte Themen ausgerichtet. Die zur Verfügung gestellten Materialien können somit übergreifend genutzt und an die jeweiligen Projekthalte und Bedürfnisse vor Ort angepasst werden.

Die Arbeit mit diesem Verfahren ist insbesondere dann sinnvoll, wenn ein partizipativer Entwicklungs- und Entscheidungsprozess, an dem Projekt, Zielgruppe, Geldgeber und weitere Akteurinnen und Akteure gleichermaßen teilnehmen und auch teilhaben, verfolgt werden soll.

Zielgruppe(n)

PQ richtet sich zunächst an Projektverantwortliche, die für die Planung und Umsetzung von Projekten zuständig sind. Dabei ist eine Zusammenarbeit aller Beteiligten und insbesondere von Projekt, Zielgruppe sowie Geldgebern vorgesehen. In dem bereits dargestellten »Beziehungsdreieck« (siehe Abschnitt »Prozessbeteiligte«) gilt es, auf einer geeigneten Partizipationsstufe Verfahren zur Qualitätsentwicklung zu erarbeiten. Darüber hinaus können auch weitere wichtige Akteurinnen und Akteure in den Entscheidungs- und Entwicklungsprozess eingebunden werden (Wright et al. 2009).

Voraussetzungen für die Anwendung

Um partizipative Gestaltungsprozesse durchzuführen, braucht es zunächst ein grundsätzliches Interesse, um gemeinsam mit anderen Handlungsstrategien zur Verbesserung der Arbeit zu entwickeln. Dabei gilt es, sich auf neue Perspektiven einzulassen und alle Beteiligten als gleichberechtigt sowie als Experten bzw. Expertinnen in eigener Sache anzusehen (Wright et al. 2009).

Projektmitarbeitende, die die eigene Arbeit mithilfe partizipativer Methoden verbessern möchten, sind gefordert, sich auf eine kritische Auseinandersetzung mit bisher routinierten Arbeitsweisen einzulassen. Dies bedeutet auch, dafür offen zu sein, nicht wie gewohnt allein, sondern gemeinsam mit anderen Verbesserungen der eigenen Arbeit vorzunehmen. Dazu gehört zudem ein oftmals veränderter Blick auf die Zielgruppe. So gilt es, diese nicht als defizitär wahrzunehmen, sondern sie als Expertinnen bzw. Experten in eigener Sache einzubinden (Wright et al. 2010).

Auch für die Zielgruppe bedeutet die Mitwirkung am partizipativen Prozess zunächst eine Umstellung. Sie ist es oftmals nicht gewohnt, ihre Interessen zu formulieren und sich für diese einzusetzen. Die Voraussetzung hierfür ist ein bestimmtes Maß an Selbstbewusstsein und Durchsetzungsfähigkeit. Vor allem Projektmitarbeitende sind an dieser Stelle gefordert, diese Fähigkeiten zu wecken und die Zielgruppe zu einer Teilnahme zu motivieren (Wright et al. 2010).

Geldgeber, die sich in partizipative Prozesse einbringen, sollten Verständnis für partizipative Prozesse zeigen. Sie sind gefordert, sich auf Prozesse einzulassen, deren Verlauf sowie Ausgang zu Beginn nicht klar formuliert werden kann. Dies ist insbesondere hinsichtlich der Vergabe von finanziellen Mitteln problematisch, denn hierfür bilden eindeutig formulierte Zielrichtungen zumeist die Voraussetzung.

Für den Entwicklungsprozess ist es wichtig, dass sich alle Teilnehmenden aktiv und kontinuierlich an diesem beteiligen. Dies ist einerseits für die Bildung einer Vertrauensbasis bedeutsam, andererseits erfordert die Entwicklung passgenauer Methoden vor allem Zeit sowie einen intensiven Austausch. Kurzzeitige Projektarbeiten ohne Kontinuität und Nachhaltigkeit können in diesem Zusammenhang sogar kontraproduktiv wirken. Um den Prozess kontinuierlich voranzutreiben, ist es zudem nötig, dass sich in der Regel eine Person für die Koordination und Steuerung der Zusammenarbeit verantwortlich fühlt (Wright et al. 2010).

Als eine der zentralsten Voraussetzungen kann die Unterstützung vonseiten der Institution angesehen werden. Diese sollte in erster Linie offen für Entwicklungsprozesse »von unten« sein. So können sich Einrichtungen, in denen wesentliche Veränderungen sowie Anregungen vonseiten der Zielgruppe nicht erwünscht sind, hinderlich auf die Umsetzung partizipativ entwickelter Maßnahmen auswirken (Wright et al. 2010).

In Bezug auf die Anwendung der Methoden eignet sich für den Einstieg die Teilnahme an einem Workshop zur PQ – diese werden zum Beispiel von einigen Landesvereinigungen für Gesundheit im Rahmen von Projekten angeboten und bieten die Möglichkeit, Methoden kennenzulernen und auszuprobieren. Darüber hinaus ist es sinnvoll, eine (wissenschaftliche) Begleitung in den partizipativen Prozess einzubinden. Dies ist insbesondere vorteilhaft bzw. sogar notwendig, wenn noch keine Erfahrungen mit partizipativen Gruppenprozessen vorhanden sind.

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung (Kosten, Zeitaufwand)

PQ ist ein aufwendiger Ansatz, weil er die Absicht verfolgt, einen längerfristigen Prozess zu unterstützen. Die auf der Internetseite vorgestellten Methoden sind umfassend beschrieben, sodass der voraus-

sichtliche Aufwand für diese gut eingeschätzt werden kann. Es finden sich jeweils Angaben zum Zeit-, Personal- und Materialaufwand sowie zu weiteren Kosten. In Bezug auf den Zeitaufwand variieren die einzelnen Methoden sehr stark. So ist für die »Kreise der Entscheidung« zum Beispiel lediglich eine Stunde einzuplanen, die ZiWi-Methode erfordert demgegenüber mehrere zweistündige Arbeitskreistreffen sowie Recherche- und Dokumentationsaufgaben. Der Personalaufwand ist zumeist im Zusammenhang mit dem Zeitaufwand zu betrachten, gegebenenfalls sind weitere Mitarbeitende für die Umsetzung – wie zum Beispiel bei der Blitzbefragung – erforderlich, oder es wird das Hinzuziehen einer externen Moderation empfohlen. Die Materialkosten beziehen sich zum Beispiel auf Räumlichkeiten, Moderationsmaterialien, Computerprogramme wie Excel etc.

Da eine kontinuierliche und konsequente partizipative Vorgehensweise jedoch weit über die Umsetzung einzelner Methoden hinausgeht, können die Angaben im Methodenkoffer lediglich als erste Orientierung dienen. Für eine partizipative Planung, Umsetzung und Evaluation von Projekten sind unter anderem regelmäßige Absprachen und Anpassungen im Projektverlauf – und damit insgesamt betrachtet deutlich höhere zeitliche Ressourcen – erforderlich. Auch für die Idee der Partizipativen Qualitätsentwicklung selbst müssen zunächst Interessierte, die das Vorhaben unterstützen, gewonnen werden – ein Prozess, der für sich betrachtet schon Zeit und Geduld kosten kann.

Die zur Verfügung gestellten Methoden selbst sind kostenfrei und können auf der Internetseite bezogen werden. Die Teilnahme an einem Workshop zur PQ ist gegebenenfalls mit Kosten verbunden. Zudem müssen unter Umständen Kosten für eine (wissenschaftliche) Begleitung des partizipativen Prozesses eingeplant werden. Eine Moderation wird zum Beispiel explizit für die Anwendung der ZiWi-Methode empfohlen. So ist der Anspruch, partizipative Prozesse zu

moderieren, sehr hoch – nicht zuletzt deshalb, weil es auch Konflikte aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen zu lösen gilt. Da jedoch bisher kein systematisches Unterstützungsangebot für die partizipative Qualitätsentwicklung eingerichtet werden konnte, können mögliche Kosten an dieser Stelle nicht angegeben werden. Für das Feld der Aidshilfe konnte eine solche Unterstützungsstruktur bereits curricular verankert werden.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

PQ wurde bisher von verschiedenen Praxisprojekten zur Qualitätsentwicklung genutzt, wobei Praktikerinnen und Praktiker die Hauptnutzerinnen und -nutzer darstellen.

Die auf der Internetseite dargestellten Praxisbeispiele zeigen, dass die einzelnen Methoden von PQ in unterschiedlichen Zusammenhängen genutzt wurden. So konnten zum Beispiel Erfahrungen gesammelt werden in der Entwicklung von Bedarfserhebungsstrategien und Öffentlichkeitsmaßnahmen, in der Erarbeitung von Leitbildern, der Beschreibung von Zielen und Wirkungen, der Erstellung von Dokumentationsbogen oder aber in der Entwicklung von Evaluationsstrategien. In den Forschungsprojekten wurden jedoch in der Regel nicht mehr als zwei partizipative Methoden angewandt.

Im Jahr 2010 konnten insgesamt elf Workshops angeboten werden. Die durchschnittliche Nutzeranzahl der Internetseite beläuft sich auf 2800 Besuche monatlich.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Im Rahmen der Forschungsprojekte konnten insgesamt 20 Einrichtungen (zwölf Aidshilfen und acht andere Einrichtungen) wissenschaftlich begleitet werden. Die in diesem Zusammenhang entstandenen Forschungsberichte wurden u. a. hinsichtlich des Nutzens einer umfassenden Inhaltsanalyse unterzo-

gen. Grundlage hierfür bildeten partizipative Auswertungen der Beratung entlang der bereits dargestellten Erfolgskriterien (siehe Abschnitt »Theoretische/wissenschaftliche Grundlagen«) (Wright 2010). Auf diese Weise konnte die Nützlichkeit für Anwenderinnen und Anwender empirisch belegt und wie folgt spezifiziert werden (Wright et al. 2009):

- Verbesserte Dokumentation und Planung: Es konnten neue Dokumentationsverfahren entwickelt und vorhandene überarbeitet werden. Dabei wurden sie praktikabler in der Anwendung; der Blick wurde lediglich auf Daten gerichtet, die relevant für die Arbeit vor Ort sind und die auch ausgewertet werden.
- Beurteilung der Arbeit aufgrund neuer Perspektiven: Die Perspektivenvielfalt (Teammitarbeiterinnen und -mitarbeiter, Kooperationspartnerinnen und -partner, Zielgruppe und wissenschaftliche Begleitung) und damit der »Blick von außen« wurde von Praktikerinnen und Praktikern als gewinnbringend wahrgenommen. Dabei trugen sowohl positive als auch negative Rückmeldungen zur Verbesserung der eigenen Arbeit bei.
- Gestärkte Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Einige Praktikerinnen und Praktiker stellten die gestärkte Motivation als besonderes Merkmal der Partizipativen Qualitätsentwicklung heraus. Motivierend wirkten vor allem die positiven Rückmeldungen und die Reflexion der eigenen Arbeit.
- »Mehrfach wurde betont, die Qualitätsentwicklung habe dazu geführt, wieder »mehr Spaß« an der Arbeit und zum Teil sogar »Spaß an der Qualitätsentwicklung« zu finden« (Wright 2010, S. 157).
- Kompetenzentwicklung durch das Erlernen neuer Methoden: In den Beratungen wurden neue Methoden der Qualitätsentwicklung erlernt, die zum Teil noch während des Beratungsprozesses in anderen Arbeitszusammenhängen eigenständig eingesetzt wurden. Auf besonders positive Resonanz

- stießen die ZiWi-Methode, Methoden der Datenerhebung und Auswertung sowie die Stufen der Partizipation.
- »Die Explikation der Vision, die Erarbeitung des Leitbilds und schließlich das Zusammenführen des Konzepts haben innere Klarheit und Qualität der Außenwirkung gefördert. Das berufliche Selbstbewusstsein hat sich gesteigert« (Rückmeldung des Praxisbeispiels: Präventionsteam Kinderschutz Berlin).
 - Förderung der Teambildung: Gruppenprozesse sind ein zentrales Merkmal der Partizipativen Qualitätsentwicklung und unterstützen den Austausch der Beteiligten untereinander. In den meisten Fällen arbeiteten die neu zusammengeführten Gruppen konstruktiv und PQ konnte einen Beitrag zur Teambildung leisten.
 - Neue Klarheit über Ziele, Wirkungswege und die konzeptuelle Grundlage der Prävention: Die im Zuge der Beratung erfolgten Auseinandersetzungen mit der eigenen Arbeit schafften in der Regel neue Klarheit bei den Mitarbeitenden. Bei der ZiWi-Methode werden zum Beispiel unter Berücksichtigung der SMART-Kriterien gemeinsame Ziele und Wirkungswege formuliert, was unter anderem dazu beiträgt, dass die Inhalte des Projekts verbessert kommuniziert werden können: »Die Beschreibung der Ziele und Wirkungen ... konnte bereits für Gespräche mit verschiedenen Akteuren – auch mit potenziellen Geldgebern – eingesetzt werden« (Rückmeldung des Praxisbeispiels: Obdachlosensiedlung Mainz).

Auch wenn die Auseinandersetzung mit Zielen zum Teil als mühsam empfunden wurde, so wurde sie größtenteils als nützlich für die eigene Arbeit eingestuft. Neben der ZiWi-Methode führte beispielsweise die Durchführung von Datenerhebungen, in denen unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt wurden, zu neuen Erkenntnissen.

- Erhöhte Transparenz nach innen: Die verbesserte Kommunikation untereinander sowie die Verschriftlichung von Ergebnissen sorgten für mehr Transparenz innerhalb des Teams. Dazu gehört auch, dass die jeweiligen Interessen der Beteiligten verbessert wahrgenommen werden.
- Verbesserte Außerdarstellung: Häufig wurden die Ergebnisse der Qualitätsentwicklung sowie die Zusammenarbeit für die Außerdarstellung genutzt. So nutzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese zum Beispiel für Präsentationen auf Fachtagungen, im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit oder in Berichten für Geldgeber (Wright 2010).

Wirkungen

Inwieweit Methoden der PQ Wirkungen auch auf der Interventionsebene zeigen, kann auf Basis der bisherigen Evaluationsberichte nicht beurteilt werden.

Ausblick

In Zusammenarbeit mit den Regionalen Knoten der Landesvereinigungen für Gesundheit wurde ein Konzept für ein Modellvorhaben entwickelt. Ziel dieses Vorhabens ist es, die Partizipative Qualitätsentwicklung auf Landesebene zu verbreiten. Eine solche Struktur bildet nicht zuletzt die Voraussetzung dafür, interessierte Praktikerinnen und Praktiker in der Anwendung partizipativer Methoden zur Qualitätsentwicklung zu begleiten. In diesem Zusammenhang sind auch eine Überarbeitung der Internetseite sowie ihre kontinuierliche Weiterentwicklung vorgesehen – eine Aufgabe, die zurzeit lediglich in unregelmäßigen Abständen möglich ist.

Unabhängig vom geplanten Modellvorhaben wird die Internetseite ins Englische übersetzt. Dies erfolgt im Rahmen der Initiative »Improving Quality in HIV Prevention in Europe« (IQ^{hiv}), eine Initiative der BZgA, WHO und AIDS Action Europe (www.iquhiv.org).

Bezüglich der AIDS-Hilfe wird die Partizipative Qualitätsentwicklung weiterhin kontinuierlich ausgebaut.

Hierfür wurden kürzlich Trainerkurse curricular verankert. Diese Kurse sollen bereits erfahrene Personen dazu befähigen, partizipative Prozesse der Qualitätsentwicklung zu begleiten und perspektivisch der weiteren Verbreitung im Rahmen der AIDS-Hilfendien. Darüber hinaus befindet sich die Internetseite in Überarbeitung und wird in Kürze neu gestaltet online erscheinen.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 228.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Gesundheit Berlin e. V., Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (2011): Partizipative Qualitätsentwicklung bei sozial Benachteiligten. Internet: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de>. Zugriff am 10.08.2011.

Wright, M. T. (Hrsg.) (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber.

Wright, M. T., Block, M., von Unger, H. (2009): Partizipative Qualitätsentwicklung. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 157–175. Bern: Hans Huber.

Qualität in der Prävention (QIP)

Kurzfassung

Qualität in der Prävention (QIP) ist ein auf wissenschaftlicher Grundlage entwickeltes und geprüfetes Verfahren zur Qualitätsbegutachtung und kontinuierlichen Verbesserung der Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Es wurde in enger Kooperation von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) entwickelt. Mithilfe eines Dokumentationsbogens werden Projekte (Einzelprojekte, Settingprojekte, Programme und Kampagnen) durch die Praktikerinnen und

Praktiker beschrieben und von geschulten Expertinnen und Experten unter Anwendung eines strukturierten Begutachtungsbogens bewertet. Dokumentation und Begutachtung umfassen 28 Qualitätsdimensionen zur Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Als Rückmeldung erhalten die Projekte neben einer umfassenden Einschätzung zur Qualität und Wirksamkeit ihres Angebots die Vergleichswerte ähnlicher Projekte und konkrete Vorschläge für Verbesserungen. QIP ist so angelegt, dass sich auch Aussagen zur Qualität ganzer Handlungsfelder gewinnen lassen. Durch wiederholte Anwendungen von QIP können Qualitätsentwicklungen nachgezeichnet werden, die als Grundlage präventionsstrategischer Entscheidungen dienen können.

Ziel von QIP ist die kontinuierliche Verbesserung der Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Hintergrund

Ausschlaggebend für die Entwicklung des Verfahrens war ein Mangel an Verfahren zur Qualitätssicherung und damit fehlende Nachweise zur Wirksamkeit von präventiven und gesundheitsfördernden Projekten. Dies verdeutlichten insbesondere die ersten Erfahrungen im Zusammenhang mit dem § 20 SGB V, auf dessen Grundlage primärpräventive Maßnahmen im Leistungsspektrum der Krankenkassen gesetzlich verankert wurden. Vor diesem Hintergrund entwickelte das UKE gemeinsam mit der BZgA ein systematisches Bewertungsverfahren für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention (Kliche, Töppich und Kawski 2004, Koch, Kawski und Töppich 2001).

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Zielsetzung von QIP ist es, Praktikerinnen und Praktikern eine fundierte Einschätzung der Wirkungsaussichten ihrer Interventionen zu geben sowie –

falls erforderlich – gezielte Hinweise zu ihrer Verbesserung. QIP ermöglicht Vergleiche («Benchmarking») zu anderen Projekten und kann zur Beschreibung der Qualität in einzelnen Feldern der Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden. In regelmäßigen Abständen angewendet, kann mit QIP die Qualitätsentwicklung eines Projekts und/oder Arbeitsfelds nachgezeichnet werden (Monitoring).

Aufbau, Elemente

QIP setzt sich aus den Bausteinen »Dokumentation«, »Begutachtung«, »Datenanalyse« und »Rückkoppelung« zusammen (Töppich und Lehmann 2009). Die Basis bildet ein 27-seitiger Fragebogen, der die folgenden sieben Hauptdimensionen, die sich in 21 Teildimensionen aufgliedern, umfasst:

- Konzeptqualität,
- Planungsqualität,
- Mitwirkende (Personal und Kooperationspartner),
- Verbreitung und Vermittlung (Streuwege, Methoden und Medien),
- Verlaufsgestaltung und Management der Aktivität,
- Erfolgskontrolle und Evaluation,
- Qualitätsentwicklung.

Der Dokumentationsbogen selbst enthält im Einleitungsteil zunächst Informationen für die Nutzerinnen und Nutzer. Dabei wird unter anderem auf den Aufbau, den Nutzen und auf die Qualitätsdimensionen, die QIP umfasst, verwiesen. Ebenfalls erfahren die Nutzerinnen und Nutzer an dieser Stelle, dass die insgesamt 28 Dimensionen nachweislich zentral für die Wirksamkeit von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention sind und evidenzbasiert entwickelt wurden (Kliche et al. 2004). Dementsprechend gilt, dass, je besser die Dimensionen erfüllt sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Maßnahmen auf Interventionsebene wirken.

Für die Bewertung sind mindestens drei geschulte Gutachterinnen bzw. Gutachter zuständig. Die Bewer-

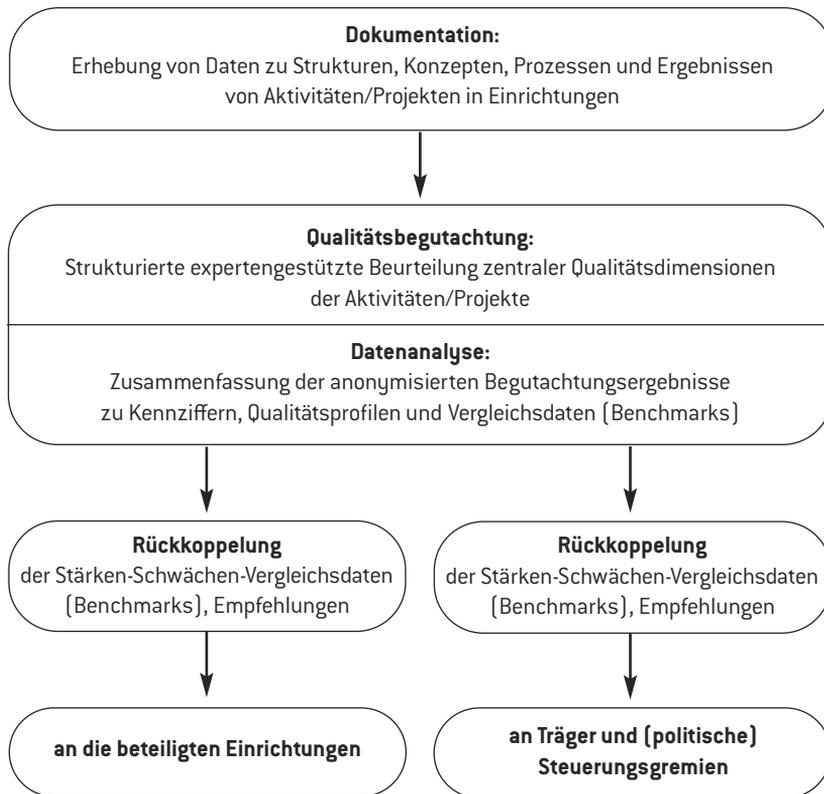
tung der einzelnen Dimensionen erfolgt, angeleitet durch einen Begutachtungsbogen, anhand einer vierstufigen-Skala, die in die Stufen »Problemzone« (0), »Verbesserungsbedarf« (1), »Standard« (2) und »Vorbild« (3) eingeteilt ist. Die jeweiligen Ergebnisse werden in eine Datenbank eingegeben, und es wird ein Qualitätsprofil erstellt, das Schwächen und Stärken des Projekts – auch im Vergleich zu anderen – aufzeigt.

Der Standard (Stufe 2) legt Mindestvoraussetzungen für eine Arbeit (Intervention) mit guter Qualität und Aussicht auf Erfolg fest. Er wird im QIP-Begutachtungsbogen explizit für die einzelnen Qualitätsdimensionen formuliert. Die im Rahmen der Datenanalyse erstellten Vergleichswerte bzw. das Benchmarking stellen einen Orientierungsrahmen für die jeweiligen Projekte dar. Der Vergleich mit anderen Projekten kann dazu motivieren, mindestens so gut wie der Durchschnitt zu sein und nach Möglichkeit den Standard zu übertreffen, das heißt, die Bewertungsstufe 3 (Vorbild) zu erreichen.

Die Rückmeldung von QIP umfasst nicht zuletzt auch konkrete Empfehlungen zur Optimierung der zur Begutachtung eingereichten Maßnahme. Die Gutachterinnen und Gutachter formulieren im Zuge des Bewertungsverfahrens praktische Tipps zur Verbesserung und ergänzen diese unter anderem um weiterführende Anregungen und Literatur.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Die Beurteilung soll einen Beitrag zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung leisten. So kann ein Einsatz noch während der Planung oder Durchführung von Maßnahmen rechtzeitig auf Stärken und Schwächen aufmerksam machen, sodass Stärken ausgebaut und anhand der konkreten Verbesserungsvorschläge Anpassungen vorgenommen werden können. Für das Bewertungsverfahren ist ein Ablauf vorgesehen, wie er in Abbildung 13 skizziert wird (Töppich und Lehmann 2009).



>> Abb. 13: Der Datenfluss im Qualitätssicherungssystem QIP (Töppich und Lehmann 2009, S. 225)

- *Dokumentation*: Die Projektmitarbeiterinnen bzw. -mitarbeiter füllen den Fragebogen aus und senden diesen – gegebenenfalls ergänzt um weitere Materialien, die für die Bewertung relevant sein könnten (zum Beispiel schon vorhandene Ausarbeitungen, Dokumentationsbogen) – an die Forschungsgruppe Qualitätsmanagement des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.
- *Begutachtung*: Speziell geschulte Gutachterinnen bzw. Gutachter beurteilen das Angebot bzw. Projekt entlang von Kriterien und Leitfragen (strukturiert

- erter Begutachtungsbogen]. Dabei ist es wichtig, dass die jeweiligen Gutachterinnen bzw. Gutachter bereits praktische Erfahrungen im entsprechenden Handlungsfeld gesammelt haben [Peer-Review].
- *Datenanalyse*: Die Daten werden zur Erstellung des Qualitätsprofils und von Vergleichsdaten in eine Referenzdatenbank eingegeben. Anhand von Grafiken und Tabellen können die Durchschnittswerte sowie die jeweils schlechtesten und besten Werte der Projekte abgelesen und für einen Vergleich mit anderen genutzt werden. Die Datenbank

und damit die Anzahl an Vergleichsdaten wächst dabei mit jedem neu bewerteten Projekt.

- *Rückkoppelung*: Die Projektmitarbeiterinnen bzw. -mitarbeiter erhalten ausführliche Rückmeldungen. Es werden konkrete Anregungen bzw. Empfehlungen für Verbesserungen gegeben. Die Rückmeldung ist dabei streng vertraulich und wird nur an die Person gesendet, die das Angebot zur Beurteilung eingereicht hat. Um auch auf politischer Ebene aufzuzeigen, welche Strukturen und Projektarten sich für die Umsetzung von Präventionszielen eignen und wo Barrieren für eine wirksame Prävention und Gesundheitsförderung bestehen, fließen die anonymisierten Daten in eine übergreifende Berichterstattung ein und werden Trägern, (politischen) Akteurinnen und Akteuren sowie Steuerungsgremien präsentiert (Kliche, Gesell, Nyenhuis, Bodanski, Deu, Linde et al. 2008, Töppich und Lehmann 2009).

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

In den Haupt- und Unterdimensionen von QIP spiegeln sich die verschiedenen Qualitätsebenen Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Anlehnung an Donabedian (1966) wider. Die 28 Qualitätsdimensionen von QIP wurden auf Grundlage praktischer Kenntnisse sowie nationaler und internationaler Forschungsergebnisse zur wirkungsvollen Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt. Auch andere national und international entwickelte Verfahren und Ergebnisse von Expertendiskussionen flossen in den Entwicklungsprozess ein, sodass QIP als evidenzgestützt gilt und Aussagen über die Wirkungswahrscheinlichkeit von Projekten treffen kann (Kliche, Töppich und Kowski 2004, Kliche, Töppich, Lehmann und Koch 2007).

Als Anregung für die Einteilung der vierstufigen Bewertungsskala diente ein Bewertungsmaßstab des EFQM-Modells (Kliche et al. 2004).

Die Idee des Benchmarkings und damit des Vergleichs zwischen ähnlichen Projekten, mit dem Ziel einer Orientierung am besten Vergleichswert bzw. an der »Best Practice«, geht auf die gewerbliche Wirtschaft zurück.

In den Jahren 2004/2005 wurde ein Feldtest zur Überprüfung der Datengüte der Begutachtungen mit QIP durchgeführt. Das Verfahren wurde für 61 präventive Maßnahmen und Angebote geprüft. Die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität sind bei QIP erfüllt. Es zeigte sich unter anderem, dass der Einsatz von drei Gutachterinnen bzw. Gutachtern ausreichend ist, um zuverlässige Ergebnisse zu erzielen (Töppich und Lehmann 2009, UKE 2011, UKE und BZgA, o. J.).

Einsatzmöglichkeiten

QIP kann die Qualität von Einzelprojekten, Settingprojekten, Programmen und Kampagnen beurteilen und ist somit als themen- und settingunabhängiges Verfahren einsetzbar. Bisher wurde das Bewertungsverfahren von Kitas, Schulen, Krankenhäusern, Beratungsstellen und Wohnquartieren genutzt. Dabei waren alle wichtigen Gesundheitsthemen der Prävention berücksichtigt (insbesondere Bewegung, Ernährung, Lebenskompetenzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stressbewältigung, Suchtprävention sowie Minderung von Arbeitsbelastung) (UKE und BZgA, o. J.).

Zielgruppe(n)

Der Dokumentationsbogen kann von allen Projektmitarbeitenden ausgefüllt werden, die konkrete Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bereithalten. In Bezug auf die Abschätzung zur vorhandenen Qualität bzw. zur Wirksamkeit von aus öffentlichen Geldern finanzierten präventiven Projekten können die Ergebnisse von QIP auch als Diskussionsgrundlage in die Politik einfließen (Kliche et al. 2008).

Voraussetzungen für die Anwendung (zum Beispiel Kompetenzen, Vorwissen)

Um den Dokumentationsbogen auszufüllen, sind ausschließlich detaillierte Kenntnisse zum Projekt bzw. Angebot erforderlich (UKE und BZgA, o. J.).

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung (Kosten, Zeitaufwand)

Eine Einführung in QIP ist im Dokumentationsbogen enthalten (siehe Abschnitt »Aufbau, Elemente«). Für das Ausfüllen des Dokumentationsbogens benötigen Projektmitarbeitende durchschnittlich zwei Stunden. Hilfreich und zugleich zeitreduzierend ist es, wenn bereits Dokumentationen zum Projekt vorliegen und herangezogen werden können. Allerdings variiert die Dauer je nach Komplexität des Projekts und kann bis zu zehn Stunden in Anspruch nehmen (Töppich und Lehmann 2009).

Auch die Kosten für die Beurteilung stehen in Zusammenhang mit dem Projektumfang und reichen von 300 Euro bis zu 1200 Euro.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Bisher haben rund 330 Projekte aus verschiedensten Feldern der Gesundheitsförderung und Prävention eine Bewertung mit QIP vornehmen lassen (Stand: Dezember 2011). Auch für Evaluationen und bundesweite Versorgungsanalysen zum Stand und Bedarf von Prävention und Gesundheitsförderung wurde QIP eingesetzt.

In Bezug auf die Verwendung der Ergebnisse ergaben die Nachbefragungen, dass diese je nach Interesse der Einrichtungen in verschiedenen Zusammenhängen herangezogen wurden. So nutzten einige Einrichtungen die Rückmeldungen zum Beispiel für Medienberichte, für die Antragstellung von Modellprojekten oder als Wirkungsnachweis zur Projektweiterführung (UKE und BZgA, o. J.).

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Nachbefragungen ergaben, dass die Nutzerinnen und Nutzer durch QIP alle wichtigen Aspekte präventiver Arbeit erfasst sehen und aussagekräftige Ergebnisse zur Arbeitsqualität sowie hilfreiche Vorschläge zur Verbesserung erhalten. Kleinere Einrichtungen ohne Erfahrungen im Bereich Qualitätsentwicklung empfinden den Dokumentationsbogen als sehr umfangreich (Töppich und Lehmann 2009, UKE und BZgA, o. J.). Positiv wurde von einigen Praktikerinnen und Praktikern zurückgemeldet, dass bereits das Ausfüllen des Dokumentationsbogens erste Verbesserungsansätze verdeutlicht (UKE 2011).

Mit den Nachbefragungen wurde ebenfalls herausgestellt, dass circa 40 % der Projekte bereits vier Monate nach der Rückmeldung konkrete Verbesserungen ihrer Angebote vorgenommen haben (Kliche 2009). Darüber hinaus wirkt sich die Auseinandersetzung mit den Qualitätsdimensionen unterstützend auf die fachliche Reflexion und Argumentation aus (Töppich und Lehmann 2009).

Wirkungen

Erhebungen zur Wirkungsweise auf der Interventionsebene wurden bisher nicht durchgeführt.

Ausblick

Anhand eines Reviews über Wirkfaktoren der HIV-Prävention wurde QIP auch für dieses Feld adaptiert. Sowohl die Fragen im Dokumentationsbogen als auch die Kriterien im Begutachtungsbogen wurden entsprechend angepasst. Die neue Version QIP-HIV wird aktuell international validiert und erprobt, so dass das Verfahren auch anderen europäischen Ländern zur Verfügung gestellt werden kann.

2012 werden zudem die bisherigen Einsatzerfahrungen mit QIP ausgewertet, und es wird geprüft, welche Einsatzformen zukünftig gezielt ausgebaut werden können.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 230.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Töppich, J., Lehmann, H. (2009): QIP – Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 223–238. Bern: Hans Huber.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o. J.): QIP – Qualität in der Prävention. Download unter [http://www.uke.de/extern/qip/unterseiten/service-zusatz/download-zusatz/Prospekt% 203.pdf](http://www.uke.de/extern/qip/unterseiten/service-zusatz/download-zusatz/Prospekt%203.pdf). Zugriff am 08.08.2011.

Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention (QuiG®)

Kurzfassung

In den Jahren 1999 bis 2003 wurden im Auftrag der BZgA von der Projektgruppe Qualitätsförderung der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen²⁶ Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention (QuiG®) initiiert und erprobt. Im Rahmen des Verfahrens werden fallbezogene Themen in einem Kreis von Praktikerinnen und Praktikern der Gesundheitsförderung problemlöseorientiert diskutiert.

Dabei wird das berufliche Alltagshandeln anhand konkreter Beispiele im Austausch mit anderen reflektiert und hinsichtlich der Qualität bewertet; falls nötig, werden konkrete Problemlösestrategien entwickelt.

Insgesamt beteiligen sich jeweils ungefähr zehn bis 15 Personen an den regelmäßig stattfindenden Gruppentreffen. Speziell geschulte Moderatorinnen und Moderatoren unterstützen die Gruppen, indem sie die Diskussionen strukturieren und zielführend steuern. Im Zirkelprozess erfolgt im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung eine Orientierung an den insgesamt acht Schritten des »Qualitätszirkelkreislaufes« (siehe Abschnitt »Prozessablauf und Prozessbeteiligte«) (Bahrs 2009).

Zielsetzung der Qualitätszirkel ist es, Alltagsroutinen des beruflichen Handelns zu verbessern.

Hintergrund

Qualitätszirkel wurden in den 1960er-Jahren im industriellen Bereich entwickelt; sie dienen sowohl der Partizipation als auch der Effektivitätssteigerung. Dadurch, dass sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die unmittelbar am Produktionsprozess beteiligt sind, untereinander austauschen, sollen Probleme identifiziert und gelöst werden (Bahrs, Heim, Jung und Weiß 2006).

Diese in erster Linie problemlöseorientierte Zirkelform wird im Gesundheitsbereich insbesondere im stationären medizinischen Bereich angewendet. Qualitätszirkel werden hier oftmals im Rahmen von Zertifizierungen oder »Total Quality Management« (TQM) eingesetzt (Bahrs 2009, BZgA 2005a).

Eine Adaption auf den ambulanten medizinischen Bereich erfolgte in den 1990er-Jahren. Im Rahmen von zwei – durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und das Bundesministerium für Gesundheit geförderten – Modellprojekten wurde an der Medizinischen Hochschule Hannover und der Universität Göttingen ein Konzept zur Umsetzung ärztlicher Qualitätszirkel erarbeitet. Dabei wurden zum einen

Erfahrungen aus bereits durchgeführten ersten hausärztlichen Qualitätszirkeln berücksichtigt. Zum anderen nahmen sowohl Elemente aus der sogenannten Balintgruppenarbeit als auch aus den Peer Review Groups (siehe Abschnitt »Theoretische/wissenschaftliche Grundlage«) einen wesentlichen Einfluss auf die Konzeptionierung (Bahrs, Gerlach, Szecsenyi und Andreas 2001, Bahrs 2010, BZgA 2005a).

Bereits 1993 wurden »Ärztliche Qualitätszirkel« in der Qualitätssicherungsrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verankert. Bahrs und Kollegen (1994) erstellten zudem einen Leitfaden »Ärztliche Qualitätszirkel«, der mittlerweile in 4. Auflage erschienen ist (Bahrs 2009, Bahrs et al. 2001, BZgA 2005a, BZgA 2005b). Auf dieser Basis konnten Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung als Verfahren der Qualitätssicherung verbreitet und etabliert werden, sodass es mittlerweile mehr als 8000 aktive Qualitätszirkel gibt (KBV 2011).

Mit einem zwischen 1999 und 2003 durch die BZgA geförderten Modellprojekt sollte an den positiven Erfahrungen der »Ärztlichen Qualitätszirkel« angeknüpft und eine Übertragung in verschiedene Felder der Gesundheitsförderung und Prävention mit Fokussierung auf die »Fallrekonstruktion« erprobt werden. Eine Besonderheit der Qualitätszirkelarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung stellt dabei die interdisziplinäre Zusammensetzung der am Zirkelprozess beteiligten Personen und damit die Chance der Kooperations- und Vernetzungsförderung dar (BZgA 2005a).

Die Projektgruppe Qualitätsförderung der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen nahm sich dieser Aufgabe an und initiierte in enger Zusammenarbeit mit speziell geschulten Moderatorinnen und Moderatoren zwölf Qualitätszirkel – unter anderem für die Bereiche kommunale Gesundheitsförderung, betriebliche Gesundheitsförderung, Ernährungsberatung, öffentlicher Gesundheitsdienst

und Erwachsenenbildung (Bahrs 2009). Zusätzlich wurde die Arbeit der Qualitätszirkel wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Für die praktische Umsetzung und Verbreitung des Ansatzes wurden zudem Materialien und Medien als Arbeitshilfen für Qualitätszirkel entwickelt, unter anderem ein Handbuch speziell für Moderatorinnen und Moderatoren (BZgA 2005a). Um die Qualitätszirkel in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention im Anschluss an das Modellprojekt nachhaltig zu verankern, hat sich die Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e. V. (GeMeKo) in Abstimmung mit der BZgA der Aufgabe einer Breitenimplementierung angenommen und übernimmt unter anderem die Durchführung von Schulungen für Moderatorinnen und Moderatoren (www.gemeko.de). Seit dem Modellprojekt konnten weitere Erfahrungen, wie zum Beispiel auch für settingbezogene gesundheitsfördernde Projekte gesammelt werden (Bahrs 2009, 2010). Ebenfalls wurden Qualitätszirkel in einem zusätzlich von der BZgA geförderten Modellprojekt »Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik« in den Jahren 2002 bis 2007 initiiert und wissenschaftlich begleitet (BZgA 2008).

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Im Erfahrungsaustausch mit anderen soll anhand konkreter Fälle vorhandenes, aber oftmals implizites Lösungswissen über berufliche Handlungsrouinen expliziert und systematisch reflektiert werden. Der Rückgriff auf das Expertenwissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer spielt in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle, um jeweilige Bedarfe, Bedürfnisse, Schwierigkeiten und Potenziale berücksichtigen zu können. Ziel ist es, umsetzbare Lösungsstrategien zu entwickeln, die das berufliche Handeln vor Ort weiterentwickeln bzw. dazu beitragen, dieses hinsichtlich der Qualität zu verbessern (Bahrs 2010).

Die Optimierung von Arbeitsprozessen bzw. die Prozessqualität stehen im Fokus der Zirkelarbeit (Bahrs 2009).

Aufbau, Elemente

Qualitätszirkel arbeiten nach dem Motto: »Jeder Einzelne weiß viel – doch gemeinsam wissen alle mehr« (Bahrs 2009, S. 205). Diesem Motto entsprechend wird das Erfahrungswissen der Beteiligten in den Fokus der Zirkelarbeit gerückt. Insgesamt beteiligen sich zehn bis 15 Personen einer oder mehrerer Institutionen an den regelmäßig stattfindenden Zirkeltreffen.

Das Verfahren stützt sich auf die Einbindung von Moderatorinnen und Moderatoren, die den Gruppenprozess entlang der einzelnen Schritte des Qualitätskreislaufs (siehe Abschnitt »Prozessablauf«) strukturieren (Bahrs 2009). In einem für Moderatorinnen und Moderatoren entwickelten Handbuch sind unter anderem theoretische Grundlagen, praktische Tipps und Kopiervorlagen für zum Beispiel Dokumentationsbogen, Kurzbeurteilungsbogen, Protokollbogen sowie ein Qualitätszirkelcheck enthalten. Diese Materialien unterstützen die strukturierte Vorgehensweise der Zirkelarbeit und ermöglichen eine kontinuierliche Beurteilung des Zirkelverlaufs. Der Qualitätszirkelcheck ist ein Instrument zur Selbstevaluation und berücksichtigt die Dimensionen Struktur, Gruppendynamik, Arbeitsweise und Evaluation (BZgA 2005a). Für die Qualifizierung von Moderatorinnen und Moderatoren²⁷ wurde zudem ein Schulungskonzept entwickelt, das einführende und vertiefende – die Zirkelarbeit begleitende – Seminare umfasst.

Grundsätzlich basieren Qualitätszirkel auf der Annahme, dass die Teilnehmenden in ihrem beruflichen

Alltag nach ihrem besten Wissen und Gewissen handeln. Im kontinuierlichen Verbesserungsprozess geht es mittels Selbstreflexion darum, das »gewünschte Handeln« dem »tatsächlichen Handeln« gegenüberzustellen. Qualitätsmerkmale werden in diesem Zusammenhang auf Basis selbst erarbeiteter Leitlinien erstellt; falls sinnvoll, können sie durch bewährte Kriterien (zum Beispiel Good-Practice-Kriterien, siehe S. 47, oder die Qualitätskriterien von quint-essenz, siehe S. 96) ergänzt werden (Bahrs et al. 2006). Es ist somit möglich, jeweils speziell auf den Fall ausgerichtete und den Rahmenbedingungen vor Ort entsprechende Qualitätsmerkmale zu entwickeln. In bisherigen Zirkelverfahren ist es beispielsweise gelungen, sowohl Leitlinien für die interne Verwendung als auch Empfehlungen für Dritte zu erarbeiten (Bahrs 2009). Die Formulierung von und die Orientierung an übergeordneten Kriterien stehen demnach im Qualitätszirkel nicht im Vordergrund, sondern sind dem zentralen Anliegen, Qualitätsentwicklung »von unten« zu fördern und jeweils Lösungen für Probleme vor Ort zu entwickeln, untergeordnet. Im Rahmen ihres kontinuierlichen Verbesserungsprozesses geht es den Teilnehmenden also weniger um die Einhaltung von Mindestkriterien als um die sukzessive und passgenaue Entwicklung von Maßstäben, deren Angemessenheit und Umsetzung sie im Zirkelprozess weiterhin überprüfen. In der Zusammenschau der Erfahrungen verschiedener Qualitätszirkel lassen sich darüber hinaus auch zirkelübergreifend konkrete Anregungen für die Praxis geben. So konnten zum Beispiel im Rahmen der Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik, Handlungsempfehlungen für einen Beratungsprozess formuliert werden (BZgA 2008).

²⁷ Die Rolle des Moderierenden beschränkt sich nicht auf die Strukturierung der Diskussion, sondern umfasst auch die Sorge für die Umsetzung der qualitätszirkelspezifischen Arbeitsweise selbst. Dementsprechend wird in neuerer Zeit der Begriff Coach verwendet.

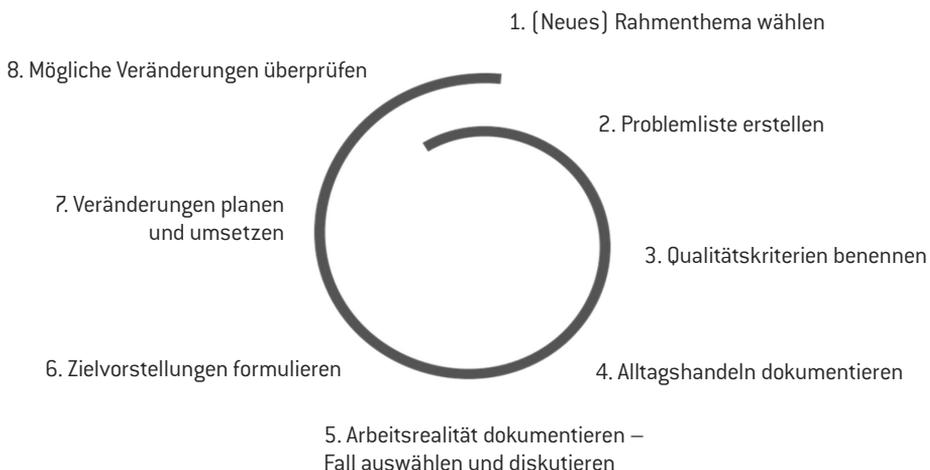
Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Um eine konstruktive und offene Arbeitsweise zu ermöglichen, werden alle am Zirkel teilnehmenden Personen als gleichrangig und als Expertinnen und Experten ihres alltäglichen Handelns angesehen. Darüber hinaus wird zunächst davon ausgegangen, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ihrem beruflichen Alltag bestmöglich handeln. Dies erleichtert es den Teilnehmenden, offen über das eigene Handeln zu berichten und es im Erfahrungsaustausch kritisch zu prüfen sowie weiterzuentwickeln bzw. zu optimieren (Bahrs 2009, 2010). Im Zirkelprozess selbst sind die folgenden Schritte als Orientierungsrahmen zu durchlaufen (siehe Abbildung 14).

In der Gruppendiskussion werden gemeinsam Probleme identifiziert. Nachdem Qualitätskriterien formuliert wurden, wird das Alltagshandeln dokumentiert – zum Beispiel mithilfe von Beobachtungsprotokollen oder Videodokumentationen. Auf dieser Basis erfolgt schließlich die kritische Auseinandersetzung mit dem alltäglichen Handeln, und es werden Ziele

für die praktische Arbeit formuliert. Die erarbeiteten Handlungsvorschläge zur Zielerreichung gilt es daraufhin in der Praxis umzusetzen; in einem letzten Schritt wird überprüft, inwieweit die erarbeiteten Strategien zu Verbesserungen in der Praxis führen. Die Reihenfolge der einzelnen Schritte ist als Orientierung zu verstehen, das Wiederholen oder Umstellen einzelner Schritte ist durchaus möglich (Bahrs 2009).

An den Zirkeltreffen beteiligen sich zwischen zehn und 15 Personen einer oder mehrerer Institutionen. Aufgrund der regelmäßigen Gruppentermine ist die Unterstützung vonseiten der Trägerinstitutionen erforderlich. Je nach Fragestellung bzw. Zielsetzung kann die Einbindung von Entscheidungsträgerinnen und -trägern in den Zirkelprozess sinnvoll sein. Dies kann beispielsweise zu einer beiderseitig verbesserten Einschätzung hinsichtlich Umsetzungs- bzw. Unterstützungsmöglichkeiten führen und gleichsam auf dem kurzen Dienstweg auch Entscheidungsprozesse abkürzen. Moderatorinnen und Moderatoren



sind für die strukturierte Arbeitsweise im Zirkelkreislauf verantwortlich. Parallel zu ihrer Arbeit werden sie je nach Bedarf von GeMeKo begleitet.

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Die Orientierung an den acht Schritten des Qualitätskreislaufs (siehe Abschnitt »Prozessablauf«) stellt die Grundlage der Arbeit im Qualitätszirkel dar. In diesem Kreislauf spiegelt sich, wie auch im PHAC (siehe Kapitel 02.1), ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess wider. Ergänzend hierzu wird das sogenannte Optimierungsparadigma als Leitphilosophie verstanden. Die Idee des Optimierungsparadigmas ist, dass eine zu Beginn aufgebaute Vertrauensbasis den Verbesserungsprozess positiv beeinflussen kann. Diese wird unter anderem dadurch hergestellt, dass den Teilnehmenden zunächst bestmögliches Handeln im beruflichen Alltag unterstellt wird. Der Blick wird somit nicht direkt auf mögliche Problem- und Schwachstellen gerichtet, sondern die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben die Chance, sich über Erfahrungen aus dem beruflichen Alltag auszutauschen und voneinander zu lernen. Auf diese Weise kann vorhandenes Wissen genutzt und im Sinne der Optimierung weiterentwickelt werden.

In Bezug auf Erfahrungsnutzung und Wissensentwicklung haben sich Derboven, Dick und Wehner (2003) mit Theorien und Konzepten zum Wissensmanagement auseinandergesetzt. Sie stellen unter anderem heraus, dass organisiertes Handeln nur möglich ist, wenn auch implizites Wissen kommuniziert und für eine aufeinander abgestimmte Vorgehensweise nutzbar gemacht wird. Dabei trägt die Explikation von Wissen nicht zuletzt dazu bei, auch täglich neu entstehendes Wissen zu berücksichtigen und Innovationen zu fördern.

Hinsichtlich der Konzeption von QuiG® nahmen verschiedene bereits bestehende Zirkelansätze eine Vorbildrolle ein. Die für den Bereich der Gesundheits-

förderung entwickelten Qualitätszirkel können dabei sowohl als eine Mischform schon vorhandener Qualitätszirkel als auch als eine Weiterentwicklung dieser verstanden werden. Einen besonderen Einfluss nahmen die bereits genannten Balintgruppen, die in den 1950er-Jahren von Michael Balint mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten entwickelt wurden. Balintgruppen machen die Interaktionsgestaltung von Professionellen gezielt zum Thema und werden heute in vielen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens angeboten. Darüber hinaus finden sich Elemente der Peer-Review-Groups, die insbesondere in den Niederlanden und Belgien zum Einsatz kommen. Sie unterstützen Medizinerinnen und Mediziner, die sich in ähnlichen Situationen befinden (»peers«), durch Erfahrungsaustausch bzw. gegenseitige Begutachtung (»review«) darin, Handlungsleitlinien für die ärztliche Praxis zu entwickeln (Bahrs 2010, Bahrs et al. 2001).

Ein weiterer Ansatz, der im Rahmen von QuiG® eine Rolle spielt, ist die bereits in den 1950er-Jahren von Leon Festinger entwickelte Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger, Möntrmann und Irle 1978). Hiernach entstehen durch erlebte Diskrepanzen zwischen gewünschtem und tatsächlichem Handeln ein Gefühl von Unbehagen sowie der Wunsch, die bestehenden Diskrepanzen zu minimieren. Im Rahmen des Zirkelprozesses werden dementsprechend die Ansprüche an das eigene Handeln dem tatsächlichen Handeln gegenübergestellt, um mögliche Diskrepanzen herauszuarbeiten und diese gemeinsam durch eine Verhaltensoptimierung zu verringern bzw. aufzulösen (Bahrs 2009).

QuiG® orientiert sich an modernen Konzepten teilnehmerorientierten Lernens (Boy und Witte 2007). Dabei werden die jeweiligen kognitiven, emotionalen und handlungspraktischen Kompetenzen der Teilnehmenden in Rechnung gestellt und zu den Möglichkeiten und Anforderungen in Beziehung gesetzt, die durch die kontextuellen Gegebenheiten einerseits

und den Bedarf und die Bedürfnisse der Zielgruppen der Gesundheitsförderungsmaßnahmen andererseits gegeben sind. Wesentlich ist, dass Sinnfälligkeit und Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahme mit Bezug auf die konkreten Handlungsbedingungen nachvollziehbar gemacht werden können [»promising intervention«; Rosenbrock 2006], unabhängig davon, inwieweit hierfür bereits Studienbelege vorliegen.

Zudem kann mit QuiG® modellhaftes Lernen unterstützt werden, indem Gruppenmitglieder durch Beobachten oder mithilfe von Positiv- und Negativbeispielen voneinander lernen (Bahrs 2009).

Schließlich orientieren sich QuiG® am Ansatz der Salutogenese und unterstützen die Teilnehmenden durch den erfahrungsbezogenen und problemlöseorientierten Austausch, die Arbeit als sinnvoll, verstehbar und handhabbar zu begreifen (Bahrs und Andres [in Druck], BZgA 2005a).

Die Berücksichtigung wissenschaftlicher Gütekriterien ist grundsätzlich für die Arbeit im QuiG® vorgesehen, so wird im Zusammenhang mit der Definition von Qualitätsindikatoren auf diese verwiesen (BZgA 2005a, S. 52). Für die Bewertung konkreten Handelns stellen sie jedoch kein letztes Kriterium dar, hierfür bedarf es jeweils einer Prüfung der jeweiligen Angemessenheit für die Situation vor Ort (Anmerkung im Interview mit Ottomar Bahrs).

Einsatzmöglichkeiten

Qualitätszirkel können insbesondere zur Optimierung von Arbeitsprozessen herangezogen (Bahrs et al. 2006) und übergreifend in den Feldern der Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt werden.

In Bezug auf die Teilnehmenden können QuiG® sowohl von einzelnen als auch von mehreren Institutionen – und dies ist überwiegend der Fall – im Rahmen von Netzwerkstrukturen eingesetzt werden.

Zielgruppe(n)

Grundsätzlich richten sich QuiG® an Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch Trägerinstitutionen und Forschende können die Zirkelarbeit nutzen. Dabei ist die Zusammensetzung der Zirkel – nicht zuletzt aufgrund der gleichberechtigten Arbeitsweise – in verschiedenen Formen möglich: Zirkel können sowohl institutionsintern als auch übergreifend eingesetzt werden, es sind sowohl berufshomogene als auch interdisziplinäre Zusammensetzungen möglich, und die Zirkel können unabhängig von Hierarchiestufen entwickelt werden (BZgA 2005a).

Geldgeber oder die Politik können punktuell zu Zirkeltreffen geladen werden und auf diese Weise realistische Einblicke in die Rahmenbedingungen vor Ort erhalten. Umgekehrt können sie Potenziale und Grenzen ihrer Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen und somit zur Entwicklung umsetzbarer Lösungsstrategien beitragen. Des Weiteren könnten für sie die im Rahmen von Qualitätszirkeln entwickelten Handlungsempfehlungen oder Leitlinien auch im Hinblick auf die Übertragung auf ähnliche Arbeitsfelder von Interesse sein.

Voraussetzungen für die Anwendung (zum Beispiel Kompetenzen, Vorwissen)

Für die systematische und zielorientierte Arbeit im Zirkel ist eine speziell geschulte Moderatorin bzw. ein speziell geschulter Moderator erforderlich. Für die Teilnehmenden selbst ist zunächst die Bereitschaft und Motivation für eine regelmäßige Teilnahme als zentrale Voraussetzung anzusehen. Zur Schaffung einer vertrauensvollen und konstruktiven Gruppenarbeit ist die Vertretung durch andere Personen im Rahmen der Zirkelarbeit nicht vorgesehen. Ebenfalls sind die Teilnehmenden gefordert, Einblicke in ihre alltäglichen Handlungsroutrinen zu geben, da eine Offenheit gegenüber anderen sowie ein kritischer Blick auf das eigene Handeln notwendig sind. Um die

einzelnen Schritte des Kreislaufs umsetzen zu können, sind zudem qualitätszirkelspezifische Anforderungen zu beachten. Dazu gehören unter anderem die Dokumentation, die aktive Teilnahme an Diskussionen und die Umsetzung der erarbeiteten Handlungsstrategien in die Praxis.

Vor diesem Hintergrund ist die Unterstützung vonseiten der Institutionen als eine wesentliche Voraussetzung für die Durchsetzung anzusehen. Diese sollten den Teilnehmenden sowohl die regelmäßige Teilnahme an den Zirkeln als auch Veränderungsprozesse im Rahmen der Projektarbeit ermöglichen [Bahrs et al. 2006].

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung (Kosten, Zeitaufwand)

Die Einarbeitungszeit selbst ist als gering einzustufen, die regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen ist jedoch mit einem höheren Zeitaufwand verbunden. Um Veränderungen zu planen und umzusetzen, ist ein Arbeitszyklus von ungefähr eineinhalb Jahren mit Terminen im Abstand von vier bis sechs Wochen vorgesehen. Die einzelnen Treffen dauern zwischen zwei und drei Stunden. Darüber hinaus ergeben sich Aufgabenbereiche auch für den Arbeitsalltag, denn dieser muss in Ausschnitten dokumentiert und zum Beispiel in Form von Beobachtungsprotokollen in die Zirkelarbeit eingebracht werden. Im Durchschnitt ergeben sich für einen Arbeitszyklus ungefähr 35 bis 40 Stunden. Im Anschluss an einen Arbeitszyklus gilt es zudem, die geplanten Veränderungen auf den Arbeitsalltag zu übertragen.

In Bezug auf den finanziellen Aufwand sind Honorarkosten für die Einbindung von Moderatorinnen und Moderatoren einzuplanen, diese belaufen sich je nach Aufwand auf circa 200 bis 300 Euro pro Sitzung. Auch für Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter besteht die Möglichkeit, sich als Moderatorin bzw. Moderator ausbilden zu lassen. Weiterführende Informationen zum Schulungsprogramm sowie zu

den damit einhergehenden Kosten finden sich unter www.gemeko.de.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

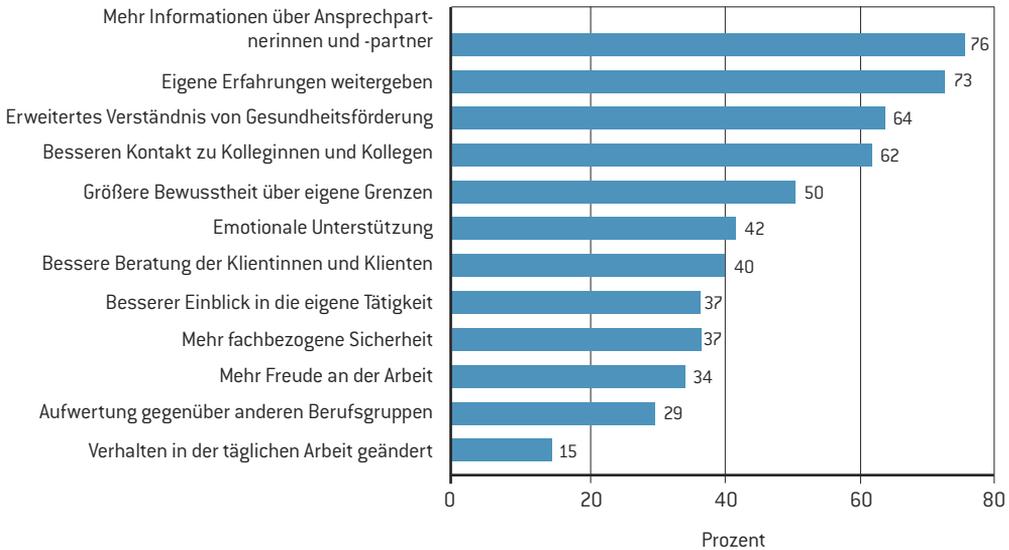
Nutzung

Die Teilnehmenden von QuiG® sind zumeist Praktikerinnen und Praktiker aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention (zum Beispiel Ernährungsberatung, Selbsthilfeförderung, Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Jugendlichen), wobei der überwiegende Anteil der Zirkel im Rahmen von Netzwerkstrukturen eingesetzt wird. Insgesamt wurden bisher ungefähr 50 und in den vergangenen zwölf Monaten ungefähr zehn QuiG® durchgeführt. Schulungen für Moderatorinnen und Moderatoren wurden im Jahr 2010 zweimal angeboten, an diesen beteiligten sich jeweils 15 bis 20 Personen.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Um QuiG® hinsichtlich des Nutzens zu überprüfen, wurden die durchgeführten Modellprojekte jeweils wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Verschiedene Erhebungsmethoden wie zum Beispiel Eingangs- und Abschlussbefragungen, teilnehmende Beobachtung oder der Qualitätszirkelcheck wurden hierfür eingesetzt. In die Erhebung wurden sowohl Teilnehmende als auch die Moderatorinnen und Moderatoren eingebunden.

In Bezug auf die zwölf initiierten Qualitätszirkel im Rahmen der Modellphase zeigten sich insgesamt sehr positive Ergebnisse. Themen, die in diesen Zirkeln bearbeitet wurden, bezogen sich zum Beispiel auf die Entwicklung von Handlungsleitlinien, auf die Überprüfung und Weiterentwicklung der täglichen Arbeit, auf eine verbesserte Versorgung, auf die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit oder auf die Verbesserung von Kooperationen: »Bestehende Kooperationen wurden in einem Organigramm dargestellt, genauso wie Anknüpfungspunkte für weitere Zusam-



>> Abb. 15: Effekte der Qualitätszirkelarbeit aus der Sicht von Zirkelteilnehmenden (n = 64) [Projekt Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung, Abschlussbefragung], Zustimmung in Prozent [BZgA 2005a, S. 243]

menarbeit. Bei den Teilnehmenden bestand Konsens, dass die konstruktive Zusammenarbeit durch die neu erworbene Kenntnis der verschiedenen Arbeitsgebiete nun leichter möglich ist« (Rückmeldung vonseiten der Moderation; BZgA 2005a, S. 286).

Im Rahmen der Abschlussbefragung zeigte sich, dass 95% der Teilnehmenden QuiG® für ein geeignetes Verfahren zur Qualitätssicherung halten. Die Arbeit am konkreten Fall und damit das Erarbeiten praxisnaher Handlungsoptionen sind dabei hervorzuheben. Diese wurde von 83% der Befragten als wesentlich für die Arbeit im Qualitätszirkel angegeben (BZgA 2005b): »Austausch zwischen Kolleginnen und Kollegen ist sehr wichtig, um die eigene Arbeit zu überprüfen und selbstkritischer zu werden. Die eigene Beratung allein zu überprüfen, ist sehr schwer, subjektives Empfinden muss nicht immer richtig sein! ... deshalb sind Fallbesprechungen unter

Kolleginnen und Kollegen wichtig« (Rückmeldung einer Zirkelteilnehmerin; BZgA 2005a, S. 236).

Der Austausch mit anderen führt zudem dazu, dass Zirkelteilnehmende neue Impulse für das eigene Handeln erhalten (BZgA 2005a). Als entscheidender Nachteil wurde der mit den regelmäßigen Treffen einhergehende Zeitaufwand angegeben (BZgA 2005c).

Die Auswertung der Qualitätszirkelchecks verdeutlichte darüber hinaus Verbesserungspotenzial in Bezug auf die Umsetzung einzelner Schritte des Qualitätszirkelkreislaufs. So zeigte sich, dass die gemeinsame Zieldefinition wie auch die Überprüfung von Veränderungen verstärkt berücksichtigt werden sollten (BZgA 2005a).

Eine Moderatorin bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die zu kurze Projektphase, die insbesondere Einschränkungen in Bezug auf die Evalua-

tion mit sich bringt: »Aus Sicht der Teilnehmenden wurden die Ziele größtenteils erreicht. Aus Sicht der Moderatorinnen fehlt zur Zielerreichung ein ganz beträchtlicher Teil an Evaluation (der aber im Hinblick auf die recht kurze Projektphase nicht zu leisten war)« (Rückmeldung vonseiten der Moderation; BZgA 2005a, S. 296).

Abbildung 15 zeigt die wahrgenommenen Effekte der Teilnehmenden im Überblick. Deutlich stechen der Wissenszuwachs in verschiedenen Bereichen und der verbesserte Kontakt unter Mitarbeitenden hervor. Jedoch gaben nur 15% der befragten Zirkelteilnehmerinnen und -teilnehmer an, ihr Verhalten tatsächlich geändert zu haben (BZgA 2005a).

Diese Effekte spiegeln sich auch in den Ergebnissen des Modellprojekts »Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik« wider. Vor dem Hintergrund dieses Projekts fasst Bahrs (2009) den Nutzen der Zirkelarbeit wie folgt zusammen:

- Arbeitsorganisation: Verbesserte fach- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit, verbesserter Informationsfluss, eindeutiger Aufgabenabgrenzung.
- Kooperation und Interaktion: Förderung von Teamgeist, Aufwertung der Tätigkeit, (Weiter-)Entwicklung kommunikativer Kompetenzen.
- Individuelle Einstellungen und Verhaltensweisen: Größere Handlungssicherheit, (emotionale) Entlastung, mehr Freude am Beruf, Verhaltensänderung, »Schärfung« der eigenen Wahrnehmung, Abschwächung von Vorurteilen (Bahrs 2009).

Wirkungen

Inwieweit sich die Arbeit im Qualitätszirkel auf die gesundheitliche Situation der Zielgruppe selbst auswirkt, kann anhand der Evaluationsergebnisse nicht aufgezeigt werden. In diesem Zusammenhang weist die BZgA (2005a) darauf hin, dass hierfür zusätzlich begleitende sozialepidemiologische und gesundheitssoziologische Langzeitstudien erforderlich sind.

Ausblick

Eine Weiterentwicklung des Verfahrens selbst ist nicht geplant, wohl aber eine Evaluation der spezifischen Wirksamkeit zum Beispiel mittels Rekonstruktion von Lernprozessen in Qualitätszirkelverläufen. Weiterhin soll QuiG® in Weiterbildungsmaßnahmen von Gesundheitsberufen integriert werden. Erstmals soll dies im Rahmen von Yogalehrer-ausbildungen erprobt werden. Qualitätsentwicklung soll auf diese Weise direkt zu Beginn der Ausbildung thematisiert werden, um bereits Auszubildende für deren Notwendigkeit zu sensibilisieren. Des Weiteren sollen Veranstaltungen für Entscheidungsträgerinnen und -träger angeboten werden, um einen Einblick in die Zirkelarbeit zu ermöglichen bzw. um aufzuzeigen, welche Chancen QuiG® für die Praxis mit sich bringen.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 232.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Bahrs, O. (2009): Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätsentwicklung. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 201–221. Bern: Hans Huber.

Bahrs, O., Heim, S., Jung, B., Weiß, M. (2006): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention – Chancen einer teilnehmerorientierten und kontinuierlichen Qualitätsentwicklung. In: Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e. V. (GeMeKo) (Hrsg.). Göttingen. Internet: <http://www.gemeko.de/?flyer>. Zugriff am 13.10.2011.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2005a): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

quint-essenz

Kurzfassung

quint-essenz ist ein in der Schweiz entwickeltes Qualitätssystem, das Qualitätsentwicklung und Projektmanagement miteinander verknüpft. Dabei finden sich für alle Projektphasen ausführliche Informationen, Qualitätskriterien, Checklisten sowie weitere praxisnahe Arbeitshilfen (zum Beispiel Planungs-, Steuerungs- und Evaluationstabellen) zur qualitätsgestützten Planung, Umsetzung und Evaluation von Projekten in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. quint-essenz steht unter www.quint-essenz.ch kostenfrei zur Verfügung und kann sowohl kontinuierlich in Qualitätsentwicklungsprozesse integriert als auch punktuell für bestimmte Fragen von Anwenderinnen und Anwendern herangezogen werden. Neben einer deutschsprachigen Version wird das Qualitätssystem auch auf Englisch, Französisch und Italienisch präsentiert.

Ziel von quint-essenz ist es, Praktikerinnen und Praktiker, aber auch Institutionen kontinuierlich in der Planung, Umsetzung und Evaluation von Projekten zu unterstützen und durch die Verknüpfung von Qualitätsentwicklung und Projektmanagement eine kriteriengeleitete sowie systematische Vorgehensweise zu ermöglichen.

Hintergrund

Mitte der 1990er-Jahre steckten die Diskussionen zur Qualitätssicherung in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention noch in den Kinderschuhen. Es zeigte sich schnell, dass es spezielle Kriterien sowie Instrumente und Methoden braucht, um den Nutzen von Maßnahmen zu überprüfen. Die schon bestehenden Qualitätssysteme stammten überwiegend aus dem technischen Bereich und ließen sich nicht auf komplexe Interventionen aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention übertragen (Ackermann, Studer und Ruckstuhl 2009).

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich nahm dies zum Anlass, im Auftrag und in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Bundesamt für Gesundheit Grundlagen für die Planung und Umsetzung von Gesundheitsprojekten zu erstellen, die die Wirksamkeit von Projekten erhöhen. Ergebnis dieser ersten Auseinandersetzung war ein Leitfaden, der auf Basis des Public Health Action Cycle (siehe Kapitel 02.1) zur Reflexion von Interventionen genutzt werden kann (Ackermann, Studer und Ruckstuhl 2009, Ruckstuhl, Somaini und Twisselmann 1997). Doch mangelte es weiterhin an konkreten Instrumenten, die die Planung und Umsetzung von Interventionen systematisch unterstützten. In einem weiteren Projekt konnte schließlich in enger Zusammenarbeit zwischen Praxis und Wissenschaft ein spezifisches Qualitätssystem für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention erarbeitet und erprobt werden.

Im Jahr 2000 wurde die Internetseite www.quint-essenz.ch freigeschaltet; seit 2001 befindet sich das System in Trägerschaft von Gesundheitsförderung Schweiz. Hier wird quint-essenz kontinuierlich weiterentwickelt sowie aktualisiert (Ackermann, Studer und Ruckstuhl 2009). Im Jahr 2010 konnte die Webseite neu und unter anderem mithilfe von Usability-Tests anwendungsfreundlicher gestaltet werden. Darüber hinaus wurde die »Community Plattform« aufgebaut (siehe Abschnitt »Aufbau, Elemente«), und es konnten insgesamt 25 Thementexte vollständig überarbeitet werden. Zusätzlich wurde das Projektmanagement-Tool um weitere Funktionalitäten ergänzt.

In Deutschland konnte die Verbreitung von quint-essenz durch die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. mit dem Projekt »quint-essenz in Deutschland« vorangetrieben werden. Das Projekt wurde im Zeitraum von Juni 2008 bis Februar 2011 im Rahmen des Nationalen Aktionsplans »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und

mehr Bewegung« durch das BMG gefördert. In diesem Zeitraum wurden bundesweit zahlreiche Informationsveranstaltungen und Workshops angeboten. Darüber hinaus konnte die Internetseite www.quint-essenz-info.de aufgebaut werden, die unter anderem Anregungen für den Einstieg in das schweizerische Qualitätssystem, ergänzende Informationen, eine Übersetzung von Schweizer Begriffen sowie in Workshops eingesetzte Materialien enthält (Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. 2011). Zudem wurde Anfang 2011 eine Broschüre herausgegeben, die in die Grundtechniken des Projekt- und Qualitätsmanagements einführt (Eberhard 2011).

Die folgenden Ausführungen zum Qualitätssystem konzentrieren sich aufgrund der langjährigen Erfah-

rungstradition in erster Linie auf die schweizerische Internetseite. Ein zusätzlicher Blick wird auf das Projekt »quint-essenz in Deutschland« gelegt, wenn sich hieraus Besonderheiten oder Abweichungen für Deutschland ergeben.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Durch die Verknüpfung von Gesundheitsförderung, Qualitätsentwicklung und Projektmanagement soll mit quint-essenz eine kriteriengeleitete und systematische Projektarbeit gefördert werden. Das Qualitätssystem umfasst dabei alle Phasen der Projektarbeit und leistet Unterstützung für die Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.



Aufbau, Elemente

quint-essenz ist ein internetbasiertes Qualitätssystem und umfasst sowohl Informationen, Qualitätskriterien als auch konkrete Instrumente zur systematischen Planung, Umsetzung und Evaluation von Projekten. Zur besseren Orientierung wurde eine Einteilung in die sechs Bereiche »Gesundheitsförderung«, »Projektbegründung«, »Projektplanung«, »Projektorganisation«, »Projektsteuerung« und »Wirkungen« vorgenommen. Jedem Bereich sind entsprechende Materialien zugeordnet, sodass ein gezieltes Nachschlagen für den jeweils gewünschten Projektbereich möglich ist.

Als Kernstück von quint-essenz gilt eine Qualitätskriterienliste, die insgesamt 24 Kriterien umfasst. Die Kriterien sind den oben genannten sechs Bereichen zugeordnet und durch Indikatoren spezifiziert (siehe Abbildung 16 auf Seite 97).

Die zentrale Bedeutung dieser Liste spiegelt sich auch im Aufbau der Internetseite wider. Unter dem Menüpunkt »Qualitätssystem« orientieren sich die zur Verfügung gestellten Informationen (in quint-essenz werden diese als »Themen« benannt) sowie die Instrumente an der Kriterienliste und unterstützen die Umsetzung der Kriterien in die Praxis. An konkreten Instrumenten finden sich sowohl Checklisten als auch Vorlagen (zum Beispiel eine Planungstabelle, eine Projektskizze oder eine Evaluationstabelle), die als Word-Dokumente heruntergeladen und individuell bearbeitet werden können.

Ein Beispiel soll die Verzahnung des Qualitätssystems verdeutlichen:

- Unter »Qualitätskriterien« wird das Kriterium »Chancengleichheit« mithilfe von Indikatoren operationalisiert. Eine Selbstreflexion kann anhand einer vierstufigen Bewertungsskala vorgenommen werden.
- Querverweise zu unterschiedlichen »Themen« wie zum Beispiel Zielgruppen oder Migration ermöglichen einen direkten Zugriff zu den Informations-

texten, die vertiefend beschreiben, was sich hinter dem Kriterium »Chancengleichheit« bzw. hinter den Indikatoren verbirgt.

- Weiterführende Querverweise führen schließlich in den Bereich der »Instrumente«. Die »Checkliste Assessment« kann heruntergeladen werden und die Erfüllung des Kriteriums »Chancengleichheit« praktisch unterstützen.

Die enge Verwobenheit zwischen Qualitätskriterien, Informationen und Instrumenten ermöglicht ein gezieltes Zugreifen auf die für den gesuchten Themenbereich zur Verfügung gestellten Materialien. Zusätzlich finden sich im Bereich des »Qualitätssystems« weiterführende Literaturhinweise sowie Internetlinks.

Unter »Projekte« kann unter anderem auf die im Aufbau befindliche Projektdatenbank zugegriffen werden. Diese Datenbank umfasst Projekte aus der Schweiz, aus Frankreich sowie aus Deutschland, beispielsweise für die Bereiche Alkohol, Bewegung, Ernährung, Entspannung und psychische Gesundheit. Darüber hinaus ist der Zugang zum Projektmanagement-Tool an dieser Stelle möglich. Mit diesem Tool können Projekte von Beginn an systematisch geplant und von mehreren Personen gemeinsam verwaltet werden. Hierfür finden sich jeweils Vorlagen bzw. Profile, die wesentliche Aspekte der jeweiligen Projektphase aufzeigen und die Ausarbeitung von zum Beispiel Projektskizzen, Konzepten und Abschlussberichten anhand von Leitfragen unterstützen. Einmal eingegebene Daten gehen nicht verloren und stehen auch für weiterführende Projektbeschreibungen zur Verfügung.

Die 24 Qualitätskriterien von quint-essenz spiegeln sich auch im Projektmanagement-Tool systematisch wider. So orientiert sich der Aufbau der Profile an diesen Kriterien; zudem ist es möglich, eine onlinebasierte Projektbewertung anhand der Kriterienliste vorzunehmen. Ergänzend oder alternativ kön-

nen die EQUIHP-Kriterien²⁸ und Kriterien des Kinderschutzes Schweiz zur Selbstreflexion herangezogen werden (Ackermann, Studer und Ruckstuhl 2009).

Die »Community« als weiterer Bereich von quint-essenz ermöglicht einen themenspezifischen Austausch mit anderen Fachpersonen, Organisationen, Projekten oder Fachgruppen. Sowohl für die Nutzung des Tools als auch für die Anmeldung einer Mitgliedschaft in der Community ist eine vorherige kostenfreie Registrierung notwendig.

Insgesamt betrachtet bietet die Internetseite somit zahlreiche Möglichkeiten für eine systematische und strukturierte Arbeitsweise. Die einzelnen Instrumente enthalten jeweils ausführliche Anleitungen zur Anwendung, die den Einsatz in der Praxis erleichtern. Die Qualitätskriterien können übergreifend als Orientierungsrahmen für die Arbeit mit quint-essenz angesehen werden. Es wird allerdings darauf hingewiesen, dass die Erfüllung aller Kriterien in der Regel nicht möglich ist, sodass die angestrebten Qualitätsziele jeweils projektbezogen festgelegt werden sollten. Mindestkriterien für eine qualitativ gute Projektarbeit sind in diesem Zusammenhang nicht zugrunde gelegt. Auch werden keine projektspezifischen Empfehlungen zur Verbesserung gegeben. Die systematische Selbstreflexion ermöglicht es aber, Verbesserungspotenzial aufzudecken. Die konkreten Arbeitshilfen sowie praxistaugliche Tipps (zum Beispiel findet sich jeweils unter »Themen« die Rubrik: »Was Sie konkret tun können«) können dazu beitragen, entsprechende Verbesserungen vorzunehmen.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

quint-essenz kann je nach Bedarf umfassend oder punktuell in allen Phasen der Projektarbeit genutzt werden. Die Einteilung in die bereits genannten sechs

Bereiche ermöglicht einen individuellen Einstieg in das System. Ein einheitlicher Ablauf bzw. eine schrittweise Nutzung des Systems ist mit quint-essenz nicht vorgegeben. Nutzerinnen und Nutzer können selbst entscheiden, welche Elemente für ihre Arbeit hilfreich sind; sie können die zur Verfügung gestellten Informationen und Instrumente je nach Bedarf zur Qualitätsentwicklung und zum Projektmanagement heranziehen. »Jeder kann etwas finden. Quint-essenz eignet sich als Nachschlagewerk, Referenz, Toolbox, ganzheitliches Projektmanagement-Tool, Communityplattform oder als Basis für Institutionen« (Günter Ackermann, Gesundheitsförderung Schweiz).

Dabei können Checklisten zum Beispiel dazu beitragen, die eigene Arbeit (im Team) zu reflektieren. Instrumente können die Umsetzung konkreter Arbeitsschritte erleichtern sowie strukturieren, und Informationen zu den jeweiligen Arbeitsphasen sorgen für ein besseres Verständnis in Bezug auf die Bedeutung von Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention.

Für die umfassende Nutzung von quint-essenz, das heißt für die kontinuierliche Orientierung an den Qualitätskriterien in allen Phasen der Projektarbeit, bietet sich die Arbeit mit dem Projektmanagement-Tool an. Mithilfe des Tools können bereits die ersten Projektideen, in einem weiteren Schritt das ausführliche Konzept und schließlich auch der Abschlussbericht online verwaltet sowie entlang der Kriterien beurteilt werden. Hierfür können jeweils Profile ausgewählt und den jeweiligen Beschreibungen zugrunde gelegt werden. Es ist zudem möglich, die Profile an die Rahmenbedingungen vor Ort anzupassen, es können zum Beispiel unpassende Aspekte gestrichen und benutzerdefinierte Elemente ergänzt wer-

28 Die Kriterienliste zu EQUIHP (European Quality Instrument for Health Promotion) ist einzusehen unter http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_15_a10_en.pdf. Zugriff am 09.11.2011.

den. Zusätzlich können auf Basis der eingegebenen Daten zum Beispiel Zeitdiagramme oder Planungstabellen erstellt werden. Für die Nutzung des Tools im Team kann ein Zugriff mehrerer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingerichtet und es können individuelle Lese- und Bearbeitungsrechte vergeben werden.

Geldgeber haben darüber hinaus die Möglichkeit, eigene Antragsformulare als Profil bzw. als Vorlage für Beschreibungen zu hinterlegen. Diese orientieren sich grundsätzlich an den Kriterien von quint-essenz, können jedoch ebenfalls individuell angepasst werden. Eine Freischaltung der erstellten Vorlage erfolgt dann durch Gesundheitsförderung Schweiz. Nutzerinnen und Nutzer, die zum Beispiel bereits das Konzept in das Tool eingearbeitet haben, können die vorhandenen Daten per Mausklick in das Antragsformular übertragen, dieses gegebenenfalls um weitere Aspekte ergänzen und den Antrag via Internet an die Geldgeber weiterleiten. Ist die Hinterlegung des Antragsformulars im Tool selbst nicht erwünscht, kann alternativ eine Verknüpfung zwischen dem eigenen Projektbewilligungsverfahren und der Internetseite von quint-essenz hergestellt werden. Projektbezogene Entscheidungen zur Förderung können auf einer solchen Grundlage fundiert begründet werden (Ackermann, Studer und Ruckstuhl 2009, Studer und Ackermann 2009).

Je nachdem, wie umfassend quint-essenz genutzt wird, unterscheidet sich die Anzahl der am Prozess beteiligten Personen. Ist lediglich das Hinzuziehen einzelner Instrumente oder Informationen im Sinne eines einmaligen »Nachschlagens« vorgesehen, kann dies unabhängig von anderen Personen vorgenommen werden. Ist demgegenüber die Integration von quint-essenz in die Qualitätskultur der Trägerinstitution vorgesehen, ergibt sich ein umfassenderes Bild der beteiligten Personen. Dabei können zum Beispiel Projektmitarbeitende, Institutionsverantwortliche, aber auch Geldgeber mithilfe des Tools in den Qualitätsentwicklungsprozess integriert werden

und diesen – je nach Vergabe von Zugangsrechten – aktiv mitgestalten (Ackermann, Studer und Ruckstuhl 2009).

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Wie bereits dargestellt, geht die Entwicklung des Systems auf den Public Health Action Cycle zurück (Ackermann, Studer und Ruckstuhl 2009). quint-essenz orientiert sich dementsprechend an einem kontinuierlichen Reflexions- und Verbesserungsprozess, der mit auf Qualitätskriterien basierenden Anpassungen im Projektverlauf einhergeht.

In Bezug auf Qualitätsmanagementsysteme knüpft quint-essenz an die Prinzipien des Total Quality Management (TQM) an. Dieser umfassende Ansatz fokussiert nicht allein auf die Organisation, sondern rückt die Kundenzufriedenheit ins Zentrum und geht davon aus, dass ein gemeinsames Qualitätsverständnis von allen Mitarbeitenden mitgetragen werden muss. Qualität ist demnach ein umfassendes Systemziel, das mit allen Mitarbeitenden einer Organisation erreicht werden soll (Ackermann und Studer 2006, LIGA.NRW 2010c).

Diesem Ansatz entsprechend liegt auch die Qualitätsentwicklung mit quint-essenz in der Verantwortung aller Beteiligten. Die Etablierung einer Qualitätskultur auf allen Ebenen der Gesundheitsförderung und Prävention ist dabei als längerfristige Vision von quint-essenz anzustreben.

Für die Umsetzung bedeutet dies, dass sich alle Projektverantwortlichen gemeinsam auf den Weg zur »Best Practice« machen (Ackermann, Studer und Ruckstuhl 2009).

Gesundheitsförderung Schweiz hat einen »Best Practice«-Rahmen für die Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt (Broesskamp-Stone 2009, Broesskamp-Stone und Ackermann 2007), der auch für quint-essenz leitend ist. Best Practice sieht gemäß diesem Handlungsrahmen in allen Projektpha-

sen die systematische Berücksichtigung der drei Dimensionen Werte, Wissen und Kontext vor, was konkret bedeutet, »die Werte und Prinzipien von Gesundheitsförderung und Public Health systematisch zu berücksichtigen, auf das aktuelle Wissen und Experten-/Erfahrungswissen aufzubauen, die relevanten Kontextfaktoren zu beachten, und die beabsichtigten positiven Wirkungen erreicht zu haben« (Broesskamp-Stone und Ackermann 2007, S. 4). Um zu überprüfen, inwieweit diese Dimensionen in der Projektarbeit berücksichtigt werden, hat Gesundheitsförderung Schweiz sieben Best-Practice-Kriterien²⁹ erarbeitet, die sich im Wesentlichen auch in den Qualitätskriterien von quint-essenz widerspiegeln.

Doch nicht allein der Ansatz von quint-essenz basiert auf theoretischen Grundlagen, sondern auch die zur Verfügung gestellten Materialien (Informationen, Kriterien, Instrumente u. a.) sind Ergebnis wissenschaftlicher sowie praktischer Erkenntnisse. Die 24 Qualitätskriterien als Herzstück von quint-essenz wurden zum Beispiel von Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis gemeinsam erarbeitet und mit europäischen Standards abgeglichen (Ackermann und Studer 2006), das Ergebnismodell wurde auf der Grundlage des Outcome-Modells von Don Nutbeam weiterentwickelt (Cloetta, Spörri-Fahrni, Spencer, Broesskamp, Ruckstuhl und Ackermann 2004); das Ungleichheitsdiagramm basiert auf einem von Stamm und Lamprecht (2009) entwickelten »Grundlegendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit«.

In Bezug auf wissenschaftliche Gütekriterien liegen für das Qualitätssystem bisher keine Ergebnisse vor.

Einsatzmöglichkeiten

quint-essenz wurde speziell für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt, ist aber nicht auf einzelne Settings oder Gesundheitsförderungsbereiche ausgerichtet. Die zur Verfügung gestellten Materialien können dementsprechend übergreifend genutzt und an die jeweils geplanten Vorhaben angepasst werden.

Zielgruppe(n)

Ganz im Sinne des Erreichens einer gemeinsamen Qualitätskultur kann quint-essenz auf allen Ebenen der Projektarbeit genutzt werden. So kann das Qualitätssystem sowohl von Projektleiterinnen und -leitern als auch von Mitarbeitenden zur Planung, Umsetzung und Evaluation Anwendung finden.

In der letzten Zeit treten vermehrt auch Institutionsverantwortliche als Zielgruppe von quint-essenz in den Vordergrund, sodass zusätzlich für Trägerinstitutionen eine Checkliste entwickelt wurde. Aber auch Auftrag- sowie Geldgeber sind als Zielgruppe angesprochen und können quint-essenz nutzen, um projektbezogene Entscheidungen zu begründen. Auch in diesem Zusammenhang wurde ein neues Bewertungsraster speziell für Finanzgeber erarbeitet (LIGA.NRW 2010d).

Das Onlinetool ist ebenfalls auf die Nutzung unterschiedlicher Zielgruppen ausgerichtet. Dies wird insbesondere auch dadurch ermöglicht, dass Zugangs- und Bearbeitungsrechte individuell eingerichtet werden können. Ackermann, Studer und Ruckstuhl (2009) benennen einerseits Projektleiterinnen und -leiter, die das Tool nutzen können, um das Projekt von Beginn an zu verwalten. Projektverantwortliche in Trägerinstitutionen haben andererseits die Mög-

29 Die sieben Best-Practice-Kriterien sowie die jeweiligen Indikatoren können unter www.quint-essenz.ch in der Rubrik »Qualitätssystem« unter »Literaturhinweise« heruntergeladen werden. Broesskamp-Stone und Ackermann (2007): Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention. Konzept und Leitlinien für Entscheidungsfindung und fachliches Handeln. Bern/Lausanne.

lichkeit, vorzugeben, welche Aspekte oder Kriterien im Rahmen der Projektarbeit besonders beachtet werden sollen. Geldgeber können ihre Antragsformulare in das Onlinetool einarbeiten, sodass diese mit bereits vorhandenen Daten ausgefüllt werden können (Ackermann, Studer und Ruckstuhl 2009).

Darüber hinaus hat Gesundheitsförderung Schweiz Schulungsangebote zu quint-essenz auch in Weiterbildungsstudiengängen verankert. Somit sind Studierende im Bereich Public Health/Gesundheitsförderung/Prävention eine weitere Zielgruppe von quint-essenz. Fachpersonen sollen, noch bevor sie in der Praxis tätig werden, die grundlegenden Kompetenzen im Bereich des gesundheitsförderungsspezifischen Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung erwerben.

Voraussetzungen für die Anwendung (zum Beispiel Kompetenzen, Vorwissen)

Die eingestellten Materialien sind ausführlich beschrieben und werden oftmals anhand von Beispielen erläutert, sodass eine Schritt-für-Schritt-Einarbeitung auch ohne weitere Vorkenntnisse durchaus möglich ist.

Für die Arbeit mit quint-essenz braucht es jedoch grundsätzlich die Bereitschaft, sich auf die Vielfalt der Informationen und auf eine systematische und strukturierte Arbeitsweise einzulassen.

Eine umfassende Auseinandersetzung mit der Internetseite oder gar mit dem Projektmanagement-Tool sowie die kontinuierliche Arbeit mit dem System setzt die Akzeptanz einer qualitätsgesicherten Vorgehensweise im Team voraus und bedarf gegebenenfalls Schulungen zur Einführung. In Bezug auf eine systematische Nutzung wird die Teilnahme an einer Schulung bzw. die Beratung sogar beinahe als Voraussetzung angesehen (So-Barazetti 2006). Insbesondere für das Projektmanagement-Tool können Schulungen für eine sichere und aufeinander abgestimmte Arbeitsweise hilfreich sein. Es empfiehlt

sich ebenfalls, die jeweiligen Zugangs- und Bearbeitungsrechte bereits im Vorfeld der Nutzung abzustimmen.

Trägerinstitutionen, die die speziell entwickelte Checkliste heranziehen, können sich zunächst einen Überblick darüber verschaffen, was es bedeutet, Qualitätsfragen systematisch zu bearbeiten. Für die Berücksichtigung der einzelnen Punkte ist ein umfassender thematischer Einstieg in das Qualitätsmanagement sowie eine entsprechende Einbindung aller Mitarbeitenden erforderlich. Veränderungsprozesse, die einer gemeinsam gelebten Qualitätskultur dienen, können sich dabei über mehrere Jahre erstrecken, sodass es insbesondere einer institutionellen Verankerung bzw. einer Vereinbarung zur gemeinsamen Vorgehensweise bedarf.

Geldgeber können die speziell für sie erstellte Checkliste für einen Einstieg in Qualitätsfragen der Gesundheitsförderung und Prävention nutzen, ohne dass hierfür besondere Vorkenntnisse erforderlich sind. Die Nutzung des Projektmanagement-Tools für das Einstellen eigener Antragsformulare bzw. die Nutzung von quint-essenz im Rahmen des eigenen Bewilligungsverfahrens erfordert demgegenüber eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem Qualitätssystem und gegebenenfalls eine Anpassung der eigenen Förderkriterien.

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung (Kosten, Zeitaufwand)

Je nachdem, wie umfassend die Arbeit mit dem Qualitätssystem ausfällt, sind mehr oder weniger zeitliche Ressourcen einzuplanen. Eine punktuelle Nutzung, wie zum Beispiel das Heranziehen von Checklisten oder das Nachschlagen bestimmter inhaltlicher Fragen, erfordert einen vergleichsweise geringen zeitlichen Aufwand. Die kontinuierliche und umfassende Nutzung sowie die Arbeit mit dem Projektmanagement-Tool sind hingegen mit einem hohen Zeitaufwand verbunden. Projektleiterinnen und

-leiter, die quint-essenz nutzen, wiesen in einer Befragung darauf hin, dass die Arbeit mit quint-essenz insbesondere zu Beginn einen zusätzlichen Aufwand darstellt (Studer und Ackermann 2009).

In Bezug auf die Kosten sind zunächst personelle Ressourcen für die Arbeit mit quint-essenz einzuplanen. Die Anwendung des Systems und die Nutzung der Instrumente sind kostenfrei, für die Nutzung des Tools ist lediglich eine vorherige – aber ebenfalls kostenfreie – Registrierung erforderlich. Auch können Einführungs- und Vertiefungsveranstaltungen, die von Radix – Schweizer Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und Prävention – im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz in der Schweiz angeboten werden, besucht werden. Zudem gibt es ein Beratungsangebot, das maximal einen halben Tag lang ebenfalls kostenfrei in Anspruch genommen werden kann (www.quint-essenz.ch). In Deutschland konnten in 2009/2010 kostenfreie Schulungen sowie Beratungen im Rahmen des Projekts »quint-essenz in Deutschland« durchgeführt werden (nähere Informationen, auch zu möglicherweise weiteren Schulungsangeboten unter www.quint-essenz.info.de).

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Laut Angaben der Internetseite gibt es zurzeit 5309 registrierte Nutzerinnen und Nutzer, unter diesen sind 3810 Schweizer und 839 Deutsche (Stand: Oktober 2012). Die anderen Anteile fallen auf Österreich, Frankreich und Italien sowie weitere Länder. Im Projektmanagement-Tool sind 2006 Projekte eingetragen, wobei ungefähr ein Viertel dieser Projekte aus Deutschland stammt. Die Projektdatenbank umfasst bisher 41 öffentlich zugängliche Projekte (davon fünf

aus Deutschland), und auch die Community erfreut sich einer wachsenden Anzahl an Mitgliedern – so haben sich bereits 142 Fachpersonen (davon 13 aus Deutschland) eingetragen (Stand: 31.05.2011).

Insgesamt wird davon ausgegangen, dass die Internetseite sowie das Projektmanagement-Tool überwiegend von Projektmitarbeitenden, Projektleitungen und Studierenden genutzt wird. Die Nutzung von quint-essenz im Rahmen eines onlinebasierten Bewilligungsverfahrens erfolgt bisher von Gesundheitsförderung Schweiz und Suisse Balance³⁰.

Ein Evaluationsbericht aus dem Jahr 2006 gibt darüber hinaus Einblicke in das Nutzerverhalten von Fachpersonen aus der Schweiz. Die Ergebnisse des Berichts basieren auf einer Befragung, die mithilfe von standardisierten Fragebogen (n = 198) und persönlichen sowie telefonischen Interviews (n = 35) durchgeführt wurde. Dabei zeigte sich, dass ein überdurchschnittlich hoher Anteil (60%) quint-essenz punktuell zur Unterstützung heranzieht. 30% nutzen quint-essenz zum Zeitpunkt der Befragung häufig. Nur wenige Personen gaben an, quint-essenz als ganzheitliches Tool anzuwenden (So-Barazetti 2006).

In Bezug auf Schulungen wurden in der Schweiz im Jahr 2010 zwei ganz- und vier halbtägige öffentlich zugängliche Schulungen auf Deutsch und Französisch angeboten. In Deutschland konnten im Rahmen des Projekts »quint-essenz in Deutschland« insgesamt 46 Veranstaltungen (Workshops, Einführungsvorträge u. Ä.) durchgeführt werden.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Dem Evaluationsbericht aus dem Jahr 2006 können ebenfalls Angaben zum Nutzen von quint-essenz entnommen werden. So gaben punktuelle Nutzerinnen und Nutzer an, quint-essenz vor allem

³⁰ Suisse Balance ist in der Schweiz die nationale »Projektförderstelle Ernährung und Bewegung« des Bundesamts für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz.

als Wissenstool und zur Unterstützung für die Projektplanung zu nutzen. Ein Zitat einer befragten Fachperson, die zu den häufigen Nutzenden zählt, gibt die Nutzungsmöglichkeiten und Erfahrungen wie folgt wieder: »quint-essenz ist eine wichtige >Datenquelle«, wenn ich am Anfang eines Projekts stehe. Es hilft mir, nichts zu vergessen. Ich surfe dann jeweils herum und schnappe das eine oder andere auf. Mein Gebrauch von quint-essenz beschränkt sich konkret vor allem auf die Verwendung des Strukturplans, der Steuerungs- und der Evaluationstabelle. Bei verschiedenen Etappen im Projekt suche ich mir Tipps, zum Beispiel zu den Inhalten der Meilensteinsitzung. Fazit: quint-essenz ist ein wichtiger >Begleiter« bei meiner Projektplanung, -durchführung und -evaluation« [Rückmeldung einer Fachperson, So-Barazetti 2006, S. 23].

Deutlich wurde auch, dass insbesondere Schulungen und Beratungen zu quint-essenz hilfreich für die tatsächliche und nachhaltige Anwendung sind. Gelegentliche Nutzerinnen und Nutzer gaben an, Schwierigkeiten in der Anwendung aufgrund der unübersichtlich gestalteten Webseite zu haben [So-Barazetti 2006]. An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass die Webseite seit der Befragung grundlegend überarbeitet und anwendungsfreundlicher gestaltet wurde. Eine weitere Herausforderung, die sich zu Beginn der Nutzung stellt, ist die Frage nach einem geeigneten Einstieg bzw. die Frage: »Was ist zum jetzigen Zeitpunkt relevant?«.

In Bezug auf die Antragstellung wiesen einige der Befragten darauf hin, dass die mithilfe von quint-essenz gestellten Anträge sich sowohl durch eine entsprechende Qualität als auch durch verbesserte Chancen auf eine Unterstützung auszeichnen [So-Barazetti 2006].

Gleichzeitig fördert die Arbeit mit dem System die Professionalität sowie eine gemeinsame Sprache im Projektteam und erhöht die Stabilität und Sicherheit [So-Barazetti 2006, Studer und Ackermann

2009]. Zudem trägt quint-essenz dazu bei, dass das Projekt verbessert (nach außen) kommuniziert werden kann [So-Barazetti 2006].

Wirkungen

In Bezug auf Wirkungen auf der Interventions-ebene liegen bisher keine Erhebungen vor.

Ausblick

In den nächsten zwei bis drei Jahren sind keine größeren Neuentwicklungen geplant, der Schwerpunkt der Arbeit wird in der Förderung der Verbreitung und Verankerung der Angebote (Qualitätssystem, Projektmanagement-Tool, Communityplattform) liegen. Daneben wird das Qualitätssystem laufend inhaltlich weiterentwickelt, und das Projektmanagement-Tool und die Communityplattform werden technisch optimiert, um die Benutzerfreundlichkeit weiter zu steigern. In Bezug auf die Verbreitung wird der institutionelle Ansatz noch stärker in den Fokus gerückt, um die systematische Vorgehensweise mit quint-essenz vermehrt auch in Institutionen zu integrieren. Bei der inhaltlichen Weiterentwicklung steht eine Aktualisierung der Qualitätskriterien an, und in Bezug auf die Nutzung der Communityplattform sollen die Nutzerzahlen innerhalb eines Jahres mindestens verdoppelt werden.

Das in Deutschland zur Verbreitung von quint-essenz durchgeführte Projekt »quint-essenz in Deutschland« ist abgeschlossen. Die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. bietet jedoch auf Anfrage weiterhin Fortbildungen an.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 234.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Ackermann, G., Studer, H. [2006]: Besser mit Methode. Qualitätsentwicklung mit www.quint-essenz.ch. Focus 26, Magazin der Stiftung Gesundheitsför-

derung Schweiz, S. 18–21. Download unter http://www.quint-essenz.ch/de/files/Focus26_QualK.pdf. Zugriff am 08.08.2011.

Ackermann, G., Studer, H., Ruckstuhl, B. (2009): quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 137–156. Bern: Hans Huber.

Gesundheitsförderung Schweiz (2011): quint-essenz. Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. Internet: <http://www.quint-essenz.ch>. Zugriff am 08.08.2011.

Studer, H., Ackermann, G. (2009): quint-essenz – Potenziale in Projekten erkennen und nutzen. In: SuchtMagazin, 2009-2, S. 26–30. Download unter http://www.quint-essenz.ch/de/files/Studer_Ackermann_Suchtmagazin_2009.pdf. Zugriff am 08.08.2011.

Selbstevaluation

Kurzfassung

Mit dem Buch »Einführung in die Selbstevaluation« von Joachim König (2007) wird Akteurinnen und Akteuren in der Praxis ein Leitfaden zur Beschreibung und Bewertung der eigenen Arbeit zur Verfügung gestellt. Dieser Leitfaden wurde speziell für den Bereich der Sozialen Arbeit entwickelt, ist aber durchaus auf die Gesundheitsförderung und Prävention übertragbar. Neben einer theoretischen Hinführung umfasst der Leitfaden eine schrittweise Anleitung zur Selbstevaluation. Die Anleitung ist um zahlreiche praktische Tipps, Checklisten und Methoden zur Anwendung ergänzt und unterstützt die Planung und Durchführung einer Selbstevaluation.

Ziel des Leitfadens ist es, Praktikerinnen und Praktiker in der Planung und Umsetzung einer Selbstevaluation zu unterstützen.

Hintergrund

König (2007) stellt vor allem drei zentrale Aspekte, die im Rahmen der Sozialen Arbeit verstärkt diskutiert werden und im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung zu betrachten sind, als Anlass für die Entwicklung des Leitfadens zur Selbstevaluation heraus.

Erstens gerät der Bereich der Sozialen Arbeit – wie auch der der Gesundheitsförderung und Prävention – zunehmend unter Legitimationsdruck und steht der Aufgabe gegenüber, sich innerhalb der Gesellschaft und der Politik zu positionieren. Zweitens bezieht sich König (2007) auf eine bisher unzureichende Abgrenzung zu anderen, eng verwandten wissenschaftlichen Disziplinen. In der systematischen Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit sieht er die Chance, einen Beitrag zur Theoriebildung aus der Praxis heraus zu leisten. Und drittens stellt er die Frage nach einer neuen Professionalität, die ebenfalls durch einen systematischen Blick auf das eigene Handeln unterstützt werden kann. So geht er davon aus, dass Praktikerinnen und Praktiker im Zuge einer Selbstevaluation dazu befähigt werden, in strategischer, politischer und ökonomischer Hinsicht verbessert zu argumentieren (König 2007).

Um sich diesen Herausforderungen zu stellen, entwickelte König bereits 1997 einen Leitfaden zur Selbstevaluation. Eine Beratung und Begleitung hinsichtlich der Planung und Durchführung einer Selbstevaluation erfolgt seit 2002 durch das Institut für Praxisforschung und Evaluation der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg für Einrichtungen aus dem Sozial- und Bildungsbereich. Im Jahr 2007 erschien die 2. Auflage des Buchs; im Jahr 2009 wurde der Ansatz im Herausgeberband »Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention« von Petra Kolip und Veronika E. Müller für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention präsentiert. König (2009) veranschaulicht die Übertragbarkeit des Ansatzes auf die Gesundheitsförderung und Prä-

vention anhand eines praktischen Beispiels (König 2009a).

In einer weiteren Publikation widmete sich König (2009)³¹ ergänzend der Frage nach aktiver Beteiligung bzw. Einbindung von Mitarbeitenden aus sozialen Einrichtungen und Bildungseinrichtungen in Prozesse der Selbstevaluation bzw. Qualitätsentwicklung. Er entwickelte hierfür unter anderem einen Leitfaden zur Partizipativen Qualitätsentwicklung sowie Handlungsempfehlungen für die Praxis.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Praktikerinnen und Praktiker sollen mithilfe des Leitfadens zur Selbstevaluation die Möglichkeit erhalten, das eigene Handeln und dessen Auswirkungen zu beschreiben sowie zu bewerten. Der Leitfaden zur Selbstevaluation soll dazu beitragen, die einzelnen Schritte zur Planung, Vorbereitung und Durchführung einer Evaluation zu unterstützen. Der Schwerpunkt der Selbstevaluation liegt in der Ergebnisqualität, wobei es insbesondere darum geht, längsschnittorientierte³² anstatt querschnittsorientierte Vorgehensweisen für die Bewertung zu wählen (König 2009a).

Aufbau, Elemente

Mit dem Buch »Einführung in die Selbstevaluation« erhalten Praktikerinnen und Praktiker eine schrittweise Einführung in die Methoden und Chancen der Selbstevaluation. Das Buch gliedert sich in insgesamt drei Abschnitte.

Im ersten Abschnitt führt der Leitfaden in theoretische Grundlagen zur Selbstevaluation ein. Es wird

auf die Chancen der Selbstevaluation für die Soziale Arbeit Bezug genommen und eine Einführung in Qualitätsfragen gegeben.

Im zweiten Teil des Buchs findet sich eine zehnschrittige Anleitung für die Anwendung der Selbstevaluation (siehe Abschnitt »Prozessablauf und -beteiligte«) unter Rückgriff auf theoretische Grundlagen. Für die praktische Umsetzung sind für jeden einzelnen Schritt Reflexionsfragen in Form einer Checkliste formuliert; jeweils ein Praxisbeispiel (aus der Sozialen Arbeit) veranschaulicht die Umsetzung in die Praxis.

Im letzten Teil des Buchs sind theoretische Grundlagen zu Befragungs- und Beobachtungsmethoden, konkrete Instrumente und Methoden für den Einsatz in der Praxis sowie weiterführende Literaturangaben enthalten. Die Instrumenten- und Methodensammlung stammt aus bereits abgeschlossenen Evaluationsvorhaben und berücksichtigt im Wesentlichen die folgenden drei Methoden mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen:

- Dokumentationsmethoden unterstützen die Beschreibung des eigenen Handelns.
- Befragungs- und Beobachtungsmethoden lassen Aussagen über die Auswirkungen des Handelns zu.
- Auswertungsmethoden sind für die Bewertung sowohl des eigenen Handelns als auch für dessen Auswirkungen nötig.

Zu den konkret vorgestellten Methoden gehören zum Beispiel Methoden zur Bewertung von Grupsituationen (Blitzlicht), zur Bilanzierung von Erwartungs- und Realitätsunterschieden, zur Visualisierung von Veränderungen im Praxis- und Evaluations-

31 König, J. (2009): Wie Organisationen durch Beteiligung und Selbstorganisation lernen. Einführung in die Partizipative Qualitätsentwicklung. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.

32 Längsschnittuntersuchung meint hier die Durchführung einer Erhebung zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit unterschiedlichen Stichproben.

verlauf oder zur Entwicklung von Qualitätskriterien. Zudem findet sich an dieser Stelle ein Schnelltest, mit dessen Hilfe Institutionen reflektieren können, ob die Durchführung einer Selbstevaluation für sie sinnvoll ist (König 2007).

Es sei an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen, dass die beschriebenen Methoden und Instrumente im Rahmen der Sozialen Arbeit entwickelt wurden. Dennoch können sie Anregungen für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention geben und bei Bedarf an die Fragestellungen vor Ort angepasst werden.

Das Buch enthält keine Qualitätsmerkmale und auch Mindestkriterien sind nicht vorgegeben. Da sich der Evaluationsprozess aus der Praxis heraus entwickeln soll, gilt es auch aus dieser heraus Qualitätsfragen und entsprechende Kriterien abzuleiten. Für eine erste Auseinandersetzung mit Kriterien umfasst der Leitfaden eine Liste, die vier Grundtypen von Bewertungskriterien voneinander abgrenzt (unterschieden werden: Inputkriterien, Durchführungskriterien, Outputkriterien und Transferkriterien) (König 2007). Zudem schlägt König (2007) mit dem fünften Schritt »Entwicklung von Bewertungskriterien« vor, sich an verschiedenen Quellen, wie zum Beispiel an Leitbildern, an fachlichen Standards oder an sozialen Normen, zu orientieren. Darüber hinaus weist er darauf hin, dass Kriterien auch aus den Vorstellungen im Team und damit selbst entwickelt werden können (König 2007). Denkbar für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention ist zudem das Hinzuziehen von vorhandenen Kriterienlisten (zum Beispiel quint-essenz, siehe S. 96, Good-Practice-Kriterien, siehe S. 47).

Konkrete Hinweise für Verbesserungspotenziale sind in dem Buch nicht enthalten. Unterstützend bzw. beratend könnte an dieser Stelle eine gegebenenfalls schon zuvor eingebundene externe Begleitung wirken.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Für die Planung und Durchführung der Selbstevaluation sind die folgenden zehn Arbeitsschritte, die sich an zehn W-Fragen orientieren, vorgesehen:

1. Schritt: Ziele der Evaluation definieren (Warum?)
 2. Schritt: Ressourcen und Bedingungen klären (Wann?)
 3. Schritt: Forschungsgegenstand und -fragen definieren (Was?)
 4. Schritt: Operationalisierung (Was?)
 5. Schritt: Bewertungskriterien festlegen (Woraufhin?)
 6. Schritt: Auswahl der Stichprobe (Wen?)
 7. Schritt: Methoden auswählen/entwickeln (Wie?)
 8. Schritt: Auswertungsmethode festlegen (Wie?)
 9. Schritt: Selbstevaluation bewerten (Wie gut?)
 10. Schritt: Verwertung der Ergebnisse diskutieren (Wozu?)
- (König 2007)

Für die Umsetzung gibt die schrittweise Anleitung einen umfassenden Überblick, indem jeder Schritt ausführlich und praxisnah erläutert wird. Zunächst geht es darum, sich darauf festzulegen, welche Ziele mit der Evaluation erreicht werden sollen, um daraufhin zu prüfen, ob dies im Rahmen der Institution umgesetzt werden kann. Im weiteren Verlauf wird dann der Untersuchungsgegenstand definiert sowie operationalisiert. Ebenfalls gilt es zu diskutieren, welche Kriterien für die Bewertung herangezogen werden sollen. Sind diese Schritte gegangen, sind bereits zentrale Voraussetzungen für die Evaluation geschaffen, denn es ist geklärt, was genau anhand

welcher Maßstäbe bewertet werden soll. Auf dieser Basis ist es möglich, die Stichprobe einzugrenzen und geeignete Erhebungs- und Auswertungsmethoden auszuwählen. Um die Gültigkeit der eigenen Ergebnisse verbessert einschätzen zu können, soll mit dem vorletzten Schritt die Evaluation selbst bewertet werden. Abschließend sollte dann überlegt werden, für welche Zwecke und in welchem Rahmen die Ergebnisse genutzt und veröffentlicht werden sollen.

König (2007) weist darauf hin, dass sich für die Praxis oftmals nicht der vorgegebene geradlinige Weg ergibt, sondern dass einzelne Schritte gegebenenfalls wiederholt oder auch durch weitere Schritte ergänzt werden müssen. Darüber hinaus kann der Leitfaden in Bezug auf einzelne Arbeitsschritte – im Sinne eines Nachschlagewerks – unterstützend wirken (König 2007).

In Bezug auf die am Prozess beteiligten Personen ist für die Selbstevaluation zumindest zu Beginn die gemeinsame Absprache auf Leitungsebene vorgesehen. So sieht der zweite Schritt die Klärung der finanziellen, materiellen und personellen Unterstützungsmöglichkeiten vor. Für die weitere Planung und Durchführung des Evaluationsvorhabens wird dann eine selbstbestimmte Vorgehensweise der Praktikerinnen und Praktiker vorgeschlagen, wobei die Einbindung einer externen Begleitung insbesondere im Zusammenhang mit der Auswertung empfohlen wird. Die Aufgabe der externen Begleitung sollte dabei nicht in der Durchführung des Evaluationsprozesses liegen, sondern darin, Praktikerinnen und Praktiker zur eigenständigen Handhabung zu befähigen (König 2007).

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

König (2007) legt in seinen Ausführungen zur Selbstevaluation sowohl die qualitative Forschung, die Systemtheorie als auch die Handlungsforschung

| Theoretische Grundlagen | Prinzipien |
|-----------------------------|--|
| Qualitative Sozialforschung | »Neues entdecken« »Phänomene verstehen« |
| Systemtheorie | »Zusammenhänge erkennen« |
| Handlungsforschung | »Betroffene beteiligen« »Verwertung mitbestimmen« |

>> Tab. 15: Theoretische Grundlagen zur Selbstevaluation (König 2007, S. 49)

zugrunde (König 2007). Tabelle 15 zeigt im Überblick, welche theoretischen Grundlagen sich in den Prinzipien der Selbstevaluation wiederfinden.

Dem Ansatz der qualitativen Forschung entsprechend zielt die Selbstevaluation darauf ab, offen ins Feld zu gehen und auf diese Weise neue Erkenntnisse über das Alltagshandeln zu gewinnen und bisher unvermutete Beziehungen aufzudecken. Dabei geht es nicht allein darum, die Forschungsgegenstände zu erklären, vielmehr gilt es, diese auch zu verstehen (Kleining 1982, König 2007, Mayring 2008).

König (2007) weist darüber hinaus auf »die systemtheoretischen Wurzeln der Selbstevaluation« hin. Sie kommen insbesondere dann zum Tragen, wenn komplexe Zusammenhänge systematisch und detailliert in den Blick genommen werden und sich in der Praxis die Frage stellt, welche Voraussetzungen es für Veränderungsprozesse braucht (König 2007).

Nicht zuletzt finden sich Parallelen zur Handlungsforschung, die insbesondere auf Lewin (1946) zurückgeht und – ebenso wie die Selbstevaluation – unter anderem die Nähe des Forschenden zum Untersuchungsgegenstand vorsieht. Ein weiteres zentrales Element der Handlungsforschung ist die aktive Beteiligung aller betroffenen Personen (König

2007). Da der Leitfaden selbst aber keine Methoden zur Einbindung verschiedener Personengruppen beinhaltet, ist es an dieser Stelle sinnvoll, ergänzend die Publikation von König zur Partizipation hinzuzuziehen (siehe Abschnitt »Hintergrund«).

Hinsichtlich der Kriterien wissenschaftlicher Güte wurden bisher keine eigenen Erhebungen durchgeführt. König (2009) stellt jedoch heraus, dass aufgrund der in der Anleitung empfohlenen differenzierten Operationalisierung von validen Ergebnissen ausgegangen werden kann. Darüber hinaus wird auch die Zuverlässigkeit hoch eingeschätzt, wenn Pretests und die Optimierung entwickelter Erhebungsmethoden in den Evaluationsprozess integriert sind (König 2009a). Der Leitfaden selbst sieht mit dem neunten Schritt die Überprüfung der Qualität der durchgeführten Evaluation vor. Eine Beurteilung bzw. Einschätzung ihrer Güte kann anhand einer fünf Kriterien umfassenden Checkliste überprüft werden.

In Bezug auf das Gütekriterium Objektivität befindet sich die Methode der Selbstevaluation laut König (2007) jedoch in einem Dilemma. So wird die Nähe zur Praxis zwar als entscheidender Vorteil für den Evaluationsprozess bewertet. Diese ermöglicht es, praxisnahe Qualitätsfragen in den Vordergrund zu stellen und umsetzbare Veränderungsprozesse zu erarbeiten. Doch gleichzeitig verhindert diese Nähe eine objektive Sicht auf den Untersuchungsgegenstand. König (2007) relativiert diesen Konflikt mithilfe der transparenten und nachvollziehbaren Vorgehensweise der Selbstevaluation. Zudem weist er darauf hin, dass Mitarbeitende für die Durchführung der Evaluation stundenweise freigestellt werden sollten, um einen distanzierten und reflektierten Blick auf die eigene Praxis werfen zu können (König 2007).

Einsatzmöglichkeiten

Der Leitfaden zur Selbstevaluation richtet sich an Beschäftigte im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit und wurde bisher schwerpunktmäßig dort einge-

setzt. Allerdings ist aufgrund zahlreicher Schnittstellen eine Übertragung auf den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention möglich.

Zielgruppe(n)

Der Leitfaden richtet sich in erster Linie an Fachkräfte (der Sozialen Arbeit), die sich vertiefend und bewertend mit ihrem eigenen Handeln auseinandersetzen möchten. Als weitere Zielgruppe nennt König (2007) Studierende, die schon im Rahmen der Vorbereitung auf die Praxis die Möglichkeit erhalten sollten, sich mit Verfahren zur Qualitätsentwicklung auseinanderzusetzen. In diesem Zusammenhang bezeichnet König (2007) den Leitfaden auch als »Lern- und Arbeitsgrundlage« (König 2007).

Voraussetzungen für die Anwendung (zum Beispiel Kompetenzen, Vorwissen)

Für die Planung und Durchführung einer Selbstevaluation ist zunächst das Engagement seitens der Mitarbeitenden, die das Vorhaben maßgeblich umsetzen, nötig. Dabei sollte sich eine Person für die Steuerung des Selbstevaluationsprozesses verantwortlich fühlen. Eine wesentliche Voraussetzung sind darüber hinaus grundlegende Kenntnisse über Methoden der empirischen Sozialforschung. Denn die Fachkräfte sind gefordert, Methoden für den Evaluationsprozess auszuwählen bzw. konkrete Erhebungsinstrumente zu entwickeln und diese einzusetzen (König 2009a). Zur Orientierung können hier unter anderem die im Leitfaden vorgestellten Methoden herangezogen werden.

Die verantwortlichen Mitarbeitenden sollten sich zudem über die Doppelrolle, die sie im Zuge der Selbstevaluation einnehmen, bewusst sein. Sie sind Forschende und Praktikerinnen bzw. Praktiker zugleich und sollten die mit diesen Rollen jeweils verbundenen Aufgabenbereiche voneinander abgrenzen können (König 2009a).

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung (Kosten, Zeitaufwand)

Der zweite Schritt der Anleitung »Ressourcen und Bedingungen klären« unterstützt Praktikerinnen und Praktiker sowie Projektleiterinnen und -leiter darin, eine Einschätzung des Aufwands vorzunehmen. Mit einer Checkliste können verschiedene Aspekte reflektiert werden, die im Rahmen einer Selbstevaluation berücksichtigt werden sollten.

Insgesamt weist König (2007) darauf hin, dass je nach Umfang der Evaluation bis zu 5% der laufenden Kosten des Gesamtvorhabens für die Evaluation eingeplant werden sollten. Dabei wird ohne genaue Angaben auf ein »angemessenes Budget« hingewiesen, mit dem anfallende Materialkosten (zum Beispiel Druck- und Versandkosten für Fragebogen oder Anschaffungskosten für Auswertungsprogramme wie SPSS oder Excel) abgedeckt werden sollen (König 2007).

Auch sollten die für die Evaluation verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Möglichkeit erhalten, sich im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen mit Methoden der empirischen Sozialforschung auseinanderzusetzen (König 2009a). Zusätzlich sollte das Vorhaben extern begleitet werden, um die Mitarbeitenden bei Fragen zur Planung, Durchführung und vor allem zur Auswertung zu unterstützen (König 2007).

Der Leitfaden enthält keine Angaben zum zeitlichen Aufwand, allerdings ist die »stundenweise Freistellung« von Mitarbeitenden, die für die Selbstevaluation zuständig sind, nötig (König 2007). Das Buch selbst ist im Handel für 17 Euro erhältlich.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Das Verfahren wurde bisher hauptsächlich von Fachkräften der Sozialen Arbeit eingesetzt. Im Jahr 2010 konnten ungefähr zehn bis 15 Einrichtungen im Sozial- und Bildungsbereich vom Institut für Praxis-

forschung und Evaluation in einem Selbstevaluationsprozess beraten bzw. begleitet werden. Zudem ist die Planung und Durchführung einer Selbstevaluation sowohl theoretisch als auch praktisch in den berufsbegleitenden Studiengängen der Evangelischen Hochschule Nürnberg verankert. Einführungskurse und vertiefende Workshops für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (zum Beispiel aus den Bereichen Suchthilfe, Altenhilfe, Kita, Jugendarbeit) werden ebenfalls je nach Anfrage durchgeführt, für 2010 konnten drei bis vier Kurse angeboten werden. Ein Angebot explizit für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention hat es bisher nicht gegeben.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Studienergebnisse, die den Nutzen für Anwenderinnen und Anwender des Leitfadens aufzeigen, liegen bisher nicht vor. König (2007) führt jedoch allgemein in Bezug auf Selbstevaluationsvorhaben die folgenden Aspekte als möglichen Nutzen an:

- *Erfolgskontrolle*: Die Selbstevaluation trägt dazu bei, dass Bewertungsgrundlagen für die eigene Arbeit geschaffen werden und zum Beispiel Erfolge anhand erreichter Ziele aufgezeigt werden können. Dies ist vor allem als Nachweis für Kostenträger von zunehmender Bedeutung.
- *Aufklärung*: Es können komplexe Wirkungszusammenhänge aufgezeigt werden, und das berufliche Handeln kann besser verstanden werden. Dies gilt auch in Bezug auf die Wirksamkeit von Interventionen.
- *Qualifizierung*: Im Zuge der Selbstevaluation kann das berufliche Handeln reflektiert und bewertet werden. Verbesserungspotenziale werden sichtbar, und die eigene Arbeit kann optimiert werden.
- *Innovation*: Selbstevaluation kann sowohl in Bezug auf Strukturen als auch auf Prozesse innovativ wirken.
- *Legitimierung*: Die zuvor genannten Aspekte – Erfolgskontrolle, Aufklärung, Qualifizierung und

Innovation – tragen gemeinsam zur Legitimierung der Arbeit bei. Ein Nachweis an Qualität führt in diesem Zusammenhang zu mehr Transparenz und kann die Kommunikation und Darstellung nach außen fördern (König 2007).

Wirkungen

Studien, die die Wirkung von Selbstevaluation auch auf Interventionsebene überprüfen, wurden bisher nicht durchgeführt.

Ausblick

Die Beratung und Begleitung von Selbstevaluationsprozessen ist weiterhin durch das Institut für Praxisforschung und Evaluation für Einrichtungen im Sozial- und Bildungsbereich vorgesehen.

Darüber hinaus haben Studierende auch zukünftig im Rahmen der verschiedenen Studiengänge die Möglichkeit, sich mit der Selbstevaluation theoretisch und praktisch auseinanderzusetzen. In den berufsbegleitenden Studiengängen erfolgt zusätzlich eine direkte Umsetzung des Gelernten in Form von Evaluationsprojekten in der Praxis der einzelnen Studierenden.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 236.

Zur Einführung empfohlene Literatur

König, J. (2007): Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis Sozialer Arbeit. Freiburg: Lambertus.

König, J. (2009a): Selbstevaluation in der Gesundheitsförderung: Perspektiven und Methode. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 295–311. Bern: Hans Huber.

socialnet GmbH (2009): Selbstevaluation.de. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Internet: <http://www.selbstevaluation.de>. Zugriff am 08.08.2011.

04.1.2 Ergebnisse zu weiteren (generischen) Materialien

Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen

Entwickler: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)

Im Rahmen des Präventionskonzepts Nordrhein-Westfalen »Eine Investition in Lebensqualität«³³ konnten fünf Landesinitiativen angeschoben werden – eine davon mit dem Schwerpunkt »Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter«. In diesem Zusammenhang wurde eine Planungshilfe für die qualitätsgesicherte Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht entwickelt, die im Jahr 2010 durch das LIGA.NRW veröffentlicht wurde.

Die Planungshilfe richtet sich in erster Linie an Akteurinnen und Akteure, die sich im Feld der Prävention von Übergewicht im Rahmen der Landesinitiative engagieren wollen. Dabei bilden die hier formulierten Kriterien die Voraussetzung, um »als Beitrag zur Zielsetzung der Landesinitiative« anerkannt zu werden. Darüber hinaus ist die Berücksichtigung der Kriterien im Hinblick auf eine mögliche Förderung nötig (LIGA.NRW 2010d). Die Planungshilfe kann je-

33 Nähere Informationen hierzu siehe unter <http://www.praeventionskonzept.nrw.de>.

doch auch über die Landesinitiative hinaus Anregungen und Hinweise zur Verbesserung von geplanten Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht geben.

Ziel der Planungshilfe ist es, Maßnahmen, die der Prävention von Übergewicht dienen, zu optimieren. Sie umfasst zunächst eine theoretische Hinführung, präsentiert Good-Practice-Modelle und stellt Qualitätskriterien in Form einer Checkliste zur Verfügung. Die Checkliste beinhaltet die Bereiche: Planungsqualität, Konzeptqualität, Strukturqualität in Beziehung zu den Zielen/Zielgruppen, Dokumentation und Nachhaltigkeit. Im Anhang finden sich zudem weiterführende Informationen zu den Kriterien sowie Tipps zur praktischen Umsetzung und Hinweise auf Datenbanken sowie wichtige Adressen. Die in der Planungshilfe entwickelten Kriterien orientieren sich unter anderem an quint-essenz (siehe S. 96), EQUIHP und QIP (siehe S. 82) [LIGA.NRW 2010d].

Die Planungshilfe kann kostenfrei heruntergeladen werden unter http://www.liga.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/landesin_praev/uebergew_kind (Zugriff am 27.09.2011) oder beim LIGA.NRW bestellt werden.

>> 04.2 Setting Kommune/Stadtteil

Dort, wo Menschen wohnen und ihren Alltag leben – in Stadtteilen oder Quartieren, Gemeinden und Dörfern –, wird Gesundheit hergestellt, aber auch gefährdet. Vor Ort werden Krankheiten im sogenannten Laiengesundheitssystem bewältigt; hier ist die Einwohnerschaft zumindest potenziell auch für Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung erreichbar (Faltermajer 2005). Aus diesem Grund

hat sich die »community-based health promotion« in den Bereichen der öffentlichen Gesundheit (Public Health) (Trojan und Süß 2011a) und der gesundheitsorientierten Gemeinwesenarbeit (Community Intervention) (Trojan und Süß 2011b) als eigenständiges Praxis- und Forschungsfeld etabliert, dessen Bedeutung auch in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) hervorgehoben wird. Dort wird sie unter der Überschrift »Strengthen community action« als Leitprinzip der Gesundheitsförderung benannt, das durch Prioritätensetzung, Entscheidungsfindung und die Planung sowie Implementation von effektiven Interventionen unter größtmöglicher Selbstbestimmung der Einwohnerschaft zu konkretisieren ist (WHO 1986, S. 3).

Einen Rahmen für solche partizipativen Prozesse bietet das PRECEDE/PROCEED-Modell (Green und Kreuter 2005), anhand dessen eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Problemdefinition, Strategieformulierung, Umsetzung und Evaluation (siehe PHAC in Kapitel 02.1) erfolgen kann. Im ersten Teil des Planungsmodells werden nacheinander mehrere Diagnoseschritte durchlaufen (»precede«), um eine Prioritätensetzung vornehmen und lokale Gesundheitsziele definieren zu können. Dabei ist P-R-E-C-E-D-E ein Akronym für das Diagnoseverfahren mit der englischen Bezeichnung »Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation«. Nachdem die Planung durch einen Abgleich des ermittelten Bedarfs mit vorliegenden politischen, finanziellen, organisatorischen und verwaltungsbezogenen Voraussetzungen abgeschlossen ist, ist in dem Modell ein Fortfahren (»proceed«) mit der Programmdurchführung und einer mehrschrittigen Evaluation vorgesehen, in der die Prozessqualität sowie die kurz- und langfristige Ergebnisqualität zu erheben sind (Seibt 2011). Die Benennung des zweiten Teils des Modells mit P-R-O-C-E-E-D fast die Beschreibung »Policy, Regu-

latory, and *Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*« zusammen.

Neben der theoretischen Fundierung anhand des PRECEDE/PROCEED-Modells, in dem bereits seit seiner Veröffentlichung im Jahr 1980 wesentliche Aspekte der Qualitätsdimensionen »Planung/Assessment«, »Struktur«, »Prozess« und »Ergebnis« berücksichtigt sind, kann die »community-based health promotion« heute auch auf der Grundlage von Wirkungsnachweisen erfolgen. So ist eine evidenzbasierte Strategiewahl etwa durch den US-amerikanischen Community Guide möglich, der von den Centers of Disease Control and Prevention (CDC) herausgegeben wird und über www.thecommunityguide.org erreicht werden kann. Die CDC stellen dort systematische Übersichtsarbeiten zur Effektivität, Effizienz und Durchführbarkeit von Interventionen in 19 Themenbereichen zur Verfügung und sprechen auf deren Basis Handlungsempfehlungen aus.

In Deutschland steht ein solcher Service zurzeit noch nicht zur Verfügung. Evidenzbasierte Interventionen müssen hier entweder auf Studien aus dem deutschsprachigen Raum zurückgreifen oder den sozialen und kulturellen Kontext sorgfältig reflektieren (siehe auch die »Kontextdimensionen« des Best-Practice-Modells der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz [Broesskamp-Stone 2009]). Abgesehen von diesem Aspekt der Planungsqualität stehen jedoch seit einigen Jahren umfangreiche Tools, praktische Anleitungen und Programme zur Verfügung, mit denen die Qualität der »community-based health promotion« in Deutschland gesteuert, gesichert und entwickelt werden kann. Eine einheitliche Übersetzung des englischen Begriffs hat sich dabei noch nicht durchgesetzt, sodass sich die weiter unten aufgeführten Instrumente und Verfahren auf unterschiedliche Begriffe wie »gemeindenaher Gesundheitsförderung« und »kommunale Gesundheitsförderung« oder die Settingbezeichnungen »Quartier«, »Stadtteil« und »Milieu« beziehen.

Grund für diese Uneindeutigkeit ist die vielfach bemerkte Schwierigkeit (Faltermaier 2005, Trojan und Süß 2011a), die Bedeutungen der »Community« als örtliche Einheit (Gebietskörperschaft: Kommune) und gleichzeitig als Gemeinschaftserleben eines sozialen Systems (etwa in einer Kirchen-»Gemeinde« und/oder innerhalb der »Schwulen-Community« [Trojan und Süß 2011a]) prägnant zu benennen. Auch aus diesem Umstand heraus hat sich in der deutschsprachigen Gesundheitsförderungsdebatte der Settingbegriff etabliert (Trojan und Süß 2011a), der sich in diesem Kapitel auf alle oben angeführten Umschreibungen bezieht und einheitlich als »Setting Kommune/Stadtteil« verwendet wird. Es kann anhand der Stichworte Organisationsgrad (1), Intersektoralität (2), Kooperation (3) sowie Zielbereich (4) charakterisiert und von weiteren Settings abgegrenzt werden:

1. Stadtteil und Kommune sind räumliche, jedoch keine organisatorischen Einheiten. Als übergreifende Systeme sind sie im Vergleich zu anderen Settings nur unklar umgrenzt und können Teilsettings wie Kindertagesstätten und Senioreneinrichtungen einschließen (Böhme und Stender 2011, Faltermaier 2005, Reimann, Böhme und Bär 2010). Da sich insbesondere in Stadtteilen auch statistische Beobachtungseinheiten unterscheiden und überlagern können, ist die kleinräumige Gesundheitsberichterstattung (GBE) als Grundlage der Prävention und Gesundheitsförderung (Planungsqualität) eine Herausforderung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) (Reimann, Böhme und Bär 2010, Faltermaier 2005). Trojan und Süß (2011a) verdeutlichen aber mit dem Beispiel der GBE in der »Lenzsiedlung«, einem Quartier in Hamburg-Eimsbüttel, dass diese Herausforderung in Kooperation von Gesundheitsämtern und wissenschaftlichen Einrichtungen bewältigt werden kann.
2. Prävention und Gesundheitsförderung ist eine Querschnittsaufgabe kommunaler Ämter (Gesund-

heit, Sport, Soziales, Umwelt, Stadtentwicklung) (Böhme und Stender 2011, Reimann, Böhme und Bär 2010). Die Intersektoralität im Setting Kommune/Stadtteil wird darin deutlich, dass Gesundheitsförderung hier auch zum Gegenstand der Gemeinwesenarbeit geworden ist, die ansonsten als Arbeitsbereich der Sozialen Arbeit angesehen wird, zum Teil aber in gemeinsamen Settings wie Obdachlosenquartieren, Drogenmilieus und benachteiligten Stadtteilen – in der Sozialen Arbeit häufig auch als Sozialräume bezeichnet – agiert (Trojan und Süß 2011b). Neben der Schnittmenge zur sozialraumorientierten Arbeit, die auch innerhalb des Bund-Länder-Programms »Soziale Stadt« erkennbar wird (Altgeld und Kolip 2007, Böhme und Stender 2011, Trojan und Süß 2011a, 2011b), bestehen unter anderem auch Bezüge zur kommunalen Umwelt- und Nachhaltigkeitspolitik, für die die »Lokale Agenda 21« als Beispiel angeführt wird (Trojan und Süß 2011a, 2011b).

3. Angebots- und Kooperationsstrukturen sind im Vergleich zu anderen Settings komplex und intransparent. Neben den unterschiedlichen Ressorts der kommunalen Verwaltung agieren auch lokale Akteurinnen und Akteure aus der Wirtschaft und dem zivilgesellschaftlichen Bereich im Setting Stadtteil/Kommune (Böhme und Stender 2011, Faltermaier 2005, Reimann, Böhme und Bär 2010). Die Steuerung und Koordination dieser lokalen Akteurinnen und Akteure wird als Aufgabe der kommunalen Verwaltung verstanden (Böhme und Stender 2011). So sind regionale Arbeitsgemeinschaften oder auch kommunale Gesundheitskonferenzen, wie sie im Rahmen des WHO-Programms Healthy Cities (WHO 2011) oder im deutschen Gesunde-Städte-Netzwerk (2011) etabliert werden, zum Kennzeichen der Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil geworden (Böhme und Stender 2011, Faltermaier 2005, Trojan und Süß 2011a).

4. Auf definierte Zielgruppen oder Gesundheitsförderungsbereiche ist das Setting Kommune/Stadtteil nicht festgelegt (Böhme und Stender 2011, Faltermaier 2005). Besondere Potenziale werden der Gesundheitsförderung in diesem Setting aber bei sozial bzw. gesundheitlich benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Altgeld und Kolip 2007, Reimann, Böhme und Bär 2010, Trojan und Süß 2011b) sowie älteren Menschen (Altgeld 2009) zugewiesen, die nicht (mehr) im Setting Betrieb und (noch) nicht im Setting der zumeist kurativ geprägten Senioreneinrichtungen erreicht werden können. Thematisch hat insbesondere die kommunale Suchtprävention eine Bedeutung für das Setting Kommune/Stadtteil. So werden in den Wettbewerben zu »Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention« Best-Practice-Ansätze für die Zielgruppe der Jugendlichen ausgezeichnet (BZgA 2009) und online (Difu 2011) vorgestellt.

04.2.1 Ergebnisse zu Instrumenten und Verfahren im Setting Kommune/Stadtteil

Zu den im Weiteren näher gekennzeichneten Instrumenten und Verfahren des Qualitätsmanagements, in denen die vier oben angeführten Eigenschaften des Settings Kommune/Stadtteil besonders reflektiert werden und die zudem anhand der angesetzten Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 03) für eine ausführliche Beschreibung und Analyse berücksichtigt werden konnten, zählen:

- die *Arbeitshilfe für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung* des Deutschen Instituts für Urbanistik (Difu), für das die Erfahrungen aus dem Bund-Länder-Programm Soziale Stadt ein Ausgangspunkt waren;
- *GUT DRAUF*, die Jugendaktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), in der vornehmlich Jugendeinrichtungen, in der Folge aber auch Kommunen zertifiziert werden können;

- *KEQ*, ein Instrument zur Messung der Kapazitätsentwicklung im Quartier des Instituts für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG), das im Rahmen der Gesundheitsförderung in der Lenzsiedlung entstand;
- die *Schritt-für-Schritt-Anleitungen für die gemeindenahe Gesundheitsförderung*, die im Rahmen einer Kooperation zwischen dem Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth und dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit entstanden sind.

Über diese vier im Folgenden beschriebenen Verfahren und Instrumente hinaus werden bzw. wurden noch weitere Ansätze des Qualitätsmanagements im Setting Kommune/Stadtteil entwickelt. Zwei Verfahren, die nicht für eine ausführliche Beschreibung eingeschlossen werden konnten, da ihre Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist bzw. ihr Einsatz im Jahr 2010 nicht nachvollzogen werden konnte, werden daher im Kapitel 04.2.2 nur kurz charakterisiert. Eine vollständige Auflistung der spezifischen Ansätze, in der auch die Instrumente und Verfahren enthalten sind, die in Ermangelung einer Übersetzung gänzlich von der Betrachtung ausgeschlossen werden mussten, kann in Anhang II eingesehen werden.

Arbeitshilfe für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung

Kurzfassung

Die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ist ein Verfahren, das insbesondere in sozial benachteiligten Quartieren eingesetzt werden kann, da es die Prinzipien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung mit den Prozessen und Strukturen der städtebaulich- und gemeinwesenorientierten Stadtteilentwicklung verknüpft. Hierzu hat das Deutsche

Institut für Urbanistik (Difu) die Erfahrungen aus dem Bund-Länder-Programm »Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt«, Kommunalbefragungen und Beispiele guter Praxis aus der Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil zum Ausgangspunkt für die Entwicklung einer Arbeitshilfe (Bär, Böhme und Reimann 2009) genommen. In ihr werden fünf sogenannte Qualitätselemente vorgestellt, die sich für die Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Vernetzung, Finanzierung sowie das Projektmanagement innerhalb der kinder- und jugendbezogenen Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil eignen. Durch Fallstudien in drei Quartieren wurde die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung bereits während der Entwicklung erprobt (Reimann, Böhme und Bär 2010). Ihre Inhalte haben außerdem Eingang in die Formulierung der Qualitätsstandards für die Primärprävention der GKV nach § 20 SGB V gefunden.

Hintergrund

Initiiert durch das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Stadtentwicklung (BMVBS) werden im Rahmen des Bund-Länder-Programms Soziale Stadt seit 1999 Instrumente der Städtebauförderung und gemeinwesenorientierten Quartiersentwicklung eingesetzt, um die Lebensbedingungen in benachteiligten Stadtteilen zu verbessern (Bundestransferstelle Soziale Stadt 2008). Die Gesundheitsförderung ist hier eines von über 20 Handlungsfeldern, die in den Quartieren der Sozialen Stadt nicht separat, sondern durch eine übergreifende Maßnahmenbündelung verfolgt werden.

Obwohl ihr eine Schlüsselfunktion innerhalb der integrierten Stadtteilentwicklung zugesprochen wird (Böhme 2007, Böhme und Schuleri-Hartje 2003), nimmt die Gesundheitsförderung gegenüber anderen Handlungsfeldern (zum Beispiel Umwelt, Verkehr oder Wohnumfeld), einen noch untergeordneten Stellenwert in der Programmumsetzung ein (Bundes-

transferstelle Soziale Stadt 2006, 2008). Eine wichtige Rolle wird der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialen Stadt jedoch seit 2005 durch die Bauministerkonferenz der Länder zugeschrieben. Gestärkt wird ihre Bedeutung außerdem durch das Engagement des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), das seit 2007 mit dem BMVBS kooperiert (Bundestransferstelle Soziale Stadt 2008). So wurde zwischen 2008 und 2009 auf Initiative beider Ministerien auch innerhalb des Kooperationsverbundes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« erörtert, wie Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt ausgebaut werden können (Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. 2008, o. J.).

Vor dem Hintergrund der größer werdenden Aufmerksamkeit für die Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt hat das Difu unter Beteiligung von Krankenversicherungsträgern und Kommunen die Erfahrungen mit gesundheitsfördernden und präventiven, aber auch sozialen Ansätzen aus den Quartieren der Sozialen Stadt zusammengetragen, durch Beispiele guter Praxis (unter anderem Good Practice in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten) ergänzt und darauf aufbauend die Arbeitshilfe »Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil« entwickelt.

Die in ihr präsentierten »Qualitätselemente sowie Gute-Praxis-Kriterien gesundheitsfördernder Stadtteilentwicklung« (Bär, Böhme und Reimann 2009, S. 10) wurden im Rahmen eines durch den Forschungsschwerpunkt »Präventionsforschung« des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) finanzierten Projekts in drei Quartieren der Sozialen Stadt entwickelt, erprobt und in der Folge weiterentwickelt (Reimann, Böhme und Bär 2010). Eine darüber hinaus gehende Betreuung und kontinuierliche Weiterentwicklung des Instruments ist hingegen nicht vorgesehen.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Die Arbeitshilfe für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung (Bär, Böhme und Reimann 2009) wurde mit dem Ziel konzipiert, das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung innerhalb der sozialräumlich orientierten, integrierten Stadtteilentwicklung fester zu etablieren, hierfür geeignete Instrumente (sogenannte Qualitätselemente) zur Verfügung zu stellen sowie mit Beispielen und Kriterien guter Praxis Orientierung in zentralen Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil zu bieten. Hierbei werden die Ebenen der Planungs-, Struktur- und Prozessqualität durch je unterschiedliche Teilinstrumente der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung berücksichtigt (siehe Abschnitt »Aufbau, Elemente«). Als Ansatz zur Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität wird das Ziel der partizipativen Evaluation verfolgt.

Aufbau, Elemente

Die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung ist ein System aus fünf sich ergänzenden Instrumenten, mit denen der Gesundheitsförderungsprozess innerhalb der Kommune bzw. des Stadtteils vorbereitet, geplant und gesteuert werden kann. Die fünf folgenden Qualitätselemente können jedoch auch einzeln verwendet werden und auf diese Weise unterschiedliche Qualitätsfelder in bereits etablierten Strukturen, Verfahren und Projekten stärken:

- *Partnerschaften für einen gesunden Stadtteil*: Als strukturelle Voraussetzung für die Umsetzung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung werden verschiedene Partnerschaftsformen zwischen kommunalen Behörden, Krankenversicherern, Institutionen im Stadtteil (Kindertagesstätten, Schulen, Wohnungsbauträger, Ärztinnen und Ärzte etc.), Initiativen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Bewohnerschaft im Quartier vorgeschlagen. Diese reichen von Werkstattgesprächen

- bis hin zu vertraglich fixierten Kooperationsvereinbarungen und können auch eine Aufgabenbeschreibung für das lokale Quartiersmanagement – ein organisatorisches Instrument aus dem Programm Soziale Stadt – enthalten.
- *Finanzierung:* Durch die Beschreibung unterschiedlicher Modelle und Förderquellen sowie Hinweisen zur Akquise berücksichtigt die Difu-Arbeitshilfe mit der Finanzierung einen zweiten Aspekt der Strukturqualität der Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil. Neben der Angabe von Möglichkeiten und Voraussetzungen der Förderung durch Kommunen, Krankenkassen sowie durch Modellprojekte und Programme wird unter anderem auch ein Finanzierungsmodell aus dem Bund-Länder-Programm Soziale Stadt adaptiert. Dort wurde mit sogenannten Verfügungsfonds die eigenständige Verwaltung von Projektmitteln der Stadtteilentwicklung durch Gremien des Quartiers erprobt, die als »Verfügungsfonds für Gesundheit« auch innerhalb der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung Anwendung finden können.
 - *Stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung:* Als Beitrag zur Planungsqualität der Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil enthält die Difu-Arbeitshilfe Angaben zum Aufbau, zur Methodik und zu zentralen Gesundheitsindikatoren, die in einem stadtteilbezogenen Gesundheitsbericht berücksichtigt werden sollten. Hierbei wird eine Vorgehensweise beschrieben, die der Erstellung eines integrierten Gesundheitsberichts entspricht, in dem bestehende Datenquellen aus unterschiedlichen städtischen Ressorts zusammengetragen werden (Mossakowski und Süß 2009). Die heranzuziehenden Indikatoren gliedern sich in sechs Bereiche, mit denen der Stadtteil zunächst charakterisiert und hinsichtlich der gesundheitlichen Lage beschrieben wird. In der Folge ist darüber hinaus aber auch eine Erfassung der vorhandenen Angebote und relevanten Akteurinnen und Akteure im Quartier vorgesehen, die im abschließenden Berichtsabschnitt zur Formulierung der Handlungsbedarfe und -ansätze genutzt werden sollen. Für die fünf bis zehn Einzelindikatoren eines Bereichs werden entsprechende Datenhalter (unter anderem Gesundheitsamt, Umweltamt, Agentur für Arbeit) angegeben bzw. wird die Notwendigkeit einer eigenen, zum Teil auch qualitativen Untersuchung deutlich gemacht.
 - *Integrierte Handlungs- und Entwicklungskonzepte:* Die Ziele einer gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung und die für ihre Erreichung notwendige Strategie werden in integrierten Handlungs- und Entwicklungskonzepten definiert bzw. geplant. Kennzeichen dieser Strategieformulierung ist die intersektorale Perspektive, die an die Integration unterschiedlicher städtischer Ressorts bei der stadtteilbezogenen Gesundheitsberichterstattung anknüpft. Während auch die Erstellung von Zeit-, Ablauf- und Kostenplänen fester Bestandteil der Konzipierung ist, können unterschiedliche Varianten der integrierten Handlungs- und Entwicklungskonzepte darin unterschieden werden, inwieweit die Strategien unterschiedlicher Politikbereiche gebündelt und miteinander abgestimmt werden können. Nutzerinnen und Nutzer dieses Instruments erhalten so eine Orientierung, wie die multifaktoriell geprägte Gesundheit im Quartier unter Einbeziehung der zuständigen städtischen Stellen gefördert werden kann.
 - *Steuerung und Koordinierung:* Für die Umsetzung der integrierten Handlungs- und Entwicklungskonzepte durch die Partnerschaften für einen gesunden Stadtteil werden in der Difu-Arbeitshilfe zwei koordinierende Instanzen vorgeschlagen. Auf der Verwaltungsebene wird für eine ressortübergreifende Steuerungsgruppe plädiert, die die notwendige Koordination zwischen den beteiligten städtischen Ämtern organisiert. Für die Koordination innerhalb des Stadtteils wird empfohlen, eine

Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung einzurichten. Diese kann als Adaption des Quartiersmanagements verstanden werden, dem im Programmbereich der Sozialen Stadt unter anderem die Aufgaben der Projektentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit und Moderation innerhalb des Stadtteils unter Beteiligung und Aktivierung der Bewohnerschaft zukommt.

Mit den methodischen und thematischen Gute-Praxis-Kriterien der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung und entsprechenden Programmbeispielen bietet das Instrument über die Qualitätselemente hinaus auch Hinweise darauf, wie die eigene Vorgehensweise gezielt verbessert werden kann. So sind einerseits Kriterien guter Praxis enthalten, die sich auf die Anwendung der Qualitätselemente beziehen (zum Beispiel Kriterien für einen adäquaten Gesundheitsbericht eines Quartiers). Andererseits sind in der Difu-Arbeitshilfe auch Qualitätskriterien für die praktische, gesundheitsfördernde Arbeit innerhalb unterschiedlicher Handlungsfelder zusammengetragen worden (zum Beispiel Kriterien guter Praxis für die Suchtprävention innerhalb des Settings Kommune/Stadtteil). Unabhängig von dieser Unterscheidung fungieren die angeführten Kriterien jedoch nicht als Mindestkriterien für qualitativ gute Aktivitäten oder als Vergleichsmerkmale zwischen unterschiedlichen Projekten, da eine externe Erhebung/Bewertung von Qualitätsmerkmalen innerhalb der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung nicht vorgesehen ist.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Ausgangspunkt der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung ist die kleinräumige Gesundheitsberichterstattung (siehe oben), wobei der in ihr erkennbare Förderungsbedarf in integrierten Handlungs- und Entwicklungskonzepten mündet. Für die Umsetzung dieser Konzepte wird die Projektfinanzierung

geplant sowie das Engagement unterschiedlicher Prozessbeteiligter in den Vereinbarungen der Partnerschaften für einen gesunden Stadtteil verbindlich gemacht. Das Projektmanagement erfolgt durch zwei sich ergänzende Instanzen, die ressortübergreifende Steuerungsgruppe innerhalb der kommunalen Verwaltung sowie die Koordinierungsstelle für Gesundheitsförderung vor Ort. Entsprechend gehören Vertreterinnen und Vertreter der jeweiligen Stadt bzw. des jeweiligen Landkreises sowie Akteurinnen und Akteure aus dem betreffenden Stadtteil zu den Personen, die für den Erfolg einer gesundheitsförderlichen Stadtteilentwicklung involviert sein sollten. Welche politischen Ressorts bzw. Einrichtungen und Institutionen hierbei beteiligt werden sollten, ist dagegen vom quartierseigenen Bedarf bzw. dem vorliegenden Programmkonzept abhängig.

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Grundlage der Difu-Arbeitshilfe ist ein Forschungsprojekt, das in Zusammenarbeit mit dem BKK Bundesverband, ihren Landesverbänden Nord, Ost und Bayern, der Techniker Krankenkasse sowie den Städten Fürth, Halle an der Saale und Hamburg zwischen 2006 und 2009 umgesetzt wurde. Ziel dieses Projekts war es, die Methoden der Gesundheitsförderung im Stadtteil zu evaluieren und weiterzuentwickeln, wobei der Settingansatz mit Instrumenten der Stadtteilentwicklung kombiniert wurde (Bär, Böhme und Reimann 2009). Auf diese Weise sind die Erkenntnisse aus der über zehnjährigen Anwendung typischer Instrumente aus dem Bund-Länder-Programm Soziale Stadt in die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung eingeflossen und im Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis weiterentwickelt worden. Für die Adaption der Instrumente wurde außerdem auf Erfahrungen aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zurückgegriffen, die in unterschiedlichen Programmdatenbanken

recherchiert werden konnten und als Grundlage für die Formulierung der Gute-Praxis-Kriterien dienen. Wie auch die Kriterien guter Praxis des Kooperationsverbunds Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (siehe Good-Practice-Kriterien, S. 47) – deren Datenbank unter anderem herangezogen wurde –, dienen auch die Gute-Praxis-Kriterien der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung zu Zwecken des Austauschs über Wirkungen (praxisorientierte Evidenz; siehe hierzu Green 2006) und beispielhafte Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung. Auch in Bezug auf die aufeinander aufbauenden Qualitätselemente der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung wird das prozessorientierte Qualitätsverständnis des Instruments deutlich. Abgesehen von den Kriterien guter Praxis wird in der Arbeitshilfe jedoch kein Bezug zu übergeordneten Ansätzen oder Systemen des Qualitätsmanagements genommen. Es sind außerdem keine Informationen zu den »wissenschaftlichen Gütekriterien« (Validität, Reliabilität, Ausschluss fach- und sachfremder Interessen) verfügbar. Vielmehr waren die Grundlagen der partizipativen Qualitätsentwicklung mit dessen Grundsatz der lokalen Evidenz (siehe »Partizipative Qualitätsentwicklung«, S. 72) ausschlaggebend für die Entwicklung der Arbeitshilfe (Reimann, Böhme und Bär 2010).

Einsatzmöglichkeiten

Die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung wurde für die kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen entwickelt, wobei die Gesundheitsförderungsbereiche Ernährung, Bewegung und Sport, Suchtprävention, Gewaltprävention, Unfallprävention, Schwangerschaft und Elternschaft, Wohnen und Wohnumfeld, Umwelt und Verkehr sowie Gesundheitshäuser und Gesundheitstreffs in jeweils separaten Abschnitten der Arbeitshilfe gekennzeichnet werden (Bär, Böhme und Reimann 2009). Sowohl thematisch als auch

zielgruppenspezifisch kann das Instrument jedoch auch für weitere Gesundheitsförderungsbereiche im Setting Kommune/Stadtteil adaptiert werden, da ihre Qualitätselemente universell eingesetzt werden können. Unabhängig vom Gesundheitsförderungsbereich sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung für den Einsatz in institutionsübergreifenden Netzwerken vorgesehen ist und nicht durch die Initiative einzelner Organisationen erfolgen kann.

Zielgruppe(n)

Die Instrumente der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung richten sich an Quartiersmanagerinnen und -manager, die für die Koordination und Moderation innerhalb der sozialen Stadtteilentwicklung verantwortlich sind und die sie um den Aspekt der Gesundheitsförderung erweitern möchten. Da das Quartiersmanagement zentrales Merkmal der sozialen bzw. integrierten Stadtteilentwicklung ist und die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung auf den dort gewonnenen Erfahrungen aufbaut, besteht eine besondere Zielgruppenspezifität der Instrumente für die Stadtteile aus entsprechenden Programmgebieten. Die Difu-Arbeitshilfe richtet sich des Weiteren an kommunale Verwaltungsstellen und Krankenkassen, die eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung initiieren, die Auswahl geeigneter Stadtteile treffen sowie finanzielle und fachliche Förderung bereitstellen können (Bär, Böhme und Reimann 2009).

Voraussetzungen für die Nutzung

Die Difu-Arbeitshilfe stellt Quartiersmanagerinnen und -managern thematische Vorkenntnisse zur Verfügung, die ihnen die Integration der Gesundheitsförderung im Rahmen der Stadtteilentwicklung erleichtern soll, sodass die beschriebenen Qualitätselemente und -kriterien grundsätzlich auch ohne vorherige Kenntnisse aus dem Bereich der Prävention und

Gesundheitsförderung angewendet werden können. Da den Quartiersmanagerinnen und -managern hierbei aber eine zusätzliche Koordinierungsaufgabe zukommt, ist die Bereitstellung entsprechender personeller und finanzieller Ressourcen Voraussetzung für die Anwendung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung (Bär, Böhme und Reimann 2009). Soll das Instrument außerhalb der Quartiere der Sozialen Stadt bzw. in Stadtteilen ohne Quartiersmanagement Anwendung finden, ist eine vergleichbare Organisationsform Voraussetzung der Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil nach dem beschriebenen Verfahren. Mit der intersektoralen Zusammenarbeit als Kennzeichen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung ist außerdem verbunden, dass die entsprechenden Instanzen innerhalb der kommunalen Verwaltung sowie die ortsansässigen Krankenkassen und institutionellen Akteure innerhalb des Quartiers zur Etablierung der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung zusammenarbeiten müssen. Eine entsprechende Bereitschaft und die hierfür notwendigen zeitlichen Ressourcen können daher ebenfalls als Voraussetzung für die Nutzung betrachtet werden.

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung

Die Einarbeitung mit der Arbeitshilfe des Difu (Umfang: 232 Seiten, Kosten: 33 Euro) ist mit vergleichsweise geringem Aufwand möglich. Die in ihr beschriebenen Instrumente (siehe Abschnitt »Grundlagen/Aufbau«) werden jeweils auf circa fünf Seiten beschrieben und daraufhin durch Kriterien guter Praxis, Lesetipps und Internetquellen sowie Beispiele guter Praxis spezifiziert und veranschaulicht. Sofern eine Intervention aus den angegebenen Gesundheitsförderungsbereichen (siehe Abschnitt »Einsatzmöglichkeiten«) umgesetzt werden soll, kann außerdem auf entsprechende Darstellungen zurückgegriffen werden. Mit der komprimierten Vorstellung der Instrumente kann je nach bestehenden Vorkennt-

nissen aber auch verbunden sein, dass eine zeitaufwendige Einarbeitung in die jeweiligen Verfahren, auf die verwiesen wird, notwendig ist. So enthält die Arbeitshilfe beispielsweise keine konkrete Anleitung, wie die Daten für eine stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung zusammengetragen und analysiert werden können. Ist eine entsprechende Kompetenz durch die Mitarbeit der kommunalen Verwaltung nicht gegeben, kann zwar auf die angegebenen Praxisbeispiele zurückgegriffen werden. Dies erfordert jedoch einen eigenständigen Vergleich der Verfahren und kann die Einarbeitung in weitere Instrumente erfordern. So ist unter den Beispielen für eine vorbildliche stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung etwa die Quartiersdiagnose in der Hamburger Lenzsiedlung zu finden, bei der KEQ (siehe S. 131) angewendet wurde.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Die Arbeitshilfe bzw. die fünf in ihr präsentierten Qualitätselemente wurden gemeinsam mit den Quartieren Fürth-Innenstadt, Halle-Silberhöhe und Hamburg-Altona/Lurup entwickelt und in ihnen erprobt. In Form von Fallstudien wurde dort die konkrete Anwendung durch eine formative Evaluation begleitet (Reimann, Böhme und Bär 2010). Nach Abschluss des Kooperationsprojekts kann die Arbeitshilfe weiterhin beim Difu bezogen werden, wobei ihre tatsächliche Anwendung (innerhalb der letzten zwölf Monate) aber nicht dokumentiert wird. Den Entwicklerinnen und Entwicklern am Difu ist aufgrund persönlicher Anfragen jedoch bekannt, dass die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Fürth-Innenstadt und in Hamburg-Altona/Lurup auch nach Ablauf der Erprobungsphase weiter genutzt wird. Nach ihrer Angabe beginnen darüber hinaus weitere Quartiere in Hamburg und mindestens ein Quartier im Gebiet Nürnberg zurzeit, mit dem Verfahren zu arbeiten.

Nutzen für die Anwenderinnen und Anwender

Der Nutzen der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung wurde innerhalb der wissenschaftlichen Begleitung der drei genannten Stadtteile durch das Difu untersucht und wird für jedes der fünf enthaltenen Qualitätselemente gesondert beschrieben (Reimann, Böhme und Bär 2010):

- Für die Arbeit innerhalb der *Partnerschaften* für einen gesunden Stadtteil wurde vonseiten der Anwenderinnen und Anwender insbesondere der Nutzen der ressortübergreifenden Steuerungsgruppen und Koordinierungsstellen für Gesundheitsförderung hervorgehoben, da diese das gemeinsame Engagement in und für das Quartier organisieren und strukturieren können. Gleichzeitig profitierte die Zusammenarbeit in den drei begleiteten Stadtteilen aber auch von den dortigen Erfahrungen aus dem Bund-Länder-Programm Soziale Stadt.
- Eine *Finanzierung* der Gesundheitsförderung im Quartier durch die Techniker Krankenkasse, den BKK Bundesverband und drei BKK Landesverbände war in den drei Quartieren der Fallstudie möglich, wenn sich auch die jeweilige Kommune bzw. der jeweilige Stadtteil an der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung beteiligte. Gleichzeitig wurde aber auch die Erfahrung gemacht, dass Finanzierungsmodelle, wie der Verfügungsfonds für Gesundheitsförderung, nur durch aufwendige Verwaltungsgänge innerhalb der Krankenkassen zu realisieren sind.
- Die enthaltenen Indikatoren für eine *stadtteilbezogene Gesundheitsberichterstattung* konnten genutzt werden, um die Gesundheitsförderung im Quartier bedarfsgerecht auszugestalten. Die Fallstudie zeigt jedoch auch, dass die Indikatoren an die örtlichen Gegebenheiten und insbesondere an die Verfügbarkeit entsprechender Daten angepasst werden müssen.
- Die *integrierten Handlungs- und Entwicklungskonzepte* werden als »Teil eines kontinuierlichen lokalen Lernprozesses« (Reimann, Böhme und Bär 2010, S. 65) bewertet. Sie konnten die Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil (beispielsweise per Ratsbeschluss) legitimieren und boten Anlass für die Partizipation unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure, insbesondere der Quartiersbewohnerschaft. In Bezug auf die für integrierte Konzepte notwendige Abstimmung zwischen unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren, wurden in den Fallstudien heterogene Ergebnisse gesammelt.
- Bezüglich der *Steuerung und Koordinierung* konnten insbesondere die Koordinierungsstellen für Gesundheitsförderung genutzt werden, um die Arbeit unterschiedlicher Stadtteilakteurinnen und -akteure sowie der Bewohnerinnen und Bewohner abzustimmen und zu bündeln. In den städtischen Verwaltungen wurde hingegen die Erfahrung gemacht, dass die zusätzliche Arbeit in ressortübergreifenden Steuerungsgruppen in Einklang mit sonstigen Verwaltungsaufgaben gebracht werden muss. In Ergänzung hierzu erwies sich eine feste Ansprechpartnerin bzw. ein fester Ansprechpartner innerhalb der beteiligten Krankenkassen als notwendig und förderlich.

Wirkungen

Reimann, Böhme und Bär (2010) nutzen die Erfahrungen aus den Fallstudien auch, um Standards für eine »partizipative und aktivierende Evaluation« (S. 16) abzuleiten und die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung um diesen Programmschritt zu erweitern. Dieser Evaluationsform entsprechend liegen bisher keine Parameter der Ergebnisqualität von Projekten vor, bei denen die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung Anwendung fand. Im Rahmen der Fallstudien wurden die Wirkungen der Projekte jedoch aus Perspektive der beteiligten Akteurinnen

und Akteure diskutiert. Hierbei wurde positiv bewertet, dass sowohl das Wissen und das Verhalten als auch das Selbstbewusstsein und die Selbstwahrnehmung von Kindern durch entsprechende Projekte positiv beeinflusst werden können. Wirkung hatte die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung außerdem auf die Neuformulierung des Leitfadens Prävention durch die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen. Bereits 2006 wurde hierin empfohlen, die Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil in Kooperation mit dem Programm Soziale Stadt durchzuführen (GKV-Spitzenverband 2006). In der aktuellen Fassung haben nun auch die Instrumente der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung Eingang gefunden (GKV-Spitzenverband 2010). Hierbei wird insbesondere auch dem Plädoyer von Reimann, Böhme und Bär (2010) entsprochen, die Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil als gemeinsame Aufgabe von Kommunen und Krankenkassen zu begreifen. Ihre Empfehlung, die Koordinierungsstellen für Gesundheitsförderung explizit als förderungsfähige Maßnahmen aufzunehmen, wurde hingegen nicht übernommen.

Ausblick

Auch nach Abschluss des Projekts befindet sich das Difu im Austausch mit unterschiedlichen Praxiskontexten. Eine Weiterentwicklung ist in Ermangelung von Projektressourcen jedoch zurzeit nicht geplant, sodass nicht beantwortet werden kann, wie das Verfahren in zwölf Monaten aussehen wird. In Abhängigkeit von den Kooperationspartnern des Difu wird aber angestrebt, die Erfahrungen aus mehreren Kommunen zusammenzutragen und zusammenzufassen, wie häufig die Arbeitshilfe durch wen angewendet wird.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 238.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Bär, G., Böhme, C., Reimann, B. (2009): Kinder- und Jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin: Difu.

GUT DRAUF

Kurzfassung

Im Rahmen von GUT DRAUF, der Jugendaktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), werden Einrichtungen und Angebote für Jugendliche bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressregulation begleitet und zertifiziert. Während die Begleitung durch beratende Angebote, Schulungen und Workshops erfolgt, wurden zum Zweck der Zertifizierung überprüfbare Standards für die Handlungsfelder Schule, Betrieb, offene und verbandliche Jugendarbeit, Sport sowie Jugendreisen und Jugendunterkünfte erarbeitet. Die Einhaltung der Standards wird zunächst durch die jeweilige Einrichtung selbst bewertet. Nach der externen Sichtung dieser Selbstbewertung kann ein Audit zur Überprüfung der Standards vereinbart und die Einrichtung auf dieser Grundlage für drei Jahre zertifiziert werden. Ein Bestandteil der Aktion ist der Entwicklungsschwerpunkt »GUT DRAUF vor Ort«, in dem sich Gemeinden und Kommunen als GUT DRAUF-Partnerinnen und -Partner einschreiben und sich für die Dauer von fünf Jahren zertifizieren lassen können. Die hierfür angesetzten Standards verlangen unter anderem, dass jeweils 25 % der regionalen Einrichtungen aus den Arbeitsfeldern Schule, Sport und Freizeit als GUT DRAUF-Projektpartnerinnen und -partner angemeldet sind und je 10 % ein aktuelles Zertifikat nachweisen können. Die Gemeinde/Kommune verpflichtet sich außerdem zu einer gesundheitsfördernden Jugendpolitik, übernimmt die Vernetzung sowie Koordination der örtlichen GUT DRAUF-Projektpartnerinnen und -partner und stellt die hierfür not-

wendigen Ressourcen zur Verfügung. Ziel von GUT DRAUF ist es, Mindeststandards in Jugendeinrichtungen zu etablieren, um das Ernährungs- und Bewegungsverhalten wie auch die Stressregulation Jugendlicher ab zwölf Jahren positiv zu beeinflussen. Die GUT DRAUF-Handlungsfelder regional zu vernetzen und die Arbeit der örtlichen GUT DRAUF-Partnerinnen und -Partner zu koordinieren, ist das Ziel des Teilprogramms »GUT DRAUF vor Ort« für Kommunen und Gemeinden, auf das sich die nachfolgende Darstellung konzentriert.

Hintergrund

Im Jahr 1992 wurde im Rahmen des von der BZgA geförderten Projekts »JES – Jugend, Ernährung, Sport« – ein Konzept zur Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung und Stressregulation entwickelt, das die Wechselwirkungen der drei Verhaltensbereiche bei Jugendlichen in einen ganzheitlichen Gesundheitsförderungsansatz überführt. Nach der Entwicklung erster Praxismaterialien und Seminarpläne wurde das Projekt 1994 in »GUT DRAUF« umbenannt und zunächst durch Qualifizierungsmaßnahmen in Jugendreiseunterkünften und -herbergen sowie durch Kooperationen mit Reiseveranstaltern umgesetzt (BZgA 2011b). Intensiviert wurde die Jugendaktion der BZgA im Jahr 2003, als Qualitätsstandards für die Handlungsfelder Schule, Sportverein sowie Jugendarbeit und Jugendreise erarbeitet und der Aufbau des Programmnetzwerks begonnen wurde (Bestmann 2010a, BZgA 2011b). Bis heute entstanden somit regionale GUT DRAUF-Netzwerke in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Bremen/Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sowie in den Regionen Rheinland und Rhein-Sieg-Kreis. Seit dem Jahr 2004 können Institutionen aus den Handlungsfeldern Schule, Sportverein, Jugendarbeit und Jugendreise das GUT DRAUF-Zertifikat erhalten, wenn sie jeweils spezifische Standards erfüllen (siehe Abschnitt »Aufbau,

Elemente«). Kommunen und Gemeinden sind seit dem Jahr 2006 als GUT DRAUF-Partnerinnen zugelassen und können sich bei Erfüllung eigens entwickelter Standards ebenfalls zertifizieren lassen. Aktuell (2010/2011) wird GUT DRAUF dahingehend umstrukturiert, dass die Partnerinnen und Partner zukünftig dezentral, das heißt durch regionale Netzwerkkordinationen anstatt allein durch die BZgA, betreut werden. Entsprechende Koordinierungsstellen wurden bereits in den oben genannten Netzwerken außer Bayern und Bremen/Niedersachsen eingerichtet. Im Zuge des Programmumbaus wurden auch die Qualitätsstandards durch den bereits 2007 berufenen Fachbeirat geprüft und überarbeitet. Darüber hinaus befinden sich GUT DRAUF-Standards für das Handlungsfeld »[Ausbildungs-]Betrieb« in der Entwicklung. Bis Dezember 2010 wurden circa 650 GUT DRAUF-Partnerinnen und -Partner registriert, von denen bisher 182 zertifiziert werden konnten. An »GUT DRAUF vor Ort« nehmen aktuell zehn Kommunen teil; bereits zertifiziert wurden die Stadt Bornheim und die Gemeinde Eitorf.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Ziel des GUT DRAUF-Programms ist es, Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensbereichen Ressourcen und Kompetenzen für einen gesundheitsförderlichen Umgang mit ihrem eigenen Körper zur Verfügung zu stellen (BZgA 2011b). Für die frühzeitige Bewusstwerdung und Verhaltensänderung Jugendlicher in Bezug auf Ernährung, Bewegung und den Umgang mit Stress wurden verhaltens- und verhältnispräventive Teilziele ausdifferenziert (Bestmann 2010a), die durch die Definition von Standards konkretisiert werden. Diese GUT DRAUF-Standards bilden insbesondere die Strukturqualität in unterschiedlichen Institutionen und Einrichtungen ab, schließen aber auch Aspekte der Konzept-, Prozess- und Ergebnisqualität ein. Für die institutionsübergreifende

Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Gemeinde/Kommune wird mit »GUT DRAUF vor Ort« das Ziel einer gesundheitsgerechten und nachhaltigen Jugendpolitik verfolgt, in der die Institutionen und Organisationen aus dem Programm regional vernetzt und übergreifende Netzwerkstrukturen entwickelt werden (BZgA 2007).

Aufbau, Elemente

Das GUT DRAUF-Zertifikat wird an Einrichtungen und Programme sowie Gemeinden und Kommunen vergeben, die gesundheitsfördernde Angebote für Jugendliche bereitstellen bzw. koordinieren, hierbei handlungsfeldspezifische GUT DRAUF-Standards erfüllen und durch die BZgA geschultes Personal einsetzen. Als Mindestkriterien für qualitativ gute Jugendangebote im Bereich Ernährung, Bewegung und Stressregulation wurden bisher Standards für die Handlungsfelder Jugendunterkünfte und -reisen, Jugendeinrichtungen, Schulen, Sportvereine, Events und Reisen (sogenanntes Labelprogramm), berufliche Bildungsträger und Kommunen entwickelt (BZgA 2011b). Für Städte und Gemeinden, die eine Zertifizierung anstreben, sind nicht nur die Standards für GUT DRAUF-Kommunen (BZgA 2007) relevant, sondern auch jene für Jugendeinrichtungen, Schulen und Sportvereine, da definierte Anteile (siehe unten) der regionalen Einrichtungen aus diesen Aufgabefeldern für eine Zertifizierung der Gemeinde/Kommune in GUT DRAUF-Aktion involviert sein müssen.

Die GUT DRAUF-Standards für die Einrichtungen vor Ort sind jeweils in die drei Bereiche Qualitätssicherung, Struktur- und Programmqualität gegliedert. Die Standards der Qualitätssicherung beziehen sich unter anderem auf die Qualifikation der Mitarbeitenden, die Finanzierung, Organisation und Dokumentation der Arbeit vor Ort sowie die aktive Teilnahme an den begleitenden Angeboten der BZgA. Standards zur räumlichen Gestaltung, dem Verpflegungsangebot und der Ausstattung sowie zum Umgang mit Sucht-

mitteln in der Einrichtung werden gemeinsam mit Vorgaben zur öffentlichkeitswirksamen Darstellung des Programms unter der Kategorie Strukturqualität zusammengefasst. Im Bereich der Programmqualität werden Standards zur Umsetzung verschiedener Aktionen und zur Mitbestimmung der Jugendlichen des Programms definiert. In jedem der drei Bereiche werden die einzelnen Anforderungen als »Muss-Standards«, die für ein Zertifikat vollständig erfüllt, und »Kann-Standards«, von denen mindestens 50% eingehalten werden müssen, differenziert. Exemplarisch werden in Tabelle 16 Standards aus dem Handlungsfeld Schule aufgeführt. Hierin wird mit der GUT DRAUF-Basisschulung ein weiterer Bestandteil des Verfahrens deutlich, der auch für Vertreterinnen und Vertreter teilnehmender Gemeinden und Kommunen verpflichtend ist. Auch die Verpflichtung zur Selbstevaluation, für die ein standardisiertes Instrument (Bestmann 2010b) zur Verfügung steht, wird in einem der aufgeführten Standards benannt.

In den außerdem angeführten Nachweisen ist das Audit (Überprüfung im Rahmen einer Begehung) als weiterer Verfahrensbestandteil vermerkt. Generell dienen die GUT DRAUF-Standards als Leitfaden für die Weiterentwicklung innerhalb der jeweiligen Einrichtung.

Für die Zertifizierung werden die Standards zunächst für eine Selbstbewertung genutzt, deren Ergebnis bei der zuständigen Landeskoordination oder ersatzweise bei der BZgA eingereicht werden kann. Nach der dortigen Prüfung kann ein Termin für eine Begehung der Einrichtung vereinbart werden; das Audit wird von der BZgA abgenommen. Wird die Einrichtung den GUT DRAUF-Standards gerecht, kann sie drei Jahre lang mit dem Qualitätssiegel der BZgA-Jugendaktion für ihre gesundheitsfördernde Arbeit werben und die Qualität ihrer Arbeit belegen. Unabhängig vom Zertifizierungsergebnis können während des Audits auch konkrete Maßnahmen zur Verbesserung des Angebots vereinbart werden.

| Bereich | Anzahl der Standards | | Beispiele | Kann/ Muss | Nachweis |
|--------------------|----------------------|-------|--|---------------|--------------------------------|
| | Muss | Kann* | | | |
| Qualitätssicherung | 7 | 8 | Mindestens eine GUT DRAUF geschulte Lehrkraft (Basisschulung der BZgA) | Muss | Schulungszertifikat |
| | | | Teilnehmerbefragung/Selbstevaluation aller GUT DRAUF-Angebote/-Programme (Instrument: GD-Kurzfragebogen oder Vergleichbares) | Muss | Befragungsergebnisse |
| Strukturqualität | 30 | 26 | Ausgewiesener Ruheraum oder ausgewiesener Ruhebereich innerhalb der Institution | Muss | Begehung |
| Programmqualität | 9 | 12 | GUT DRAUF als freiwilliges Kursangebot | Kann | Arbeitsplan und Teilnahmeliste |

* Je zwei der »Kann-Standards« können durch die Einrichtung selbst definiert werden.

» Tab. 16: Qualitätsstandards für Schulen (Auszug) (BZgA, o. J.)

Die GUT DRAUF-Standards für Kommunen und Gemeinden bauen auf den handlungsfeldspezifischen Standards auf. So müssen für eine Zertifizierung jeweils mindestens 25 % der weiterführenden Schulen, Sportvereine mit Jugendabteilung sowie Jugendtreffs bzw. -zentren in der Region als GUT DRAUF-Partnerinnen und Partner angemeldet sein. Zertifikate müssen von jeweils mindestens 10 % der genannten Einrichtungsgruppen vorliegen. Neben einer Selbstverpflichtung der Gemeinde/Kommune zu einer gesundheitsfördernden Jugendpolitik definieren die weiteren Standards den Prozessablauf und die Prozessbeteiligten, die im folgenden Abschnitt vorgestellt werden.

Eine vollständige Übersicht über die Standards für die Zertifizierung von GUT DRAUF-Kommunen und Gemeinden kann online abgerufen werden (BZgA 2007).

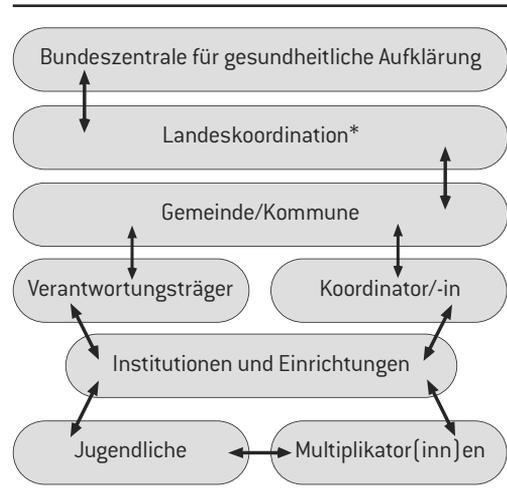
Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Dem Zertifizierungsverfahren einer Gemeinde oder Kommune gehen die Zertifizierungen örtlicher Institutionen und Einrichtungen voraus, für die jeweils ein Entwicklungsprozess von etwa zwei Jahren eingeplant werden sollte (BZgA 2011b). Der Gemeinde/Kommune kommt die Aufgabe zu, die örtlichen GUT DRAUF-Partnerinnen und -Partner wie folgt zu koordinieren und zu vernetzen (BZgA 2007):

- *Kooperationsvereinbarung:* Für eine Kooperation mit der BZgA erklärt die Gemeinde/Kommune schriftlich, die Kooperationsbedingungen und GUT DRAUF-Standards zu akzeptieren.
- *Aktions- und Finanzplanung:* Zur Umsetzung der Kooperationsvereinbarung erarbeitet die Gemeinde/Kommune einen Aktionsplan, in dem auch die unterstützende Finanzierung des Programms sowie die Förderung regionaler GUT DRAUF-Aktivitäten und -Einrichtungen sichergestellt wird.

- **Koordination:** Es wird mindestens ein Verantwortungsträger mit Zuständigkeit für die im Rahmen der GUT DRAUF-Handlungsfelder Schule, Jugendarbeit und Sport relevanten Dezernate benannt. Zusätzlich wird eine Koordinatorin oder ein Koordinator mit der örtlichen Programmumsetzung betraut, die bzw. der eine GUT DRAUF-Basischulung absolviert und das Projekt mit mindestens vier Wochenstunden betreut. Zur Koordination zählen außerdem auch mindestens zwei Treffen der regionalen GUT DRAUF-Partnerinnen und Partner pro Jahr.
- **Dokumentation:** Belege über imagefördernde GUT DRAUF-Aktionen und Werbemaßnahmen werden durch Veranstaltungsnachweise, Pressespiegel u. Ä. dokumentiert.
- **Bestandserfassung:** Innerhalb der Gemeinde/Kommune wird die Anzahl der Einrichtungen in den Arbeitsfeldern Schule, Jugendarbeit und Sport erfasst und der Anteil von GUT DRAUF-Projektpartnerinnen und -partnern sowie zertifizierten Einrichtungen aufgeschlüsselt.
- **Zertifizierung:** Die Gemeinde/Kommune reicht die Bestandserfassung gemeinsam mit weiteren Unterlagen (unter anderem die Dokumentation und Belegungspläne von Sportstätten) bei der zuständigen Landeskoordination ein, bevor ein Audit durch die BZgA organisiert werden kann. Die Anerkennung als GUT DRAUF-Kommune ist fünf Jahre gültig und kann nur durch eine Nachzertifizierung erneuert werden.

In Abbildung 17 ist die Vernetzung der bereits genannten Prozessbeteiligten dargestellt, in der Gemeinden bzw. Kommunen die Aufgabe zukommt, institutions- und einrichtungsübergreifende Netzwerkstrukturen auf lokaler Ebene aufzubauen. Grundsätzlich können Institutionen und Einrichtungen aus dem Jugendbereich jedoch auch ohne Beteiligung der Gemeinde/Kommune an GUT DRAUF teilnehmen.



* Zuständig für die Beratung und Koordination in den Bundesländern und Regionen Rhein-Sieg-Kreis, Rheinland, Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt. Die BZgA ist bundesweiter Ansprechpartner.

>> Abb. 17: Prozessbeteiligte in der Jugendaktion GUT DRAUF (in Anlehnung an Bestmann 2010a, S. 5)

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Grundlage der Jugendaktion der BZgA ist das sogenannte EBS-Konzept, in dem die Wechselwirkungen der Gesundheitsförderungsbereiche Ernährung, Bewegung und Stressregulation beschrieben werden und davon ausgegangen wird, dass die Effektivität von Interventionen in einem Bereich durch die Integration der beiden anderen gesteigert werden kann. Hierauf aufbauend wurden folgende acht Qualitätskriterien entwickelt, die unabhängig vom Handlungsfeld zu beachten sind (BZgA 2011b): ganzheitliche Zielsetzung; nachhaltige Wirkung im Alltag; Zielgruppenorientierung und Aufgreifen aktueller Jugendkulturen; Gesundheit in Szene setzen; Partizipation und Teamorientierung; qualifiziertes Personal; Qualitätssicherung und Evaluation; Vernetzung. Konkretisiert

werden diese übergreifenden Qualitätskriterien durch die handlungsfeldspezifischen Standards, die auf der Expertise des wissenschaftlichen Beirats von GUT DRAUF basieren und gemeinsam mit der Projektleitung sowie Vertreterinnen und Vertretern des jeweiligen Handlungsfelds formuliert wurden. Anhand dieser Standards wird auch der enge Bezug zur Qualitätssicherung deutlich, der das Qualitätsverständnis von GUT DRAUF prägt. So wird davon ausgegangen, dass die Etablierung von Mindeststandards für gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen die Gesundheit Jugendlicher in unterschiedlichen Sozialisationsbereichen sowie -phasen fördert (Bestmann, Häselner und Mann 2008). Über die Berücksichtigung wissenschaftlicher Gütekriterien (Validität, Reliabilität, Ausschluss fach- und sachfremder Interessen) bei der Bestimmung der Qualität anhand der GUT DRAUF-Standards liegen bisher keine Informationen vor. Auch die Testgüte des jüngst entwickelten Jugendfragebogens für die Selbstevaluation ist noch unbekannt.

Aus einem Pretest mit (n =) 94 Jugendlichen ist jedoch bereits bekannt, dass das Instrument eine sehr hohe Akzeptanz bei den Respondentinnen und Respondenten erreicht (Bestmann 2010b). Über die Selbstevaluation hinaus werden neue Programmelemente in dafür eingerichteten Modellregionen erprobt und extern evaluiert.

Einsatzmöglichkeiten

Die GUT DRAUF-Kriterien und Standards wurden für den Einsatz in den außerfamiliären Sozialisationsfeldern Schule, Ausbildung, Jugendarbeit, Sport, Freizeit und Jugendreise entwickelt (Bestmann 2010a). Sie können sowohl für die Planung neuer als auch für die Bewertung bestehender Einrichtungen und Angebote herangezogen werden, wenn ein Bezug zu den Themenfeldern Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung besteht. Während der Einsatz der Standards in den einzelnen Handlungsfeldern institutionsintern

erfolgt, wurden die GUT DRAUF-Standards für Gemeinden und Kommunen zur Förderung übergreifender Netzwerkstrukturen entwickelt.

Zielgruppe(n)

GUT DRAUF richtet sich in erster Linie an Schulen, Einrichtungen der offenen und verbandlichen Jugendarbeit, Jugendherbergen, Sportorganisationen sowie Anbieterinnen und Anbieter von Jugendreisen oder pädagogischen Programmen. Die Informations-, Schulungs- und Beratungsangebote aus dem Programm werden für die Akteurinnen und Akteure aus diesen Einrichtungen und Institutionen entwickelt, die Angebote zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung für Jugendliche ab zwölf Jahren erarbeiten und umsetzen möchten. Hierzu zählen unter anderem Lehrkräfte, Auszubildende, Reisebegleiterinnen und -begleiter, Fachkräfte aus den Bereichen Sozial- und Sportpädagogik sowie Jugendbetreuerinnen und -betreuer oder das für die Verpflegung zuständige Personal (BZgA 2011b). Der Entwicklungsschwerpunkt »GUT DRAUF vor Ort« richtet sich speziell an die Vertreterinnen und Vertreter aus Gemeinden und Kommunen, die für die Aufgabenfelder Schule, Jugendarbeit und Sport zuständig sind (BZgA 2007).

Voraussetzungen für die Nutzung

Um als Einrichtung oder Institution als GUT DRAUF-Partnerin oder -Partner registriert zu werden, ist die Teilnahme an einer eintägigen Erstberatung notwendig, in der die Jugendaktion der BZgA und beispielhafte Programmelemente vorgestellt sowie erste eigene Projektideen entwickelt werden. Für Kommunen wird die Erstberatung in der Regel durch die Landeskoordinationen angeboten. Registrierte GUT DRAUF-Partnerinnen und -Partner erhalten daraufhin Zugang zu einem erweiterten Onlineangebot. Darüber hinaus ist die Teilnahme mindestens einer Vertreterin oder eines Vertreters an der GUT DRAUF-Basiserschulung verpflichtend. In dieser werden die

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren dazu befähigt, die GUT DRAUF-Standards in ihrer Einrichtung oder Institution umzusetzen. Spezielle Kompetenzen oder das Vorwissen im Themenbereich Ernährung, Bewegung und Stressregulation sind für die Teilnahme an der Schulung nicht notwendig (BZgA 2011b). Für Gemeinden und Kommunen bestehen außerdem weitere Voraussetzungen, die in den spezifischen GUT DRAUF-Standards benannt werden (BZgA 2007):

- Beschluss des Gemeinde- oder Stadtrats über eine nachhaltige, kommunale Gesundheitsförderung für Kinder, Jugendliche und Familien.
- Verpflichtung einer Verantwortungsträgerin bzw. eines Verantwortungsträgers (zum Beispiel Dezernentin oder Dezernent) für das örtliche GUT DRAUF-Programm.
- Finanzierung der örtlichen GUT DRAUF-Koordination unter Beteiligung einer Absolventin bzw. eines Absolventen der GUT DRAUF-Basisschulung.

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung

Für die Einarbeitung in die Grundlagen der Jugendaktion GUT DRAUF ist die Teilnahme an der Erstberatung sowie an der dreitägigen Basisschulung ausreichend. Bereits vorher kann die Lektüre des Onlineangebots (BZgA 2011b) sowie eines dort kostenlos bestellbaren Informationspakets erfolgen. Auf die Einarbeitung folgt in Einrichtungen und Institutionen, die eine Zertifizierung anstreben, ein etwa zwei Jahre andauernder Entwicklungsprozess, in dem die GUT DRAUF-Standards unter Begleitung der BZgA und der Landeskoordination umgesetzt werden. Der für die Umsetzung einzelner Standards erforderliche Arbeitsaufwand unterscheidet sich hierbei stark und hängt vor allem von den vorliegenden, eventuell institutionsspezifischen Rahmenbedingungen ab. So kann davon ausgegangen werden, dass für die Erfüllung des folgenden Standards nur wenig Arbeitszeit aufgewendet werden muss: »Ständige Auslage und Weitergabe von relevanten GUT DRAUF-Informationen

der BZgA, zum Beispiel Basisinformationen über einen Prospekthalter« (BZgA 2011b). Hingegen kann mit dem nächsten Standard insbesondere dann ein höherer Aufwand verbunden sein, wenn noch keine Küche o. Ä. in der Einrichtung vorhanden ist: »Tägliches Verpflegungsangebot mit vergünstigtem Angebot von zuckerfreien oder -reduzierten Getränken sowie Milch-, Vollkorn- und frischen Produkten, zum Beispiel Brötchen, Kuchen, Früchte, Gemüstedicks« (BZgA 2011b). Ebenso ist auch mit der Verpflichtung zur Selbstevaluation der Prozess- und Ergebnisqualität des eigenen Angebots ein höherer Arbeitsaufwand verbunden, bei dem außerdem auch Kompetenzen in der Analyse quantitativer Daten vorauszusetzen sind.

Gemeinden und Kommunen müssen als GUT DRAUF-Partnerinnen die Finanzierung der Maßnahmen aus ihrem Aktionsplan sicherstellen und darüber hinaus auch das GUT DRAUF-Programm finanziell unterstützen, wobei der entsprechende Aufwand an die Gegebenheiten in der Kommune/Gemeinde und die Verfügbarkeit von Sponsoren (Krankenkassen, Sparkasse, große Betriebe) angepasst wird. Zur Koordination der lokalen GUT DRAUF-Partnerinnen und -Partner sind mindestens vier Wochenstunden eines geschulten Koordinators bzw. einer Koordinatorin einzuplanen.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Aktuell sind bundesweit circa 650 Einrichtungen und Institutionen als GUT DRAUF-Partnerinnen und -Partner registriert. Von diesen Partnerinnen und Partnern wurden bisher 182, darunter vor allem Jugendeinrichtungen und -unterkünfte, zertifiziert. Mit der Stadt Bornheim und der Gemeinde Eitorf wurden im Jahr 2010 die bundesweit ersten Gebietskörperschaften in der GUT DRAUF-Aktion zertifiziert. In Bornheim und Eitorf, die beide in der GUT DRAUF-Modellregion Rhein-Sieg-Kreis liegen, ging der Zer-

tifizierung ein zehn- bzw. sechsjähriger Entwicklungsprozess voraus [BZgA 2011b]. Weitere acht Kommunen sind aktuell als Projektpartnerinnen eingeschrieben, wobei im Landkreis Rügen bereits ein weiterer Zertifizierungsprozess begonnen wurde.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Während der Nutzen von GUT DRAUF für Kommunen und Gemeinden bisher nicht untersucht wurde, liegt mit den Ergebnissen einer Befragung von (n =) 171 bereits zertifizierten Einrichtungen eine Nutzenbewertung aus Perspektive der Anwenderinnen und Anwender vor [Bestmann 2010a]. Hierin stimmten 113 (68 %) der befragten Projektpartnerinnen und -partner (eher) zu, mit den GUT DRAUF-Standards ihres Handlungsfelds zufrieden zu sein.³⁴

Begründungen für diese Zustimmung, aber auch Kritik werden in den folgenden ausgewählten Antworten deutlich, die die Einrichtungen frei formulieren konnten:

- »Klare Vorgaben, ohne inhaltlich einzuengen!« [Bestmann 2010a, S. 37].
- »Die Standards können auch in einer kleinen Einrichtung wie der unsrigen zu großen Teilen umgesetzt werden« [Bestmann 2010a, S. 37].
- »Hohe Anforderungen an die Praxis – überhöhte Erwartungen, zu wenig vernetzte + gebündelte Aktivitäten, die denen nutzen, die die Arbeit an der Basis machen« [Bestmann 2010a, S. 37].

Darüber hinaus gaben 70 % der befragten Anwenderinnen und Anwender an, (eher) zufrieden mit den zur Verfügung stehenden Informationsmaterialien zu sein. 63 % waren mit den GUT DRAUF-Schulungen (eher) zufrieden, was auch die folgenden Aussagen verdeutlichen:

- »Die angebotenen GUT DRAUF-Schulungen regen uns immer wieder dazu an, wichtige GUT DRAUF-Grundsätze in unsere Planung zu übernehmen und unsere Besucher dazu anzuhalten, sie in ihrem Alltag zu übertragen. Die Schulungen sind für uns immer neue Motivationsschübe« [Bestmann 2010a, S. 31].
- »Es wäre toll, weitere Schulungen für zertifizierte Einrichtungen aufzubereiten, damit man immer gut im Dialog bleibt und eine Ideenbörse entsteht!« [Bestmann 2010a, S. 31].
- »Es gab nur eine Schulung, bei der die eingeladenen Referenten nicht die Erwartungen der teilnehmenden Schulen kannten« [Bestmann 2010a, S. 32].

Mit der Unterstützung innerhalb der GUT DRAUF-Aktion waren 81 (48 %) der 171 befragten Einrichtungen (eher) zufrieden, wobei in den freien Antworten teils konträre Einschätzungen einzelner Aspekte deutlich wurden:

- »Wenn ich Fragen habe, weiß ich, dass ich Unterstützung bekomme« [Bestmann 2010a, S. 26].
- »Ständiger Wechsel von Ansprechpartnern GUT DRAUF/mangelnder Informationsfluss/unklare Richtlinien der Initiative/unklare Verwaltungswege innerhalb der Organisation/Problem des Nichtwissens, wer Ansprechpartner ist/keine Rückmeldung auf geschriebene E-Mails/keine festen Kontaktpersonen« [Bestmann 2010a, S. 26].

Wirkungen

Die Effektivität einzelner Programmelemente aus GUT DRAUF wird unter Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven, wie den Betrachtungsweisen der Einrichtungen, der Trainerinnen und Trainer oder

34 Genutzt wurde eine fünfstufige Skala von »trifft nicht zu« bis »trifft zu«.

Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer, evaluiert (für eine Übersicht siehe Bestmann 2009). Um die Wirkung der Jugendaktion der BZgA zukünftig auch aus Perspektive der Jugendlichen selbst betrachten zu können, wurde der GUT DRAUF-Jugendfragebogen (Bestmann 2010b) entwickelt. Ergebnisse, die über einen Pretest des Fragebogens hinausgehen, liegen bisher jedoch genauso wenig vor wie die Analyse der Wirkungen auf kommunaler bzw. Gemeindeebene. Stattdessen können die Einschätzungen der 171 zertifizierten Projektpartnerinnen und -partner zur Wirkung von GUT DRAUF herangezogen werden (Bestmann 2010a). Hiernach stimmten mit 148 Einrichtungen 90 % der Befragten (eher) zu, dass die örtliche Umsetzung des Programms dazu beiträgt, dass Jugendliche aktiv Entscheidungen treffen können, um sich gesünder zu verhalten. Auch die Umsetzung der Programminhalte im Alltag der Jugendlichen wird von den Respondentinnen und Respondenten bestätigt. So stimmten 78 % (eher) der Aussage zu, dass die örtliche Umsetzung von GUT DRAUF dazu beiträgt, dass Jugendliche gesunde Essgewohnheiten in ihrem Alltag umsetzen. In Bezug auf körperliche Aktivität und Entspannungstechniken stimmten dieser Aussage 82 % bzw. 71 % der befragten GUT DRAUF-Partnerinnen und -Partner (eher) zu. Darüber hinaus stimmte die überwiegende Mehrheit auch folgenden Angaben (eher) zu:

- GUT DRAUF hat Einfluss darauf, dass es Jugendlichen Spaß macht, Neues auszuprobieren (97 %).
- GUT DRAUF trägt dazu bei, dass Jugendliche Verantwortung für sich (84 %) bzw. andere (73 %) übernehmen.
- GUT DRAUF hilft Jugendlichen, Herausforderungen mit Spaß anzunehmen (90 %).

Ausblick/Perspektiven

Für den Ausbau von GUT DRAUF wird angestrebt, die bestehenden Landesnetzwerke zu stabilisieren und weitere aufzubauen, sodass die GUT DRAUF-Part-

nerinnen und -Partner zukünftig in allen Bundesländern regional begleitet werden können. Neue Netzwerkkoordinationen sollen hierbei im Sinne einer sozialräumlichen Vernetzung entstehen. Zusätzlich ist es geplant, die Jugendaktion GUT DRAUF mit einer multimedialen Kampagne zu flankieren, wobei hierfür jedoch noch die Akquise von Fördermitteln (Stiftungen, Krankenkassen, Ministerien in Bundesländern etc.) erforderlich ist.

In den nächsten zwölf Monaten ist es geplant, die derzeit vakanten Netzwerke in Bayern und Bremen/Niedersachsen wieder aufzubauen und neue Netzwerke in vier weiteren Bundesländern zu installieren, um die dort angesiedelten Partnerinnen und Partner besser betreuen zu können. Binnen zwölf Monaten soll außerdem in sechs Landesnetzwerken je eine Kommune als GUT DRAUF-Partnerin im Programm eingeschrieben sein.

Zusätzlich sollen sich die 2010 erneuerten Qualitätsstandards durch begleitende Maßnahmen im Laufe eines Jahres flächendeckend durchgesetzt haben. Da in zahlreichen Einrichtungen eine Erneuerung des Zertifikats geplant ist, wird sich die Stabilität und Nachhaltigkeit der aufgebauten Strukturen nach Auffassung der Projektleitung im kommenden Jahr an der erfolgreichen Durchführung der Rezertifizierungen ohne große Verluste an Partnerinnen und Partnern erweisen müssen.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 240.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011b): GUT DRAUF. Bewegen, entspannen, essen – aber wie! Internet: <http://www.gutdrauf.net>. Zugriff am 14.10.2011.

Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ)

Kurzfassung

Mit dem Fragebogen zur »Kapazitätsentwicklung im Quartier« (KEQ) stellt das Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ein Instrument zur Messung fünf zentraler Dimensionen der Strukturqualität im Setting Kommune/Stadtteil zur Verfügung. In Form einer Selbstbeurteilung beantworten die im Setting engagierten Akteurinnen und Akteure aus dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen sowie – nach Möglichkeit – auch ausgewählte Bewohnerinnen und Bewohner des betreffenden Quartiers 51 Fragen zu Bürgerbeteiligung, lokaler Führung, vorhandenen Ressourcen, Vernetzung und Kooperation sowie der Gesundheitsversorgung innerhalb des Sozialraums. Zielsetzung des Instruments ist es, die Veränderung dieser fünf Dimensionen im zeitlichen Verlauf zu erfassen, wobei die schriftliche Befragung wiederholt und/oder eine retrospektive Einschätzung erbeten wird. Gegenstand dieser Veränderungsmessung ist das »Capacity Building« [Kapazitätsentwicklung, Strukturbildung], das als intermediärer Ergebnisparameter für settingbezogene Gesundheitsförderungsansätze betrachtet wird, da es die Strukturen und Kompetenzen umfasst, die die Quartiersbewohnerschaft dazu befähigen, selbst Kontrolle über die eigene Gesundheit und ihre Determinanten zu erlangen.

Hintergrund

Neben dem Empowerment des Individuums wird die Kapazitätsentwicklung bereits im Jahr 1997 in der Jakarta-Erklärung als eine der fünf »Prioritäten der Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert« benannt. Hierin wurde unter der Überschrift »Increase community capacity and empower the individual« (WHO 2009, S. 20) – zu Deutsch: »Stärkung

der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenz des Einzelnen« (WHO 1997, S. 12) – formuliert, dass eine Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten durch die Menschen selbst erst durch Aus- und Weiterbildung, die Entwicklung von Führungsqualitäten und den Zugang zu Ressourcen möglich ist. Mittlerweile gelten diese gemeinschaftlichen Gesundheitspotenziale auch als ein »Schätzer für die Dauerhaftigkeit angestoßener Entwicklungen« (Walter und Schwartz 2003, S. 206) in der Gesundheitsförderung, für den jedoch lange Zeit keine geeignete Messmethode zur Verfügung stand. Mit dem KEQ-Fragebogen, der durch das IMSG im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der gesundheitsfördernden Initiativen innerhalb der sogenannten Lenzsiedlung im Hamburger Stadtteil Lokstedt entwickelt wurde, konnte diese methodische Lücke im Jahr 2006 geschlossen werden, als das Instrument erstmals innerhalb einer Quartiersdiagnose eingesetzt wurde (Mossakowski, Nickel, Schäfer, Süß, Trojan und Werner 2007).

Ausgangspunkt der Entwicklung von KEQ ist die Operationalisierung der Kapazitätsentwicklung durch Laverack und Labonte (2000, 2001a, 2001b), die eine Erhebung mittels unterschiedlicher Ansätze der qualitativen Sozialforschung vorsehen und diese empfehlen, wenn Interventionseffekte erst langfristig erwartet werden können (Labonte und Laverack 2001a). Auf der Grundlage dieser Vorarbeit (siehe Abschnitt »Theoretische/wissenschaftliche Grundlage«) entwickelte das IMSG mit dem KEQ-Fragebogen ein standardisiertes Erhebungsinstrument, mit dem die Gemeindekapazität als intermediärer Gesundheitsparameter durch die Angaben professioneller Akteurinnen und Akteure aus dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen sowie engagierter Bewohnerinnen und Bewohner gemessen werden kann. Für die Entwicklung von KEQ wurden neben einer Recherche in der internationalen Literatur unter anderem auch explorative Bewertungen durch neun

| | Hauptdimension | Subdimensionen | Kriterium (Beispiel) |
|-------------------|----------------------------|--|---|
| Gemeindekapazität | Bürgerbeteiligung | Ausmaß der Bürgerbeteiligung | Bewohnerinnen und Bewohner beteiligen sich an den gemeinschaftlichen Unternehmungen im Quartier. |
| | | Eigeninitiative der Bewohnerinnen und Bewohner | Bewohnerinnen und Bewohner ergreifen selbstständig die Initiative zur Lösung der von ihnen wahrgenommenen Probleme. |
| | | Förderung der Bürgerbeteiligung | Im Quartier werden bürgerschaftliches Engagement und Mitwirkung anerkannt und belohnt. |
| | Lokale Führung | Ausmaß lokaler Führung | Personen aus den zuständigen Ämtern und Einrichtungen ... setzen sich für die Entwicklung des Quartiers ein. |
| | | Soziale Kompetenzen der lokalen Führung | Die lokalen Führungspersonen motivieren die Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers, ihre Ideen und Projekte umzusetzen. |
| | | Steuerungskompetenzen der lokalen Führung | Die Zielerreichung von Aktivitäten im Quartier wird systematisch überprüft. |
| | Vorhandene Ressourcen | Materielle Ressourcen | Das Wohnumfeld im Quartier ... wird den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner gerecht. |
| | | Wissen und Informationen | Die Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers werden mit den eingesetzten Informationsmaterialien erreicht. |
| | | Soziale Ressourcen | Die Bewohnerinnen und Bewohner leben gern im Quartier. |
| | Vernetzung und Kooperation | Lokale Vernetzung und Kooperation | Die zuständigen Ämter und Behörden arbeiten mit lokalen Bündnissen zusammen. |
| | | Überlokale Vernetzung und Kooperation | Es gibt einen überregionalen Austausch und Vergleich von Erfahrungen der lokalen Akteurinnen und Akteure aus dem Quartier mit anderen Akteurinnen und Akteuren. |
| | | Qualität der Vernetzung und Kooperation | Die lokalen Kooperationspartnerinnen und -partner arbeiten effektiv und zielgerichtet zusammen. |
| | Gesundheitsversorgung* | Bereitstellung von Gesundheitsangeboten | Sozial- und Bildungseinrichtungen für das Quartier ... haben ausreichend gesundheitsfördernde Angebote. |

| | Hauptdimension | Subdimensionen | Kriterium (Beispiel) |
|-------------------|----------------|---|---|
| Gemeindekapazität | | Überwindung von Zugangsbarrieren | Über die Angebote der medizinischen Versorgung ... werden die Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers genügend informiert. |
| | | Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen | Es gibt ausreichend Angebote zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. |

* Vormals »Unterstützung der Bewohnerschaft«; geändert, um den Aspekt der versorgungsbezogenen Quartiersentwicklung explizit zu erfragen.

» Tab. 17: KEQ – Dimensionen der Gemeindekapazität (Auszüge aus dem KEQ-Fragebogen; mit freundlicher Genehmigung der Autoren)

Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis eingeholt. Da hierbei inhaltliche Überschneidungen zwischen den neun von Laverack und Labonte (2000) definierten Dimensionen der Gemeindekapazität identifiziert wurden, konnte das IMSG die Bestandteile des Konzepts während der Anpassung an deutsche Verhältnisse in fünf Dimensionen bündeln. Eine Weiterentwicklung des Instruments erfolgte nach dessen erstmaliger Erprobung im Jahr 2006, als zusätzliche Kriterien zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit im Quartier aufgenommen wurden und die Benennung der betreffenden Dimension entsprechend angepasst wurde (Nickel und Trojan 2009). Eine erneute Veränderung des Fragebogens wird vom IMSG aufgrund der Vergleichbarkeit zukünftiger Messungen mit bereits erhobenen Daten nicht vorgenommen. Eine Reduktion des Umfangs des Instruments sowie die Publikation unterstützender Materialien wird jedoch angestrebt.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

KEQ wurde entwickelt, um die »Strukturen und Kapazitäten für Gesundheitsförderung [capacity building] abzubilden« (Mossakowski et al. 2007, S. 82). Entsprechend ist es das vorrangige Ziel jeder Befragung mit KEQ, die Gemeindekapazität zu mes-

sen, wodurch zeitliche und örtliche Vergleiche ermöglicht werden. Neben ihrer primären Zielsetzung, die Strukturqualität innerhalb von Kommunen/Städteilen abzubilden, kann KEQ auch für die Planungs- und Ergebnisqualität genutzt werden. So lassen sich mit dem Fragebogen Ansatzpunkte für einen Prozess der kontinuierlichen Quartiersentwicklung identifizieren (Nickel und Trojan 2009), die in der Interventionsplanung berücksichtigt werden können. Ebenso lässt sich eine Steigerung der Gemeindekapazität als überprüfbares Ziel definieren, deren Erreichung ein intermediärer Parameter der Ergebnisqualität sein kann.

Aufbau, Elemente

Mit dem standardisierten Fragebogen nehmen die im Setting Kommune/Stadteil engagierten professionellen Akteurinnen und Akteure aus dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen sowie sozial engagierte Bewohnerinnen und Bewohner eine Bewertung ihres Sozialraums vor. In diesem Selbstbeurteilungsverfahren werden fünf Dimensionen der Gemeindekapazität erhoben (siehe Tabelle 17), die jeweils in zwei bzw. drei Subdimensionen aus mehreren geschlossenen Fragen untergliedert sind. Diese insgesamt 51 Items des Fragebogens werden auf einer Fünf-Punkte-Skala von »(fast) nicht erfüllt« bis »(fast) völlig erfüllt« oder alternativ mit

»kann ich nicht beurteilen« beantwortet. In offenen Fragen sollen die jeweiligen Angaben durch Beispiele und Begründungen ergänzt werden.

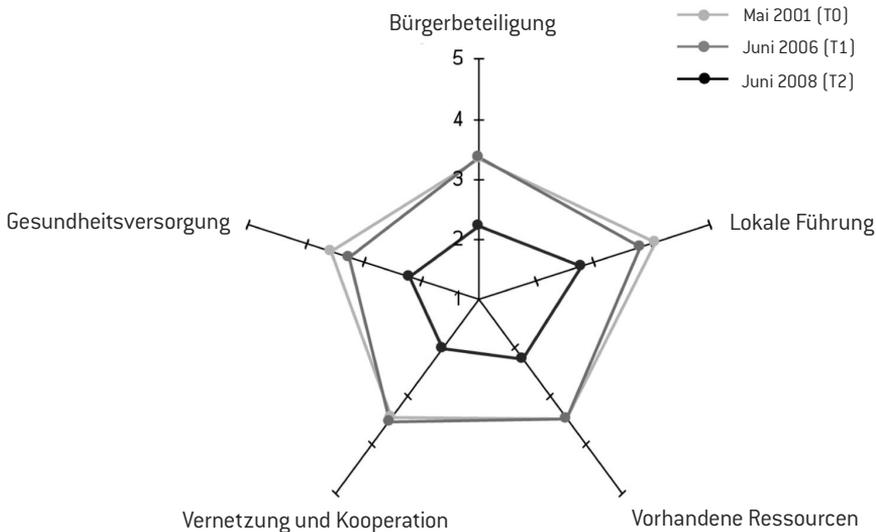
Während die einmalige Befragung mit KEQ für eine Bestandsaufnahme der vorliegenden Strukturen und Kapazitäten im Quartier geeignet ist, kann die Kapazitätsentwicklung erst durch die mehrmalige Anwendung des Instruments abgebildet werden. Hierzu werden die Befragungsergebnisse von mindestens zwei Erhebungen gegenübergestellt, und es wird die Veränderung der Gemeindekapazität für jede der fünf Dimensionen berechnet. Ein mindestens zu erzielender Effekt, der als allgemeines Erfolgskriterium einer strukturbezogenen Intervention betrachtet werden könnte, wird hierbei nicht zugrunde gelegt, da die Veränderung der örtlichen Kapazitätswerte im Zentrum der Betrachtung steht. Entsprechende Veränderungsmessungen können auch dazu genutzt werden, Empfehlungen zur gezielten Weiterentwicklung des Quartiers abzuleiten und Handlungsfelder zu identifizieren, die mit und durch die Bewohnerschaft zu gestalten sind. Darüber hinaus eignet sich das Instrument auch für den Vergleich der Gemeindekapazität in unterschiedlichen Quartieren (Nickel und Trojan 2009).

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Der KEQ-Fragebogen sowie unterstützende Materialien zur Durchführung, Auswertung und Dokumentation von zukünftigen Befragungen sind auf der Website des IMMSG frei zugänglich. Nach Wunsch der Entwicklerinnen und Entwickler sollte der Einsatz von KEQ jedoch in Absprache mit und/oder unter Beteiligung des IMMSG erfolgen, um neue Erkenntnisse und Erfahrungen mit dem Instrument gegebenenfalls im Endbericht des Forschungsprojekts berücksichtigen zu können. Das IMMSG arbeitet eng mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort zusammen und berät diese bei der Vorbereitung der Erhebungen. Sind die angestrebten Messzeitpunkte in ihrer An-

zahl festgelegt und terminiert, unterstützt es die örtlichen Partnerinnen und Partner auch mit Vorschlägen für die Auswahl der Befragungspersonen. Nach der schriftlich-standardisierten Befragung erfolgt eine Datenanalyse, deren Ergebnisse in Stadtteilgremien präsentiert werden und/oder in Handlungsempfehlungen münden (Nickel und Trojan 2009). Zum Prozess der Kapazitätsentwicklung gehört außerdem ein kontinuierlicher Austauschprozess unter den beteiligten Akteurinnen und Akteuren innerhalb des betreffenden Quartiers, in dem die Förderung der Gemeindekapazität geplant und reflektiert wird. Dieser Kreis sollte nach Angabe der Entwicklerinnen und Entwickler bereits zu Beginn mindestens rudimentär vernetzt sein und so viele Schlüsselpersonen umschließen, dass circa 20 bis 30 Fragebogen für eine spätere Auswertung erwartet werden können. Ein Quartiersmanagement oder ein Stadtteilbeirat ist hierbei keine Voraussetzung, aber eine förderliche Struktur, um die Prozessbeteiligten identifizieren und erreichen zu können.

Ergebnisse aus Befragungen mit KEQ (siehe Abschnitt »Nutzung, Nutzen und Wirkungen«) werden unter anderem als Spinnennetzdiagramme dargestellt, in denen die von eins bis fünf Punkten reichenden Mittelwerte jeder Dimension auf einer jeweils eigenen Achse aufzutragen sind (1 = »[fast] nicht erfüllt« bis 5 = »[fast] völlig erfüllt«). Abbildung 18 zeigt ein solches Netzdiagramm, in dem die Gemeindekapazität der Hamburger Lenzsiedlung zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten abgebildet ist. Hiernach schätzen die örtlichen Vertreterinnen und Vertreter aus dem Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen die fünf Dimensionen der Gemeindekapazität im Jahr 2001 (retrospektiv) jeweils geringer ein als im ersten Befragungsjahr 2006. Leichte Steigerungen in drei Dimensionen werden aber auch im Vergleich der beiden Erhebungen aus den Jahren 2006 und 2008 deutlich, obwohl die Programmaktivitäten in diesem Zeitraum reduziert werden mussten



» Abb. 18: Beispiel für die Darstellung der Kapazitätsentwicklung im Quartier: Die Gemeindekapazität der Hamburger Lenzsiedlung im Zeitverlauf (Nickel und Trojan 2009)

(Nickel und Trojan 2009). Innerhalb der Dimensionen der Bürgerbeteiligung sowie der Vernetzung und Kooperation wurden hingegen geringfügige Rückgänge verzeichnet.

Soll eine solche Analyse der Kapazitätsentwicklung durchgeführt werden, ist zu klären, wie die Vergleichbarkeit der gegenübergestellten Messungen gewährleistet werden kann. Hierbei ist insbesondere sicherzustellen, dass die Gemeindekapazität zu allen Vergleichszeitpunkten möglichst durch den gleichen Personenkreis bewertet wird, da eine Interpretation der beobachteten Messwerte ansonsten durch interindividuelle Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung erheblich erschwert werden kann. Für die Durchführung einer Messreihe kann daher eine wissenschaftliche Unterstützung hilfreich sein (siehe Abschnitt »Voraussetzungen für die Nutzung«).

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

KEQ ist eines der wenigen Instrumente, mit denen Parameter der Strukturqualität und deren Entwicklung erhoben werden können. Ihr liegt mit dem Konstrukt der Gemeindekapazität ein Verständnis von Qualität zugrunde, in dem davon ausgegangen wird, dass nachhaltige gesundheitliche Effekte dann ermöglicht werden, wenn innerhalb der Kommune bzw. des Stadtteils strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, die es der Bewohnerschaft ermöglichen, selbst die Kontrolle über ihre eigene Gesundheit und deren Determinanten zu gewinnen (Nickel und Trojan 2009). Die Gemeindekapazität bzw. ihre Förderung oder Entwicklung steht daher auch in engem Zusammenhang mit dem Gemeinde-Empowerment (Laverack 2008, Trojan und Nickel 2008). So wurden die neun ursprünglich von Laverack und

Labonte (2000, 2001a, 2001b) benannten Dimensionen der Gemeindegapazität³⁵ mit dem Ziel formuliert, die organisationsbezogenen Bereiche des Gemeinde-Empowerments zu benennen und diese von seinen sozialen Elementen, wie etwa der Verbundenheit mit der Gemeinde/Gruppe und dem Sozialkapital, abzugrenzen. Während in den folgenden Arbeiten der Autoren zur Kapazitätsentwicklung der Prozess der Strukturbildung im Vordergrund steht (Laverack und Labonte, 2001a, 2001b) und deren Erhebung mittels unterschiedlicher Ansätze der qualitativen Sozialforschung empfohlen wird (Labonte und Laverack 2001b), nutzen Nickel und Trojan (2009) das Konzept vorrangig für die Messung wahrgenommener struktureller Veränderungen und entwickelten daher einen standardisierten Fragebogen zur Kapazitätsentwicklung im Quartier.

Die Nutzung dieses Erhebungsinstruments kann durch eine vorläufige Überprüfung seiner psychometrischen Eigenschaften gerechtfertigt werden (Mossakowski et al. 2007). Genauere Angaben zu der Berücksichtigung wissenschaftlicher Gütekriterien wurden aufgrund der bisher nur geringen Fallzahlen jedoch noch nicht publiziert. Im IMSG liegen aber interne Arbeitspapiere vor, in denen die Praktikabilität und Reliabilität des Instruments auf der Basis von 27 Fällen beschrieben sind (Nickel, o. J.). Hierin ist etwa beschrieben, dass vier der fünf Hauptdimensionen eine mindestens mittlere interne Konsistenz aufweisen (Cronbachs Alpha $\geq 0,80$; vgl. Raithele 2008).

Während zur Testgüte weitere Daten gesammelt werden, sollten die Ergebnisse aus KEQ – wie bei jedem Verfahren zur Selbstbewertung – aber auch dahingehend reflektiert werden, dass die teilnehmen-

den Akteurinnen und Akteure eine unter Umständen retrospektive Bewertung ihres eigenen Arbeitsumfelds vornehmen. Eine entsprechende Limitation des Instruments könnte dadurch aufgewogen werden, dass auch ausgewählte Bewohnerinnen und Bewohner in die Erhebung einbezogen werden, wobei sich dies jedoch in den bisherigen Anwendungen als unpraktikabel erwiesen hat (Mossakowski et al. 2007). – Eine Orientierung an Qualitätsmanagementsystemen geht aus der Literatur zu KEQ nicht hervor und wird auch von den Entwicklerinnen und Entwicklern verneint.

Einsatzmöglichkeiten

KEQ wurde für die Begleitung intersektoral angelegter Gesundheitsförderungsprogramme im Setting Kommune/Stadtteil entwickelt und kann dementsprechend nicht durch eine einzelne Institution allein genutzt werden. Stattdessen wird das Netzwerk verschiedener, zuvor ausgewählter Personen im Quartier zu mehreren Zeitpunkten befragt, um Veränderungen der vorliegenden Strukturen aufdecken zu können. Obwohl das Instrument auch für den Vergleich mehrerer Quartiere eingesetzt werden kann, steht eine »kontinuierliche Fortschrittsmessung, die den Prozess der Gesundheitsförderung in einem Gemeinwesen anleiten und steuern soll« (Nickel und Trojan 2009, S. 288), im Vordergrund der Anwendung von KEQ. Hierbei können die gewonnenen Erkenntnisse Ausgangspunkt für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess – die Kapazitätsentwicklung – sein, da sie den verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren helfen, die Stärken und Schwächen ihres Quartiers zu erkennen. Entsprechend wird KEQ als Bestandteil von Quartiersdiagnosen (Mossakowski

35 Dimensionen der Gemeindegapazität nach Laverack und Labonte (2000) in der Übersetzung von Laverack (2008): Partizipation, Führungsqualitäten, organisatorische Strukturen, Problemanalyse, Mobilisierung von Ressourcen, kritisches Bewusstsein, Vernetzung mit anderen Akteurinnen/Akteuren, Beziehung zu Auftraggebern und Expertinnen/Experten, Programmdurchführung.

et al. 2007) vor allem in den Projektphasen der Problemdefinition und Strategieformulierung sowie zur Veränderungsmessung eingesetzt. Dabei ist das Instrument nach Angabe der Entwicklerinnen und Entwickler nicht auf den Einsatz in benachteiligten Quartieren beschränkt, jedoch besonders zu diesem Zweck geeignet. Weitere Einsatzmöglichkeiten sind in Form von thematischen Anpassungen an quartiersbezogene Interventionsprogramme möglich. So wurde KEQ nach Angabe der Entwicklerinnen und Entwickler in Berlin-Marzahn mit besonderem Fokus auf die Förderung körperlicher Aktivität angewandt.

Zielgruppe(n)

KEQ richtet sich als Selbstbewertungsverfahren an alle relevanten Akteurinnen und Akteure aus dem Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich. Die Befragung innerhalb des Quartiers kann jede entsprechende Institution organisieren oder – dem Konzept der Kapazitätsentwicklung gemäß – anstoßen und gemeinsam mit anderen Organisationen umsetzen. In Quartieren mit Einrichtungen der sozialen Stadtteilentwicklung bzw. mit Quartiersmanagement können diese lokalen Instanzen ihre Verbindungen zu den jeweiligen Akteurinnen und Akteuren für die Durchführung der Befragung nutzen und Trägerinnen bzw. Träger der Programmaktivitäten sein. Zur Zielgruppe des Instruments gehören aber auch die kommunalen Instanzen der Verwaltung, die KEQ für die integrierte Gesundheitsberichterstattung einsetzen und als Grundlage für quartiersbezogene politische Entscheidungen nutzen können. So war beispielsweise das Gesundheitsamt Hamburg-Eimsbüttel stark in die Kapazitätsentwicklung innerhalb der Lenzsiedlung involviert. Da KEQ außerdem den Einbezug aktiver Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Stadtteil vorsieht, gehören auch diese explizit zur Zielgruppe des Instruments (Nickel und Trojan 2009). Weniger Erfahrung konnte hingegen in Bezug auf die Zielgruppe der Geldgeber gewonnen werden,

obwohl dies nach Angabe der Entwicklerinnen und Entwickler denkbar und wünschenswert ist. Handlungsempfehlungen auf Basis von KEQ wurden aber bereits in der Bezirkspolitik und bei Anträgen bei potenziellen Förderstellen genutzt (Mossakowski et al. 2007).

Voraussetzungen für die Nutzung

Für eine Nutzung von KEQ wird von Nickel und Trojan (2009) eine Bevölkerungsgröße von circa 3000 Einwohnerinnen und Einwohnern vorausgesetzt. Ebenso sollte vor einer Nutzung des Instruments auch reflektiert werden, ob genügend Akteurinnen und Akteure sowie die Bewohnerschaft in einem gemeinsamen Prozess der Quartiersentwicklung engagiert sind und mit dem Fragebogen zur Kapazitätsentwicklung erreicht werden können. Um diesen ausfüllen zu können, sind gute Kenntnisse der Aktivitäten im Stadtteil, dessen Strukturen sowie der ihn kennzeichnenden Kooperationen, Probleme und Ressourcen notwendig. Diese Anforderung kann insbesondere die Einbindung von Bewohnerinnen und Bewohnern erschweren, die sich zum Teil nicht kompetent genug für die Beantwortung der Fragen fühlen (Trojan und Nickel 2008).

Außer der Teilnahme an der Befragung erfordert ein Prozess der Kapazitätsentwicklung die Bereitschaft aller relevanten Akteurinnen und Akteure, sich über den Entwicklungsstand des Quartiers im Allgemeinen und die Befragungsergebnisse im Besonderen auszutauschen, die eigene Zusammenarbeit zu reflektieren, hierbei Stärken und Schwächen zu diskutieren und sich für die Weiterentwicklung des Quartiers zu engagieren. Statistische Vorkenntnisse und/oder eine wissenschaftliche Begleitung beim Einsatz von KEQ werden nicht zwingend vorausgesetzt, aber von den Entwicklerinnen und Entwicklern empfohlen, wobei eine Kontaktaufnahme mit dem IMSG gewünscht ist.

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung

Auch bei guter Kenntnis der Strukturen und Kompetenzen im Stadtteil dauert die Beantwortung des KEQ-Fragebogens bis zu 60 Minuten (Nickel, o. J.), was von den Entwicklerinnen und Entwicklern vor allem auf die Anzahl der offen zu beantwortenden Fragen zurückgeführt wird. Ein weiterer Aufwand für die Organisatoren der Befragung besteht in der Identifizierung geeigneter Befragungspersonen und in der Motivation für die Teilnahme an der Befragung. Eine Liste relevanter Schlüsselpersonen kann hierzu auf der Website des IMSG heruntergeladen werden. Darüber hinaus ist mit der Datenerhebung und -analyse ein personeller und methodischer Aufwand verbunden, der mit der Anzahl veranschlagter Messzeitpunkte variiert. Dennoch verdeutlichen die bisherigen Erkenntnisse aus der mittlerweile elfmaligen Anwendung von KEQ, dass die Kapazitätsentwicklung im Stadtteil auf der Basis von circa 20 bis 30 Fällen bestimmt werden kann. Nach Einschätzung der Entwicklerinnen und Entwickler ist eine Datenauswertung daher und mithilfe der bisher unpublizierten Materialien auch ohne statistische Vorkenntnisse möglich. Aus den wissenschaftlich durchgeführten Befragungen ist außerdem bekannt, dass Rücklaufquoten von 36 bis 56% erreicht werden können, wenn ein Erinnerungsschreiben circa drei Wochen nach dem ersten Versand des KEQ-Fragebogens folgt. Weiterhin konnten in telefonischen Befragungen der Nonresponder auch Gründe für das Ausbleiben einer Antwort ermittelt werden. Hierzu zählt neben mangelnder Erreichbarkeit vor allem auch die Selbsteinschätzung der Nichtteilnehmerinnen und -teilnehmer, nicht genügend allgemeine Informationen zu haben (Trojan und Nickel 2009).

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

KEQ wird seit dem Jahr 2006 in Forschungsprojekten unter Leitung des IMSG erprobt und wurde bisher

in sechs großstädtischen Quartieren zur Erhebung der Gemeindekapazität bzw. der Kapazitätsentwicklung eingesetzt. Die ersten Erhebungen wurden bei der wissenschaftlichen Begleitung der gesundheitsfördernden Initiativen in der Hamburger Lenzsiedlung im Rahmen des runden Tisches genutzt (siehe Abbildung 8 auf Seite 135). Bis 2009 folgten Messungen in vier weiteren Quartieren Hamburgs sowie in der Berliner Bezirksregion Marzahn-Nord, die die Übertragbarkeit des Instruments auf andere Kontexte belegen. So konnten die mit KEQ erhobenen Daten nicht nur zur Abbildung der Entwicklung innerhalb eines Quartiers, sondern auch zum Vergleich verschiedener Stadtteile in unterschiedlichen Phasen der Quartiersentwicklung genutzt werden (Nickel und Trojan 2009). Die in die Transfertests eingeschlossenen Quartiere zeichnen sich jedoch einheitlich durch einen hohen Anteil sozial benachteiligter Bewohnerinnen und Bewohner sowie durch die Teilnahme am Bund-Länder-Programm Soziale Stadt bzw. ähnlicher Initiativen aus (Nickel und Trojan 2009), sodass die bisher gesammelten Erfahrungen auf entsprechende Regionen begrenzt bleiben. Innerhalb der letzten zwölf Monate wurde KEQ nach Angabe der Entwicklerinnen und Entwickler ausschließlich für Wiederholungsbefragungen in vier der oben angegebenen Quartiere eingesetzt.

Nutzen für die Anwenderinnen und Anwender

Bereits bei einmaliger Anwendung von KEQ lassen sich Ansatzpunkte für eine gezielte Weiterentwicklung der Arbeit im Setting Kommune/Stadtteil identifizieren (Nickel und Trojan 2009). So wurde beispielsweise durch die erstmalige Erhebung der Gemeindekapazität in der Lenzsiedlung deutlich, dass die dort bestehenden Aktivitäten unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure zur Förderung der Männergesundheit gebündelt und für neue Teilnehmer geöffnet werden sollten. Ebenso konnte mit KEQ eine unzureichende Finanzierung der dortigen Programmaktivi-

täten aufgezeigt und in Form einer Handlungsempfehlung auch gegenüber der Politik sowie fördernder Stellen kommuniziert werden (Mossakowski et al. 2007).

Bei mehrmaliger Anwendung des Instruments und/oder durch eine zusätzliche retrospektive Befragung ist es außerdem möglich, die Veränderung des Quartiers in den fünf mit KEQ untersuchten Dimensionen der Kapazitätsentwicklung abzubilden. Hierdurch wird es für Anwenderinnen und Anwender nicht nur möglich, neue Bedarfe zu identifizieren, sondern auch zu überprüfen, ob angestrebte Veränderungsprozesse tatsächlich eingetreten sind, andauern oder auch stagnieren. Ein weiterer Nutzen des Instruments für Anwenderinnen und Anwender kann darin bestehen, die Kapazitätsentwicklung innerhalb des eigenen Quartiers mit der in anderen Stadtteilen zu vergleichen (Nickel und Trojan 2009). Dies kann auch ein Anlass dafür sein, sich mit externen Kolleginnen und Kollegen über erfolgreiche Strategien der Kapazitätsentwicklung auszutauschen. In jedem Fall bietet die Messung der Gemeindegemeindekapazität aber eine Gelegenheit dafür, sich innerhalb des eigenen Quartiers mit möglichst vielen Mitarbeitenden auf Basis einer standardisierten Bewertung über den Entwicklungsstand des Stadtteils auszutauschen.

Wirkungen

KEQ wurde entwickelt, um Veränderungen der Gemeindegemeindekapazität im zeitlichen Verlauf abbilden zu können. So lässt sich mit dem Instrument zum Teil auch im Vergleich mit anderen Stadtteilen kontrollieren, ob eine Strukturbildung im Quartier erreicht werden konnte. Inwiefern sich die Kapazitätsentwicklung aber auf komplexe Interventionen im Setting Kommune/Stadtteil zurückführen lässt, das heißt, in welchem Maße sie deren Wirkung beschreiben kann, wird zurzeit jedoch noch diskutiert (Trojan und Nickel 2009). Dabei wird den Messungen mit

KEQ einerseits ein großes Potenzial als intermediärer Erfolgsindikator zugeschrieben, mit dem die Wirkung multimodaler Gesundheitsprogramme erhoben werden kann. Andererseits liegen bisher keine Ergebnisse vor, die den Zusammenhang der Kapazitätsentwicklung mit gesundheitlichen Endpunkten belegen. Nickel und Trojan (2009) betonen daher die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen, um KEQ auch zu Zwecken der Evaluation nutzen zu können. Hierzu zählt beispielsweise die Anwendung des Instruments in Quartieren aus ländlichen Regionen, solchen mit einer Bevölkerungsgröße unter 3000 Einwohnerinnen und Einwohnern, solchen ohne Teilnahme an Programmen der Städtebauförderung und Quartiersentwicklung und jenen mit höherem Sozialstatus. Dennoch hatte die Entwicklung von KEQ bereits Auswirkungen auf die Formulierung weiterer Qualitätsinstrumente. So wird die Quartiersdiagnose mit KEQ im Rahmen der »Gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung« (Bär, Böhme und Reimann 2009, siehe S. 131) als Beispiel guter Praxis für stadtteilbezogene Gesundheitsberichte angeführt. Darüber hinaus wird das Capacity Building auch in der Schritt-für-Schritt-Anleitung der »Gemeindenahen Gesundheitsförderung« zu Partnerschaften und Strukturen thematisiert (Loss, Seibold, Eichhorn und Nagel 2008a; siehe S. 140).

Ausblick/Perspektiven

Während die inhaltliche Entwicklung des Instruments als abgeschlossen gilt, wird zurzeit eine Reduktion des Umfangs der enthaltenen Fragen diskutiert. Eventuell werden hierzu einige der offen formulierten KEQ-Items eliminiert. Außerdem sollen die zwischenzeitlich gesammelten Daten für eine umfassendere psychometrische Untersuchung herangezogen werden. Angestrebt wird, die psychometrische Beschreibung von KEQ gemeinsam mit einer Dokumentation der Interventionen in der Lenzsiedlung in Buchform zu publizieren, wobei auch weitere Instru-

mente und Fragen der kleinräumigen Gesundheitsberichterstattung zum Gegenstand werden sollen. Die erste Fassung einer Handreichung (Fragebogen, Liste potenzieller Interviewpartnerinnen und -partner, Musteranschreiben, SPSS-Auswertungssyntax, Beispielbericht mit Foliensatz) wurde bereits auf der Website des IMSG online gestellt (siehe unten).

Die Projektaktivitäten des IMSG konzentrierten sich bis Februar 2012 auf unterschiedliche Folgebefragungen mit KEQ. Danach sollen die oben angeführten Publikationsvorhaben innerhalb der folgenden zwölf Monate umgesetzt werden. Begonnen werden soll in diesem Zeitraum auch eine Messreihe in vergleichsweise ländlicheren Regionen, wofür nach Angabe der Entwicklerinnen und Entwickler bereits mehrere Anfragen bestehen.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 242.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Nickel, S., Trojan, A. (2009): Zur Messung von Kapazitätsentwicklung im Quartier: Konzepte, Methode, Erfahrungen. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 279–293. Bern: Huber.

Materialien zum Erhebungsinstrument sind verfügbar unter http://www.uke.de/institute/medizinsoziologie/index_28299.php. Zugriff am 25.10.2011.

Schritt-für-Schritt-Anleitungen für die gemeindenahere Gesundheitsförderung

Kurzfassung

Die »Schritt-für-Schritt-Anleitungen für Gesundheitsförderer« wurden als Orientierungshilfe für die systematische Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen im Setting Kommune/Stadtteil entwickelt. Es handelt

sich um drei schriftliche Anleitungen, die in einer Kooperation zwischen dem Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth und dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit entstanden sind. Während im ersten Band die Planung eines zehnschrittigen Gesundheitsförderungsprozesses beschrieben und angeleitet wird, werden mit dem Aufbau und der Aufrechterhaltung von Strukturen und Partnerschaften einerseits sowie unterschiedlichen Evaluationsformen andererseits zwei dieser Schritte in weiteren Bänden ausgeführt. Ziel der Anleitungen ist es, Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil bei der systematischen Umsetzung von Projekten zu unterstützen.

Hintergrund

In einer Publikation zu den wissenschaftlichen Grundlagen der »community-based health promotion« wurde die »gemeindenahere Gesundheitsförderung« (Loss, Eichhorn, Gehlert, Donhauser, Wise und Nagel 2007a) zunächst als deutschsprachige Übersetzung des international verwendeten Begriffs für die Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil eingeführt. In der Publikation wird auf Basis der internationalen Literatur zur gemeindenaheren Gesundheitsförderung sowie eines Diskurses zwischen Akteurinnen und Akteuren aus dem In- und Ausland ein »Rahmenprogramm« (Loss et al. 2007a, S. 77) aus unterschiedlichen Evaluationsformen und nach Qualitätsdimensionen differenzierten Kriterien entwickelt, das als Grundlage für die Qualitätssicherung im Setting dienen kann.

Nach einer ersten Erprobung bei der Evaluation des Gesundheitsförderungsprogramms »Gesundes Karlshuld« wurde dieses Rahmenprogramm zu einem Qualitätssicherungsinstrument weiterentwickelt, das einen Indikatorenkatalog für die Konzept-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität enthält und

in Form von Berichtsformularen in der Gesundheitsinitiative »Gesund.Leben.Bayern« Anwendung findet (Loss, Eichhorn, Reisig, Wildner und Nagel 2007b). Parallel zu der Entwicklung dieses landesspezifischen Instruments wurde das Rahmenprogramm auch als Grundlage genutzt, um eine systematische Vorgehensweise für die gemeindenahen Gesundheitsförderung in den Schritt-für-Schritt-Anleitungen zu beschreiben, die qualitätsorientierte Gesundheitsförderungsprozesse auch in Kommunen und Stadtteilen außerhalb Bayerns erleichtern können. Ausgangspunkt war hierbei die Projekterfahrung, dass die Teilnahme an Förderprogrammen und das Bemühen, den dort angesetzten Qualitäts- bzw. Förderkriterien zu entsprechen, eine Herausforderung für Praktikerinnen und Praktiker sein kann (Loss et al. 2007a).

Nach der Publikation der ersten beiden Bände im Jahr 2008 erschien 2010 mit der Anleitung zur Evaluation der bisher letzte Band der Materialien für die gemeindenahen Gesundheitsförderung. Eine Erweiterung der Reihe ist bisher nicht geplant.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Als Interventionsstrategie hat die gemeindenahen Gesundheitsförderung »das Ziel, das Interesse der Bevölkerung für Gesundheitsfragen in ihrem Lebensraum zu wecken und verschiedene präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen auf Gemeindeebene umzusetzen« (Loss et al. 2007a, S. 78). Die Schritt-für-Schritt-Anleitungen sollen dazu dienen, entsprechende Umsetzungen zu systematisieren, wobei die Konzept-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil berücksichtigt wird.

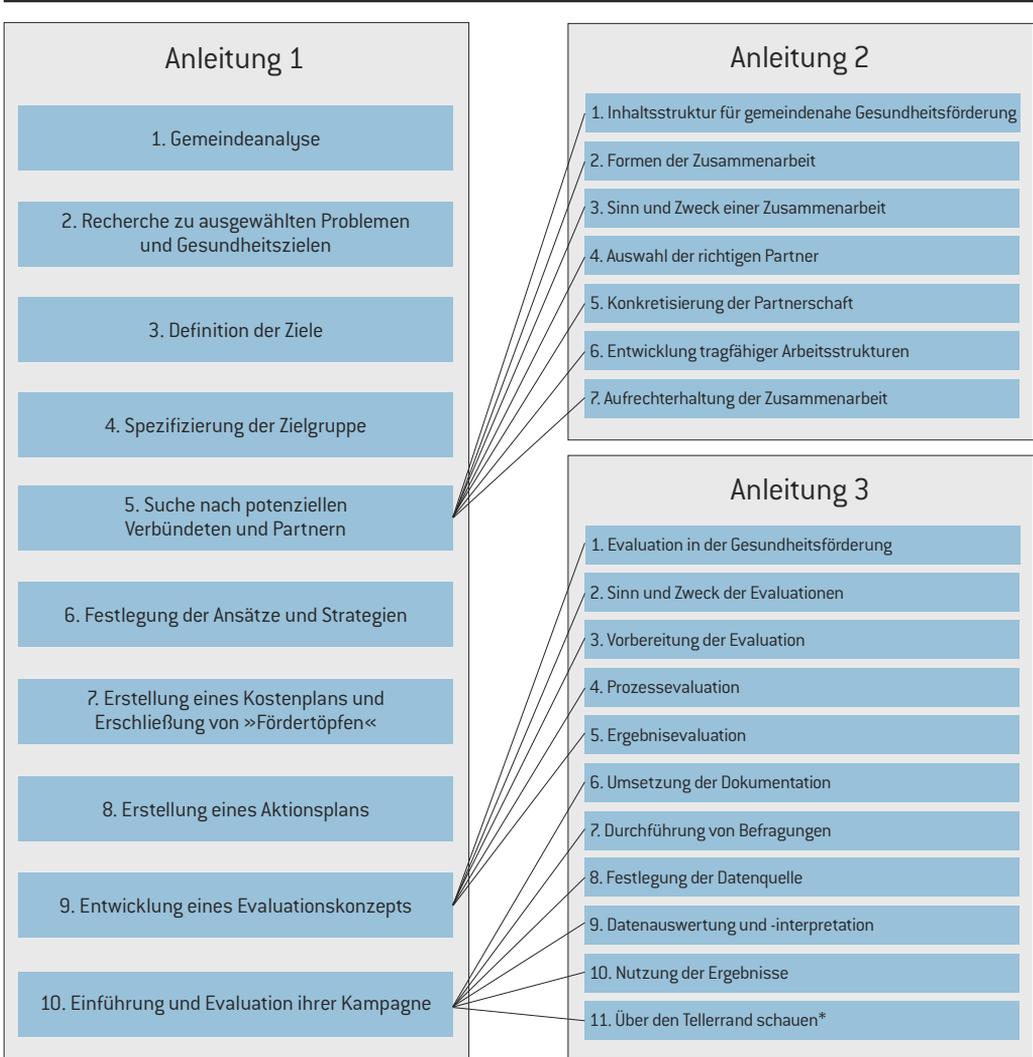
Aufbau/Elemente

In der ersten der drei Anleitungen wird die Planung eines zehnschrittigen Gesundheitsförderungsprozesses beschrieben (siehe Abbildung 19 auf Seite 142). Jeder einzelne Schritt ist auf ungefähr zwei bis drei Seiten zusammengefasst, die Orientierung für eine systematische Vorgehensweise bieten. Je Arbeitsschritt werden Informationen bereitgestellt und durch praktische Beispiele illustriert. Daraufhin wird mit konkreten Anleitungen zur eigenständigen Erarbeitung der entsprechenden Aufgabe aufgefordert und mit Checklisten eine Möglichkeit eröffnet, die eigene Vorgehensweise abschließend selbst zu überprüfen. So wird die Leserin bzw. der Leser beispielsweise anhand der SMART-Kriterien³⁶ mit der Definition von Zielen vertraut gemacht, danach aufgefordert, diese selbst bei der Entwicklung eines »Zielbaums« aus Ober- und Unterzielen umzusetzen und dann mit der Checkliste zur Zieldefinition zu überprüfen (Loss, Seibold, Eichhorn und Nagel 2008a).

Durch die zweite und dritte Schritt-für-Schritt-Anleitung werden über die Planung (Konzeptqualität) der gemeindenahen Gesundheitsförderung hinaus besonders wichtige Arbeitsschritte näher gekennzeichnet (siehe Abbildung 19).

So knüpft die zweite Anleitung an den fünften Arbeitsschritt »Suche nach potenziellen Verbündeten und Partnern« an und führt diesen Aspekt der Strukturqualität unter anderem mit Möglichkeiten zur Auswahl der richtigen Partnerinnen und Partner, unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit sowie Wegen zur langfristigen Aufrechterhaltung bestehender Partnerschaften aus. Die Schritte 9 und 10 zur Entwicklung bzw. Durchführung einer Evaluation werden in der dritten Anleitung (Loss, Seibold, Eich-

36 SMART: Spezifisch, Messbar, Anspruchsvoll, Realistisch, Terminiert.



* Hierin sind Methoden der qualitativen Evaluation beschrieben.

>> Abb. 19: Gliederung der Schritt-für-Schritt-Anleitungen der gemeindenahen Gesundheitsförderung (in Anlehnung an Loss et al. 2008a, 2008b, 2010)

horn und Nagel 2010) detailliert ausgeführt. Sie enthält die Beschreibung qualitativer und quantitativer Erhebungsverfahren zur Bestimmung der Prozess- und Ergebnisqualität sowie konkrete Hinweise dazu, wie eine eigene Untersuchung organisiert, ausgewertet und für die weitere Arbeit genutzt werden kann. In allen drei Anleitungen erhalten Praktikerinnen und Praktiker Empfehlungen zu einer gezielten Verbesserung eigener Aktivitäten, die sie selbst anhand der beigefügten Checklisten überprüfen können.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Mit den zehn Arbeitsschritten aus der ersten Anleitung zur Planung und Umsetzung gemeindenaher Gesundheitsförderung wird ein umfassender Gesundheitsförderungsprozess beschrieben und begleitet. Ebenso können aber auch einzelne Schritte der Anleitung in die Projektarbeit bestehender Interventionen eingearbeitet werden. Welche Institutionen und Gruppen innerhalb der Kommune bzw. des Stadtteils am Prozess beteiligt werden sollten, kann anhand des Verfahrens vor Ort erörtert werden. Zu den potenziellen Partnern zählen neben den Instanzen der kommunalen Verwaltung, Institutionen und Einrichtungen (zum Beispiel Schulen oder Sportvereine) auch informelle Gemeindeorganisationen (zum Beispiel Selbsthilfegruppen, Elternverbände) sowie Vertreterinnen und Vertreter der lokalen Wirtschaft (zum Beispiel Einzelhandel, Gaststättengewerbe) und der medizinischen Versorgung (Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken). Besonders hervorgehoben wird die Beteiligung kommunaler Gesundheitskonferenzen (Loss et al. 2007a) sowie örtlicher Gesundheitsämter (Loss, Seibold, Eichhorn und Nagel 2008b). Darüber hinaus wird auch die Partizipation der Gemeindeglieder am gesamten Prozessablauf sowie die Förderung hierfür notwendiger Kompetenzen (Empowerment) innerhalb der gemeindenahen Gesundheitsförderung berücksichtigt. Gleichzeitig wird die Umsetzung der WHO-Vision von einer Le-

benswelt, die gänzlich durch die Gemeindeglieder bestimmt wird, jedoch auch kritisch reflektiert (Loss et al. 2007a).

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Die gemeindenaher Gesundheitsförderung wurde auf der Grundlage international anerkannter Modelle (exemplarisch Green und Kreuter 1991, Nutbeam 1998, Prochaska, DiClemente und Norcross 1992) sowie Erfahrungen aus Gemeindeentwicklung und Gesundheitsförderung (exemplarisch Bracht und Kingsbury 1990, Loss, Lang, Ultsch, Eichhorn und Nagel 2006, Plümer und Trojan 2004) entwickelt, die mit Akteurinnen und Akteuren aus dem In- und Ausland diskutiert wurden (Loss et al. 2007a). Diese theoretische Grundlage wurde daraufhin in einem »Rahmenprogramm zur Evaluation gemeindenaher Gesundheitsförderung« (Loss et al. 2007a, S. 77) zusammengefasst, in dem drei Formen der Evaluation voneinander unterschieden und durch Qualitätskriterien konkretisiert werden:

- Kennzeichen der Konzeptqualität, wie der Bezug zu Bedarfsanalysen, die Definition von Zielen und Zielgruppen sowie die Beschaffenheit vorliegender Materialien und bereits entwickelter Botschaften, werden im Rahmen der sogenannten Strategieevaluation bewertet. Der hierfür vorgeschlagene Kriterienkatalog sieht mit der »Gemeindeanalyse«, »Festlegung von Organisationsstrukturen«, »Prioritäten- und Zielsetzung« und der »Entwicklung einer umfassenden, mehrdimensionalen Strategie« vier jeweils unterschiedlich stark ausdifferenzierte Oberkategorien vor (Loss et al. 2007b, 82).
- Zur Bestimmung der Prozessqualität wird geprüft, ob die Intervention entsprechend der zuvor formulierten Strategie umgesetzt wird, ob die anvisierte Zielgruppe erreicht werden kann und die Intervention akzeptiert wird. Auch die Dokumentation auftretender Probleme im zeitlichen Ablauf, der Finan-

zierung u.Ä. wird im Rahmen der Prozessevaluation dokumentiert. Als weiterer Bestandteil der Prozessevaluation werden außerdem Indikatoren der Strukturqualität wie die Personal- und Sachausstattung, Qualifikationen und professionsübergreifende Kooperationen angeführt.

- Die Ergebnisqualität einer Intervention der gemeindenahen Gesundheitsförderung wird anhand der vorab definierten Ziele bestimmt und entscheidet über die Notwendigkeit eines Strategiewechsels oder von Modifikationen. Für die Messung der Ergebnisqualität sieht die gemeindenahe Gesundheitsförderung eine Unterscheidung von der individuellen und der Gemeindeebene vor. Letztere wird in vier Kategorien unterteilt, die jeweils in mehrere Dimensionen ausdifferenziert, durch Beispiele veranschaulicht und mit vorgeschlagenen Messwerten überprüfbar gemacht werden.

Unter Hinzuziehung weiterer Kriterien und Indikatoren, zu denen auch die zwölf Kriterien für Good Practice (siehe S. 49) zählen, sowie durch die Integration ausgewählter Elemente aus weiteren Qualitätsinstrumenten, wie zum Beispiel »quint-essenz« (siehe S. 96), wurde der Kriterienkatalog für die gemeindenahe Gesundheitsförderung weiterentwickelt und hierbei in die Ebenen der Konzept-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität ausdifferenziert (Loss et al. 2007b). Umgesetzt wird dieser Katalog in standardisierten Formularen, die der externen Qualitätssicherung in der Gesundheitsinitiative »Gesund.Leben.Bayern« dienen. Auch für die drei Schritt-für-Schritt-Anleitungen sind die dort vorgesehenen Qualitätskriterien maßgebend (Loss et al. 2008a).

Insgesamt zeigt sich in den Schritt-für-Schritt-Anleitungen ein Qualitätsverständnis, in dem unterschiedliche Qualitätsdimensionen betrachtet und in Bezug zueinander gesetzt werden können. So dient die Prozessevaluation vor allem dazu, beobachtete

Wirkungen bzw. deren Ausbleiben unter Bezug zur geplanten Vorgehensweise zu erklären (Loss et al. 2010). Für die Planung selbst wird ein Qualitätsverständnis von »Best Practice« benannt (Loss et al. 2010, 2007a), da sich die Konzeption an vorbildlichen Projekten mit nachgewiesener Effektivität orientiert und anhand dieses Bezugs bewertet werden soll. – Informationen zu den wissenschaftlichen Gütekriterien (Validität, Reliabilität, Ausschluss fach- und sachfremder Interessen) der zugrunde gelegten Kriterien und Indikatoren sind nicht publiziert.

Einsatzmöglichkeiten

Die Schritt-für-Schritt-Anleitungen wurden speziell für den Einsatz in Gesundheitsförderungsprogrammen im Setting Kommune/Stadtteil entwickelt (Loss et al. 2008a) und können entsprechende Prozesse von der ersten Planung bis hin zur abschließenden Ergebnisevaluation begleiten. Auf einen speziellen Gesundheitsförderungsbereich ist der Einsatz der Anleitungen zur gemeindenahen Gesundheitsförderung nicht begrenzt. Stattdessen wird durch den ersten Band der Anleitungen (Loss et al. 2008a) aufgezeigt, wie unter Betrachtung des vorliegenden Bedarfs und unter Einbeziehung der Gemeindemitglieder bestimmt werden kann, in welchen konkreten Gesundheitsförderungsbereichen interveniert werden soll. Generell wurden die Anleitungen für multimodale Programme entwickelt, bei denen nicht nur individuelle Gesundheitsrisiken, sondern insbesondere auch die Verhältnisse im Vordergrund stehen, die das Gesundheitsverhalten innerhalb einer Kommune oder eines Stadtteils determinieren. Beispiele für entsprechende Handlungsfelder sind die Stadtentwicklung, Verkehrsplanung, Schulpolitik oder auch das örtliche Angebot von gesundheitsbezogenen Gütern und Dienstleistungen (Loss et al. 2007a). Je nach vorliegendem Bedarf können aber auch individualpräventive Maßnahmen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung eingeschlossen sein.

Zielgruppe(n)

Die Anleitungen richten sich an Praktikerinnen und Praktiker, die planen, ein Programm zur Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil umzusetzen oder bereits in diesem Bereich tätig sind. Hierzu können beispielsweise die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Gesundheitsämtern, Selbsthilfegruppen, sozialen Einrichtungen, Vereinen, Kindertagesstätten und Schulen gehören (Loss et al. 2008a). Eine besondere Bedeutung wird der Auswahl geeigneter Partnerinnen und Partner zugewiesen, die unter anderem durch den Evaluationsbogen »Aufrechterhaltung von Partnerschaften« (Loss et al. 2008b, S. 47f) erleichtert wird. Die Definition von Zielgruppen auf der Maßnahmenebene richtet sich ebenso wie die Auswahl geeigneter Partnerinnen und Partner aber grundsätzlich nach dem Bedarf in der Kommune bzw. im Stadtteil (siehe Abschnitt »Einsatzmöglichkeiten«). Die Anleitungen können außerdem auch wie die Gesundheitsinitiative »Gesund.Leben.Bayern« (Loss et al. 2007b) – ein Instrument für Geldgeber sein.

Voraussetzungen für die Nutzung

Die drei Anleitungen können kostenlos von der Website des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011) heruntergeladen werden. Vorkenntnisse und Erfahrungen in der Planung und Umsetzung von regionalen Gesundheitsprogrammen werden für das Verständnis der praxisnahen Schritt-für-Schritt-Anleitungen nicht vorausgesetzt (Loss et al. 2008a).

Insbesondere der erste Band (Loss et al. 2008a) bietet einen konkreten Einstieg in das Thema, und auch die beiden weiteren Anleitungen (Loss et al. 2008b, 2010) sind als Orientierungsrahmen und Reflexionshilfe zu verstehen, die einen Überblick über die notwendigen Arbeitsschritte bieten und diese begleiten, anstatt bestimmte Kompetenzen vorauszusetzen.

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung

Die Einarbeitung in die gemeindenahe Gesundheitsförderung ist anhand der 62-seitigen Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Programmplanung (Loss et al. 2008a) möglich. Die zweite (Loss et al. 2008b) und dritte Anleitung (Loss et al. 2010) umfassen 50 bzw. 114 Seiten. Alle drei Anleitungen beinhalten unter anderem auch Checklisten, die eine Reflexion des eigenen Vorgehens ohne aufwendige Vorarbeiten ermöglichen. Für die umfassende Umsetzung der einzelnen Schritte sollte hingegen ausreichend Zeit eingeplant werden, da dies interne Abstimmungsprozesse oder auch Absprachen mit Projektpartnerinnen und -partnern einschließt. Erfahrungswerte zur erforderlichen Projektdauer sind jedoch nicht angegeben oder publiziert worden. Ein zusätzlicher Aufwand kann darin bestehen, weitere Qualitätsinstrumente in die eigene Arbeit zu integrieren, da die drei Anleitungen im Vergleich zu ihrem großen Einsatzbereich nur wenige vorgefertigte Instrumente (zum Beispiel Frage- oder Dokumentationsbogen) beinhalten. So wird beispielsweise in der Anleitung zu Partnerschaften und Strukturen (Loss et al. 2008b) auf die Etablierung eines Qualitätszirkels (siehe S. 87) verwiesen. Weitere Ergänzungen können auch unter Verwendung von Evaluationstools (siehe S. 37) oder quint-essenz (siehe S. 96) gelingen (LIGA.NRW 2010b). In Bezug auf die Durchführung einer Evaluation ist außerdem anzumerken, dass mit den in der dritten Anleitung (Loss et al. 2010) vorgestellten Techniken und praktischen Hinweisen je nach gewähltem Untersuchungsdesign und den vorliegenden Kompetenzen im Bereich der empirischen Sozialforschung ein unter Umständen sehr hoher Arbeitsaufwand verbunden sein kann (Loss et al. 2010).

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Genutzt werden die Anleitungen der gemeindenahe Gesundheitsförderung unter anderem in Projek-

ten, die durch die Gesundheitsinitiative »Gesund. Leben. Bayern« gefördert werden und ein Spektrum unterschiedlicher Themengebiete und Zielgruppen abdecken. Die Nutzung des Instruments außerhalb dieses landesweiten Programms kann nicht nachvollzogen werden, da der Zugang zu den Anleitungen postalisch und über die Website des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011), hier aber ohne vorherige Registrierung, erfolgt. Nach Angabe der Entwicklerinnen und Entwickler scheiterte der Versuch einer Rückkopplung mit der Praxis am zu geringen Rücklauf beigelegter Feedbackbögen.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Die Schritt-für-Schritt-Anleitungen sind stark am Nutzen für die Anwenderinnen und Anwender orientiert. So zeigt die erste Anleitung (Loss et al. 2008a) detailliert auf, wie die Projektplanung verbessert werden kann. In der zweiten Anleitung (Loss et al. 2008b) wird nicht nur beschrieben, wie Partnerschaften zwischen unterschiedlichen Organisationen realisiert werden können, sondern es wird auch erörtert, wie der Nutzen einer Zusammenarbeit bewertet werden kann bzw. wie »Win-win«-Situationen mit einem Nutzen für alle Beteiligten geschaffen werden können.

Auch die dritte Anleitung (Loss et al. 2010) zeichnet sich durch eine starke Nutzenorientierung aus, da sie aufzeigt, wie Evaluationsergebnisse projektintern, aber auch in der Kommunikation mit Sponsoren, Fachkollegen u. Ä. verwendet werden können. Gemeinsam können die drei Anleitungen auch dafür genutzt werden, um anhand der beinhalteten Checklisten nachzuweisen, dass die eigene Projektarbeit systematisch organisiert und reflektiert wird. Aus der Perspektive der Anwenderinnen und Anwender ist hingegen nur wenig über den Nutzen des Instruments bekannt.

Wirkungen

Über die Effektivität von Interventionen, die nach Anleitung der gemeindenahen Gesundheitsförderung umgesetzt wurden, liegen bisher keine Studienergebnisse vor.

Ausblick/Perspektiven

Eine Erweiterung oder Neuauflage der Anleitung ist zurzeit nicht geplant, obwohl die Entwicklerinnen und Entwickler dies grundsätzlich anstreben und zum Beispiel den Bedarf für Anleitungen zu den Themen Fundraising und Empowerment sehen. In den nächsten zwölf Monaten wird eine Umsetzung aber nicht realisiert werden.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 244.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Loss, J., Seibold, C., Eichhorn, C., Nagel, E. (2008a): Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 1. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Internet: <http://www.lgl.bayern.de/publikationen/index.htm>. Zugriff am 14.10.2011.

04.2.2 Ergebnisse zu weiteren Materialien im Setting Kommune/Stadtteil

Praxis der Qualitätssicherung in gesundheitsfördernden Settings (Quali-Set-Praxis)

Entwickler: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) an der Universität Bremen

In der Forschungskoopeation Quali-Set-Praxis bearbeiten das Bremer Institut für Präventionsfor-

schung und Sozialmedizin und die Verantwortlichen des Projekts »Gesundheit jetzt!« aus einer Mainzer Obdachlosensiedlung das Thema Qualitätssicherung und -entwicklung aus Perspektive der Praxis (Hayn, Jahn, Bill und Pfeiffer-Meierer 2009). Ziel der Kooperation ist es, unter besonderer Berücksichtigung der praktischen Umsetzbarkeit ein Instrumentarium für die Qualitätssicherung von Programmen und Projekten der Primärprävention und Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil sowie für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche zu entwickeln und zu erproben (BZgA 2011c). Anhand des konkreten Projekts, in dem seit 2003 in den Gesundheitsförderungsbereichen Ernährung, Psyche/Stress und soziale Kompetenz bei jugendlichen Wohnungslosen interveniert wird, wurden ab 2009 drei Instrumente zur Dokumentation und Evaluation sowie für das Projektmonitoring eingesetzt, die auch in Stadtteilen mit anderen Bedarfen herangezogen werden können. So kann mit sogenannten Projektbannern eine Dokumentation von Projektprozessen, bearbeiteten Schwerpunkten und zur Verfügung stehenden Ressourcen (Kooperationen, Förderungen) auch retrospektiv erfolgen (Hayn et al. 2009). Als »Form deskriptiver Evaluation« (Hayn et al. 2009, S. 4) auf Basis von Interviews und Dokumentenanalysen wird das Projekt grafisch-textlich rekonstruiert; das so entstehende Banner wird zur Erfassung und weiteren Planung der Intervention sowie für Präsentation zwecke genutzt. Außerdem steht die sogenannte Basisdokumentation als Instrument der Struktur- und Prozessevaluation zur Verfügung, das im Hinblick auf den Bedarf der beteiligten Praktikerinnen und Praktiker und ihre (zeitlichen) Ressourcen entwickelt wurde und zur projektinternen Kommunikation sowie für eine höhere Transparenz der Arbeit genutzt werden kann (Hayn et al. 2009). Die sogenannte Evaluations- und Monitoringmatrix strukturiert das wirkungsorientierte Projektmanagement und wird als dreidimensionales System vorgestellt

(Jahn, Hayn, Trabert und Bill 2007). Auf der X-Achse werden die sogenannten Schlüsselkriterien »Integration, Partizipation und Kommunikation« beschrieben. Auf der Y-Achse sind hingegen die Prozessschritte »Assessment, Konzept, Struktur, Ergebnis, Prozessübergreifend« verzeichnet. Vervollständigt wird die Matrix mit den Querschnittskriterien auf der Z-Achse, zu denen unter anderem Instrumente, Kooperationen und Eigenschaften der Zielgruppe zählen (Jahn et al. 2007). Noch ist der Einsatz der Evaluations- und Monitoringmatrix jedoch nicht beschrieben.

Die Ergebnisse des Projekts, dessen Übertragung auf andere Quartiere noch nicht abgeschlossen ist, können Hayn et al. (2009) sowie folgenden URL entnommen werden:

- Projekt: http://www.bips.uni-bremen.de/as_gender.php [12.10.2011],
- Dokumentationsbogen: http://www.bips.uni-bremen.de/data/qualisetpraxis_basisdokumentation.pdf [12.10.2011],
- Projekt-Banner: http://www.bips.uni-bremen.de/data/qualisetpraxis_projektbanner.zip [12.10.2011].

Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier

Entwickler: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Der Kooperationsverbund »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« stellt über die Kriterien guter Praxis und die zugehörige Projektdatenbank hinaus (siehe Good Practice, S. 47) zahlreiche Materialien und Aktionen wie Praxismanuale, Workshops, Tagungen und deren Dokumentation sowie Onlinediskussionsforen unter anderem zum Thema Qualität der Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil zur Verfügung. Speziell für die Ge-

sundheitsförderung im Quartier werden im Kooperationsverbund seit dem Jahr 2008 Arbeitshilfen vom Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. herausgegeben. Ziel der sechs Manuale ist es, den Akteurinnen und Akteuren vor Ort mit Hintergrundinformationen, Kurzanleitungen für Interventionen, Projektbeispielen und Checklisten eine konkrete Hilfe für die Projektplanung und -durchführung zur Verfügung zu stellen sowie Standards und Verfahren der Qualitätssicherung im Setting Kommune/Stadtteil zu veranschaulichen (Grußwort des Ministers Rösler in Gesundheit Berlin-Brandenburg 2010a).

Während der thematische Gesundheitsförderungsbereich und die Zielgruppendefinition der Arbeitshilfen allgemein als übergreifend zu kennzeichnen sind, konzentriert sich das vorerst letzte Manual (Heft 6) auf die Gruppe der Seniorinnen und Senioren. Die vorausgegangenen, seit 2010 ebenfalls in 2. Auflage publizierten Arbeitshilfen thematisieren die Bereiche Gesunde Lebenswelten (Heft 1), Problemanalyse (Heft 2), Projektentwicklung (Heft 3) und Projektdurchführung (Heft 4). Der fünfte Band der Reihe fokussiert auf die Qualitätssicherung und -entwicklung im Setting Kommune/Stadtteil unter dem Titel »Erfahrungen nutzen – Qualität stärken« (Gesundheit Berlin-Brandenburg 2010b).

Hierzu wird in die Thematik eingeführt und die Qualitätssicherung anhand des PHAC (siehe Kapitel 02.1) als systematischer Prozess vorgestellt. Weitere Kapitel beschreiben die Partizipative Qualitätsentwicklung (siehe S. 72) und die Anwendung der Kriterien guter Praxis (Good-Practice-Kriterien siehe S. 47) im Quartier.

Die Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier sind frei über die folgende URL zu beziehen: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Auch aus diesem Grund sowie der damit und mit der Neuauflage einhergehenden Schwierigkeit, den Einsatz der Arbeitshilfen im Jahr 2010 (siehe Kapitel 03) nachzuvollziehen, konnten die Materia-

lien des Kooperationsverbundes nur für diese Kurzdarstellung vorgesehen werden.

Als ergänzendes Material können diese und noch weitere Materialien, zu denen ein Reader zur Gesundheitsförderung im Quartier (Gesundheit Berlin-Brandenburg 2009) zählt, aber in der qualitätsorientierten Arbeit im Setting Kommune/Stadtteil gezielt eingesetzt werden. Gemeinsam stehen die Materialien und Webangebote auf der oben angeführten Internetseite unter der Rubrik »Gesundheitsförderung ... im Quartier« zur Verfügung.

>> 04.3 Setting Kita

In Deutschland besuchen circa drei Millionen Kinder eine von bundesweit 50.850 Kindertageseinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2010). Als »Kindertageseinrichtungen« (Kitas) werden alle Institutionen der frühen Bildung unter öffentlicher oder freier Trägerschaft bezeichnet, die halbtags oder ganztags eine Kinderbetreuung anbieten. Die Einrichtungsarten lassen sich im Wesentlichen differenzieren nach Kinderkrippen (für Kinder unter drei Jahren), Kindergärten (für Kinder von drei Jahren bis sechs Jahren) oder Horte (für Schulkinder).

Kitas stellen für die Frühförderung der Kinder ein wichtiges Handlungsfeld dar. Sie ergänzen die Erziehung in der Familie und eröffnen Kindern erweiterte und umfassendere Erfahrungs- und Bildungsmöglichkeiten über das familiäre Umfeld hinaus. Kitas können auch den Gesundheitszustand bzw. gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen der Heranwachsenden beeinflussen, zum Beispiel durch das Angebot gesunder Ernährung, durch Mög-

lichkeiten zur Bewegung und Maßnahmen der Entwicklungsförderung bzw. mit der Erweiterung elterlicher Erziehungskompetenzen durch Elternarbeit (Altgeld 2002).

Da gesundheitsförderliche oder -riskante Verhaltensweisen erwiesenermaßen in jungen Jahren entscheidend geprägt werden und sich in dieser Lebensphase die Grundlagen für das Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter bilden, gewinnen früh ansetzende Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend an Relevanz. Die Kita bietet hierfür optimale Voraussetzungen.

Durch den vorhandenen Rechtsanspruch auf eine Tagesbetreuung für Kinder ab dem dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt erreichen Kitas nahezu alle Kinder in dieser Altersgruppe. Rund 92 % der Drei- bis Sechsjährigen wurden im Jahr 2010 in einer Kita betreut. Bei unter dreijährigen sowie den sechs- bis elfjährigen Kindern beträgt die Betreuungsquote jeweils circa 20 % (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010).

Der Handlungsbedarf an gesundheitsbezogenen Maßnahmen für Heranwachsende wird durch zahlreiche Forschungsergebnisse belegt. Diese weisen darauf hin, dass gesundheitliche Belastungen vermehrt in frühen Lebensjahren auftreten. Insbesondere ist ein Zuwachs an chronischen und psychosomatischen bzw. psychosozialen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen (RKI 2008). Doch nicht nur Kinder stellen eine wichtige Zielgruppe der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kita dar. Auch Erzieherinnen und Erzieher in Kitas werden in ihrem Arbeitsalltag mit anspruchsvollen psychosozialen und körperlich anstrengenden Aufgaben konfrontiert und sind Stressoren ausgesetzt, die sich negativ auf ihre Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken (Thinschmidt, Gruhne und Hoesl 2005). Forschungsergebnisse zeigen somit einen hohen Bedarf an präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen im Setting Kita auf.

Als Handlungsstrategie hat sich in der Gesundheitsförderung der Settingansatz etabliert. Während von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Settings wie Schulen oder Krankenhäuser einheitliche Strategien und Gestaltungsprinzipien zur Gesundheitsförderung in Form von Programmatiken entwickelt wurden (zum Beispiel gesundheitsfördernde Schulen), gibt es diese für das Setting Kita erst ansatzweise. Häufig beziehen sich Aktivitäten in Kitas punktuell auf einzelne Gesundheitsthemen wie beispielsweise Ernährung, Bewegung oder Gewaltprävention. Vereinzelt sind Ansätze der Organisationsentwicklung vorzufinden, die insbesondere im Rahmen von Modellprojekten erprobt wurden (Kliche, Gesell, Nyenhuis, Bodansky, Deu, Linde et al. 2008).

Evaluationsstudien können die Wirksamkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas grundsätzlich belegen, wenngleich eher von schwachen bis mittleren Effekten ausgegangen werden muss und die Spannweite der belegbaren Wirkungen erheblich ist. Über die Verbreitung und Versorgungsqualität von Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kita ist bislang wenig bekannt (Kliche et al. 2008).

Bei der Ausgestaltung ihrer pädagogischen Konzeption müssen Kitas bzw. Kita-Träger die Bildungs- und Erziehungspläne der Länder berücksichtigen. Bezüge zur Gesundheitsförderung und Prävention werden in diesen Rahmenplänen kaum hergestellt. Die staatlichen Vorgaben zum Beispiel zur Ausbildung des pädagogischen Personals, zu Gruppengrößen, Erzieher-Kind-Schlüsseln sowie zu räumlichen Gegebenheiten sollen in erster Linie einen Beitrag zur Sicherung der Qualität pädagogischer Arbeit leisten. Es ist anzumerken, dass damit vor allem Ausschnitte der Struktur- und Konzeptqualität der pädagogischen Arbeit gesichert werden (BMFSFJ 2005). Zusätzlich bestehen einige Qualitätssicherungsinstrumente für Kitas, die auch auf die Qualität der Prozesse pädagogischer Arbeit sowie die Ergebnis-

qualität ausgerichtet sind. Anwendung in der Praxis finden zum Beispiel die Instrumente »Qualitätsentwicklung im Dialog« des Kronbacher Kreises, die Kinder-Einschätz-Skalen oder »Lernerorientierte Qualitätstestierung für Kindertagesstätten« (Kliche et al. 2008). Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas finden auch im Rahmen dieser Ansätze lediglich am Rande Berücksichtigung. Gleichwohl liegen einige Instrumente und Verfahren zur systematischen Qualitätssicherung in Bezug auf die kitaspezifische Gesundheitsförderung und Prävention vor, die im Rahmen des Auftrags recherchiert wurden und im Folgenden beschrieben werden.

04.3.1 Ergebnisse zu Instrumenten und Verfahren im Setting Kita

Insgesamt konnten 18 entsprechende Instrumente und Verfahren bzw. Programme mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention für das Setting Kita ausfindig gemacht werden (siehe Seite 265). Davon wurden zehn auf der Basis vorab definierter Kriterien (weitere Informationen siehe Kapitel 03.1 und 03.2) nach gewissenhafter Prüfung für weitere Recherchen ausgeschlossen.

Zudem wurden zwei Ansätze ausfindig gemacht, die eine weite Verbreitung gefunden haben und eine Sammlung von Arbeitshilfen darstellen, die die Sicherung der Qualität von gesundheitsförderlichen oder präventiven Interventionen im Setting Kita unterstützen. Diese sind der Leitfaden »Gesunde Kita für alle!« und das »Handbuch Erzieherinnen-Gesundheit«. Jedoch liegen zur Anwendung der Materialien bislang keine gesicherten Erfahrungswerte vor. Sie werden daher lediglich als »ergänzendes Material« in Kapitel 04.3.2 kurz beschrieben.

Weiterhin konnte die Recherche Ansätze hervorbringen, die sich aktuell in der Entwicklung befinden und die Definition von Qualitätsstandards bzw. den Aufbau von Verfahren zur Qualitätssicherung zum Ziel haben, nämlich »Kitas bewegen« und »K!GG –

Kita Gut & Gesund«. Deutlich wird, dass diese Ansätze sich schwerpunktmäßig an Instrumenten der pädagogischen Qualitätsentwicklung orientieren und damit eine Brücke bilden zwischen dem Kerngeschäft der Kita und der Qualität von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Beide Verfahren werden mit dem Verweis auf den bisherigen Entwicklungsstand ebenfalls als ergänzendes Material in Kapitel 04.3.2 dargestellt.

Für eine ausführliche Beschreibung und Bewertung sind letztlich insgesamt vier Instrumente bzw. Verfahren vorgesehen:

- die Anerkannten Bewegungskindergärten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen (LSB NRW),
- das Audit Gesunde KiTa,
- der DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder sowie
- der Handlungsleitfaden »Kitas fit für die Zukunft«.

Während zwei dieser Instrumente bzw. Verfahren die Themen Bewegung oder Ernährung in den Fokus stellen, sind die beiden anderen auf die ganzheitliche Förderung der Gesundheit ausgerichtet.

Im Folgenden werden diese Ansätze detailliert beschrieben und bewertet.

Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen (LSB NRW) – ein Programm des LSB NRW zur Kooperation zwischen Sportvereinen und Kindertageseinrichtungen

Kurzfassung

Als Erste haben die Sportjugend (SJ) und der Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW) im Jahr 1999 Qualitätskriterien für einen »Anerkannten

Bewegungskindergarten« veröffentlicht und verliehen seitdem diese Auszeichnung im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens³⁷. Danach kamen weitere Landessportbünde in anderen Bundesländern diesem Vorbild nach. Die Verfahren weisen in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Zugänge, Ziele, Laufzeiten und Strukturen auf (Jasmund 2009). Im Folgenden wird vornehmlich auf die Auszeichnung in Nordrhein-Westfalen (NRW) eingegangen; auf Zertifizierungen in anderen Bundesländern wird lediglich verwiesen.³⁸

Die Qualitätskriterien für einen »Anerkannten Bewegungskindergarten« in NRW sowie Informationen zur Antragstellung für ein Zertifikat sind im Leitfaden »Kooperation Sportverein und Tageseinrichtungen für Kinder« enthalten (siehe Balster und Beckmann 2011). Es handelt sich um insgesamt fünf konkrete Anforderungen, die für eine Auszeichnung erfüllt werden müssen. Darüber hinaus erhalten Kitas Hilfestellungen bei der Erarbeitung eines bewegungspädagogischen Profils durch den Handlungsrahmen »Kindergärten kommen in Bewegung« (siehe Lehmann 2005) sowie durch individuelle Begleitung der autorisierten Beraterinnen und Berater. Interessierte Tageseinrichtungen für Kinder werden in ganz NRW durch das auf- und ausgebaute Koordinierungs- und Beratungssystem in den Sportbünden informiert, beraten, betreut und an die Qualifizierungszentren des organisierten Sports für Aus- und Fortbildungen im Bereich der Bewegungserziehung vermittelt.

Ziel der »Anerkannten Bewegungskindergärten« in NRW ist es, Bewegung, Spiel und Sport für Kinder als pädagogisches Prinzip einer zeitgemäßen Bil-

dungs- und Gesundheitsförderung zu realisieren. Letztlich soll damit eine kindgerechte Entwicklung unterstützt werden.

Hintergrund

Es wird davon ausgegangen, dass es Kindern an natürlichen Bewegungs- und sozialen Entfaltungsmöglichkeiten im Alltag mangelt. Neben dem Elternhaus besitzen auch primäre Bildungseinrichtungen ein hohes Potenzial, den Kindern Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität zu bieten und damit einen Beitrag zur Bewegungsförderung der Kinder zu leisten (Balster und Beckmann 2011).

In den 1970er-Jahren entstanden in Deutschland erstmals und vereinzelt Kitas unter Trägerschaft von Sportvereinen. Diese sogenannten Sportkindergärten boten den Kindern regelmäßige Turnstunden an und ermöglichten den Einstieg in Vereinsangebote sowie die Nutzung der materiellen und personellen Ressourcen des Sportvereins (Jasmund 2009). Im Jahr 1985 entstand durch die Initiative eines Arbeitskreises der Bayerischen Sportjugend das erste Modellprojekt mit kommunalen Kitas, die eine Kooperation mit einem Sportverein eingingen, um die altersgemäße Bewegungsentwicklung der Kinder fördern zu können (Schaffner 2005). Die Erzieherinnen und Erzieher wurden im Rahmen des Projekts für die körperliche Aktivität der Kinder sensibilisiert und fortgebildet, um die Bewegungssituation der Kita-Kinder vor Ort zu verbessern.

Forschungsergebnisse der 1980er-Jahre geben Hinweise auf die Bedeutsamkeit der Bewegungsförderung in der Kindheit. Nachweislich zeigt sich ein positiver Einfluss auf die motorischen Fähigkeiten

37 Es ist zu beachten, dass die Bezeichnung »Bewegungskindergarten« kein geschützter Begriff ist, das heißt, jede Einrichtung darf sich so nennen (Jasmund 2009).

38 Die Arbeitsgruppe »Kinder in Bewegung« der Deutschen Sportjugend erfasst, sammelt und vergleicht die unterschiedlichen Entwicklungen und Ansätze der Bundesländer (Jasmund 2009). Für nähere Informationen siehe <http://www.kinderwelt-bewegungswelt.de>. Zugriff am 26.09.2011.

{Jasmund 2009}. Darüber hinaus wird angenommen, dass eine ausreichende körperliche Aktivität dazu beiträgt, Konzentrations- und Lernschwierigkeiten zu vermindern, die Selbstständigkeit und die geistige Entwicklung der Kinder sowie die Gesundheit und das Wohlbefinden zu fördern (Landessportbund Hessen 2005, Zimmer 2005).

Heute findet die Bewegungserziehung daher verstärkt Niederschlag in den Bildungsplänen der Länder (Jasmund 2009).

Auch die Sportorganisationen widmen sich seit Veröffentlichung der Studienergebnisse verstärkt der vorschulischen Erziehung und Bildung. Seit 1992 wird eine Verbesserung der Qualifikation der Erzieherinnen und Erzieher in NRW über die vom Landessportbund entwickelte Ausbildung »Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter« ermöglicht (Jasmund 2009). Im Jahr 1996 startete die Sportjugend NRW schließlich ihr umfangreiches Handlungsprogramm »Lobby für Kinder«, das die Bewegungs-

| Bundesland | Name des Zertifikats | Anbieter |
|---------------------|--|---|
| Bayern | Zertifizierungssystem | Bayerische Sportjugend im BLSV |
| Baden-Württemberg | LSV-Zertifikat »Bewegungsfreundlicher Kindergarten« | Sportjugend Baden-Württemberg im Landessportverband Baden-Württemberg |
| Bremen | Zertifikat »Bewegungskindergarten« | Bremer Sportjugend und Landessportbund Bremen |
| Hamburg | Gütesiegel »Bewegungskindertagesstätte« | Hamburger Sportjugend im HSB |
| Hessen | Qualitätssiegel »Hessischer Bewegungskindergarten« | Sportjugend Hessen im LSB Hessen |
| Nordrhein-Westfalen | Zertifikat »Anerkannter Bewegungskindergarten« | Sportjugend und Landessportbund Nordrhein-Westfalen |
| Niedersachsen | Markenzeichen Bewegungskita | Niedersächsischer Turner-Bund e. V. |
| Saarland | Anerkannter Bewegungskindergarten | Sportbund Saarland |
| Schleswig-Holstein | Anerkannter Bewegungskindergarten | Sportjugend Schleswig-Holstein |
| Rheinland-Pfalz | Qualitätssiegel »Bewegungskindergarten« | Sportjugend und Landessportbund Rheinland-Pfalz |
| Thüringen | Qualitätssiegel »Bewegungsfreundliche Kindertagesstätte« | Landessportbund Thüringen |

und Entwicklungsförderung der Kinder zum Ziel hat (Jasmund 2009). Es wurde daraufhin ein Konzept für die Kooperation von Kitas und Sportvereinen erarbeitet, was letztlich in die Entwicklung von Kriterien für einen »Anerkannten Bewegungskindergarten« mündete.

Seit 1999 verleihen die Sportjugend und der Landessportbund NRW das Zertifikat »Anerkannter Bewegungskindergarten« für Kitas unter Trägerschaft von Sportorganisationen. Seit 2001 können das Zertifikat auch Kitas anderer Träger in NRW erwerben (Jasmund 2009). Am Entwicklungsprozess waren Erzieherinnen und Erzieher der ersten Bewegungskitas unter Trägerschaft von Sportvereinen in NRW sowie die Sportjugend NRW beteiligt. Einige Jahre später etablierten sich auch in anderen Bundesländern Zertifizierungsverfahren zur Bewegungsförderung. Eine Übersicht zu bestehenden Verfahren und deren Anbieter in Deutschland gibt Tabelle 18 auf Seite 152.

Im Jahr 2003 wurden die in NRW bis dato anerkannten Bewegungskindergärten evaluiert und das Verfahren daraufhin weiterentwickelt (Sportjugend NRW 2011a). So wurden im Jahr 2005 regionale Arbeitskreise zur Verbesserung der Beratung und Unterstützung der Einrichtungen eingerichtet. Die Arbeitskreise sind ein Zusammenschluss von zertifizierten Kitas, die jeweils von Beratungs- und Koordinierungsstellen der Stadt- und Kreissportbünde betreut werden (Jasmund 2009). Diese dezentralen Arbeitskreise dienen als Anlaufstelle zur Beratung, Information und Qualifizierung für an einer Auszeichnung interessierte Kitas und Sportvereine. Derzeit bestehen 25 solcher Beratungs- und Koordinierungsstellen flächendeckend für ganz NRW. Diese betreuen die dezentralen Arbeitskreise, pflegen Kontakte zu fachpolitischen Gremien und sind verantwortlich für die Multiplikation von Informationen, Fortbildungen und Qualifizierungen (Jasmund 2009). Gesteuert wird das gesamte landesweite Verfahren seit

1999 von einem hauptberuflichen Mitarbeiter der SJ NRW.

Zur Entwicklung der Bewegungskindergärten in NRW gehört darüber hinaus ein Projekt mit derzeit 50 Fachschulen für Sozialpädagogik (Berufskollegs), die die Ausbildung »Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter« in ihre Ausbildung für angehende Erzieherinnen und Erzieher integriert haben (Sportjugend NRW 2011b).

Eine Weiterentwicklung des Verfahrens fand außerdem durch ein Kooperationsprojekt des Landessportbundes und der Sportjugend NRW mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), allen nordrhein-westfälischen gesetzlichen Krankenkassen sowie dem Gesundheits-, Verbraucherschutz- und Sportministerium des Landes NRW statt. Dieses Kooperationsprojekt ist Teil der Landesinitiative »Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter« und wird im Rahmen des Präventionskonzepts NRW umgesetzt (Sportjugend 2010). Mit dem neuen Konzept »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung« wird neben einer ausreichenden Bewegung nun auch dem Thema »Gesunde Ernährung« verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt. Mit dem Ziel, einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit zu leisten, wird der Schwerpunkt des Projekts auf Kitas gerichtet, die in einem Stadtteil mit erhöhtem Entwicklungsbedarf angesiedelt sind und damit einen hohen Anteil an Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und/oder Migrationshintergrund betreuen (Sportjugend 2010). In diesem Zusammenhang haben in einem ersten Projektzeitraum von 2007 bis 2010 insgesamt 45 ausgewählte Kitas das Zertifikat »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung« erhalten, drei weitere Kitas befinden sich noch im Weiterentwicklungsprozess. Die Ergebnisse der Evaluation und die Erfahrungen in vier Projektjahren bilden die Grundlage für die Fortschreibung des Projekts. Die Fortschreibung zur Sicherung der Nach-

haltigkeit ist mit den vorherigen Partnern (ohne die BZgA) gelungen. Das hierfür neu entworfene Konzept trägt den Titel: »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung – Ein Angebot der Landesregierung, des Landessportbundes und der gesetzlichen Krankenkassen in NRW«. Mit der Fortschreibung des Projekts bis zum Mai 2015 sollen weitere Kitas und »Anerkannte Bewegungskindergärten« diese Auszeichnung erlangen können, wobei der Fokus vorrangig auf Kitas mit sozialstrukturell schwierigerem Hintergrund liegt. Für die Auszeichnung als »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung« wurden die Qualitätskriterien für einen »Anerkannten Bewegungskindergarten« um gezielte Anforderungen zur Umsetzung einer gesunden Ernährung ergänzt (siehe Abschnitt »Aufbau, Elemente«). Perspektivisch soll das neue Zertifikat auch für bereits »Anerkannte Bewegungskindergärten« im Sinne der Weiterentwicklung angeboten werden.

Seit 2010 ist das Handlungsprogramm »Anerkannter Bewegungskindergarten« in das Programm der SJ NRW »NRW bewegt seine Kinder – Bewegte Kindheit und Jugend in NRW« eingebunden. Der LSB NRW setzt damit einen gesellschaftspolitischen Zukunftsschwerpunkt, um allen Kindern zu ihrem Grundrecht auf Bewegung zu verhelfen.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Ziel des Zertifizierungsverfahrens »Anerkannter Bewegungskindergarten« ist es, qualifizierte Angebote im Bereich der Bewegungserziehung innerhalb von Sportvereinen und Kitas zu schaffen und auszubauen (Balster und Beckmann 2005b). Darüber hinaus soll eine langfristige Zusammenarbeit zwischen Sportvereinen und Kitas gefördert werden. Das Verfahren des Landessportbundes und der Sportjugend NRW zielt letztlich darauf ab, einen Beitrag zur altersgemäßen Bewegungs- und Entwicklungs-

förderung von Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter zu leisten (Balster und Beckmann 2011).

Schwerpunktmäßig werden im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens die Qualitätsfelder der Konzept- und Strukturqualität zur Bewegungsförderung berücksichtigt.

Aufbau, Elemente

Die zwei wesentlichen Instrumente im Zertifizierungsverfahren der »Anerkannten Bewegungskindergärten« sind der Leitfaden »Kooperation Sportverein und Tageseinrichtungen für Kinder« und der Handlungsrahmen »Kinder kommen in Bewegung«.

Der Auszeichnung als »Anerkannter Bewegungskindergarten« liegen insgesamt fünf Qualitätskriterien zugrunde, die im Leitfaden »Kooperation Sportverein und Tageseinrichtungen für Kinder« (siehe Balster und Beckmann 2011) beschrieben werden. Der Kriterienkatalog umfasst Mindeststandards für die Arbeit nach einem bewegungspädagogischen Ansatz in Kitas. Um als Kita das Gütesiegel »Anerkannter Bewegungskindergarten« bzw. als kooperierender Sportverein die Auszeichnung »Kinderfreundlicher Sportverein« durch die SJ NRW zu erhalten, muss die Umsetzung aller Kriterien des Katalogs in einem Prüfverfahren nachgewiesen werden (Jasmund 2009). Der Leitfaden unterstützt Kitas und Sportvereine zudem beim Aufbau einer Zusammenarbeit (Jasmund 2009). Er enthält dafür Grundsätze für eine Kooperationsvereinbarung und macht auf die installierten Koordinierungs- und Beratungsstellen in NRW aufmerksam.

Weitere Hilfestellungen zur Erfüllung der Kriterien erhalten Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter sowie Träger durch den Handlungsrahmen »Kinder kommen in Bewegung« (siehe Lehmann 2005). Der Handlungsrahmen dient der Entwicklung und Umsetzung eines eigenen bewegungspädagogischen Konzepts, das eine wesentliche Voraussetzung für die Zertifizierung darstellt.

Für die Auszeichnung als »Anerkannter Bewegungskindergarten« des Landessportbundes NRW müssen bei Antragstellung alle folgenden Kriterien mit entsprechendem Nachweis erfüllt werden:

1. Der Träger der beantragenden Kita muss eine Kooperation mit einem ortsansässigen Sportverein eingehen, dem für die Leitung von Bewegungsangeboten Übungsleiterinnen und -leiter mit der Ausbildung »Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter« zur Verfügung stehen.
2. Das Prinzip »Bewegungserziehung« einschließlich der täglichen Durchführung von angeleiteten und offenen Bewegungsangeboten sowohl drinnen als auch draußen muss im pädagogischen Konzept der Kita durch den Träger, das pädagogische Personal und den Elternrat festgelegt werden.³⁹
3. Die Leitung der Kita und mindestens eine pädagogische Fachkraft pro Gruppe müssen bei der Antragstellung die Sonderausbildung »Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter« der Sportjugend Nordrhein-Westfalen oder eine gleichwertige Ausbildung nachweisen.⁴⁰
4. Es müssen ein geeigneter Bewegungs- bzw. Mehrzweckraum sowie eine kindgerechte Geräteausrüstung zur Durchführung von Bewegung, Spiel und Sport und/oder ein entsprechend gestaltetes Außengelände im nahen Umfeld zur Verfügung stehen.⁴¹
5. Die Kita verpflichtet sich, mindestens zwei Elternabende pro Jahr mit Informationen über Bewegung, Spiel und Sport durchzuführen⁴² (Balster und Beckmann 2011).

Die Ausstattung der Kita wird von einer Vertretung der Sportjugend NRW (zumeist die Beraterin bzw. der Berater) zu einem vereinbarten Termin vor Ort von extern begutachtet (Balster und Beckmann 2011, Lehmann 2005).

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Zunächst ist die Bewegungserziehung im pädagogischen Konzept zu verankern und damit ein neues Kita-Profil zu erarbeiten. Hierfür kann der Handlungsrahmen für ein bewegungspädagogisches Konzept (siehe Lehmann 2005) unterstützend genutzt werden. Der individuelle bewegungspädagogische Ansatz der Kita muss vom Kindergartenrat entwickelt und vom Elternrat sowie dem Träger bestätigt werden (Jasmund 2009). Die Qualifizierung der pädagogischen Fachkräfte einer Kita bildet das wichtigste Qualitätskriterium aus Sicht der Sportorganisation. Erzieherinnen und Erzieher werden für die »Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter« ausgebildet, oder es kann ihnen eine gleichwertige oder höherwertige Ausbildung anerkannt werden. Dahinter steht die Annahme, dass sich Verhältnisse und Verhalten in Bezug auf die Qualitätskriterien kitaintern nur durch das eigene Personal ändern werden.

Als nächster Schritt folgt die Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen der Kita und einem Sportverein (siehe Balster und Beckmann 2011). An diesem Prozess sind der Kita-Träger, die Kita-Leitung, Erzieherinnen und Erzieher, Eltern bzw. der Elternrat sowie aufseiten der Sportvereine die

39 Für eine Auszeichnung als »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung« muss darüber hinaus die Ernährungserziehung im Konzept verankert sein.

40 Die Auszeichnung »... mit dem Pluspunkt Ernährung« sieht darüber hinaus den Nachweis der Fortbildung »Essen und Trinken in Kindertagesstätten« in Anlehnung an das Programm der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. vor.

41 Für den Nachweis der Förderung einer gesunden Ernährung muss entsprechend nachgewiesen werden, dass geeignete Räume und Materialien für die Zubereitung einer ausgewogenen Ernährung vorhanden sind.

42 Für die Auszeichnung »... mit dem Pluspunkt Ernährung« müssen zweimal jährliche Elternveranstaltungen die Themen Bewegung und Ernährung aufgreifen (Gesetzliche Krankenkassen in NRW et al., o. J.).

bzw. der jeweilige Vorsitzende, Jugendwartin bzw. Jugendwart, Abteilungsleiterin bzw. -leiter, Übungsleiterin bzw. -leiter und Kinderbeauftragte zu beteiligen. Die Verantwortlichen und Mitwirkenden aus der jeweiligen Kita und dem ortsansässigen Sportverein sollen sich zunächst über konkrete Ziele und Inhalte ihrer Zusammenarbeit verständigen.⁴³ Diese Zielfindungsprozesse sind durch externe oder interne Moderation (in der Regel durch Beraterinnen und Berater) zu unterstützen und sollten schließlich in einem Kooperationsvertrag zwischen der Kita und dem Sportverein verankert werden. Es ist erforderlich, Ansprechpartnerinnen und -partner auf beiden Seiten zu benennen, Informationen zu weiteren Kooperationspartnern und Unterstützungsmöglichkeiten einzuholen sowie gemeinsam einen öffentlichkeitswirksamen Auftakt zu planen.

Erst im Anschluss daran sollte ein schriftlicher Antrag auf eine Auszeichnung als »Anerkannter Bewegungskindergarten« beim Landessportbund NRW erfolgen. Nach Besichtigung und Prüfung der Kita durch die Sportjugend NRW auf die Erfüllung aller Kriterien (siehe Abschnitt »Aufbau, Elemente«) erhält die Kita das Zertifikat »Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen« und der kooperierende Sportverein die Anerkennung als »Kinderfreundlicher Sportverein«.

Jährlich erfolgt im Sinne der Nachhaltigkeit die erneute Prüfung auf Einhaltung der Kriterien. Außerdem müssen Erzieherinnen und Erzieher sowie Übungsleiterinnen und -leiter im Rahmen der Qualitätssicherung nach der Zertifizierung an Fortbildungen zu Themen der Gesundheitsförderung, Psychomotorik oder Bewegungserziehung für die Zielgruppe Kindes- und Vorschulalter teilnehmen.

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Ausgangspunkt für die Formulierung der Kriterien eines »Anerkannten Bewegungskindergartens« bilden unter anderem die Erfahrungen von Kitas unter Trägerschaft von Sportorganisationen, die bereits seit den 1970er-Jahren bestehen. Zudem erfolgte eine Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen. Das pädagogische Prinzip der Bewegungskindergärten basiert auf sozialpädagogischen und entwicklungspsychologischen Theorien. Im Rahmen des Konzepts der Bewegungskindergärten finden folgende theoretische Ansätze Berücksichtigung: die lernpsychologische Sichtweise nach Piaget (1975), die Bewegungserziehung nach Zimmer (2001), das ganzheitliche Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) sowie das ressourcenorientierte Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1987) (Jasmund 2009).

Die Effekte der einheitlichen Standards zur Bewegungsförderung in Kitas in NRW auf die Entwicklung der Kinder wurden im Jahr 2009 erstmals evaluiert (siehe Abschnitt »Wirkungen«).

In Bezug auf die Prüfung wissenschaftlicher Gütekriterien im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens gibt es bislang keine Hinweise.

Einsatzmöglichkeiten

Das Zertifizierungsverfahren ist für den Einsatz im Kontext Kita vorgesehen. Für die Teilnahme spielt es grundsätzlich keine Rolle, wie die inhaltliche Ausrichtung einer Kita ist. Das Konzept des »Bewegungskindergartens« kann in allen Einrichtungen umgesetzt werden, egal, ob sie zum Beispiel an der Montessori- oder Waldorfpädagogik orientiert ist (Balster und Beckmann 2005, Lehmann 2005).

43 Orientierungshilfen sind dabei das Programm der Sportorganisation bzw. das bewegungspädagogische Konzept der Kita.

Der Gesundheitsbezug des Verfahrens ist eindeutig in der Bewegungs- und Entwicklungsförderung im Kleinkind- und Vorschulalter anzusiedeln. Der Ansatz dient sowohl der Prävention (zum Beispiel von Unfällen) als auch der Gesundheits- und Bildungsförderung (Persönlichkeitsentwicklung).

Der Leitfaden und der Handlungsrahmen zum Verfahren können vor allem zur Vorbereitung und in der Konzeptions- und Planungsphase in Bezug auf die Bewegungs- und Entwicklungsförderung – unabhängig von der Teilnahme am Zertifizierungsverfahren – genutzt werden. Der Handlungsrahmen »Kinder kommen in Bewegung« kann zur Erarbeitung eines bewegungspädagogischen Konzepts einer Kita zum Einsatz kommen und integriert die Bildungsbereiche des Kinderbildungsgesetzes in NRW. Der Leitfaden »Kooperation Sportverein und Tageseinrichtungen für Kinder« unterstützt einerseits die Organisation einer Kooperation zwischen Kitas und Sportvereinen, andererseits werden Nutzen und Motive sowie Modelle einer guten Zusammenarbeit dargelegt.

Zielgruppe(n)

Das Zertifizierungsverfahren der »Anerkannten Bewegungskindergärten« des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen und der dazugehörige Leitfaden richten sich an Sportvereine und Kitas, die kooperativ einen Beitrag zur Bewegungsförderung der unter sechsjährigen Kinder leisten möchten (Beckmann und Balster 2011).

Der Handlungsrahmen für ein bewegungspädagogisches Konzept wendet sich an Träger, Erzieherinnen und Erzieher sowie Eltern; er soll dazu befähigen, ein eigenes bewegungspädagogisches Konzept zu erarbeiten und herauszustellen (Lehmann 2005). Die Broschüre kann von den Zielgruppen genutzt werden, auch wenn keine Auszeichnung zum »Anerkannten Bewegungskindergarten« angestrebt wird, um sich mit dem Thema Bewegungsförderung auseinanderzusetzen.

Voraussetzungen für die Nutzung

Es erfordert ein hohes Maß an Engagement von Erzieherinnen und Erziehern, Eltern und Trägern, um die Auszeichnung als »Anerkannter Bewegungskindergarten« des Landessportbundes NRW zu erhalten (Jasmund 2009). Für die Teilnahme am Zertifizierungsverfahren ist eine Auseinandersetzung der Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter mit dem Handlungsrahmen für Bewegungspädagogik und die Anerkennung der dort beschriebenen Prinzipien erforderlich. Der Träger, die Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter sowie Eltern müssen der bewegungspädagogischen Ausrichtung zustimmen. Zudem ist die Ausbildung der Kita-Leitung und mindestens eines Teammitglieds pro Kita-Gruppe zur Übungsleitung in Bezug auf Bewegungserziehung bei Antragstellung des Zertifikats notwendig. Die praktischen und theoretischen Inhalte der Ausbildung sind unter anderem didaktisch-methodische Grundlagen, die Organisation von Bewegungsangeboten und Kooperationen sowie die Praxis von Bewegung, Spiel und Sport (Jasmund 2009). Zwei Jahre nach der Zertifizierung müssen alle Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter geschult sein, wobei Einzelfalllösungen für Teilzeitkräfte möglich sind. Es muss darüber hinaus gewährleistet sein, dass der Kita ein geeigneter Bewegungs- bzw. Mehrzweckraum zur Durchführung von Bewegungs-, Spiel- und Sportangeboten in der Einrichtung sowie ein Außengelände im nahen Umfeld zur Verfügung stehen. Um das Prüfverfahren zu durchlaufen und eine Auszeichnung als »Anerkannter Bewegungskindergarten« bzw. »Kinderfreundlicher Sportverein« zu erlangen, ist eine Antragstellung des Trägers beim Landessportbund NRW erforderlich (Balster und Beckmann 2011).

Die bewegungspädagogische Ausrichtung nach den Qualitätskriterien der »Anerkannten Bewegungskindergärten« in NRW erfordert außerdem Kooperationsbereitschaft und -willen vonseiten der Kita und des Sportvereins (Balster und Beckmann 2005).

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung

Der Handlungsrahmen für ein bewegungspädagogisches Konzept sowie der Leitfaden für eine Kooperation zwischen Kita und Sportverein sind leicht verständlich geschrieben und vereinfachen den Einstieg in das Thema Bewegungsförderung und -erziehung. Das Dokument »Handlungsrahmen« ist für einen geringen Unkostenbeitrag beim Landessport NRW zu bestellen. Der Leitfaden ist kostenfrei zu erhalten. Mit der übersichtlichen Anzahl von fünf Qualitätskriterien kann eine Selbstreflexion zum erreichten Stand der Qualität ohne großen Aufwand durchgeführt werden. Im weiteren Verlauf steigt jedoch der zeitliche und finanzielle Aufwand für die Anwenderinnen und Anwender.

Zur Erfüllung der Kriterien ist zunächst die Erarbeitung eines eigenständig geprägten bewegungspädagogischen Profils auf Grundlage des Handlungsrahmens erforderlich (Lehmann 2005). In diesem Prozess sind Träger, Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter und nach Möglichkeit die Eltern zu beteiligen bzw. ist das erarbeitete Konzept mit ihnen abzustimmen. Die Profilierung einer Kita ist unterschiedlich zeitaufwendig und als individueller Prozess angelegt. Der Durchschnitt für die Weiterentwicklung (Erfüllung aller Kriterien bis zur Zertifizierung) liegt etwa bei einem Jahr.

Darüber hinaus sind Qualifizierungen des Personals zum Thema Bewegungserziehung notwendig, die unter anderem vom Landessportbund und der Sportjugend NRW sowie den dezentralen Qualifizierungszentren der Stadt- und Kreissportbünde in NRW angeboten werden. Die Ausbildung »Bewegungserziehung im Kleinkind- und Vorschulalter« zur Übungs-

leiterin bzw. zum Übungsleiter auf der zweiten Lizenzstufe hat einen Umfang von 70 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und kostet 220 Euro.⁴⁴ Alle zwei Jahre muss die Fortbildung aufgefrischt werden, was die erneute Teilnahme an 15 Unterrichtseinheiten und Kosten von circa 80 bis 100 Euro pro Person bedeutet (Jasmund 2009).

Des Weiteren ist für die kooperative Zusammenarbeit mit einem Sportverein in der Anbahnungs- und Umsetzungsphase ein gewisses Zeitpensum einzuplanen. Die Anbahnung kann auch mal zu einem längeren Suchprozess werden. Darüber hinaus sind auch hier gemeinsame Ziele herauszuarbeiten, was mitunter einige Zeit in Anspruch nehmen kann; vor allem, wenn die Ziele der Einrichtungen sehr gegensätzlich sind. Die Stundenwerte wurden hierfür bislang nicht erfasst, sie werden jedoch in Abhängigkeit von den Akteurinnen und Akteuren vor Ort sehr unterschiedlich eingeschätzt.

Die Qualitätskriterien der »Anerkannten Bewegungskindergärten« in NRW sehen darüber hinaus vor, dass eine geeignete Material- und Flächenausstattung der Kita und des Sportvereins für unter Sechsjährige gegeben sein müssen. Hierfür können gegebenenfalls Neuanschaffungen erforderlich sein und somit Kosten entstehen, die an dieser Stelle nicht genau beziffert werden können.

Prüfungskosten fallen im Rahmen der Zertifizierung nicht an.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

In NRW wurden bislang insgesamt 437 Einrichtungen als Bewegungskindergärten ausgezeichnet und

⁴⁴ Vergleichbare Ausbildungen im Sinne der Kriterienerfüllung sind: staatlich geprüfte Motopädin bzw. staatlich geprüfter Motopäde, Zusatzausbildung »Bewegungsförderung im Elementarbereich« an der Deutschen Sporthochschule oder die erfolgreiche Teilnahme an der »Kursreihe Psychomotorische Bewegungserziehung« an der Dortmunder Fachschule für Motopädie (Ernst-Kiphard-Berufskolleg) (Balster und Beckmann 2005a).

Kooperationen mit mehr als 390 Sportvereinen aufgebaut (Stand: September 2011). Die Anzahl der jährlichen Auszeichnungen nimmt immer weiter zu; so waren es im Jahr 2004 lediglich 14 und im Jahr 2009 bereits 90 Kitas, die innerhalb eines Jahres als »Anerkannte Bewegungskindergärten« zertifiziert wurden (Sportjugend NRW 2011a). Die Anzahl neu zertifizierter Bewegungskindergärten steht im direkten Verhältnis zur ausgebauten Koordinierungs- und Beratungsstruktur. Bis Ende 2005 gab es nur eine zentrale Koordinierungsstelle bei der Sportjugend NRW. Ab 2006 wurden sieben dezentrale Koordinierungsstellen eingerichtet, jedoch mit zentral angebotenen Beraterinnen und Beratern.

Mit Beginn des Projekts »Pluspunkt Ernährung« (September 2007) wurden bis Anfang 2008 insgesamt 15 Koordinierungsstellen geschaffen. Anfang 2009 kamen weitere sechs Stellen hinzu, die bis 2011 auf 25 erhöht werden konnten. Jede Koordinierungsstelle hat eine durch die SJ autorisierte Beraterin an ihrer Seite.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Eine Evaluation zum Projekt »Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung« wurde von der Sporthochschule Köln durchgeführt. Die Untersuchung schloss eine Befragung von Anwenderinnen und Anwendern in Bezug auf Veränderungen von Verhältnissen und Verhalten durch die Teilnahme am Projekt ein. Die vorläufigen Ergebnisse der Evaluation weisen auf folgenden Nutzen durch die Anwendung des Verfahrens hin:

- Kitas erschließen und nutzen neue Bewegungsräume.
- Es finden regelmäßige und interessante Elternveranstaltungen zum Thema Ernährung und Bewegung statt.
- Es wird ein höheres Bewusstsein bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die Themen Bewegungsförderung und Gesunde Ernährung geschaffen.

- Es zeigt sich eine höhere Kompetenz bei Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern, die sich wiederum in der Elternarbeit positiv bemerkbar macht.
- Es wird nach der Teilnahme ein höherer Zufriedenheitsgrad mit dem (angeleiteten sowie freien) Bewegungsangebot angegeben als vor Projektbeginn.
- Die Kooperationen mit Sportvereinen sind aus Sicht der Erzieherinnen und Erzieher vorteilhaft, aber noch ausbaufähig.

Wirkungen

Im Jahr 2003 wurden die damals 38 anerkannten Bewegungskindergärten des Landessportbundes NRW erstmals evaluiert. Die Untersuchung zielte darauf ab, einen Überblick über bisherige Entwicklungen aufzuzeigen, die bewegungspädagogische Arbeit zu dokumentieren und Handlungsempfehlungen für die Zukunft zu geben (Jasmund 2009). Die Evaluation diente somit als Diskussionsgrundlage zur Weiterentwicklung des Ansatzes. Auf ihrer Basis wurde ein Handlungs- und Beratungskonzept für interessierte Kitas und kooperierende Sportvereine entwickelt und umgesetzt (siehe Abschnitt »Hintergrund«) (Jasmund 2009). Wie die Evaluation bestätigt, stellen insgesamt 90% der Erzieherinnen und Erzieher in Bewegungskindergärten einen positiven Einfluss auf die motorische Entwicklung der Kinder fest (Balster und Beckmann 2011).

Im Jahr 2009 wurde eine weitere Evaluation veröffentlicht, die unter anderem die Effekte der einheitlichen Standards zur Bewegungsförderung in Kitas in NRW auf die Entwicklung der Kinder empirisch überprüft. Die Ergebnisse zeigen, dass kein signifikanter Unterschied in der motorischen und gesamtpersönlichen Entwicklung der Kinder aus »Anerkannten Bewegungskindergärten« im Vergleich mit nicht zertifizierten Kitas als Kontrollgruppe festzustellen ist (Jasmund 2009). Wobei bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss, dass eine

Beeinflussung der Effekte durch Störgrößen wahrscheinlich ist, wie zum Beispiel die Veränderung der Beobachtungsfähigkeit der Erzieherinnen und Erzieher oder die Sensibilisierung für Bewegungsförderung der Erzieherinnen und Erzieher in den Kontroll-Kitas im Verlauf der 20-monatigen Studienphase – und damit eine verstärkte Integration von Bewegungsangeboten im Alltag (Jasmund 2009). Die Autorin des Evaluationsberichts schlussfolgert, dass das Zertifizierungsverfahren des Landessportbundes NRW den Blick für den Bedarf an motorischer Förderung von Kindern schärfen kann und es in der Öffentlichkeit und Politik eine Sensibilität für die Notwendigkeit bewegungsförderlicher Lebenswelten der Kinder zu entwickeln vermag. Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass die gute Qualität bewegungspädagogischer Arbeit mit der Auszeichnung als »Anerkannter Bewegungskindergarten« nicht garantiert wird.

Hierfür ist die tatsächlich konsequente tägliche Umsetzung in den Kitas entscheidend, die mit dem Zertifikat nicht gesichert ist (Jasmund 2009). Der Schwerpunkt der Auszeichnung liegt letztlich auf der Sicherung von Strukturen, die die Bewegungsförderung unterstützen, und weniger auf der Sicherung der Qualität von Arbeitsprozessen.

Ausblick/Perspektiven

Die Laufzeit des Projekts zur Auszeichnung von »Anerkannten Bewegungskindergärten mit dem Pluspunkt Ernährung – Ein Angebot der Landesregierung, des Landessportbundes und der gesetzlichen Krankenkassen in NRW« wird um weitere drei Jahre verlängert. Damit erfährt der Ansatz der Bewegungsförderung eine Weiterentwicklung um die Berücksichtigung einer gesunden Ernährung der Kinder im Rahmen der Zertifizierung. Der Schwerpunkt liegt dabei weiterhin auf Kitas mit einer hohen Betreuungsquote von sozial Benachteiligten. Eine Verlängerung des Projekts ab 2014 wird angestrebt ([http://](http://www.sportjugend-nrw.de/sportjugend/nrw-bewegt-seine-kinder/kindertagesstaetten/pluspunkt-ernaehrung)

www.sportjugend-nrw.de/sportjugend/nrw-bewegt-seine-kinder/kindertagesstaetten/pluspunkt-ernaehrung].

Ziel ist es letztlich, mit Unterstützung der Landesregierung im Rahmen des Programms »NRW bewegt seine Kinder« bis 2015 eine Anzahl von 1000 »Anerkannten Bewegungskindergärten« in NRW erreicht zu haben.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 246.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Lehmann, B. (2005): Kindergärten kommen in Bewegung. Handlungsrahmen für ein bewegungspädagogisches Konzept. Duisburg: Sportjugend NRW. Internet: <http://www.sportjugend-nrw.de/fuer-ver-eine/nrw-bewegt-seine-kinder/kindergarten/literatur>. Zugriff am 14.10.2011.

Sportjugend Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2011): Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes NRW. Leitfaden zur Kooperation von Sportvereinen und Kindertageseinrichtungen. 8. Aufl., Duisburg. Internet: <http://www.sportjugend-nrw.de/sportjugend/bewegung-spiel-und-sport/bewegungs-kindergarten/kriterien>. Zugriff am 14.10.2011.

Audit Gesunde KiTa

Kurzfassung

Das Audit Gesunde KiTa wurde in den Jahren 2004 und 2005 von der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. in Zusammenarbeit mit Erzieherinnen und Leiterinnen aus Kindertagesstätten (Kitas) in Sachsen-Anhalt entwickelt (LVG LSA 2011a). Es ist ein Zertifizierungsverfahren und hat in erster Linie zum Ziel, den erreichten Stand der Qualität in Bezug auf die Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kitas zu belegen. Zur Beurteilung kommt ein Kriterienkatalog zum Einsatz, der insgesamt

82 Kriterien zu Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfasst. Durch das Audit erhalten die Einrichtungen nicht nur eine Anerkennung für bereits umgesetzte gesundheitsförderliche Maßnahmen, sondern auch Anregungen für Verbesserungen. Damit unterstützt das Zertifizierungsverfahren eine strukturelle und sich fachlich weiterentwickelnde Gesundheitsförderung des Settings Kita.

Hintergrund

Der Begriff Audit ist vor allem mit der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in der Wirtschaft (zum Beispiel ISO 9001) bekannt geworden. Mittlerweile haben sich Auditverfahren auch in anderen Branchen etabliert.

Im Mittelpunkt einer Auditierung steht die Bewertung von Arbeitsprozessen und Ergebnissen einer Organisation auf der Grundlage von bestimmten Qualitätskriterien. Unter Einsatz von unabhängigen Prüferinnen und -prüfern – den Auditorinnen oder Auditoren – wird begutachtet, ob die Ziele und Vorgaben einer Organisation erfüllt werden. Demzufolge stellt ein Audit einen systematischen, objektiven und dokumentierten Prozess dar.

Das Audit Gesunde KiTa ist in erster Linie ein Zertifizierungsaudit, das heißt, zu einem festgelegten Zeitpunkt wird der Erfüllungsgrad vorgegebener »Gesundheits«-Kriterien ermittelt. Das Verfahren entspricht aber auch einem Qualitätsaudit, denn neben der Überprüfung des gesundheitsfördernden Entwicklungsstands der Kita werden im Zertifizierungsprozess auch Ressourcen und Potenziale aufgezeigt, die Grundlage für die Verbesserung von Abläufen und Strukturen in der Kita sein können.

Das Audit Gesunde KiTa ist ein unabhängiges Verfahren zur Qualitätsbestimmung der Gesundheitsförderung in Kitas, das in einem engen Zusammenhang mit der Kita-Entwicklung zur Verbesserung der Bildungs- und Erziehungsarbeit steht. Es wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt

e. V. gemeinsam mit Erzieherinnen aus neun Kitas in Sachsen-Anhalt in den Jahren 2004 und 2005 entwickelt und bis 2006 erprobt (LVG LSA 2011a). Die Entwicklerinnen und Entwickler stützten sich bei der Ausgestaltung des Verfahrens auf Erfahrungen und Erkenntnisse des Audits »Gesunde Schule«, das in den Jahren 1999 bis 2005 entstand.

Mittlerweile wird das Audit Gesunde KiTa nicht nur in Sachsen-Anhalt angeboten; es hat ein Transfer in andere Bundesländer stattgefunden. Als Ansprechpartnerinnen und -partner und zur Unterstützung der Einrichtungen bei der Teilnahme am Audit Gesunde Kita gibt es derzeit bundesweit sechs Zertifizierungsstellen.

Die Verbundpartnerinnen und -partner sind jeweils angesiedelt in den Landesvereinigungen für Gesundheit und befinden sich in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein. Das Verfahren wird von den BKK Landesverbänden Mitte und Nordwest gefördert.

Eine Koordinierungsstelle bei der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. gewährleistet die Prozessbegleitung, Datensammlung und die Führung des Zentralregisters im Zertifizierungsverbund (LVG LSA 2011a).

Aktuell befindet sich das Audit Gesunde KiTa in der Überarbeitung. Einige Kriterien werden in diesem Zusammenhang umformuliert, zusammengefasst oder ergänzt. Der Leitfaden zum Audit Gesunde KiTa wurde überarbeitet und steht seit Oktober 2011 zur Verfügung. Neben der Anpassung an geänderte rechtliche Bestimmungen wurden neue Erkenntnisse aus der Forschung berücksichtigt. Die Kriterien wurden mehrfach auf Verständlichkeit, Praktikabilität und innere Stimmigkeit überprüft. Zudem flossen praktische Erfahrungen sowohl von zertifizierten Kitas als auch aus den Zertifizierungsstellen der Bundesländer mit ein.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Das Audit Gesunde KiTa ist für den Einsatz in primären Bildungseinrichtungen (Kinderkrippe, Kindergarten, Kinderhort) vorgesehen⁴⁵ und dient der Qualitätssicherung und -entwicklung der Gesundheitsförderung. Die Auditierung soll Kitas ermuntern, den erreichten Grad ihrer »gesunden« Entwicklung festzustellen und auszubauen, indem sie Potenziale aufdecken und als Entwicklungschance begreifen, Schwachstellen aufspüren und Verbesserungen einleiten. Nachstehende Ziele werden mit dem Audit Gesunde KiTa verfolgt:

- den Gesundheits(förderungs)zustand der Organisation Kita und den Kita-Beteiligten zum Prüfzeitpunkt bestimmen und Entwicklungspotenziale aufzeigen,
- zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustands der Kita-Akteurinnen und -Akteure beitragen,
- die interne und externe Kommunikation über Gesundheit und Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit Betreuung, Bildung und Qualität in Kitas unterstützen,
- einen Beitrag zur Qualitätssicherung und zum Aufbau von Qualitätsmanagementsystemen in Kitas leisten,
- gesundheitsfördernde Kita-Entwicklung und Netzwerkbildung unterstützen,
- die Idee der Gesundheitsförderung verbreiten.

Die Kriterien des Audits berücksichtigen die Qualitätsfelder der Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und unterstützen damit eine gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung im Setting Kita.

Aufbau/Elemente

Zur Einschätzung der Entwicklung und des Zustands einer gesundheitsfördernden Kita zum Messzeitpunkt dienen insgesamt 82 Kriterien, die folgenden acht Qualitätsfeldern zugeordnet werden:

1. Gesundheitsverhältnisse
2. Kindergesundheitsstatus
3. Kita-Kultur
4. Gesundheit der Pädagoginnen und Pädagogen sowie des technischen Personals
5. Kinderentwicklung
6. Sicherheit
7. Partnerschaften für Gesundheit
8. Qualitätsmanagement

Der Kriterienkatalog des Audits bildet die Grundlage zur Erhebung von Qualitätsmerkmalen einer Kita. Das Audit sieht eine Selbstbewertung durch die Kita-Akteurinnen und -Akteure vor sowie eine Fremdbewertung durch akkreditierte (ausgebildete und anerkannte) Auditorinnen bzw. Auditoren.

Jedes Kriterium des Kriterienkatalogs wird mit Punkten in vier Zustandskategorien bewertet: Planung, Durchführung, Überprüfung und Weiterentwicklung. In jeder Zustandskategorie, außer bei der Durchführung, können 0 bis 3 Punkte vergeben werden, bei der Durchführung 0 bis 9 Punkte. Insgesamt können 1476 Punkte erreicht werden. Für die Verleihung des Zertifikats »Gesunde KiTa« müssen in jeder Kategorie des Kriterienkatalogs mindestens 55% der Punkte erlangt werden. Es genügt nicht, in ausgewählten Kategorien hohe, in anderen niedrige Punktzahlen zu erreichen. Insgesamt ist eine Min-

45 Der Träger bietet neben dem Audit Gesunde KiTa auch das Audit Gesunde Schule an.

destpunktzahl von 811,8 Punkten erforderlich, um das Zertifikat beantragen und erhalten zu können.

In Gesprächen über die Einschätzung der Selbstbewertung unter Kita-Beteiligten und innerhalb der Fremdbewertung mit Auditorinnen bzw. Auditoren finden entscheidende Kommunikationsprozesse über den erreichten Stand und mögliche Verbesserungspotenziale statt. Erfahrungsaustausch, Wertschätzung und Voneinanderlernen bestimmen diese Phase der Auditierung.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Das Zertifizierungsverfahren besteht aus drei Phasen: der Vorbereitung, der Durchführung und der Nachbereitung.

In der *Vorbereitungsphase* werden die grundlegenden Weichen für die Zertifizierung gestellt. Die Kita informiert sich über das Audit, schafft Akzeptanz zur Umsetzung und beschließt in den zuständigen Kita-Gremien, sich dem Verfahren zu stellen. Ein formloser Antrag auf Durchführung des Zertifizierungsverfahrens wird bei der zuständigen Zertifizierungsstelle des Bundeslandes gestellt.

Mindestens eine Person aus der antragstellenden Kita lässt sich als Qualitätsbeauftragte(r), nach Möglichkeit auch als Auditorin bzw. Auditor, ausbilden. Diese Qualifizierungsmaßnahmen sind speziell auf das Audit zugeschnitten und werden von den Zertifizierungsstellen angeboten. Damit endet die Vorbereitungsphase.

Die *Durchführungsphase* umfasst eine Selbstbewertung einschließlich Erstellung eines Qualitätsberichts⁴⁶ sowie eine Fremdbewertung⁴⁷. Der von den Auditorinnen bzw. Auditoren und der Zertifizierungsstelle bestätigte Qualitätsbericht bildet die Voraussetzung für eine erfolgreiche Zertifizierung zur »Gesunden KiTa«. Die Durchführungsphase schließt mit der Zertifikatsverleihung ab. Das Zertifikat ist drei Jahre gültig und muss danach erneut beantragt und im Rahmen einer Rezertifizierung erworben werden.

In der *Nachbereitung* werden die Unterlagen der Zertifizierung für zentrale Auswertungen aufbereitet und die Verfahrenserkenntnisse für die Weiterentwicklung festgehalten. Diese Phase tangiert im Wesentlichen nur die Zertifizierungsstelle und die Koordinierungsstelle des Verbunds.

Die Zertifizierungsstelle begleitet und koordiniert das gesamte Zertifizierungsverfahren. Sie stimmt die Rahmenbedingungen für den Ablauf der Fremdbewertung mit der Kita ab (dazu zählen Hospitationen, Gespräche mit Kindern und Erzieherinnen bzw. Erziehern, gegebenenfalls auch Eltern, Besichtigungen sowie Einsicht in Dokumente) und bindet und informiert die Auditorinnen und Auditoren.

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Im Rahmen des Audits »Gesunde Kita« wird zu einem festgelegten Zeitpunkt der erreichte Erfüllungs-

46 Die Selbstbewertung umfasst im Wesentlichen die Einschätzung des Ist-Zustands und der Entwicklungspotenziale anhand des vorgegebenen Kriterienkatalogs und die Erarbeitung des Qualitätsberichts. Der Qualitätsbericht umfasst circa zwei Seiten und enthält wesentliche Aussagen zur Ausgangssituation – basierend auf der Selbstbewertung der Qualitätsfelder – und zur zukünftigen gesunden Entwicklung der Kita. Nach erfolgreicher Zertifizierung wird dieser Qualitätsbericht veröffentlicht – zum Beispiel im Internet, als Infobrief für die Eltern oder als Information an den Träger.

47 Die Fremdbewertung umfasst die Auditorenauswahl, die Prüfung der eingereichten Unterlagen, die Visitation in der Kita mit Begehung, Hospitation und kollegialem Dialog sowie die Zertifizierungsempfehlung. Die Auditorinnen und Auditoren erhalten von der Zertifizierungsstelle die Dokumente (Selbstbewertung und Qualitätsbericht) zur Bewertung und Beurteilung. Danach legen sie die Schwerpunkte für ihre Fremdbewertung fest; dazu zählen die Inaugenscheinnahme von Bedingungen, Prüfung von Materialien sowie Fragen zu ausgewählten Kategorien und Kriterien.

grad von vorgegebenen Qualitätskriterien ermittelt. Die Prüfung der Qualität durch Selbst- und Fremdbewertung mit anschließender Auszeichnung ist jedoch nicht als einmal geschaffener Wert und damit als abgeschlossener Prozess zu verstehen. Vielmehr können die Qualitätskriterien für einen Entwicklungsprozess genutzt werden. Das Zertifizierungsverfahren deckt mithilfe des Kriterienkatalogs bislang womöglich ungenutzte Ressourcen und Potenziale hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention in der Kita auf, was den Anstoß für eine (weitere) Verbesserung von Abläufen und Strukturen geben kann (LVG LSA 2011b). Im Rahmen des Qualitätsverfahrens wurden neben allgemeinen Anforderungen an das Qualitätsmanagement auch Themen und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung beachtet, ebenso wie pädagogische und erzieherische Aspekte. Im Mittelpunkt des Verfahrens steht die Selbstreflexion mit Potenzial- und Ressourcenorientierung. Der gewünschte Weiterentwicklungsprozess wird nochmals durch die Rezertifizierung (alle drei Jahre) sowie die Berücksichtigung der Entwicklungsphasen (Planung, Durchführung, Überprüfung und Verbesserung) im Kriterienkatalog verdeutlicht.

Die Bewertungssystematik des Audits Gesunde KiTa beruht auf einem PDCA-Zyklus (siehe Kapitel 02.1) mit einem Punktesystem für die Selbst- und Fremdbewertung. Dieser wurde aus dem Krankenhausbereich adaptiert (vgl. KTQ-Manual, Version 4.1). Er ermöglicht es in besonderer Weise, Qualitätsmanagement mit Prozessmanagement im Sinne von Nachhaltigkeit zu verbinden.

Die gewählten Kategorien und Kriterien sind auf Grundlage von Recherchen zu vorhandenen Qualitätsverfahren aus dem Kita- und Schulbereich sowie dem Erfahrungswissen der Kita-Akteurinnen und Akteure entwickelt und erprobt, verändert und angepasst worden.

Vernetzungen mit anderen Qualitätsentwicklungsmaßnahmen oder die Integration in die Bemühungen

von Kitas zur Verbesserung der Qualität der Bildungs- und Erziehungsarbeit sind möglich und angestrebt (LVG LSA 2011b). Wissenschaftliche Gütekriterien werden bei diesem Ansatz nicht berücksichtigt.

Einsatzmöglichkeiten

Durch das Audit Gesunde KiTa werden die Einrichtungen sowohl in Bezug auf die Qualität der vorhandenen gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen als auch hinsichtlich der gesundheitlichen Kompetenz der Akteurinnen und Akteure bewertet (LVG LSA 2011a). Ein thematischer Schwerpunkt ergibt sich aus den Kriterien jedoch nicht. Der Kriterienkatalog spricht vielmehr eine Reihe von Themenfeldern an wie Unfall- und Lärmprävention, Bewegung, Entspannung, Ernährung, Hygiene, soziale Kompetenzen, Kommunikation, Zahngesundheit, Suchtprävention etc. Das gesundheitsförderliche Konzept der Kita kann demzufolge individuell ausgerichtet sein und muss keinen starren Vorgaben entsprechen.

Zielgruppe(n)

Zielgruppen des Audits sind in erster Linie Erzieherinnen und Erzieher, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kindertagesstätten sowie Träger dieser Einrichtungen. Die Qualitätsentwicklung selbst zielt vor allem auf die Kinder und auf das Personal in Kitas sowie auf die Familien. Berücksichtigt werden dabei auch regionale Partnerinnen und Partner.

Voraussetzungen für die Nutzung

Grundlegende Voraussetzung ist, dass die teilnehmenden Kitas dem Vorgehen der Auditierung zustimmen. Darüber hinaus ist für die Teilnahme eine Antragstellung bei einer Zertifizierungsstelle erforderlich sowie die Ausbildung mindestens eines Teammitglieds je Kita zum bzw. zur Qualitätsbeauftragten. Im Rahmen der Ausbildung werden die Qualitätsbeauftragten mit dem Verfahren vertraut gemacht und erhalten hierzu den Leitfaden »Audit Gesunde KiTa«.

Die Schulung in der Anwendung des Kriterienkatalogs zum Audit gehört ebenso zur Ausbildung wie die Vermittlung der Philosophie einer »Gesunden KiTa«.

Die Durchführung des Verfahrens setzt eine intensive Kommunikation über Gesundheitsthemen mit Eltern, pädagogischen Fachkräften, der Kita-Leitung und möglichen Kooperationspartnerinnen und -partnern der Kitas voraus. Diesbezügliche Kompetenzen sowie ein großes Engagement stellen wichtige Voraussetzungen für eine gelungene Umsetzung des Audits dar (Wulsch 2008). Die Träger der Einrichtung sollten das Verfahren unterstützen und die dafür benötigte Zeit zur Verfügung stellen. Zu beachten ist, dass das Zertifikat »Gesunde KiTa« eine Gültigkeit von drei Jahren hat und danach erneut beantragt und im Rahmen einer Rezertifizierung erworben werden muss.

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung

Der zeitliche Aufwand in die Einarbeitung und Auseinandersetzung mit den Qualitätskriterien des Audits wird im Rahmen der eintägigen Ausbildung zur bzw. zum Qualitätsbeauftragten geleistet. Der zeitliche Gesamtumfang durch die Teilnahme am Audit für die Kita ist von vielen Faktoren abhängig. Dieser variiert je nach gewählter Umsetzungsform, Rahmenbedingungen und Größe der Einrichtung.

Die Kosten der Kita für die Teilnahme am Auditierungsverfahren müssen mit der Zertifizierungsstelle verhandelt und vertraglich geregelt werden. Der Kostenumfang ist mit den Zertifizierungskosten der freien Wirtschaft nicht vergleichbar. Da Kitas aber nicht wie Wirtschaftsunternehmen Gewinne erarbeiten, die zur Kostendeckung genutzt werden können, müssen andere Lösungen gefunden werden. Es können Förderprogramme des Landes, die Unterstützung durch Träger, Eltern, der Caterer, der Fördervereine oder die Krankenkasse von Kitas angesprochen bzw. genutzt werden, um den Eigenanteil an den Verfahrenskosten zu decken.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Derzeit (Stand 30.08.2012) gibt es in Deutschland 195 als Gesunde Kita zertifizierte Einrichtungen (21 in Berlin, 27 in Brandenburg, 17 in Mecklenburg-Vorpommern, 48 in Sachsen, 73 in Sachsen-Anhalt, 9 in Schleswig-Holstein); viele weitere befinden sich auf dem Weg dorthin.

Darüber hinaus haben 48 Kitas ihre erste Rezertifizierung erfolgreich durchlaufen. In Sachsen-Anhalt begeben sich die ersten Einrichtungen in eine erneute Rezertifizierung.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Erfahrungen zeigen, dass die Teilnahme am Audit die Sensibilität für Gesundheit schärft, die Teamarbeit sowie den Austausch innerhalb der Kita fördert und damit die Arbeitszufriedenheit erhöht und nicht zuletzt einen Arbeitsschwerpunkt erkennen lässt, der über die öffentliche Auszeichnung als »Gesunde KiTa« publik gemacht wird und damit ein Aushängeschild der Einrichtungen für eine gelebte Gesundheitsförderung darstellt (Wulsch 2008). In den Einrichtungen ist eine verbesserte Planung, Durchführungsgestaltung, Dokumentation der Arbeit und der Erreichung von Zielen zu beobachten. Die Strukturierung der Abarbeitung langgehegter Ziele bzw. Projekte wird unterstützt. Durch die Zertifizierungsprozesse erfahren die Beteiligten selbstgewollte Fortbildung und Erfahrungsaustausch.

Letztendlich bereitet das gesundheitsbezogene Qualitätsverfahren den Akteurinnen und Akteuren Freude, ermöglicht Erkenntnisse und zeigt Entwicklungsspielräume auf, die gern genutzt werden, was die aktuellen Rezertifizierungsverfahren belegen.

Wirkungen

Folgende Wirkungen werden durch das Audit Gesunde KiTa erwartet:

- Verbreitung der Idee von Gesundheitsförderung,

- Beitrag zur Qualitätssicherung und Unterstützung beim Ausbau von Qualitätsmanagementsystemen,
- Verbesserung der internen und externen Kommunikation über Gesundheit und Gesundheitsförderung im Kontext mit Betreuung, Bildung und Qualität,
- die Förderung der Profilierung zur gesundheitsfördernden Einrichtung durch das Aufzeigen von Entwicklungspotenzialen und Anregung für nachhaltige Verbesserungsaktivitäten,
- Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Kita-Akteurinnen und -Akteure,
- bessere Vernetzung und Kooperation mit Partnern,
- Verstärkung der Bemühungen um mehr Chancengleichheit.

Inwieweit diese Wirkungen mit dem Audit Gesunde KiTa erreicht werden, wurde bislang nicht empirisch überprüft.

Ausblick/Perspektiven

Das Verfahren befindet sich in der ständigen Weiterentwicklung. Eine Nachnutzung durch andere Bundesländer ist möglich. Erwartet wird eine steigende Anzahl von Kitas, in denen das Verfahren zum Einsatz kommt.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 250.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (LVG LSA) (Hrsg.) (2007): Audit Gesunde KiTa. Leitfaden zur Zertifizierung von Kindertagesstätten. Magdeburg: LVG SA.

DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder

Kurzfassung

Der »DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder« wurde von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) erarbeitet und im Jahr 2009 veröffentlicht.⁴⁸ Ziel ist es, mithilfe des Standards die Planung und Umsetzung eines vollwertigen und gesundheitsfördernden Verpflegungsangebots in Kitas zu unterstützen (DGE 2009a) und somit zur Qualitätsentwicklung und -sicherung im Bereich der Kita-Verpflegung beizutragen. Die Kriterien beziehen sich sowohl auf die Lebensmittelauswahl, die Speiseplanung und -herstellung als auch die Lebenswelt – wie zum Beispiel die Rahmenbedingungen in der Kita, die für eine ausgewogene Verpflegung von Bedeutung sind.

Neben der Broschüre »DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder« bietet die DGE weitere Hilfestellungen auf dem Weg zur Erfüllung des Standards an (Checklisten, Rezeptdatenbank, Vierwochenspeisepläne, Schulungen durch Verbraucherzentralen). Interessierten Einrichtungen wird die Möglichkeit einer Zertifizierung oder einer PREMIUM-Zertifizierung geboten, in deren Rahmen die Kita das FIT KID-Logo bzw. das FIT KID-PREMIUM-Logo als Auszeichnung erlangen kann. Hierfür sind ein Vertragsabschluss und eine Fremdbewertung durch entsprechend qualifizierte Auditorinnen bzw. Auditoren notwendig.

Hintergrund

Das Projekt »FIT KID – Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas« wird bereits seit 2001 von der DGE im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Land-

48 Neben den Standards für die Verpflegung in Kitas wurden darüber hinaus Qualitätsstandards für die Schulverpflegung, Betriebsverpflegung, Verpflegung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen sowie Essen auf Rädern entwickelt.

wirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) durchgeführt. Die Zielsetzung besteht darin, zielgruppenspezifische Hilfestellungen für die Umsetzung einer ausgewogenen Verpflegung anzubieten (Bölts 2009). Seit 2008 ist das Projekt Teil der Kampagne »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Schwerpunkt der Arbeit ist seitdem die Entwicklung eines Qualitätsstandards, der sowohl die Grundlage als auch das Hilfsmittel für die Umsetzung einer ausgewogenen, vollwertigen Verpflegung im Setting Kita darstellt. Der Qualitätsstandards wurde in einem einjährigen Entwicklungsprozess von der DGE in Zusammenarbeit mit Vertretungen aus Wissenschaft, Praxis und Politik der unterschiedlichen Bundesländer im Rahmen von Workshops erarbeitet (Baumstark, Büldt-Neißner, Dommermuth und Zilz 2009).

Anstoß zur Entwicklung des »DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder« gaben vor allem verschiedene repräsentative Untersuchungen, die belegen, dass eine unausgewogene Ernährung und unzureichende Bewegung in Deutschland bedeutsame Probleme darstellen (Baumstark et al. 2009, BLE 2010). Diese sind bereits in frühen Lebensjahren vorzufinden. So kommt die von 2003 bis 2006 deutschlandweit durchgeführte Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit (KiGGS) des Robert Koch-Instituts zu dem Ergebnis, dass rund 15 % der drei- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen übergewichtig sind; etwa 6 % davon sogar adipös (Baumstark et al. 2009). Als Folge können im weiteren Lebensverlauf ernährungsbedingte Krankheiten wie Bluthochdruck, Skelettschäden oder Herzerkrankungen auftreten (Baumstark et al. 2009). Studienergebnisse zeigen darüber hinaus, dass der Grundstein für das spätere Ernährungsverhalten bereits in der Kindheit gelegt wird (Baumstark et al.

2009). Umso wichtiger ist das frühzeitige Ansetzen von Interventionen zur Prävention der Fehlernährung.

Da eine Vielzahl von Kindern einen großen Teil des Tages in Kitas verbringt, sind nicht nur Eltern, sondern auch Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter gefordert, den Kindern einen gesundheitsfördernden Lebensstil zu vermitteln (DGE 2009a). Zur Unterstützung bei der Bewältigung dieser Aufgabe publizierte die DGE im Jahr 2009 die bundeseinheitlichen »Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder«. Mit diesem Instrument der Qualitätsentwicklung und -sicherung werden Anforderungen an eine vollwertige Verpflegung in Kitas präzisiert und damit überprüfbar gemacht (Bölts 2009). Seit Veröffentlichung der Standards werden bundesweit Schulungen von Verbraucherzentralen für interessierte Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter angeboten. Ebenso stehen Checklisten und weitere Informationsmaterialien zur Verfügung. Seit 2009 besteht darüber hinaus in allen Bundesländern die Möglichkeit, das FIT KID-Logo in einem Zertifizierungsprozess zu erlangen.

In Berlin, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern wurden Vernetzungsstellen für Kitas eingerichtet, die die Möglichkeit der Beratung und Unterstützung zur Umsetzung der vollwertigen Verpflegung gemäß den DGE-Kriterien anbieten.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Das Hauptziel des »DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder« ist es, ein vollwertiges Verpflegungsangebot in Kitas mit hoher Qualität zu gewährleisten sowie die Ernährungsbildung in den Kita-Alltag zu integrieren. Durch das Verfahren soll langfristig ein ernährungsphysiologisch ausgewogenes Verpflegungsangebot in der Tageseinrichtung angeregt und sichergestellt werden (DGE 2009a). Damit soll ein Beitrag zur Förderung eines gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltens

und letztlich einer verbesserten geistigen und körperlichen Entwicklung der Kinder geleistet werden.

Die Qualitätskriterien beziehen sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für eine ausgewogene Verpflegung und Ernährungsbildung.

Aufbau, Elemente

Die wesentlichen Instrumente im Rahmen von FIT KID sind der »DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder« sowie die dazugehörige Checkliste. Diese Materialien liefern Informationen zu den Qualitätskriterien der DGE und sind auf der Homepage (www.fitkid-aktion.de) frei verfügbar. Über den DGE-Medienservice können diese sowie ergänzendes Material, wie zum Beispiel der Ordner »Essen und Trinken in Tageseinrichtungen für Kinder«, bestellt werden (<http://www.dge-medien-service.de>).

Der Qualitätsstandard der DGE bildet die Grundlage für die einheitliche Bewertung der Verpflegung und den (möglichen) Zertifizierungsprozess. Die Kriterien für eine qualitativ hochwertige Verpflegung sind in einer Checkliste zur Selbsteinschätzung zusammengefasst. Die Checkliste überführt den Standard in differenzierte Qualitätskriterien, deren Beantwortung (mit »erfüllt/nicht erfüllt«) im Gesamtbild Aufschluss darüber geben, inwieweit diese erfüllt sind.

Im Kern verdeutlicht der Qualitätsstandard ernährungsphysiologische Anforderungen an eine vollwertige Verpflegung für Kinder in Bezug auf die Getränkeversorgung, das Frühstück und die Zwischen- und Mittagsverpflegung. Das heißt, der Qualitätsstandard definiert ein geeignetes Angebot sowie die Qualität von Lebensmitteln und Lebensmittelgruppen, emp-

fehlt Nährstoffmengen und gibt Hinweise auf die Speiseplanung und -herstellung. Darüber hinaus werden die Aufgaben der Ernährungsbildung verdeutlicht (Baumstark et al. 2009). So sollen beispielsweise die Mahlzeiten von übrigen Aktivitäten abgegrenzt sein und Informationen zum Umgang mit Süßigkeiten an die Eltern vermittelt werden.

Die 53 Kriterien der Checkliste verteilen sich auf folgende Qualitätsbereiche:

- Lebensmittel: Mittagsverpflegung,
- Speiseplanung und -herstellung,
- Lebenswelt,
- Nährstoffe.

Mögliche Ansatzpunkte für eine gezielte Verbesserung des Verpflegungsangebots werden dem Kita-Personal durch die Anwendung der Checkliste verdeutlicht. Darüber hinaus geben die Verbraucherzentralen im Rahmen von drei Werkstattgesprächen Anregungen zu wesentlichen Themen des Qualitätsstandards und praktische Hinweise für die Umsetzung zum Beispiel zur Lebensmittelauswahl und Speiseplanung.

Tageseinrichtungen für Kinder, die die Kriterien der drei Qualitätsbereiche Lebensmittel, Speiseplanung und -herstellung sowie Lebenswelt erfüllen, können ihr Verpflegungsangebot durch die DGE zertifizieren lassen und mit dem FIT KID-Logo werben. Bei der FIT KID-PREMIUM-Zertifizierung muss zusätzlich eine nährstoffoptimierte Mittagsverpflegung angeboten werden. Hierzu muss ein nährstoffoptimierter Speiseplan eingereicht werden, der im Durchschnitt von 20 Verpflegungstagen den Anforderungen der D-A-CH-Referenzwerte⁴⁹ für die Mittagsverpflegung

49 Die Abkürzung D-A-CH steht für die Länder Deutschland (D), Österreich (A) und die Schweiz (CH). Die jeweiligen Fachgesellschaften dieser Länder, das heißt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), die Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE) sowie die Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE) haben sich auf gemeinsame Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr geeinigt.

erfüllt. Anschließend können die Einrichtungen mit dem FIT KID-PREMIUM-Logo werben. Das Mindestmaß für die erfolgreiche Zertifizierung einer Kita ist die Erfüllung von 60 % aller Qualitätskriterien.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Um den Prozess hin zur Umsetzung eines optimalen Verpflegungsangebots einer Kita gemäß des Qualitätsstandards zu durchlaufen, empfiehlt sich die Benennung mindestens einer verantwortlichen Kita-Mitarbeiterin bzw. eines -Mitarbeiters (Pilz 2009). Zunächst kann eine Selbsteinschätzung anhand der Checkliste zu dem FIT KID-Qualitätsstandard erfolgen, um Aufschluss über den erreichten Stand der Qualität der Verpflegung zu erlangen. Die Anwendung der Checkliste erfordert eine Dokumentation der Speiseplanung über einen Zeitraum von 20 Verpflegungstagen. Auf Grundlage des Speiseplans lassen sich die Fragen der Checkliste zur Häufigkeit der in dieser Zeit angebotenen Lebensmittel, der Speiseplanung und -herstellung und der Rahmenbedingungen bezüglich der Verpflegung beantworten. Unterstützung können die Einrichtungen über die sogenannten Werkstattgespräche erhalten, die bundesweit von Referentinnen bzw. Referenten der Verbraucherzentralen angeboten werden.

Wird ein Qualitätskriterium nicht erfüllt, sollten Anpassungen erfolgen. Bei nötigen Veränderungen am Speiseplan oder den Rahmenbedingungen sind Eltern (vertreterinnen und -vertreter) und die Kinder einzubeziehen. Wird bei der Selbsteinschätzung deutlich, dass die Kriterien erfolgreich umgesetzt werden, kann auf Wunsch eine Zertifizierung erfolgen. Strebt eine Einrichtung eine Auszeichnung mit einem der FIT KID-Logos an, kann diese das Infopaket »Ihr Weg zur Zertifizierung« bei der DGE anfordern, das alle notwendigen Unterlagen enthält. Anschließend ist ein Vertragsabschluss erforderlich. Zur Prüfung des Standards vermittelt die DGE eine Auditorin bzw. einen Auditor, die bzw. der nach Ter-

minabsprache die Begutachtung der Versorgungssituation vor Ort sowie die Überprüfung der Speisepläne vornimmt. Die DGE verleiht nach einem bestandenen Audit und bei Einhaltung der vertraglich festgelegten Frist (zwölf Monate nach Vertragsabschluss) vor Ort eine Urkunde und das jeweilige FIT KID-Logoschild. Im Sinne der nachhaltigen Qualitätssicherung findet in regelmäßigen Abständen ein Re-Audit statt (DGE 2009c). Je nach Erfolg des bestandenen Audits verlängert sich der Überprüfungszeitraum um ein bis drei Jahre.

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Im Zentrum des Ansatzes der DGE zur Förderung einer vollwertigen Verpflegung und Ernährungsbildung in Kitas steht der »DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder«. Dieser fußt auf den drei Säulen: gesundheitsfördernde Lebensmittelauswahl, nährstoffoptimierte Angebote sowie lebensweltbezogene Rahmenbedingungen (wie zum Beispiel Essatmosphäre, Raum- und Tischgestaltung, Essenszeiten) (Bölts 2009). Sie definieren geeignete Strukturen und Prozesse zur Erreichung einer optimalen Verpflegungssituation.

Der Qualitätsstandard wurde auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt. Studien zeigen, dass der Grundstein für das Ernährungsverhalten in früher Kindheit gelegt wird. Wird frühzeitig auf eine gesunde Ernährung geachtet, trägt dies zur Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung der Kinder und letztlich zu einem verbesserten Gesundheitszustand im künftigen Leben bei (DGE 2009a). Jedoch belegen wissenschaftliche Untersuchungen auch, dass die Vermittlung von Ernährungswissen bei Kindern im Alter bis sechs Jahren keinen Einfluss auf die Auswahl der Lebensmittel nimmt. Ihr Essverhalten wird vielmehr durch Imitationslernen von Vorbildern geprägt, wes-

halb das Angebot an vollwertigen Speisen vor Ort sowie die Vorbildfunktion der Erzieherinnen und Erzieher (und Eltern) bei den Mahlzeiten von besonderer Bedeutung sind (DGE 2009a). Während der gemeinsamen Mahlzeiten erfüllen Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter eine pädagogische Aufgabe, denn es werden Verhaltensregeln, Kommunikationsregeln und Esskultur vermittelt (DGE 2009a). Mithilfe des Qualitätsstandards werden Kitas aktiv bei der Ausgestaltung und Sicherung eines gesunden Verpflegungsangebots, der Ernährungsbildung sowie der Vorbeugung von Fehl- oder Mangelernährung unterstützt.

Der FIT KID-Standard beruht auf der Grundlage von aktuellen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen (DGE 2009a). Die Ernährungsempfehlungen dienen somit als wissenschaftliche Gütekriterien bei der Bestimmung der Versorgungsqualität in Kitas.

Einsatzmöglichkeiten

Der Qualitätsstandard der DGE bezieht sich auf die Verpflegung von Kindern in der Altersgruppe »ein bis sechs Jahre«⁵⁰ und schließt sowohl die Frühstücks-, Zwischen- und Mittagsverpflegung als auch die Getränkeversorgung sowie die Verpflegungssituation in einer Kita mit ein (DGE 2009a). Es werden sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Aspekte für die Umsetzung einer ausgewogenen Verpflegung berücksichtigt.

Die FIT KID-Instrumente legen quasi eine Strategie vor, wie eine vollwertige Verpflegung in Kitas umzusetzen ist. Sie kommen somit vor allem im Bereich der Planung der Vorgehensweise sowie als Umsetzungshilfe zum Einsatz. Der Qualitätsstandard regt eine Auseinandersetzung an, inwiefern strukturelle Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer opti-

malen Verpflegung angemessen sind und die Umsetzung selbst gelingt. Eine Checkliste kann genutzt werden, um den erreichten Stand der Qualität zu bestimmen und Entwicklungspotenziale aufzudecken. Die Checkliste kann auch zum Einsatz kommen, um das Angebot eines Caterers kriteriengeleitet zu bewerten (Baumstark et al. 2009). Die Instrumente dienen demnach sowohl als Leitfaden zur Gestaltung als auch zur Überprüfung der aktuellen Versorgungssituation in einer Kita.

Zielgruppe(n)

Der Qualitätsstandard richtet sich an alle, die in einer Tageseinrichtung für Kinder Verantwortung für die Gestaltung des Verpflegungsangebots übernehmen. Das sind neben dem hauswirtschaftlichen und pädagogischen Personal in Kitas sowie neben deren Leitung und Trägerverbände auch die Eltern und die Elternvertreterinnen und -vertreter. (Baumstark et al. 2009). Auch Essensanbieter, die Kitas beliefern, können den Qualitätsstandard zur Optimierung ihres Angebots nutzen.

Voraussetzungen für die Nutzung

Von Vorteil für die Umsetzung des FIT KID-Qualitätsstandards ist das Interesse an dem Thema Ernährung bzw. die Bereitschaft der Zielgruppe, sich Wissen zu diesem gesundheitsrelevanten Bereich anzueignen. Voraussetzung ist, dass sich jemand aus dem Kita-Team als Verantwortliche(r) bereit erklärt. Es bietet sich an, wenn diese Person bereits einschlägige berufliche Erfahrungen in der Gemeinschaftsverpflegung aufweist. Falls das nicht gegeben ist, sind entsprechende Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen durchzuführen (DGE 2009a). Grundlegende Kenntnisse zur Herstellung von Spei-

⁵⁰ Empfehlungen für Hortkinder sind in den Qualitätsstandards für die Schulverpflegung enthalten.

sen und Getränken, zu beachtenden Gesetzen und Verordnungen einschließlich Hygienevorschriften sind unerlässlich. Die Dokumentation der Speisepläne und das Einhalten von Lebensmittelqualitäten und -häufigkeiten sind weitere Voraussetzungen. Im Rahmen einer FIT KID-PREMIUM-Zertifizierung muss zudem eine Nährstoffoptimierung des Speiseplans für die Mittagsverpflegung auf Basis berechneter Rezepte erfolgen. Das Verständnis einer vollwertigen Verpflegung sollte letztlich im Konzept verankert sein und Eltern beim Aufnahmegespräch vermittelt werden [DGE 2009a].

Eine weitere Voraussetzung stellt darüber hinaus eine gewisse Kooperationsbereitschaft dar. Um die Verpflegung in einer Einrichtung erfolgreich an den Qualitätsstandard der DGE anzupassen, ist es entscheidend, dass alle am Verpflegungsprozess Beteiligten die Optimierung des Verpflegungsangebots akzeptieren und partizipativ bei der Planung und Durchführung eingebunden werden [Pilz 2009]. Erfahrungen zeigen, dass Akzeptanzprobleme bezüglich Veränderungen im Speiseangebot häufig bei Kindern sowie Erzieherinnen und Erziehern auftreten – teilweise aber auch bei den Eltern, weshalb eine aktive Ernährungskommunikation notwendig ist. Es ist von Vorteil, wenn die Kritik an der aktuellen Versorgungssituation in der Kita gemeinsam analysiert wird und zusammen mit Eltern, Kindern sowie Erzieherinnen und Erziehern Ziele für die Optimierung sowie eine geeignete Vorgehensweise festgelegt werden [Pilz 2009].

Um die Nachhaltigkeit der Veränderungen des Verpflegungsangebots zu gewährleisten, bedarf es der Akzeptanz des Trägers und der Schaffung von geeigneten strukturellen Rahmenbedingungen bei der Trägerinstitution. Es hat sich bewährt, nicht nur eine Person als Ernährungsbeauftragte(n) in jeder Kita zu benennen, sondern darüber hinaus beim Träger eine Koordinierungsstelle zu schaffen. So kann schnell auf Konfliktsituationen reagiert und die lang-

fristige Qualitätssicherung des Verpflegungsangebots gewährleistet werden [Pilz 2009].

Die Zertifizierung bzw. PREMIUM-Zertifizierung bietet Einrichtungen die Möglichkeit, ihr vollwertiges Verpflegungsangebot auszeichnen zu lassen. Die Zertifizierung an sich stellt jedoch keine Verpflichtung dar, das heißt, die Instrumente können auch ohne Teilnahme am Zertifizierungsverfahren genutzt werden. Entscheidet sich eine Kita für eine Zertifizierung, wird ein Vertrag abgeschlossen, in dem der zeitliche Ablauf, Leistungen und Kosten vereinbart werden.

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung

Die Auseinandersetzung mit dem Qualitätsstandard kann je nach Vorwissen zum Themenfeld Ernährung recht unterschiedlich ausfallen. Es empfiehlt sich, zur Einarbeitung die in Kooperation mit Verbraucherzentralen angebotenen Werkstattgespräche (dreimal à 5 Stunden) zu nutzen, um die Inhalte des Qualitätsstandards praxisnah vermittelt zu bekommen und Unterstützung bei der Umsetzung zu erhalten.

Der Zeitrahmen für den Qualitätsentwicklungsprozess (hin zu einer Kita mit einem nachweislich gesicherten, vollwertigen Verpflegungsangebot) ist abhängig von den individuellen Gegebenheiten der Einrichtungen und dem vorhandenen Verpflegungssystem. Der nötige zeitliche Aufwand ergibt sich vor allem daraus, dass möglicherweise räumliche Anpassungen der Kita erforderlich sind und Änderungen am Speiseplan gemäß dem Qualitätsstandard erarbeitet und umgesetzt werden müssen. Um Speisepläne zu erstellen und eine nährwertoptimierte Verpflegung umzusetzen, können die Einrichtungen Unterstützung durch Verbraucherzentralen erhalten oder die frei zugänglichen Vierwochenspeisepläne von FIT KID nutzen. Der zeitliche Umfang für die Umsetzung des Qualitätsstandards ist individuell unterschiedlich und abhängig von der jeweiligen Ausgangssituation.

Bei angestrebter FIT KID-Zertifizierung bzw. FIT KID-PREMIUM-Zertifizierung muss die Kita im Rahmen eines Audits nachweisen, dass sie die Zertifizierungskriterien erfüllt. Innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten nach Vertragsabschluss erfolgt ein Audit. Der FIT KID-Qualitätsstandard und weitere Informationsmaterialien können kostenlos auf der projekteigenen Homepage heruntergeladen werden (www.fitkid-aktion.de).

Eine Bestellung der Printversionen ist gegen eine Versandkostenpauschale beim DGE-Medienservice (www.dge-medienservice.de) möglich. Die Kosten der Zertifizierung fallen – je nach vertraglichen Vereinbarungen – unterschiedlich hoch aus. Die Gesamtkosten sind abhängig davon, ob sich eine Kita einfach zertifizieren oder PREMIUM-zertifizieren möchte. Bei der PREMIUM-Zertifizierung fallen zusätzliche Kosten für die Erstellung bzw. Berechnung der Speisepläne an. Drei bzw. vier Bausteine sind je nach Wahl des Zertifizierungsverfahrens für die Höhe der Kosten entscheidend:

- Kosten pro Audit (550 Euro);
- Verwaltungspauschale (jährlich 200 Euro);
- Reisekosten pro Audit (180 Euro);
- Zusätzlich für die PREMIUM-Zertifizierung: Überprüfung der eingereichten Speisepläne und Rezepte (je nach Basis fallen unterschiedliche Kosten an: 275 bis 1650 Euro).

Für die in regelmäßigen Abständen (alle ein bis drei Jahre) vorgesehenen Re-Audits werden jeweils 550 Euro berechnet. Es besteht ein zeitlich begrenztes Rabattangebot bei den Kosten für das Erst-Audit.

Über die Kosten für den Prozess (unabhängig von den Zertifizierungskosten) können keine Angaben gemacht werden. Eine Kostenaufstellung ist aufgrund der unterschiedlichen Größe der Einrichtung und des damit zusammenhängenden Wareneinsatzes nur schwer möglich.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Seit 2009 haben insgesamt vier Kitas das Zertifizierungsverfahren durchlaufen und sind mit dem FIT KID-PREMIUM-Logo ausgezeichnet worden. Derzeit befinden sich circa 185 weitere Kitas auf dem Weg zur Zertifizierung und haben eine vertragliche Vereinbarung mit der DGE geschlossen.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Der Hauptnutzen des Qualitätsstandards wird in seiner Funktion als Qualitätssicherungsinstrument und als Hilfestellung zur Gestaltung eines vollwertigen Verpflegungsangebots gesehen. Auf der Basis von wissenschaftlichen Anforderungen kann so das Speiseangebot geprüft werden. Der erwartete Nutzen für die Anwenderinnen und Anwender wird von den Entwicklerinnen und Entwicklern darin gesehen, dass Lern- und Verbesserungsprozesse hinsichtlich einer optimalen, ausgewogenen Verpflegung beim Kita-Personal und den Eltern angeregt werden. Die Fachkräfte in Kitas gewinnen durch die Anwendung des Qualitätsstandards mehr Wissen über ein vollwertiges Verpflegungsangebot sowie Kompetenzen für deren praktische Umsetzung.

Mit der Auszeichnung durch ein FIT KID-Logo ergibt sich aus Entwicklersicht ein Imagevorteil für die Kitas, da somit das Interesse der Einrichtung an einer gesunden Verpflegung der Kinder nach außen signalisiert wird. Die Entwicklerinnen und Entwickler gehen davon aus, dass die Zufriedenheit der Kinder und die des Kita-Personals in den Einrichtungen steigt, da die Wünsche bezüglich der Versorgung mithilfe der Standards verstärkt Berücksichtigung finden.

Wirkungen

Bislang liegen keine Ergebnisse aus Evaluationsstudien vor, die die Wirkungen der Umsetzung des Qualitätsstandards in Kitas auf die Gesundheit der

Kinder bzw. der Erzieherinnen und Erzieher sowie Eltern erfassen. Die FIT KID-Medien (wie zum Beispiel die Checkliste und Broschüre) wurden extern aus Nutzersicht evaluiert. Die Checkliste bewerteten die Nutzerinnen und Nutzer als nützlich, praxistauglich und geeignet, um Impulse für Verbesserungen und Anpassungen auszulösen. In den meisten Fällen wurde die Checkliste zur Selbsteinschätzung und zur Vorbereitung auf eine Zertifizierung genutzt. Die Broschüre »Qualitätsstandards« wurde als ansprechend und informativ sowie passend für die Zielgruppe beurteilt.

Aus der Entwicklerperspektive ist eine gute Bekanntheit des FIT KID-Qualitätsstandards zu verzeichnen, und auch die Nutzung wird positiv eingeschätzt. Es wird angenommen, dass der Qualitätsstandard eine hilfreiche Orientierung bei der Umsetzung einer ausgewogenen Verpflegung ist, die nach erfolgreicher Anwendung letztlich auch positive Wirkungen auf die Gesundheit der Kinder zeigt.

Ausblick/Perspektiven

Konstruktive Rückmeldungen der Anwenderinnen und Anwender des »Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder« nahm die DGE im Jahr 2011 zum Anlass, die Qualitätsstandards und das Zertifizierungsverfahren an einigen Stellen zu modifizieren. Die Qualitätsstandards aller Lebenswelten (einschließlich des FIT KID-Qualitätsstandards für Kitas) wurden übergreifend überarbeitet. Dabei wurden neben inhaltlichen Überarbeitungen sowohl die Gliederung der Standards vereinheitlicht; ferner wurde auf eine einheitliche Verwendung von Begriffen geachtet. Ziel ist es, die Qualitätsstandards vor allem für jene Personen praxistauglicher zu gestalten, die zum Beispiel verschiedene Einrichtungen (Kitas, Schulen, Senioreneinrichtungen) mit Essen versorgen. Aufgrund steigender Betreuungszahlen von Säuglingen und Kleinkindern in Tageseinrichtungen wurde ein Kapitel zu Hygieneempfehlun-

gen für die Zielgruppe der Kinder unter drei Jahren erarbeitet. Zudem wurde das FIT KID-Zertifizierungskonzept modifiziert. Anfangs war die Umsetzung der Nährstoffoptimierung bei einer Zertifizierung verpflichtend, was erfahrungsgemäß die größte Hürde für die Umsetzung des Standards darstellte. Seit Juni 2011 haben Einrichtungen zwei Möglichkeiten, einen Beitrag zu einer nachhaltigen Qualitätssicherung zu leisten und ihr Engagement für eine vollwertige Ernährung zu dokumentieren. Das Konzept der modifizierten Zertifizierung bedeutet mehr Flexibilität für Einrichtungen, die sich auditieren lassen möchten. Einrichtungen, die die Kriterien der Qualitätsbereiche Lebensmittel, Speiseplanung und -herstellung sowie Lebenswelt erfüllen, können bereits eine FIT KID-Zertifizierung erlangen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur FIT KID-PREMIUM-Zertifizierung. Bei dieser ist der zentrale Bestandteil der Qualitätsbereich Nährstoffe. Hier erfolgt zusätzlich eine Nährstoffoptimierung des Speiseplans auf Basis der berechneten Rezepte.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 252.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (2009a): Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder. 2. Aufl. Bonn: DGE. Internet: <http://www.fitkid-aktion.de>. Zugriff am 14.10.2011.

Handlungsleitfaden

»Kitas fit für die Zukunft«

Kurzfassung

Aus den Erfahrungen des Modellprojekts »Kitas fit für die Zukunft«, das von den Hamburger Krankenkassenverbänden gefördert und von 2006 bis

2009 umgesetzt wurde, entwickelte die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) einen Leitfadens zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas. Der Handlungsleitfadens beschreibt auf insgesamt 74 Seiten theoretische Grundlagen sowie Methoden und Materialien, die auf dem Weg zu einer gesundheitsförderlichen Einrichtung dienlich sein können. Angelehnt ist das Instrument an die Qualitätsanforderungen des »Leitfadens Prävention« des GKV-Spitzenverbandes (siehe S. 63). Es werden Hinweise auf Vorgehensweisen gegeben, die sich während der Modellprojektlaufzeit bewährt haben (wie der Gesundheitszirkel), sowie auch auf weiterführende Ansätze der Qualitätsentwicklung und -sicherung [unter anderem Good Practice, siehe S. 47; quint-essenz, siehe S. 96]. Praxisnah werden einzelne Schritte – wie die Bestandserhebung, die Formulierung von Zielen, die Planung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen – geschildert, und es wird eine Checkliste mit den wichtigsten Fragen zur Vorbereitung eines Projekts an die Hand gegeben. Die Schilderung von einzelnen Praxisbeispielen rundet den Leitfadens ab. Zielsetzung ist es, Kitas bei der Entwicklung zu einem gesunden Arbeits- und Lernort zu unterstützen und letztlich die Gesundheit aller Beteiligten der Kita zu fördern.

Hintergrund

Seit dem Jahr 2000 ist der Handlungsrahmen für Primärprävention gesetzlich im Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) verankert (§ 20 SGB V) und hat zum Ziel, durch Präventionsmaßnahmen den allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten zu verbessern und sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern (GKV-Spitzenverband 2010). Im »Leitfadens Prävention« der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (siehe S. 63) sind Anforderungen an Leistungen der Primärprävention festgelegt, die die Grundlage zur Förderung von Ge-

sundheitsförderungs- und Präventionsprojekten darstellen (GKV-Spitzenverband 2010). In diesem Zusammenhang entwickelte die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft«. Bei der Konzepterstellung fanden die Kriterien für Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Settingansatz in Kitas des »Leitfadens Prävention« Berücksichtigung (siehe GKV-Spitzenverband 2010). Das Vorhaben konnte somit durch die gesetzliche Krankenversicherung gefördert werden (Büchter, Bunsman, Müller, Nagel-Prinz und Pleban 2009).

Anlass für das Vorhaben gaben die Ergebnisse verschiedener Studien, die belegen, dass insbesondere die gesundheitlichen Belastungen von Kindern aus sozial schwachen Familien zunehmen (Büchter et al. 2009). Häufiger als bei sozial besser gestellten Familien sind hier Probleme in den Bereichen Ernährung, Zahngesundheit, motorische Entwicklung, Hör- und Sehfähigkeit, Konzentration, Verhalten und Sprachentwicklung der Kinder vorzufinden (Büchter et al. 2009). Nicht nur bei Kindern, auch bei Kita-Erzieherinnen und -Erziehern treten Belastungen auf, die aus den hohen Anforderungen an ihre Kompetenzen – vor allem in sozial benachteiligten Stadtteilen – sowie Umgebungsfaktoren wie Lärm, Zeitdruck oder ungeeignetes Kita-Möbiliar resultieren. Diese Belastungen können zum Beispiel zu Müdigkeit, Erschöpfung sowie Beschwerden im Bewegungsapparat oder zu Kopfschmerzen führen (Büchter et al. 2009). Diesen Belastungen sollte ein geeignetes Konzept zur Gesundheitsförderung in der Kita entgegenwirken.

Im Rahmen des Modellprojekts »Kitas fit für die Zukunft« wurden in acht ausgewählten Kitas aus sozial benachteiligten Stadtteilen Maßnahmen der Gesundheitsförderung umgesetzt. Das gesamte Vorhaben hatte eine Laufzeit von drei Jahren, wobei die aktive Projektarbeit der beteiligten Kitas zwei Jahre

dauerte. Ziel des Modellprojekts war es, sowohl zur Förderung gesundheitsrelevanter, individueller Kompetenzen beizutragen als auch die Kita als Organisation zu einem gesunden Ort – im Sinne des Settingansatzes – zu entwickeln (Büchter et al. 2009). In der Modellprojektphase standen vor allem die Themen Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und Umgang mit Stress im Vordergrund. Bei der Auswahl der Modellprojekt-Kitas wurde die Trägervielfalt berücksichtigt sowie Wert darauf gelegt, dass unterschiedliche Rahmenbedingungen vorliegen, um ein breites Spektrum an Erfahrungen zu sammeln. Letztlich waren an der Modellprojektphase 950 Kinder, 156 Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter sowie 878 Eltern aus acht Kitas beteiligt (Büchter et al. 2009). Die Evaluation durch das Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) konnte die Wirksamkeit des Projekts belegen.

Nach Ablauf des dreijährigen Projekts wurde im Jahr 2009 ein Leitfaden von der HAG veröffentlicht, der im Folgenden näher beschrieben werden soll. Er transportiert die Erfahrungen und das Wissen von den in der Modellphase beteiligten Kitas für jene Einrichtungen, die sich auf den Weg zu einer gesundheitsförderlichen Kita begeben wollen und dient damit als Instrument der Qualitätsentwicklung.

Auf Grundlage des Modellprojekts wurde 2009 die »Beratungs- und Koordinierungsstelle Gesunde Kitas in Hamburg« unter dem Dach der HAG eingerichtet. Hier konnten Kitas über finanzielle Fördermöglichkeiten beraten werden, einzelne Kitas bei einem gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess weiter begleitet und unterstützt sowie Informationsmaterial bereitgehalten werden (Büchter et al. 2009). Die Finanzierung der Koordinierungsstelle lief jedoch im Jahr 2010 aus.

Aktuell wird der Leitfaden als Basis für ein Weiterbildungsmodul im Rahmen des Projekts »Gesundheit – ein Kinderspiel« der HAG genutzt (siehe Abschnitt »Ausblick/Perspektiven«).

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzung

Der Handlungsleitfaden »Kitas fit für die Zukunft« der HAG hat zum Ziel, die Entwicklung von Kitas hin zu einem gesunden Arbeits- und Lernort zu unterstützen und damit die Gesundheit aller Beteiligten im Setting Kita zu fördern. Es wird eine Auseinandersetzung mit der Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von geplanten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ermöglicht.

Aufbau, Elemente

Der Einstieg in das Thema Gesundheitsförderung/Prävention erfolgt durch ein Kapitel zu konzeptionellen Grundlagen (vgl. Kapitel 3). Es werden zentrale Grundlagen der Gesundheitsförderung wie das Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation und der Settingansatz beschrieben. Ebenso liefert der Leitfaden Hinweise auf Handlungsebenen (angelehnt an die Ottawa-Charta) und mögliche Handlungsfelder sowie Aufgaben, die in der Kita für Gesundheitsförderung und Prävention relevant sein können (Büchter et al. 2009). Diese praxisnah aufbereiteten Informationen dienen als Basis zur weiteren Planung und Umsetzung von gesundheitsrelevanten Aktivitäten in der Kita.

Im Kapitel 4 des Handlungsleitfadens werden hierfür konzipierte Ansätze des betrieblichen Gesundheitsmanagements aufgezeigt. Der empfohlene Projekttablauf ist angelehnt an den Public Health Action Cycle (siehe Kapitel 02.1) (Büchter et al. 2009). Die Vorgehensweise ist in eine Checkliste überführt und im Handlungsleitfaden als Arbeitsinstrument mit zentralen Fragen zur Vorbereitung, Planung und Umsetzung eines Vorhabens dargestellt (Büchter et al. 2009).

Der Gesundheitszirkel als »Problemlösegruppe« hat sich bewährt, um Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu initiieren und umzusetzen (Khan 2007) und wird deshalb im Leitfaden als Arbeitsform be-

schrieben. Darüber hinaus werden Methoden beschrieben, die während des Gesundheitszirkels in den jeweiligen Phasen des Projektverlaufs unterstützend zum Einsatz kommen können.

Der Handlungsleitfaden legt keine Instrumente fest, die zur Beurteilung der Qualität gesundheitsförderlicher Aktivitäten genutzt werden sollten. In diesem Zusammenhang wird im Kapitel 5 auf bestehende Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung verwiesen (Good Practice, siehe S. 47; quint-essenz, siehe S. 96; ZiWi-Methode der Partizipativen Qualitätsentwicklung, siehe S. 72; QIP, siehe S. 82) (Büchter et al. 2009).

Mit dem Leitfaden wird somit nicht nur bei der Planung, Umsetzung und Evaluation eines Vorhabens der Gesundheitsförderung und Prävention der Kerngedanke einer selbstbestimmten, emanzipatorischen Vorgehensweise aufgegriffen. Auch in Bezug auf die Qualitätssicherung soll jede Einrichtung für sich entscheiden, welcher Ansatz diesbezüglich passend ist und verankert werden soll (Büchter et al. 2009). Es wird angeregt, das interne Verfahren mit einem externen Bewertungsverfahren zu kombinieren.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

In Anlehnung an den Public Health Action Cycle sollen zur Planung und vor Umsetzung eines Projekts zunächst eine Bestandsaufnahme und Ist-Analyse der kitaspezifischen Belastungsfaktoren und Ressourcen stattfinden (Problemdefinition). Daraufhin werden Veränderungsbedarfe herausgearbeitet und Ziele formuliert sowie eine Strategie zur Zielerreichung festgelegt, woran sich die Durchführung von Maßnahmen anschließt. Eine darauf folgende Auswertung der Interventionen (Evaluation) kann gege-

benenfalls eine Anpassung erforderlich machen, wodurch der Kreislauf von Neuem beginnt (Büchter et al. 2009).

Zur Diagnose von gesundheitsrelevanten Problemfeldern und der Planung und Durchführung von Interventionen soll ein Gesundheitszirkel eingerichtet werden. Es sollen möglichst Personen aus allen Bereichen der Einrichtung darin vertreten sein, das heißt je nach Voraussetzungen die Kita-Leitung, Erzieherinnen und Erzieher, nichtpädagogisches Personal, Elternvertreterinnen und -vertreter, Trägervertreterinnen und -vertreter, Arbeitsschutzbeauftragte⁵¹ (Büchter et al. 2009). Zusätzlich ist eine externe oder interne Moderation erforderlich, die die regelmäßigen Treffen zur gemeinsamen Entwicklung von Maßnahmen steuert. Es bietet sich an, übergeordnete Personen wie Fachberaterinnen und -berater sowie Vertreterinnen und Vertreter des Trägers in geplante Veränderungsprozesse einzubeziehen (Büchter et al. 2009).

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Der Handlungsleitfaden wurde in Anlehnung an die Qualitätsanforderungen des »Leitfadens Prävention« des GKV-Spitzenverbandes (siehe S. 63) erstellt (Büchter et al. 2009). Diesen Anforderungen an die Qualität von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen wird ein umfassendes Qualitätsverständnis zugrunde gelegt, das sowohl die Planungs-, Struktur-, Prozess- als auch Ergebnisqualität umfasst.

Zudem wurden wissenschaftliche Grundlagen bei der Gestaltung des Modellprojekts und des Leitfadens »Kitas fit für die Zukunft« berücksichtigt. Wie Ergebnisse von Studien des Robert Koch-Instituts

51 In kleineren Kitas mit bis zu sieben Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern sollte das gesamte Team den Gesundheitszirkel bilden.

zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie zur Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern verdeutlichen, besteht Handlungsbedarf bei der Förderung der Gesundheit dieser Zielgruppen (Robert Koch-Institut 2006, Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft 2007). Kitas bergen ein hohes Potenzial, das gesunde Aufwachsen der Kinder zu begünstigen. Sie bieten Schutzfaktoren wie zum Beispiel die Förderung der Persönlichkeit, des Selbstwertgefühls oder Selbstvertrauens der Kinder oder ihrer sozialen Ressourcen (Büchter et al. 2009). Diese möglichen positiven Wirkungen der Kitas auf die Lebenslagen und die Gesundheit der Kinder und deren Familien ist unumstritten.

Besonders Erfolg versprechend sind Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention, wenn sie nicht nur als Einzelmaßnahmen umgesetzt werden (zum Beispiel Projekte zur Zahnpflege), sondern wenn sie das gesamte Umfeld, also zum Beispiel die Eltern und Strukturen der Einrichtung selbst, in den Blick nehmen und somit der Settingansatz Anwendung findet (Büchter et al. 2009). Es ist davon auszugehen, dass Veränderungen der Verhältnisse – und somit der Kita als Organisation – langfristig größere Effekte bewirken als Veränderungen des Verhaltens der Beteiligten im Setting (Büchter et al. 2009). Bezogen auf das Setting Schule hat sich der Settingansatz in der Praxis bereits bewährt (Paulus 2002); im Setting Kita gibt es bisher wenige Erfahrungen in der Anwendung von gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozessen (Büchter et al. 2009, Kliche et al. 2008). Durch das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft« wird Einrichtungen die Möglichkeit geboten, von den Erfahrungen anderer zu lernen. Wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen, führt das Konzept zu positiven Effekten.

Auf wissenschaftliche Gütekriterien bei der Bestimmung der Qualität wird im Rahmen des Handlungsleitfadens nicht eingegangen.

Einsatzmöglichkeiten

Der Leitfaden dient als Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationshilfe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kita. Zu jedem der Schritte des Public Health Action Cycle (siehe Kapitel 02.1) werden mögliche Methoden im Leitfaden beschrieben, die in Gruppenprozessen, wie im Rahmen des Gesundheitszirkels, zum Einsatz kommen können. Für die Bestandsaufnahme (Ist-Analyse) wird beispielsweise die Methode der Kartenabfrage vorgestellt. Zur Zielformulierung werden die SMART-Kriterien genutzt (Büchter et al. 2009).

Auch um beispielsweise Träger und Kita-Leitungen für das Thema Gesundheitsförderung zu sensibilisieren, kann der Leitfaden dienen. Darüber hinaus bietet sich der Leitfaden zur Nutzung im Rahmen von Weiterbildungen, zum Beispiel zu Moderatorinnen und Moderatoren von Gesundheitszirkeln, an.

Die beschriebenen Methoden können für alle Themen oder Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention zur Verbesserung der Gesundheit des Kita-Personals, der Kinder und ihrer Familien angewandt werden. Je nach individueller Schwerpunktsetzung der Kita können sich die Interventionen auf die Handlungsfelder Ernährung, Bewegung, seelische Gesundheit, Schaffung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen etc. beziehen.

Es wird jedoch empfohlen, sich in den Einrichtungen (im Rahmen des Gesundheitszirkels) zunächst mit dem Thema »Erziehergesundheit« auseinanderzusetzen. Denn durch die Reduzierung der gesundheitlichen Belastungen der Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter sind diese motivierter und ausgeglichener, was die pädagogische Qualität ihrer Arbeit steigert.

Diese Verbesserungen der »Erziehergesundheit« üben damit einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder und ihrer Familien aus (Büchter et al. 2009). »Sobald die Frage nach der Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher am Arbeitsplatz

auf den Tisch kommt, ist das Thema Gesundheit grundsätzlich in der Einrichtung präsent« (Büchter et al. 2009).

Zielgruppe(n)

Der Handlungsleitfaden richtet sich vor allem an die Träger, die Leiterinnen und Leiter der Kita sowie an das pädagogische und nichtpädagogische Personal. Bei der Umsetzung sollen die Kinder und Eltern sowie der Sozialraum mit einbezogen werden. Damit wird deutlich, dass der Leitfaden darauf ausgerichtet ist, die Kita als Setting gesundheitsförderlich zu gestalten und nicht (nur) vereinzelte Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention umzusetzen. Ebenso wendet sich der Leitfaden an Personen, die eine externe oder interne Moderation von Gesundheitszirkeln in der Kita anstreben.

Voraussetzungen für die Nutzung

Die Planung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Prozesse bedarf externer Unterstützungs- und Vernetzungsstrukturen (Büchter et al. 2009). Eine externe Moderation der Zirkelarbeit ist ratsam. In der Modellprojektphase wurden die Kitas durch Moderatorinnen begleitet, die fundierte Vorerfahrungen in der Kita-Arbeit hatten sowie über Weiterbildungen in Moderationstechniken, Supervision und Organisationsentwicklung verfügten (Büchter et al. 2009). Diese übernahmen die Vorbereitung, Leitung und Nachbereitung der Gesundheitszirkelsitzungen. Ebenfalls fand ein einführender Workshop zum Thema »betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitszirkel« statt.

Die verantwortliche Person zur Umsetzung der im Leitfaden beschriebenen Vorgehensweise zur gesundheitsförderlichen Entwicklung einer Kita sollte über Fähigkeiten in der Planung, Koordinierung, Kontrolle und Dokumentation verfügen (Büchter et al. 2009). Wird die Umsetzung eines Gesundheitszirkels ohne externe Moderation angestrebt, muss

intern eine Person die Moderatorenrolle übernehmen, wofür vor allem soziale und kommunikative Kompetenzen erforderlich sind (Büchter et al. 2009).

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung

Der Handlungsleitfaden der HAG ist anschaulich und leicht verständlich geschrieben. Es werden Hintergrundinformationen zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention gegeben, die den Einstieg in die Vorbereitung eines eigenen Projekts vereinfachen. Der Zeitaufwand für die Einarbeitung ist zunächst gering einzuschätzen. Sobald es in die konkrete Planungs- und Umsetzungsphase geht, steigt jedoch der zeitliche Aufwand. Es ist Organisatorisches zu klären (wer ist verantwortlich?, wer unterstützt den Prozess?); gegebenenfalls sind Fortbildungen erforderlich. In der Planungsphase muss zunächst ein Problemidentifikations- und Zielformulierungsprozess unter Einbezug aller Beteiligten stattfinden, was mitunter viel Zeit in Anspruch nimmt. Vor allem in kleineren Kitas, die über weniger personelle und zeitliche Ressourcen verfügen, ist es aufwendiger, in die Gesundheitszirkelarbeit einzusteigen. In der Einrichtung muss im Alltag genügend Zeit für den Austausch über die Planung und Umsetzung eingeräumt werden. In der Modellprojektphase traf sich der Gesundheitszirkel beispielsweise monatlich für anderthalb Stunden (Büchter et al. 2009). Für die Planung und Durchführung der Ist-Analyse ist eine Sitzung einzuplanen. Die Zielformulierung und Maßnahmenplanung kann zwei bis drei Sitzungen in Anspruch nehmen. Bis Maßnahmen letztlich umgesetzt werden, braucht es Geduld und Beständigkeit. Sinnvoll ist es, mit kleinen Maßnahmen zu beginnen, damit sich relativ schnell ein Erfolgserlebnis für alle Beteiligten einstellt. In der Modellphase wurde deutlich: »Von der Idee bis zur tatsächlichen Umsetzung einer Teilaktivität verging mitunter viel Zeit« (Büchter et al. 2009). Der zeitliche Aufwand für die Umsetzung von Maßnahmen ist abhängig von der Art der Interven-

tion. Kleine Veränderungen, wie zum Beispiel die Einführung einer Lärmampel als pädagogische Interventionen, können unmittelbar und mit wenig Aufwand umgesetzt werden. Für größere Vorhaben, die die Einbeziehung des Trägers erfordern, wie zum Beispiel Lärmdecken zum Lärmschutz einbauen, kann mitunter bis zu ein Jahr vergehen.

Die Modellprojektphase dauerte zwei Jahre. Zum Ende wurde eine Evaluation durchgeführt, die nicht in allen Zielbereichen direkte gesundheitliche Auswirkungen bei der Zielgruppe aufzeigen konnte (siehe Abschnitt »Nutzung, Nutzen und Wirkungen«). Es ist zu berücksichtigen, dass die gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung ein kontinuierlicher und länger andauernder Prozess sein sollte. »Ein gesundheitsfördernder Prozess, der die ganze Organisation einer Kita zu einem gesunden Lebensort entwickeln soll, dauert lange« (Büchter et al. 2009).

Der Leitfaden ist über die Homepage der HAG kostenlos als Onlineversion verfügbar oder kann als schriftliches Exemplar bei der HAG bestellt werden. Wie kostenintensiv die Umsetzung der geplanten Maßnahmen einer Kita ist, kann je nach Art und Umfang unterschiedlich sein. Interventionen müssen jedoch nicht immer teuer sein, wie Erfahrungen des Modellprojekts zeigen: »Viele kleine, gute Projekte sind in den Gesundheitszirkeln entstanden, die kostengünstig oder sogar kostenneutral umgesetzt werden konnten« (Büchter et al. 2009).

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Bislang sind 1000 Printexemplare des Leitfadens von interessierten Einrichtungen bundesweit angefragt bzw. an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren versendet worden. Kitas, die nicht an der Modellprojektphase beteiligt waren, nutzen den Leitfaden im Rahmen von selbst initiierten Organisationsentwicklungsprozessen, wobei über die genaue Anzahl dieser Einrichtungen keine Angaben gemacht werden

können. Darüber hinaus nutzt eine Krankenkasse den Leitfaden im Rahmen von Multiplikatorenschulungen.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Der Leitfaden wird zur Erlangung von Wissen und zur Sensibilisierung für das Themenfeld Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Kita genutzt. Mit der durch den Gesundheitszirkel angeregten Reflexion in der Gruppe über Bedingungen und Verhaltensweisen in der Kita, die gesundheitliche Belastungen darstellen können, werden Lern- und Verbesserungsprozesse vorangetrieben.

Wirkungen

Die Evaluation der Modellphase, an der acht Kitas in Hamburg beteiligt waren, zeigte, dass das Projekt zu deutlichen Verbesserungen der Strukturen in den Einrichtungen führte. Die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie die alltägliche Umsetzung und Qualifikation wurden verbessert, ebenso die Planung und Steuerung von Aktivitäten und die Vernetzung der Einrichtungen (Büchter et al. 2009). Umgesetzte Maßnahmen waren zum Beispiel Lärmdämmung, Schaffung von Personalräumen oder Leitungsbüros, Gestaltung des Außengeländes (Büchter et al. 2009). »Insgesamt wirkten die strukturellen Verbesserungen sich positiv auf das Betriebsklima und die Teamentwicklung in den einzelnen Einrichtungen aus« (Büchter et al. 2009).

Bezüglich der Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit, der Gesundheitsgewinne für die Kinder und deren Eltern zeigten sich weniger deutliche Effekte. Die Kooperation mit Eltern stieg leicht an. Festzustellen ist eine Zunahme der Motivation und des Teamgeists, die Verbesserung von Kommunikation und Arbeitsabläufen sowie der Kompetenzen hinsichtlich gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung insbesondere bei der Kita-Leitung (Büchter et al. 2009). Ein Treffen zur Reflexion des bisher Er-

reichten mit allen beteiligten Kitas ein Jahr nach Abschluss des Modellprojekts machte deutlich, dass alle Modellprojekt-Kitas weiter am Thema Gesundheit arbeiten, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sensibler mit ihrer eigenen und der Gesundheit der Kinder umgehen und sich das Betriebsklima verbessert hat.

Während der Projektlaufzeit gab es einen Steuerungskreis, der sich aus den Leiterinnen und Leitern der Modell-Kitas und jeweils einem Mitglied des Gesundheitszirkels (der Kita-Mitarbeiterinnen) zusammensetzte. Die Arbeit im Steuerungskreis wurde im Nachhinein als besonders erfolgreiches Mittel des Austauschs über Erfolge, Hürden und Widrigkeiten sowie als Ort des Voneinanderlernens bewertet (Büchter et al. 2009). Auch zeigte die Erfahrung, dass für den dauerhaften Erfolg der Maßnahmen gewährleistet sein sollte, dass übergeordnete Personen wie Fachberaterinnen und -berater sowie Vertreterinnen und Vertreter des Trägers in den Veränderungsprozess einbezogen werden (Büchter et al. 2009).

Es lässt sich festhalten, dass die signifikante Verbesserung der gesundheitlichen Situation aller Beteiligten im Setting Kita nicht nur Zeit benötigt, sondern auch eine langfristige Planung sowie ein auf Nachhaltigkeit angelegtes Handeln (Büchter 2009). Das Prinzip der kleinen Schritte zur Umsetzung von Projekten und Maßnahmen wird als wichtig erachtet (Büchter et al. 2009). »Settingprojekte wie »Kitas fit für die Zukunft« vermögen zunächst die Verhältnisse, die Strukturen und die Prozesse in den Einrichtungen zu verbessern. Dies wirkt sich zwar positiv auf die Gesundheit am Arbeits- und Lebensort aus, die Beteiligten profitieren jedoch nicht unmittelbar« (Büchter et al. 2009, S. 18).

Welche Wirkungen sich durch die Anwendung des Leitfadens zeigen, wurde bislang nicht wissenschaftlich untersucht.

Ausblick/Perspektiven

Der Leitfaden »Kitas fit für die Zukunft« wird zurzeit als Grundlage für ein Weiterbildungsmodul im Rahmen des Projekts »Gesundheit – ein Kinderspiel« genutzt, das von der HAG bis März 2013 umgesetzt wird. Die im Leitfaden beschriebenen Methoden sind Gegenstand der Weiterbildung für pädagogisches Fachpersonal. Aus dem Weiterbildungsmodul soll perspektivisch ein Methodenkoffer entstehen. Das Thema Qualität und Qualitätssicherung wird hierbei einen großen Raum einnehmen. In diesem Zusammenhang soll auf bereits bestehende Verfahren wie zum Beispiel die Good-Practice-Kriterien oder quint-essenz (siehe Kapitel 04.1.1) Bezug genommen werden.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 254.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Büchter, P., Bunsmann, T., Müller, S., Nagel-Prinz, S. M., Pleban, E. M. (2009): Kitas fit für die Zukunft. Gesundheitsförderung im Setting Kita. Von der Idee zur Umsetzung. Ein Leitfaden. Hamburg: HAG. Internet: <http://www.hag-gesundheit.de/magazin/veroeffentlichungen/broschueren/2009>. Zugriff am 14.10.2011.

04.3.2 Ergebnisse zu weiteren Materialien im Setting Kita

Gesunde Kita für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte

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

Im Jahr 2010 veröffentlichte die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin

Niedersachsen e. V. den Leitfaden »Gesunde Kita für alle!«. Dieser richtet sich an Kita-Leitungen und das pädagogische Personal in Kitas sowie an Kita-Träger.

Ziel des Leitfadens ist es, Kitas bei der Planung und Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu unterstützen, um letztlich die Gesundheitschancen der Kinder und Beschäftigten im Setting zu erhöhen. Zunächst werden im Leitfaden grundlegende Begriffe der Gesundheitsförderung mit Bezug zur Lebenswelt Kita aufbereitet. Themengebiete, die hierbei im Vordergrund stehen, sind Ernährung, Bewegung und Resilienzförderung. Darauf folgt ein Kapitel, das sich mit der Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting Kita auseinandersetzt und eine systematische Vorgehensweise zur Integration von Gesundheit als Organisationsziel der Kita beschreibt. Im letzten Kapitel erhalten Kitas Anregungen zur Planung von Maßnahmen, unter anderem durch die Veranschaulichung von Praxisbeispielen.

Der Handlungsleitfaden »Gesunde Kita für alle!« ist kostenlos online erhältlich über die Homepage der Landesvereinigung in Niedersachsen unter <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/index.php/veroeffentlichungen>. Zugriff am 26.07.2011.

Handbuch Erzieherinnen-Gesundheit

Entwickler: Sächsisches Staatsministerium für Kultur und Sport und Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz

Das Handbuch »Erzieherinnen-Gesundheit« richtet sich vorrangig an Träger und Leitungen von Kitas und wurde vom Sächsischen Sozialministerium sowie dem Sächsischen Ministerium für Kultur und Sport erstmals im Jahr 2008 herausgegeben. Es zielt darauf ab, die Organisation und Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der Gesundheitsförderung in Kitas zu unterstützen. Damit soll ein Beitrag zur Förderung und Sicherung der Leistungsfähigkeit, Gesundheit und Zufriedenheit

der Erzieherinnen bzw. Erzieher und letztlich zum gesunden Aufwachsen der Kinder in primären Bildungseinrichtungen geleistet werden.

Das Handbuch stellt eine Handlungshilfe dar, mit der die Zielgruppen für ihre Aufgabe im betrieblichen Arbeitsschutz sowie der Gesundheitsförderung sensibilisiert und unterstützt werden.

Neben einer kurzen Einführung zur Notwendigkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung beschreibt das Handbuch diesbezüglich relevante rechtliche Grundlagen, Umsetzungsbeispiele aus der Praxis und erläutert typische Handlungsfelder im Setting Kita. Darüber hinaus sind als Anlage zahlreiche Instrumente (Checklisten und Fragebogen) enthalten, die die Einrichtungen bei der Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der Gesundheitsförderung im Setting Kita nutzen können. Das Handbuch »Erzieherinnen-Gesundheit« kann kostenlos online heruntergeladen werden über die Homepage der Sächsischen Staatskanzlei <https://publikationen.sachsen.de/bdb/showDetails.do?>. Zugriff am 26.07.2011.

Kitas bewegen! Für eine gute gesunde Kita

Entwickler: Bertelsmann Stiftung

Mit dem Pilotprojekt »Kitas bewegen! – Für die gute gesunde Kita« der Bertelsmann Stiftung wurde von 2006 bis 2009 das Konzept einer guten gesunden Kita gemeinsam mit Projektpartnern in Münster und Berlin umgesetzt und in insgesamt 29 Kitas erprobt. Das Ziel von »Kitas bewegen!« ist es, einen ganzheitlichen Gesundheitsgedanken sowie Bewegungs- und Bildungsförderung im Konzept der Kita als übergreifendes Thema zu verankern und im Alltag konkret in Lern-, Spiel- und Arbeitsabläufe zu integrieren. Damit sollen die Bildungs- und Gesundheitschancen von Kindern nachhaltig verbessert sowie

gesundheitsförderliche Arbeits- und Lebensbedingungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschaffen werden.

Im Rahmen der Transferphase des Projekts, die Mitte 2009 begann und 2012 abgeschlossen sein wird, sind Steuerungs- und Unterstützungsstrukturen im Aufbau, die einen Transfer des Konzepts auch über den Projektabschluss hinaus sichern sollen.

Bislang wurden bereits zwei von vier aufeinander aufbauende Praxisbroschüren zu »Kitas bewegen!« veröffentlicht. In den Broschüren werden sowohl theoretische Grundlagen als auch praktische Erfahrungen bei der Umsetzung des Konzepts einer »guten gesunden Kita« vermittelt. Die Hefte transportieren Berichte von Erzieherinnen aus den Modellprojekt-Kitas sowie Erkenntnisse, Einsichten und Tipps von Expertinnen und Experten, die die Modellphase begleitet haben oder die wissenschaftliche Vorarbeit leisteten. Zudem besteht der Entwurf eines »Referenzrahmens zur Qualitätsentwicklung«, der die Qualitätsfelder und Merkmale einer »guten gesunden Kita« beschreibt.

Mit »Kitas bewegen!« wurde ein Konzept erprobt sowie darüber hinaus vielversprechende Instrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung entwickelt, die zukünftig allen interessierten Kitas zugänglich gemacht werden sollen.

Weitere Informationen zu »Kitas bewegen!« unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-F2B0D74C-E3FF81CB/bst/hs.xml/107651_107248.htm. Zugriff am 24.11.2011.

K!GG – Kita Gut & Gesund – Programm für integriertes Gesundheitsmanagement

Entwickler: Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften Leuphana (ZAG) an der Universität Lüneburg

Das Programm »K!GG – Kita Gut & Gesund« wurde seit 2009 im Rahmen einer Modellphase vom Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften Leuphana (ZAG) an der Universität Lüneburg entwickelt und befindet sich ab November 2012 in einer Transferphase. K!GG steht für einen Gesundheitsmanagementansatz, der darauf abzielt, Kita-Leiterinnen und -Leiter sowie Träger über Weiterbildungsmodule zu befähigen, die Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsqualität durch »Integriertes Gesundheitsmanagement« zu verbessern, zu steuern und zu evaluieren.

K!GG versteht sich sowohl als Settingansatz und Qualitätsentwicklungsansatz in der Gesundheitsförderung als auch als Ansatz der pädagogischen Qualitätsentwicklung in Kitas. Das Besondere an K!GG ist die Verknüpfung von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung mit Qualitätsmanagement und pädagogischer Qualitätsentwicklung in Kitas.

Die Projektphase wird in Kooperation mit dem Niedersächsischen Institut für Frühkindliche Bildung und Entwicklung (nifbe) sowie fünf Kitas in Niedersachsen als Praxispartner umgesetzt. In der ersten Phase wurden Kriterien und Indikatoren einer guten gesunden Kita in einem Referenzmodell formuliert. In der zweiten Projektphase von K!GG erfolgt die Entwicklung und Durchführung von Fortbildungsmodulen für Kita-Leitungen. Gemeinsam mit den Praxispartnern werden die Module, insbesondere die inhaltlichen Schwerpunkte und das didaktisch-methodische Konzept der Seminare, entwickelt und in einem formativen und summativen Evaluationsverfahren auf ihre Praxistauglichkeit hin optimiert. Die Testphase konnte für ein Weiterbildungsmodul im Mai 2011 bereits abgeschlossen werden.

Nähere Informationen zu »K!GG« finden Sie auf der Homepage <http://www.kigg.info>. Zugriff am 26.07.2011.

» 04.4 Setting Senioreneinrichtung

Ältere Menschen mit einem hohen Pflege- bzw. Hilfsbedarf, die nicht mehr in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können, haben die Möglichkeit, in eine Senioreneinrichtung zu ziehen. Von jenen Personen, die als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung gelten, leben rund 30% dauerhaft in stationären Einrichtungen der Altenhilfe (Wingenfeld 2008).

Es werden hierbei folgende Einrichtungsarten unterschieden:

- *Altenwohnheime* mit in sich abgeschlossenen altengerechten Wohnungen und grundsätzlich selbstständiger Versorgung und Verpflegung, jedoch mit der Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen (diese haben keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI).
- *Altenheime* mit einer Vollversorgung und geringfügigen Betreuungsleistungen (auch für diese gibt es keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI).
- *Altenpflegeheime* mit Vollversorgung und umfassender Pflege und Betreuung nach dem SGB XI (BMFSFJ 2006, Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen 2007).

Der Typ des Altenheims ist seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung im Jahr 1995 stark rückläufig und wird meist nur in der Mischform *Altenheim/Altenpflegeheim* angeboten. Gleichzeitig gibt es eine Zunahme an *Altenwohnheimplätzen*, die organisatorisch an *Pflegeheime* angegliedert sind. Nach Schätzungen des BMFSFJ (2006) handelt es sich bei 97% der Heime für ältere Menschen um *Pflegeheime* bzw. Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung (long term care).

Die Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Senioreneinrichtungen hat sich in den vergangenen Jahren erheblich verändert (BMFSFJ 2006, Horn, Brause, Schaeffer und Büscher 2010).⁵² Außerdem steigt der Anteil der dauerhaft in Heimen versorgten Pflegebedürftigen an (Wingenfeld 2008). Dieser liegt bei mehr als 80% (Schneekloth und Wahl 2009).⁵³

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2008) gab es Ende des Jahres 2007 in Deutschland rund 11.000 *Pflegeheime* in freigemeinnütziger, privater und öffentlicher Hand mit insgesamt knapp 800.000 Plätzen. Das Durchschnittsalter der in den *Pflegeheimen* Lebenden beträgt circa 82 Jahre (Schaeffer und Büscher 2009); es handelt sich dabei überwiegend (zu 73%) um Frauen (Schneekloth und Wahl 2009).

Rechtlich unterliegen Senioreneinrichtungen dem seit 1974 bestehenden Heimgesetz (HeimG), in dem

52 Ein großer Teil der Bewohnerinnen und Bewohner sind schwer- und schwerstpflegebedürftig (Wingenfeld 2008). Es ist davon auszugehen, dass chronische Erkrankungen, Multimorbidität und resultierende Funktionseinschränkungen sowie psychische Erkrankungen in stationären Einrichtungen eine noch größere Rolle als bei selbstständig lebenden älteren Menschen spielen. Besonders von demenziellen Erkrankungen sind bis zu zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner betroffen (Schneekloth und Wahl 2009). Nach Wingenfeld (2008) beträgt der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit kognitiven Störungen in den meisten Einrichtungen 60 bis 80% – bei eher steigender Tendenz. Neben einem sehr hohen Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Aktivitäten weist daher ein erheblicher Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von *Pflegeheimen* Verhaltensauffälligkeiten, psychische Problemlagen sowie soziale Einschränkungen auf (Wingenfeld, 2008).

53 Nach Schneekloth und Wahl (2009) beziehen 85% der Bewohnerinnen und Bewohner *Pflege*gelder nach der Pflegeversicherung. Ein weiterer kleiner Teil (6%) gehört zur Pflegestufe 0, benötigt also Versorgungsleistungen, ohne jedoch im Rahmen der Pflegeversicherung als erheblich pflegebedürftig eingestuft zu sein.

alle wesentlichen Belange wie zum Beispiel die Ausstattung in räumlicher und personeller Sicht festgeschrieben sind. Im Pflegeversicherungsgesetz von 1995 werden hingegen der Leistungsanspruch und Anforderungen an Pflegeeinrichtungen festgelegt. Obwohl im Pflegeversicherungsgesetz der Vorrang von Prävention vor Pflege verankert ist, werden aber nach wie vor Angebote und Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Senioreneinrichtungen in Wissenschaft und Praxis nur sehr selten thematisiert (Au 2010, Horn et al. 2010, Schaeffer und Büscher 2009).

Seniorinnen und Senioren sind eine in der Gesundheitsförderung bislang vernachlässigte Zielgruppe (Horn et al. 2010, Schaefer und Lademann 2010, Kuhlmann 2009), geraten aber zunehmend »in den Blick«. Dies dürfte nicht zuletzt eine Wirkung der Expertenberichte des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2009) und deren eindringlicher Hinweise zu den Auswirkungen des demografischen Wandels auf die zukünftige Zunahme von Pflegebedürftigen sein.

In den letzten zwei Jahren wurden verschiedene Beiträge zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter publiziert, in deren Zentrum vor allem Möglichkeiten zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Verzögerung bzw. Vermeidung von Pflegebedürftigkeit diskutiert werden (Kuhlmey 2009, Kruse 2010, Garms-Homolová 2008). Ebenso wurden verschiedene Berichte mit alltagsbezogenen Ansätzen für die Gesundheitsförderung und Prävention dieser Zielgruppe vorgestellt (Bundesministerium für Gesundheit 2009, Kuhlmann 2009, LIGA.NRW 2010a, 2010b).

Im Gegensatz zu anderen Settings, in denen der Erhalt der Gesundheit im Vordergrund steht, hat Ge-

sundheitsförderung in der Langzeitversorgung vor allem das Ziel, die Ausweitung vorhandener Gesundheitseinbußen einzudämmen, Pflegebedürftigkeit einzugrenzen, Verschlimmerungen vorzubeugen und die gesundheitlichen und sozialen Ressourcen zu stärken (Horn et al. 2010, Schaeffer und Büscher 2009, Kuhlmey 2009). In der Praxis, das bestätigt die von Horn et al. (2010) durchgeführte Recherche zu Angeboten der Gesundheitsförderung in Senioreneinrichtungen⁵⁴, dominieren bislang Angebote zur Bewegungsförderung inklusive der Sturzprophylaxe. Daneben gibt es einzelne Ansätze zur Ernährung. Dagegen sind ressourcenorientierte Ansätze sowie Maßnahmen zur Förderung sozialer Teilhabe kaum zu finden. Allerdings kann auch bei den Angeboten zur Bewegungsförderung nicht von einer flächendeckenden Verbreitung ausgegangen werden: Nach einer im Rahmen des Forschungsverbundes »Autonomie trotz Multimorbidität im Alter« durchgeführten Befragung in 41 zufällig ausgewählten Pflegeheimen in Berlin/Brandenburg geben zwei Drittel der befragten Bewohnerinnen und Bewohner (n = 218) an, dass sie nicht zur Bewegung angeregt werden, 75 % von ihnen dafür aber motiviert sind (Kalinowski et al. 2010).

Es gibt jedoch einzelne Hinweise auf Entwicklungen, die möglicherweise Angebote und Maßnahmen für die Gesundheitsförderung und Prävention in diesem Setting zukünftig befördern können, zum Beispiel die Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im SGB XI mit Erweiterung um die Berücksichtigung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Funktionseinschränkungen zum Beispiel in den Bereichen Mobilität sowie kognitive und kommunikative Fähigkeiten (SVR 2009) oder die Entwicklung

54 Horn et al. (2010) verweisen weiterhin darauf, dass mit den (wenigen) evaluierten Praxisansätzen meist die relativ gesunden Bewohnerinnen und Bewohner angesprochen werden. So richten sich zum Beispiel die Bewegungsförderungsprogramme häufig nur an diejenigen Frauen und Männer, die sich noch selbst bewegen können, während Bettlägerige davon nicht profitieren können.

von Pflegekonzepten für Menschen mit demenziellen Erkrankungen, die die Stützung des psychischen Wohlbefindens bzw. der Biografiearbeit integrieren (Berendonk, Stanek, Schönit, Kaspar und Kruse 2010, Kämmer 2010).

Es bleibt wünschenswert, dass Gesundheitsförderung und Prävention auch in Qualitätssicherungsmaßnahmen der Einrichtungen verankert werden. Im Vordergrund der bestehenden qualitätsbezogenen Aktivitäten steht die Führung einer Pflegedokumentation und die Erstellung individueller Pflegepläne, die inzwischen in nahezu allen Einrichtungen sichergestellt wird und die vor allem auf Fragen der körperlichen Unversehrtheit zielen, jedoch nicht auf das Recht auf Individualität und Teilhabe (Schneekloth und Wahl 2009).

Die Qualitätssicherung in Einrichtungen der stationären Altenpflege im Hinblick auf die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ist im Sozialgesetzbuch XI geregelt. Darin ist auch die Entwicklung von Expertenstandards vorgegeben, die für Einrichtungen mit Zulassung nach der Pflegeversicherung verbindlich sind. Diese Expertenstandards sind daher auch Teil des Prüfkatalogs im Rahmen der (ebenfalls gesetzlich geregelten) externen Qualitätskontrolle durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Darüber hinaus gibt es zahlreiche Initiativen auf unterschiedlichen Ebenen⁵⁵, sodass »die Qualitätsmanagementempfehlungen für die Altenpflege ... bereits Bibliothekswände füllen« (Schneekloth und Wahl 2009, S. 288). Welche Ansätze zur Qualitätssi-

cherung in Gesundheitsförderung und Prävention für das Setting Senioreneinrichtungen existieren, wird im Folgenden beschrieben.

04.4.1 Ergebnisse zu Instrumenten und Verfahren im Setting Senioreneinrichtung

Insgesamt konnten 15 verschiedene Instrumente bzw. Programme, die mit Methoden der Qualitätssicherung verknüpft sind, recherchiert werden. Schwerpunktmäßig handelt es sich um Ansätze zur Bewegungsförderung inklusive der Sturzprophylaxe. Weiterhin um einzelne Instrumente, die in Verbindung mit Ansätzen zur Optimierung der Ernährung (auch in Kombination mit Bewegungsförderung) entwickelt wurden. Zwei Programme beinhalten Maßnahmen zur Biografiearbeit.

Obwohl einerseits Instrumente mit sehr unterschiedlicher Reichweite und andererseits auch an spezifische Zielgruppen im Setting »Stationäre Altenhilfe« gerichtete Programme aufgenommen wurden, fällt das Ergebnis überschaubar aus. Da Ansätze und Maßnahmen für die Gesundheitsförderung und Prävention in diesem Setting selten sind, fehlt es zwangsläufig auch an damit verknüpften Instrumenten für die Qualitätssicherung.

Der Schwerpunkt der vorhandenen Ansätze, das macht das Ergebnis der Recherche ebenfalls deutlich, entspricht den in der Pflege dominierenden Verfahren in Form externer Standards, die teilweise mit einer Auditierung oder anderen Auszeichnungen verbunden sind. Im Hinblick auf die weitere Recherche und Bewertung von Verfahren der wirkungsbezogenen Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Setting »Sta-

⁵⁵ So die vom Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend geförderte Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (Buko-QS) (vgl. Schneekloth und Wahl 2009, S. 289) und der »Runde Tisch Pflege«, der vom BMG und vom Bundesfamilienministerium ins Leben gerufen wurde. Letztere haben eine Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen entwickelt, die aber keine allgemeine Akzeptanz gefunden hat.

tionäre Altenhilfe« sind diese Verfahren eher von geringerem Interesse. Die Verfahren zur Bewegungsförderung beziehen sich meist auf einzelne Personen (zum Beispiel mit erhöhtem Sturzrisiko) und wirken unter anderem auf die Pflegedokumentation ein. Bei den Instrumenten zur Ernährungsoptimierung und auch beim PATRAS-Programm steht die Verhinderung von Fehlernährung im Zentrum. Weiterhin bieten sich auch die Beispiele aus den Zentren für Bewegungsförderung in Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz/Saarland nicht für die weitere Recherche an: Es handelt sich dabei um Einzelprojekte, deren Fokus auf der Erprobung von Angeboten zur Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe liegt.

Von den übrigen Verfahren beziehen sich das THELIA-Programm und das SimA-P-Konzept auf die Schulung von Ehrenamtlichen bzw. von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Dabei fallen für die Schulung im Rahmen des SimA-P-Konzepts erhebliche Teilnahmegebühren an.

Insofern kann letztlich am ehesten das »fit für 100«-Programm der Sporthochschule Köln für die weitere Recherche und Überprüfung empfohlen werden. »fit für 100« ist Mitte 2005 gestartet und wird in zahlreichen stationären und ambulanten Einrichtungen mit Schwerpunkt in Nordrhein-Westfalen angewendet. Es hat sich in den beteiligten Einrichtungen als nachhaltig erwiesen und findet seit 2007 eine Aufnahme in der Landesinitiative »Gesundes Land NRW«. Das Projekt wird aktuell im Hinblick auf die Einbeziehung demenziell Erkrankter weitergeführt (NADiA – Neue Aktionsräume für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen). Eine Darstellung der Erfahrungen, der Rahmenbedingungen, des Qualitätsmanagements und der Evaluationsergebnisse für das »fit für 100«-Programm ist in einem Leitfaden verfügbar, der als Grundlage im Rahmen der weiteren Bearbeitung verwendet werden könnte.

Zu verweisen ist an dieser Stelle auch auf den Qualitätsstandard »Fit im Alter – Gesund essen, bes-

ser leben« der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Dieser Standard ist das Pendant zum »Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder« (siehe S. 166). Letzteres wird bereits ausführlich im Kapitel zum Setting Kita beschrieben; deshalb wird hier auf eine ausführliche Beschreibung von »Fit im Alter« für das Setting Senioreneinrichtung verzichtet.

»fit für 100«

Kurzfassung

Seit 2005 wurde durch die Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie, das Projekt »fit für 100« entwickelt. Das Projekt wurde finanziell vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) unterstützt. Weitere Kooperationspartner waren und sind die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e. V. und der Landessportbund Nordrhein-Westfalen. »fit für 100« ist ein Bewegungsprogramm unter besonderer Berücksichtigung von Personen im vierten Lebensalter zur Förderung und Erhaltung der Handlungskompetenz. Das Programm »fit für 100« wird aktuell an circa 100 ambulanten, teilstationären und stationären Standorten in Deutschland mit dem Schwerpunkt in Nordrhein-Westfalen durchgeführt.

Zielsetzung war die Implementierung eines evaluierten Bewegungsangebots, die Herstellung von Transparenz über die Inanspruchnahme sowie die Evaluation des Programms. Das Qualitätsmanagement für das Programm umfasst aktuell ein Schulungs- und Dokumentationskonzept sowie Stundenbegutachtungen, die die Grundlage für eine Zertifizierung sind.

Hintergrund

Das Bewegungsprogramm wurde ebenso wie das Schulungs- und Dokumentationskonzept im Rahmen

des Forschungsprojekts »fit für 100« am Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie an der Deutschen Sporthochschule Köln (Leitung: Prof. Dr. Heinz Mechling) entwickelt. Die Entwicklung des Bewegungsprogramms stützt sich auf eine Befragung zur Praxis der Bewegungsförderung in Altenhilfeeinrichtungen. Daran anknüpfend wurden an neun gezielt ausgewählten Modellstandorten in Nordrhein-Westfalen Übungen zur gezielten Kraft- und Gleichgewichtsförderung inklusive der Sturzprophylaxe erprobt und evaluiert.

Auf Basis dieser Evaluationsergebnisse wurde für das Qualitätsmanagement ein Schulungs- und Zertifizierungskonzept für die Qualifikation von Übungsleitungen zur Durchführung von »fit für 100«-Kursen entwickelt.

Die Modell- und Testphase für das Bewegungsprogramm wurde 2005 begonnen und Anfang 2007 abgeschlossen. Seither werden Zertifizierungskurse angeboten. Auch das Schulungskonzept wurde evaluiert. Die Evaluation wurde in vier Einrichtungen an einem Standort (Münster) im Zeitraum Mai 2007 bis Februar 2008 durchgeführt. Zudem wurde eine Evaluation der in der Modellphase gegründeten Gruppen im Hinblick auf deren Dauerhaftigkeit und die Kontinuität der Teilnahme 14 Monate nach Abschluss der Projektlaufzeit durchgeführt.

Grundlagen/Aufbau

Zielsetzungen

Wesentliche Zielsetzung des Schulungs- und Dokumentationskonzepts ist die Implementierung des im Rahmen des »fit für 100«-Projekts entwickelten und evaluierten Bewegungsangebots in ambulante, teilstationäre und stationäre Senioreneinrichtungen. Ein weiteres Ziel ist die Herstellung von Transparenz über die Inanspruchnahme, den Trainingsstatus und die subjektive Einschätzung der Effekte durch die Teilnehmenden. Das Konzept umfasst daher Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Aufbau, Elemente

Die Zertifizierung umfasst folgende Bestandteile:

- Dreitägiger Zertifizierungskurs (24 Unterrichtseinheiten) mit theoretischen und praktischen Themenschwerpunkten (Übungsprogramm »fit für 100«/Sturzprophylaxe/Testbatterien für die Ergebnisevaluation/Theorie der Veränderungen im Alter sowie alterstypische Erkrankungen/Umgang mit Hochaltrigen sowie Demenzerkrankten in der Bewegungsgruppe). Basis dieses Zertifizierungskurses sind ein dafür entwickeltes Curriculum sowie ein Übungskatalog.
- Persönliche Hospitationen (während der Projektlaufzeit) bzw. Videohospitationen (seit Abschluss der Projektlaufzeit) durch Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter des »fit für 100«-Teams der Deutschen Sporthochschule Köln (zwei Termine), Auswertung und persönliches Feedback bzw. Feedbackbericht an die Übungsleiterinnen und -leiter. Das Feedback erfolgt jeweils nach dem ersten Hospitationstermin, der zweite Termin dient der Kontrolle der Umsetzung. Im Rahmen der Hospitationen erfolgt auch eine Überprüfung der Stundendokumentationen. Die Zertifizierung erfolgt nur bei erfolgreicher Umsetzung.
- Wiederkehrende Fortbildungen (Teilnahme an einem eintägigen Auffrischkurs nach zwei Jahren – Rezertifizierung).

Die Durchführung des »fit für 100«-Bewegungsprogramms beinhaltet weiterhin die regelmäßige Durchführung der Kurse zweimal wöchentlich inklusive einer Stundendokumentation. Im Rahmen der Stundendokumentation werden die Teilnehmenden inklusive der von ihnen für das Training verwendeten Gewichte erfasst. Auf diese Weise wird eine Leistungssteigerung für die Übungsleiterinnen und -leiter ebenso wie für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer überprüfbar. Der Einsatz der Testbatterien für die Ergebnisevaluation liegt in der Entscheidung der

Übungsleitung. Für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Zertifizierungsverfahren besteht ein fortlaufendes Angebot zur Beratung durch das Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln.

Prozessablauf und Prozessbeteiligte

Die Zertifizierungskurse und Hospitationen werden vom Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln durchgeführt.

Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung)

Das Bewegungsprogramm, das Qualitätsmanagement und das Konzept für die Evaluation sind Ergebnisse eines Forschungsprojekts am Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln.

Das Konzept für das Qualitätsmanagement ist personenbezogen und richtet sich an diejenigen, die in Einrichtungen der Altenhilfe das »fit für 100«-Bewegungsprogramm durchführen wollen. Es basiert auf einheitlichen Vorgaben für die Durchführung der Übungsstunden, die erforderliche Infrastruktur und die Dokumentation der Trainingsstunden. Die Veränderung des Trainingsstatus wird über die Dokumentation erfasst, indem die von Teilnehmenden verwendeten Gewichte notiert werden. Die subjektive Einschätzung der Teilnehmenden wird über Fragen zum Wohlbefinden sowie zu den Alltagskompetenzen erfasst. Während der Laufzeit der Zertifizierung besteht die Möglichkeit, sich mit Fragen per E-Mail an das Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie zu wenden. Diese Möglichkeit wird rege genutzt.⁵⁶

Die sportwissenschaftlichen Grundlagen des Übungsprogramms wurden im Rahmen des For-

schungsprojekts umfassend evaluiert. Die Evaluation erfolgte als Längsschnittuntersuchungen der Teilnehmenden aus neun Projektgruppen, die zu Beginn und fortlaufend nach jeweils 16 Wochen (vier Messzeitpunkte) Training getestet wurden. Insgesamt haben über die vier Messzeitpunkte 152 Personen (134 Frauen und 18 Männer) an den Untersuchungen teilgenommen. 51 Personen, davon 45 Frauen, haben sich an den Untersuchungen an allen vier Messzeitpunkten beteiligt. Die Mittelwerte dieser Personen für die sensomotorischen Leistungen (Beweglichkeit, Kraft und Koordination) konnten gesteigert werden. Weiterhin ergab sich aus einer Befragung der Teilnehmenden zum subjektiven Wohlbefinden eine Verbesserung der Lebensqualität sowie des Wohlbefindens.

Das Schulungs- und Zertifizierungskonzept vermittelt im Wesentlichen die Fachkenntnisse zur Anleitung des in dem Forschungsprojekt entwickelten Bewegungsprogramms. Weiterhin erfolgt eine praktische Anleitung zur Durchführung der Stundendokumentationen, die exemplarisch im Rahmen der Zertifizierung bewertet werden.

Thematisiert werden außerdem die strukturellen Voraussetzungen für die Durchführung des Bewegungsangebots. Im Rahmen der Evaluation des Schulungs- und Zertifizierungskonzepts wurde die Wirksamkeit des Konzepts im Hinblick auf die erfolgreiche Umsetzung des Bewegungsprogramms überprüft.

Einsatzmöglichkeiten

Das Bewegungsprogramm wird in allen Bereichen der Altenhilfe (ambulant, teilstationär, stationär) und außerdem in Sportvereinen, Generationenhäusern und ähnlichen Einrichtungen durchgeführt.

56 Persönliche Auskunft im Rahmen des Telefoninterviews mit Frank Nieder, Projektleitung »fit für 100« am 30.06.2011.

Zielgruppe(n)

Das Schulungsprogramm richtet sich an drei Zielgruppen:

- Sportbezogene bzw. bewegungstherapeutisch qualifizierte Fachkräfte wie zum Beispiel Übungsleiterinnen und -leiter, Fachkräfte aus den Bereichen Physio-, Ergo- und Beschäftigungstherapie sowie Lehrkräfte für Sport.
- Sozialpädagogische bzw. pflegerisch qualifizierte Fachkräfte wie zum Beispiel Altenpflegerinnen und -pfleger oder Sozialarbeiterinnen und -arbeiter.
- Ehrenamtliche (soweit diese praktische Erfahrungen in der Seniorenarbeit oder im Sportbereich haben) für die Unterstützung der Kursleitung.

Voraussetzung für die Nutzung

Die Teilnahme am Zertifizierungsverfahren erfordert eine berufliche Qualifikation zum Beispiel im Bereich Altenpflege, Sozialarbeit oder Bewegungstherapie. Möglich ist die Teilnahme auch für Personen mit entsprechend nebenberuflich erworbenen Erfahrungen, die in der Regel als Unterstützung der Kursleitung eingesetzt werden.

Die Durchführung des »fit für 100«-Bewegungsprogramms erfordert innerhalb der Einrichtungen folgende Voraussetzungen:

- Übungsleitung mit Zertifizierung,
- Notfalltelefon,
- Sanitäranlagen,
- Gruppenraum,
- Arbeitsmittel und Materialien (zum Beispiel Stühle, Gewichtsmanschetten, Hanteln etc.),
- gegebenenfalls Hilfskraft für die Unterstützung der Gruppenleitung,
- gegebenenfalls Bring- und Holdienst für die Teilnehmenden.

Die Teilnehmenden müssen vorab ärztlich untersucht werden und eine Unbedenklichkeitsbescheinigung vorweisen.

Aufwand der Einarbeitung und Durchführung

Der Aufwand für die Zertifizierung als Übungsleiterin bzw. Übungsleiter liegt in der Teilnahme am Schulungskurs (drei Tage) sowie den anschließenden Hospitationen inklusive der Feedbackgespräche. Gegebenenfalls müssen zunächst Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer gewonnen und eine Übungsgruppe aufgebaut werden.

Die Durchführung aller Übungsstunden (zweimal wöchentlich) ist mit einer Dokumentation verbunden. In der Einführungsphase (circa zwölf Wochen) sind dafür jeweils circa zehn Minuten, später weniger als fünf Minuten erforderlich. Die Dokumentation kann mit der Pflegedokumentation gekoppelt werden, sodass Alltagseffekte des Trainings verdeutlicht werden.

Alle zwei Jahre ist die Teilnahme an einem eintägigen Auffrischkurs erforderlich. Die Kosten für die gesamte Zertifizierung betragen gegenwärtig circa 600 Euro inklusive der Hospitationen und der Feedbackgespräche. Die Kosten für die Rezertifizierung betragen circa 80 Euro.

Nutzung, Nutzen und Wirkungen

Nutzung

Für die Durchführung der Modellgruppen wurden circa zwölf »fit für 100«-Übungsleiterinnen bzw. -leiter geschult. In den Jahren 2008 bis 2010 wurden einzelne Schulungstermine angeboten, außerdem zwei Termine für die »Auffrischungsschulung«. Im ersten Halbjahr 2011 wurden insgesamt vier Schulungstermine angeboten. Künftig sollen circa vier Schulungstermine pro Jahr angeboten werden.

Die Angabe zu den Einrichtungen, in denen »fit für 100«-Bewegungsangebote implementiert sind, ist über die Webseite www.ff100.de verfügbar. Derzeit sind dort circa 40 Städte und Kommunen dokumentiert, in denen »fit für 100«-Gruppen bestehen (Stand: Juli 2011). Es existieren weitere Gruppen, die jedoch als intern ausgerichtetes Angebot keine

Werbung nach außen betreiben möchten und daher in den Listen nicht geführt werden.

Nutzen für die Einrichtungen

Die Einrichtungen der Altenpflege kommen damit ihrer Verpflichtung zur Umsetzung des Expertenstandards Sturzprophylaxe nach und können außerdem mit dem »fit für 100«-Logo werben.

Darüber hinaus wird dem Bedürfnis vieler Bewohnerinnen und Bewohner wie auch Besucherinnen und Besucher der Einrichtungen nach einer »aktiven« Gestaltung des Einrichtungsalltags bzw. des Lebensalltags nachgekommen.

Nutzen für Anwenderinnen und Anwender

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Schulungen erhalten eine Qualifikation für die Anleitung und Durchführung der Bewegungsangebote. Der Aufwand für die Stundenvorbereitung wird durch die zur Verfügung gestellten Stundenverlaufspläne minimiert. Die Durchführung wird außerdem durch bebildertes Material für die Übungsanleitung unterstützt. Über die Stundendokumentation soll ein interner Reflexionsprozess initiiert werden. Die Anwenderinnen und Anwender können über die Dokumentation nachvollziehen, inwieweit die Teilnahme regelmäßig erfolgt und ob sich der Trainingsstatus der Teilnehmenden verändert. Auf diese Weise wird eine Basis für die gemeinsame Reflexion der Wirkungen mit den Teilnehmenden und außerdem für einen Austausch mit Fachkolleginnen und -kollegen, den Einrichtungen und externen Geldgebern geschaffen.

Erfahrungen der Anwenderinnen und Anwender mit dem Schulungs- und Dokumentationskonzept sind bisher nicht publiziert worden. Im Hinblick auf das Übungsprogramm gibt es verschiedene positive Rückmeldungen, beispielsweise die einer Übungsleiterin in einem Altenzentrum: »Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren von Anfang an interessiert und fanden immer mehr Spaß an der Sache. Im Laufe

des Jahres kamen stolze Feststellungen wie: »Ich kann mir jetzt wieder selbst die Haare kämmen!«. Wir haben während der Projektlaufzeit beobachtet, dass die Übungen vermehrt im Stehen ausgeführt werden konnten. Auch steigern viele durch mehr Gewicht in den Manschetten ihre Belastungsfähigkeit. Die Teilnehmenden sind überaus motiviert, freudig bei der Sache und lassen keinen Übungstermin ausfallen. Auch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ist gewachsen ...« (Deutsche Sporthochschule Köln 2007, S. 24).

Wirkungen

Über die sportwissenschaftliche Evaluation hinausgehend, sind die Wirkungen des Zertifizierungsverfahrens hinsichtlich der Merkmale erfolgreiche Umsetzung, Wiederholbarkeit und Personenunabhängigkeit durch die Gruppenanzahl belegt und durch Pressekonferenzen, Poster und Vorstellung in den Medien publiziert worden. Eine Publikation in Fachzeitschriften ist bislang nicht erfolgt.

Ausblick/Perspektiven

Die »fit für 100«-Bewegungsangebote sollen weiter ausgebaut werden, und es werden weiterhin Schulungstermine angeboten. Inzwischen erfolgen auch Schulungen außerhalb von Nordrhein-Westfalen.

Seit Mitte 2009 wird das Bewegungsprogramm außerdem speziell für Demenzzranke und deren Angehörige weiterentwickelt (Projekt NADIA – Neue Aktionsräume für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen). Dieses Projekt wird vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) sowie den Pflegekassen Nordrhein-Westfalens finanziell unterstützt. Es zielt auf die Verbesserung der Alltagskompetenzen der demenziell Erkrankten. Die Organisation des Programms, die Durchführung des Trainings sowie das Schulungs- und Dokumentationskonzept entsprechen dem Vorgehen des »fit für 100«-Programms.

Stärken-Schwächen-Betrachtung

Siehe Anhang, S. 256.

Zur Einführung empfohlene Literatur

Brach, M., Nieder, F., Nieder, U., Mechling, H. (2009): Implementation of preventive strength training in residential geriatric care: a multi-centre study protocol with one year of interventions on multiple levels. In BMC Geriatrics 2009, 9, p. 51. Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791100/?tool=pubmed>. Zugriff am 06.08.2011.

Deutsche Sporthochschule Köln (2007): Fit für 100 – Förderung der Mobilität und der Selbstständigkeit für Hochaltrige. Praxisleitfaden zur Einrichtung von Bewegungsangeboten für alle Einrichtungen der Altenhilfe. Köln: Deutsche Sporthochschule.

Deutsche Sporthochschule Köln (2011): »fit für 100«. Internet: <http://www.ff100.de> (unter anderem mit hinterlegten Videos zur Vorstellung des Übungsprogramms). Zugriff am 06.08.2011.

05

» Zusammenfassende Betrachtung der Stärken- und-Schwächen-Analysen

Für eine zusammenfassende Betrachtung wurden die Stärken- und-Schwächen-Analysen aller Instrumente bzw. Verfahren – jeweils bezogen auf die einzelnen Kriterien – verglichen (siehe Kapitel 03.4). Daraus ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

Niedrigschwelligkeit des Zugangs: Die vorhandenen Instrumente und Verfahren sind überwiegend ohne höheren Kostenaufwand bzw. frei (zum Beispiel per Internet oder bundesweiter Versand) zugänglich. Praktikerinnen und Praktiker haben somit prinzipiell einen guten Zugriff auf die Materialien. Kosten entstehen zum Beispiel, wenn eine externe Beratung, Schulung bzw. wissenschaftliche Begleitung vorgesehen ist. Für die Bereiche Kita und Senioreneinrichtung entstehen zudem gegebenenfalls Kosten für die Teilnahme an Zertifizierungsverfahren. Darüber hinaus ist die Einarbeitung in die Ansätze sowie deren Anwendung mit Kosten verbun-

den. Diese sind jedoch nur selten transparent dargestellt.

Unterstützendes Material: In der Regel können Nutzerinnen und Nutzer auf unterstützende Materialien für die Anwendung der Instrumente und Verfahren zugreifen. Darunter befinden sich zum Beispiel Einführungstexte, Leitfäden, Manuale für die Anwendung oder Schritt-für-Schritt-Anleitungen für die Umsetzung von Interventionsprozessen. Häufig sind die zur Verfügung gestellten Materialien mit Checklisten zur Reflexion verknüpft und/oder mit praktischen Beispielen oder weiterführenden Informationen angereichert.

Schulung/Beratung: Maßnahmen, die in die Anwendung der generischen Ansätze einführen bzw. die Anwendung begleiten, werden bisher lediglich punktuell angeboten. Praktikerinnen und Praktiker stehen somit häufig vor der Aufgabe, die Instrumente

bzw. Verfahren selbstständig an die Bedürfnisse vor Ort anzupassen und sie einzusetzen.

Für das Setting Stadtteil/Kommune zeigt sich einzig beim Verfahren GUT DRAUF eine ausgebaute Schulungs- und Beratungsstruktur. Insbesondere der Aufbau der Jugendaktion der BZgA als Programm könnte in Bezug auf die Beratung Modellcharakter für weitere Instrumente und Verfahren haben.

Für den Bereich Kita zeigt sich, dass die Anwendung der Instrumente bzw. Verfahren oftmals mit einer Schulung bzw. Qualifizierungsmaßnahme verknüpft ist und Beratungsmöglichkeiten existieren. So gibt es zum Beispiel für das Verfahren »Anerkannter Bewegungskindergarten« eine in NRW flächendeckende Beratungsstruktur.

Ähnliches gilt für das Zertifizierungsverfahren im Setting Senioreneinrichtung. Auch hier stehen sowohl ein Schulungs- als auch ein Beratungsangebot zur Verfügung. Es zeigt sich, dass Schulungs- und Beratungsangebote insbesondere im Zusammenhang mit Zertifizierungen von zentraler Bedeutung sind.

Verknüpfung von Theorie und Praxis: Mehrere generische Instrumente und Verfahren wurden in enger Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis entwickelt. Für die Umsetzung in den Handlungsfeldern fehlt jedoch oftmals eine solche Zusammenarbeit. Praktikerinnen und Praktiker sind zumeist selbst gefordert, in der Wissenschaft entwickelte Konzepte an die Rahmenbedingungen vor Ort anzupassen (vgl. Schulungen/Beratungsangebote). Eine verstärkte Zusammenarbeit an dieser Stelle könnte sowohl gewinnbringend für die Praxis als auch für die Wissenschaft sein.

Auch bei Instrumenten und Verfahren aus dem Setting Kommune/Stadtteil wird deutlich, dass die dort eingesetzten Ansätze zumeist im Austausch von Wissenschaft und Praxis entwickelt wurden. Eine weitere Zusammenarbeit über die Entwicklungsphase hinaus ist hingegen nur selten erfolgt. So haben nicht alle Entwicklerinnen und Entwickler die Gele-

genheit gehabt, den Nutzen ihrer Verfahren und Instrumente zu einem späteren Zeitpunkt nochmals gemeinsam mit der Praxis zu reflektieren.

Abweichungen hierzu zeigen sich für das Audit »Gesunde KiTa«, den »Anerkannten Bewegungskindergarten« sowie für das »fit für 100«-Verfahren für das Setting Senioreneinrichtung. Die beiden Ansätze im Kita-Bereich greifen kontinuierlich Rückmeldungen aus der Praxis auf (über Feedbackbogen oder Arbeitskreise), um das Verfahren weiterzuentwickeln (siehe »Kontinuierliche Weiterentwicklung«). Die Schulung und Hospitation für die Zertifizierung und Rezertifizierung sowie die Beratungsmöglichkeit im Rahmen des »fit für 100«-Verfahrens werden von den Entwicklerinnen und Entwicklern des wissenschaftlichen Konzepts angeboten, sodass hier ein kontinuierlicher Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis ermöglicht wird.

Aufwand: Der Aufwand zur Qualitätsentwicklung ist nur eingeschränkt zu ermitteln. Während die Kosten für die Verfahren und Instrumente durch die Entwicklerinnen und Entwickler (zum Beispiel Anschaffungskosten, Schulungen, externe Beurteilung) eindeutig beziffert werden können, wurde der zeitliche Aufwand ihrer Anwendung nur selten ermittelt und ist damit nur unzureichend dokumentiert. Ein Grund hierfür ist möglicherweise das Bemühen der Entwicklerinnen und Entwickler, die Nutzerinnen und Nutzer im Sinne der Niedrigschwelligkeit (siehe »Niedrigschwelligkeit des Zugangs«) nicht mit zusätzlichem Dokumentationsaufwand zu belasten. Dass eine Erfassung des Aufwands jedoch möglich ist, zeigen demgegenüber die Instrumente und Verfahren Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention (QuiG®), QIP, Preffi 2.0 und das Zertifizierungsverfahren »fit für 100«, für die vergleichsweise konkrete Angaben für den zeitlichen Aufwand vorliegen.

Evidenzbasierung: Mit Blick auf die Evidenzbasierung ist für die generischen Verfahren insbesondere

Preffi 2.0 hervorzuheben. Für dieses Verfahren wird für jedes Kriterium die jeweils zur Verfügung stehende Evidenz in einem umfangreichen Handbuch dargestellt. Auch im deutschsprachigen Raum stehen evidenzbasierte Instrumente und Verfahren wie zum Beispiel QIP zur Verfügung. Sowohl internationale evidenzbasierte Studien und Checklisten als auch Expertendiskussionen wurden für die Entwicklung von QIP herangezogen (Kliche, Töppich und Kawski 2004). Daneben gibt es generische Verfahren, die dem partizipativen Ansatz folgen und die sogenannte praxisbasierte Evidenz stärker in den Mittelpunkt rücken (zum Beispiel Good Practice, Partizipative Qualitätsentwicklung).

Für das Setting Stadtteil/Kommune wurden zum Beispiel für die Entwicklung von KEQ von Laverack und Labonte (2000) formulierte Dimensionen zur Gemeindekapazität herangezogen und unter anderem auf Basis von Expertenmeinungen bewertet und angepasst.

Insgesamt betrachtet bleibt es dennoch sowohl für mehrere generische Ansätze als auch für die Ansätze aus den Settings Kommune/Stadtteil, Kita und Senioreneinrichtung unklar, welche Evidenz für die Entwicklung der Verfahren und Instrumente im Einzelnen (zum Beispiel auch für die Entwicklung einzelner Kriterien) herangezogen wird.

Kontinuierliche Weiterentwicklung: Eine kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung, die auch Maßnahmen zur Verbreitung des Qualitätsansatzes umfasst, wird vor allem bei solchen Verfahren und Instrumenten realisiert, die strukturell verankert sind (zum Beispiel quint-essenz, Leitfaden Prävention, Good-Practice-Kriterien, QIP). Auch für die Audit- bzw. Zertifizierungsverfahren »GUT DRAUF«, »fit für 100«, »Gesunde KiTa«, »Anerkannter Bewegungskindergarten« und für den »FIT KID-Qualitätsstandard« zeigt sich, dass eine strukturelle Verankerung die Voraussetzung für die Weiterentwicklung und Verbreitung der Ansätze ist.

Nutzen: Mit dem Nutzen der Verfahren und Instrumente wird insbesondere der Nutzen bezeichnet, den die Praktikerinnen und Praktiker durch die Anwendung der Qualitätsansätze empfinden (zum Beispiel verbesserte Planung, verbesserte Kommunikation o.Ä.). Es gibt bereits einige Ergebnisberichte zum Nutzen der generischen Angebote für Praktikerinnen und Praktiker (GAS, QuiG®, Good Practice, Partizipative Qualitätsentwicklung, quint-essenz, QIP), die überwiegend im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung einzelner Projekte entstanden sind. Welchen Nutzen die Instrumente und Verfahren haben, wenn sie in Form eines Leitfadens oder auf einer Internetseite bereitgestellt werden und Praktikerinnen und Praktiker gefordert sind, diese eigenständig – ohne Begleitung – anzuwenden, bleibt demgegenüber unklar.

Auch bei den Verfahren und Instrumenten aus dem Setting Kommune/Stadtteil haben sich Anwenderbefragungen zur Erhebung des Nutzens noch nicht flächendeckend etabliert. Einige wenige Entwicklerinnen und Entwickler sind jedoch bereits in den Austausch mit der Praxis getreten und schätzen den Nutzen ihrer Verfahren und Instrumente auf dieser Basis ein; sie nutzen dies als Grundlage für die Weiterentwicklung (siehe »Kontinuierliche Weiterentwicklung«).

Im Bereich Kita liegen Erkenntnisse zum Nutzen der Instrumente und Verfahren bisher vereinzelt vor (Anerkannter Bewegungskindergarten) bzw. werden in Kürze veröffentlicht (FIT KID-Qualitätsstandard).

Für das Setting Senioreneinrichtung liegen derzeit keine systematischen Befragungen zum Nutzen des Programms aus Sicht der Anwenderinnen und Anwender vor (siehe »Wirkung/Effektivität«).

Ein Abwägen von Kosten und Nutzen, anhand dessen ein tragfähiger Vergleich der Verfahren und Instrumente möglich wäre, ist auf Grundlage des aktuellen Forschungsstands nicht möglich. Die Unsicherheit, welcher Aufwand für die Qualitätsentwicklung

benötigt wird und welcher Nutzen erwartet werden kann, stellt derzeit für Anwenderinnen und Anwender sowie für Träger eine mögliche Barriere dar.

Wirkung/Effektivität: Es liegen bisher nur erste Beispiele für wissenschaftliche Untersuchungen vor, die den Einfluss von Instrumenten und Verfahren auf gesundheitsbezogene Effekte bei den Endadressaten in den Blick nehmen (etwa Leitfaden Prävention, Anerkannter Bewegungskindergarten, fit für 100). Die Effektivität der Qualitätssicherung bleibt somit weiterhin eine plausible Annahme und kann derzeit nur als solche für die Praxis empfohlen werden.

Erweiterte Zielgruppen: Es bestehen nur wenige generische Angebote (dies trifft auch für Angebote aus den Bereichen Kita und Senioreneinrichtung zu), die die Einbindung von Geldgebern und/oder Politik vorsehen, den Nutzen für diese Zielgruppe herausstellen und/oder sie explizit als Zielgruppe benennen. Ausnahmen stellen hier zum Beispiel die Partizipative Qualitätsentwicklung dar, die eine Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe und Geldgeber vorsieht, sowie der Leitfaden Prävention, der sich explizit an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen richtet. Mit QIP wird zudem die Politik als Zielgruppe angesprochen, so können mit dem Verfahren unter anderem Informationen zur Präventionslandschaft generiert und geeignete Strukturen und Projekte empfohlen werden.

Alle Verfahren und Instrumente aus dem Setting Kommune/Stadtteil beziehen verschiedene Zielgruppen ein. So behandeln sie etwa auch unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit verschiedenster Akteurinnen und Akteure und gehen auf gegebenenfalls abweichende Voraussetzungen und Zielsetzungen ein. Hier reflektieren die Verfahren und Instrumente eine Besonderheit des Settings Kommune/Stadtteil, das unterschiedliche Teilsettings einschließt und auf die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure ausgerichtet ist (siehe Einleitung zu Kapitel »Setting Kommune/Stadtteil«).

06

» Schlusdiskussion

Die Bestandsaufnahme zeigt, dass sich das Feld der Qualitätssicherung und -entwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention in den vergangenen Jahren sehr fruchtbar entwickelt hat, sodass mittlerweile zahlreiche Instrumente und Verfahren vorliegen, die genutzt werden können. Qualitätsentwicklung ist auch in Deutschland zu einem unverzichtbaren Baustein geworden.

Neben generischen Instrumenten und Verfahren, die für unterschiedliche Settings der Gesundheitsförderung (und Prävention) vorliegen, sind auch settingspezifische Verfahren entwickelt worden, die die Besonderheiten des jeweiligen Settings reflektieren (zum Beispiel die Verbindung der Herausforderungen frühkindlicher Bildung und Gesundheit im Setting Kindertagesstätte).

In jüngster Zeit wurden Bestandsaufnahmen durchgeführt, die Praktikerinnen und Praktikern, Projektträgern sowie Geldgebern einen Überblick verschaffen sollen, der sie darin unterstützt, die jeweils pas-

senden Instrumente und Verfahren für die eigene Arbeit zu wählen. Dieses Ziel verfolgt auch das vorliegende Projekt, es geht aber über eine bloße kriteriengeleitete Bestandsaufnahme hinaus und ermittelt und formuliert Entwicklungserfordernisse: Diese lassen sich in folgenden Bereichen sehen:

Austausch der Entwicklerinnen und Entwickler von Verfahren und Instrumenten untereinander

Im Zuge der Bestandsaufnahme der settingspezifischen Verfahren und Instrumente wurde deutlich, dass diese eine unterschiedliche Reichweite haben, auf unterschiedliche Qualitätsdimensionen fokussieren und verschiedene Zielsetzungen verfolgen. Die Instrumente und Verfahren haben jeweils spezifische Vor- und Nachteile, und es wäre hilfreich, diese zu explizieren. Hier empfiehlt es sich, einen kollegialen Kommunikationsprozess in der Gruppe der Entwicklerinnen und Entwickler zu initiieren. Für die generischen Instrumente bzw. Verfahren ist dies

bereits erfolgt: Hier wurde ein »Arbeitskreis Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung« gegründet,⁵⁷ der das Ziel verfolgt, Transparenz über das Angebot herzustellen und die Anwendungsmöglichkeiten der verschiedenen Angebote für unterschiedliche Zielgruppen auszuloten. Bei aller anfänglichen Sorge um zu große Konkurrenz hat sich gezeigt, dass ein gewinnbringender Austausch initiiert und etabliert werden konnte, der zu einer Profilschärfung beigetragen hat. Ein ähnlicher Prozess kann auch für die settingspezifischen Instrumente und Verfahren erwartet werden. Doch nicht allein ein settingspezifischer, sondern auch ein übergreifender Austausch der Entwicklerinnen und Entwickler von Instrumenten und Verfahren könnte für die Qualitätsdiskussion anregend sein. Denkbar wären hier Workshops oder Tagungen, die neben der Klärung fachlicher Fragen auch der Vernetzung des Felds dienen.

Systematische Dokumentation und Auswertung der Erfahrungen

Bei der Recherche von Instrumenten und Verfahren fiel auf, dass einige Entwicklerinnen und Entwickler zwar Materialien konzipieren und diese zur Verfügung stellen (zum Beispiel Broschüren, Internetseiten), dass sie mitunter auch die Zielgruppe breit über eine Versandaktion damit eindecken, aber nicht weiterverfolgen, ob die Zielgruppe die Instrumente und Verfahren auch anwendet, welche Erfahrungen damit gemacht werden und wie sie gegebenenfalls weiterentwickelt werden können.

Die nicht vorhandene Dokumentation der Anwendung und fehlende systematische Auswertungen erschweren es, Instrumente und Verfahren weiterzuentwickeln und gegenüber potenziellen Anwenderinnen und Anwendern Empfehlungen auszusprechen. Wünschenswert wäre, wenn Förderinnen und Förde-

rer zum einen nicht nur in die Entwicklung von Angeboten, sondern auch in die Dokumentation und Auswertung der Erfahrungen investieren, zum anderen perspektivisch auch nur solche Instrumente und Verfahren empfehlen, die ihren Nutzen und/oder ihre Wirkungen belegt haben.

In diesem Zusammenhang wäre es auch wünschenswert, dass die Erfahrungen zu den unterschiedlichen Instrumenten und Verfahren systematisch zusammengetragen und ausgewertet werden; derzeit fehlt es in Deutschland noch an einer zentralen Stelle, die eine solche Aufgabe übernimmt. Eine derartige Transfer- und Koordinierungsstelle auf Bundesebene, die auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR, Sondergutachten 2009) für notwendig erachtet, könnte einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention leisten. Sie könnte durch die Dokumentation und Auswertung vorhandener Verfahren und Instrumente (auch aus angrenzenden Themenfeldern) folgende Aufgaben übernehmen:

- Bestandsaufnahme des Qualitätsentwicklungsbedarfs in Prävention und Gesundheitsförderung in Kooperation mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern,
- Identifizierung, Beschreibung und kriteriengeleiteter Vergleich vorhandener Verfahren und Instrumente zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention sowie Verbreitung tauglicher Verfahren und Instrumente (auch aus anderen themennahen Bereichen),
- Entwicklung von Qualifizierungsangeboten (Schulungskonzepte) für Praktikerinnen und Praktiker,
- strategische Beratung der Akteurinnen und Akteure in verschiedenen Arbeitsfeldern in Fragen der Qualitätsentwicklung.

⁵⁷ Kontakt über Prof. Dr. Michael T. Wright (Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin) oder Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bielefeld).

In einem ersten Schritt wäre es sicherlich hilfreich, die vorhandenen Erfahrungen zusammenzutragen (für einige Instrumente und Verfahren liegen bereits Anwenderbefragungen vor) sowie diejenigen zu ihren Erfahrungen zu befragen, die sich in den vergangenen Jahren für die Anwendung eines Qualitätsverfahrens bzw. -instruments entschieden haben. Nutzbar wären hier zum Beispiel die elf Aktionsbündnisse »Gesunde Lebensstile und Lebenswelten«, die im Rahmen des Aktionsplans IN FORM gefördert wurden und Goal Attainment Scaling erprobt haben. Ferner die Landesvereinigungen für Gesundheit, die im Vorfeld der Einführung von quint-essenz im Rahmen des Projekts »quint-essenz in Deutschland« zu ihren Anforderungen in Bezug auf ein Qualitätssystem befragt wurden, und die BZgA mit den Good-Practice-Projekten aus dem Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

Forschungs- und Entwicklungsbedarf

Die Bestandsaufnahme und Analyse der Instrumente und Verfahren zeigt, dass mittlerweile ein breit gefächertes Angebot existiert, die Frage des Wirksamkeitsnachweises aber bislang kaum beantwortet ist.

Eine wichtige Frage ist die nach der Güte der Qualitätsbewertungen. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie die einzelnen Verfahren Qualität bestimmen und wie sie dabei die Subjektivität der Begutachterinnen und Begutachter und damit von Begutachtungen berücksichtigen. Wird Subjektivität bewusst zugelassen oder wird versucht, den Einfluss von Präferenzen einzelner Begutachterinnen bzw. Begutachter in Qualitätsbeurteilungen zu minimieren – das heißt, Qualität möglichst »objektiv« und damit unabhängig von den einzelnen Personen zu erfassen?

Inwieweit diese unterschiedlichen Qualitätskonzepte Einfluss auf die Effekte von Qualitätssicherung haben und welchen Beitrag sie zu einer wirkungsori-

entierten Qualitätsentwicklung leisten, ist eine empirisch zu beantwortende Frage.

Derzeit wird – theoretisch gut begründet – die Annahme formuliert, dass mit einer guten Planungs-, Struktur- und Prozessqualität die Ergebnisqualität steigt. Die empirischen Belege für diese Vermutung stehen aber noch weitgehend aus. Die empirische Untersuchung der Wirksamkeit der Qualitätssicherung stellt deshalb eine wichtige zukünftige Forschungsaufgabe dar, für die ausreichend finanzielle Mittel bereitgestellt werden müssen.

Weiterer Forschungs- und Entwicklungsbedarf ergibt sich aus der Forderung, bei der Entwicklung von Angeboten als einem Element der Planungsqualität a) auf Vorerfahrungen anderer und b) auf wissenschaftliche Theorien zurückzugreifen. Der ersten Forderung kann nur entsprochen werden, wenn die Erfahrungen aus anderen Interventionen auch systematisch beschrieben sind – hier ist die Dokumentationslage in Deutschland sehr lückenhaft. Zwar sind auf der Internetseite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de eine Fülle von Projekten dokumentiert, aber nur die wenigsten sind evaluiert; außerdem fehlt eine Übersicht, welche Interventionen wirkungsvoll sind.

Andere Länder, wie zum Beispiel die USA, stellen eine Datenbank bereit, in der ähnlich einem Cochrane-Review für Anwenderinnen und Anwender sowie Geldgeber ersichtlich ist, für welche Interventionen eine gute Evidenz vorliegt (<http://www.thecommunityguide.org/index.html>).

Solche Datenbanken gibt es in Deutschland nur ansatzweise und nur für einige wenige Themenbereiche. Hier besteht erheblicher Entwicklungsbedarf, der eines nicht unerheblichen Ressourcenaufwands bedarf. Auch der Bezug auf wissenschaftliche Theorien wird zwar immer gefordert, die konkrete Umsetzung theoriegestützten Arbeitens ist aber bislang wenig beleuchtet.

Schaffung von Beratungsstrukturen

Potenzielle Anwender und Anwenderinnen – insbesondere dann, wenn sie noch neu in dem Feld sind – haben, ebenso wie Entscheidungsträgerinnen und -träger sowie Geldgeber, einen darüber hinausgehenden Beratungs- und Unterstützungsbedarf, der durch die in jüngster Zeit entwickelten Übersichten über Qualitätsinstrumente und -verfahren⁵⁸ nicht abgedeckt werden kann.

Die Zusammenstellung von Angeboten hilft ihnen nur eingeschränkt bei der Frage, eine für sie angemessene Qualitätsstrategie zu entwickeln, die mit den Erfordernissen der Institution und den vorhandenen Ressourcen in Einklang steht. Sie können häufig nicht einschätzen, welche Instrumente und Verfahren für ihre Arbeit geeignet sind, wie hoch der Aufwand der Einarbeitung ist, ob die Instrumente und Verfahren ihre Bedürfnisse decken und wie sie sie konkret in der Praxis einsetzen können. Praktikerinnen und Praktiker benötigen deshalb Unterstützung bei den Fragen:

- wo sie Instrumente und Verfahren finden, deren Nutzen in angemessenem Verhältnis zum Aufwand steht (Markttransparenz),
- welche Instrumente und Verfahren ihre jeweils individuellen Bedürfnisse decken und welche sie befähigen, die Erwartungen der Auftrag- und Geldgeber an wirksame Gesundheitsförderung zu erfüllen (individuelle Beratung),
- wie sie die Grundlagen für Qualitätsentwicklung und Evaluation erwerben können (Schulung),
- wie sie auch im Prozess der Qualitätsentwicklung bestimmte Anforderungen erfüllen können und welche Instrumente und Verfahren sich hierfür jeweils eignen (individuelle Begleitung).

Eine solche Beratung und/oder Begleitung sollte vor allem »vor Ort« und mit Bezug auf konkrete Vorhaben erfolgen. Wünschenswert wäre es, wenn auf Landesebene – zum Beispiel angesiedelt bei den Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. deren landesspezifischem Pendant – Qualifikations- und Beratungsangebote installiert würden, die Beratungs- und Schulungsangebote vorhalten, Akteurinnen und Akteure vernetzen und die Qualitätsaktivitäten in Gesundheitsförderung und Prävention in weitere Landesaktivitäten einbinden.

Auch Geldgeber, Förderer sowie Entscheidungsträgerinnen und -träger haben einen Informations- und Beratungsbedarf. Ihnen fehlen:

- Versorgungsanalysen der Prävention und Gesundheitsförderung, die Rückschlüsse auf das Qualitätsniveau insgesamt und die Verteilung von Qualität zulassen,
- Überblicke mit Angaben zur Wirksamkeit bestehender Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung und -verbesserung sowie zu ihren Potenzialen und Schwächen,
- Beratung zum Einsatz von Qualitätsverfahren zur Beurteilung der Förderungswürdigkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten.

Die bereits oben erwähnte Transfer- und Koordinierungsstelle auf Bundesebene könnte diese Aufgaben übernehmen.

58 Neben der in dieser Arbeit vorgelegten Übersicht sind vor allem die Publikation von Kolip und Müller (2009), die Internetseite des LIGA NRW (2010) sowie die darauf aufbauende, noch in Entwicklung befindliche Toolbox der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung zu nennen.

07

» Literaturverzeichnis

- Ackermann, G., Broesskamp-Stone, U., Cloetta, B., Ruckstuhl, B., Spencer, B. (2005):** Ein Wegweiser zur guten Praxis. Das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. Focus 24, Magazin der Gesundheitsförderung Schweiz, S. 14–24. Download unter http://www.quint-essenz.ch/de/files/Focus24_ErgM.pdf. Zugriff am 08.08.2011.
- Ackermann, G., Studer, H. (2006):** Besser mit Methode. Qualitätsentwicklung mit www.quint-essenz.ch. Focus 26, Magazin der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, S. 18–21. Download unter http://www.quint-essenz.ch/de/files/Focus26_QualK.pdf. Zugriff am 08.08.2011.
- Ackermann, G., Studer, H., Ruckstuhl, B. (2009):** quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P., Müller V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 137–156. Bern: Hans Huber.
- Altgeld, T. (2002):** Kindertagesstätten. Ein vernachlässigtes Setting mit Handlungsbedarf und Zukunftspotential. *Prävention*, 25 (3), 81–84.
- Altgeld, T. (2009):** Gemeindeförderung Gesundheitsförderung für ältere Menschen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4 (3), S. 149–157.
- Altgeld, T., Kolip, P. (2007):** Wirksame Gesundheitsförderung heute – die Herausforderung der Ottawa-Charta. In: Schmidt, B., Kolip, P. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit, S. 33–44. Weinheim und München: Juventa.
- Antonovsky, A. (1987):** Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arnstein, S. (1969):** A Ladder of citizen participation. *AIP Journal*, pp. 216–224.

- Au, C. (2010):** Pflegebedürftigkeit im demografischen Wandel: Prävention und Gesundheitsförderung. Informationsdienst Altersfragen, 37, S. 7–15.
- Baartmans, P. C. M., Geng, V. (2000):** Qualität nach Maß. Entwicklung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen. Bern: Hans Huber.
- Bahrs, O. (2009):** Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätsentwicklung. In: Kolip, P., Müller V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 201–221. Bern: Hans Huber.
- Bahrs, O. (2010):** SPRINT – Stärker ins Leben. Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Jugendlichen. Dokumentation der Fachtagung am 23.3.2010 in Göttingen. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Bahrs, O., Andres, E. (in Druck):** Qualitätszirkel als Methode der Professionsentwicklung. In: Dick, M., Korfmacher, S., Marotzki, W., Mieg, H. (Hrsg.): Handbuch Professionsentwicklung.
- Bahrs, O., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J. (Hrsg.) (1994):** Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bahrs, O., Gerlach, F. M., Szecsenyi, J., Andreas, E. (Hrsg.) (2001):** Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für Praxis und Klinik. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bahrs, O., Heim, S., Jung, B., Weiß, M. (2006):** Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention – Chancen einer teilnehmerorientierten und kontinuierlichen Qualitätsentwicklung. In: Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e. V. (GeMeKo) (Hrsg.). Göttingen. Internet: <http://www.gemeko.de/?flyer>. Zugriff am 13.10.2011.
- Bahrs, O., Matthiessen, P. F. (Hrsg.) (2007):** Gesundheitsfördernde Praxen – Die Chance einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis. Bern: Hans Huber.
- Balster, K., Beckmann, U. (2005a):** Was zeichnet einen Bewegungskindergarten aus? In: Landessportbund Hessen (Hrsg.): Sport- und Bewegungskindergärten: Grundlagen – Konzepte – Beispiele. Zukunftsorientierte Sportstättenentwicklung. Band 11, S. 62–70. Frankfurt am Main: Sportjugend Hessen.
- Balster, K., Beckmann, U. (2005b):** Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen. In: Landessportbund Hessen (Hrsg.): Sport- und Bewegungskindergärten: Grundlagen – Konzepte – Beispiele. Zukunftsorientierte Sportstättenentwicklung. Band 11, S. 167–170. Frankfurt am Main: Sportjugend Hessen.
- Balster, K., Beckmann, U. (2011):** Leitfaden zur Kooperation von Sportvereinen und Kindertageseinrichtungen. 8. Aufl. Duisburg: Sportjugend NRW. Internet: <http://www.sportjugend-nrw.de/sportjugend/bewegungsspiel-und-sport/bewegungskindergarten/kriterien>. Zugriff am 14.10.2011.
- Bär, G., Böhme, C., Reimann, B. (2009):** Kinder- und Jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin: Difu.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G. (1998):** Intervention mapping: a process for developing theory- and evidence-based health education. In: Health Education & Behavior, 25 (5), pp. 545–563.
- Baumstark, E., Büldt-Neißner, J., Dommermuth, Y., Zilz, C. (2009):** Special zu den ersten bundesweiten Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder. gv-praxis. Spezial, 2009. Internet: <http://www.fitkid-aktion.de/service/medien.html#c312>. Zugriff am 14.10.2011.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2011):** Publikationen, Materialien zur Gesundheitsförderung. Internet: <http://www.lgl.bayern.de/publikationen/index.htm>. Zugriff am 14.10.2011.
- Becker, U., Kingreen, T. (2010) (Hrsg.):** SGB V. 2., neu bearb. Aufl. München: Beck Verlag.

- Berendonk, C., Stanek, S., Schönit, M., Kaspar, R., Kruse, A. (2010):** Individuell pflegen: Vom Bauchgefühl« zum Pflegekonzept. *Pflegezeitschrift*, 63, 6, S. 355–358.
- Bestmann, S. (2009):** GUT DRAUF Evaluationsberichte seit 2002. Download unter http://www.gutdrauf.net/fileadmin/gutdrauf/objekte/Dokumente/Evaluationsberichte/uebersicht_berichte_bis_2009.pdf. Zugriff am 14.10.2011.
- Bestmann, S. (2010a):** Evaluation der Projektpraxis im Rahmen der Jugendaktion GUT DRAUF der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Zeitraum April 2009–März 2010. Download unter http://www.gutdrauf.net/fileadmin/gutdrauf/objekte/intranet/h-Evaluation/eval.gd.praxis2009_10.pdf. Zugriff am 14.10.2011.
- Bestmann, S. (2010b):** Kurzbericht zum Pretest des GUT DRAUF Jugendfragebogens. Download unter http://www.gutdrauf.net/fileadmin/gutdrauf/objekte/intranet/h-Evaluation/Kurzbericht_zum_Pretest250810.pdf. Zugriff am 14.10.2011.
- Bestmann, S. Häsel, S., Mann, R. (2008):** Jugendaktion GUT DRAUF. Verbindung zwischen Sozialraumorientierung mit der Gesundheitsförderung. *Sozial Extra*, 3/4, S. 14–19.
- Böhme, C. (2007):** Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf. *Soziale Stadt info*, 20, S. 2–9. Internet: <http://edoc.difu.de/edoc.php?id=5BYVMSXW>. Zugriff am 14.10.2011.
- Böhme, C., Schuleri-Hartje, U. K. (2003):** Gesundheitsförderung – Schlüsselthema integrierter Stadtteilentwicklung. In: *Soziale Stadt info*, 11, S. 2–8. Internet: <http://edoc.difu.de/edoc.php?id=N4FX5C17>. Zugriff am 14.10.2011.
- Böhme, C., Stender, K. P. (2011):** Gesundheitsförderung und Gesunde/Soziale Stadt/Kommunalpolitische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Internet: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=9cc9342956ed85d9add32d1a2ca77021&id=angebote&idx=123>. Zugriff am 14.10.2011.
- Böls, M. (2009):** Die DGE IN FORM-Projekte: FIT KID, Schule + Essen = Note 1, JOB&FIT, Fit im Alter. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE): *Genuss mit Qualität – Neue Maßstäbe in der Gemeinschaftsverpflegung*. 22. und 23. September 2009. Bonn: Wissenschaftszentrum Bonn. Internet: <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=51>. Zugriff am 14.10.2011.
- Bortz, J., Döring, N. (2006):** *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4. Aufl. Berlin: Springer.
- Boy, R., Witte, E. H. (2007):** Do Group Discussions Serve an Educational Purpose? *Hamburger Forschungsbericht zur Sozialpsychologie* Nr. 79. Hamburg: Universität Hamburg, Arbeitsbereich Sozialpsychologie.
- Brach, M., Nieder, F., Mechling, H. (2008):** Nachhaltigkeit und Verbreitung eines pflegepräventiven Trainingsprogramms für Hochaltrige: Einsatz von Ressourcen im Rahmen eines diffusionstheoretischen Ansatzes. 12. Jahrestagung des Arbeitskreises Sportökonomie in Kiel.
- Brach, M., Nieder, U., Nieder, F., Mechling, H. (2008):** Implementierung eines pflegepräventiven Trainingsprogramms für Hochaltrige im Rahmen eines Mehrebenenansatzes. In: Knoll, M., Woll, A. (Hrsg.): *Sport und Gesundheit in der Lebensspanne*. Jahrestagung der dvs-Kommission Gesundheit vom 10.–11. April 2008 in Bad Schönborn. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, Band 174, S. 402–406. Hamburg: Czwalina.
- Brach, M., Nieder, F., Nieder, U., Mechling, H. (2009):** Implementation of preventive strength training in residential geriatric care: a multi-centre study protocol with one year of interventions on multiple levels. In: *BMC*

- Geriatrics 2009, 9, p. 51. Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791100/?tool=pubmed>. Zugriff am 06.08.2011.
- Bracht, N., Kingsbury, L. (1990):** Community organization principles in health promotion. A five-stage model. In: Bracht, N. (Ed.), *Health Promotion at the Community Level*, pp. 66–88. Newbury Park: SAGE.
- Brandes, S., Kilian, H. (2007):** Praxisbasierte Qualitätsentwicklung mittels Good-Practice und partizipativer Methoden. In: *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 4, S. 108–110.
- Bräunling, S. (2011):** Neues Qualifizierungsangebot: Werkstatt zur Gesundheitsförderung im Quartier. In: *Blickpunkt öffentliche Gesundheit*, 1, S. 4–5. Internet: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>. Zugriff am 08.08.2011.
- Broesskamp-Stone, U. (2009):** Gute, viel versprechende, beste Praxis? Der Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P., Müller V. E. (Hrsg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, S. 115–136. Bern: Hans Huber.
- Broesskamp-Stone, U., Ackermann, G. (2007):** Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention. Konzept und Leitlinien für Entscheidungsfindung und fachliches Handeln. Bern/Lausanne. Internet: http://www.quint-essenz.ch/de/bibliographical_references. Zugriff am 13.10.2011.
- Büchter, P. (2009):** Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten – ein Aufgabenfeld der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG): In: *Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW)* (Hrsg.): *Ratgeber. Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst*. Frankfurt am Main: GEW.
- Büchter, P., Bunsmann, T., Müller, S., Nagel-Prinz, S. M., Pleban, E. M. (2009):** Kitas fit für die Zukunft. Gesundheitsförderung im Setting Kita. Von der Idee zur Umsetzung. Ein Leitfaden. Hamburg: HAG. Internet: <http://www.hag-gesundheit.de/magazin/veroeffentlichungen/broschueren/2009>. Zugriff am 14.10.2011.
- Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) (2010):** Die Ausgangslage. Warum Deutschland einen Nationalen Aktionsplan braucht. Internet: http://www.verbraucherkompass.de/nn_1320822/DE/Home/02InForm/02Allgemeines/Ausgangslage.html. Zugriff am 14.10.2011.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006):** Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Download unter <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=heimbericht,sprache=de,rwb=true.pdf>. Zugriff am 13.10.2011.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2005):** Bericht über die Lebenssituation der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 12. Kinder- und Jugendbericht. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009):** Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Dokumentation der Tagung am 26.02.2009 in Berlin. Download unter http://www.tagung-gesundheitsfoerderung.de/doku_tagung_web.pdf. Zugriff am 13.10.2011.
- Bundestransferstelle Soziale Stadt (2006):** Dritte bundesweite Befragung in den Programmgebieten »Soziale Stadt«. Endbericht zur Auswertung. Berlin: Difu. Internet: <http://edoc.difu.de/edoc.php?id=WZ2G4X67>. Zugriff am 14.10.2011.

- Bundestransferstelle Soziale Stadt (2008):** Statusbericht 2008 zum Programm Soziale Stadt. Berlin: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS): Internet: <http://edoc.difu.de/edoc.php?id=NGFYQL01>. Zugriff am 14.10.2011.
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) (2009):** Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – mit Qualität. Dokumentation des 1. gemeinsamen Präventionskongresses von BMG und BVPG am 26.02.2008 in Berlin. Internet: <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7055&t=1%2E+gemeinsamer+Pr%E4ventionskongress+von+BMG+und+BVPG+2008>. Zugriff am 14.10.2011.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001):** Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2005a):** Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2005b):** Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung, Band 26. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2005c):** Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Ergebnisband. Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung, Band 26. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007):** Präambel und Standards für die Zertifizierung von GUT DRAUF-Kommunen. Download unter http://www.gutdrauf.net/fileadmin/gutdrauf/objekte/Standards/Standards_Kommune.pdf. Zugriff am 14.10.2011.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2008):** Interprofessionelle Qualitätszirkel in der Pränataldiagnostik. Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. Band 30. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009):** Wirkungsanalyse zur Wettbewerbsreihe »Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention«. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2011a):** Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Information. 5., erweit. und überarb. Aufl., Gesundheitsförderung konkret 5. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011b):** GUT DRAUF. Bewegen, entspannen, essen – aber wie! Internet: <http://www.gutdrauf.net>. Zugriff am 14.10.2011.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011c):** Projekt-Detailansicht: Praxis der Qualitätssicherung in gesundheitsfördernden Settings (Quali-Set-Praxis). Internet: <http://www.knp-forschung.de/?uid=d3d72fb1a6a95599a5a662f813ac4677&id=recherche&sid=-2&idx=39>. Zugriff am 14.10.2011.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o. J.):** GUT DRAUF-Konzept und Qualitätsstandards für Schulen. Download unter http://www.gutdrauf.net/fileadmin/gutdrauf/objekte/intranet/d-Qualitaetsstandards/OK_01_GD_QS_Schule.pdf. Zugriff am 14.10.2011.

- Cloetta, B., Spörri-Fahrni, A., Spencer, B., Broesskamp, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G. (2004):** Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern. Internet: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Tipps_Tools/ergebnismodell.php?lang=d. Zugriff am 13.10.2011.
- Conrad, P., Hucker, T. (2007):** Evaluation der Tätigkeiten des Kooperationsverbundes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«. Evaluation im Auftrag der BZgA. Hamburg.
- Derboven, W., Dick, M., Wehner, T. (2003):** Zirkel als Räume zur Schaffung, Aneignung und Diffusion von Wissen. In: *Wirtschaftspsychologie*, 3, S. 72–78.
- Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (2011):** pq-HIV. Partizipative Qualitätsentwicklung in der HIV-Prävention. Internet: <http://www.pq-hiv.de>. Zugriff am 13.10.2011.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (2009a):** Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder. 2. Aufl. Bonn: DGE. Internet: <http://www.fitkid-aktion.de>. Zugriff am 14.10.2011.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (2009b):** Checkliste. Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder. Stand: September 2009. Bonn: DGE. Internet: <http://www.fitkid-aktion.de>. Zugriff am 14.10.2011.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (2009c):** DGE-zertifizierte Verpflegung. 1. Aufl. Bonn: DGE. Internet: <http://www.fitkid-aktion.de/service/medien.html#c312>. Zugriff am 14.10.2011.
- Deutsche Sporthochschule Köln (2007):** »fit für 100« – Förderung der Mobilität und der Selbstständigkeit für Hochschultrige. Praxisleitfaden zur Einrichtung von Bewegungsangeboten für alle Einrichtungen der Altenhilfe. Köln: Deutsche Sporthochschule.
- Deutsche Sporthochschule Köln (2011):** »fit für 100«. Internet: <http://www.ff100.de> (unter anderem mit hinterlegten Videos zur Vorstellung des Übungsprogramms). Zugriff am 06.08.2011.
- Deutsche Sportjugend (2011):** Kitas in Bewegung. Sportjugenden stellen ihr Konzept vor. Internet: <http://www.kinderwelt-bewegungswelt.de/index.php?id=9579>. Zugriff am 14.10.2011.
- Deutsches Institut für Urbanistik (Difu) (2011):** 5. Wettbewerb Kommunale Suchtprävention: »Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen«. Internet: <http://kommunale-suchtpraevention.de>. Zugriff am 14.10.2011.
- Donabedian, A. (1966):** Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, pp. 166–203.
- Eberhard, E. A. (2011):** Von »gefühlte« zu »gemessene«. Einführung von Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. (Hrsg.). Bremen. Internet: <http://www.quint-essenz-info.de>. Zugriff am 08.08.2011.
- Eichberg, S. (2011):** Bewegung und Demenz aus wissenschaftlicher Sicht. In: *ProAlter*, 2, S. 12–15.
- Elkeles, T., Broesskamp-Stone, U. (2011):** Evidenzbasierte Gesundheitsförderung. In: BZgA (2011) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, S. 73–78. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Faltermaier, T. (2005):** *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Festinger, L., Möntmann, V., Irle, M. (1978):** *Theorie der kognitiven Dissonanz*. Bern: Huber.
- Garms-Hormolová, V. (2008):** Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmei, A., Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*, S. 263–275. Bern: Huber.

- Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation (GeMeKo) (2011):** GeMeKo. Internet: <http://www.gemeko.de>. Zugriff am 16.10.2011.
- Gesunde Städte-Netzwerk (2007):** Gesundheit, Wohlergehen und Lebensfreude im Mittelpunkt. Internet: <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de>. Zugriff am 14.10.2011.
- Gesunde Städte-Netzwerk (2011):** Gesunde Städte Netzwerk. Internet: <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de>. Zugriff am 14.10.2011.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (2008):** Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Quartieren des Bund-Länder-Programms »Soziale Stadt«. Berlin: Gesundheit Berlin e. V. Internet: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=9762bb98a7e027e2b8e6e588f0ae077e>. Zugriff am 14.10.2011.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (Hrsg.) (2009):** Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (Hrsg.) (2010a):** Gesunde Lebenswelten schaffen. Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 1. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (Hrsg.) (2010b):** Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier, Heft 5. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011):** Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Internet: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>. Zugriff am 08.08.2011.
- Gesundheit Berlin e. V. (o. J.):** Gesundheitsförderung in den Quartieren der Sozialen Stadt. Auf dem Weg zu einer neuen Qualität der Zusammenarbeit in den Ländern. Berlin: Gesundheit Berlin e. V. Internet: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=c2b63b1d7be8e2a8dfdc47671d933abc>. Zugriff am 14.10.2011.
- Gesundheit Berlin e. V., Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (2011):** Partizipative Qualitätsentwicklung bei sozial Benachteiligten. Internet: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de>. Zugriff am 10.08.2011.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2011):** quint-essenz. Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. Internet: <http://www.quint-essenz.ch>. Zugriff am 08.08.2011.
- Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft (Hrsg.) (2007):** Wie geht's im Job? KiTa-Studie der GEW. Frankfurt am Main: GEW.
- GKV-Spitzenverband (2006):** Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10.02.2006. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010):** Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 bis in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin. Internet: http://www.gkv-spitzenverband.de/Praevention_Leitfaden.gkvnet. Zugriff am 10.08.2011.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2011):** Evaluation der Primärprävention. Internet: http://www.gkv-spitzenverband.de/Praevention_Evaluation.gkvnet. Zugriff am 10.08.2011.

- Gold, C., Bräunling, S., Geene, R., Kilian, H., Sadowski, U., Weber, A. (2009):** Aktiv werden für Gesundheit. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5. Berlin.
- Gold, C., Lehmann, F. (2012):** Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Gesundheitsförderung konkret, Band 17. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Internet: <http://www.bzga.de/infomaterialien/gesundheitsfoerderung-konkret>. Zugriff am 09.12.2011.
- Gold, R. S., Green, L., Kreuter, M. W. (1998):** Empower. Boston: Jones & Bartlett.
- Green, L. W. (2006):** Public health asks of system science: To advance our evidence-based practice, can help us more practice-based evidence? *American Journal of Public Health*, 96, pp. 406–409.
- Green, L. W., Kreuter, M. W. (2005):** Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. New York: McGraw-Hill.
- Hayn, D., Jahn, I., Bill, G., Pfeiffer-Meierer, D. (2009):** Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung: zwischen externen Anforderungen und internen Bedarfen. *Prävention*, 1, S. 2–5.
- Horn, A., Brause, M., Schaeffer, D., Büscher, A. (2010):** Gesundheitsversorgung in der stationären Langzeitversorgung, Teil I. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), P 10–143. Internet: http://lbihpr.lbg.ac.at/webfm_send/400. Zugriff am 13.10.2011.
- Jahn, I., Hayn, D., Trabert, G. B., Bill, G. (2007):** Quali-Set-Praxis. Praxis der Qualitätssicherung in gesundheitsfördernden Settings. 1. Workshop des Förderschwerpunktes »Präventionsforschung«, 16./17. Januar 2007, Berlin (Übersichtsposter). Download unter http://www.bips.uni-bremen.de/data/poster_qualiset_220307.pdf. Zugriff am 14.11.2011.
- Jasmund, C. I. (2007):** Bewegungsorientierte Raumgestaltung in Kindertagesstätten. *Motorik*, 30 (1), S. 23–26.
- Jasmund, C. I. (2009):** Evaluation bewegungspädagogischer Arbeit. Zum Einfluss motorischer Förderung in Kindertagesstätten auf die ganzheitliche Persönlichkeitsentwicklung von Kindern. Berlin: Raben-Stück Verlag.
- Kaba-Schönstein, L. (2003):** Gesundheitsförderung V: Die Entwicklung in Deutschland ab Mitte der 1980er Jahre. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, S. 96–104. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Kämmer, K. (2010):** Heimat im Heim. *Zeitschrift Altenpflege*, 5, S. 36–37.
- Kalinowski, S., Kopke, K., Wulff, I., Kölzsch, M., Ellert, S., Dräger, D., Kreutz, R. (2010):** Bewegungsförderung trotz Multimorbidität im Pflegeheim. Vortrag im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie »Hoffnung Altern«. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Suppl. 1*, S. 128.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2010):** Qualitätszirkel. Internet: <http://www.kbv.de/qualitaetszirkel.html>. Zugriff am 16.06.2011.
- Khan, A. (2007):** Gesundheitszirkel in Kindertagesstätten. Manual für die Moderation. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Kilian, H., Brandes, S., Lehmann, F. (2009):** Der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten«. In: Kolip, P., Müller V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 97–113. Bern: Hans Huber.
- Kleinig, G. (1982):** Umriß zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34, 224–253.

- Kliche, T. (2009):** Qualitätssicherung – wozu ist die denn nütze? In: HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e. V. (Hrsg.): HAGE Hintergrund. Forum für Gesundheitsförderung und Prävention, Jg. 15, 2, S. 4–5.
- Kliche, T., Esholz, A., Weitkamp, K., Töppich, J., Koch, U. (2009):** Anforderungen an Qualitätssicherungsverfahren für Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Expertenbefragung. Prävention und Gesundheitsförderung, 4, S. 251–258.
- Kliche, T., Gesell, S., Nyenhuis, N., Bodansky, A., Deu, A., Linde, K., Neuhaus, M., Post, M., Weitkamp, K., Töppich, J., Koch, U. (2008):** Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Kliche, T., Hart, D., Kiehl, U., Wehmhöner, M., Koch, U. (2010):** (Wie) wirkt gesundheitsfördernde Schule? Effekte des Kooperationsprojekts »gesund leben lernen«. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 5 (4), S. 377–388.
- Kliche, T., Koch, U., Lehmann, H., Töppich, J. (2006):** Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Probleme und Lösungsansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49 (2), S. 141–150.
- Kliche, T., Riemann, K., Bockermann, C., Niederbühl, K., Wanek, V., Koch, U. (2011):** Gesundheitswirkungen der Prävention: Entwicklung und Erprobung eines Routine-Evaluationssystems für Primärprävention und Gesundheitsförderung der Krankenkassen in Settings, Betrieben und Gesundheitskursen. In: Das Gesundheitswesen, 73, S. 247–257.
- Kliche, T., Schreiner-Kürten, K., Wanek, V., Koch, U. (2010):** Gesundheitswirkungen von Prävention: Erprobung des Evaluationssystems der Krankenkassen im Individualansatz und erste Befunde aus 212 Gesundheitskursen. In: Das Gesundheitswesen, 73, S. 258–263.
- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S. (2004):** Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47, S. 125–132.
- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Brunecker, L., Önel, J., Ullrich, A., Koch, U. (2007):** Professional expectations about quality assurance: a review-based taxonomy of usability criteria in prevention, health promotion and education. Journal of Public Health, 15, pp. 11–19.
- Kliche, T., Töppich, J., Lehmann, H., Koch, U. (2007):** QIP: Erfahrungen mit einem getesteten Qualitätsentwicklungsverfahren für Gesundheitsförderung und Prävention. Qualitätsentwicklung sichert die Wirksamkeit und Effizienz präventiver Maßnahmen und Projekte. In: Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit. Berlin. Download unter http://www.gesundheitberlin.de/download/Kliche_Toepich_Lehmann_Koch.pdf. Zugriff am 20.11.2011.
- Koch, U., Kawski, S., Töppich, J. (2001):** Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen, S. 87–95. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Kolip, P., Müller, V. E. (2009) (Hrsg.):** Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber Verlag.

- Konferenz der für Städtebau, Bau- und Wohnungswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder, ARGEBAU (2005):** Leitfaden zur Ausgestaltung der Gemeinschaftsinitiative »Soziale Stadt«. Dritte Fassung vom 29.08.2005. Download unter <http://www.sozialestadt.de/programm/grundlagen/DF10023.pdf>. Zugriff am 14.10.2011.
- König, J. (2007):** Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis Sozialer Arbeit. Freiburg: Lambertus.
- König, J. (2009a):** Selbstevaluation in der Gesundheitsförderung: Perspektiven und Methode. In: Kolip, P., Müller V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 295–311. Bern: Hans Huber.
- König, J. (2009b):** Wie Organisationen durch Beteiligung und Selbstorganisation lernen. Einführung in die Partizipative Qualitätsentwicklung. Opladen und Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Kruse, A. (2010):** Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Gesundheitsförderung und Prävention, S. 88–100. Bern: Huber.
- Kuhlmann, A. (2009):** Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurzexpertise des Instituts für Gerontologie an der TU Dortmund. Download unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/BMG-F-10002-gesundheitsfoerderung-aeltere-menschen_201008.pdf. Zugriff am 13.10.2011.
- Kuhlmei, A. (2009):** Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter – Herausforderungen für die Prävention. Zeitschrift Pflege und Gesellschaft, 14, S. 293–305.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (2010a):** Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+. Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz »Bewegung im Alter«, LIGA.Fokus 6. Download unter www.liga.nrw.de/_media/pdf/liga-fokus/LIGA_Fokus_6.pdf. Zugriff am 13.10.2011.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (2010b):** Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. LIGA.Praxis 6. Download unter www.liga.nrw.de/_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_06_2010.pdf. Zugriff am 13.11.2010.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (2010c):** Leitfaden »Qualitätsinstrumente in Gesundheitsförderung und Prävention«. Internet: http://www.liga.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/reg_knoten/qualitaetsentwicklung/index.html. Zugriff am 14.10.2011.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (2010d):** Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. Internet: http://www.liga.nrw.de/themen/Gesundheit_schuetzen/praevention/landesin_praev/uebergew_kind. Zugriff am 22.08.2011.
- Landessportbund Hessen (Hrsg.) (2005):** Sport- und Bewegungskindergärten: Grundlagen – Konzepte – Beispiele. Zukunftsorientierte Sportstättenentwicklung. Band 11. Frankfurt am Main.
- Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e.V. (2011):** quint-essenz in Deutschland. Internet: <http://www.quint-essenz-info.de>. Zugriff am 08.08.2011.
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (LVG LSA) (Hrsg.) (2007):** Audit Gesunde KiTa. Leitfaden zur Zertifizierung von Kindertagesstätten. Magdeburg: LVG-SA.
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (LVG LSA) (2011a):** Audit Gesunde KiTa. Internet: <http://www.lvg-lsa.de/o.red.c/audits-kita.php>. Zugriff am 14.10.2011.

- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (LVG LSA) (2011b):** Gesundheitsaudits. Internet: <http://www.lvg-lsa.de/o.red.c/audits.php>. Zugriff am 14.10.2011.
- Laverack, G. (2008):** Messung, Bewertung und strategische Weiterentwicklung von Gemeindekapazität und -empowerment: Vorstellen eines qualitativen Instruments. *Gesundheitswesen*, 70, S. 764–770.
- Laverack, G., Labonte, R. (2000):** A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*, 15 (3), pp. 255–262.
- Laverack, G., Labonte, R. (2001a):** Capacity building in health promotion, part 1: for whom? And for what purpose? *Critical Public Health*, 11, pp. 111–127.
- Laverack, G., Labonte, R. (2001b):** Capacity building in health promotion, part 2: whose use? And with what measurement? whom? And for what purpose? *Critical Public Health*, 11, pp. 129–138.
- Lehmann, B. (2005):** Kindergärten kommen in Bewegung. Handlungsrahmen für ein bewegungspädagogisches Konzept. Duisburg: Sportjugend NRW. Internet: <http://www.sportjugend-nrw.de/fuer-vereine/nrw-bewegt-seine-kinder/kindergarten/literatur>. Zugriff am 14.10.2011.
- Lehmann, F. (2009):** Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in Deutschland. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. 2., aktual. Aufl., S. 441–458. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lewin, K. (1946):** Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, pp. 34–46.
- Loss, J., Eichhorn, E., Gehlert, J., Donhauser, J., Wise, M., Nagel, E. (2007a):** Gemeindenaher Gesundheitsförderung – Herausforderung an die Evaluation. *Gesundheitswesen*, 69, S. 77–87.
- Loss, J., Eichhorn, E., Reisig, V., Wildner, M., Nagel, E. (2007b):** Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung – Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstruments für eine landesweite Gesundheitsinitiative. *Prävention & Gesundheitsförderung*, 2 (4), S. 199–206.
- Loss, J., Lang, K., Ultsch, S., Eichhorn, C., Nagel, E. (2006):** Das Konzept des Social Marketing – Chancen und Grenzen in der Gesundheitsförderung und Perspektive für Deutschland. *Gesundheitswesen*, 68, S. 395–402.
- Loss, J., Seibold, C., Eichhorn, C., Nagel, E. (2008a):** Programmplanung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 1. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Internet: <http://www.lgl.bayern.de/publikationen/index.htm>. Zugriff am 14.10.2011.
- Loss, J., Seibold, C., Eichhorn, C., Nagel, E. (2008b):** Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 2. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Internet: <http://www.lgl.bayern.de/publikationen/index.htm>. Zugriff am 14.10.2011.
- Loss, J., Seibold, C., Eichhorn, C., Nagel, E. (2010):** Evaluation in der Gesundheitsförderung. Materialien zur Gesundheitsförderung, Band 3. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Internet: <http://www.lgl.bayern.de/publikationen/index.htm>. Zugriff am 14.10.2011.
- Mayring, P. (2008):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mechling, H., Brach, M., Nieder, U., Nieder, F., Brinkmann-Hurtig, J. (2009):** Bewegung und Sport – Prävention für Ältere. In: Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): *Aktives Altern. Themen und Gestaltungsmöglichkeiten für die Arbeit der kommunalen Seniorenvertretungen*, S. 30–37. Download unter

- http://www.lsv-nrw.de/fileadmin/Dokumentenablage/lsv-nrw/Veroeffentlichungen/Materialien/Broschuere_AktivesAlter_sw-1.pdf. Zugriff am 06.08.2011.
- Molleman G. R. M. (2005):** Preffi 2.0: Health Promotion Effect Management Instrument. Development, validity, reliability and usability. Dissertation, Universität Maastricht.
- Molleman, G. R. M., Peters, L. W. H., Hommels, L., Ploeg, M. (2003):** Health Promotion Effect Management Instrument. Preffi 2.0. Assessment Package. In: Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ). Woerden. Internet: <http://www.nigz.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=211>. Zugriff am 02.07.2011.
- Molleman, G. R. M., Peters, L. W. H., Hosman, C. M. H., Kok, G. J. (2005):** Implementation of a quality assurance instrument (Preffi 1.0) to improve the effectiveness of health promotion in The Netherlands. In: Health Education Research, 20 (4), pp. 410–422.
- Molleman, G. R. M., Peters, L. W. H., Hosman, C. M. H., Kok, G. J., Oosterveld, P. (2006a):** Project quality rating by experts and practitioners: experience with Preffi 2.0 as a quality assessment instrument. In: Health Education Research, 21 (2), pp. 219–229.
- Molleman, G. R. M., Ploeg, M. A., Hosman, C. M. H., Peters, L. H. M. (2006b):** Preffi 2.0 – a quality assessment tool. In: IUPHE – Promotion & Education Vol. XIII, 1, pp. 9–14. Download unter http://www.fredericvion.com/Promotion-Education_files/P%26E_2006_1.pdf. Zugriff am 02.07.2011.
- Mossakowski, K., Nickel, S., Schäfer, I., Süß, W., Trojan, A., Werner, S. (2007):** Die Quartiersdiagnose: Daten und Ansätze für ein stadtteilorientiertes Präventionsprogramm des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Erste Ergebnisse eines Forschungsprojektes. Prävention und Gesundheitsförderung, 2, S. 82–89.
- Mossakowski, K., Süß, W. (2009):** »Daten für Taten«: Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage für Prävention und Gesundheitsförderung, S. 23–40. In: Kolip, P., Müller V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.
- Mühlbach, A., Kolip, P. (2010):** Evaluation ernährungs- und bewegungsbezogener Prävention bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Evaluationstools für die Praxis. In: Public Health Forum 18, 69, 37.e1-37.e3.
- Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) (2010):** Preffi. Internet: <http://www.nigz.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=211>. Zugriff am 02.07.2011.
- Nickel, T. (o. J.):** Kapazitätsentwicklung im Quartier. Entwicklung und erste Erprobung eines Instruments zur intermediären Erfolgskontrolle für Prävention und Gesundheitsförderung. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (internes, unveröffentlichtes Dokument). Verfügbar auf Anfrage beim Autor.
- Nickel, S., Trojan, A. (2009):** Zur Messung von Kapazitätsentwicklung im Quartier: Konzepte, Methode, Erfahrungen. In: Kolip, P., Müller V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 279–293. Bern: Huber.
- Nieder, U. (2011):** Bewegungsgruppen für Menschen mit Demenz. In: ProAlter 2, S. 16–18.
- Nutbeam, D. (1998):** Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. Health Promot Int, 13, pp. 27–44.
- Nutbeam, D. (2000):** Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259–267.

- Paulus, P. (2002):** Gesundheitsförderung im Setting Schule. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 45, S. 970–975.
- Peters, L., Molleman, G. R. M., Hommels, L., Ploeg, M., Hosman, C., Llopis, E. (2003):** Explanatory Guide Preffi 2.0. In: Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ). Woerden. Internet: <http://www.nigz.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=211>. Zugriff am 02.07.2011.
- Piaget, J. (1975):** Nachahmung, Spiel und Traum. Stuttgart: Klett.
- Pilz, F.-U. (2009):** Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder – Erfahrungen aus der Praxis. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE): Genuss mit Qualität – Neue Maßstäbe in der Gemeinschaftsverpflegung. 22. und 23.09.2009. Bonn: Wissenschaftszentrum Bonn. Internet: <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=51>. Zugriff am 14.10. 2011.
- Plümer, K. D., Trojan, A. (2004):** »Gesunde Städte« – Anspruch und Performance. Gesundheitswesen, 66, S. 202–207.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992):** In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol, 47, pp. 1102–1114.
- Raithe, J. (2008):** Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: VS Verlag.
- Reimann, B., Böhme, C., Bär, G. (2010):** Mehr Gesundheit im Quartier. Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung. Berlin: Difu.
- Reuss, M. (2006):** »Neues Bewegungsangebot bringt Hochaltrige in Schwung und entlastet Pflegende«. In: ProAlter. Hilfen bei Sehbehinderung – für ein ungetrübteres Leben im Alter, S. 4.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006):** KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008):** Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rosenbrock, R. (2006):** Wirksamkeit und Qualität in der Primärprävention: Wissenschaft – Praxis – Wissenschaft. In: Geene, R., Kilian, H., Ryl, L., Schütte, C. (Hrsg.): Qualitäten der Gesundheitsförderung – Dokumentation einer Workshoptagung. Berlin: Gesundheit Berlin e. V. Download unter http://www.gesundheitberlin.de/download/Dokumentation_Qualitaeten_www.pdf. Zugriff am 13.10.2011.
- Rosenbrock, R., Hartung, S. (2011):** Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: BZgA (2011) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. S. 469–471. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Ruckstuhl, B. (2009):** Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P., Müller V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 75–95. Bern: Verlag Hans Huber.
- Ruckstuhl, B., Kolip, P., Gutzwiller, F. (2001):** Qualitätsparameter in der Prävention. In: BZgA (2001) (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze. Methoden und Anforderungen, S. 38–50. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Ruckstuhl, B., Somaini, B., Twisselmann, W. (1997):** Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bundesamt für

- Gesundheit (Hrsg.). Zürich, Bern. Download unter http://www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf. Zugriff am 08.08.2011.
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2001):** Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band 2. Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Bundestagsdrucksache, 14/5661.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007):** Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Internet: <http://www.svr-gesundheit.de>. Zugriff am 08.08.2011.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009):** Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Download unter www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf. Zugriff am 13.10.2011.
- Schaefer, I. (2011):** Leitfaden. Goal Attainment Scaling. Zielerreichungsskalen. Internet: <http://www.evaluatoinstools.de/methodenkoffer/uebergreifende-instrumente.html>. Zugriff am 13.10.2011.
- Schaefer, I., Gerken, U., Mühlbach, A., Kolip, P. (2011):** Gesundheit fördern in vernetzten Strukturen. Kurzfassung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Aktionsbündnisse gesunde Lebensstile und Lebenswelten. In: Görres, S., Darmann-Finck, I. (Hrsg.): IPP Schriften, Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, 7. Bremen. Internet: <http://www.ipp.uni-bremen.de/pages/info/ippschriften.php>. Zugriff am 08.08.2011.
- Schaefer I., Kolip, P. (2010):** Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS) – Erfahrungen mit der Anwendung von Zielerreichungsskalen in der Gesundheitsförderung. In: Prävention, 3, S. 66–69.
- Schaefer, I., Lademann, J. (2010):** Frauen leben länger – haben sie auch etwas davon? In: Kolip, P., Lademann, J. (Hrsg.): Frauenblicke auf das Gesundheitssystem, S. 161–186. Weinheim und München: Juventa.
- Schaeffer, D., Büscher, A. (2009):** Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 42, S. 441–451.
- Schaffner, K. (2005):** Sport- und Bewegungskindergärten – eine historische und pädagogische Standortbestimmung. In: Landessportbund Hessen (Hrsg.): Sport- und Bewegungskindergärten: Grundlagen – Konzepte – Beispiele. Zukunftsorientierte Sportstättenentwicklung. Band 11, S. 47–60. Frankfurt am Main.
- Schneekloth, U., Wahl, H-W. (2009):** Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für »Good Practice«. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwabe, U. (2004):** Audit Gesunde Schule – Ein Leitfaden. Aschersleben: Druckerei Mahnert
- Schwabe, U., Kolbe, M. (2009):** Audit Gesunde KiTa – Leitfaden zur Zertifizierung von Kindertagesstätten. Unveröffentlichtes Manuskript, Magdeburg.
- Seibt, A. C. (2011):** PRECEDE/PROCEDE-Modell. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Internet: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=5e9cca482f2bbc566dfc7ef598591f23&id=angebote&idx=179>. Zugriff am 14.10.2011.
- Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen (2007):** Altenplan der Stadtgemeinde Bremen. Download unter www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Altenplan%20gesamt%20%28Stand%2007-2007%29.pdf. Zugriff am 13.11.2010.

- Sens, B., Fischer, B., Bastek, A., Eckardt, J., Kaczmarek, D., Paschen, U., Pietsch, B., Rath, S., Ruprecht, T., Thomeczek, C., Veit, C., Wenzlaff, P. (2007):** Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. 3. Aufl., GMS Medizinische Informatik, Biomedizin und Epidemiologie, 3 (1). Internet: <http://www.egms.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml>. Zugriff am 14.10.2011.
- Simon, H., Gathen, A. v. d. (2002):** Das große Handbuch der Strategieinstrumente. Frankfurt am Main: Campus.
- So-Barazetti, B. (2006):** Evaluationsbericht. quint-essenz. Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Eine Evaluation im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz und in Zusammenarbeit mit der Universität Genf. Lausanne. Download unter http://www.quint-essenz.ch/de/files/Evaluation_qe_2006.pdf. Zugriff am 08.08.2011.
- socialnet GmbH (2009):** Selbstevaluation.de. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Internet: <http://www.selbstevaluation.de>. Zugriff am 08.08.2011.
- Sportjugend NRW (2010):** Aktuelles Standortpapier. Projekt Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung. Internet: <http://www.sportjugend-nrw.de/sportjugend/bewegung-spiel-und-sport/bewegungskindergarten/aktuelles>. Zugriff am 14.10.2011.
- Sportjugend NRW (2011a):** Bewegungskindergärten in NRW. Internet: <http://www.sportjugend-nrw.de/sportjugend/nrw-bewegt-seine-kinder/kindergarten/bewegungskindergaerten-in-nrw>. Zugriff am 14.10.2011.
- Sportjugend NRW (2011b):** Aus- und Fortbildungen. Internet: <http://www.sportjugend-nrw.de/sportjugend/nrw-bewegt-seine-kinder/kindergarten/aus-und-fortbildungen>. Zugriff am 14.10.2011.
- Sportjugend NRW (2011c):** Regionale Arbeitskreise. Internet: <http://www.sportjugend-nrw.de/sportjugend/nrw-bewegt-seine-kinder/kindergarten/regionale-arbeitskreise>. Zugriff am 14.10.2011.
- Springet, J., Wright, M. T., Roche, B. (2011):** Developing Quality Criteria for Participatory Health Research. An Agenda for Action. Discussion Paper SP I 2011–302. Download unter <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2011/i11-302.pdf>. Zugriff am 14.09.2011.
- Stamm, H., Lamprecht, M. (2009):** Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Gesundheitsförderung Schweiz. Internet: <http://www.quint-essenz.ch/de/topics/1275>. Zugriff am 08.08.2011.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2010):** Kindertagesbetreuung regional 2010. Ein Vergleich aller 412 Kreise in Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2008):** Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Internet: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialeleistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse,templateld=renderPrint.psml>. Zugriff am 13.10.2011.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010):** Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 01.03.2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Studer, H., Ackermann, G. (2009):** quint-essenz – Potenziale in Projekten erkennen und nutzen. In: Sucht Magazin, 2009-2, S. 26–30. Download unter http://www.quint-essenz.ch/de/files/Studer_Ackermann_Sucht-magazin_2009.pdf. Zugriff am 08.08.2011.

- Stuppardt, R., Wanek, V. (2009):** Qualitätssicherung der primären präventiven Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen nach § 20 SGBV. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 177–200. Bern: Hans Huber.
- Thinschmidt, M., Gruhne, B., Hoesl, S. (2005):** Forschungsbericht zur beruflichen und gesundheitlichen Situation von Kita-Personal in Sachsen. Ein Vergleich des Landkreises Torgau-Oschatz mit der Stadt Zwickau. Dresden: Technische Universität Dresden.
- Töppich, J., Lehmann, H. (2009):** QIP – Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 223–238. Bern: Hans Huber.
- Töppich, J., Linden, S. (2011):** Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, S. 472–475. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Trojan, A., Nickel, S. (2008):** Empowerment durch Kapazitätsentwicklung im Quartier – erste Ergebnisse und Einschätzung eines Erhebungsinstruments. Gesundheitswesen, 70, S. 771–778.
- Trojan, A., Süß, W. (2011a):** Stichwort Gemeindeorientierung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Internet: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=9cc9342956ed85d9add32d1a2ca77021&id=angebote&idx=101>. Zugriff am 14.10.2011.
- Trojan, A., Süß, W. (2011b):** Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Internet: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=9cc9342956ed85d9add32d1a2ca77021&id=angebote&idx=103>. Zugriff am 14.10.2011.
- Universität Bremen (2010):** Evaluationstools. Internet: <http://www.evaluationstools.de>. Zugriff am 08.08.2011.
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) (2011):** QIP – Qualität in der Prävention. Das evidenzgestützte Informationssystem für wirkungsvolle Prävention und Gesundheitsförderung. Internet: <http://www.uke.de/extern/qip/index.html>. Zugriff am 08.08.2011.
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (o. J.):** QIP – Qualität in der Prävention. Download unter <http://www.uke.de/extern/qip/unterseiten/service-zusatz/download-zusatz/Prospekt%203.pdf>. Zugriff am 08.08.2011.
- von Unger, H., Block, M., Wright, M. T. (2007):** Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Download unter <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2007/i07-303.pdf>. Zugriff am 09.11.2011.
- Walter, U., Schwartz, F. W. (2003):** Prävention. In: Schwartz, W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, S. 189–214. München und Jena: Urban & Fischer.
- Wingefeld, K. (2008):** Stationäre pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmeier, A., Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit, S. 370–381. Bern: Huber.
- Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Gesundheit Berlin-Brandenburg (GBB) (2009):** Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern. Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Detailauswertung der Good Practice-Kriterien. Internet: www.knp-forschung.de/docext.php?idx=99. Zugriff am 29.06.2011.

- World Health Organization (1986):** The Ottawa-Charta of Health Promotion. Download unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf. Zugriff am 14.10.2011.
- World Health Organization (1997):** Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Download unter http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf. Zugriff am 14.10.2011.
- World Health Organization (2009):** Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. Genf: WHO.
- World Health Organization (2010):** Urban Health. WHO European Healthy Cities Network. Internet: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>. Zugriff am 14.10.2011.
- World Health Organization (2011):** Healthy Cities. Internet: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>. Zugriff am 14.10.2011.
- Wright, M. T. (Hrsg.) (2010):** Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber.
- Wright, M. T., Block, M., von Unger, H. (2009):** Partizipative Qualitätsentwicklung. In: Kolip, P., Müller, V. E. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention, S. 157–175. Bern: Hans Huber.
- Wright, M. T., Block, M., von Unger, H., Kilian, H. (2010):** Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung. In: Wright, M. T. (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention, S. 13–32. Bern: Hans Huber.
- Wulsch, I. (2008):** Los geht's ... Audit Gesunde KiTa. KitaDebatte, 2008 (2), S. 99–100.
- Zelen, K., Strippel, H. (2010):** Präventionsbericht 2010. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. In: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Düsseldorf. Internet: http://www.gkv-spitzenverband.de/Praevention_Praeventionsbericht.gkvnet. Zugriff am 27.10.2011.
- Zimmer, R. (2001):** Handbuch der Bewegungserziehung. Didaktisch-methodische Grundlagen und Ideen für die Praxis. Freiburg: Herder.
- Zimmer, R. (2005):** Bedeutung der Bewegung für die Erfüllung des Erziehungs- und Bildungsauftrags des Kindergartens. In: Landessportbund Hessen (Hrsg.): Sport- und Bewegungskindergärten: Grundlagen – Konzepte – Beispiele. Zukunftsorientierte Sportstättenentwicklung. Band 11, S. 39–46. Frankfurt am Main.

08

» Anhang

» 08.1 Stärken-Schwächen-Betrachtungen

Evaluationstools

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|--|---|
| Niedrigschwelligkeit | Die Evaluationstools sind per Internet frei zugänglich. Die Nutzerfreundlichkeit ist zudem aufgrund einer durchgängigen Systematik in den Beschreibungen und in den Menüpunkten (einheitlich sortiert nach Settings/Zielgruppen) gegeben. | Die zur Verfügung gestellten Instrumente sind zum Teil nur in englischer Sprache erhältlich. |
| Unterstützende Materialien | Auf der Internetseite finden sich einheitlich aufgebaute Steckbriefe, die einen Überblick zu den Instrumenten und einen Vergleich der Instrumente untereinander ermöglichen. | Auf der Internetseite findet sich keine ausführliche Anleitung, die aufzeigt, wie ein Evaluationsvorhaben geplant werden kann – es besteht aber die Möglichkeit der Kombination mit anderen Instrumenten. |
| Schulung/Beratung | | Fehlende Vorkenntnisse und Erfahrung können dazu führen, dass die zur Verfügung gestellten Instrumente Praktikerinnen und Praktiker in der Anwendung überfordern. Ansprechpartnerinnen und -partner bzw. Schulungsangebote stehen in diesem Zusammenhang nicht zur Verfügung. |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | Die Internetseite versucht zwischen wissenschaftlichem Anspruch und einer eher pragmatischen Herangehensweise zu vermitteln (Mühlbach und Kolip 2010). So wurden die Instrumente aus der ersten Projektphase zum Beispiel gemeinsam von Wissenschaft und Praxis entwickelt. Praxisbeispiele dienen darüber hinaus der Veranschaulichung. | |
| Aufwand | | |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutzennachweis | | Es liegt bisher kein umfassender Nutzennachweis zu den Evaluationstools vor, die Aktionsbündnisse wur- |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|--|--|
| | | den jedoch nach ihrer Einschätzung zur Internetseite befragt. |
| Wirkung/Effektivität | | Ein Wirkungsnachweis ist bisher nicht erfolgt. |
| Erweiterte Zielgruppe | | |
| Weitere Merkmale | Die Instrumente können hinsichtlich ihrer Güte eingeschätzt werden, da die Steckbriefe einen Hinweis darauf geben. | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Eines der wenigen Verfahren, das einen Schwerpunkt auf Ergebnisqualität legt und ein Bündel an konkreten Instrumenten zur Evaluation zur Verfügung stellt. | Bei fehlender wissenschaftlicher Begleitung bzw. bei mangelndem Methodenwissen werden gegebenenfalls Fragebogen entwickelt, die nicht das messen, was sie messen sollen. |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Der Ansatz umfasst keine übergeordneten Kriterien. Die zur Verfügung gestellten Fragebogen enthalten jedoch jeweils setting-/themenspezifische Qualitätsindikatoren. | |
| Qualitätsdimensionen | Die Evaluationstools sind auf die Ergebnisqualität ausgerichtet. | |

Goal Attainment Scaling (GAS)

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|--|---|
| Niedrigschwelligkeit | | |
| Unterstützende Materialien | Eine kurze, übersichtliche Anleitung mit praktischen Beispielen wurde zur Anwendung entwickelt. | |
| Schulung/Beratung | | |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | | |
| Aufwand | | Das Vorgehen kann zunächst sehr aufwendig erscheinen. |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutzennachweis | GAS wurde im Rahmen der Aktionsbündnisse als überwiegend nützlich eingestuft. | Für den Bereich der Gesundheitsförderung wurde GAS bisher lediglich im Rahmen der Aktionsbündnisse erprobt. Weitergehende Ergebnisse zum Nutzen des Instruments liegen nicht vor. |
| Wirkung/Effektivität | | Es wurde bisher nicht überprüft, inwieweit die Anwendung von GAS zu einer besseren Zielerreichung führt. Ein Wirkungsnachweis steht somit noch aus. |
| Erweiterte Zielgruppe | GAS sieht die Beteiligung von mehreren Akteurinnen und Akteuren sowie von Vertretungen der Zielgruppe vor. | |
| Weitere Merkmale | GAS stützt sich auf eine partizipative Vorgehensweise. | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Mit GAS können Ziele von Beginn an präzise formuliert und der Grad der Erreichbarkeit kann überprüft werden. | Ungenau formulierte Ziele oder Terminabweichungen können die Aussagekraft der Ergebnisse beeinträchtigen. |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---------------------------------------|--|--|
| | Der partizipative Ansatz ermöglicht breiten Konsens und erhöht die Verbindlichkeit. | Unsachgemäße Anwendung (zum Beispiel bei fehlendem partizipativem Prozess besteht die Gefahr, dass aus einem »bottom up«-Prozess ein »top down«-Prozess wird). |
| Übergeordnete Kriterien/ Standards | GAS umfasst keine übergeordneten Kriterien bzw. Standards, Ziele müssen jeweils projektbezogen formuliert werden. Bei eigenständiger Anwendung fehlt ein externer Maßstab. | |
| Qualitätsdimensionen | GAS kann flexibel sowohl prozessbegleitend als auch für die Ergebnisevaluation eingesetzt werden. | |

Good-Practice-Kriterien

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|---|--|
| Niedrigschwelligkeit | Auf die Good-Practice-Kriterien sowie auf die Praxisdatenbank kann kostenfrei und online zugegriffen werden. Durch die enge Verknüpfung von Qualitätskriterien und Praxismodellen besteht zudem eine hohe Anschaulichkeit durch Beispiele. | |
| Unterstützende Materialien | | |
| Schulung/Beratung | Es werden Good-Practice-Werkstätten (Quartier/Kita) angeboten, in denen unter anderem die Kriterien vermittelt werden. | |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | Theoretische Kriterien zur soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung werden mit praktischen Beispielen für die konkrete Umsetzung verknüpft. Der Ansatz ist daher besonders gut geeignet auch für Maßnahmen, die außerhalb des Gesundheitswesens an den sozialen Determinanten für Gesundheit ansetzen. | |
| Aufwand | | Die Checkliste kann kurzfristig eingesetzt werden, eine Übertragung von Good-Practice-Ansätzen auf das eigene Arbeitsumfeld ist hingegen zeitintensiv und erfordert eine Anpassung an die Rahmenbedingungen vor Ort. |
| Evidenzbasierung | | Die Kriterien sind bisher dem »promising«- und nicht dem »proven«-Spektrum zuzuordnen; fehlende Evidenzbasierung im Sinne der evidenzbasierten Medizin aufgrund fehlender RCTs. |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutznachweis | Es wurden bereits zwei Erhebungen durchgeführt, in denen u. a. der Nutzen des Ansatzes erfragt wurde. | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|--|---|
| Wirkung/Effektivität | | Ein wissenschaftlicher Wirkungsnachweis ist bisher nicht erfolgt. |
| Erweiterte Zielgruppe | | |
| Weitere Merkmale | <p>Der Kriterienkatalog ist ein vom GKV-Spitzenverband anerkanntes Verfahren zur Qualitätsentwicklung. Im Leitfaden Prävention (siehe S. 63) wird im Zusammenhang mit den Förderkriterien des Settingansatzes auf den Good-Practice-Ansatz verwiesen (GKV-Spitzenverband 2010).</p> <p>Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen spricht sich für den Ansatz als Beitrag zur niedrigschwelligen und kostengünstigen Qualitätsentwicklung aus und empfiehlt, diesen fortzuführen (SVR 2007).</p> | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | <p>Der Ansatz erhebt nicht den Anspruch, in allen Bereichen perfekt zu sein, sondern ermutigt, sich auf einige wenige Aspekte zu konzentrieren. Die bundesweite Datenbank stellt die derzeit umfassendste Zusammenstellung an Praxisbeispielen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung dar.</p> <p>Der Ansatz basiert auf einer bundesweiten Struktur und ist über die regionalen Knoten in allen Bundesländern verankert.</p> <p>Sichtbarmachen Guter Praxis bei Stakeholdern im Bereich Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.</p> | |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Der Ansatz umfasst zwölf Kriterien und bietet einen Orientierungsrahmen für die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung. | |
| Qualitätsdimensionen | Die Kriterien können sowohl punktuell eingesetzt als auch umfassend zur Qualitätsentwicklung herangezogen werden. Der Ansatz eignet sich jedoch weniger für ein »Routine-Qualitätsmanagement« in der Praxis (dies ermöglicht zum Beispiel quint-essenz oder PQ). | |

Health Promotion Effect Management Instrument (PREFFI 2.0)

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|--|--|
| Niedrigschwelligkeit | | Preffi steht nicht auf Deutsch zur Verfügung. |
| Unterstützende Materialien | | |
| Schulung/Beratung | | Es gibt keine Beratungsmöglichkeiten bzw. Ansprechpartnerinnen und -partner im deutschsprachigen Raum. |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | Preffi wurde in enger Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis entwickelt und erprobt. | |
| Aufwand | Für das Ausfüllen der Kriterienliste sind zunächst durchschnittlich 113 Minuten einzuplanen. Routinierte Anwenderinnen und Anwender müssen lediglich eine Stunde Zeit einplanen. | |
| Evidenzbasierung | Für jedes einzelne Kriterium ist die jeweils verfügbare Evidenz in einem umfassenden Handbuch dargestellt. | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutzennachweis | | Im deutschsprachigen Raum liegen keine Angaben zur Nutzung vor – die Anwendung ist dementsprechend für den deutschsprachigen Raum nicht erprobt. |
| Wirkung/Effektivität | Das Instrument ist explizit auf die Förderung der Effektivität von Projekten ausgerichtet und umfasst dementsprechend Vorhersagewerte für die Effektivität. | Es wurden bisher keine Studien zur Wirkung/Effektivität von Preffi 2.0 durchgeführt. |
| Erweiterte Zielgruppe | | |
| Weitere Merkmale | Preffi ist ein national und international anerkanntes Instrument. Es wurde sowohl die Reliabilität als auch die Validität von Preffi überprüft. | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|---|-----------|
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Preffi ist in den Niederlanden weit verbreitet und wird auch von staatlich finanzierten Präventionsprojekten in den Niederlanden angewendet. | |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Durch die Operationalisierung der Kriterienliste, die 39 Kriterien umfasst, erhalten Praktikerinnen und Praktiker einen konkreten Überblick über relevante Aspekte für die Projektarbeit. | |
| Qualitätsdimensionen | Es werden alle Qualitätsdimensionen berücksichtigt. Es ist sowohl eine umfassende als auch punktuelle Bewertung möglich. | |

Leitfaden Prävention

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|---|--|
| Niedrigschwelligkeit | | |
| Unterstützende Materialien | Mit den zusätzlichen Instrumenten liegen konkrete Evaluationswerkzeuge vor, mit denen Wirkungen geförderter Maßnahmen gemessen werden können. | Der Leitfaden dient zwar einer Orientierung hinsichtlich Förderkriterien, stellt aber keine Anleitungen oder ähnliche Hilfsmaterialien bereit, die aufzeigen, wie Qualitätsentwicklung kontinuierlich verankert werden kann. |
| Schulung/Beratung | | |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | | |
| Aufwand | | |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | Der Leitfaden unterliegt einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, in die Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen eingebunden sind (Beratende Kommission des GKV-Spitzenverbandes für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung). Auf dieser Basis wurde mittlerweile die sechste Überarbeitung des Leitfadens vorgenommen. | |
| Nutznachweis | | Erhebungen zum Nutzen des Leitfadens wurden bisher nicht durchgeführt. |
| Wirkung/Effektivität | Mithilfe des entwickelten Evaluationssystems konnten positive gesundheitsrelevante Effekte gemessen werden. Inwieweit jedoch die Qualitätsvorgaben des Leitfadens Einfluss auf diese Effekte nehmen, ist nicht belegt. | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|---|---|
| Erweiterte Zielgruppe | Der Leitfaden richtet sich in erster Linie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen. | Der Leitfaden richtet sich in erster Linie an Krankenkassen und ist nicht auf die Nutzung von Praktikerinnen und Praktikern ausgerichtet. |
| Weitere Merkmale | Die Evaluationsbogen wurden hinsichtlich der wissenschaftlichen Gütekriterien Validität, Objektivität und Reliabilität getestet. | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Der Einsatz des Leitfadens ist für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen verbindlich. | Der Einsatz der zusätzlichen Instrumente ist für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Krankenkassen unverbindlich. |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Der Leitfaden bietet einen Orientierungsrahmen hinsichtlich krankenkassenspezifischer Förderkriterien. Es liegt jedoch keine Checkliste oder Übersicht vor, die die Kriterien auf einen Blick aufzeigt. | |
| Qualitätsdimensionen | Der Leitfaden umfasst die Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. | |

Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ)

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|---|---|
| Niedrigschwelligkeit | Die Konzepte und Methoden sind niedrigschwellig angelegt und werden in dem Internethandbuch www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de kostenfrei zur Verfügung gestellt. | |
| Unterstützende Materialien | | |
| Schulung/Beratung | | Partizipative Prozesse können bisher lediglich im Bereich der AIDS-Hilfe unterstützt und begleitet werden. Für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention allgemein fehlt bislang eine entsprechende strukturelle Verankerung. Workshops werden lediglich punktuell, zum Beispiel über die Landesvereinigungen für Gesundheit angeboten. |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | Der Ansatz wurde im Rahmen von zwei Forschungsprojekten in enger Zusammenarbeit zwischen Praxis und Wissenschaft entwickelt und erprobt. Diese enge Zusammenarbeit liegt in dem Ansatz selbst begründet. | |
| Aufwand | | Die gemeinsame Erarbeitung von Verfahren zur Qualitätsentwicklung ist zeit- und arbeitsaufwendig und erfordert insbesondere eine kontinuierliche Einbindung der beteiligten Personen. Für kurzfristige Projektarbeiten ist der partizipative Ansatz eher ungeeignet. |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | Eine konzeptuelle und methodische Entwicklung findet kontinuierlich statt. Die Weiterentwicklung der Internetseite für die AIDS-Hilfen ist ein Ergebnis dieser Entwicklung. Die |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|--|--|
| | | Internetseite www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de hingegen kann jedoch aufgrund der zurzeit noch fehlenden strukturellen Verankerung nur unregelmäßig aktualisiert werden. |
| Nutzennachweis | Im Rahmen von zwei Forschungsprojekten konnte der Nutzen des Ansatzes auf Basis einer umfassenden Inhaltsanalyse der Forschungsberichte empirisch belegt werden. | |
| Wirkung/Effektivität | | Ein Wirkungsnachweis des Ansatzes liegt bisher nicht vor. |
| Erweiterte Zielgruppe | Neben dem Projekt und der Zielgruppe selbst, ist auch die Einbindung von Geldgebern explizit vorgesehen. | |
| Weitere Merkmale | Das Verfahren beruht auf einer partizipativen Vorgehensweise, in die Projekt, Zielgruppe und Geldgeber eingebunden sind. Der Ansatz basiert auf internationalen Forschungsmethoden und rückt zentrale Elemente der Gesundheitsförderung – Partizipation, Empowerment und Kompetenzentwicklung – ins Zentrum. | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Die Fokussierung auf die Einbindung der Zielgruppe ist mit der Partizipativen Qualitätsentwicklung einmalig. Das lokale Wissen der Beteiligten (insbesondere Projektmitarbeitende und Zielgruppe) wird expliziert, systematisiert und weiterentwickelt. | Der Ansatz kann aufgrund der partizipativen Vorgehensweise schlecht in Einrichtungen mit hierarchischen Strukturen umgesetzt werden. Es ist nicht immer einfach, engagierte Zielgruppenvertreterinnen und -vertreter für den gemeinsamen Gestaltungsprozess zu finden. |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Der partizipative Prozess erfordert das gemeinsame Erarbeiten von Qualitätsfragen. Qualitätsfragen können auf diese Weise an die Bedürfnisse vor Ort angepasst werden. | |
| Qualitätsdimensionen | Es sind Methoden für alle Phasen der Projektarbeit verfügbar. Einer Übersicht kann entnommen werden, welche Methoden in den jeweiligen Phasen relevant sind. | |

Qualität in der Prävention (QIP)

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|--|--|
| Niedrigschwelligkeit | | Die Beurteilung kostet je nach Projektumfang zwischen 300 und 1200 Euro. |
| Unterstützende Materialien | | |
| Schulung/Beratung | QIP umfasst eine Gutachterschulung. Auf Basis des Dokumentationsbogens und entlang eines strukturieren Begutachtungsbogens geben die geschulten Gutachterinnen und Gutachter konkrete Rückmeldungen und Empfehlungen zur Verbesserung. | |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | | |
| Aufwand | Für das Ausfüllen des Dokumentationsbogens sind durchschnittlich lediglich zwei Stunden nötig. | |
| Evidenzbasierung | Die 28 Qualitätsdimensionen wurden evidenzgestützt, das heißt auf der Grundlage wissenschaftlichen Wissens zum aktuellen Stand der Qualitätssicherung entwickelt. | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutzennachweis | Nachbefragungen zum Nutzen für Anwenderinnen und Anwender wurden durchgeführt. | Daten zum Nutzen für Anwenderinnen und Anwender sind bisher nicht publiziert. |
| Wirkung/Effektivität | | Die Wirkung/Effektivität des Ansatzes ist bisher nicht durch Studie(n) belegt. |
| Erweiterte Zielgruppe | QIP ermöglicht die Aufbereitung von Informationen zur Qualität für Geldgeber und Politik. | |
| Weitere Merkmale | Die Datengüte (Objektivität, Validität, Reliabilität) von QIP wurde mit Feldtests überprüft und belegt. | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|---|---|
| | Die Beurteilung wird von speziell geschulten Gutachterinnen und Gutachtern vorgenommen, die gleichzeitig Praxiserfahrungen im jeweiligen Arbeitsfeld aufweisen. Die umfassenden Rückmeldungen zeigen Stärken des Projekts auf und geben gleichzeitig konkrete und praxisnahe Vorschläge für Verbesserungen. | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Mit QIP wird nicht allein eine Beurteilung vorgenommen, sondern auch eine Vergleichsmöglichkeit mit anderen Projekten gegeben (»Benchmarking«). QIP bietet Übersichtsdaten von Versorgungslage und Unterstützungsbedarf in verschiedenen präventiven Arbeitsfeldern. | Trotz strenger Vertraulichkeit kann die Begutachtung Skepsis bzw. die »Angst vor Kontrolle« hervorrufen (Töppich und Lehmann 2009). |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | QIP stützt sich auf ein standardisiertes Bewertungsverfahren, bei dem Projekte anhand von 28 Dimensionen von mindestens drei Gutachterinnen bzw. Gutachtern beurteilt werden. | |
| Qualitätsdimensionen | Mit dem Dokumentationsbogen werden alle Qualitätsdimensionen berücksichtigt. | |

Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention (QuiG®)

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|---|--|
| Niedrigschwelligkeit | | |
| Unterstützende Materialien | Ausgearbeitete Materialien für Moderatorinnen und Moderatoren, die die Überprüfung der Umsetzung von QuiG® ermöglichen, stehen kostenfrei zur Verfügung. | |
| Schulung/Beratung | Es werden Schulungen für Moderatorinnen und Moderatoren angeboten (Einführungs- und Vertiefungsseminare). | |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | | |
| Aufwand | Es ergibt sich ein übersichtlicher Aufwand von circa zwei Stunden pro vier bis acht Wochen. | Es ergibt sich ein Arbeitsaufwand, der sich über einen Zeitraum von circa eineinhalb Jahren erstreckt. Eine Festlegung ist von Beginn an erforderlich. |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutznachweis | Es liegen umfassende Ergebnis- bzw. Erfahrungsberichte zu bereits durchgeführten Modellprojekten vor, die Ergebnisse hinsichtlich des Nutzens sowie Anregungen für die Umsetzung aufzeigen. | |
| Wirkung/Effektivität | | Ein Wirkungsnachweis des Ansatzes ist bisher nicht erfolgt. |
| Erweiterte Zielgruppe | Zirkel können sowohl institutionsintern als auch -übergreifend entwickelt werden. Auch Geldgeber oder die Politik können punktuell zum Zirkeltreffen eingeladen werden. | |
| Weitere Merkmale | | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|---|--|
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Die Zirkelarbeit erfolgt am konkreten Fall, sodass umsetzbare Lösungsstrategien für die Praxis vor Ort erarbeitet werden können. Der Erfahrungsaustausch mit anderen trägt dazu bei, dass vorhandenes Wissen expliziert und genutzt werden kann. | Bei homogenen Gruppen kann sich eine Wagenburgmentalität ausbilden (BZgA 2005a). |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | QuiG® umfasst das eigenständige, jeweils fallbezogene Erarbeiten von Qualitätskriterien unter Nutzung übergeordneter Kriterien (zum Beispiel quintessenz). | |
| Qualitätsdimensionen | Der Fokus der Qualitätszirkel liegt auf der Prozessoptimierung. Aspekte der Planungs-, Struktur- und Ergebnisqualität werden erst sekundär zum Thema. | |

quint-essenz

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|---|--|
| Niedrigschwelligkeit | Die Internetpräsenz ermöglicht einen niedrigschwelligen und kostenfreien Zugang zu jeder Zeit und von jedem Ort aus. Zudem steht das Qualitätssystem in vier Sprachen zur Verfügung. | Das System wurde in der Schweiz entwickelt, sodass einige Wörter – wie »allfällig«, »lancieren« oder »Etappierung« – möglicherweise nicht bekannt sind. |
| Unterstützende Materialien | Die einzelnen Qualitätskriterien sind mit weiterführenden Informationen und/oder Instrumenten hinterlegt. Für die Anwendung der Instrumente stehen darüber hinaus ausführliche Anleitungen zur Verfügung. | Die Fülle an Materialien kann den Einstieg in das System erschweren. |
| Schulung/Beratung | | In der Schweiz wird der Einstieg in das Qualitätssystem durch Einführungs- und durch Vertiefungsschulungen sowie gegebenenfalls durch Beratungen unterstützt. In Deutschland war dies bisher durch die Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit im Rahmen des Projekts »quint-essenz in Deutschland« möglich. Weitere Fortbildungsangebote sind bisher nicht systematisch und nachhaltig verankert (aktuelle Informationen können unter www.quint-essenz-info.de abgerufen werden). |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | | |
| Aufwand | | Wenn das Qualitätssystem umfassend eingeführt und genutzt werden soll, ist dessen Aneignung mit einem entsprechenden Einarbeitungsaufwand verbunden. |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | Das System unterliegt ständigen Aktualisierungen und Weiterentwicklungen. | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|---|---|
| Nutzennachweis | Im Jahre 2006 wurde das Qualitätssystem in der Schweiz evaluiert, es wurden die Nutzung und der Nutzen des Systems erfragt. | |
| Wirkung/Effektivität | | Ein wissenschaftlicher Wirkungsnachweis steht noch aus. |
| Erweiterte Zielgruppe | | |
| Weitere Merkmale | Das System ist national und international anerkannt und mit europäischen Standards abgeglichen. | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Das Projektmanagement-Tool sowie die Communityplattform für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sind in dieser Form einzigartig. Qualitätsentwicklung und Projektmanagement sind miteinander verknüpft. | |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Eine Kriterienliste, die insgesamt 24 Kriterien umfasst, ist dem Qualitätssystem übergeordnet. | |
| Qualitätsdimensionen | Für alle Phasen der Projektarbeit stehen Materialien (Informationen, Instrumente) zur Verfügung. Dabei kann das System sowohl punktuell als auch umfassend genutzt werden. | |

Selbstevaluation

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|--|--|
| Niedrigschwelligkeit | | |
| Unterstützende Materialien | Der Leitfaden leitet die Vorgehensweise zur Selbstevaluation schrittweise und praxisnah an (zum Beispiel durch das Hinzuziehen von Checklisten und praktischen Beispielen). | Der Leitfaden bietet keine direkt einsetzbaren Instrumente, die Erstellung bzw. Anpassung von Instrumenten ist erforderlich. |
| Schulung/Beratung | Das Institut für Praxisforschung und Evaluation kann Selbstevaluationsprozesse von Einrichtungen aus dem Sozial- und Bildungsbereich begleiten und unterstützen. | Die Beratungen erfolgten bisher überwiegend im süddeutschen Raum. |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | Der Leitfaden enthält zahlreiche praktische Beispiele (aus dem Bereich der Sozialen Arbeit) und ist praxisnah aufbereitet, sodass realistische und machbare Vorhaben entwickelt werden können. | |
| Aufwand | | |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutzennachweis | | Es wurden bisher keine Studien zum Nutzen des Leitfadens durchgeführt. |
| Wirkung/Effektivität | | Ein Wirkungsnachweis ist bisher nicht erfolgt. |
| Erweiterte Zielgruppe | | |
| Weitere Merkmale | Der neunte Schritt des Leitfadens sieht die Überprüfung der Qualität der durchgeführten Evaluation vor. Mithilfe einer Checkliste kann die Güte der Untersuchung beurteilt bzw. eingeschätzt werden. | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|---|---|
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Die Nähe zur Praxis sowie der direkte Zugang zur Zielgruppe sind im Zuge einer eigenständigen Entwicklung und Durchführung der Evaluation gegeben und können sinnvoll genutzt werden. Der Schwerpunkt des Leitfadens liegt wie bei nur wenigen Instrumenten zur Qualitätsentwicklung auf der Ergebnisevaluation. | Bisher ist der Leitfaden im Bereich der Sozialen Arbeit und nicht in der Gesundheitsförderung/Prävention erprobt. |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Der Leitfaden umfasst keine übergeordneten Kriterien. Diese müssen jeweils passgenau entwickelt werden. Im fünften Schritt der Anleitung wird hierfür die »Entwicklung von Bewertungskriterien« thematisiert. | |
| Qualitätsdimensionen | Der Leitfaden fokussiert auf die Ergebnisqualität. | |

Arbeitshilfe für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|---|--|
| Niedrigschwelligkeit | | |
| Unterstützende Materialien | Die fünf Qualitätselemente der gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung werden jeweils um Hinweise auf Kriterien und Beispiele guter Praxis sowie Leseempfehlungen ergänzt. | |
| Schulung/Beratung | | Das Difu ist ein Ansprechpartner für Kommunen, bietet aber kein Programm zur Betreuung örtlicher Umsetzungen der Arbeitshilfe zur gesundheitsfördernden Stadtteilentwicklung. |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | In der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens waren neben dem Difu Krankensversicherer und Kommunen beteiligt. | |
| Aufwand | | |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutznachweis | Der Nutzen der empfohlenen Qualitätselemente wurde in Fallstudien untersucht. | |
| Wirkung/Effektivität | | Bisher ist nicht belegt, inwieweit sich die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung auf die Ergebnisqualität der Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil auswirkt. |
| Erweiterte Zielgruppe | Die Zusammenarbeit mit der kommunalen Verwaltung und Krankenkassen ist Bestandteil des Verfahrens. | |
| Weitere Merkmale | Der partizipative Ansatz des Verfahrens wird durch das Qualitätsele- | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|--|--|
| | ment der »Partnerschaften für einen gesunden Stadtteil« konkretisiert. Das Verfahren wurde im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands aufgenommen. | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Die Arbeitshilfe für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung bietet Sozialarbeiterinnen und -arbeitern sowie Akteurinnen und Akteuren aus den Bereichen Verwaltung und Krankenkasse eine qualitätsorientierte Kurzeinweisung in Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung. | Die bisherigen Erfahrungen der Entwicklerinnen und Entwickler zeigen, dass eine erfolgreiche Umsetzung der Qualitätselemente nur unter Beteiligung der jeweiligen Stadt/Gemeinde möglich ist und von deren aktivem Interesse einschließlich der Bereitstellung von Ressourcen abhängt. |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Das im Verfahren implizierte Qualitätsverständnis steht einer Orientierung an externen Kriterien entgegen. | |
| Qualitätsdimensionen | Eine Überprüfung der Ergebnisqualität wird nicht angeleitet. | |

GUT DRAUF

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|---|--|
| Niedrigschwelligkeit | | |
| Unterstützende Materialien | | |
| Schulung/Beratung | Der Zertifizierungsprozess wird durch beratende Angebote, Schulungen und Workshops begleitet. | Die aktuelle Umstellung auf eine dezentrale Programmbetreuung kann temporär zu Uneindeutigkeiten in der Zuständigkeit für einzelne Einrichtungen führen. |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | | |
| Aufwand | | |
| Evidenzbasierung | | Die theoretische Grundlage der GUT DRAUF-Standards wird durch den wissenschaftlichen Programmbeirat abgesichert, ist jedoch nicht publiziert. |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutznachweis | Nutzerinnen und Nutzer sind mehrheitlich mit den GUT DRAUF-Standards, den Informationsmaterialien und Schulungen sowie mit den beobachteten Wirkungen zufrieden. | |
| Wirkung/Effektivität | | Die Effektivität von GUT DRAUF wurde bisher nur aus Perspektive der Anwenderinnen und Anwender untersucht und soll zukünftig durch Befragung der Jugendlichen ergänzt werden. Wirkungsnachweise des Programms (zum Beispiel im Vergleich zu ähnlichen Einrichtungen, die nicht teilnehmen) fehlen. |
| Erweiterte Zielgruppe | GUT DRAUF richtet sich an unterschiedliche Organisationen und Institutionen, die mit Jugendlichen arbeiten. Für die kommunalpolitische Ebene wurde »GUT DRAUF vor Ort« etabliert. | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|--|--|---|
| Weitere Merkmale | Durch die Vergabe des GUT DRAUF-Zertifikats wird die Qualität der eigenen Arbeit auch nach außen sichtbar und kann gegebenenfalls bei der Finanzakquise eingesetzt werden. Im Rahmen der Audits erfolgt ein Feedback durch externe Gutachterinnen und Gutachter. | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instrumentes | In GUT DRAUF wird mit definierten Kann- und Muss-Standards gearbeitet. Da die Kann-Standards nur anteilig erfüllt werden müssen, bleibt Einrichtungen vor Ort die im Hinblick auf unterschiedliche Voraussetzungen notwendige Flexibilität. | Mit der Einhaltung einzelner Muss-Standards kann ein hoher finanzieller Aufwand verbunden sein, wenn eine entsprechende Ausstattung noch nicht vorhanden ist oder Räume fehlen. |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Durch definierte Qualitätsstandards für unterschiedliche Handlungsfelder wird die Qualitätsentwicklung mit GUT DRAUF strukturiert und überprüfbar. | |
| Qualitätsdimensionen | Die GUT DRAUF-Standards berücksichtigen Aspekte aller Qualitätsdimensionen, wobei aber die Strukturqualität besondere Berücksichtigung findet. | |

Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ)

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|---|--|
| Niedrigschwelligkeit | | |
| Unterstützende Materialien | Materialien zur Durchführung, Auswertung und Dokumentation von KEQ-Befragungen sind frei zugänglich. | |
| Schulung/Beratung | | |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | | |
| Aufwand | Nach der Identifikation potenzieller Befragungspersonen kann die Gemeindekapazität mit geringem Aufwand abgebildet werden. | |
| Evidenzbasierung | Mit den Dimensionen der Gemeindekapazität wurde ein in qualitativen Studien fundiertes Konstrukt übernommen und an deutsche Verhältnisse angepasst und erprobt. | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | Eine psychometrische Prüfung ist in Arbeit; die Entwicklung einer Kurzfassung des Instruments wird geprüft. | Die Weiterentwicklung von KEQ ist von der zukünftigen Förderung des Forschungsprojekts abhängig. Angestrebt wird eine Adaption als qualitatives Erhebungsinstrument bei Bewohnerinnen und Bewohnern. |
| Nutzennachweis | | |
| Wirkung/Effektivität | | Die Gemeindekapazität wird als intermediäre Zielgröße definiert, deren Einfluss auf gesundheitliche Endpunkte jedoch noch nicht belegt ist. |
| Erweiterte Zielgruppe | | |
| Weitere Merkmale | Die Güte des Messinstruments wurde vorläufig untersucht, ist jedoch nicht publiziert. | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|--|---|
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | KEQ ist eines der wenigen Instrumente, mit dem Parameter der Strukturqualität erhoben werden können. | Die Erhebung der Gemeindekapazität kann Befragte überfordern und verunsichern, was die umfassende Teilnahme der Bewohnerschaft erschwert. |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Fünf empirisch fundierte Dimensionen der Gemeindekapazität dienen als übergeordnete Kriterien. | |
| Qualitätsdimensionen | KEQ ist auf die Erfassung der Strukturqualität begrenzt, lässt sich jedoch auch in Planungs- und Evaluationsphasen nutzen. | |

Schritt-für-Schritt-Anleitungen für die gemeindenahe Gesundheitsförderung

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|---|---|
| Niedrigschwelligkeit | Die Anleitungen können kostenlos beim LGL Bayern heruntergeladen werden. | |
| Unterstützende Materialien | | |
| Schulung/Beratung | | |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | Theoretische Modelle zur Gesundheitsförderung im Setting Kommune/Stadtteil wurden in einem Rahmenmodell zusammengefasst und in praktischen Anleitungen überführt. | |
| Aufwand | | Die Anleitungen wurden als umfangreiche Toolbox entwickelt, sodass die umfassende Umsetzung aller beinhalteten Arbeitsschritte die Kapazitäten insbesondere kleinerer Projekte und Initiativen überlasten kann. |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | Eine Weiterentwicklung oder Ergänzung der Anleitungen ist nicht geplant. |
| Nutzennachweis | | Einschätzungen des Nutzens der Anleitungen aus Perspektive der Anwenderinnen und Anwender sind nicht verfügbar. |
| Wirkung/Effektivität | | Die Effektivität des beschriebenen Verfahrens (etwa im Vergleich zu einer Vorgehensweise ohne oder nach einer anderen Anleitung) wurde bisher nicht untersucht. |
| Erweiterte Zielgruppe | Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure ist ein Schwerpunkt des Verfahrens. | |
| Weitere Merkmale | | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|--|-----------|
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Mit der Organisation der Zusammenarbeit in der Kommune/im Stadtteil thematisieren die Anleitungen einen in diesem Setting besonders bedeutsamen Aspekt der Strukturqualität. | |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Die Anleitungen basieren auf einem zuvor entwickelten Rahmenprogramm. | |
| Qualitätsdimensionen | Die Qualitätsdimensionen werden in ihrer Wechselwirkung betrachtet. | |

Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen (LSB NRW) – ein Programm des LSB NRW zur Kooperation zwischen Sportvereinen und Kindertageseinrichtungen

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|--|--|
| Niedrigschwelligkeit | Die Materialien zum Verfahren können unabhängig von der Teilnahme am Zertifizierungsprozess genutzt werden. Sie sind kostenlos online verfügbar bzw. können für einen geringen Beitrag angefordert werden. Über die Internetseite der Sportjugend werden Kitas auf wohnortnahe Ansprechpartnerinnen und -partner verwiesen. Zudem besteht die Möglichkeit, Informationsveranstaltungen zum Projekt zu besuchen (in näherer Umgebung oder bei Bedarf in der Kita selbst). | |
| Unterstützende Materialien | | |
| Schulung/Beratung | Dem Kita-Personal bzw. den Übungsleitungen der Sportvereine stehen Qualifizierungsmaßnahmen zur Verfügung, die die Teilnehmenden bei der Gestaltung von altersgerechten Bewegungsangeboten unterstützen. Darüber hinaus sind Ansprechpartnerinnen und -partner über die Stadt- und Kreissportbünde in NRW flächendeckend gesichert. Durch dieses Koordinierungs- und Beratungssystem wird sichergestellt, dass Kitas die Möglichkeit haben, im Entwicklungsprozess kontinuierlich beraten und begleitet zu werden. Darüber hinaus helfen sie, Netzwerke vor Ort zu installieren. | Das Konzept der Qualifizierungsmaßnahme für die Bewegungserziehung ist vorrangig auf die Bedarfe von Übungsleiterinnen und -leitern in Sportvereinen ausgerichtet und somit nicht immer optimal auf die Bedingungen in einer Kita übertragbar. Es gibt aber die notwendige Grundlage für die Ausgestaltung von Kooperationen zu Sportvereinen. |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | | |
| Aufwand | | Die Zertifizierung erfordert Qualifizierungsmaßnahmen für das gesamte Kita-Team, die regelmäßig wiederholt |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|-----------------------------------|--|---|
| | | werden müssen. Alle zwei Jahre erfolgt eine erneute Prüfung zur Einhaltung der Kriterien (zum Beispiel muss der Nachweis über Weiterqualifizierung erfolgen). Die Ausbildung bedeutet einen gewissen Zeit- und Kostenaufwand. |
| Evidenzbasierung | | Die Kriterien des Ansatzes gelten als vielversprechend zur Verbesserung des Bewegungsverhaltens von Kindern. Die Grundlage der Konzeption wird jedoch nicht deutlich beschrieben. Es gibt lediglich den Hinweis, dass sportwissenschaftliche Erkenntnisse einfließen und auch Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter bei der Entwicklung beteiligt waren. |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | <p>Der Ansatz wurde evaluiert und auf Grundlage der Ergebnisse erfolgten Anpassungen des Verfahrens (zum Beispiel eine Ausweitung von Beratungsmöglichkeiten).</p> <p>Eine Weiterentwicklung erfuhr das Verfahren unter anderem durch eine ergänzte Zertifizierung mit dem zusätzlichen Fokus auf einer gesunden Ernährung in sozial benachteiligten Regionen.</p> <p>Auch werden Impulse aus den regelmäßig stattfindenden regionalen Arbeitskreisen aufgegriffen, um den Ansatz weiterzuentwickeln (hier sind unter anderem Kita-Leitungen vertreten).</p> | |
| Nutznachweis | Die Ergebnisse der Evaluation und die Erfahrungen im Projektzeitraum 2007 bis 2010 bildeten die Grundlage für die Fortschreibung des Projektes. Damit ist die Modellphase 2007 bis 2010 erfolgreich abgeschlossen. Der Abschlussbericht wird zurzeit erstellt. | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|---|-----------|
| Wirkung/Effektivität | Im Rahmen einer Dissertation wurde die Effektivität des Zertifikats in Bezug auf die Qualität der bewegungspädagogischen Arbeit sowie auf die Entwicklungsförderung der Kinder im Vergleich zu nicht zertifizierten Kitas untersucht. | |
| Erweiterte Zielgruppe | | |
| Weitere Merkmale | Durch die Vergabe eines Zertifikats wird die Förderung der Bewegung nach außen transparent gemacht. | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | | |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Das Verfahren legt eine Anzahl von fünf Kriterien fest, die für eine Auszeichnung als »Anerkannter Bewegungskindergarten« zu erfüllen sind. | |
| Qualitätsdimensionen | Es stehen vor allem Kriterien der Struktur- und Konzeptqualität im Vordergrund. | |

Audit Gesunde KiTa

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|--|--|
| Niedrigschwelligkeit | | |
| Unterstützende Materialien | | |
| Schulung/Beratung | Die Teilnahme am Audit wird durch Qualifizierungsmaßnahmen und den Leitfaden »Audit Gesunde KiTa« unterstützt. Darüber hinaus stehen die Zertifizierungsstellen den Kitas als Ansprechpartner zur Verfügung. | |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | Das Audit wurde in Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis entwickelt und erprobt. Damit wurde die Anwendbarkeit erhöht. | |
| Aufwand | | |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | Die zertifizierten Kitas werden dazu angehalten, Vorschläge zur Verbesserung des Verfahrens einzureichen. Die Zertifizierungsstellen werten die Verfahrenserkenntnisse aus und nutzen diese für die regelmäßige Weiterentwicklung des Audits. | |
| Nutzennachweis | Es erfolgte eine Befragung der Anwenderinnen und Anwender des Verfahrens, die Aufschluss über den Nutzen gibt. Zudem wird durch die Nachfrage der Rezertifizierungen bestätigt, dass die Anwenderinnen und Anwender das Audit als gewinnbringend erachten. | |
| Wirkung/Effektivität | | Es erfolgte bislang keine wissenschaftliche Analyse der Wirksamkeit des Verfahrens. In den Ergebnissen der Rezertifizierung deutet sich jedoch an, dass die erstrebte kontinuierliche Qualitätsentwicklung durchaus stattfindet. |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|--|--|
| Erweiterte Zielgruppe | | |
| Weitere Merkmale | <p>Durch die Vergabe des Zertifikats »Gesunde KiTa« wird die Qualität der gesundheitsfördernden Arbeit einer Kita auch nach außen transparent gemacht.</p> <p>Im Rahmen des Audits erfolgt ein Feedback durch externe Auditorinnen bzw. Auditoren in einem Dialog auf Augenhöhe.</p> <p>Die konzeptionelle Ableitung des Verfahrens wird dargestellt; es erfolgte eine Anlehnung an das KTQ-Verfahren aus dem Krankenhaussektor.</p> | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | <p>Der Kriterienkatalog erleichtert nicht nur die Ermittlung der Ist-Situation, sondern unterstützt einen Dokumentationsprozess, wodurch auch Fortschritte sichtbar werden.</p> <p>Das Verfahren unterstützt nachhaltiges Denken und Handeln der Akteurinnen und Akteure.</p> <p>Als Auditorin/Auditor tätige Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter treten im Rahmen der Zertifizierung in einen kollegialen Dialog mit anderen Kitas. So findet ein Austausch von praktischen Erfahrungen und ein gegenseitiges Voneinanderlernen statt.</p> | Es mangelt an Unterstützung bei der Sicherung der Grundfinanzierung für den weiteren Einsatz und die Verbreitung des Verfahrens. |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Durch die Kriterien für eine »Gesunde KiTa« und deren Aufteilung nach unterschiedlichen Kategorien wird die Qualitätsentwicklung strukturiert und überprüfbar. | |
| Qualitätsdimensionen | Alle Qualitätsdimensionen sind berücksichtigt. Die Verknüpfung von Bildung und Gesundheit steht im Mittelpunkt. | |

DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|--|-----------|
| Niedrigschwelligkeit | | |
| Unterstützende Materialien | Zur Unterstützung der Kitas auf ihrem Weg zur Erfüllung des FIT KID-Standards werden eine Reihe von Hilfestellungen und weiterführenden Informationen geboten, wie zum Beispiel die Rezeptdatenbank, die Vierwochenspeisenpläne oder weitere Materialien auf der Internetseite (www.fitkid-aktion.de). | |
| Schulung/Beratung | Die praxisnahe und kostenfreie Vermittlung des Qualitätsstandards und Unterstützung bei der Umsetzung des Standards wird bundesweit über entsprechende Angebote (Workshops) der Verbraucherzentralen gesichert. | |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | | |
| Aufwand | | |
| Evidenzbasierung | Der FIT KID-Standard beruht auf der Grundlage von aktuellen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen und berücksichtigt Referenzwerte zur Nährstoffzufuhr. Der Standard wurde mit Expertinnen und Experten bundesweit entwickelt und bildet einen Konsens für eine altersgruppen-gerechte, ausgewogene Ernährung ab. | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutznachweis | Die FIT KID-Medien (wie zum Beispiel die Checkliste und Broschüre) wurden extern aus Nutzersicht evaluiert. Die Checkliste bewerteten die Nutzerinnen und Nutzer als nützlich, | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|--|---|
| | praxistauglich und geeignet, um Impulse für Verbesserungen und Anpassungen auszulösen. In den meisten Fällen wurde die Checkliste zur Selbsteinschätzung und zur Vorbereitung auf eine Zertifizierung genutzt. Die Broschüre »Qualitätsstandards« wurde als ansprechend und informativ sowie passend für die Zielgruppe beurteilt. | |
| Wirkung/Effektivität | | Es gibt keine Belege einer wirkungsbezogenen Evaluation zu dem Qualitätsstandard (zum Beispiel eine Evaluation der Wirkungen in Einrichtungen, die den Qualitätsstandard umsetzten im Vergleich zu jenen, die ihn nicht umsetzten). |
| Erweiterte Zielgruppe | | |
| Weitere Merkmale | Durch die Auszeichnung als FIT KID-Kita wird das Interesse der Einrichtung an der Qualität des Ernährungsangebots nach außen sichtbar und kann gegebenenfalls einen Imagevorteil bedeuten. | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Es werden alle Bereiche einer optimalen Verpflegung abgedeckt (Ernährungsbildung, Versorgungsangebot). | Eine Gefahr besteht darin, dass die Speisenplanung nicht praxisingerecht ist, das heißt, dass die Akzeptanz der Kinder für das geänderte Versorgungsangebot fehlt. |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Der Ansatz umfasst 53 Kriterien, die den Bereichen Lebensmittel (Mittagsverpflegung), Speisenplanung und -herstellung, Lebenswelt und Nährstoffe zugeordnet sind. | |
| Qualitätsdimensionen | Die Qualitätskriterien des FIT KID-Standards beziehen sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für eine ausgewogene Verpflegung und Ernährungsbildung. | |

Handlungsleitfaden Kitas fit für die Zukunft

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|---|--|
| Niedrigschwelligkeit | Der Leitfaden ist in einer leicht verständlichen und anschaulichen Sprache verfasst und zudem kostenlos online verfügbar. | |
| Unterstützende Materialien | Der Prozess zur gesundheitsförderlichen Ausrichtung einer Kita ist im Leitfaden kleinschrittig beschrieben. | |
| Schulung/Beratung | | Es gibt keine Fortbildungsmöglichkeiten oder Ansprechpartnerinnen und -partner, die Nutzerinnen und Nutzer des Leitfadens unterstützend in Anspruch nehmen können. Die Anwenderinnen und Anwender müssen sich über das Lesen der Broschüre das Wissen und die (theoretischen) Methodenkenntnisse aneignen. |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | Das im Leitfaden beschriebene Vorgehen wurde im Rahmen eines Modellprojekts erprobt und beruht somit auf einer Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis. Im Leitfaden werden der theoretische Hintergrund sowie praktische Beispiele beschrieben. | |
| Aufwand | | |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutzennachweis | | Es gab keine Befragung von Anwenderinnen und Anwendern des Leitfadens zum Beispiel zur Handhabbarkeit und Anwendbarkeit. |
| Wirkung/Effektivität | | Es gibt keinen belastbaren Nachweis über die Wirksamkeit des Leitfadens. |
| Erweiterte Zielgruppe | | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|---|--|
| Weitere Merkmale | | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | | Die Verknüpfung von Bildung und Gesundheitsförderung ist nicht explizit hergestellt. |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Es werden keine Kriterien formuliert, die Anwenderinnen und Anwendern Aufschluss über die Qualität ihres Vorgehens oder der geplanten Maßnahmen geben. Es wird lediglich auf Verfahren und Instrumente verwiesen, die zur Qualitätssicherung genutzt werden können. | |
| Qualitätsdimensionen | | |

fit für 100

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|------------------------------------|---|---|
| Niedrigschwelligkeit | | Die Zertifizierung ist mit Kosten in Höhe von 600 Euro verbunden. Allerdings werden diese Kosten in der Regel durch die Einrichtungen übernommen und liegen nach Angaben der Entwicklerinnen und Entwickler für eine Zertifizierung im üblichen Rahmen. |
| Unterstützende Materialien | Im Rahmen der Schulungen werden alle erforderlichen Materialien (unter anderem Stundenaufbau, Übungsanleitungen, Stundendokumentationen) zur Verfügung gestellt. Im Internet findet sich zudem weiteres Anschauungsmaterial (unter anderem Übungsvideos). Die Videohospitationen können auch für die Selbstreflexion genutzt werden. Zudem werden Testbatterien für die Ergebnisevaluation zur Verfügung gestellt; eine interne Reflexion und der Einsatz der Testbatterien werden empfohlen, sind aber nicht obligatorisch in den Prozess integriert. | |
| Schulung/Beratung | Das Konzept sieht einen dreitägigen Zertifizierungskurs sowie anschließende Hospitationen und eine Rezertifizierung vor. Termine für den Zertifizierungskurs sowie die Rezertifizierung werden regelmäßig angeboten. Die Stundenhospitation sowie das Beratungsangebot für in der Praxis auftretende Fragen sichern auch die Überprüfung und Unterstützung der praktischen Umsetzung des Bewegungsangebots. Die Rezertifizierung stellt eine Auffrischung und Aktualisierung der Kenntnisse für die Durchführung des Bewegungsprogramms sicher. | Ein externer Reflexionsprozess ist vorgesehen, jedoch nicht verpflichtend. |
| Verknüpfung von Theorie und Praxis | | |

| Kriterien | Stärken | Schwächen |
|---|--|--|
| Aufwand | | |
| Evidenzbasierung | | |
| Kontinuierliche Weiterentwicklung | | |
| Nutznachweis | | Ergebnisse der Dokumentation werden intern reflektiert, aber nicht obligatorisch mit den Teilnehmenden und/oder der Einrichtung rückgekoppelt. |
| Wirkung/Effektivität | Über die Evaluation des Bewegungsprogramms hinausgehend sind die Wirkungen des Zertifizierungsverfahrens hinsichtlich der Merkmale erfolgreiche Umsetzung, Wiederholbarkeit und Personenabhängigkeit belegt. | |
| Erweiterte Zielgruppe | | Das Verfahren kann nur in Verbindung mit dem »fit für 100«-Bewegungsangebot angewendet werden. |
| Weitere Merkmale | Das Verfahren lässt sich mit der obligatorischen Pflegedokumentation in Einrichtungen der Altenhilfe verknüpfen und sichert die Umsetzung des Expertenstandards zur Sturzprophylaxe. | |
| Besonderheiten des Verfahrens/Instruments | Das Verfahren sichert die Qualitätsentwicklung für ein Angebot an eine Zielgruppe, die nur sehr selten angesprochen wird. Die Entwicklerinnen und Entwickler weisen darauf hin, dass es sich um das einzige derartige Angebot handelt, das mit einem Konzept für die Qualitätsentwicklung verknüpft ist. | |
| Übergeordnete Kriterien/Standards | Das Konzept für das Qualitätsmanagement unterliegt standardisierten Vorgaben zur Durchführung der Übungsstunden, zur Infrastruktur und zur Dokumentation. | |
| Qualitätsdimensionen | Das Verfahren beinhaltet Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Weiterhin werden Testbatterien für die ergänzende Ergebnisevaluation zur Verfügung gestellt. | |

» 08.2 Raster zur Beschreibung von Instrumenten und Verfahren

| Themenblock | | Einzelaspekte/Leitfragen |
|-------------|---|---|
| I | Kurzfassung | <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklerinnen und Entwickler des Verfahrens/Instruments – Beschreibung des Verfahrens/Instruments – Zielsetzung des Verfahrens/Instruments |
| II | Hintergrund | <ul style="list-style-type: none"> – Entwicklungskontext des Verfahrens/Instruments – Anlass für die Entwicklung – Seit wann gibt es das Verfahren/Instrument? – Wer hat es entwickelt (Organisation und Land)? – Wie wurde es entwickelt (Entwicklungsprozess)? – Aktueller Entwicklungsstand |
| III | Grundlagen/Aufbau | |
| | Zielsetzung | <ul style="list-style-type: none"> – Zielsetzung – Welche Qualitätsfelder (Konzept-, Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) werden berücksichtigt? |
| | Aufbau, Elemente | <ul style="list-style-type: none"> – Womit werden die Qualitätsmerkmale erhoben? – Umfasst das Verfahren/Instrument eine kriteriengeleitete Erhebung von Qualitätsmerkmalen/Dokumentations- oder Bewertungsbogen inklusive Erläuterungen für die Anwenderinnen und Anwender? – Werden Mindestkriterien für qualitativ gute Aktivitäten zugrunde gelegt? – Werden Empfehlungen, Hinweise zur gezielten Verbesserung gegeben? |
| | Prozessablauf und Prozessbeteiligte | <ul style="list-style-type: none"> – Zum Beispiel Erhebung, Bewertung, Nutzung der Ergebnisse – Wer sollte mindestens dabei sein (Darstellung gegebenenfalls durch Grafik)? |
| IV | Theoretische/wissenschaftliche Grundlage (Evidenzbasierung) | <ul style="list-style-type: none"> – Verständnis von Qualität – Orientierung an QM-Systemen? – Wissenschaftliche Grundlage (Theorien und Konzepte, Forschungsergebnisse, Modellprojekt u. a.) – Werden bei der Bestimmung/Messung von Qualität wissenschaftliche Gütekriterien berücksichtigt (Validität, Reliabilität, Ausschluss fach- und sachfremder Interessen) – falls relevant? |
| V | Einsatzmöglichkeiten | <ul style="list-style-type: none"> – In welchen Phasen der Projektarbeit (Verortung unterschiedlicher Elemente des Instruments im PHAC bzw. innerhalb der Qualitätsdimensionen)? – Für welche Bereiche der Gesundheitsförderung? – Für welche Themen? – Falls relevant: In welchem Rahmen erfolgt der Einsatz: institutionsintern oder -übergreifend in Netzwerkstrukturen? |

| Themenblock | | Einzelaspekte/Leitfragen |
|-------------|--|--|
| VI | Zielgruppe(n) | <ul style="list-style-type: none"> – Nutzerinnen und Nutzer des Verfahrens/Instruments auf Projekt-/Maßnahmenebene – Fachkolleginnen und -kollegen, Geldgeber, Politik |
| VII | Voraussetzungen für die Nutzung | <ul style="list-style-type: none"> – Voraussetzungen bei den Anwenderinnen und Anwendern auf Interventionsebene (zum Beispiel Kompetenzen, Vorwissen, gegebenenfalls Registrierung, Anmeldung u. a.) – Gegebenenfalls durch Voraussetzungen für weitere Nutzerinnen und Nutzer (vgl. Zielgruppe) ergänzen |
| VIII | Aufwand der Einarbeitung und Durchführung | <ul style="list-style-type: none"> – Aufwand für Anwenderinnen und Anwender auf Interventionsebene (Kosten, Zeitaufwand in die Einarbeitung, Aufwand für die Nutzung im weiteren Projektverlauf) – Aufwand für weitere Nutzerinnen und Nutzer (vgl. Zielgruppe) |
| IX | Nutzung, Nutzen und Wirkungen | |
| | Nutzung | <ul style="list-style-type: none"> – Wer wendet das Verfahren/Instrument an? Wie häufig wurde es angewendet (insgesamt; letzte zwölf Monate)? |
| | Nutzen für Anwenderinnen und Anwender | <ul style="list-style-type: none"> – Verbesserte Planung, Durchführungsgestaltung, Dokumentation der Arbeit und des Erreichens einzelner Ziele, Initiierung von Lern-/Verbesserungsprozessen, Nachweisbarkeit reflektierter Praxis, verbesserte Voraussetzungen für die Kommunikation mit Fachkolleginnen und -kollegen, Geldgebern u. a. – Erfahrungswerte <ul style="list-style-type: none"> – Zum Beispiel mithilfe von Evaluationsberichten oder Interviews – Eventuell Zitate – In welchem Zusammenhang hat sich das Verfahren bewährt? |
| | Wirkungen | <ul style="list-style-type: none"> – Hat das Verfahren Einfluss auf die Wirksamkeit/Verbesserung der Wirksamkeit von Interventionen/die Zielerreichung? – Auf Basis von Evaluationsberichten oder Interviews/Selbst-, Fremdeinschätzung (zum Beispiel Expertinnen und Experten) |
| X | Ausblick/Perspektiven | <ul style="list-style-type: none"> – Geplante (Weiter-)Entwicklung des Verfahrens/Instruments – Ausbau- und Einsatzziele: Wie soll das Verfahren/Instrument in zwölf Monaten aussehen und wie häufig soll es durch wen angewendet werden? <ul style="list-style-type: none"> – Bei Entwicklerinnen und Entwicklern erfragen |
| XI | Vorteile und Stärken/Nachteile und Schwächen | <ul style="list-style-type: none"> – Informationen aus der Literatur – Rückmeldungen aus Interviews – Anhand eines entwickelten Rasters werden jeweils die 3–5 relevantesten Stärken und Schwächen angegeben. |
| XII | Zur Einführung empfohlene Literatur | |

» 08.3 Übersicht der recherchierten Verfahren und Instrumente: Bereinigte Bestandsanalyse, sortiert nach Settings und Zuordnung

Generische Verfahren und Instrumente

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|--|---|---|
| Ausführliche Beschreibung | | |
| Evaluationstools | Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Goal Attainment Scaling – GAS (Zielerreichungsskalen) | Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Good Practice in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten | Koordinierungsstelle des Kooperationsverbundes »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Health Promotion Effect Management Instrument (PREFFI) | Niederländisches Institut für Gesundheitsförderung (NIGZ) | Das Verfahren wurde als Anregung für den deutschsprachigen Raum berücksichtigt, obwohl es englischsprachig ist. Es kommt aus einem Nachbarland, ist dort weit verbreitet und wird mittlerweile in der Mehrzahl der staatlich finanzierten Präventionsprojekte in den Niederlanden angewendet. |
| Leitfaden Prävention | GKV-Spitzenverband | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Qualität in der Prävention (QIP) | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention (QuiG®) | Projektgruppe Qualitätsförderung der Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Göttingen | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|------------------------------------|---|--|
| quint-essenz | Gesundheitsförderung Schweiz | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Partizipative Qualitätsentwicklung | Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Selbstevaluation | König, Joachim; Institut für Praxisforschung und Evaluation der Evangelischen Hochschule Nürnberg | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|---|--|---|
| Beschreibung als ergänzende Materialien | | |
| Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht bei Kindern in NRW | Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA NRW) | Ist als Instrument noch nicht im Einsatz, soll jedoch aufgrund des vielversprechenden Ansatzes weiterverfolgt werden. |

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|--|-------------------------------------|---|
| Für weitere Beschreibung (vorerst) ausgeschlossen | | |
| Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen; Teil 5: Erfahrungen nutzen – Qualität stärken | Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. | Einsatz im Jahr 2010 unklar. Ein Hinweis auf die Arbeitshilfe »Erfahrungen nutzen – Qualität stärken« erfolgt jedoch im Zusammenhang mit der ausführlichen Beschreibung der Good-Practice-Kriterien. So umfasst die Arbeitshilfe u. a. Checklisten für die zwölf Good-Practice-Kriterien. |
| Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention | Gesundheitsförderung Schweiz | Einsatz im Jahr 2010 unklar; als Rahmenmodell in Verbindung mit quint-essenz im Jahr 2010 eingesetzt; wird dort in der ausführlichen Beschreibung erwähnt. |

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|---|--|--|
| Eigenevaluation bei Gesundheitsförderung und Prävention | Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA NRW) | Wird nicht mehr eingesetzt. |
| European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP) | Niederländisches Institut für Gesundheitsförderung (NIGZ) | Einsatz im Jahr 2010 unklar. |
| Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Cycle als Arbeitsinstrument | Ruckstuhl, Brigitte | Einsatz im Jahr 2010 nur noch vereinzelt, ist inhaltlich in quint-essenz aufgegangen; wird dort in der ausführlichen Beschreibung erwähnt. |
| Gute Genderpraxis in Prävention und Gesundheitsförderung | Gesundheitsförderung Schweiz | Im Jahr 2010 nicht eingesetzt. |
| Koordinierung und Qualität in Prävention (KoQuaP) | Deutsche Diabetes Stiftung (DDS) | In Erprobung; die Übertragbarkeit auf andere Felder ist unklar. |
| Leitfäden des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) | Bundesamt für Gesundheit, Schweiz | Einsatz im Jahr 2010 unklar. |
| Plan Quality Index | Butterfoss et al. (1996) | Englischsprachig |

Setting Kommune/Stadtteil

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|---|---|--|
| Ausführliche Beschreibung | | |
| Arbeitshilfe für die gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung | Deutsches Institut für Urbanistik | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| GUT DRAUF | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ) | Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (IMSG) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Schritt-für-Schritt-Anleitungen für die gemeindenahere Gesundheitsförderung | Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Kooperation mit dem Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|---|--|---|
| Beschreibung als ergänzende Materialien | | |
| Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier | Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. | Der Einsatz des Verfahrens im Jahr 2010 kann nicht nachvollzogen werden. |
| Qualitätssicherung in gesundheitsfördernden Settings (Quali-Set-Praxis) | Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin an der Universität Bremen | Das Instrument wird seit dem Jahr 2008 erprobt, befindet sich aber noch in der Entwicklung. |

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|---|-------------------------------------|--|
| Für weitere Beschreibung (vorerst) ausgeschlossen | | |
| Enabling Methods of Planning and Organizing Within Everyone's Reach (EMPOWER) | University of Maryland, USA | <ul style="list-style-type: none"> – Der Einsatz des Verfahrens in 2010 kann nicht nachvollzogen werden. – Nicht in deutscher Sprache verfügbar. |

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|---|---|--|
| Health Planning and Evaluation Wizard (PEW) | South Australian Community Health Research Unit | <ul style="list-style-type: none"> – Der Einsatz des Verfahrens im Jahr 2010 kann nicht nachvollzogen werden. – Keine schriftliche Beschreibung verfügbar. |
| Puzzle Solver for Health Promotion Forms | ACT Community Care, Canberra, Australia | Nicht in deutscher Sprache verfügbar. |
| Quality Improvement Program Planning System (QIPPS) | Merri Community Health Services (MCHS), Coburg, Australia | <ul style="list-style-type: none"> – Der Einsatz des Verfahrens im Jahr 2010 kann nicht nachvollzogen werden. – Nicht in deutscher Sprache verfügbar. |

Setting Kita

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|--|---|---|
| Ausführliche Beschreibung | | |
| Audit »Gesunde Kita« | Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| FIT KID – Die Gesund-Essen-Aktion in Kitas | Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Bonn | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Leitfaden »Kitas fit für die Zukunft« | Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Zertifikat »Anerkannter Bewegungskindergarten« | Landessportbund Nordrhein-Westfalen (NRW) | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt.* |

* NRW ist der Vorreiter der Bewegungskindergärten. Die Kriterien der Nachfolger in anderen Bundesländern sind ähnlich. Daher ist die Beschreibung vorrangig auf das Zertifikat in NRW ausgerichtet; auf Verfahren in anderen Bundesländern wird verwiesen.

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|--|---|---|
| Beschreibung als ergänzende Materialien | | |
| Gesunde Kita für alle! | Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. | Einsatz 2010 nicht sicher, aber sehr wahrscheinlich durch Verschickung zahlreicher Exemplare an Kitas. |
| Handbuch Erzieherinnen-gesundheit | Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz und Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport | Einsatz 2010 nicht sicher, aber sehr wahrscheinlich durch Verschickung zahlreicher Exemplare an Kitas. Anmerkungen: Die Checklisten zur Gefährdungsbeurteilung der Unfallkasse Sachsen (siehe unten) sind im Handbuch integriert. |
| »K!GG – Kita Gut & Gesund« – Programm für integriertes Gesundheitsmanagement | Leuphana Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG) an der Universität Lüneburg | Der Ansatz wurde seit 2009 im Rahmen einer Modellphase entwickelt und befindet sich ab November 2012 in einer Transferphase. Informationen bzw. eine Beschreibung sind öffentlich zugänglich. |

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|---|-------------------------------------|--|
| Kitas bewegen! Für eine gute gesunde Kita | Bertelsmann Stiftung, Gütersloh | Konzept wurde im Rahmen einer Modellphase (2006–2009) erprobt. Transferphase läuft bis 2012. Ein Referenzrahmen mit Qualitätskriterien ist entworfen worden. Informationen/Beschreibung öffentlich zugänglich. |

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|--|--|--|
| Für weitere Beschreibung (vorerst) ausgeschlossen | | |
| Förderungsantrag »Gesunde Kita« | Techniker Krankenkasse | Einsatz als Planungshilfe generell unklar. |
| »gesunde kitas – starke kinder«. Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte | Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (peb), Berlin | Einsatz im Jahr 2010 unklar. |
| Good-Practice-Werkstatt »Kita« | Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.) | Eine schriftliche Beschreibung des Manuals ist nicht öffentlich zugänglich. Anmerkung: Auf die Good-Practice-Werkstätten wird im Rahmen der Beschreibung der »Good-Practice-Kriterien« hingewiesen (siehe »Generische Instrumente/Verfahren«). |
| Landesprogramm Bildung und Gesundheit: Gute gesunde Kindertageseinrichtung (NRW) | Unfallkasse NRW, Krankenkassen (AOK Rheinland/Westfalen-Lippe, BKK Landesverband NRW, Barmer), Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes NRW | Qualitätsstandards befinden sich in der Entwicklung (kein Einsatz im Jahr 2010). Genauere Informationen/Beschreibungen sind noch nicht öffentlich zugänglich. |
| Netzwerk Gesunde Kita | pädal – pädagogik aktuell e. V. Brandenburg | Der Qualitätsentwicklungsansatz des Netzwerks befindet sich in der Überarbeitung (kein Einsatz im Jahr 2010). Genauere Informationen/Beschreibungen sind noch nicht öffentlich zugänglich. |

Setting Senioreneinrichtungen

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|--|--|--|
| Ausführliche Beschreibung | | |
| Zertifizierung »fit für 100« | Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie | Alle Kriterien für weitere Beschreibung erfüllt. |
| Für weitere Beschreibung (vorerst) ausgeschlossen | | |
| a) Expertenstandards Sturzprophylaxe und Ernährungsmanagement in der Pflege b) Audit-Instrumente | Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) | Nicht ausgewiesen für Prävention/Gesundheitsförderung in Settings, individueller Ansatz bei erhöhtem Sturzrisiko bzw. zur Verhinderung von Fehlernährung |
| Projekt »Landesbutton – Sturzpräventives Heim und Prämierung von Best-Practice-Einrichtungen in NRW« | DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest e.V. | Einsatz im Jahr 2010 aufgrund einer Überarbeitung (Ausbildung von Trainerinnen und Trainern) unklar. |
| Methodenkoffer Ulmer Modell zur Sturzprävention im Alter | Geriatrisches Zentrum Ulm/Alb Donau/ Initiative »Aktiv in jedem Alter« | Nicht ausgewiesen für Prävention/Gesundheitsförderung in Settings, individueller Ansatz bei erhöhtem Sturzrisiko |
| a) Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen b) Zertifizierung »Fit im Alter – Gesund essen, besser leben« | Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) | Nicht ausgewiesen für Prävention/Gesundheitsförderung in Settings, individueller Ansatz zur Verhinderung von Fehlernährung |
| Qualitätsniveau II: Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung | Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. | Nicht ausgewiesen für Prävention/Gesundheitsförderung in Settings, individueller Ansatz zur Verhinderung von Fehlernährung |

| Name des Ansatzes | Träger bzw. Entwicklerin/Entwickler | Begründung der Zuordnung |
|--|---|---|
| Leitfaden Selbstständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner (SimA-P) | SIMA-Akademie e.V./Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen | Das Konzept richtet sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, keine Angabe zu Referenzeinrichtungen, Einsatz im Jahr 2010 unklar. |

» 08.4 Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Tab. 1: Vorschlag für Evidenzklassen in Prävention und Gesundheitsförderung (PGF), in Anlehnung an Kliche, Koch, Lehmann und Töppich 2006 | 18 |
| Tab. 2: Setting Kommune/Stadtteil, ergänzende Internetrecherche | 21 |
| Tab. 3: Kita, ergänzende Internetrecherche | 22 |
| Tab. 4: Senioreneinrichtung, ergänzende Internetrecherche | 23 |
| Tab. 5: Vorläufige Brauchbarkeitsbereiche und -kriterien für Ansätze der Qualitätssicherung, in Anlehnung an Kliche, Esholz, Weitkamp, Töppich und Koch 2009, S. 225f. | 29 |
| Tab. 6: Raster für die Stärken-Schwächen-Betrachtung | 32 |
| Tab. 7: Einschätzungen von Projektträgern zum Nutzen des Good-Practice-Ansatzes (n = 13), in Anlehnung an Conrad und Hucker 2007 | 54 |
| Tab. 8: Preffi-2.0-Cluster (Molleman et al. 2003, S. 9; Übersetzung aus dem Englischen) | 57 |
| Tab. 9: Auszug aus der Scoring Form (4. Cluster) (Molleman, Peters, Hommels und Ploeg 2003, S. 40; Übersetzung aus dem Englischen) | 59 |
| Tab. 10: Operationalisierung für das Kriterium 4.2 »Motivation und Möglichkeiten der Zielgruppe« (Molleman, Peters, Hommels und Ploeg 2003, S. 20; Übersetzung aus dem Englischen) | 59 |
| Tab. 11: Bewertungskriterien für die Evidenzstufen von Preffi 2.0 (Peters et al. 2003, S. 5; Übersetzung aus dem Englischen) | 60 |
| Tab. 12: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien für die Primärprävention (GKV-Spitzenverband 2010, S. 15) | 65 |
| Tab. 13: Beispiele für spezifische Kriterien im Setting Kita, in Anlehnung an GKV-Spitzenverband 2010 | 66 |
| Tab. 14: Beispiele für übergreifende Kriterien des Individualansatzes (in Anlehnung an GKV-Spitzenverband 2010) | 67 |
| Tab. 15: Theoretische Grundlagen zur Selbstevaluation (König 2007, S. 49) | 108 |
| Tab. 16: Qualitätsstandards für Schulen (Auszug) (BZgA o. J.) | 125 |
| Tab. 17: KEQ – Dimensionen der Gemeindekapazität (Auszüge aus dem KEQ-Fragebogen; mit freundlicher Genehmigung der Autoren) | 132 |
| Tab. 18: Bewegungskindergärten mit Zertifizierung in Deutschland (Deutsche Sportjugend 2011) | 152 |

>> 08.5 Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abb. 1: Typische Fragen zur Assessmentqualität (LIGA.NRW 2010a, S. 85) | 12 |
| Abb. 2: Typische Fragen zur Strukturqualität (LIGA.NRW 2010a, S. 85) | 12 |
| Abb. 3: Typische Fragen zur Prozessqualität (LIGA.NRW 2010a, S. 85) | 13 |
| Abb. 4: Typische Fragen zur Ergebnisqualität (LIGA.NRW 2010a, S. 85) | 13 |
| Abb. 5: Der Public Health Action Cycle und die Verortung der Qualitätsdimensionen (LIGA.NRW 2010a, S. 88) | 14 |
| Abb. 6: Spirale der Qualitätsverbesserung (Töppich und Linden 2011, S. 473) | 15 |
| Abb. 7: Reduktion der identifizierten Verfahren und Instrumente | 26 |
| Abb. 8: Beispiel für eine Zielerreichungsskala in der Gesundheitsförderung (Schaefer 2011, S. 11) | 43 |
| Abb. 9: Zielerreichung der Aktionsbündnisse (n = 33) (Schaefer, Gerken, Mühlbach und Kolip 2011, S. 18f.) | 47 |
| Abb. 10: Good-Practice-Auswahlverfahren und beteiligte Partner (BZgA 2011a, S. 23) | 50 |
| Abb. 11: Stufen der Partizipation (www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de) | 75 |
| Abb. 12: Prozessbeteiligte der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ) (Wright et al. 2009, S. 162) | 76 |
| Abb. 13: Der Datenfluss im Qualitätssicherungssystem QIP (Töppich und Lehmann 2009, S. 225) | 84 |
| Abb. 14: Der Qualitätszirkelkreislauf (Bahrs 2009) | 90 |
| Abb. 15: Effekte der Qualitätszirkelarbeit aus der Sicht von Zirkelteilnehmenden (n = 64) in Prozent (BZgA 2005a, S. 243) | 94 |
| Abb. 16: Übersicht über die sechs Bereiche und die 24 Qualitätskriterien des Qualitätssystems (Ackermann, Studer und Ruckstuhl 2009, S. 142) | 97 |
| Abb. 17: Prozessbeteiligte in der Jugendaktion GUT DRAUF (in Anlehnung an Bestmann 2010a, S. 5) | 126 |
| Abb. 18: Beispiel für die Darstellung der Kapazitätsentwicklung im Quartier: Die Gemeindekapazität der Hamburger Lenzsiedlung im Zeitverlauf (Nickel und Trojan 2009) | 135 |
| Abb. 19: Gliederung der Schritt-für-Schritt-Anleitungen der gemeindenahen Gesundheitsförderung (in Anlehnung an Loss et al. 2008a, 2008b, 2010). | 142 |

Fachheftreihe »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung«

- Band 6: Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Jürgen Bengel, Regine Strittmatter und Hildegard Willmann im Auftrag der BZgA. BestellNr.: 60606000
- Band 7: Starke Kinder brauchen starke Eltern – Familienbezogene Suchtprävention – Konzepte und Praxisbeispiele. BestellNr.: 60607000
- Band 8: Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung – Eine Expertise. Von Gerhard Christiansen, BZgA, im Auftrag der Europäischen Kommission. BestellNr.: 60608000
- Band 9: Die Herausforderung annehmen – Aufklärungsarbeit zur Organspende im europäischen Vergleich. Eine Expertise im Auftrag der BZgA und Ergebnisse eines internationalen Expertenworkshops vom 2. bis 3. November 1998 in Bonn. BestellNr.: 60609000
- Band 10: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa vom 4. bis 5. Februar 1999 in Bonn. Von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt. BestellNr.: 60610000
- Band 11: Schutz oder Risiko? – Familienumwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern. Eine Studie von Catarina Eickhoff und Jürgen Zinnecker im Auftrag der BZgA. BestellNr.: 60611000
- Band 12: Suchtprävention im Sportverein – Erfahrungen, Möglichkeiten und Perspektiven für die Zukunft. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 20. bis 22. März 2000. BestellNr.: 60612000
- Band 13: Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze – Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien. Von Stefan M. Gold, Karl-Heinz Schulz und Uwe Koch im Auftrag der BZgA. BestellNr.: 60613000
- Band 14: Ecstasy – »Einbahnstraße« in die Abhängigkeit? – Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive. Eine empirische Untersuchung von H. Peter Tossman, Susan Boldt und Marc-Dennan Tensil im Auftrag der BZgA. BestellNr.: 60614000
- Band 15: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen. BestellNr.: 60615000
- Band 16: »Früh übt sich ...« Gesundheitsförderung im Kindergarten – Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 14. bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. BestellNr.: 60616000
- Band 17: Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. BestellNr.: 60617000
- Band 18: Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung – Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema. BestellNr.: 60618000
- Band 19: Drogenkonsum in der Partyszene – Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. BestellNr.: 60619000
- Band 20: Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile – Eine empirische Studie. Von Jürgen Gerhards und Jörg Rössel im Auftrag der BZgA. BestellNr.: 60620000
- Band 21: Suchtprävention im Kinder- und Jugendsport – Theoretische Einordnung und Evaluation der Qualifizierungsinitiative »Kinder stark machen«. Eine Expertise von Prof. Dr. Klaus-Peter Brinkhoff und Uwe Gomolinsky im Auftrag der BZgA. BestellNr.: 60621000
- Band 22: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure. Von Frank Lehmann, Monika Meyer-Nürnberg u.a. BestellNr.: 60622000
- Band 23: Illegale Drogen in populären Spielfilmen – Eine kommentierte Übersicht über Spielfilme zum Thema illegale Drogen ab 1995, mit ergänzenden Handlungsempfehlungen für den Einsatz von Spielfilmen im Rahmen der Suchtprävention. Von Sabine Goette und Renate Röllecke. BestellNr.: 60623000

- Band 24: Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland – Grundlagen und Konzeption. Von Bettina Schmidt. Bestellnr.: 60624000
- Band 25: Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche – Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen. Von Anja Meurer und J. Siegrist. Bestellnr.: 60625000
- Band 26: Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Von Ottomar Bahrs, Björn Jung, Marina Nave und Ulrike Schmidt. Bestellnr.: 60626000
- Band 28: MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen – Evaluationsergebnisse des Fortbildungsmanuals sowie der ersten Implementierungsphase. Von Kordula Marzinzik und Angelika Fiedler. Bestellnr.: 60628000
- Band 29: Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Von Anneke Bühler und Christoph Kröger. Bestellnr.: 60629000
- Band 30: Jugendesskultur: Bedeutungen des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup. Von Silke Bartsch. Bestellnr.: 60630000
- Band 31: Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums – Onlineberatung am Beispiel von drugcom.de. Von Peter Tossmann. Bestellnr.: 60631000
- Band 32: drugcom.de – Modellhafte Suchtprävention im Internet. Jahres- und Evaluationsbericht 2005. Von Marc-Dennan Tensil, Benjamin Jonas und Dr. Peter Tossmann. Bestellnr.: 60632000
- Band 33: Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. Von Beate Hollbach-Grömig und Antje Seidel-Schulze. Bestellnr.: 60633000
- Band 34: Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland. Von Manfred Cierpka, Michael Stasch, Sarah Groß. Bestellnr.: 60634000
- Band 35: Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Von Jürgen Bengel, Frauke Meinders-Lücking und Nina Rottmann. Bestellnr.: 60635000
- Band 36: Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Von Antje Richter und Marcus Wächter. Bestellnr.: 60636000
- Band 37: Prävention im Fokus unterschiedlicher Perspektiven – Werkstattgespräche der BZgA mit Hochschulen. Bestellnr.: 60637000
- Band 38: Die Jungen Alten – Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 55 und 65 Jahren. Bestellnr.: 60638000
- Band 39: Die Rolle der Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit bei der Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Menschen – Eine Projektdokumentation. Bestellnr.: 60639000
- Band 40: Aufklärung zur Organ- und Gewebespende in Deutschland: Neue Wege in der Gesundheitskommunikation. Bestellnr.: 60640000
- Band 41: Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Nutzen und Praxis verhaltens- und verhältnisbezogener Prävention – KNP-Tagung am 18. und 19. Mai 2011 in Bonn. Bestellnr.: 60641000
- Band 42: Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Von Nicole Tempel, Malte Bödeker, Natascha Reker, Ina Schaefer, Gabriele Klärs und Petra Kolip. Bestellnr.: 60640042
- Band 43: Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter – Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Von Jürgen Bengel und Lisa Lyssenko. Bestellnr.: 60643000

Ausführliche Informationen zu dieser Fachheftreihe sowie zu anderen Schriftenreihen der BZgA finden sich im Internet unter www.bzga.de im Verzeichnis »Fachpublikationen«.

Alle bisher erschienenen Fachhefte stehen unter dieser Adresse auch vollständig als PDF-Datei zum Herunterladen zur Verfügung.