



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Gesamtprojektbericht

Kooperations- und Forschungsprojekt

Gesundheitsförderung in Lebenswelten Entwicklung und Sicherung von Qualität

Gesamtprojektbericht

Kooperations- und Forschungsprojekt

Gesundheitsförderung in Lebenswelten – **Entwicklung und Sicherung von Qualität**

Thomas Altgeld¹, Sven Brandes¹, Iris Bregulla¹, Udo Castedello², Andrea Dehn-Hindenberg³, Wiebke Flor³, Stephanie Funk⁴, Cathleen Gaede-Illig², Birte Gebhardt¹, Beate Grossmann⁵, Susanne Hartung⁶, Petra Kolip⁴, Bettina Kruckenberg³, Frank Lehmann⁷, Niels Löchel⁶, Julien Merta⁴, Michael Noweski⁵, Guido Nöcker⁷, Martina Plaumann³, Stefan Pospiech⁶, Helene Reemann⁷, Ursula von Rüden⁷, Ina Schaefer⁴, Lisa Schauerermann³, Jürgen Töppich⁷, Katrin Volkenand³, Ulla Walter³, Jan Weber³, Lara Weber⁴

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

² BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH

³ Medizinische Hochschule Hannover

⁴ Universität Bielefeld

⁵ Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

⁶ Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

⁷ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Das Projekt wurde gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

| | | | |
|----|---|--|----|
| 01 | → | Einführung | 08 |
| 02 | → | Management Summary | 10 |
| | | 1. Hintergrund und Methodik des Forschungsprojekts | 11 |
| | | 2. Ergebnisse | 13 |
| | | 3. Handlungsbedarfe und -empfehlungen | 14 |
| 03 | → | Teilbericht 1: Settingspezifische Bestandsaufnahmen von Qualitätsverfahren auf Landesebene | 16 |
| | | 1. Methodik und Vorgehen | 17 |
| | | 1.1 Koordinierung und Gesamtkonzept | 18 |
| | | 1.2 Fragestellungen | 18 |
| | | 1.3 Datenerhebung | 18 |
| | | 1.3.1 Fokusgruppen | 18 |
| | | 1.3.2 Regionalkonferenzen | 19 |
| | | 1.3.3 Zusätzliche Aktivitäten | 19 |
| | | 1.4 Datenauswertung | 20 |
| | | 2. Ergebnisse | 21 |
| | | 2.1 Anwendungspraxis und Erfahrungen | 21 |
| | | 2.2 Bedürfnisse der Praxis | 22 |
| | | 2.3 Settingspezifische Ergebnisse | 22 |
| | | 3. Fazit und Handlungsempfehlungen | 25 |
| 04 | → | Teilbericht 2: Befragung von Berufs- und Fachverbänden durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. | 26 |
| | | 1. Methodik und Vorgehen | 27 |
| | | 1.1 Befragte Organisationen | 27 |
| | | 1.2 Datenerhebung | 27 |
| | | 1.3 Workshop für Expertinnen und Experten während der Datenerhebung | 27 |
| | | 1.4 Datenauswertung | 27 |
| | | 2. Ergebnisse | 28 |
| | | 2.1 Umsetzung der Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung der BVPG | 28 |
| | | 2.2 Praxis der Qualitätssicherung | 28 |
| | | 2.3 Unterstützungsbedarf | 28 |
| | | 2.4 Einstellungen zum Monitoring | 29 |
| | | 3. Empfehlungen | 29 |

05



| | |
|---|----|
| Teilbericht 3: Rechtliche Regelungen zu Prävention, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung sowie ihre Wahrnehmung | 30 |
| 1. Ziele der Untersuchung | 31 |
| 2. Methodik und Vorgehen | 31 |
| 3. Ergebnisse | 32 |
| 3.1 Kommune/Stadtteil/Quartier | 32 |
| 3.2 Kindertagesstätten | 33 |
| 3.3 Schule | 34 |
| 3.4 Pflegeheim und freie Seniorenarbeit (Seniorenhilfe) | 35 |
| 3.5 Qualitätsmanagementsysteme | 35 |
| 3.6 Prävention und Gesundheitsförderung; Begriffe und Verständnis | 36 |
| 3.7 Zusammenfassung | 36 |
| 4. Empfehlungen | 37 |

06



| | |
|---|----|
| Teilbericht 4: Erhebung von Bedarfen und Bedürfnissen unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung zur Entwicklung eines Multiplikatorenkonzepts | 38 |
| 1. Methodik und Vorgehen | 39 |
| 2. Ergebnisse | 40 |
| 2.1 Befragung der Landesvereinigungen für Gesundheit | 40 |
| 2.2 Befragung der Entwicklerinnen und Entwickler von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung | 41 |
| 2.3 Ergebnisse der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen | 42 |
| 3. Fazit | 43 |

07



| | |
|---|----|
| Teilbericht 5: Bestands- und Bedarfserhebung für ein bundesweites Online-Transfer-Konzept für die Entwicklung und Sicherung von Qualität | 44 |
| 1. Methodik und Vorgehen | 45 |
| 2. Ergebnisse der Bestandserhebung: Was gibt es bereits im Internet? | 45 |
| 3. Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung: Wie sollte die Praxisdatenbank zum Thema Qualitätsentwicklung überarbeitet werden? | 46 |
| 3.1 Bereitschaft für Angaben zum eigenen Angebot/Projekt und gewünschte Angaben Anderer | 46 |
| 3.2 Bereitschaft für Angaben zur Dokumentation und Evaluation | 46 |
| 3.3 Bereitschaft, die eigenen Erfahrungen mitzuteilen und Offenheit für Fehler | 46 |
| 4. Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung: Welches interaktive Online-Angebot brauchen und wollen die Praktikerinnen und Praktiker? | 47 |
| 4.1 Allgemeine Erfahrungen beim Informations- und Erfahrungsaustausch | 47 |
| 4.2 Erfahrungen mit Informations- und Wissensbeschaffung sowie Austauschforen im Netz | 47 |
| 4.3 Bedarfe für ein interaktives Online-Fachmodul zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung | 48 |
| 5. Fazit | 49 |



Entwurf einer Bund-Länderstruktur zum Transfer von Qualitätsentwicklung und -sicherung (QE/QS) in der Gesundheitsförderung und Prävention

| | |
|---|----|
| | 50 |
| 1. Einführung | 51 |
| 2. Handbuch QE/QS in der Gesundheitsförderung und Prävention | 52 |
| 2.1 Hintergrund | 52 |
| 2.2 Ziele und Zielgruppen | 52 |
| 2.3 Vorgehen und Konzept | 52 |
| 3. Multiplikatorenkonzept QE/QS | 53 |
| 3.1 Hintergrund und methodisches Vorgehen | 53 |
| 3.2 Beschreibung einer Transfer- und Koordinierungsstelle Qualitätsentwicklung auf Bundesebene | 53 |
| 3.3 Beschreibung der Qualifikations- und Beratungsangebote auf Länderebene | 54 |
| 3.4 Verfahren für die weitere Ausarbeitung des Multiplikatorenkonzepts | 55 |
| 4. Konzept für ein Online-Angebot zum Transfer von Instrumenten und Erfahrungen zur Qualitätsentwicklung/-sicherung | 55 |
| 4.1 Hintergrund und Ergebnisbasis der Konzepterstellung | 55 |
| 4.2 Zielgruppen und Zielstellungen für das interaktive Online-Angebot | 56 |
| 4.3 Mögliche Bausteine eines Online-Angebots | 56 |
| 4.4 Strategie der Bundes- und Länderebene | 56 |
| 5. Ausblick | 57 |

01

Einführung

Einführung

Gesundheitsförderung als strategischer Ansatz im Sinne der WHO-Definition bedeutet, dass Menschen in die Lage versetzt werden, die Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit selbst zu gestalten. Im Zentrum dieser Strategien zur Verwirklichung von Gesundheitsförderung steht der Settingansatz. Settings, für die sich in Deutschland die Bezeichnung *Lebenswelten* durchgesetzt hat, werden von den Menschen so gestaltet, dass die gesündere Wahl zur leichteren Wahl wird. Immer wieder ist die Frage aufgekommen, ob der Settingansatz, die gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebenswelten, auch gut umgesetzt wird. Anders formuliert: In welcher Qualität findet Gesundheitsförderung in Lebenswelten statt?

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten (2009, S. 224) empfohlen, die BZgA zu einem Kompetenzzentrum für Evaluation und Qualitätssicherung auszubauen. Auf dieser Grundlage hat sich die BZgA 2014 zur Durchführung des Kooperations- und Forschungsprojekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ entschlossen. In kurzer Zeit haben sich die Bundesvereinigung und die Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. die entsprechenden Organisationen in den Bundesländern, die Universität Bielefeld, die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) und die BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Dienstleister u.a. für die Wohlfahrtsverbände, bereit erklärt, mit der BZgA zusammen zu arbeiten. In einem gemeinsamen Arbeitsprozess wurde eine Bestandsaufnahme darüber erstellt, wie Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung (QE/QS) der Gesundheitsförderung in Lebenswelten bislang umgesetzt wird und wo darüber hinaus weiterer Handlungsbedarf besteht.

Elf Monate nach Projektbeginn liegt der Abschlussbericht des Projekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ vor. Dafür möchte ich allen beteiligten Kooperationspartnerinnen und -partnern danken. Der Bericht bildet eine solide Grundlage, die aktuellen Entwicklungen um das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention fachlich zu unterstützen.

Dr. Heidrun Thaiss

Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

02

Management Summary

1. Hintergrund und Methodik des Forschungsprojekts
2. Ergebnisse
3. Handlungsbedarfe und -empfehlungen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Frank Lehmann
Ursula von Räden
Guido Nöcker
Helene Reemann
Jürgen Töppich

1. Hintergrund und Methodik des Forschungsprojekts

Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention (PGF) hat in den vergangenen Jahren verstärkt Aufmerksamkeit erhalten. Mögliche Strukturen zur Etablierung der Qualitätsentwicklung werden seit dem SVR-Gutachten¹ 2009 diskutiert und wurden 2011 in einem Positionspapier² des Arbeitskreises „Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung“ konkretisiert. Zentrale Forderungen des Papiers sind eine Transfer- und Koordinierungsstelle Qualitätsentwicklung auf der Bundesebene und Qualifizierungs- und Beratungsangebote auf der Länderebene.

Das Positionspapier bildete die Grundlage für das vorliegende Kooperations- und Forschungsprojekt. Ziel war eine Bestandsaufnahme der bisherigen Umsetzung und des künftigen Weiterentwicklungsbedarfs von Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung (QE/QS) der Gesundheitsförderung in Lebenswelten in Deutschland, erstmals ergänzt um die Ausarbeitung rechtlicher Regelungen zu Prävention und Gesundheitsförderung, Qualitätssicherung sowie zu qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung. Als Methodik wurde ein dialogischer Forschungsansatz gewählt, der in fünf verschiedenen Teilprojekte umgesetzt wurde (vgl. Abbildung 1).

Die Gesamtkoordination des Projekts erfolgte durch die BZgA. Sie setzt damit die inhaltlichen Forderungen des Positionspapiers aus 2011 um und übernimmt (zumindest vorläufig und auf das Projekt bezogen) die Rolle als Transfer- und Koordinierungsstelle Qualitätsentwicklung auf der Bundesebene.

Wie im Papier gefordert, hat die BZgA die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Institutionen und mit Einrichtungen bzw. Strukturen auf Länderebene gesteuert. Auf Basis der vorhandenen Struktur des Kooperationsverbunds „Gesundheitliche Chancengleichheit“ konnte binnen kurzer Zeit eine erweiterte Kooperations- und Vernetzungsstruktur aufgebaut werden, die künftig fachspezifisch und länderspezifisch für eine stabile Verankerung der QE/QS

in der PGF nutzbar gemacht werden kann. Die BZgA steht hierbei im engen Austausch mit den Landesvereinigungen für Gesundheit³, bei denen die regionalen QE/QS-Einheiten angesiedelt sind.

Die Landesvereinigungen für Gesundheit führten unter Koordination der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. anhand von 31 Fokusgruppen mit insgesamt 220 Teilnehmenden aus den Lebenswelten KiTa, Schule, Lebenswelten älterer Menschen sowie von Menschen mit Migrationshintergrund und Kommunen eine Bestandsaufnahme von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung durch. Des Weiteren ermittelten sie gewünschte Unterstützungsmaßnahmen für eine vermehrte Anwendung von QE/QS in der Gesundheitsförderung. Im Rahmen von 14 Regionalkonferenzen, mit bis zu 130 Teilnehmenden, wurden die Ergebnisse der Fokusgruppen zur Diskussion gestellt. Von diesen Konferenzen gingen zugleich Impulse für einen landesweiten Strukturaufbau aus.

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. setzte im Rahmen des Projekts den Dialog mit ihren Mitgliedsorganisationen über ein Qualitätsmonitoring fort. Sie konzentrierte sich hierbei auf Berufs- und Fachverbände, die die Qualifizierung der Fachkräfte in den Lebenswelten in Fort- und Weiterbildung unterstützen.

Die Medizinische Hochschule Hannover identifizierte und analysierte mit Unterstützung der BBI⁴ rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Qualitätssicherung in Lebenswelten. Gemeinsam mit der BBI⁴ wurden 81 leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten von Ministerien und nachgeordneten Behörden (n=27), der Wissenschaft (n=13) sowie von Verbänden und zentralen Trägern (n=41) durchgeführt. Ziel dabei war es, die Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung sowie Qualitätssicherung in

¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)

² www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/

³ Die Landeseinrichtungen für Gesundheit(sförderung) sind in den Bundesländern unterschiedlich organisiert. Zur besseren Lesbarkeit werden alle im Projekt beteiligten Landeseinrichtungen für Gesundheit(sförderung) im vorliegenden Bericht unter dem Titel „Landesvereinigungen für Gesundheit“ zusammengefasst.

⁴ Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH

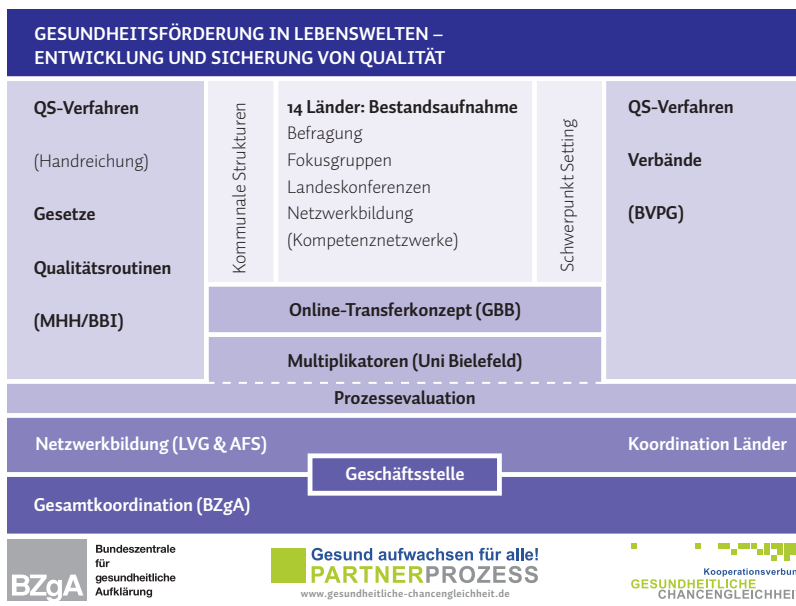


Abbildung 1: Übersichtsgrafik der Teilprojekte

den Settings zu erfassen sowie die vorhandenen Qualitätsroutinen abzubilden. Des Weiteren sollte zukünftiger Handlungsbedarf eruiert und Anknüpfungspunkte für die Qualitätsentwicklung aufgezeigt werden.

Die Universität Bielefeld entwickelte ein Multiplikatorenkonzept, in dem die Aufgaben einer künftigen Struktur für die Förderung der Qualitätsentwicklung und -sicherung auf Bundes- und Landesebene definiert wurden. Mit Hilfe leitfadengestützter Telefoninterviews mit den Landesvereinigungen (n=16) und den Entwicklerinnen und Entwicklern von Verfahren und Instrumenten der Qualitätsentwicklung (n=8) sowie einer Analyse der Protokolle der Fokusgruppen (n=31) und Regionalkonferenzen (n=14) der Länder wurde dieses Multiplikatorenkonzept an den Bedarfen und Bedürfnissen der Praxis ausgerichtet.

Die Medizinische Hochschule Hannover fasste den theoretischen Hintergrund und den aktuellen Wissensstand der Qualitätsdebatte in Gesundheit, Soziale Arbeit, Bildung und in der Prävention und Gesundheitsförderung zusammen. Verfahren und Instrumente der QE/QS wurden kriteriengesteuert so aufbereitet, dass sie für die verschiedenen Belange der Gesundheitsförderung und Prävention jetzt spezifisch genutzt werden können (Handbuch, vgl. Kapitel 08.2).

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., als Geschäftsstelle des Kooperationsverbunds „Gesundheitliche Chancengleichheit“, ermittelte mit einer Internetrecherche die vorhandenen Online-Angebote der QE/QS in der Gesundheitsförderung. In leitfadengestützten Telefoninterviews wurden Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung befragt, die auf kommunaler Ebene in planender oder koordinierender Funktion tätig sind. Mit Blick auf die Praxisdatenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de wurden Online-Informations- und Austauschmöglichkeiten einer Bestands- und Bedarfserhebung unterzogen.

Auf der Grundlage der Struktur des Kooperationsverbunds „Gesundheitliche Chancengleichheit“ erfolgte die Gesamtanlage des Forschungsprojekts. Die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit leitet sich aus dem Sozialstaatsgebot (Art. 20 und 28 GG – Grundgesetz) ab und ist somit Grundlage des gesamten Sozialrechts. Sie ist ein zentrales Qualitätskriterium für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten (§20 SGB V – Sozialgesetzbuch). Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ umfasst zurzeit (4/2015) 62 Partnerorganisationen (u. a. Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kommunen und der Wohlfahrt). Es gibt Koordinierungsstellen in 14 Bundesländern, die bei den Landesvereinigungen für Gesundheit angesiedelt sind. Die Koordinierungsstellen werden in der Regel hälftig kassenartenübergreifend auf Landesebene und hälftig aus Landesmitteln finanziert. Die Bundeskoordination wird durch die BZgA finanziert. Für die Umsetzung auf kommunaler Ebene wurde 2011 der kommunale Partnerprozess „Gesund aufwachsen für alle!“ zusammen mit der BZgA, den kommunalen Spitzenverbänden und dem Gesunde-Städte-Netzwerk initiiert. Zurzeit stehen circa 70 Kommunen miteinander im Austausch darüber, wie kommunale integrierte Strategien (Präventionsketten) flächendeckend umgesetzt werden können. Gut 40 davon sind dem Prozess offiziell mit einer Kooperationsvereinbarung beigetreten. Der kommunale Partnerprozess wird derzeit auf kommunale Strategien (Präventionsketten) für alle Altersgruppen und Lebensphasen ausgeweitet.

Diese bewährten Strukturen der Umsetzung von Gesundheitsförderung können nun zugleich für die Entwicklung und Sicherung von Qualität genutzt werden.

2. Ergebnisse

Zunächst ist übergreifend über alle fünf Teilprojekte in den Lebenswelten, den Wohlfahrtsverbänden, den Trägerverbänden, den Berufsverbänden und besonders bei den Fachkräften der Gesundheitsförderung gegenüber Qualitätsverfahren eine große Aufgeschlossenheit und Interesse an Qualität der Gesundheitsförderung zu konstatieren. **Somit bestehen günstige Voraussetzungen für einen nachhaltigen Dialog „Qualität der Gesundheitsförderung“.**

Die Ausgangsbedingungen und Strukturen in den verschiedenen Lebenswelten sind sehr unterschiedlich und bedürfen differenzierter Strategien, um die Qualität der Gesundheitsförderung zu verbessern.

So verfügen KiTa, Schule und Pflege teilweise bereits über umfassende Qualitätsmanagementsysteme (zum Beispiel ▶ KiTas angebunden bei den Wohlfahrtsverbänden: DIN EN ISO ▶ Schulen: Bildungsmonitoring und Schulentwicklungsprogramme ▶ Pflege: Qualitätskriterien der Spitzenverbände der GKV). Diese beruhen auf gesetzlichen Vorgaben, die jeweils bundeslandspezifisch ausgestaltet sind. Mitarbeitende und Träger wünschen sich daher eine sinnvolle Abstimmung zwischen Qualitätsverfahren der Gesundheitsförderung und den bestehenden Qualitätsroutinen.

In der Kommune, im Stadtteil und im Quartier und dort insbesondere bei Angeboten für ältere Menschen sowie für Menschen mit Migrationshintergrund haben Maßnahmen im Unterschied zu den zuvor genannten Settings eher Projektcharakter. Es fehlen die Regelangebote bzw. dort, wo es einzeln Regelangebote gibt, fehlen entsprechende Routinen. Ein großer Anteil der Ressourcen muss für Projektbeantragung und Projektbewertung eingesetzt werden. Hier werden oft einzelne Qualitäts- und Dokumentationsverfahren eingesetzt, vielfach unter Beteiligung der Zielgruppen. Neben Instrumenten, die auch weiche Indikatoren wie zum Beispiel gelingendes Empowerment erfassen können, wird stärker eine spezifisch verfahrensbezogene Beratung oder auch Internet-Kommunikation gewünscht als in den erstgenannten Lebenswelten.

Qualitätsverfahren haben in allen Lebenswelten insbesondere zwei Funktionen:

1. eine Legitimierungsfunktion insbesondere für den Mitteleinsatz mit Blick auf die Trägerorganisation
2. eine Entwicklungsfunktion insbesondere für ein wirkungsvolleres Erreichen selbst gesteckter oder vorgegebener Gesundheitsförderungsziele mit Blick auf die im Setting Arbeitenden.

Die Fachkräfte in den Lebenswelten wünschen sich eine klare Benennung und Differenzierung dieser Funktionen, weil diese starke Auswirkungen auf die tägliche Arbeit haben. Sie wünschen einen intensiveren Dialog mit den Trägerorganisationen über Qualität sowie größere Wertschätzung, aber auch Zeit und Geld für Qualität der Gesundheitsförderung in Lebenswelten.

Blickt man aus Richtung der Berufs- und Fachverbände auf die Fachkräfte in den Lebenswelten, so kommt der Wunsch nach einer Evaluation der Struktur und der Wirkungen von Prävention und Gesundheitsförderung hinzu. Gute Arbeit soll sichtbar gemacht werden. Zusätzlich ist ein Qualitätsmonitoring auf Bundesebene gewünscht. Lernprozesse und Qualitätsentwicklung können hierüber initiiert werden.

Es gibt Determinanten, die eine starke Auswirkung auf die gesamte Lebenssituation im Setting haben, aber nur durch politische Entscheidungsprozesse geändert werden können: zum Beispiel die im Ländervergleich stark variierende Fachkraft-Kind-Relation in der KiTa (1:7,4 bis 1:13,8; Statistisches Bundesamt 2014) oder die Realisierung von Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in der Kommune. Auch diese müssen klar benannt werden und im Sinn einer „anwaltschaftlichen Vertretung“ aus dem Gesundheitssektor an die verantwortlichen Politikbereiche (Bildung, Jugend, Soziales usw.) herangetragen werden.

Als Produkte des Kooperations- und Forschungsprojekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ liegen vor:

1. Eine Handreichung Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung
2. Ein Konzept für eine Multiplikatorenschulung
3. Ein Konzept für interaktive und Online-Transferangebote (siehe Kapitel 08).

3. Handlungsbedarfe und -empfehlungen

Aus dem Forschungsprojekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ ergeben sich folgende Empfehlungen:

1. Der bestehenden großen Offenheit für Fragen der Qualität in der Gesundheitsförderung in Lebenswelten bei den Akteurinnen und Akteuren sollte entsprochen werden. Dies sollte insbesondere durch dialogische Verfahren geschehen mit den Zielen:
 - a. Der Förderung des Austauschs über Qualität der Gesundheitsförderung innerhalb der Settings und zwischen Settings.
 - b. Der Förderung des Dialogs und der Wertschätzung von Qualität der Gesundheitsförderung zwischen Trägerstrukturen und Akteurinnen und Akteuren in Lebenswelten.
 - c. Der Förderung von Beratung und Prozessbegleitung zwischen Fachkräften in Lebenswelten und Gesundheitsförderstrukturen.
2. Eine bundesweite Vernetzung von landesspezifischen Qualitätsnetzwerken bestehend aus Landesvereinigungen für Gesundheit und der Landesebene der Trägerorganisationen von Lebenswelten (öffentliche Hand, Verbände/frei/gemeinnützig, gewerblich/privat) soll angestrebt werden.
3. Sinnvoll ist der Ausbau verbindlicher Koordinationsfunktionen für die Gesundheitsförderung in Lebenswelten auf kommunaler, Stadtteil- und Quartiersebene. Die Durchführung wechselhafter und punktueller Einzelmaßnahmen allein ist hierfür nicht förderlich. Settingprojekte, die erst in der Kontinuität wirksam werden können, bedürfen einer kommunalen Vernetzung, insbesondere um sozial benachteiligte Gruppen wirkungsvoll zu erreichen.
4. Der Aufbau einer Koordinierungs- und Bund-Länder-Transferstruktur für QE/QS der Gesundheitsförderung in Lebenswelten ist erforderlich. Es besteht ein hoher Bedarf an qualitätsfördernden Rahmenbedingungen, innerhalb derer nicht starr einem Top-Down-Modell gefolgt wird, sondern die offen sind für Dialog und gemeinsame Entwicklungsprozesse (siehe Kapitel 08).
5. Die Anschlussfähigkeit von Qualitätssicherungsverfahren und -instrumenten der Gesundheitsförderung an integrierte Qualitätsmanagementsysteme und die damit verbundene Implementierung in vorhandene Strukturen sollte gewährleistet werden, in dem die Verfahren weiterentwickelt und modularisiert sowie im Baukastensystem angeboten werden.

Als weitere Maßnahmen sind der Erhalt der bei den Landesvereinigungen für Gesundheit aufgebauten Strukturen der QE/QS sowie die Umsetzung des Multiplikatorenkonzepts im Rahmen einer Pilotschulung von zukünftigen Koordinationsfachkräften geplant.

Für die fachliche Beratung, die Durchsicht und die Rückmeldungen zum Abschlussbericht ist den folgenden fachlichen Beraterinnen und Beratern zu danken

| | |
|-----------------------------|---|
| Lutz Decker | Deutscher Städtetag |
| Martina Dreibus | Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz |
| Prof. Dr. Raimund Geene | Hochschule Magdeburg-Stendal |
| Prof. Lotte Kaba-Schönstein | Hochschule Esslingen |
| Dr. Heinz Hundeloh | Unfallkasse Nordrhein-Westfalen |
| Helene Luig-Arlt | Büro für Stadtteilmanagement Langballig |
| Beate Proll | Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung |
| Prof. Dr. Rolf Rosenbrock | Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband e. V. |

Klaus-Peter Stender Behörde für Gesundheit und
Verbraucherschutz Hamburg

Dr. Volker Wanek GKV-Spitzenverband

Prof. Dr. Michael T. Wright Institut für Soziale Gesundheit,
Katholische Hochschule für
Sozialwesen Berlin

Zu den im Folgenden dargestellten Teilprojekten werden ausführliche Abschlussberichte erstellt, die unter BZgA : Studien⁵ recherchierbar sein werden. Dort sind auch die ausführlichen Literaturhinweise eingestellt.

⁵ www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/

03

Teilbericht 1: Settingspezifische Bestandsaufnahmen von Qualitätsverfahren auf Landesebene

1. Methodik und Vorgehen
 - 1.1 Koordinierung und Gesamtkonzept
 - 1.2 Fragestellungen
 - 1.3 Datenerhebung
 - 1.3.1 Fokusgruppen
 - 1.3.2 Regionalkonferenzen
 - 1.3.3 Zusätzliche Aktivitäten
 - 1.4 Datenauswertung
2. Ergebnisse
 - 2.1 Anwendungspraxis und Erfahrungen
 - 2.2 Bedürfnisse der Praxis
 - 2.3 Settingspezifische Ergebnisse
3. Fazit und Handlungsempfehlungen

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für
Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS Nds. e.V.)

Thomas Altgeld
Sven Brandes
Iris Bregulla
Birte Gebhardt

1. Methodik und Vorgehen

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

in Bezug auf Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung geben.

Zwölf Landesvereinigungen für Gesundheit beteiligten sich an dem Projekt und nahmen Länderaktivitäten in 14 Bundesländern wahr (vgl. Abbildung 2). Die LVG & AFS Nds. e.V. koordinierte die Aufgaben der Länder und führte zugleich die länderspezifischen Aktivitäten für Niedersachsen und Bremen durch. Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. und das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen konnten aus organisatorischen Gründen auf Landesebene trotz inhaltlichem Interesse nicht am Projekt teilnehmen.

Abbildung 2: Projektbeteiligte Landesvereinigungen für Gesundheit

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

1.1 Koordinierung und Gesamtkonzept

Im Unterschied zur Laufzeit des Gesamtprojekts von Juni 2014 bis Ende April 2015 war der Projektzeitraum für die beteiligten Landesvereinigungen für Gesundheit auf die Zeit von Juli 2014 bis Mitte Februar 2015 begrenzt. Hierdurch wurde sichergestellt, dass die Ergebnisse aus den Ländern in die Entwicklung des Multiplikatorenkonzepts einfließen konnten. Aufgrund von einrichtungsinternen Rahmenbedingungen konnten einige Länder erst zu einem späteren Zeitpunkt in das Projekt einsteigen.

Die LVG & AFS Nds. e.V. entwickelte ein Konzept für das Teilprojekt, welches für alle Landesvereinigungen für Gesundheit zwei Bausteine umfasste: die Durchführung einer oder mehrerer settingspezifischer Fokusgruppen mit Akteurinnen und Akteuren der Praxis sowie die Ausrichtung einer Regionalkonferenz zum Thema Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung (QE/QS) der Gesundheitsförderung.

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

- Handlungsempfehlungen für die Organisation, Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen
- Settingübergreifender Leitfaden für die Fokusgruppendifkussionen
- Handlungsempfehlungen für die Organisation und Durchführung der Regionalkonferenzen
- Referenten- und Referentinnenpool als Hilfsmittel zur Gestaltung der Regionalkonferenzen
- Dokumentationsvorlagen für die Fokusgruppen und die Regionalkonferenzen

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

- Berichtsvorlage sowie einen Beispielbericht für die Länderbeiträge im Rahmen des Teilprojektberichts
- Vorlage für die Posterpräsentation auf der Bundeskonferenz

Zum Start des Projekts organisierte die LVG & AFS Nds. e.V. im Juli 2014 ein gemeinsames Projektaufakttreffen aller beteiligten Landesvereinigungen für Gesundheit, um über das Gesamtprojekt zu informieren und das gemeinsame Vorgehen abzustimmen. Die entwickelten Handlungsempfehlungen wurden in diesem Rahmen mit den Landesvereinigungen für Gesundheit diskutiert und konsentiert. Während der gesamten Projektlaufzeit stand die LVG & AFS Nds. e.V. in kontinuierlichem Austausch mit den Ländern und informierte sowohl die Steuerungsgruppe als auch die Landesvereinigungen für Gesundheit wechselseitig über aktuelle Entwicklungen im Projekt. Die gesammelten Daten wurden zudem der Universität Bielefeld für parallele Auswertungen im Zusammenhang mit dem Multiplikatorenkonzept zur Verfügung gestellt.

1.2 Fragestellungen

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

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

1.3 Datenerhebung

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

1.3.1 Fokusgruppen

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

Zu den Fokusgruppen luden die Landesvereinigungen für Gesundheit jeweils Praktikerinnen und Praktiker eines Settings bzw. eines Handlungsfeldes ein. Jede Landesvereinigung für Gesundheit wählte ein bis zwei Handlungsfelder als Arbeitsschwerpunkt, anknüpfend an laufende, regionale Prozesse. Die Mehrzahl der gewählten Settings lag in den Themenbereichen Quartier/Stadtteil/Kommune und KiTa sowie an KiTa angrenzenden Bereichen (vgl. Abbildung 3). In Sachsen wurde zusätzlich die Lebenswelt Langzeitarbeitsloser untersucht (Kommune, Weiterbildungsmaßnahmen).

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

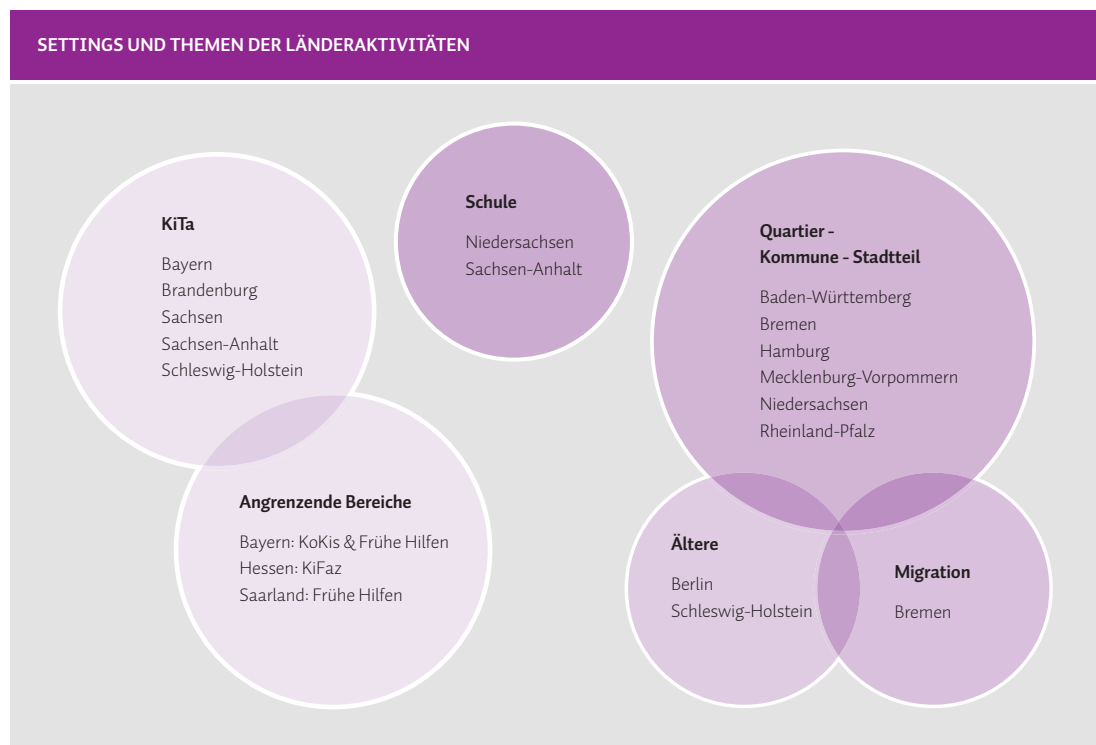


Abbildung 3: Gewählte Settings und Handlungsfelder

1.3.2 Regionalkonferenzen

Die Ausrichtung von Regionalkonferenzen im Anschluss an die Fokusgruppen hatte zum Ziel, das Gesamtprojekt einem breiten Feld von Akteurinnen und Akteuren bekannt zu machen, die mit dem Querschnittsthema Gesundheitsförderung in Berührung kommen. Dabei handelte es sich zum Beispiel um Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Ebene, der Krankenkassen, der Wissenschaft sowie Praktikerinnen und Praktiker verschiedener Settings. Darüber hinaus sollten die Regionalkonferenzen Impulse für einen landesweiten Strukturaufbau geben.

Die LVG & AFS Nds. e.V. entwickelte Handlungsempfehlungen für die Organisation und Durchführung der Regionalkonferenzen. Die Ausgestaltung der Regionalkonferenzen erfolgte jedoch landesspezifisch, wobei die inhaltliche Schwerpunktsetzung sich meist an den zuvor im Rahmen der Fokusgruppen bearbeiteten Settings

orientierte. Die Landesvereinigungen für Gesundheit konzipierten ihre jeweiligen Konferenzen größtenteils als Arbeitskonferenzen, in deren Rahmen die Ergebnisse der Fokusgruppen in Arbeitsgruppen aufgegriffen und vertieft wurden.

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

1.3.3 Zusätzliche Aktivitäten

Einige Landesvereinigungen für Gesundheit erhielten von der BZgA den Auftrag, im Rahmen des Projekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ thematisch anknüpfende Aktivitäten durchzuführen, wie zum Beispiel die Evaluation ausgewählter Instrumente und Verfahren, eine quantitative Befragung zum Thema QE/QS oder Experteninterviews⁶.

⁶ Diese Aktivitäten umfassten auch die Weiterentwicklung des Werkbuchs Präventionskette (Niedersachsen), eine explorative Befragung sozialer und pädagogischer Einrichtungen zum Thema Sicherung und Entwicklung von Qualität (Hessen) sowie eine Evaluation der Good-Practice-Werkstätten (Berlin/Brandenburg). Für eine genauere Darstellung dieser Ergebnisse ist der Teilprojektbericht „Settingspezifische Bestandsaufnahme von Qualitätsverfahren auf Länderebene“ heranzuziehen.

1.4 Datenauswertung

Die zeitlichen Rahmenbedingungen des Projekts erforderten bei der Datenauswertung eine pragmatische und im Hinblick auf die anschließende Zusammenführung der Länderergebnisse regelgeleitete und strukturierte Verfahrensweise. Zu diesem Zweck entwickelte die LVG & AFS Nds. e.V. für die Landesvereinigungen für Gesundheit Handlungsempfehlungen zur Erhebung, Aufbereitung und Auswertung der Daten. Die im Rahmen der Fokusgruppen sowie Regionalkonferenzen erstellten Audioaufnahmen und Mitschriften wurden im Anschluss durch die jeweils an der Erhebung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesichtet und vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses auf die inhaltstragenden Kategorien hin analysiert. Die auf diesem Weg identifizierten Kategorien wurden auf der Grundlage von Protokollvorlagen entlang der Fragestellungen inhaltlich verdichtet und punktuell mit Originalzitate unterlegt.

Die auf Basis dieses Verfahrens entstandenen Protokolle aller Fokusgruppen wurden der LVG & AFS Nds. e.V. und der Universität Bielefeld bis Ende November 2014 zur Verfügung gestellt, damit diese die Daten für die zusammenfassende Ergebnisdarstellung und für die Ausarbeitung des Multiplikatorenkonzepts nutzen konnten. Die Protokolle fungierten weiterhin als Datengrundlage für die jeweiligen zusammenfassenden Länderberichte. Diese Länderberichte lagen der LVG & AFS Nds. e.V. Ende Januar 2015 vor.

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

2. Ergebnisse

Das folgende Kapitel stellt zusammenfassend die Ergebnisse der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen dar. Die ersten zwei Abschnitte beschreiben die Ergebnisse *settingübergreifend*, der dritte Abschnitt fasst *settingspezifische* Aspekte zusammen.

Eine tiefergehende Darstellung der Ergebnisse der Landesvereinigungen für Gesundheit finden Sie im separat von der LVG & AFS Niedersachsen e.V. veröffentlichten Teilprojektbericht.

2.1 Anwendungspraxis und Erfahrungen

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

Anwendungspraxis

Auf die Frage nach vorgegebenen Instrumenten und Verfahren beschreiben die Teilnehmenden eine Vielzahl rechtlicher Regelungen für die jeweiligen Settings auf allen Ebenen der Gesetzgebung (kommunal-, landes- und bundesrechtliche Regelungen), Dokumentations- und Berichtspflichten sowie trägerspezifische Vorgaben und landespolitische Richtlinien. Insgesamt sind diese Vorgaben erwartungsgemäß in den institutionalisierten Settings erheblich stärker ausgeprägt als in Bereichen, die weniger formalisierte Strukturen aufweisen und projektbezogener arbeiten. Kapitel 2.3 beinhaltet eine ausführlichere Darstellung dieser settingspezifischen Unterschiede.

Neben diesen vorgegebenen Instrumenten und Verfahren schildern die Praktikerinnen und Praktiker zahlreiche weitere Instrumente, die sie in ihrem Arbeitsalltag einsetzen. Dabei wird deutlich, dass in den Settings KiTa und Schule eher Qualitätsmanagementkonzepte angewandt werden, die in umfassende Organisationsentwicklungsprozesse münden. Ergänzend kommen themenspezifische Instrumente zum Einsatz.

Befragte aus den Bereichen Quartier und Migration nehmen QE/QS hingegen stärker als Bestandteil der alltäglichen Arbeit wahr und nutzen viele niedrigschwellige, offene Verfahren.

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

Erfahrungen

Die Ergebnisse der Befragungen unterstreichen, dass die Praktikerinnen und Praktiker grundsätzlich offen sind für QE/QS. Sie sehen in der QE/QS einen geeigneten Rahmen zur Selbstreflexion, die es ihnen ermöglicht, ihre eigene Arbeit zu verbessern. Vorgegebene Dokumentations- und Berichtsverfahren empfinden sie jedoch oft als notwendige Pflichterfüllung, da diese Aufgaben meistens am Ende von Projekten stehen und wenig für die konkrete Zielplanung, und Weiterentwicklung nutzbar gemacht werden können. Entsprechend erleben die Teilnehmenden der Fokusgruppen diese eher als Belastung denn als Beförderung ihrer praktischen Arbeit. In diesem Zusammenhang werden unterschiedliche Perspektiven auf die Funktionen von QE/QS deutlich: Während auf der Seite der Fördermittelgeber offenkundig der Nachweis über erbrachte Leistungen und angemessene Mittelverwendung, also *Legitimierungsfunktionen* im Vordergrund stehen, streben die Praktikerinnen und Praktiker nach eigener Aussage eine Optimierung ihrer Arbeitsprozesse an und versuchen demzufolge das Potenzial der *Entwicklungsfunktionen* von QE/QS zu erschließen.

Viele Instrumente der QE/QS, mit denen die Befragten bereits Erfahrungen gesammelt haben, erleben sie als nicht zur jeweiligen Praxis, Zielgruppe oder zum Setting passend und beurteilen diese als zu komplex, aufwändig und unflexibel. Wenn Verfahren nicht kongruent mit den täglichen Arbeitsprozessen sind und diese befördern, führt dies in der subjektiven Wahrnehmung der Anwendenden zu einem Zielkonflikt zwischen der Bewältigung der wesentlichen täglichen Arbeitsprozesse und den dazu unpassenden formalen Anforderungen der QE/QS, zum Beispiel seitens der Fördermittelgeber. Instrumente und Verfahren werden dann vermehrt angewendet, wenn sie gut in den beruflichen Alltag zu integrieren sind. Möglichkeiten einer individuellen Entwicklung

und Anpassung von Instrumenten an die tägliche Praxis können dazu führen, dass die Akteurinnen und Akteure diese als etwas *Eigenes* empfinden. Dies erhöht den wahrgenommenen Nutzen und die Wahrscheinlichkeit der Anwendung.

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

2.2 Bedürfnisse der Praxis

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

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

Verbesserung der Rahmenbedingungen

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

Die Praktikerinnen und Praktiker wünschen sich einen intensiveren Austausch mit Mittelgebern und Trägern, um Förderlogiken und tägliche Arbeitsanforderungen besser in Einklang bringen zu können. Dazu gehören unter anderem die Möglichkeit, QE/QS flexibel an Arbeitsprozesse anzupassen sowie längere Projektlaufzeiten und entsprechend umfassendere Planungshorizonte. Des Weiteren wünschen sie sich die Berücksichtigung von Projektvorbereitungsphasen in der Projektförderung sowie mehr Akzeptanz für die Methode der Selbstevaluation als Instrument der QE/QS.

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

Konkrete Unterstützungsmaßnahmen

Praktikerinnen und Praktiker aller Settings wünschen sich eine individuelle, prozesshafte Beratung durch eine mit dem Setting vertraute Person, die Akteurinnen und Akteure der Praxis befähigt, Maßnahmen der QE/QS passgenau anzuwenden. Die Beratenden sollten über sehr gute Methodenkenntnisse, Kenntnisse des Settings und ein breites Netzwerk verfügen. Sie sollten bei der Auswahl, Anwendung und der eigenen Entwicklung von Instrumenten und Verfahren beraten und unterstützen sowie die Antragstellung von Fördermitteln begleiten. Die Koordination von Netzwerken und die Vermittlung von Weiterbildungsangeboten könnten nach Aussage der Befragten ebenfalls Bestandteil des Beratungsangebots sein.

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

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

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

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

2.3 Settingspezifische Ergebnisse

Während in den vorangegangenen Abschnitten die Ergebnisse auf einer settingübergreifenden Ebene dargestellt wurden, sollen im Folgenden die charakteristischen Eigenschaften und Unterschiede der verschiedenen untersuchten Settings herausgearbeitet werden. Bei der Einordnung der dargestellten Erkenntnisse sind die unterschiedliche Anzahl und Größe der Fokusgruppen je Setting zu berücksichtigen. Einige Handlungsfelder konnten im Rahmen dieses kurzfristigen Projekts lediglich mit einer geringen Zahl von Gruppen bzw. Befragten bearbeitet werden, so dass die Aussagekraft diesbezüglich eingeschränkt ist.

Setting KiTa

Fünf Bundesländer führten insgesamt zehn Fokusgruppen mit Akteurinnen und Akteuren des Settings KiTa durch. Des Weiteren fanden in drei Bundesländern vier Fokusgruppen zu angrenzenden Bereichen statt. Auf vier Regionalkonferenzen wurde das Setting KiTa in Arbeitsgruppen oder World-Cafés aufgegriffen⁷. Die Analyse der gesammelten Daten zeigt, dass im Setting KiTa anstelle von Instrumenten und Verfahren der QE/QS Instrumente und Verfahren des Qualitätsmanagements (QM) im Vordergrund stehen. Beispiele für verwendete Instrumente und Verfahren sind „Qualität in Kindertageseinrichtungen“ (Quik) und „Paritätisches Qualitätssystem“ (PQSys[®]) sowie diverse Qualitätshandbücher, welche oftmals gesetzlich oder trägerspezifisch vorgegeben sind. Einige – vor allem größere – KiTas verfügen über Qualitätsbeauftragte, welche die Umsetzung des QMs unterstützen. Darüber hinaus beschreiben die Befragten, dass sie in ihren Einrichtungen auch gesundheitsförderungsspezifische Instrumente und Verfahren anwenden. Einige dieser Instrumente und Verfahren sind themenspezifisch (zum Beispiel „Leitgedanken gesunde Ernährung“), andere zielen eher auf eine gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung ab, die die Gesundheit der Kinder, Mitarbeitenden und Eltern mit einbezieht (zum Beispiel „Audit Gesunde KiTa“). Im Allgemeinen zeigt sich, dass der Regelbetrieb den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wenig Spielraum für QE/QS der Gesundheitsförderung lässt und die Implementierung von Instrumenten und Maßnahmen vielfach als eine zusätzliche Aufgabe empfunden wird. Um dem Bereich der Gesundheitsförderung mehr Aufmerksamkeit widmen zu können, ohne dass die primäre pädagogische Arbeit darunter leidet, bedarf es aus Sicht der Befragten grundsätzlich einer Verbesserung des Personalschlüssels und finanzieller Ressourcen. Zudem wünschen sich einige Praktikerinnen und Praktiker, dass das Thema Gesundheitsförderung stärker in das bereits bestehende Qualitätsmanagement integriert wird, um nicht zusätzliche Instrumente im KiTa-Alltag verankern zu müssen.

Setting Schule

Das Setting Schule wurde durch die Landesvereinigungen für Gesundheit der Länder Niedersachsen und Sachsen-Anhalt im Rahmen von insgesamt drei Fokusgruppen und zwei Regionalkonferenzen bearbeitet. Dabei zeigte sich,

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

Setting Quartier

Bundesweit wurden sechs Fokusgruppen zur Thematik QE/QS im Quartier durchgeführt. Darüber hinaus haben sechs Regionalkonferenzen dieses Setting im Rahmen von Arbeitsgruppen oder World-Cafés aufgegriffen⁸. Im Rahmen der Analyse der dort gesammelten Daten zeigt sich, dass QE/QS im Setting Quartier stark durch die zeitlichen Begrenzungen von Projekten gekennzeichnet ist und sich entsprechend von den oben dargestellten regelfinanzierten und institutionalisierten Settings deutlich unterscheidet. Die Beantragung und Umsetzung von Projekten sowie die entsprechende Berichterstattung ist grundlegender Bestandteil des Arbeitsalltags. Die koordinierenden Personen agieren gleichzeitig auf verschiedensten Arbeitsebenen und entwickeln ausgehend von den lokalen Herausforderungen passende Lösungen. Die gegenstandbezogene Auswahl und Integration verschiedener Verfahren der QE/QS als Hilfsmittel zur Projektentwicklung erfolgt bei der Mehrzahl der Fokusgruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern mit einer hohen Selbstverständlichkeit. Neben spezifischen

⁷ Fokusgruppen zum Setting KiTa fanden in Bayern, Brandenburg, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt statt. Angrenzende Bereiche wurden von den Landesvereinigungen für Gesundheit der Länder Bayern (Frühe Hilfen/Koordinierende Kinderschutzstellen), Hessen (Kinder und Familienzentren) und dem Saarland (Frühe Hilfen) bearbeitet.

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

⁸ Die Fokusgruppen zum Setting Quartier wurden durch die Landesvereinigungen für Gesundheit der Länder Hamburg, Baden Württemberg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz umgesetzt. Auf den Regionalkonferenzen der Landesvereinigungen für Gesundheit der Länder Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein wurde das Setting Quartier im Rahmen von Arbeitsgruppen oder World-Cafés aufgegriffen.

Verfahren der Gesundheitsförderung wie dem Good Practice-Ansatz der Gesundheitsförderung oder den Stufen der Partizipation kommen vor allem dialogische Verfahren wie Planungskonferenzen, Stadtteilbegehungen und Zukunftswerkstätten zum Einsatz. Diese Verfahren durchdringen den Arbeitsalltag und werden als Hilfsmittel zur Erreichung der Projektziele eingesetzt. In diesem Rahmen spielen Vorgaben seitens der jeweiligen Fördermittelgeber eher eine nachrangige Rolle, zum Beispiel im Rahmen der Erfüllung von Berichtspflichten. Defizite sehen die Akteurinnen und Akteure im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Verfahren, die geeignet sind, Erfolge in Bereichen wie sozialer Teilhabe, Empowerment oder Netzwerkarbeit zu erfassen und nach außen darzustellen.

Handlungsfeld Migration

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

Handlungsfeld Ältere

Das Handlungsfeld Seniorinnen und Senioren/Ältere wurde im Rahmen von zwei Fokusgruppen und zwei Regionalkonferenzen (Berlin, Schleswig-Holstein) untersucht. Die Ergebnisse verweisen auf eine hohe Heterogenität der Maßnahmen und entsprechend auch der eingesetzten QE/QS-Ansätze. Grob lässt sich dieses Handlungsfeld in zwei Gruppen unterteilen: Die Gruppe der Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär), welche stark durch Einrichtungszertifizierungen und Dokumentationspflichten charakterisiert ist, sowie die Gruppe der Stadtteilprojekte, die sich (auch) an ältere Zielgruppen richtet. Die in letzterer Gruppe gesammelten Erfahrungen entsprechen eher dem oben bereits dargestellten Setting Quartier und deuten auf eine vergleichsweise geringe Nutzung standardisierter Instrumente und stattdessen auf eine stärkere Nutzung offener Gesprächsverfahren hin. Beiden Bereichen ist gemein, dass die verwendeten Instrumente, Verfahren und Routinen selten dem Bereich der Gesundheitsförderung entstammen.

3. Fazit und Handlungsempfehlungen

Das Erkenntnisinteresse dieses Projekts richtet sich auf die praktische Umsetzung von QE/QS *in der Gesundheitsförderung*. Die Befragungen von Praktikerinnen und Praktikern unterschiedlicher Settings unterstreichen jedoch, dass dieser spezifische Themenbezug sich nur ausschnittsweise in der praktischen Arbeitswelt der Befragten widerspiegelt. Die Praktikerinnen und Praktiker orientieren sich in ihrer settingbezogenen Arbeit an Bedarfen und Bedürfnissen ihrer Zielgruppen, Gesundheitsförderung stellt dabei für sie nur einen kleinen Teilbereich dar.

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

Insgesamt sind aus Sicht der Befragten hinreichende Rahmenbedingungen für eine QE/QS der Gesundheitsförderung in Form von zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen angemessen in die Projektplanung bzw. den Regelbetrieb einzuplanen.

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

Die Untersuchungsergebnisse verdeutlichen, dass die betrachteten Settings im Hinblick auf die Fragestellungen dieses Teilprojekts eine hohe Heterogenität aufweisen. Besonders offenkundig ist dies anhand des Unterschieds zwischen institutionellen Settings, wie KiTa und Schule und formal gering strukturierten Settings, wie zum Beispiel Quartier. Darüber hinaus sind auch länderspezifische Unterschiede zutage getreten. Zu diesen tragen unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen bei, die sich wiederum

in verschiedenen Umsetzungen von QE/QS manifestieren. Die vorgefundenen Unterschiede sollten sich in hinreichenden Spielräumen bei der Konzeption und Umsetzung der geplanten Unterstützungsmaßnahmen und Weiterentwicklungsoptionen widerspiegeln.

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

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

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

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

04

Teilbericht 2: Befragung von Berufs- und Fachverbänden durch die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

1. Methodik und Vorgehen
 - 1.1 Befragte Organisationen
 - 1.2 Datenerhebung
 - 1.3 Workshop für Expertinnen und Experten während der Datenerhebung
 - 1.4 Datenauswertung
2. Ergebnisse
 - 2.1 Umsetzung der Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung der BVPG
 - 2.2 Praxis der Qualitätssicherung
 - 2.3 Unterstützungsbedarf
 - 2.4 Einstellungen zum Monitoring
3. Empfehlungen

1. Methodik und Vorgehen

Befragungsmethode waren persönliche Interviews. Erhebungszeitraum war September 2014 bis Januar 2015.

1.1 Befragte Organisationen

Insgesamt wurden in 28 Interviews bzw. 61 Interviewstunden 42 Expertinnen und Experten befragt. Neben Vertre-

terinnen und Vertretern von Berufs- und Fachverbänden der Bundesebene bzw. aus dem Mitgliederkreis der BVPG („Ebene 1“) wurden auch Vertreterinnen und Vertreter von Mitgliedsorganisationen dieser Verbände, beispielsweise Landesverbände, sowie Vertreterinnen und Vertreter von lokalen Maßnahmenträgern („Ebene 2“) in die Befragung einbezogen (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Befragungen

| | INTERVIEWS | INTERVIEWSTUNDEN | INTERVIEWTE PERSONEN |
|--|------------|------------------|----------------------|
| Ebene 1 (BVPG-Mitglieder) | 17 | 40 | 21 |
| Ebene 2 (Mitglieder der BVPG-Mitglieder) | 11 | 21 | 21 |
| Gesamtzahl | 28 | 61 | 42 |

1.2 Datenerhebung

Die Gespräche waren durch Leitfäden, die den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorab zugesandt wurden, vorstrukturiert. Den Teilnehmenden wurde Vertraulichkeit zugesichert. Sämtliche Interviews wurden vom selben Datenerheber geführt.

1.3 Workshop für Expertinnen und Experten während der Datenerhebung

Nach 15 Interviews erfolgte eine Zwischenauswertung der erhobenen Daten. Die vorläufigen Ergebnisse und Schlussfolgerungen wurden acht Teilnehmenden der Befragung am 25.11.2014 im Rahmen eines Workshops präsentiert und zur Diskussion gestellt. Die Rückmeldungen der Anwesenden bestätigten die Vorgehensweise. Die Zwischenergebnisse und vorläufigen Schlussfolgerungen entsprachen den Wahrnehmungen und Auffassungen der anwesenden Expertinnen und Experten. Die Datenerhebung wurde deswegen ohne Modifikationen fortgesetzt.

1.4 Datenauswertung

Der Datenerheber erstellte im Anschluss an jedes Gespräch ein Gedächtnisprotokoll. Er bot den Befragten an, das Protokoll durchzusehen und Korrekturen sowie Ergänzungen vorzunehmen. Die Mehrheit der Teilnehmenden nutzte dieses Angebot für Verbesserungen. Die Auswertung der Protokolle und die Erstellung der Berichte erfolgten durch die Projektleiterin und den Datenerheber.

2. Ergebnisse

Die Befragten stimmten in ihren Antworten in vielen Punkten überein. Offenbar sind die Maßnahmenträger der Primärprävention mit ähnlichen oder gleichen Schwierigkeiten konfrontiert. Sie entwickeln ähnliche oder gleiche Lösungsansätze.

2.1 Umsetzung der Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung der BVPG

Sämtliche Interviewpartnerinnen und -partner gaben an, die Werte und Prioritäten, die in den Prinzipien der BVPG zum Ausdruck kommen, seien bereits Bestandteil ihrer Arbeit. Viele begrüßten die Prinzipien der BVPG als Bestätigung und zusätzliche Legitimation ihrer Werthaltung. Einige Organisationen verwenden sie bei Schulungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder bei der Vorbereitung neuer Projekte zur Klärung von Begrifflichkeiten und Prioritäten. Viele Gesprächspartnerinnen und -partner wünschten sich jedoch weiterführende Erläuterungen oder Handlungsempfehlungen zur Umsetzung in der Praxis.

2.2 Praxis der Qualitätssicherung

Sämtliche Berufs- und Fachverbände definieren Ausbildungsstandards, die nicht verhandelbar sind. Die Berufsverbände sehen in der Qualifikation ihrer Mitglieder die Basis der Qualitätssicherung (QS). Sie schließt Aus- und Weiterbildung ein. Bei vielen Berufsverbänden erlischt die Mitgliedschaft, wenn Mindestanforderungen an die Weiterbildung nicht erfüllt werden. Bei einigen Verbänden ist jährlich ein Seminar oder eine Supervision zu absolvieren. Sämtliche Berufs- und Fachverbände schaffen eine Fachöffentlichkeit. Die meisten publizieren eine Verbandszeitschrift oder zumindest einen Newsletter und organisieren nationale Jahrestagungen, teilweise auch europäische oder internationale Konferenzen. Einige fördern Regionalgruppen oder Qualitätszirkel.

Sämtliche Maßnahmenträger nutzen Fragebögen zur Durchführung von Befragungen der Teilnehmenden. Diese wurden zumeist von den Fach- und Berufsverbänden selbst entwickelt, teilweise mit Unterstützung von Hochschulen. Die meisten Kursangebote werden mit Hilfe dieses Inst-

uments intern evaluiert. Einer der Berufsverbände verpflichtet seine Mitglieder, die ausgefüllten Bögen an den Verband zu senden und von diesem auswerten zu lassen.

Abgesehen von den Elementen „Qualifizierung“ und „Teilnehmerinnen- und Teilnehmerbefragung“ ist die Ausgestaltung der QS nach Anbietergruppen unterschiedlich. Sie lässt sich an einem Kontinuum von Formalisierung darstellen. Am einen Ende des Spektrums stehen Berufsgruppen, die fast ausschließlich auf Qualifizierung setzen und darüber hinaus lediglich situativ Befragungen per Fragebogen durchführen. Ihr Argument für diese Form der QS ist, dass sie ihre Klientinnen und Klienten individuell betreuen und über mehrere Jahre einen persönlichen und direkten Kontakt aufbauen, der es ermöglicht, jedes Problem jederzeit zu thematisieren und auszuräumen. Am anderen Ende des Kontinuums der Formalisierung stehen Verbände mit zehntausenden Einzelmitgliedern, vergleichsweise guter Ausstattung mit finanziellen und personellen Ressourcen, ausdifferenzierter Arbeitsteilung und hierarchischer Organisation. Sie verfügen über ein komplexes System des Qualitätsmanagements mit zahlreichen QS-Instrumenten. Nicht nur die primärpräventiven Maßnahmen werden dokumentiert, berichtet, ausgewertet und kontinuierlich weiterentwickelt, auch das Qualitätsmanagement selbst unterliegt einem formalisierten Reflexionsprozess. Diese Verbände verfügen oft über einen wissenschaftlichen Beirat. Es sind ausreichend finanzielle Mittel vorhanden, externen Sachverstand aus Hochschulen und von spezialisierten Beraterinnen und Beratern einzubeziehen. Diese Verbände sind Mitwirkende in Arbeitsgemeinschaften und anderen wissenschaftlichen und politischen Foren.

2.3 Unterstützungsbedarf

Die an der Befragung der BVPG Teilnehmenden wurden gefragt, welche Art Unterstützung ihnen die QS erleichtern würde. Nahezu alle Befragten nannten Beispiele guter Praxis als dringend benötigte Form der Unterstützung. Viele wünschten sich Orientierung, welche Verfahren und Instrumente in der Fachwelt und bei den Finanzierungsträgern anerkannt sind. Einige gaben an, Standardisierung würde ihnen helfen, die Suche nach geeigneten Instrumenten zu beenden und die Kosten der QS im Griff zu behalten. In diesem Zusammenhang wünschten sich einige der Befragten eine

konsequente Digitalisierung von Datenerhebung, Datenauswertung und Schriftverkehr sowie geeignete Software.

Auf Nachfrage, ob zusätzliche finanzielle Mittel hilfreich wären, antworteten die meisten Maßnahmenträger, das sei die wichtigste Voraussetzung für bessere QS, denn bislang gebe es bei ihnen kein spezifisch qualifiziertes Personal, das sich vollständig dieser Aufgabe widmen könnte. Vielmehr müsse die Leitungsebene die QS nebenher miterledigen.

2.4 Einstellungen zum Monitoring

Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie eine regelmäßige Berichterstattung zur QS bei den einzelnen primärpräventiven Maßnahmen grundsätzlich für eine gute Idee halten. Die Befragten bejahten dies, machten jedoch deutlich, dass sie ein Monitoring der Maßnahmenqualität für wichtiger erachten als ein Monitoring der QS. Ihr Interesse gelte primär dem Outcome der Interventionen. Die Befragten erhoffen sich, von Beispielen erfolgreicher Maßnahmen bei den Zielgruppen lernen zu können. Gleichwohl sind die Berufs- und Fachverbände und ihre Mitglieder auch an einem QS-Monitoring insoweit interessiert, als sie bereits mehr oder weniger formalisierte QS-Systeme entwickelt haben und auch diese durch Lernen an Beispielen guter Praxis weiterentwickeln möchten. Hinsichtlich der inhaltlichen Ausrichtung eines Qualitätsmonitorings räumten viele ein, gerade die Ergebnisqualität sei schwierig zu messen. Bis dieses Messproblem gelöst sei, solle übergangsweise die Strukturqualität überprüft werden. Fast sämtliche Befragten, die sich zu den verschiedenen Dimensionen von Qualität äußerten, hielten die Überprüfung der Prozessqualität für Ressourcenverschwendung, weil sie einen enormen Dokumentationsaufwand verursache.

Viele der Befragten sprachen sich für ein bundesweites Monitoringsystem aus und wandten sich gegen eine Implementation auf der Landesebene, für die niemand plädierte. Eine Befragungsteilnehmerin war der Auffassung, die Europäische Union sollte hierfür zuständig sein. Nahezu alle Befragten präferieren das Prinzip des „One-Stop-Shop“. Sie beklagten die unübersichtliche Vielfalt der Akteurinnen und Akteure und wünschten sich eine einzige Ansprechperson. Diese solle Daten und Berichte zentral und somit leicht rezipierbar zur Verfügung stellen. Nach Auffassung der Befragten sollte der Träger des Monitorings unabhängig sein, also selbst keine Maßnahmen anbieten. Während der Gespräche wurden mehrere Institutionen genannt: BVPG, BZgA, RKI, BMG und Statistisches Bundesamt. Eine vorherrschende Präferenz für eine der genannten Organisationen war durch die Befragung nicht feststellbar. Die meisten Maßnahmenträger bevorzugten bislang ihren jeweiligen Berufs- oder Fachverband als Ansprechpartner.

Es gibt bei den Befragten nur teilweise Befürchtungen, die Belastung durch Dokumentations- und Berichtspflichten könnte wesentlich zunehmen. Allerdings weisen die meisten Verbände und einzelnen Maßnahmenträger darauf hin, dass sie über keine Personalressourcen verfügen, einem neuen Monitoringsystem zuzuarbeiten. Dazu sei zusätzliches Personal erforderlich. Am geringsten scheinen die personellen Ressourcen bei denjenigen Verbänden zu sein, bei denen Verbandsleitung und Geschäftsstelle teilweise oder vollständig mit Ehrenamtlichen besetzt sind.

Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass Ehrenamtliche heute bereits zu sehr durch Beantragungs- und Dokumentationspflichten belastet sind. Keinesfalls dürfte ein Monitoring zu weiteren Belastungen führen und von ehrenamtlicher Beteiligung abschrecken.

3. Empfehlungen

Zur Weiterentwicklung der QS bedarf es sowohl in Bezug auf Präventions- als auch QS-Maßnahmen einer besseren Datenbasis zu bewährter Praxis. Vordringlich ist deshalb eine bessere Finanzierung von Evaluationen.

Soweit neue Strukturen des Monitorings geschaffen werden, sollten diese in der Kommunikation mit Maßnahmenträgern die jeweils relevanten Berufs- und Fachverbände als mediale Zwischenebene nutzen.

Soweit neue Organisationen geschaffen werden, ist zu beachten, dass einige ressourcenschwache Anbietergrup-

pen über lediglich schwach entwickelte Landesverbände verfügen. Auch dort, wo die Landesverbände sehr gut ausgestattet sind und weitgehend selbstständig agieren können, kommt der Bundesebene oft eine Koordinierungs- und Orientierungsfunktion zu. Ein etwaiges Monitoringsystem braucht deshalb eine zentrale Instanz auf der Bundesebene, welche die Daten zusammenführt und den Bundesverbänden als Ansprechpartner zur Verfügung steht.

05

Teilbericht 3: Rechtliche Regelungen zu Prävention, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung sowie ihre Wahrnehmung

1. Ziele der Untersuchung
2. Methodik und Vorgehen
3. Ergebnisse
 - 3.1 Kommune/Stadtteil/Quartier
 - 3.2 Kindertagesstätten
 - 3.3 Schule
 - 3.4 Pflegeheim und freie Seniorenarbeit (Seniorenhilfe)
 - 3.5 Qualitätsmanagementsysteme
 - 3.6 Prävention und Gesundheitsförderung; Begriffe und Verständnis
 - 3.7 Zusammenfassung
4. Empfehlungen

Medizinische Hochschule Hannover (MHH),
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung

Ulla Walter
Bettina Kruckenberg
Lisa Schauermann
Katrin Volkenand
Jan Weber

BBI Gesellschaft für
Beratung Bildung
Innovation mbH, Berlin (BBI)

Udo Castedello
Cathleen Gaede-Illig

1. Ziele der Untersuchung

Ziele sind (1) eine Bestandsaufnahme und Analyse der rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften (VV) und Empfehlungen für die Qualitätssicherung sowie Prävention und Gesundheitsförderung durchzuführen, (2) die rechtlichen Regelungen und ihre Wahrnehmung sowie Qualitätsroutinen einzuschätzen und (3) Anknüpfungspunkte für eine Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung aufzuzeigen.

Einbezogen wurden die Lebenswelten Kommune/Quartier, Kindertagesstätte (KiTa), Schule sowie das Pflegeheim und die freie Seniorenarbeit, wobei vor allem öffentliche und private (MHH) sowie gemeinnützige und kirchliche (BBI) Einrichtungen berücksichtigt sind.

2. Methodik und Vorgehen

Identifikation und Bündelung rechtlicher Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

Die zwischen September 2014 und Januar 2015 durchgeführte Sekundäranalyse und Internetrecherche umfasste die Bereiche (1) Gesundheitsförderung und Prävention, (2) Qualitätsentwicklung und -sicherung (QE/QS) sowie (3) ihre Kombination. Das Vorgehen orientierte sich an der hierarchischen Ordnung der vorhandenen Rechtsquellen. Berücksichtigt wurden völkerrechtliche Verträge und Übereinkünfte auf supranationaler Ebene, rechtliche Regelungen der Europäischen Union, des Bundes, Landes- und kommunalrechtliche Vorgaben, haushaltsrechtliche Vorgaben sowie Leitlinien und Empfehlungen relevanter Institutionen bzw. Verbände und Träger in den jeweiligen Lebenswelten (vgl. Abbildung 5).

Soweit möglich erfolgte die Recherche für jedes Bundesland, die Analyse von Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen war in dem gegebenen Zeitrahmen nur ex-

emplarisch möglich. Eine vollständige Darstellung aller rechtlichen Regelungen und Empfehlungen kann nicht gewährleistet werden. Die identifizierten Regelungen wurden unter Einbezug von Expertinnen und Experten auf Vollständigkeit überprüft und gegebenenfalls ergänzt. Kommentierende Fachliteratur sowie die juristische Expertise einer Fachanwältin für Sozialrecht unterstützte die bewertende Einordnung.

Bei der Analyse und vergleichenden Einordnung der rechtlichen Regelungen und nachgeordneten Empfehlungen wurden insbesondere Elaborationsgrad, Reichweite und Verbindlichkeit berücksichtigt. Zudem wurden die verwendeten Begrifflichkeiten untersucht.

Interviews mit Schlüsselpersonen

Zur Einschätzung der rechtlichen Regelungen und Qualitätsroutinen wurden 81 leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten von Ministerien und nachgeordneten Behörden (n=27), der Wissenschaft (n=13) sowie

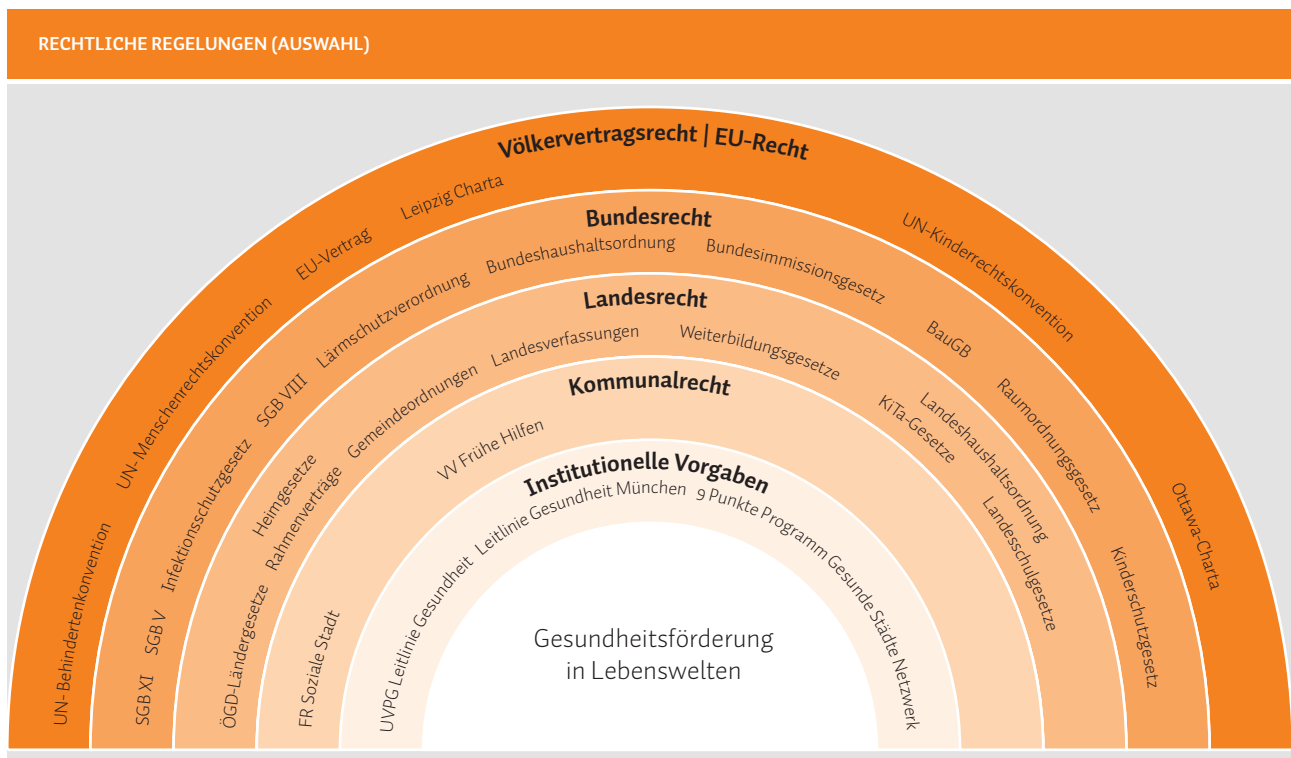


Abbildung 5: Hierarchische Gliederung rechtlicher Regelungen zu Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten (Auswahl)

von Verbänden und zentralen Trägern (n=41) durchgeführt. Die Strukturen der Wohlfahrtsverbände aufgreifend wurden dabei auch die Qualitätsmanagementbeauftragten und Fachreferentinnen und -referenten auf Bundes- bzw. Landesebene interviewt. Bei der Auswahl wurden lebensweltspezifische sowie föderale Rahmenbedingungen berücksichtigt. Die Expertinnen und Experten wurden nach

den relevanten rechtlichen Regelungen und Empfehlungen, den zur Verfügung stehenden bzw. genutzten Verfahren zur Qualitätssicherung sowie zu dem Handlungsbedarf befragt. Die Interviews erfolgten von Oktober 2014 bis Februar 2015. Die Audioaufnahmen der Interviews wurden transkribiert, softwaregestützt (MAXQDA) kodiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse dargestellt. Allerdings können in diesem Kurzbericht nicht alle identifizierten rechtlichen Regelungen und Interviewergebnisse dargelegt werden.

3.1 Kommune/Stadtteil/Quartier

Die Lebenswelt Kommune zeichnet sich dadurch aus, dass sie durch unterschiedliche politische Sachgebiete geregelt wird. Diese Regelungen beziehen sich auf Insti-

tutionen (zum Beispiel der Weiterbildung, Kinder- und Jugendhilfe) und deren zugehörige Zielgruppen. Gleichzeitig gelten Vorgaben des öffentlichen Lebens (zum Beispiel *Gesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)*, *Landesverfassungen* und *Gemeindeordnungen*) die alle Bürgerinnen und Bürger betreffen.

Für Qualitätsentwicklung und -sicherung in Quartieren und Stadtteilen sind unter anderem *Bundesimmissionsgesetz*, *Umweltverträglichkeitsprüfung*, *Raumdordnungsgesetz* und *Baugesetz* bundesweit gültig und anzuwenden. Qualität

wird hierin vor allem über Richtwerte und Kennzahlen (quantifizierte Ergebnisqualität) definiert und gemessen. Für Qualitätssicherung im sozialen Bereich ist das *Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII)* relevant, das explizit Vorgaben zur Prozess- und Strukturqualität (Planung, Vernetzung und Kommunikation) macht. Bundesweite Programme wie das *Städtebauförderungsprogramm Soziale Stadt* enthalten Förderkriterien, die qualitätssichernden Charakter haben. Einige Kommunen (zum Beispiel München) verpflichten sich darüber hinaus in eigenen *Leitlinien und Fachplänen* zur Qualitätsentwicklung/-sicherung. Auch die Mitglieder des Gesunde-Städte-Netzwerks tun dies durch ihren Beitritt.

Gesundheitsförderung und Prävention leitet sich aus der kommunalen Daseinsvorsorge ab. Anders als im Bereich der Qualitätssicherung finden sich überwiegend auf Landesebene –explizit in den ÖGD-Gesetzen und zum Teil in den *Landesverfassungen, Gemeindeordnungen, Weiterbildungsgesetzen und Ausführungsgesetzen des SGB VIII* – Vorgaben zur kommunalen Gesundheitsförderung nach salutogenem Verständnis. Prävention im Sinne einer Krankheitsverhütung im kommunalen Raum wird hingegen bundesweit in *Verbraucherschutz- und Umweltgesetzen* geregelt. Dreizehn der ÖGD-Gesetze greifen explizit Gesundheitsförderung auf. Ergänzt werden die Vorgaben durch Förderrichtlinien und Programme, die auf *Bundes- und Landeshaushaltsordnungen* beruhen und finanzielle Zuwendungen und Projektförderungen ermöglichen. Hierdurch werden nicht vorhandene Leistungsansprüche im Bereich kommunaler Gesundheitsförderung partiell und zeitlich begrenzt kompensiert.

Supranationale Regelungen, wie *UN-Kinderrechtskonvention, die UN-Frauenrechtskonvention, der EU Vertrag, weitere EU Ratsbeschlüsse oder die Leipzig Charta* zur nachhaltigen europäischen Stadt werden meist in der Ausformulierung von Bundes- oder Landesgesetzen, Leitlinien und Empfehlungen berücksichtigt und beeinflussen ebenso Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Kommune/Stadtteil/Quartier. Die oben angesprochenen bundesweit gültigen Kennzahlen und Richtwerte stellen gleichzeitig qualitätssichernde Vorgaben für Prävention im Setting Kommune dar. Vorgaben zu *Gesundheitsplanung und (kommunale) Gesundheitsberichterstattung* finden sich in fast allen ÖGD-Gesetzen. Verpflichtende Vernetzung und intersektorale Kooperation, wie sie in einigen *Landesausführungsgesetzen des SGB VIII* und dem *Bundeskinderschutzgesetz* enthalten sind, bilden einen Rahmen für QE/QS kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung.

Die für die einzelnen Politik- und Sozialbereiche relevanten Vorgaben zur kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung, wie auch zur Qualitätssicherung, spiegeln nach Ansicht der Interviewten die aktuelle Praxis wieder. Sie bieten ein – noch nicht ausgeschöpftes –

Potenzial für gute Arbeit. Eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung kann durch finanzielle Mittel erfolgen. Derzeit wird Prävention und Gesundheitsförderung vor allem dort erfolgreich praktiziert, wo diese als Querschnittsaufgabe der kommunalen Politik verstanden wird. Die Rückendeckung, das heißt der politische Wille vor Ort, ist nicht alleine an gesetzliche Vorgaben gekoppelt. Ergebnis- und Methodenvorgaben werden oft nicht als Qualitätssicherung wahrgenommen, da sie begrifflich anders gefasst sind. Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendhilfe zeigen, dass die prominente und konkrete Benennung von „Qualität“ zur Sensibilisierung, Diskussion, Vernetzung und zum Handeln der Akteurinnen und Akteure führt.

3.2 Kindertagesstätten

Bei der Lebenswelt KiTa handelt es sich primär um Einrichtungen der institutionellen Betreuung von Kindern mit einem Erziehungs- und Bildungsauftrag auf freiwilliger Basis bei trägerspezifischen Verpflichtungen. Mit der *UN-Kinderrechtskonvention* bekam „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ einen hohen Stellenwert, welcher in den Sozialgesetzbüchern aufgegriffen wird.

Für die KiTas liegt die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in den Zuständigkeiten der Länder. Bundesrechtliche Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung richten sich an die Träger und zielen vor allem auf den Schutz (zum Beispiel vor Gewalt) und die Unfallverhütung (*SGB VIII, SGB V*). Die KiTa-Gesetze der Länder haben ergänzend meist die Förderung und Entwicklung im Blick. So verorten dreizehn Bundesländer die „Sprachförderung“ bzw. „Sprachentwicklung“ und 10 Bundesländer die „körperliche, geistige und seelische Entwicklung“ des Kindes in den Ländergesetzen. In acht *KiTa-Gesetzen* wird von „Gesundheitsvorsorge“ und in dreien von „Gesundheitsförderung“ gesprochen. Über die *Ländergesetze des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)* hinausgehend, ist in drei *KiTa-Gesetzen* eine „Ärztliche Untersuchung“ verankert.

Qualitätssicherung zielt auf der Bundesebene im *Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII)* eher auf die Einrichtung und deren zu entwickelnde Konzeption ab. Auf der Länderebene dient die Qualitätssicherung des Öfteren der Ziel- und Aufgabenfestlegung einer Einrichtung. Einrichtungen mit Anbindung an einen Wohlfahrtsverband orientieren sich in der Mehrheit an integrierten Qualitätsmanagementsystemen. In drei Bundesländern sind in den länderspezifischen *KiTa-Gesetzen* und deren nachgeordneten *Bildungsplänen* verbindliche Qualitätsentwicklungsvereinbarungen verankert. Auffällig ist eine deutliche Variation der Strukturqualität in Bezug auf die Fachkraft-Kind-Relation (1:7,4 bis 1:13,8; Statistisches Bundesamt 2014). In einigen Bundesländern regeln die Kommune oder der Träger die Personalausstattung selbst, wodurch sich Unterschiede innerhalb eines

Bundeslandes ergeben können. Laut *Bundeskinderschutzgesetz* sollen die Träger eine Qualitätssicherung, kontinuierliche Qualitätsentwicklung/Evaluation und Qualitätsmerkmale für die Sicherung der Rechte von Kindern in Einrichtungen gewährleisten. In den *Bildungs- und Erziehungsplänen* von 15 Bundesländern wird eine Qualitätsfeststellung und -sicherung durch „Evaluation“ aufgegriffen. Gesetzlich ist dies allerdings nur in neun Bundesländern festgeschrieben. Die *Ländergesetze* variieren erheblich, entsprechend heterogen sind die Ausgestaltung der *KiTa-Gesetze* der Länder und deren *Bildungspläne* hinsichtlich Prävention/Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung.

Die gesetzlichen Vorgaben sind einem Teil der befragten Expertinnen und Experten nur partiell präsent und deren Umsetzung obliegt den Trägern oder der Einrichtungsleitung. Ihrer Meinung nach könnte der Verbindlichkeitsgrad der *Bildungspläne* zum Teil deutlicher formuliert werden. Es bedarf einer angepassten finanziellen und personellen Ressourcenverteilung, um die Prävention und Gesundheitsförderung in den KiTas verstärkt systematisch zu implementieren und deren Stellenwert in der täglichen Arbeit zu erhöhen. Kurzprojekte zur Gesundheitsförderung haben nicht die gewünschten langfristigen Effekte. Eine erfolgreiche Umsetzung hängt stark vom Engagement und den Präferenzen der Führungskräfte ab. Von den Expertinnen und Experten wird vielfach angemerkt, dass keine einheitlichen flächendeckenden Qualitätsstandards und deren Sicherung in KiTas bestehen. Wenn es keine routinierte Handhabung zur Qualitätssicherung gibt, wird eine Auswahl von externen Anbietern gewünscht. Bei den öffentlichen und privaten Trägern liegen im Gegensatz zu den gemeinnützigen Trägern mehrheitlich keine an DIN EN ISO angelehnte Zertifizierungen vor. Wo hingegen Qualitätsentwicklungsvereinbarungen verpflichtend implementiert sind, werden diese als Routine wahrgenommen und es wird kein akuter Regelungsbedarf konstatiert. Einige Expertinnen und Experten vermuten, dass der quantitative Ausbau durch den Rechtsanspruch auf Betreuung teilweise zu Lasten der Qualität geht.

3.3 Schule

Im Sinne der föderalen Bildungshoheit hat jedes Bundesland ein eigenes Schulgesetz und nachfolgend auch unterschiedliche Verwaltungsvorschriften (*Bildungspläne*, *Richtlinien*, *Erlasse* und *Verfügungen*). Entsprechend heterogen ist die Gesetzeslandschaft im Schulbereich. Neben einer großen Begriffsvielfalt vor allem bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung sind die unterschiedliche Verortung und Gewichtung in den rechtlichen Regelungen der Bundesländer auffällig. Qualitätssicherung ist durch-

gehend in den *Schulgesetzen* der Länder beschrieben. Die Schulen sind in den meisten Bundesländern selbst- bzw. eigenverantwortlich. Qualitätssicherung liegt im Verantwortungsbereich der Schulleitung, des Schulvorstandes oder der Gesamtkonferenz. Zur Qualitätsentwicklung und -sicherung erstellt die Schule ein Schulprogramm, welches regelmäßig durch innere (schulinterne) und äußere Evaluation überprüft und weiterentwickelt wird. Für die Schulen in freier Trägerschaft ist Qualitätssicherung nicht einheitlich verbindlich geregelt. Die Sicherung der pädagogischen Qualität erfolgt zusätzlich über Vergleichsarbeiten und zentrale Prüfungen. In 14 von 16 Bundesländern sind *Schulqualitätsrahmen* entwickelt worden. Diese haben als Handlungsleitfaden zur Sicherung der Schulqualität empfehlenden Charakter.

Die Verankerung von Gesundheitsförderung im Bildungsauftrag der Schulgesetze ist nur in der Hälfte der Bundesländer gegeben – durch Formulierungen wie „gesunde Lebensführung“ und „Verantwortung für die eigene Gesundheit“ (*Schulgesetz Berlin* §3 Abs. 3) oder „eigenverantwortlichem Gesundheitshandeln“ (*Bremische Schulgesetz* §5 Abs. 2). Eigene Paragraphen zu Prävention und Gesundheitsförderung sind in den Schulgesetzen nicht vorhanden. Gesundheitsförderung als Begriff findet sich nur in den Schulgesetzen von Berlin und Hamburg – als übergeordnetes Aufgabengebiet. Das Schulgesetz von Thüringen enthält die Forderung nach einem Gesundheitskonzept, das regelmäßig überprüft und fortgeschrieben werden soll (*ThürSchulG* §47), ein Beispiel für qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung.

Basierend auf den *Gesetzen des öffentlichen Gesundheitsdienstes* gibt es in allen Schulgesetzen Regelungen zur Schulgesundheitspflege und Familien-, Geschlechts- oder Sexualerziehung. Zur Sucht- und Gewaltprävention liegen in den meisten Bundesländern eigene Erlasse vor. In der Hälfte der Bundesländer ist zusätzlich zu den Nichtraucherschutzgesetzen eine explizite Verankerung von Tabak- und Alkoholverboten in den Schulgesetzen gegeben. Die Sicherstellung einer gesunden Schulverpflegung ist nur zum Teil in den Schulgesetzen verankert. Darüber hinaus sind Gesundheit und Gesundheitsförderung in den *Bildungsplänen* verortet, beispielsweise in den Fächern Biologie und Sport, allerdings mit unterschiedlichen Begriffen und in unterschiedlichen thematischen Bezügen.

Die befragten Expertinnen und Experten aus den Ministerien sehen überwiegend keinen weiteren Handlungsbedarf für rechtliche Regelungen. Gleichzeitig wird die hohe Bedeutung der KMK⁹-Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention von 2012 betont. Das von vielen Befragten gewünschte Ziel, Prävention und Ge-

⁹ Kultusministerkonferenz (KMK)

sundheitsförderung als schulische Querschnittsaufgabe zu verankern, ist noch nicht erreicht. Wünschenswert ist eine durchgehende Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung in die Schulgesetze der Bundesländer. Ein Teil der Interviewten regt zudem eine verbindliche Einbeziehung in die externe Evaluation der Schulen und die Schulqualitätsrahmen an. Um die Gewichtung von Prävention und Gesundheitsförderung zu erhöhen, bedarf es nach Meinung einiger Interviewter auch zusätzlicher Ressourcen, zumal die Schulen durch zahlreiche bildungspolitische Umstrukturierungen in ihren Kapazitäten ausgelastet sind.

3.4 Pflegeheim und freie Seniorenarbeit (Seniorenhilfe)

Qualitätssicherung ist durchgängig in den für die stationäre Langzeitversorgung relevanten Gesetzeswerken verankert. Demgegenüber existieren kaum Vorgaben, die über die Verpflichtung zur Durchführung pflegerischer Prophylaxen, aktivierender Pflege und der Anwendung der Expertenstandards hinausreichen. Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim wird großes Potenzial zugeschrieben, ein gesetzlicher Auftrag für die Pflege ist bislang nicht hinreichend konkretisiert. Erstmals sieht das in Abstimmung befindliche Präventionsgesetz eine gesetzliche Verankerung vor. Für die Sicherung der Qualität bei Angeboten der freien Seniorenarbeit existieren keine spezifischen rechtlichen Vorgaben.

Die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) verpflichtet alle Träger von Pflegeheimen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sowie zur Implementation eines internen Qualitätsmanagements. Vorgaben zur QE/QS finden sich zudem in allen 16 Landesheimgesetzen sowie den auf Landesebene zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Pflegekassen geschlossenen Rahmenverträgen über die vollstationäre pflegerische Versorgung. Die Qualitätsprüfung orientiert sich an den Qualitätsprüfungsrichtlinien des GKV-Spitzenverbandes (QPR) und den ebenfalls auf das SGB XI zurückgehenden Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Ihre Umsetzung obliegt den Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen (MDK) sowie den zuständigen (Heim-) Aufsichtsbehörden der Länder. Krankenpflegegesetz und Altenpflegegesetz verpflichten die Ausbildungsträger Inhalte zum Erwerb qualitätsorientierter, präventiver und gesundheitsförderlicher Kompetenzen zu vermitteln. Mit Blick auf die Leistungsträger definiert das SGB XI den Grundsatz des Vorrangs von Prävention und medizinischer Rehabilitation und gewährt den Heimen entsprechende Bonuszahlungen bei erfolgreicher Implementation. SGB V ermöglicht die Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der freien Seniorenarbeit.

Vorbehaltlich einer Harmonisierung von Prüfrichtlinien und -visitationen werden die rechtlichen Regelungen zur Qualitätssicherung im Pflegeheim von den befragten Expertinnen und Experten als ausreichend beschrieben. Vor zusätzlichen Qualitätsvorgaben für Prävention und Gesundheitsförderung wird aufgrund bürokratisierender und demotivierender Effekte gewarnt. Die trägerspezifischen Qualitätssicherungsinstrumente werden als anschlussfähig für Prävention und Gesundheitsförderung erachtet. Die Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards werden sowohl unter qualitätsorientierten als auch präventiven und gesundheitsförderlichen Gesichtspunkten begrüßt. Ihnen wird das Potenzial zugeschrieben, die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung zu stärken und als Aufgabe in der Pflege zu verankern. Die aktuelle Vergütungslogik führt jedoch dazu, dass sich die Praxis bei der Umsetzung der Qualitätssicherung sowie Prävention und Gesundheitsförderung vorwiegend an der Sicherstellung der gesetzlich festgeschriebenen Mindeststandards orientiert. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz können im Pflegeheim von den für sie finanzierten Betreuungsangeboten profitieren. Inwieweit die Angebote präventiv bzw. gesundheitsförderlich ausgerichtet sind, ist abhängig von den Präferenzen und Kompetenzen des durchführenden Personals. Im Bereich der freien Seniorenarbeit besteht ein großer Bedarf an qualitätsgesicherten, niedrigschwelligen und nachhaltigen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten mit hohem Freizeitwert und generationsübergreifenden Charakter.

3.5 Qualitätsmanagementsysteme

Die unter dem Dach der Wohlfahrtsverbände angesiedelten Organisationen wenden integrierte Qualitätsmanagementsysteme an, die an der DIN EN ISO Normenreihe sowie dem EFQM (European Foundation for Quality Management) orientiert und um organisations- und verbandsspezifische Normen ergänzt sind. Die rechtlichen Regelungen werden als externe Anforderungen in den integrierten Qualitätsmanagementsystemen sichergestellt.

Die für die Qualitätssicherung der Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellten generischen und settingspezifischen Qualitätssicherungsinstrumente und -verfahren sind den befragten Qualitätsmanagementbeauftragten auf Bundesebene und in den Landesverbänden nahezu unbekannt. Die bekannten Verfahren werden als „Störgröße“ wahrgenommen, da sie häufig Normenelemente aufweisen, die teilweise sogar eigene Zertifizierungen bedingen. Eine Anschlussfähigkeit an die Strukturen der Verbände ist nach den Befragten über diese Instrumente kaum gegeben. Um eine Anschlussfähigkeit herzustellen, müssen diese Qualitätssicherungsverfahren auf den bestehenden, integrierten Qualitätsmanagement-

systemen aufsetzen, die vorhandenen Platzhalter aufgreifen und diese durch fachspezifische und qualitätsgesicherte Instrumente ergänzen. Von besonderer Bedeutung ist es, dass diese qualitätsgesicherten Instrumente keine Normenelemente enthalten und modular so aufgebaut sein sollten, dass sie sofort von den Projekten und Trägern genutzt werden können. Dazu müssen die Verfahren im Baukastensystem angeboten werden.

Prävention und Gesundheitsförderung wird von den Expertinnen und Experten grundsätzlich eine große Bedeutung zugesprochen. Dennoch findet sich diese derzeit nur vereinzelt in einigen Trägerkonzepten. In den integrierten Qualitätsmanagementsystemen und den dazugehörigen Handbüchern zum Qualitätsmanagement ist das Thema derzeit wenig verankert. Für die Implementierung der Prävention und Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in die vorhandenen Normen der Qualitätsmanagementsysteme besteht von Seiten der Wohlfahrtsverbände großes Interesse. Als Voraussetzung werden hierfür leistungsrechtliche Grundlagen und ausreichende finanzielle Ressourcen gefordert.

Insgesamt wünschen sich auch die Qualitätsmanagementbeauftragten der Verbände eine bessere Kommunikation und einen vermehrten Austausch zwischen Wissenschaft, Politik und Verwaltung. Es wird gefordert, dass die Praxiserfahrungen der Verbände in die Entwicklungen von Instrumenten und Verfahren zur Qualitätssicherung einbezogen werden, um eine höhere Nachhaltigkeit zu erreichen.

3.6 Prävention und Gesundheitsförderung; Begriffe und Verständnis

Vorgaben zu Prävention und Gesundheitsförderung finden sich in zahlreichen rechtlichen Regelungen wieder. Dabei ist ein Nebeneinander verschiedener Begriffe auffällig. Dieses muss im Kontext der Ziele und Aufgaben sowie der fachlichen Diskussion zum Entstehungszeitpunkt des jeweiligen Gesetzes gesehen werden. Die Auseinandersetzung mit der begrifflichen Heterogenität ist vor allem im Hinblick auf eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und deren zukünftige Integration in die einzelnen Politikfelder und Routinen der Lebenswelten notwendig.

Neben Prävention (als Verhütung und Vermeidung von Krankheiten) finden sich Prophylaxe, Gesundheitsschutz und Vorsorge in gesetzlichen Vorgaben aller Lebenswelten. Das salutogene Verständnis der Ressourcen stärken der Gesundheitsförderung wird besonders in jüngeren Regelungen zum Teil wörtlich, aber auch durch Begriffe wie Chancengleichheit, Selbstbestimmung, Partizipation und Gleichberechtigung in den verschiedenen Gesetzen abgebildet. Ein besonderes Augenmerk ist auf die Formulierungen in den (Landes-)verfassungen zu legen: positive

Lebensbedingungen und das Wohl der Bürgerinnen und Bürger stehen hier als Zielrichtung bereits in Präambel und den ersten Artikeln. Der Qualitätsbegriff wird, abgesehen von dem Setting Pflege, meist in Form von Komposita mit Entwicklung, Sicherung und Verbesserung verwendet. Eine Differenzierung in beispielsweise Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität findet sich lediglich in den für die stationäre Langzeitversorgung relevanten Gesetzen.

3.7 Zusammenfassung

Die Analyse der rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen für die Qualitätssicherung sowie Prävention und Gesundheitsförderung verdeutlicht die erheblichen Unterschiede in den betrachteten Lebenswelten. Historisch und in fachlichem Verständnis begründet differieren die verwendeten Begriffe. In KiTa, Schule und Pflegeheim findet seit längerem eine (verbindliche) Qualitätssicherung statt. Länder- und trägerspezifisch variieren ihre Ausgestaltung hinsichtlich Fokus, Umfang und Routinen (zum Beispiel verbandseigene Qualitätsmanagementsysteme, Evaluationen, Zertifizierungen). Prävention und Gesundheitsförderung wird häufig als zusätzliche Aufgabe interpretiert und aufgrund einer weitgehend fehlenden rechtlichen Verpflichtung in Abhängigkeit von persönlichem Engagement und vorhandenen Kapazitäten durchgeführt. Für die Lebenswelt Kommune/Stadtteil/Quartier gilt letztere Aussage gleichermaßen, allerdings sind hier keine übergreifenden Qualitätsroutinen für Prävention und Gesundheitsförderung vorhanden. Als Ausnahme kann die Gesundheitsberichterstattung auf Länderebene gesehen werden.

Der (Qualitäts-) Anspruch an die eigene Arbeit wird settingübergreifend von den befragten Expertinnen und Experten hervorgehoben. Die Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendhilfe zeigen, dass eine deutliche Formulierung von Vorgaben unter expliziter und prominenter Nennung des Qualitätsbegriffs und entsprechender Komposita eine Sensibilisierung bewirken kann. In allen Settings bekunden die Interviewten ein großes Interesse an Prävention und Gesundheitsförderung und betonen deren gesamtgesellschaftliches Potenzial und nachhaltige Wirkung. Wo Qualitätsentwicklung und -sicherung bereits zur täglichen Praxis gehören, besteht die Überzeugung, dass Prävention und Gesundheitsförderung in die vorhandenen Strukturen integrierbar ist. Die Interviews aus den einbezogenen Lebenswelten divergieren hinsichtlich der Bewertung bezüglich einer gesetzlichen Durchführungsverpflichtung von Prävention und Gesundheitsförderung. Die politische und finanzielle Unterstützung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie von Qualitätsentwicklung und -sicherung wird allerdings ausnahmslos als wünschenswert erachtet.

4. Empfehlungen

Prävention und Gesundheitsförderung verbindlich verankern und stärken

Eine einheitliche Verpflichtung zur Durchführung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten besteht bislang nicht. Die vorliegenden rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen unterscheiden sich zwischen den Ländern erheblich hinsichtlich der Einbindung von Prävention und Gesundheitsförderung und dem zugrundeliegenden Verständnis. Die Konzepte der Träger berücksichtigen bislang Prävention und Gesundheitsförderung kaum.

1. Prävention und Gesundheitsförderung sollte intersektoral als Querschnittsaufgabe in eine kommunale Gesamtstrategie integriert und gestaltet werden. Diese Strategie sollte von Seiten der kommunalen Entscheidungsträger beschlossen werden.
2. Soweit noch nicht erfolgt, ist Gesundheitsförderung als Begriff und im salutogenen Verständnis in den zentralen rechtlichen Regelungen auf Bundes- und Landesebene zu verankern. Bereits vorhandene Vorgaben sollten überprüft, modifiziert und gegebenenfalls konkretisiert werden. Prävention und Gesundheitsförderung müssen in den bestehenden Konzepten der Träger verankert und mit Ressourcen unterstützt werden.

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung stärken

Sowohl die Vorgaben zur QE/QS wie auch die Implementierung und Ausdifferenzierung der Routinen differieren in den Lebenswelten erheblich zwischen den Ländern und auf Trägerebene.

3. Die Vorgaben zur Qualitätssicherung sollten länderübergreifend angeglichen und – wo noch nicht erfolgt – explizit und an zentraler Stelle in den gesetzlichen Vorgaben verankert werden.
4. Die Weiterentwicklung und Implementierung von Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung muss die vorhandenen Strukturen und Qualitätsmanagementsysteme der Träger und Verbände sowie die Praxiserfahrung der Akteurinnen und Akteure berücksichtigen.
5. Vorhandene und praxiserprobte Instrumente und Verfahren zur Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung sollten modularisiert, als Baukastensystem, den Akteurinnen und Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung verfügbar sein.

Qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung in den einzelnen Lebenswelten gezielt stärken

Verständnis und Umsetzungsgrad von Prävention und Gesundheitsförderung sowie entsprechender Qualitätsroutinen unterscheiden sich deutlich zwischen den einzelnen Lebenswelten. Eine weiterführende Stärkung qualitätsgesicherter Prävention und Gesundheitsförderung muss die unterschiedlichen Ausgangslagen berücksichtigen, sollte nicht in Konkurrenz zu anderen Aufgabenbereichen stehen und bedarf zusätzlicher finanzieller und personeller Ressourcen.

6. Die Praxis der projektbasierten Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt KiTa muss zugunsten einer nachhaltigen Implementierung in vorhandene (pädagogische) Konzepte, Qualitätsmanagementsysteme, Routinen und Strukturen kontinuierlich weiterentwickelt werden.
7. Zur Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung als schulische Querschnittsaufgabe ist ihre durchgehende Implementierung in die Bildungsaufträge der Schulgesetze und/oder die Schulqualitätsrahmen der Bundesländer erforderlich. Ergänzend sollte Prävention und Gesundheitsförderung in die Qualitätsroutine der externen Evaluation einbezogen werden.
8. Die freien Schulen sollten in die Regelungen zu Qualitätssicherung und Gesundheitsförderung verbindlich einbezogen werden.
9. Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung sollte durch eine Optimierung der finanziellen Anreizstruktur und ihre Integration in die professionellen pflegerischen Handlungsroutinen gestärkt werden. Die angestrebte Verringerung des Dokumentationsaufwandes kann diesen Prozess sinnvoll unterstützen. Vorbehaltlich einer Harmonisierung des Prüfgeschehens sowie der Konkretisierung entsprechender Ausführungsbestimmungen sind zusätzliche Qualitätsvorgaben nicht erforderlich.
10. Qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung ist systematisch in die Konzepte der freien Seniorenarbeit zu integrieren.

06

Teilbericht 4: Erhebung von Bedarfen und Bedürfnissen unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung zur Entwicklung eines Multiplikatorenkonzepts

1. Methodik und Vorgehen
2. Ergebnisse
 - 2.1 Befragung der Landesvereinigungen für Gesundheit
 - 2.2 Befragung der Entwicklerinnen und Entwickler von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung
 - 2.3 Ergebnisse der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen
3. Fazit

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld

Petra Kolip
Stephanie Funk
Julien Merta
Ina Schaefer
Lara Weber

1. Methodik und Vorgehen

Im Rahmen des von der BZgA geförderten Projekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ wurde die Universität Bielefeld beauftragt, ein Konzept zu entwickeln, mit dem die Qualitätsentwicklung in der settingbezogenen Gesundheitsförderung wirkungsvoll unterstützt und vorangebracht werden kann.

Dem Vorhaben zugrunde gelegt wurde unter anderem das in der Einleitung erwähnte Positionspapier des Arbeitskreises Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung von 2011, das die Schaffung einer Struktur auf Bundes- und Landesebene vorsieht.

Zugleich wurde festgelegt, dass das zu entwickelnde Multiplikatorenkonzept sowohl die Bedürfnisse von Praktikerinnen und Praktikern als auch setting- und bundeslandspezifische Strukturen berücksichtigen muss. Es soll nicht nur theoretische Grundlagen vermitteln, sondern auch praxisorientierte Strategien beinhalten.

Vor diesem Hintergrund wurde als Grundlage für die Konzeptentwicklung eine umfassende Erhebung der Bedarfe und Bedürfnisse der Praxis durchgeführt:

a) Befragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

(n=16): Mittels leitfadengestützter Telefoninterviews (Christmann 2009) wurde eine Bestandsaufnahme der bisherigen Qualitätssicherungsaktivitäten und -strukturen in den Ländern durchgeführt. Daraus ableitend wurde mit den Befragten der Unterstützungsbedarf der jeweiligen Landesvereinigungen für Gesundheit sowie die Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept erörtert. Interviewt wurden die Geschäftsführenden (n=2), die Bereichsleiterin (n=1), Mitarbeitende der Koordinierungsstellen für gesundheitliche Chancengleichheit (n=4) oder projektbezogene Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Landesvereinigungen für Gesundheit (n=7). Obwohl zwei Länder sich nicht direkt an dem Projekt beteiligen konnten, standen auch hier Ansprechpersonen für die Befragung zur Verfügung, sodass die Bedarfe und Bedürfnisse aller 16 Länder berücksichtigt werden konnten.

b) Befragung von Entwicklerinnen und Entwicklern von Verfahren und Instrumenten der Qualitätsentwicklung

(n=8): Die bisherigen Erfahrungen mit der Verbreitung und Vermittlung von Verfahren und Instrumenten der QE/QS

in der Gesundheitsförderung sowie Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept wurden mittels leitfadengestützter Experteninterviews nach Bogner und Menz (2009) erhoben. Die Hälfte der Interviewpartnerinnen und -partner gehörte dem Arbeitskreis Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung an (n=4). Zudem wurden weitere Entwicklerinnen und Entwickler für die Interviews rekrutiert (n=4).

c) Auswertung der Protokolle der in den Ländern durchgeführten (settingspezifischen) Fokusgruppen (n=31):

Im Rahmen der von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. organisierten und koordinierten Fokusgruppen (siehe Teilbericht 1) wurden Vorgaben zur QE/QS sowie die angewendeten Qualitätsverfahren und die Erfahrungen mit diesen Methoden zusammengetragen. Außerdem wurden Unterstützungsbedarfe und vorstellbare Inhalte sowie Arbeitsformen der in Frage kommenden Unterstützungsangebote diskutiert. Für die Entwicklung des Multiplikatorenkonzepts wurden die Protokolle parallel mit der spezifischen Frage ausgewertet, welche Bedürfnisse sich hieraus für ein Multiplikatorenkonzept ableiten lassen.

d) Teilnahme an den in den Ländern durchgeführten (settingübergreifenden) Regionalkonferenzen sowie

Auswertung der Ergebnisprotokolle (n=14): Auf den Regionalkonferenzen wurden die Leitfragen aus den Fokusgruppen aufgegriffen und mit Akteurinnen und Akteuren unterschiedlicher Settings diskutiert. Die Landesvereinigungen für Gesundheit hielten die Ergebnisse aus den Plenardiskussionen und den Workshops in Dokumentationsvorlagen fest, welche ebenfalls zuvor gemeinsam mit der LVG & AFS Nds. e.V. erarbeitet wurden. Es wurde außerdem ein standardisiertes Beobachtungsprotokoll verwendet, um Diskussionsbeiträge in Bezug auf das Multiplikatorenkonzept zu erfassen. Sofern seitens der Universität Bielefeld auch ein inhaltlicher Beitrag zur Regionalkonferenz geleistet wurde, fand diese Beobachtung durch eine zweite anwesende Mitarbeiterin der Universität statt.

2. Ergebnisse

2.1 Befragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

Fortbildungs- und Beratungsangebote der Landesvereinigungen für Gesundheit zum Thema Qualität

Das bisherige Fortbildungsangebot der Landesvereinigungen für Gesundheit greift QE/QS meist implizit auf. Praxisnahe und niedrigschwellige Ansätze, wie beispielsweise die Good Practice-Kriterien, werden insbesondere dann als positiv eingeschätzt, wenn die zugrundeliegende Methodik nicht nur in den dafür vorgesehenen Fortbildungen, sondern auch in anderen Fortbildungen vorgestellt und mit anderen projektbezogenen Fragestellungen verbunden wurde.

Die Landesvereinigungen für Gesundheit gaben an, dass sich die Praktikerinnen und Praktiker mit unterschiedlichen Fragen an sie wenden. Dementsprechend unterschiedlich sei der gegenwärtige Beratungsaufwand sowie die Organisation von Fortbildungs- und Beratungsangeboten durch die Landesvereinigungen für Gesundheit. Im Allgemeinen würden die Praktikerinnen und Praktiker eher inhaltsbezogene Fragen zur Projektplanung und -umsetzung stellen, Fragen zu den verschiedenen Qualitätsansätzen seien eher selten. Das bestehende Beratungsangebot der Landesvereinigungen für Gesundheit werde kaum in Anspruch genommen, selbst wenn es mit anderen Fortbildungsreihen oder schriftlichen Informationsmaterialien verknüpft sei.

Verwendete Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung

Die Landesvereinigungen für Gesundheit bewerten in den Interviews die Good Practice-Kriterien aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit, der übersichtlichen Darstellung sowie der öffentlichkeitswirksamen Außendarstellung auf der Internetseite des Kooperationsverbunds „Gesundheitliche Chancengleichheit“ als besonders praxisfreundlich und ansprechend. Zudem werden Bausteine verschiedener Instrumente und Verfahren, wie etwa einzelne Module der Partizipativen Qualitätsentwicklung, quint-essenz oder Qualität in der Prävention (QIP), für eine Fortbildungsreihe herausgegriffen, zusammengefasst oder durch die Landesvereinigungen für Gesundheit modifiziert bzw. durch das Praxiswissen der Institution ergänzt und den Praktikerinnen und Praktikern unter einem Themenschwerpunkt vermittelt. Ebenfalls positive Erfahrungen werden mit den

Auditierungsverfahren Gesunde KiTa und Gesunde Schule angegeben, die von einer Landesvereinigung für Gesundheit in Zusammenarbeit mit Praktikerinnen und Praktikern aus den Settings entwickelt wurden. Die Auditierung stelle nicht nur die Gesundheitsförderung, sondern auch andere Schwerpunkte der alltäglichen Arbeit in den Settings in den Fokus.

Unterstützungsbedarf auf Seiten der Praktikerinnen und Praktiker

Die Praktikerinnen und Praktiker wenden sich in der Regel mit interventions- und nicht mit instrumentenbezogenen Fragen an die Landesvereinigungen für Gesundheit. Sie sind auch an Unterstützung interessiert, um ihre geleistete Arbeit „sichtbar zu machen“. Gewünscht werden Qualitätsansätze, die Praktikabilität, Praxisrelevanz und Niedrigschwelligkeit in den Fokus stellen. Neben dem Bedarf nach mehr zeitlichen und personellen Ressourcen werden zudem anlassbezogene Beratungsangebote vor Ort sowie ein stärkerer Erfahrungsaustausch zum Thema Qualität in der Gesundheitsförderung als weitere Unterstützungsbedarfe der Praxis angegeben.

Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept

Um das Thema Qualität stärker zu verankern und den Unterstützungsbedarfen der Praxis nachzukommen, befürworten die Landesvereinigungen für Gesundheit

- themenbezogene Fachveranstaltungen, Workshops oder Fortbildungen mit ausreichend Raum für den gemeinsamen Erfahrungsaustausch,
- die Nutzung bestehender Arbeits- und etablierter Netzwerkstrukturen in den Settings, um Qualitätsansätze innerhalb dieser Strukturen zu verbreiten,
- eine stärkere Kooperation von Wissenschaft und Praxis, um eine prozesshafte Begleitung sowie eine praxisnahe Erprobung der entwickelten Qualitätsansätze zu ermöglichen sowie
- praxisorientierte Übersichten zu Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung.

Damit die Akteurinnen und Akteure der settingbezogenen Gesundheitsförderung Methoden der QE/QS nicht ausschließlich als externe Kontrollmechanismen auffassen und ein fachlicher Dialog möglich sei, brauche es zunächst

ein gemeinsames Verständnis der zugrundeliegenden Terminologien. Diesbezüglich seien Inputs auf Fachveranstaltungen und ein intensiverer Erfahrungsaustausch bezogen auf die Anwendung der Qualitätsansätze vorstellbar. Außerdem werden projektbezogene Beratungsangebote, die an die Fachveranstaltungen und Workshops anknüpfen und nach Möglichkeit in den Settings stattfinden (Inhouse-Beratungen), als hilfreich eingeschätzt.

Des Weiteren sollten als potenzielle Beteiligte in den Netzwerken nicht ausschließlich Praktikerinnen und Praktiker, sondern auch Vertretungen von Wohlfahrtsverbänden, Kommunen sowie Vertretungen von Krankenkassen als wichtige Akteurinnen und Akteure und Gestalterinnen und Gestalter der settingbezogenen Gesundheitsförderung angesprochen und beteiligt werden.

Benötigte Kompetenzen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Die Interviewten aus den Landesvereinigungen für Gesundheit weisen darauf hin, dass es verschiedener Kompetenzen bedarf, um die beschriebenen Unterstützungsstrukturen aufzubauen. Neben einem soliden Fachwissen (Prinzipien der Gesundheitsförderung, Qualitätsansätze in der Gesundheitsförderung) sollten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren über Kenntnisse hinsichtlich der lokalen Rahmenbedingungen verfügen, um spezifische (setting- und/oder inhaltsbezogene) Beratungsangebote zu entwickeln. Außerdem sind didaktische Kompetenzen unabdingbar, um als Vermittlerin und Vermittler tätig werden zu können. Dazu gehören zum Beispiel Moderationstechniken sowie Methoden der Konfliktlösung ebenso wie ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit.

Um den unterschiedlichen Beratungsbedarfen der Praxis gerecht zu werden, brauche es ein vielfältiges Beratungsangebot bestehend aus verschiedenen Formaten. Die Landesvereinigungen für Gesundheit schlagen diesbezüglich den Aufbau eines Referentinnen- und Referentenpools vor. Dieser soll Expertinnen und Experten umfassen, die über settingspezifisches oder ein sehr gutes methodisches Wissen verfügen und die Landesvereinigungen für Gesundheit künftig bei ihrer Arbeit unterstützen.

Um zu überprüfen, inwiefern die aufzubauenden Unterstützungsstrukturen einen Nutzen haben und von den Praktikerinnen und Praktikern in Anspruch genommen werden, wird eine formative Evaluation befürwortet. Weiterhin brauche es Austausch- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die eingesetzten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf Landesebene.

2.2 Befragung der Entwicklerinnen und Entwickler von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

In den Interviews wurden viele, jedoch nicht alle, angesprochenen Instrumente und Verfahren als praxisrelevant beurteilt und es wurde von Angeboten für eine persönliche Einführung in das jeweilige Instrument berichtet. Diese Angebote würden in unterschiedlichem Umfang in Anspruch genommen, jedoch sei selbst bei einer Inanspruchnahme die Umsetzung in der Praxis nicht gesichert. Unter anderem werden die lokalen Bedingungen vor Ort als Hürde angegeben, die die unmittelbare Anwendung des Erlernten erschweren. Weiterhin haben sich einige Instrumente als sehr aufwändig erwiesen, so zum Beispiel quint-essenz und QIP, für die es einer kontinuierlichen Begleitung bedürfe. Die befragten Entwicklerinnen und Entwickler haben keinen Einblick, inwieweit die angesprochenen Instrumente und Verfahren tatsächlich in der Praxis angewendet werden.

Für die Beförderung der Anwendung der Instrumente und Verfahren wird empfohlen, die lokalen Rahmenbedingungen und Arbeitsroutinen und die daraus resultierenden Bedürfnisse zunächst im Rahmen eines Dialogs mit den Praktikerinnen und Praktikern zu klären. Standardisierte Handlungsanleitungen werden als nicht ausreichend eingeschätzt. Stattdessen müssten die Praktikerinnen und Praktiker in den Anpassungsprozessen unterstützt werden und Abstand von einem „one-size-fits-all“-Ansatz genommen werden.

In einigen Praxiskontexten (zum Beispiel KiTa und Schule) stellt den Interviewten zufolge Gesundheitsförderung nicht den Hauptaspekt dar (auch wenn Gesundheitsförderung im allgemeinen Bildungsauftrag enthalten ist), sondern wird als eine zusätzliche Aufgabe gesehen, mit der sich die Praktikerinnen und Praktiker beispielsweise neben dem Bildungsauftrag als Arbeitsschwerpunkt in Kitas beschäftigen. Als Folge schätzen die befragten Expertinnen und Experten settingspezifische Strukturen und Qualitätsmanagementsysteme (QM-Systeme), die unter anderem durch die Trägerorganisationen vorgegeben werden, als Hindernisse für die Anwendung von weiteren Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung ein.

Als eine weitere Barriere wird das häufig nicht vorhandene Verständnis für den Nutzen von Qualitätsentwicklung gesehen. Verstärkt werde dieser Faktor, wenn Maßnahmen für die QE/QS gesundheitsförderlicher Interventionen von den Praktikerinnen und Praktikern als Kontrollsystem wahrgenommen werden, welche zusätzlich zeitliche und personelle Ressource einfordern.

Die Vorschläge der Entwicklerinnen und Entwickler von Qualitätsansätzen in der Gesundheitsförderung zur Ausgestaltung des Multiplikatorenkonzepts lassen sich nach

projektübergreifenden und -bezogenen Unterstützungsansätzen sowie der Unterstützung eines Erfahrungsaustauschs differenzieren.

Die **projektbezogene Unterstützung** soll aus Sicht der Entwicklerinnen und Entwickler die Praktikerinnen und Praktiker darin unterstützen, die für den jeweiligen Kontext geeigneten Instrumente auszuwählen und anzuwenden. Ebenso brauche es eine praxisorientierte Vermittlung von Grundlagen der QE/QS sowie von Zielsetzungstechniken. Diese Form der Unterstützung könne durch eine Beratung (vor Ort/gegebenenfalls Inhouse), die über Workshops, Schulungen und Fortbildungen hinausgehe und sich den konkreten projektbezogenen Fragen widme, geleistet werden. Die projektübergreifenden Unterstützungsangebote sollten ebenfalls eine Einführung in die Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung ermöglichen. Darüber hinaus nennen die Interviewten die Verankerung von qualitätsentwickelnden Maßnahmen in Förderrichtlinien sowie die Integration dieser Methoden in die regulären Fortbildungssysteme der Settings KiTa oder Schule und die Bildung eines Beratungspools, um Coaching- und Beratungsangebote vor Ort zu organisieren, als weitere denkbare Aufgaben der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Hinsichtlich der Unterstützung des Erfahrungsaustauschs bedürfe es sowohl lokaler Beratungsformate für die Praktikerinnen und Praktiker als auch eines regelmäßigen Austausch zwischen den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um eine einheitliche Anwendung der Qualitätsinstrumente und -verfahren zu gewährleisten.

Das Kompetenzprofil der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren beinhalte fachliche Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Anwendung von Verfahren und Instrumenten der QE/QS sowie in der settingbezogenen Arbeit. Außerdem seien bestehende Kontakte zu Praxisprojekten, didaktische Fähigkeiten und Konfliktlösungskompetenzen weitere zentrale Anforderungen.

2.3 Ergebnisse der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen

Die Ergebnisse zu den Fokusgruppen wurden bereits ausführlich im Teilbericht der LVG & AFS Nds. e.V. (siehe Teilbericht 1) dargestellt. Die parallel für die Entwicklung des Multiplikatorenkonzepts durchgeführte Auswertung durch die Universität Bielefeld kommt im Kern zu gleichen Ergebnissen und soll deshalb hier lediglich kurz mit Blick auf die Relevanz für das Multiplikatorenkonzept skizziert werden.

Im Hinblick auf den Aufbau zukünftiger Unterstützungsstrukturen müssen außerdem rechtliche Rahmenbedingungen, denen die Akteurinnen und Akteure der settingbezogenen Gesundheitsförderung unterliegen, sowie Vorgaben der Mittelgeber berücksichtigt werden. Dabei sind Unterschiede zwischen den verschiedenen Settings vorhanden

(siehe Teilbericht 3), um entsprechende Beratungs- und Coachingangebote für die Praktikerinnen und Praktiker entwickeln zu können.

Besonders relevant für die Entwicklung des Multiplikatorenkonzepts waren die formulierten Unterstützungsbedarfe der Teilnehmenden der Fokusgruppen.

Diese lassen sich zu großen Teilen in projektbezogene Beratung, (kollegialen) Erfahrungsaustausch und Informationsvermittlung unterteilen.

Eine **projektbezogene Beratung** solle vor allem an den vier Qualitätsdimensionen (Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) ausgerichtet sein und verschiedene Beratungsformate umfassen, um den unterschiedlichen Bedarfen der Akteurinnen und Akteure zu entsprechen. Zusätzlich zu der Beratung sollten Materialien zur Verfügung gestellt werden, die unterstützende Informationen zur Projektplanung und -durchführung beinhalten.

Darüber hinaus wurden in den Fokusgruppen Formate des **Erfahrungsaustauschs** diskutiert, um gesundheitsförderliche Ansätze bzw. Möglichkeiten der Umsetzung in den Einrichtungen sowie Erfahrungen mit angewendeten Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung austauschen zu können. Es brauche demzufolge eine Instanz, welche je nach Bedarf verbindliche oder aber auch offene Formate entwickelt, organisiert und initiiert.

Des Weiteren ist aus den Ergebnisprotokollen der Fokusgruppen abzuleiten, dass das **Vermitteln von Informationen** zu Qualitätsansätzen der Gesundheitsförderung sowie zur Umsetzung von settingbezogenen Interventionen in diesem Feld einen weiteren Aufgabenbereich für eine solche Instanz darstellen sollte.

Wie bereits in Teilbericht 1 deutlich wurde, können die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung in Lebenswelten die zu entwickelnden Unterstützungsstrukturen nur dann nutzen, wenn es die Rahmenbedingungen sowie Ressourcenausstattung in den Settings zulassen. Folglich braucht es strategische Anstrengungen, die unterschiedlichen Mittelgeber (Landesministerien für Bildung, Soziales und/oder Gesundheit, Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, Kommunen), Träger, wie zum Beispiel Wohlfahrtsverbände und weitere zentrale Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung für die Prinzipien der Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und in ihren Förderrichtlinien Kriterien für die Qualitätsentwicklung explizit zu verankern, damit für solche Maßnahmen künftig Ressourcen zur Verfügung stehen. In diesem Zusammenhang muss auch ermittelt werden, welche Anknüpfungspunkte bestehende QM-Systeme für gesundheitsförderliche Interventionen anbieten, um derlei Maßnahmen langfristig in die Lebenswelten zu integrieren.

3. Fazit

Obwohl unterschiedliche Akteurinnen und Akteure im Rahmen des Projekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ befragt wurden, stimmen die Ergebnisse zu großen Teilen überein und lassen sich als Eckpunkte für das zu entwickelnde Multiplikatorenkonzept zusammenfassen.

Auf Ebene der Länder bedarf es Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die für interventionsbezogene Fragen und Anliegen im Bereich der QE/QS kontinuierlich als Ansprechpersonen verfügbar sind. Zu ihren zentralen Arbeitsaufgaben gehören:

- Der Aufbau eines Kompetenznetzes für Qualität und die Initiierung eines Erfahrungsaustauschs,
- die Qualifizierung der Akteurinnen und Akteure vor Ort,
- die Organisation einer Projektberatung,
- die Integration von Gesundheitsförderung in die QM-Systeme unter anderem der Wohlfahrtsverbände und weiterer Träger.

Um diese Aufgaben umsetzen zu können und die benötigten Kompetenzen zu entwickeln, bedürfen die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf Landesebene, so ist es den Befragungen der Landesvereinigungen für Gesundheit und der Entwicklerinnen und Entwickler zu entnehmen, ihrerseits Unterstützung, die durch eine Stelle auf Bundesebene gewährleistet werden sollte. Diese zentrale Koordinierungsstelle sollte folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Unterstützung und Qualifizierung der Strukturen und Akteurinnen und Akteure auf Landesebene,
- Verbreitung und Initiierung qualitätsbezogener Erkenntnisse,
- Erarbeitung eines Konzepts für die Integration von Gesundheitsförderung in die QM-Systeme in den Bereichen Bildung und Soziales,
- Evaluation der Qualitätsentwicklung in den Ländern,
- Einwirkung auf Förderrichtlinien.

Eine ausführlichere Beschreibung der Inhalte des Multiplikatorenkonzepts erfolgt im Abschnitt 08.3.

07

Teilbericht 5: Bestands- und Bedarfserhebung für ein bundesweites Online-Transfer-Konzept für die Entwicklung und Sicherung von Qualität

1. Methodik und Vorgehen
2. Ergebnisse der Bestandserhebung: Was gibt es bereits im Internet?
3. Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung: Wie sollte die Praxisdatenbank zum Thema Qualitätsentwicklung überarbeitet werden?
 - 3.1 Bereitschaft für Angaben zum eigenen Angebot/Projekt und gewünschte Angaben Anderer
 - 3.2 Bereitschaft für Angaben zur Dokumentation und Evaluation
 - 3.3 Bereitschaft, die eigenen Erfahrungen mitzuteilen und Offenheit für Fehler
4. Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung: Welches interaktive Online-Angebot brauchen und wollen die Praktikerinnen und Praktiker?
 - 4.1 Allgemeine Erfahrungen beim Informations- und Erfahrungsaustausch
 - 4.2 Erfahrungen mit Informations- und Wissensbeschaffung sowie Austauschforen im Netz
 - 4.3 Bedarfe für ein interaktives Online-Fachmodul zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung
5. Fazit

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (GGB)

Susanne Hartung
Niels Löchel
Stefan Pospiech

Gesundheit Berlin-Brandenburg hat im Rahmen des BZgA geförderten Projekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ zwei Teilaspekte übernommen. Erstens wurde die Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ für den Bereich der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung (QE/QS) überarbeitet und erweitert. Zweitens war es das Ziel, ein Konzept für ein interaktives Online-Angebot zu erstellen, das bundesweit Unterstützung zur Entwicklung und Sicherung von Qualität in der Gesundheitsförderung bietet und das Multiplikatorenkonzept der Universität Bielefeld ergänzt.

1. Methodik und Vorgehen

Für eine Weiterentwicklung der Praxisdatenbank und eine bedarfsgerechte Erstellung des Online-Transfer-Konzepts wurden sowohl Bestands- als auch Bedarfserhebungen durchgeführt.

Dafür wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt: Zwischen August und September 2014 sind in einer Internetrecherche die vorhandenen Online-Angebote zur QE/QS in der Gesundheitsförderung ermittelt worden. Im Oktober und November 2014 erfolgte dann eine Bestands- und Bedarfserhebung durch die Befragung von Praktikerinnen und Praktikern mittels leitfadengestützter Interviews. Telefonisch befragt wurden insgesamt 15 Personen, die auf kommunaler Ebene in planender oder koordinierender Funktion tätig sind und Erfahrungen in der QE/QS haben. Sieben dieser Befragten sind Ansprechpartnerinnen und -partner für Good Practice-Projekte. Die Interviews dauerten zwi-

schen 15 und 70 Minuten und wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) ausgewertet.

Gefragt wurden die Praktikerinnen und Praktiker nach ihrer Einschätzung der Eintrags- und Informationsmöglichkeiten in der Praxisdatenbank zum Aspekt der QE/QS. Die Befragten sollten außerdem über ihre Informations- und Austauschgewohnheiten zum Thema QE/QS berichten, ihre Erfahrungen mit vorhandenen Online-Angeboten zur QE/QS sowie auch ihre Bedarfe für ein verbessertes Online-Angebot benennen.

Ergänzt wurden die Ergebnisse der telefonischen Bedarfserhebung durch einen Abgleich mit den Ergebnissen einer Online-Befragung, die von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. in Vorbereitung der Aktualisierungserhebung der Praxisdatenbank im Oktober/November 2014 durchgeführt wurde.

2. Ergebnisse der Bestandserhebung: Was gibt es bereits im Internet?

Die Recherche zum Bestand an Online-Übersichten zu QE/QS-Instrumenten und interaktiven Webseiten zur Unterstützung von Nutzerinnen und Nutzern ergab einerseits, dass es **gute Übersichtsseiten der bekannten Instrumente/Verfahren** der QE/QS im Netz gibt. Sie bieten **ausführliche Steckbriefe** zu einzelnen Instrumenten mit Stärken und Schwächen, sowie Angaben zur praktischen Nutzung, dem Aufwand und der Vorgehensweise. Beispiele hierfür sind: der Leitfaden

„Qualitätsinstrumente in der Gesundheitsförderung und Prävention“ des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen und die Leitfäden „Qualitätssicherung“ und „Evaluation“ auf den Webseiten von „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Andererseits ergab die Recherche, dass ein **interaktives, praxisnahes und niedrigschwelliges Online-Angebot zur Unterstützung der QE/QS in Deutschland fehlt**.

3. Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung: Wie sollte die Praxisdatenbank zum Thema Qualitätsentwicklung überarbeitet werden?

In den leitfadengestützten Interviews zur Weiterentwicklung der Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ wurde untersucht, welche Angaben zum Qualitätsmanagement sowie zur QE/QS die Praktikerinnen und Praktiker gern selbst in der Praxisdatenbank für Andere darstellen würden und welche Informationen aus diesen Bereichen sie gern in den Einträgen anderer Praxisangebote lesen würden.

3.1 Bereitschaft für Angaben zum eigenen Angebot/Projekt und gewünschte Angaben Anderer

Die Befragten würden sowohl Angaben zum **konkreten Vorgehen bei der QE und QS**, zum **verwendeten Qualitätsmanagementsystem** und zu **konkreten Maßnahmen, Verfahren und Instrumenten** (zum Beispiel Austauschformate wie regelmäßige Teamsitzungen, Supervisionen; Routinen für kontinuierliche Verbesserung, Vorbereitung durch fachliche Beratung usw.) machen, als auch Angaben dazu bei anderen Projekten lesen wollen. Zudem würden sie gern **Hinweise auf Entwicklungen oder Anpassungen im Projekt, aufgetretene Fehler bzw. Stolpersteine oder hinderliche Bedingungen**, wenn möglich mit geeigneten **Lösungswegen**, aufzeigen und ebenfalls auch von anderen Projekten dazu etwas erfahren wollen. Weitere häufiger genannte Aspekte bei der eigenen Projektdarstellung waren das verwendete **Projektbudget und die Finanzierung** sowie der **Ablauf- bzw. Zeitplan des Projekts**. Dadurch wird deutlich, welche finanziellen und materiellen Mittel sowie zeitlichen Ressourcen für das Projekt (inklusive Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation) notwendig sind. Konkrete Wünsche bei anderen Projekten waren unter anderem auch der Hintergrund und die Grundlagen eines Projekts (Zielstellung, Standards, Zielgruppen usw.) oder die Bedingungen für eine Projektverlängerung.

3.2 Bereitschaft für Angaben zur Dokumentation und Evaluation

Die Befragung ergab, dass die Praktikerinnen und Praktiker häufig konkrete Informationen zum Vorgehen, der Struktur und den Formaten der Dokumentationen angeben würden.

Vielfach wird gewünscht, dass die Dokumentation(en) direkt hochgeladen oder verlinkt werden können. Zudem zeigte sich, dass meist eine Evaluation erfolgt und die Befragten bereit sind, auch konkrete Informationen dazu einzustellen. Insgesamt sollten laut Befragten mehr als die bisherige Angabe „eigene oder externe Evaluation“ eingetragen werden können. Genannt wurden dabei u.a.: Gegenstand und Zielstellung der Evaluation, einbezogene Zielgruppe, konkretes Vorgehen und verwendete Methoden/Instrumente sowie Ergebnisse und Folgen.

3.3 Bereitschaft, die eigenen Erfahrungen mitzuteilen und Offenheit für Fehler

Im Ergebnis lässt sich feststellen, dass die Befragten bzw. die Nutzerinnen und Nutzer der Praxisdatenbank sich eine **„neue Offenheit zu Fehlern“** wünschen. Sie sind **bereit, Informationen zu eigenen auch schwierigen Erfahrungen im Bereich QE/QS in der Datenbank öffentlich** zu machen, und möchten die ihnen begegneten **Herausforderungen, Misserfolge und Problemstellen („Stolpersteine“)** darstellen sowie mögliche Lösungswege weitergeben. Diese Angaben werden bei einigen explizit, bei allen anderen implizit immer als hilfreich empfunden und als **für den Lernprozess interessant bewertet**. Lesen möchten sie diese Informationen immer bei Anderen, meist sind sie auch selbst (gegebenenfalls in Absprache mit der Geschäftsführung) dazu bereit diese Informationen anzugeben (beispielsweise Rücklaufproblematik bei der Evaluation). Die Bereitschaft scheint davon abzuhängen, wie weit das Projekt vorangeschritten ist bzw. wie umfangreich die Erfahrungen der Projektverantwortlichen sind. Es wurde darauf hingewiesen, dass eine **kollegiale offene und ehrliche Form des Austauschs für die Qualitätsentwicklung wichtig** ist. Ein Befragungsteilnehmer beschreibt dies so: *„Fehler die andere schon gemacht haben, muss man nicht auch noch mal machen. Auch sehr spannend, wo sind andere vielleicht auch gescheitert oder wo sind Probleme auch gelöst worden, Lösungsoption/-orientierung ist auch realistischer.“*

4. Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung: Welches interaktive Online-Angebot brauchen und wollen die Praktikerinnen und Praktiker?

Die Befragung diente der Entwicklung eines interaktiven Online-Angebots zur Unterstützung des Transfers bekannter Verfahren und Instrumente sowie dem Austausch unter Praktikerinnen und Praktikern. Dafür wurde zunächst untersucht, welche Zugangswege für Informationen (inner- und außerhalb des Internets) die Praktikerinnen und Praktiker bisher nutzen, wie sie ihren Austausch und die etwaige Beratung zu QE/QS bisher gestalten und welche Bedarfe es für ein Online-Angebot zur Unterstützung von QE/QS in der Gesundheitsförderung bei den Praktikerinnen und Praktikern gibt.

4.1 Allgemeine Erfahrungen beim Informations- und Erfahrungsaustausch

Austausch findet zumeist in **persönlichen oder telefonischen Gesprächen in Netzwerken und Arbeitsgruppen** des jeweiligen Arbeitskontextes (unter anderem mit Wohlfahrtsverbänden, Krankenkassen, Landesvereinigungen für Gesundheit, Koordinierungsstellen, Gesundheitsämtern) statt und wird als wichtig und hilfreich erachtet. Der **direkte, mündliche Informations- und Erfahrungsaustausch auf Kongressen** und Veranstaltungen wird von der Mehrzahl der Befragten sehr geschätzt. Die eigenständige Recherche ist dagegen zeitaufwendiger.

Die Befragten berichten auch über die **Zusammenarbeit mit externen Partnerinnen und Partnern aus Wissenschaft, Lehre und Organisationsberatung**. Über diese Zusammenarbeit wurden bestimmte Verfahren und Instrumente der QE/QS in die Projektarbeit eingebracht oder gemeinsam bedarfsgerechte Verfahren und Instrumente erarbeitet. Eine gezielte Begleitung oder Beratung ihrer QE/QS bzw. Organisationsentwicklung durch externe Partnerinnen und Partner, auch wenn nur vereinzelt selbst aktiv initiiert, bewerteten die betreffenden Projektverantwortlichen immer als positiv und hilfreich. Dabei benannte Aspekte waren zum Beispiel Begleitung bei der Adaption von Instrumenten an die Bedingungen, Bedarfe und Möglichkeiten des Projekts (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Zielgruppe, Ressourcen) oder wie beim **Good Practice-Verfahren** der Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ die forcierte bzw. unterstützte Auseinandersetzung mit und Reflexion über das eigene Projekt. Einzelne Befragte gaben

aber auch an, bisher zu wenig Beratung bzw. Begleitung zu diesem Thema erhalten zu haben. Einige der Befragten haben **Instrumente der QE/QS** (Qualitätshandbücher, Standards/Kriterien, Fragebogen, Antragsschablonen auf Projektförderung) auch **selbst entwickelt** oder **weiterentwickelt**, sind beratend oder in der Lehre tätig. Einzelne Befragte würden ihre **Erfahrungen mit QE/QS -Instrumenten auch gern weitergeben**.

4.2 Erfahrungen mit Informations- und Wissensbeschaffung sowie Austauschforen im Netz

Die Mehrzahl der Befragten spricht von einer **Fülle von Informationen im Internet zu QE/QS**, die trotz einiger guter Online-Angebote (zum Beispiel mit guten Übersichten über Verfahren und Ansätze) laut einzelner Befragter, jedoch teilweise als **nicht einsteigerfreundlich** beschrieben werden. Die Befragten beklagen, dass es **zeit- und ressourcenaufwendig ist, das geeignete Instrument und Verfahren für sich herauszusuchen**. Die Schwierigkeiten sehen die Befragten darin, dass die **Online-Darstellungen von Instrumenten und Verfahren aufgrund fehlender Einheitlichkeit nicht einfach miteinander zu vergleichen** und die Einstiegsseiten teilweise zu **komplex, zu detailliert und daher unübersichtlich** sind. Nach Ansicht der Befragten sind die Beschreibungen der Instrumente und Verfahren zudem auch **nicht kurz genug, zu wenig praxisnah, nicht zur Übernahme in die Praxis geeignet** oder deren **wissenschaftliche Aussagekraft nicht ersichtlich**. Als hilfreich bewertet wurden von einzelnen Befragten kurze und knappe Beschreibungen von Instrumenten und Verfahren, die möglichst auch Informationen zu den Rahmenbedingungen für die Anwendung enthalten und zudem von Personen stammen, die die Verfahren selbst verwendet haben.

Mehrfach wurde zudem geäußert, dass Instrumente (Checklisten, Fragebogen) von den Befragten nicht direkt übernommen werden können, sondern **an die jeweiligen Bedarfe** (wie Möglichkeiten und Ressourcen der Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, die Zielgruppe, das Setting) **angepasst** werden müssen.

Sinnvoll für den Austausch werden von der Mehrzahl der Befragten **Kontaktmöglichkeiten erachtet, die online**

publiziert werden. **Telefon und E-Mail** sind dabei die Medien der Wahl, um anschließend in den Austausch mit räumlich entfernten Personen zu treten. Telefonischen sowie persönlichen Austausch vor Ort ziehen die Befragten generell dem Austausch in Online-Diskussionsforen vor. Dieser wurde bisher von der Mehrzahl nicht aktiv genutzt.

4.3 Bedarfe für ein interaktives Online-Fachmodul zur Unterstützung der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Weiterhin wurden **Bedarfe und Wünsche hinsichtlich eines Online-Angebots** geäußert, die sich in folgende **Schwerpunkte** zusammenfassen lassen:

1. **(redaktionell) gut aufbereitete Inhalte und Hinweise** (Newsletter, Modellbeispiele usw.)
2. **praxisnahe Beschreibungen von Instrumenten und Verfahren** (unter anderem als Erfahrungsberichte und Rezensionen von Praktikerinnen und Praktikern)
3. **Übersicht zu existierenden und einsetzbaren Instrumenten** (inklusive Suchfunktion bzw. Recherchemöglichkeit)
4. **Angebot an schnell einsetzbaren Werkzeugen, Instrumenten und Vorlagen**
5. **Kontaktpersonen-Datenbank** zur Möglichkeit der Kontaktaufnahme und des Austauschs

Die Mehrzahl der Befragten wünschen sich demnach **gut und auch redaktionell aufbereitete Inhalte und Hinweise**. In diesem Zusammenhang kam mehrfach der **Wunsch nach einem Newsletter** mit Informationen über neue Entwicklungen im Bereich QE/QS, zum Thema QE/QS allgemein sowie über verfügbare Instrumente, zum Ausdruck. Weitere Wünsche waren: **kontinuierliche Hinweise zu möglichen Ansprechpersonen** für diese Themen, zu **Fortbildungsmodulen** und **Veranstaltungen zum Thema QE/QS**.

Die Hälfte der Befragten wünschte sich darüber hinaus praxisnahe Beschreibungen von Instrumenten, die auch Erfahrungsberichte und Rezensionen von Praktikerinnen und Praktikern beinhalten. Diesbezüglich wurden auch begründete Nützlichkeitsbewertungen und die Etablierung einer neuen Fehlerkultur gewünscht, die auch Misserfolge sichtbar macht und diese im weiteren Sinne positiv verwertet. Die Beschreibungen sollten sich im Sinne der Qualitätsentwicklung nutzen lassen.

Auch sollten **Instrumente schnell auffindbar** sein und es sollte ersichtlich werden, **wozu und in welcher Phase sie sich eignen** oder bewährt haben. Explizit wünscht sich die Hälfte der Befragten zudem **konkrete Arbeitshilfen und Vorlagen** (zum Beispiel Checklisten, Fragebögen, Planungsübersichten, Auswertungsmethoden), die sich schnell, ohne viel Aufwand und theoretisches Hintergrundwissen einsetzen und ggf. an den eigenen Bedarf anpassen lassen.

Mehrfach wurde auch der Bedarf nach einer **Sammlung von Kontakt- bzw. Ansprechpersonen** und Informationen zu Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und zum Austausch geäußert. Dazu sollte eine **Datenbank** angelegt werden, die die Kontaktdaten von Ansprechpersonen zu bestimmten Themen enthält, das heißt ein Expertinnen- und Expertenpool aus Praktikerinnen und Praktikern und Expertinnen und Experten, die idealerweise auch telefonisch zu erreichen sind. Der Expertinnen- und Expertenpool sollte Angaben für weitergehende Fragen zu Inhalten enthalten, die auf dem Portal behandelt werden und als Anfangspunkt für einen kollegialen Austausch dienen können.

5. Fazit

Die Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung sind zum einen in die **Weiterentwicklung der Praxisdatenbank** eingegangen und wurden mit der Aktualisierungserhebung Anfang 2015 verbunden. Die Befragung hatte ergeben, dass die **Eintragungsmöglichkeiten im Bereich QE/QS deutlich erweitert werden** müssen. In den Erhebungsbogen wurden dafür verschiedene Eintragungsmöglichkeiten ergänzt: Fragen zum konkreten Vorgehen in der QE/QS (wie einzelnen Maßnahmen, verwendete Verfahren, Instrumenten), die Frage zur Einbindung in ein Qualitätsmanagementsystem sowie Fragen zu Evaluation und Dokumentation. Darüber hinaus können nun Informationen zu den Erfahrungen in der QE/QS sowie speziell auch Erfahrungen mit den Good Practice-Kriterien eingetragen und öffentlich gemacht werden. Die Nutzerinnen und Nutzer können nun auch Herausforderungen und „Stolpersteine“, aber auch Lösungswege in die Datenbank einstellen. Auch der Wunsch nach umfassenderen Möglichkeiten, um weitere Dokumente (zum Beispiel Evaluationsberichte, Fragebögen) hochzuladen und zu verlinken, wurde in der Weiterentwicklung der Praxisdatenbank aufgegriffen.

Der Wunsch danach, die eigenen Erfahrungen in der Arbeit und der Verbesserung des eigenen Angebots für andere sichtbar zu machen, zeigte sich in der Befragung insgesamt. Praktikerinnen und Praktiker legen großen Wert auf einen Wissens- und Erfahrungsaustausch und bevorzugen dafür den persönlichen Kontakt. Sie empfinden die bisherigen Recherchemöglichkeiten im Internet zum Thema QE/QS als sehr zeitaufwendig und äußern den Bedarf nach einer Ergänzung und Unterstützung auch des Face-to-Face-Austauschs. Der Bedarf macht sich explizit an folgenden Punkten fest: eine Übersicht der existierenden und einsetzbaren Instrumenten (inklusive einer guten Suchfunktion bzw. Recherchemöglichkeit) und vor allem dem Wunsch nach **praxisnahen Beschreibungen** von Instrumenten, die auch als **Erfahrungsberichte und Rezensionen von Praktikerinnen und Praktikern** gestaltet sind. Insgesamt wollen die Befragten **redaktionell gut aufbereitete Inhalte und Hinweise zu QE/QS** (beispielsweise in Form von Newslettern oder Modellbeispielen) und **schnell einsetzbare Werkzeuge, Instrumente und Vorlagen**. Da die Befragten für den **Fachaustausch zum Thema QE/QS** eher **persönliche oder telefonische Gespräche** statt Online-Angebote wie Foren bevorzugen, beurteilen sie online pub-

lizierte **Kontakt Daten von Praktikerinnen und Praktikern und Expertinnen und Experten zu Themen der QE/QS** als eine sinnvolle Ergänzung eines Online-Angebots, um eine Kontaktaufnahme und einen Fachaustausch offline fortzusetzen.

Ein **interaktives praxisnahes und niederschwelliges Online-Angebot** könnte die Lücke bisheriger Webseiten im Themenfeld QE/QS schließen. Es würde dem Bedarf nach einem ergänzenden (interaktiven) Online-Angebot zur QE/QS in der Gesundheitsförderung in Deutschland gerecht werden, das den Face-to-Face-Austausch zu diesem Thema unterstützt. Auf Basis der Ergebnisse aus der Bestands- und Bedarfserhebung und bisheriger Erfahrungen mit der bereits bestehenden kommunalen Austauschplattform info online wurde dazu ein Online-Transfer-Konzept erarbeitet. Damit sollen Praktikerinnen und Praktiker, das heißt Praxisangebote der Gesundheitsförderung, unterstützt werden, die ihre Angebotsqualität verbessern wollen. Zudem fördert es eine künftige bundes- und länderweite Struktur der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die eine Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität der Gesundheitsförderung in Lebenswelten voranbringen soll.

08

Entwurf einer Bund-Länderstruktur zum Transfer von Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention (QE/QS)

1. Einführung
2. Handbuch QE/QS in der Gesundheitsförderung und Prävention
 - 2.1 Hintergrund
 - 2.2 Ziele und Zielgruppen
 - 2.3 Vorgehen und Konzept
3. Multiplikatorenkonzept QE/QS
 - 3.1 Hintergrund und methodisches Vorgehen
 - 3.2 Beschreibung einer Transfer- und Koordinierungsstelle
Qualitätsentwicklung auf Bundesebene
 - 3.3 Beschreibung der Qualifikations- und Beratungsangebote auf Länderebene
 - 3.4 Verfahren für die weitere Ausarbeitung des Multiplikatorenkonzepts
4. Konzept für ein Online-Angebot zum Transfer von Instrumenten und Erfahrungen zur Qualitätsentwicklung/-sicherung
 - 4.1 Hintergrund und Ergebnisbasis der Konzepterstellung
 - 4.2 Zielgruppen und Zielstellungen für das interaktive Online-Angebot
 - 4.3 Mögliche Bausteine eines Online-Angebots
 - 4.4 Strategie der Bundes- und Länderebene

Thomas Altgeld¹, Sven Brandes¹, Iris Bregulla¹, Udo Castedello², Andrea Dehn-Hindenber³, Wiebke Flor³, Stephanie Funk⁴, Cathleen Gaede-Illig², Birte Gebhardt¹, Beate Grossmann⁵, Susanne Hartung⁶, Petra Kolip⁴, Bettina Kruckenberg³, Frank Lehmann⁷, Niels Löchel⁶, Julien Merta⁴, Michael Noweski⁵, Guido Nöcker⁷, Martina Plaumann³, Stefan Pospiech⁶, Helene Reemann⁷, Ursula von Rüden⁷, Ina Schaefer⁴, Lisa Schauer³, Jürgen Töppich⁷, Katrin Volkenand³, Ulla Walter³, Jan Weber³, Lara Weber⁴

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

² BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH

³ Medizinische Hochschule Hannover

⁴ Universität Bielefeld

⁵ Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

⁶ Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

⁷ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

1. Einführung

Der Bundeshaushalt 2014 hat für die BZgA die Aufgabe vorgesehen, den Transfer von Qualitätssicherungsverfahren in die Gesundheitsförderung in Lebenswelten weiter zu entwickeln. Hierbei wurde der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ mit aktuell 62 Partnerorganisationen genutzt. Die Landesvereinigungen für Gesundheit haben einen Qualitätsdialog mit Mitarbeitenden und Trägerorganisationen der Lebenswelten KiTa, Schule, Jugend- und Altenarbeit, Migration und Pflege eröffnet. Die Medizinische Hochschule Hannover hat die rechtlichen Grundlagen und Qualitätsroutinen der Gesundheitsförderung in Lebenswelten geprüft und dokumentiert. Zusammen mit der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. wurden die Qualitätserfordernisse aus Sicht der in den Lebenswelten Arbeitenden erhoben. Die Universität Bielefeld legt ein Qualifikationskonzept vor.

Die BZgA hat als Gesamtkoordinatorin des Projekts ihre Funktion als nationales Zentrum für Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung (QE/QS) in Gesundheitsförderung und Prävention vorbereitet und damit

den Transfer von Ansätzen für die QE/QS in die Praxis der Gesundheitsförderung sowie den Aufbau von Kompetenznetzwerken auf Länderebene einen wesentlichen Schritt voran gebracht.

Hiermit sind die Grundlagen für eine Bund-Länderstruktur zum Transfer von QE/QS in der Gesundheitsförderung und Prävention gelegt. Die folgenden drei Produkte können hierbei insbesondere genutzt werden:

- das Handbuch QE/QS (die aktuellen Verfahren und Instrumente liegen so aufbereitet vor, dass sie spezifisch nach Bedarf eingesetzt werden können),
- das Konzept für eine Multiplikatorenschulung (die erforderlichen Kompetenzen werden zunächst auf der Länderebene aufgebaut),
- das Konzept für ein Online-Angebot (eine interaktive digitale Kommunikationsplattform für QE/QS kann beauftragt werden).

Diese drei Produkte werden folgend dargestellt.

Abschließend folgt ein Ausblick auf weitere Forschungsergebnisse zum Transfer von Qualitätssicherungsverfahren in die Gesundheitsförderung in Lebenswelten.

2. Handbuch QE/QS in der Gesundheitsförderung und Prävention

2.1 Hintergrund

Zur Förderung der Qualitätsentwicklung und -sicherung wurden in den vergangenen Jahrzehnten Instrumente und Verfahren aus verschiedenen Bereichen in die Prävention und Gesundheitsförderung transferiert und adaptiert. Zudem wurden Verfahren speziell für die Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt und erprobt. Inzwischen liegen mehrere Übersichten vor, die in unterschiedlicher Akzentuierung Instrumente und Verfahren in der Prävention und Gesundheitsförderung zusammenfassen.

Allerdings existieren nur wenige fachliche Publikationen zur Qualitätsdebatte, welche die Besonderheiten, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Qualitätsbestimmungen in den Bereichen Soziale Arbeit, Gesundheit, Bildung und Prävention und Gesundheitsförderung herausarbeiten. Ebenso fehlen Übersichten und Einschätzungen von Verfahren und Instrumenten hinsichtlich ihrer Anwendung, Praxistauglichkeit und Integration in bereits bestehende Qualitätsmanagementsysteme.

2.2 Ziele und Zielgruppen

Das Handbuch soll wesentliche Grundlagen zur QE/QS anwenderfreundlich aufzeigen und einen Überblick über vorliegende Instrumente und Verfahren sowie Synopsen geben.

Zielgruppe sind Qualitätsbeauftragte, Projektberatende, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Entscheidungsträger und Projektakteurinnen und -akteure in den Bereichen soziale Arbeit, Gesundheit und Bildung, die in den unterschiedlichen Feldern der Prävention und Gesundheitsförderung tätig sind. Explizit eingeschlossen sind Personen, die in Einrichtungen mit bereits bestehenden Qualitätsmanagementsystemen arbeiten.

2.3 Vorgehen und Konzept

Für eine didaktisch-methodische Aufbereitung wurde ein Konzept gemeinsam mit der BZgA unter Einbezug weiterer Projektbeteiligter abgestimmt und entwickelt.

Die Darstellung erfolgt im Rahmen einer neu zu erstellenden Reihe als Handreichung zum Qualitätsmanagement. Das Format dieser Reihe wurde mit der BZgA und das Layout mit der beauftragten Agentur abgestimmt. Das Handbuch wird als Ringbuch gestaltet. Dieses ermöglicht

zum einen eine spätere Ergänzung weiter Informationen durch die BZgA und schließt eine potenzielle Erweiterung um andere Themenfelder in der Prävention und weitere Settings (jenseits Kommune, KiTa, Schule, Pflegeheim) in der Gesundheitsförderung ein. Zum anderen bietet es für die Nutzerinnen und Nutzer die Möglichkeit im Sinne eines Arbeitsbuchs eigene Aufzeichnungen einzufügen.

In dem Handbuch werden Verfahren und Instrumente zur QE/QS aus den verschiedenen Bereichen anwenderorientiert und praxisbezogen zusammenfasst und die Einsatzmöglichkeiten erprobter Qualitätsinstrumente und -verfahren in der Prävention und Gesundheitsförderung an settingbezogenen Beispielen herausgearbeitet. Dafür wurden die im deutschsprachigen Raum vorliegenden Übersichten zum Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung, Fachliteratur zu den Themen Qualität, Qualitätsentwicklung, -management und -sicherung in den Bereichen Gesundheit, Soziale Arbeit, Bildung und in der Prävention und Gesundheitsförderung gesichtet und zentrale Inhalte für die Erstellung einer Handreichung identifiziert und als Wissensbasis genutzt.

Für eine vergleichende Darstellung der Verfahren und Instrumente zur Qualitätssicherung wurden Kriterien definiert. Hierzu zählen Aufbau, Qualitätsdimensionen, Aufwand und Kosten, Nutzen, Besonderheiten und Einsatzmöglichkeiten in der Praxis. Für die Erstellung dieser Steckbriefe wurden die Entwicklerinnen und Entwickler der Verfahren und Instrumente unter anderem zur Weiterentwicklung, zur Praxiserprobung und zur Verbreitung des Verfahrens/Instrumentes befragt sowie die Ergebnisse der Experteninterviews der Universität Bielefeld genutzt und im fachlichen Austausch diskutiert.

Entsprechend wurden für eine Synopse bestehender Übersichten Kriterien entwickelt und mit der BZgA abgestimmt.

Im Handbuch werden (nach aktuellem Stand) folgende Themen behandelt:

1. Der theoretische Hintergrund und der aktuelle Wissensstand der Qualitätsdebatte in Gesundheit, Soziale Arbeit, Bildung und in der Prävention und Gesundheitsförderung werden zusammengefasst und die verschiedenen Perspektiven dargestellt. Daraus werden Möglichkeiten der Zusammen- und Durchführung qualitätsgesicherter Projektarbeit in den verschiedenen Bereichen herausgearbeitet.

2. Es ist vorgesehen, eine Übersicht über die gesetzlichen Rahmenbedingungen der QE/QS sowie des Qualitätsmanagements in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung in den Settings Kommune, KiTa, Schule und Pflegeheim nach Abschluss des Projekts einzufügen.
3. In einer Synopse werden vorliegende Zusammenstellungen zu Qualitätssicherungsverfahren in der Prävention und Gesundheitsförderung kriteriengeleitet dargestellt und verglichen.
4. Verfahren und Instrumente zur QE/QS, die in der Prävention und Gesundheitsförderung angewendet werden (können), werden hinsichtlich ihrer Charakteristika tabellarisch präsentiert.
5. In Steckbriefen werden Verfahren/Instrumente anhand festgelegter Kriterien prägnant beschrieben.
6. Anhand von Beispielen werden exemplarisch mögliche Einsatzbereiche und Hindernisse bestehender Verfahren/Instrumente zur Qualitätssicherung beschrieben sowie die dafür notwendigen Ressourcen und Projektmanagement-Kompetenzen der Akteurinnen und Akteure aufgezeigt.

3. Multiplikatorenkonzept QE/QS

3.1 Hintergrund und methodisches Vorgehen

Im Rahmen des von der BZgA geförderten Projekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ wurde die Universität Bielefeld beauftragt, ein Konzept zu entwickeln, mit dem die Qualitätsentwicklung in der settingbezogenen Gesundheitsförderung wirkungsvoll unterstützt und vorangebracht werden kann.

Dem Vorhaben zugrunde gelegt wurde unter anderem ein Positionspapier des Arbeitskreises Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung von 2011, das die Schaffung einer Struktur auf Bundes- und Landesebene vorschlägt:

- Eine Transfer- und Koordinierungsstelle Qualitätsentwicklung auf Bundesebene
 - Qualifikations- und Beratungsangebote auf Länderebene
- Das methodische Vorgehen wurde ausführlich in Teilbericht 4 beschrieben.

3.2 Beschreibung einer Transfer- und Koordinierungsstelle Qualitätsentwicklung auf Bundesebene

Auf Bundesebene sollte bei der BZgA eine zentrale Transfer- und Koordinierungsstelle angesiedelt sein. Diese hat fünf wesentliche Aufgaben: (1) die Unterstützung und

Qualifikation der Strukturen und Akteurinnen und Akteure auf Landesebene, (2) die Verbreitung und Initiierung qualitätsbezogener Erkenntnisse, (3) die Erarbeitung eines Konzepts zur Integration von Gesundheitsförderung in die QM-Systeme im Bereich Bildung und Soziales, (4) die Evaluation der Qualitätsentwicklung in den Ländern sowie (5) die Einwirkung auf die Förderrichtlinien.

Der Transfer- und Koordinierungsstelle kommen entsprechend folgende Aufgaben zu:

- Unterstützung und Qualifikation der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf Landesebene:** Vorgeschlagen wird die Entwicklung einer Fortbildungsreihe ggf. in Kooperation mit anderen Trägern. Perspektivisch sollte geprüft werden, ob diese Fortbildungsreihe mit einer Zertifizierung verknüpft wird. Zielgruppe dieser Fortbildungen sind beispielsweise Mitarbeitende in den Landesvereinigungen für Gesundheit, aber auch Mitarbeitende des ÖGD, von Wohlfahrtsverbänden und Krankenkassen. Ein Konzept für diesen Baustein wird derzeit erarbeitet. Die Fortbildungsreihe sollte folgende Themen umfassen:
- Einführung in Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung
 - Überblick über Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung (Nutzen, Grenzen, Akzeptanz)
 - Wissen, was wirkt – Evidenzbasierte Interventionsplanung
 - Anwendung spezifischer Verfahren und Instrumente (zum Beispiel Partizipative Qualitätsentwicklung, quintessenz, Auditierung)

- Vermittlung von Zielsetzungstechniken
- Gender (und Chancengleichheit) als Qualitätskriterium
- Erhebung von Bedarfen und Ableitung von Handlungsempfehlungen
- Erhebung von Bedürfnissen und Einbeziehung der Zielgruppe
- Entwicklung integrierter Handlungskonzepte
- Einführung in die QM/QS-Systeme zum Beispiel der Wohlfahrtsverbände
- Moderationskompetenzen, Konfliktlösungstechniken und Netzwerkmanagement
- Planung und Durchführung formativer und summativer Evaluation (Schwerpunkt Selbstevaluation)
- Nachhaltigkeit und Möglichkeiten des Fundraising

Aufbereitung wissenschaftlicher Erkenntnisse, Initiierung wissenschaftlicher Forschung zur Generierung wissenschaftlicher Evidenz und (Fach)-Öffentlichkeitsarbeit:

Um Qualitätsentwicklung voranzubringen, ist es aus Sicht der befragten Akteurinnen und Akteure erforderlich, die Wirkung qualitätsgesicherten Arbeitens und damit den Nutzen von Qualitätsentwicklung und -sicherung zu erheben und zu kommunizieren. Grundlage dafür ist die Schaffung von Evidenz, aber auch die Aufbereitung (inter-)nationaler Entwicklungen in der QE/QS. Auch fehlen Indikatoren, mit denen „weiche“ Aspekte wie zum Beispiel Partizipation oder Vernetzung erfasst werden können.

Entwicklung eines Konzepts zur Integration von Gesundheitsförderung in die QM-Systeme in den Bereichen Bildung und Soziales:

Wohlfahrtsverbände wie die AWO oder der Paritätische, aber auch Kommunen und Länder haben bereits umfassende Qualitätsmanagementsysteme etabliert (siehe Teilbericht 3). Diese beziehen sich teilweise auf die Organisation und der Fokus liegt nicht auf Gesundheitsförderung. Zugleich müssen Interventionen, die von den Krankenkassen gefördert werden, deren Qualitätsvorgaben gewährleisten. Es gilt hier, Anknüpfungsmöglichkeiten und Schnittstellen zu identifizieren und - anstelle doppelgleisiger Vorgehen - gemeinsam mit diesen Trägern Integrationsstrategien zu erarbeiten. Da die Wohlfahrtsverbände in der Regel länderspezifische QM/QS-Systeme etabliert haben, sollte die Entwicklung eines Konzepts auf Bundesebene (in Kooperation mit den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf Landesebene), die konkrete Umsetzung dann aber auf Landesebene erfolgen.

Evaluation der Qualitätsentwicklung in den Ländern: Die Aktivitäten in den Ländern sollten fortlaufend unterstützt und beobachtet werden. Seitens der Bundesebene ist dafür auch ein länderübergreifender Erfahrungsaustausch zu organisieren, der zugleich für die Weiterentwicklung des Multiplikatorenkonzepts genutzt wird.

Einwirkung auf Förderrichtlinien: Um der QE/QS mehr Gewicht zu geben, sollte eine Verankerung in den Förderkriterien verschiedener Drittmittelgeber verfolgt werden.

3.3 Beschreibung der Qualifikations- und Beratungsangebote auf Länderebene

Im Mittelpunkt der Aktivitäten auf Länderebene stehen (1.) der Aufbau eines Kompetenznetzes Qualität und die Initiierung eines Erfahrungsaustauschs (2.) die Projektberatung und Qualifizierung der Akteurinnen und Akteure vor Ort sowie (3.) die Integration von Gesundheitsförderung in die QM/QS-Systeme der Wohlfahrtsverbände. Darüber hinaus kommt den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf Landesebene die Aufgabe zu, den Informationsfluss (a) zwischen Bundes- und Landesebene und (b) zwischen Wissenschaft und Praxis zu gewährleisten.

Aufbau eines Kompetenznetzes: In allen Bundesländern sind vielfältige Akteurinnen und Akteure der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung aktiv. Es ist die Aufgabe der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf Landesebene, die verschiedenen Akteurinnen und Akteure miteinander zu vernetzen und einen Erfahrungsaustausch zu befördern. Hierfür sollten bestehende Netzwerke und Kooperationsstrukturen genutzt werden. Besonders anregend wird ein Austausch über misslungene Projekte („Flops“) wahrgenommen, um Stolpersteine der Qualitätsentwicklung in Settings identifizieren zu können.

Qualifizierung und Projektberatung: Den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren kommt die Aufgabe zu, Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung in den Ländern zu qualifizieren und zu beraten. Gewünscht wird eine inhalts- und nicht instrumentenbezogene Projektberatung, die einen Schwerpunkt auf die Planungsphase legt. Die Beratung muss ggf. spezifisch für Settings und Handlungsfelder und unter Einbezug ggf. in den Settings etablierter QM/QS-Systeme erfolgen. Es ist denkbar, dass zunächst die länderspezifischen Schwerpunkte weiterverfolgt werden, die in dem gegenwärtigen Projekt bereits von den jeweiligen Landesvereinigungen fokussiert wurden.

Zur Qualifizierung wird ein gestuftes Angebot vorgeschlagen, mit dem in einzelnen Bundesländern bereits gute Erfahrungen gemacht wurden. Dieses sollte neben Fachtagungen und Workshops für größere Gruppen auch Intensivworkshops für Kleinstgruppen sowie spezifische Interventionsberatung vorsehen. Es ist zu diskutieren, ob das spezifische Beratungsangebot über eine Art „Beratungsgutscheine“ gesteuert werden kann.

Die thematischen Bausteine für dieses gestufte Angebot zur Qualifikation der Akteurinnen und Akteure vor Ort lehnen sich an die Themen der Fortbildungsreihe auf Bundesebene an, sie werden von den einzelnen Landesvereinigungen für Gesundheit ausgewählt.

Integration von Gesundheitsförderung in die QM/QS-Systeme der Wohlfahrtsverbände: Die Wohlfahrtsverbände (und Kultusministerien) haben länderspezifische QM/QS-Systeme etabliert. Perspektivisch sollte es das Ziel sein, Gesundheitsförderung in die QM/QS-Systeme zu integrieren. Auf Bundesebene wird hierzu ein Konzept entwickelt, das auf Landesebene in Kooperation mit den settingspezifischen Trägern umgesetzt werden soll.

3.4 Verfahren für die weitere Ausarbeitung des Multiplikatorenkonzepts

Die Skizze des Multiplikatorenkonzepts war neben der Projektdarstellung im Rahmen der Bundeskonferenz am 26.01.2015 Grundlage, die Landesvereinigungen für Gesundheit um eine Rückmeldung zu dem Konzeptentwurf

zu bitten. Dafür wurde die Beschreibung kurzfristig an alle Landesvereinigungen für Gesundheit geschickt und telefonische Rückmeldungen (n=15)¹⁰ eingeholt. Hierbei ergab sich ein insgesamt positives Stimmungsbild; der Entwurf des Multiplikatorenkonzepts wurde im Kern für gut befunden (n=15). Besonders hervorgehoben wurde die Gründung des Konzepts auf bestehenden Strukturen sowie die Stützung von Erfahrungsaustausch als bedeutsamer Ressource für Qualitätsentwicklung. Auch der Strukturvorschlag, eine koordinierende Stelle auf Bundesebene und eine Landeskoordination auf Ebene der Länder einzurichten, wird einstimmig befürwortet. Die vorgestellten Aufgabenportfolios werden als umfassend und vollständig bewertet, wengleich Erläuterungs- und Konkretisierungsbedarf der Aufgabenbeschreibungen erbeten wurde. Für die Umsetzung des Multiplikatorenkonzepts müssen die bisherigen Arbeitsschwerpunkte der Landesvereinigungen für Gesundheit sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen berücksichtigt werden.

Die Ergebnisse der Abschlussbefragung wurden in eine weitere Diskussion des Entwurfs, die im Rahmen der Vorstellung auf dem Kongress Armut und Gesundheit am 06.03.2015 erfolgte, integriert.

4. Konzept für ein Online-Angebot zum Transfer von Instrumenten und Erfahrungen zur Qualitätsentwicklung/-sicherung

Das Konzept wurde im Rahmen des BZgA geförderten Projekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ in Abstimmung mit den Projektpartnern erstellt. Die Projektlaufzeit lag zwischen Juni 2014 und Februar 2015. Ziel des Teilprojekts bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. war es, ein Konzept für den Online-Transfer von bekannten Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung (QE/QS) unter Berücksichtigung der interaktiven Austauschplattform inforo online zu erstellen.

4.1 Hintergrund und Ergebnisbasis der Konzepterstellung

Um die Transferunterstützung bedarfsgerecht zu gestalten, wurden der Bestand an Online-Angeboten und ihre Verwendung sowie die Bedarfe der Praktikerinnen und Praktiker hinsichtlich eines interaktiven Online-Angebots zur QE/QS mittels Internetrecherche und qualitativer Befragungen erhoben. Die Bedarfe und Wünsche hinsichtlich eines Online-Angebots zur QE/QS lassen sich in folgenden

¹⁰ Für die Rückmeldung aus den Ländern Berlin und Brandenburg wurde aufgrund der bestehenden Strukturen der Landesvereinigungen für Gesundheit ein Interview geführt.

Schwerpunkte zusammenfassen: 1) (Redaktionell) aufbereitete Inhalte und Neuigkeiten; 2) praxisnahe Beschreibungen und Erfahrungsberichte; 3) Übersicht zu Instrumenten und Verfahren; 4) schnell einsetzbare und flexible Arbeitsmaterialien sowie 5) eine Datenbank mit Kontaktpersonen für Beratung und Austausch.

4.2 Zielgruppen und Zielstellungen für das interaktive Online-Angebot

In erster Linie richtet sich das neue Online-Angebot an die primäre Zielgruppe der Praxisangebote der Gesundheitsförderung, also an Praktikerinnen und Praktiker, die ihre Angebotsqualität verbessern wollen. Dabei soll das Online-Angebot vier Ziele erfüllen: 1) Auf Instrumente und Verfahren zur QE/QS aufmerksam machen und kontinuierlich Informationen bieten; 2) Erfahrungen aus der Praxis zu Erfolgen darstellen und mögliche Stolpersteine nutzbar machen; 3) praxisnahe Hilfestellungen für die Praxis bieten und 4) Kontakte vermitteln, die bei der Qualitätsentwicklung unterstützen.

Zudem unterstützt das Angebot die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Kompetenznetzwerke als sekundäre Zielgruppe, das heißt die zukünftigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Landesvereinigungen für Gesundheit sowie auch weitere Stakeholder auf Bundes- und Länderebene wie zum Beispiel ÖGD, BZgA, Krankenkassen und Bundesministerium für Gesundheit.

4.3 Mögliche Bausteine eines Online-Angebots

Anhand der bedarfsgelenkten Zielformulierung wurden unterschiedliche Bausteine eines Online-Angebots für die Praktikerinnen und Praktiker in der Gesundheitsförderung entwickelt. Dazu gehören unter anderem:

- a) **Newsletter** sowie tagesaktuelle und **personalisierte Inhalte**.
- b) **Erfahrungsberichte durch die Praktikerinnen und Praktiker**. Diese Erfahrungsberichte sollten – mit redaktioneller Unterstützung – insbesondere Einblick in den Umgang mit bekannten Instrumenten und Verfahren geben und sowohl positive als auch negative Erfahrungen abbilden.
- c) **Sammlung der Fragen und Antworten**, die im Rahmen der Beratung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Fachexpertinnen und -experten identifiziert werden.
- d) **Online-Werkstatt**, in die Praktikerinnen und Praktiker eingeladen werden, um anderen **Arbeitsmaterialien zur Verfügung zu stellen** und diese gemeinsam weiterzu-

entwickeln. Um den Qualitätsstandard der Materialien sicherzustellen, würden die Materialien redaktionell aufbereitet und geprüft.

- e) **Kontaktverzeichnis** als Übersicht zu allen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Fachexpertinnen und -experten und den am Fachmodul teilnehmenden Praktikerinnen und Praktikern. Die jeweiligen Personenangaben würden neben den klassischen Kontaktinformationen auch Auskunft darüber geben, in welchem Bereich die Person arbeitet und über welche Kenntnisse sie im Bereich der QE/QS verfügt.

Zusätzlich bietet das Online-Angebot den zukünftigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eine **begleitende Unterstützungsstruktur**, das heißt Instrumente zur Vor- und Nachbereitung von Seminaren und Beratungsleistungen, und stellt Formate zum internen Austausch zur Verfügung.

4.4 Strategie der Bundes- und Länderebene

Das Online-Angebot wurde auf Basis des Multiplikatorenkonzepts zur Online-Transferunterstützung konzipiert. Für interaktive Elemente kann ein Fachmodul für QE/QS die bestehende technische Infrastruktur von inforo online nutzen. Die **BZgA** bzw. eine **Bundesstelle** stellt als tragender Partner (Transfer- und Koordinierungsstelle für QE/QS) die Fachaufsicht sowie die Koordinierung.

Die Landesvereinigungen für Gesundheit und die dort vertretenen **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** begleiten den Aufbau und die Pflege der Kompetenznetzwerke auch im Rahmen des Online-Formats. Sie sind die regionalen inhaltlich-fachlichen Ansprechpartner für die Nutzerinnen und Nutzer und stellen wichtige Informationen aus den Kompetenznetzwerken online.

Ein zentrales Ergebnis aus der Bedarfserhebung war der Wunsch nach redaktionell aufbereiteten und qualitätsgesicherten Inhalten. Um dies zu gewährleisten, wird eine zuständige **Redaktions- und Servicestelle** empfohlen. Sie erhält Informationen aus den bundesweiten und regionalen Prozessen zur Qualitätssicherung durch die Bundesstelle sowie durch die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf Landesebene. Diese Inhalte bereitet sie fachlich und redaktionell auf, so dass ein bestmöglicher Qualitätsstandard für die Arbeitsmaterialien, Erfahrungsberichte sowie Meldungen sichergestellt ist. Zudem betreut sie die teilnehmenden Praxisangebote und weiteren Akteurinnen und Akteure in der Nutzung und gibt Hilfestellungen bei der Anwendung der verschiedenen Funktionen.

5. Ausblick

Im Rahmen ihres Teilprogramms „Transfer von Qualitäts-sicherungsverfahren in die Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ wurden von der BZgA weitere Forschungsprojekte gefördert. Sie ergänzen die im vorliegenden Gesamtprojektbericht „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ dargestellten Ergebnisse.

1. Wirkmechanismen gesundheitsbezogener Qualitätsentwicklung im Setting KiTa – Das Audit „Gesunde KiTa“ der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. belegt eine hohe nachhaltige Wirksamkeit und stellt zugleich die eingesetzten Ressourcen für das untersuchte Qualitätsentwicklungsverfahren dar.
2. Ziel des von der Hochschule Magdeburg-Stendal durchgeführten Delphi-Verfahrens war es, Möglichkeiten der Qualitätssicherung, Evaluation, Monitoring und Steuerung des Handlungsfelds „Gesundheitsförderung im Setting KiTa“ herauszuarbeiten. Es gibt mehrere Datenquellen, allerdings bedarf es ergänzender eigenständiger repräsentativer Einrichtungsbefragungen. Hierzu ist die Einigung auf Indikatoren, auf Ebene der Länder und Kommunen, erforderlich. Eine zentrale bundesweite Koordinierungsstelle wird als notwendig erachtet.
3. Obwohl Unfälle die häufigste Todesursache im Kindes- und Jugendalter sind, wird die Unfallprävention oft außerhalb allgemeiner Qualitätsentwicklungsmaßnahmen der Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz wahrgenommen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mehr Sicherheit für Kinder e.V. hat daher bestehende Instrumente zur Qualitätsentwicklung in der Kinderunfallprävention überprüft. Die Umfrage zeigt, dass das Thema Qualitätsentwicklung bei den Akteurinnen und Akteuren angekommen ist. Allerdings wurden erprobte Qualitätsentwicklungsmaßnahmen zum Teil noch unzureichend genutzt.
4. Das Projekt „Betriebliches Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen – Bestandsaufnahme und Transparenz“ der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. bestätigte, dass es im Betrieblichen Gesundheitsmanagement darum gehen muss, ins Gespräch zu kommen. Teamentwicklungs-Workshops, persönliche Beratungsangebote, Mitarbeitenden-Vorgesetzten-Gespräche usw. sind wesentliche Erfolgsfaktoren.

5. Das qualitative Forschungsprojekt „Relevanz von Geschlecht in der Gesundheitsförderung in Settings“ der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld hat gezeigt, dass Geschlechteraspekte nur unzureichend berücksichtigt werden. Handlungsbedarf besteht insbesondere im Hinblick auf verbindliche Regelungen zur Berücksichtigung von Geschlechteraspekten und die Unterstützung geschlechtersensibler Vorgehensweisen durch geeignete Instrumente und Konzepte.
6. Wissenschafts-Praxis-Partnerschaften im Setting Kommune (WiPP) sind in der internationalen Literatur ein etablierter Forschungsgegenstand und es gibt ein ausdifferenziertes Spektrum an Fragestellungen. An der Alice Salomon Hochschule Berlin werden seit 1998 Partnerschaften am Standort Berlin Marzahn-Hellersdorf entwickelt. Im Projekt IWiPP konnte innerhalb einer viermonatigen Förderung die internationale Literatur gezielt nach Instrumenten zur Unterstützung von WiPPs ausgewertet sowie eine lokale Erhebung der Kooperationsprojekte zwischen Hochschule und diversen Partnerinnen und Partnern im Berliner Bezirk Marzahn-Hellersdorf durchgeführt werden. Eine Veröffentlichung der entstandenen Internet-Plattform unter www.ash-berlin.eu/wipps ist Mitte 2015 vorgesehen.

Alle Forschungsberichte werden auf BZgA : Studien¹¹ eingestellt.

Die Vielfältigkeit der verschiedenen Themen und Forschungsgegenstände macht nicht mehr, aber auch nicht weniger deutlich, dass es in der Gesundheitsförderung in Lebenswelten um Leben geht. Dem entspricht eine große Anzahl und Verschiedenartigkeit der zugehörigen „Forschungscommunity“. Deren Kapazität und Leistungsfähigkeit auszubauen durch Zielorientierung, Koordination und eigene Forschungsimpulse, sollte sich eine zukünftige nationale Transfer- und Koordinierungsstelle für Prävention und Gesundheitsförderung zur zentralen Aufgabe machen.

¹¹ www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/

IMPRESSUM

Herausgeberin
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 50819 Köln

Leitung
Dr. med. Heidrun Thaiss
Alle Rechte vorbehalten.

Redaktion
Iris Bregulla, Marianne Fleischer, Dr. Frank Lehmann

Fachliche Beratung
Lutz Decker, Deutscher Städtetag
Martina Dreibus, Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen Rheinland-Pfalz
Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal
Prof. Lotte Kaba-Schönstein, Hochschule Esslingen
Dr. Heinz Hundeloh, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
Helene Luig-Art, Büro für Stadtteilmanagement Langballig
Beate Proll, Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung
Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender des Paritätischen, Wohlfahrtverbandes – Gesamtverband e. V.
Klaus-Peter Stender, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
Dr. Volker Wanek, GKV-Spitzenverband
Prof. Dr. Michael T. Wright, Institut für Soziale Gesundheit, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Gestaltungskonzept
molter & sartor, Düsseldorf

Druck
Rasch, Bramsche

Auflage
1. Auflage

Stand der Bearbeitung
Juni/2015

Bestellnummer
60583002

Bestelladresse
Dieser Gesamtprojektbericht ist kostenlos erhältlich bei der BZgA, 50819 Köln oder per Mail: order@bzga.de.
Er ist nicht zum Weiterverkauf durch den Empfänger/die Empfängerin oder durch Dritte bestimmt.

Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität

Handlungsbedarfe und -empfehlungen

- Bestehende Offenheit für Fragen der Qualität in der Gesundheitsförderung nutzen
 - > Förderung des Austauschs innerhalb und zwischen Settings
 - > Förderung des Dialogs und der Wertschätzung zwischen Trägerstrukturen und Lebenswelten
 - > Förderung von Beratung und Prozessbegleitung zwischen Fachkräften in Lebenswelten und Gesundheitsförderstrukturen
- Ein bundesweites Netzwerk von landesspezifischen Qualitätsnetzwerken bestehend aus Landesvereinigungen und entsprechenden Organisationen sowie Trägerorganisationen von Lebenswelten anstreben
- Sinnvoll erscheinen verbindliche Koordinationsfunktionen auf kommunaler, Stadtteil- und Quartiersebene
- Eine Bund-Länder-Transferstruktur für QE/QS der Gesundheitsförderung in Lebenswelten erscheint hilfreich
- Anschlussfähigkeit QE/QS der Gesundheitsförderung an QM-Systeme in Lebenswelten fördern