

Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität

Teilprojekt „Transferkonzept Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung unter Nutzung der Strukturen der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleich- heit“

Endbericht

Stand: 06.05.2015

Prof. Dr. Petra Kolip
Ina Schaefer, Dipl. Ing., MPH
Stephanie Funk, M. Sc. Public Health
Julien Merta, M. Sc. Public Health
Lara Weber, M. Sc. Public Health

Kontakt:

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Tel. 0521 106 -67273 / -3834 (Sekretariat)
petra.kolip@uni-bielefeld.de

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

Inhalt

| | |
|---|------------|
| Abbildungen | III |
| Tabellen | IV |
| Abkürzungsverzeichnis | V |
| 1 Hintergrund und Vorhaben | 1 |
| 2 Methodik | 5 |
| 2.1 Qualitative Interviews | 6 |
| 2.1.1 Befragung der Entwickler/-innen generischer Verfahren und Instrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung | 7 |
| 2.1.2 Vorgehen zur Befragung der Landesvereinigungen für Gesundheit | 9 |
| 2.2 Dokumentenanalyse | 13 |
| 2.2.1 Ergebnisprotokolle der Fokusgruppen | 14 |
| 2.2.2 Teilnahme an den Regionalkonferenzen | 17 |
| 2.3 Projektarbeitssitzungen..... | 18 |
| 3 Ergebnisse zur Entwicklung eines Multiplikatorenkonzeptes | 20 |
| 3.1 Befragung der Entwickler/-innen von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung..... | 20 |
| 3.1.1 Genutzte Verbreitungschanäle und Unterstützungsangebote für Anwender/-innen | 20 |
| 3.1.2 Organisation und Durchführung der angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen | 22 |
| 3.1.3 Erfahrungen der Anwender/-innen von Instrumente und Verfahren..... | 26 |
| 3.1.4 Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept..... | 30 |
| 3.1.5 Fazit aus den Interviews mit den Entwicklerinnen und Entwicklern | 34 |
| 3.2 Erstbefragung der Landesvereinigungen für Gesundheit..... | 37 |
| 3.2.1 Aktivitäten der Landesvereinigungen für Gesundheit im Bereich Qualitätsentwicklung und -sicherung (Bestandsaufnahme)..... | 37 |
| 3.2.2 Weiterer Unterstützungsbedarf der Praktiker/-innen und Herausforderungen bei der Vermittlung von Qualitätsansätzen | 44 |
| 3.2.3 Erwartungen der LVGn an das Multiplikatorenkonzept | 50 |
| 3.2.4 Fazit der Befragung der Landesvereinigungen für Gesundheit..... | 55 |
| 3.3 Auswertung der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen | 58 |
| 3.3.1 Ergebnisse für das Setting Kommune | 58 |
| 3.3.2 Ergebnisse für das Setting Kita | 71 |
| 3.3.3 Ergebnisse für das Setting Schule..... | 81 |
| 3.3.4 Fazit der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen..... | 87 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4 | Das Multiplikatorenkonzept für die Förderung von Qualitätssicherung und -entwicklung in der settingbezogenen Gesundheitsförderung..... | 90 |
| 4.1 | Konzeption des Multiplikatorenkonzeptes | 90 |
| 4.1.1 | Landeskoordination für Qualitätsentwicklung | 90 |
| 4.1.2 | Koordinierungs- und Transferstelle auf Bundesebene | 94 |
| 4.2 | Abschlussbefragung der Landesvereinigungen für Gesundheit | 96 |
| 4.3 | Pilotierung des Qualifikationskonzeptes für die Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung | 100 |
| 5 | Ergebnisse der Prozessevaluation des Projektes <i>Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität</i>..... | 105 |
| 5.1 | Einschätzungen zum Projekt der Akteurinnen und Akteure aus den Ländern... .. | 105 |
| 5.1.1 | Telefonische Befragungen der Landesvereinigungen für Gesundheit | 105 |
| 5.1.2 | Evaluierung der Fokusgruppen und der Regionalkonferenzen | 110 |
| 5.2 | Evaluierung der Projektarbeitssitzungen | 114 |
| 5.3 | Fazit der Prozessevaluation..... | 118 |
| | Literatur..... | 121 |
| | Anhang..... | 124 |

Abbildungen

| | |
|--|-----|
| Abbildung 1: Diagramm zur Auswertung der Fokusgruppenprotokolle | 16 |
| Abbildung 2: Punkteabfrage einer Regionalkonferenz | 18 |
| Abbildung 3: Bausteine des Angebots Qualifizierung der Akteurinnen und Akteure vor Ort sowie Organisation der Projektberatung | 94 |
| Abbildung 4: Umsetzung des Evaluationskonzeptes von Kirkpatrick nach Heinmüller et al..... | 103 |
| Abbildung 5: Stimmungsbarometer zeitlicher Stand der Teilprojekte und des Gesamtprojektes | 115 |
| Abbildung 6: Stimmungsbarometer Informationsfluss und Kommunikation | 117 |
| Abbildung 7: Stimmungsbarometer Projektverlauf und Zusammenarbeit | 117 |

Tabellen

| | |
|--|-----|
| Tabelle 1: Zuteilung der methodischen Zugänge zu den ersten beiden Arbeitsaufträgen der Universität Bielefeld | 5 |
| Tabelle 2: Schematische Darstellung des Leitfadens der Entwickler/-innen-Befragung | 8 |
| Tabelle 3: Schematische Darstellung des Kodierleitfadens (Befragung der Entwickler/-innen von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung) | 9 |
| Tabelle 4: Kodierleitfaden der Erstbefragung der Landesvereinigungen für Gesundheit | 11 |
| Tabelle 5: Übersicht der Länder, ihrer gewählten Settings und Anzahl der durchgeführten Fokusgruppen (n=31)..... | 15 |
| Tabelle 6: Kategoriensystem zur Auswertung der Ergebnisprotokolle der Fokusgruppen im Setting Kommune..... | 16 |
| Tabelle 7: Kategoriensystem zur Auswertung der Projektarbeitssitzungen..... | 19 |
| Tabelle 8: Übersicht über die Fokusgruppen und bestehende Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung (Setting Kommune) | 59 |
| Tabelle 9: Verwendete Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung | 61 |
| Tabelle 10: Verwendete Instrumente der Qualitätsentwicklung | 63 |
| Tabelle 11: Übersicht über die Anzahl der Fokusgruppen und die Arbeitsebenen sowie Schulformen nach Land | 82 |
| Tabelle 12: Übersicht über die Fokusgruppen und bestehende Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung (Setting Schule)..... | 83 |
| Tabelle 13: Verortung der Teilnehmenden auf der Skala zur erwarteten Wirkung des Projektes in der Praxis und zur wahrgenommenen Partizipation der LVG (n=11) | 109 |
| Tabelle 14: Ergebnisse der Stimmungsbarometer (Ergebnisdokumentation Fokusgruppen) | 111 |
| Tabelle 15: Ergebnisse der Stimmungsbarometer (Ergebnisdokumentation Regionalkonferenz) | 111 |
| Tabelle 16: Anzahl der Teilnehmenden je Regionalkonferenz und Anzahl der Antworten auf die Prozessevaluationsfrage..... | 112 |
| Tabelle 17: Arbeitsbereiche der Teilnehmenden aus den Fokusgruppen zum Setting Kommune nach Land..... | 140 |
| Tabelle 18: Übersicht über die Anzahl der Fokusgruppen und die Trägerorganisationen der beteiligten Kitas nach Land | 140 |
| Tabelle 19: Übersicht über die Fokusgruppen und bestehende Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung (Setting Kita)..... | 141 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------------------|---|
| BVPG e. V. | Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. |
| BZgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |
| DIN EN ISO | Deutsche Industrienorm, Europäische Norm, International Organization for Standardization |
| E | Interviewpartner/-in im Rahmen der Befragung der Entwickler/-innen |
| EFQM | European Foundation for Quality Management |
| F | Fokusgruppe |
| HAG e. V. | Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. |
| IP | Interviewpartner, Interviewpartnerin |
| K | Kategorie |
| KEQ | Kapazitätsentwicklung im Quartier |
| L | Interviewpartner/-in im Rahmen der Befragung der Länder |
| LAGS e. V. | Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. |
| LVG (pl. LVGn) | Landesvereinigung für Gesundheit |
| LVG & AFS NDS e. V. | Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. |
| LZG.NRW | Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen |
| MHH | Medizinische Hochschule Hannover |
| ÖGD | Öffentlicher Gesundheitsdienst |
| P. | Positionsnummer bei MAXQDA |
| PDCA-Zyklus | Plan-do-check-act-Zyklus |
| PQ | Partizipative Qualitätsentwicklung |
| QE | Qualitätsentwicklung |
| QIP | Qualität in der Prävention |
| QM | Qualitätsmanagement |
| QS | Qualitätssicherung |
| QuiG® | Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention |
| RADAR | Results (Ergebnisse), Approach (Vorgehen), Deployment (Umsetzung), Assessment and Refinement (Bewertung und Verbesserung) |
| SebeiSch | Selbstbewertung in Schulen |
| SMART | Spezifisch, messbar, angemessen, realistisch, terminiert |
| SVR | Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen |
| UK | Unterkategorie |

1 Hintergrund und Vorhaben

Fragen der Qualität und Evaluation sowie zu deren Etablierung haben in den vergangenen Jahren im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt Aufmerksamkeit bekommen (Kolip, Ackermann, Ruckstuhl & Studer, 2012; Kolip & Müller, 2009; Tempel, Bödeker, Reker, Schaefer, Klärs & Kolip, 2013; Wright, 2010). Zugleich zeigt sich die Landschaft der Förderung von Qualität in der Gesundheitsförderung sehr heterogen: Es existieren vielfältige und uneinheitliche Instrumentarien, Kriterien und Verfahren. Auch findet in der Praxis nur eine langsame Umsetzung statt (Ruckstuhl, 2009). Im Folgenden wird zunächst ein kurzer Überblick über den Stand der Diskussion gegeben, ehe anschließend die Aufträge des Teilprojektes skizziert werden.

Ein Kennzeichen für die Heterogenität der Qualitätslandschaft in der Gesundheitsförderung ist, dass selbst Hauptbegriffe uneinheitlich benutzt werden (Ruckstuhl, 2009) bzw. es keine einheitliche Definition gibt. Herangezogen wird häufig die Definition des Institute of Medicine. Danach ist Qualität „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissen übereinstimmen“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [SVR]¹, 2001b, S. 57). Wird diese Definition auf Prävention und Gesundheitsförderung übertragen, ist Qualität das Ausmaß, in dem die Wahrscheinlichkeit gewünschter Ergebnisse steigt, z.B. das Bewegungsverhalten einer spezifischen Zielgruppe in einem bestimmten Setting.

Unabhängig von der begrifflichen Heterogenität, die sich auch auf die für dieses Projekt wesentlichen Begriffe Qualitätssicherung und -entwicklung sowie Qualitätsmanagement bezieht, besteht Übereinstimmung, dass sich Qualität nicht selbsttätig einstellt, dass immer messbare Ziele zu definieren sind, damit die Qualität gemessen werden kann (LIGA.NRW, 2011). Ebenfalls ist Qualitätsentwicklung sowie -sicherung fortwährend mit dem Denken in Regelkreisen verbunden (LIGA.NRW, 2011), wie es etwa der Public Health Action Cycle nahelegt (Rosenbrock, 1995).

Weiterhin hat sich in Bezug auf die Qualitätssicherung und -entwicklung die Verwendung der von Donabedian (1966) entwickelten Differenzierung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität etabliert, die für die Prävention und Gesundheitsförderung um die Planungsqualität erweitert wurde (Ruckstuhl, Kolip & Gutzwiller, 2001). Die Planungsqualität bezieht sich auf die Erarbeitung von Grundlagen und Voraussetzungen bis hin zur Konzeption und Planung einer Intervention. Die Strukturqualität nimmt Bezug auf die Rahmenbedingungen einer Intervention. Darunter fällt beispielsweise die personelle, finanzielle oder technische Ausstattung. Ebenso bezieht sie sich auf administrative, organisatorische und gesetzliche Rahmenbedingungen. Prozessqualität zielt auf die Umsetzung einer Intervention ab. Dabei sind zunächst Ziele, Maßnahmen und Strategien in einem Planungskonzept festzulegen. Der Umsetzungsprozess muss zur Sicherung der Prozessqualität systematisch verfolgt werden. Die Ergebnisqualität zielt auf die Frage ab, ob mit

¹ Heutiger Name Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

einer Intervention die zu Beginn definierten Ziele erreicht wurden. Hierbei wird die Bedeutsamkeit von präzise und messbar formulierten Zielen für die Bewertung der Intervention deutlich (Kolip, 2006; Kolip et al., 2012; Tempel et al., 2013).

Entwicklung in Deutschland

Die Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung wird seit Anfang der 1990er Jahre geführt (Ruckstuhl, 2009). Zu dieser Zeit lag der Diskussionsschwerpunkt zunächst auf der Bestimmung von Qualität und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Hierbei wurde sich auf die in der Medizin von Donabedian etablierten Qualitätsdimensionen bezogen (ebd.). Anstelle einer extern gesteuerten Setzung von Standards, wurde dabei eher auf die (interne) gemeinsame Entwicklung von Qualitätsstandards mit Praktikern und Praktikerinnen gesetzt.

Parallel dazu haben die Spitzenverbände der Krankenkassen einheitliche Standards für ihre präventiven und gesundheitsförderlichen Programme definiert (GKV-Spitzenverband, 2014). Diese Qualitätsaspekte und das Erfüllen der damit im Zusammenhang stehenden Anforderungen bilden die Grundlage für die Maßnahmen, die nach §20 SGB V angeboten werden (ebd.).

In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre lag der Schwerpunkt der Qualitätsdiskussion auf der Entwicklung von Instrumenten und Leitfäden. Ebenfalls im Fokus standen die Sensibilisierung für Qualitätsaspekte sowie die Förderung einer Qualitätskultur bei den Praktikerinnen und Praktikern, (Ruckstuhl, 2009). Besonders seit der GKV-Gesundheitsreform im Jahr 2000 wurde das Thema Qualitätsmanagement und -sicherung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung erweitert und gestärkt (Helou, Schartz & Ollenschläger, 2002). Und auch der SVR forderte im Jahr 2001 Qualitätsmanagement und Evaluation stärker in Gesundheitsförderung und Prävention zu verankern (SVR, 2001a).

Seit der Jahrtausendwende hat sich das Feld weiter ausdifferenziert und der Evidenzbegriff hielt Einzug in die Qualitätsdiskussion (Ruckstuhl, 2009). Weiterhin wurde 2003 der bundesweite Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten² eingerichtet. Mit Hilfe von Vernetzung und Austausch sowie einer Verbesserung der Interventionsqualität soll dieser Kooperationsverbund zum Abbau gesundheitlicher Benachteiligung beitragen (BZgA, 2015).

Die Entwicklungen rund um das Thema Qualität wurden immer vielschichtiger, ohne dass begriffliche Klärungen vorgebracht wurden. Zur Unterstützung von Praktikerinnen und Praktikern wurden zahlreiche Instrumente und Verfahren entwickelt, die sich auf die unterschiedlichen Qualitätsdimensionen beziehen und die Qualitätsentwicklung und -sicherung systematisieren sollten. So wurde ab dem Jahr 2005 der Ansatz der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQ) entwickelt, erprobt und etabliert sich seitdem immer weiter (Wright, Block & von Unger, 2009). Auch wurden Anstrengungen unternommen, das aus der Schweiz stammende Qualitätssystem quint-essenz in Deutschland zu verbreiten (Kolip et al., 2012). Darüber hinaus wurden Übersichten und Einführungen in die Thematik erstellt, die den Einstieg in die Qualitätsentwicklung und Evaluation er-

² Seit 2012 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.

leichtern sollen (z. B. LIGA.NRW, 2011; Tempel et al., 2013). Seit 2014 liegt außerdem eine deutschsprachige Übersetzung des von der International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) herausgegebenen CompHP-Rahmenkonzeptes vor, das Kernkompetenzen in der Gesundheitsförderung aufzeigt und die Diskussion über die Qualität der beruflichen Qualifizierung in diesem Feld anregen soll (BZgA, 2014).

Auch mit den Bemühungen um ein Präventionsgesetz sollen „Begriffe, Konzepte, Zuständigkeiten und Finanzierung der Prävention auf eine gemeinsame und verbindliche Basis gestellt werden“ (Rosenbrock, 2004, S. 71). Der aktuelle Gesetzentwurf geht auch auf die Sicherstellung der Qualität und die Förderung der Wirksamkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ein. Vorgesehen ist die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie, in der u. a. Rahmenempfehlungen für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention gegeben werden sollen (BT-Drs. 640/14, 2014).

Die aufgezeigten Entwicklungen verdeutlichen, dass eine wesentliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und -entwicklung bezüglich der inhaltlichen Gestaltung sowie zur Verfügung stehender Instrumente und Verfahren stattfand. Jedoch ist bis heute, abgesehen von den Vorgaben für die nach §20 SGB V angebotenen Maßnahmen, keine systematische Integration von Qualitätssicherung und -entwicklung in die Gesundheitsförderung und Prävention gelungen.

Vor diesem Hintergrund hat sich 2010 ein Arbeitskreis aus Entwicklerinnen und Entwicklern verschiedener Instrumente und Verfahren für die Qualitätsentwicklung gebildet, der 2011 ein Positionspapier zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung verfasst hat (Arbeitskreis Qualitätsentwicklung, 2011). In diesem Positionspapier kommen die beteiligten Entwicklerinnen und Entwickler zu dem Schluss, dass in der Zusammenarbeit mit Praktikerinnen und Praktikern zahlreiche Instrumente als abstrakt wahrgenommen werden und der Transfer in den eigenen Arbeitsalltag der Praktiker und Praktikerinnen schwerfällt. Dies sei u. a. darauf zurückzuführen, dass vor allem bei komplexen, settingbezogenen Interventionen die lokale Logik und die entwickelten Handlungsroutrinen und Kooperationsbeziehungen oftmals von großer Bedeutung sind. Daraus resultieren trotz der bestehenden Übersichten und inhaltlichen Einführungen Schwierigkeiten, zu entscheiden, welche konkrete Verfahren und Instrumente dem eigenen Kontext angemessen sind. Es wird daher für sinnvoll gehalten, Praktiker und Praktikerinnen innerhalb ihrer Projekte, d. h. vor Ort, in Fragen der Qualitätsentwicklung zu beraten und zu schulen, um so den Wissenstransfer in die Praxis zu gewährleisten. Dies umfasst eine Beratung dazu, wo Instrumente und Systeme zu finden sind, in welchem Verhältnis deren Nutzen zum Aufwand stehen (Markttransparenz), welche Instrumente und Systeme den individuellen Bedürfnissen entsprechen und die zugleich die Erwartungen der Mittelgeber bezüglich wirksamer Gesundheitsförderung erfüllen (ebd.). Als Ergebnis der Analysen wird von dem Arbeitskreis unter Nutzung bereits vorhandener Strukturen die Schaffung einer Transfer- und Koordinierungsstelle auf Bundesebene sowie die Bereitstellung von Qualifikations- und Beratungsangeboten auf Landesebene vorgeschlagen.

Vorhaben und Zielsetzung des Teilprojektes der Universität Bielefeld

Im Rahmen des Gesamtprojektes *Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität* wurde die Universität Bielefeld von der BZgA mit dem Teilprojekt *Transferkonzept Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung unter Nutzung der Strukturen der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit* gefördert. Dieses Teilprojekt umfasst zwei Zielsetzungen:

1. Erarbeitung eines Multiplikatorenkonzeptes, das die Bedürfnisse von Praktikern und Praktikerinnen ebenso berücksichtigt wie bundeslandspezifische Strukturen. Element dieses Arbeitsauftrages ist ebenfalls ein Vorschlag für die erste Pilotierung und ein Konzept für die Evaluation dieser Pilotierung.
2. Evaluation des Gesamtprozesses für das Projekt *Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität*. Dieses umfasst sowohl die Prozesse in den Bundesländern wie auch eine Evaluierung der Sitzungen des Steuerkreises.

2 Methodik

Zur Entwicklung eines Multiplikatorenkonzeptes, welches sowohl die Bedürfnisse von Praktikern und Praktikerinnen als auch setting- und bundeslandspezifische Strukturen berücksichtigt, wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt. Dieses erlaubt offen an den Forschungsgegenstand heranzutreten, Wissenslücken zu schließen, unterschiedliche Perspektiven herauszuarbeiten und gegenüberzustellen (Brüsemeister, 2008; Flick, von Kardoff & Steinke, 2009; Wroblewski & Leitner, 2009). Die Angemessenheit der Anwendung qualitativer Methoden ist dadurch begründet, dass es zwar Fachpublikationen gibt, in denen Faktoren herausgearbeitet werden, welche die Anwendung der Qualitätsansätze beeinflussen könnten (z. B. Kliche, Elsholz, Escher, Weitkamp, Töppich & Koch, 2009). Allerdings gibt es nur wenige Hinweise, welche Bedarfe Praktiker/-innen der settingbezogenen Gesundheitsförderung hinsichtlich der Unterstützung der Qualitätsentwicklung haben und welche Strukturen es braucht, um diesen Bedarf zu decken (vgl. Arbeitskreis Qualitätsentwicklung, 2011).

Auch hinsichtlich der Prozessevaluation, dem zweiten Arbeitsauftrag der Universität Bielefeld, boten sich methodisch offene Verfahren an, die zum Teil durch Skalenfragen ergänzt wurden. Ziel der Prozessevaluation war es einerseits, eine Beurteilung der Umsetzung und der Entwicklung des Projektes seitens der Landesvereinigungen für Gesundheit (LVGn) sowie seitens der in den Fokusgruppen und Regionalkonferenzen beteiligten Akteure und Akteurinnen einzuholen. Andererseits stand die Einschätzung zum Verlauf und zur Umsetzung des Projektes durch den Zuwendungsgeber sowie die beteiligten Kooperationspartner im Mittelpunkt.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Erhebungsmethoden und stellt dar, welche methodischen Zugänge für die Konzeptentwicklung und für die Prozessevaluation genutzt wurden.

Tabelle 1: Zuteilung der methodischen Zugänge zu den ersten beiden Arbeitsaufträgen der Universität Bielefeld

| Erhebungsmethode | Multiplikatorenkonzept | Prozessevaluation |
|---|---------------------------------------|-------------------|
| Befragung der Entwickler/-innen generischer Verfahren und Instrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung (n=8) | x | - |
| Erstbefragung der Vertretungen auf Landesebene (n=16) | x | x |
| Ergebnisprotokolle der Fokusgruppen (n=31) | x | x |
| Teilnahme an den Regionalkonferenzen (n=14) (Kurzdokumentation, Beobachtungsprotokoll, Teilnehmendenbefragung) | x | x |
| Abschlussbefragung der Vertretungen auf Landesebene (n=15) | x (+ Vorbereitung der Pilotierung) | x |
| Evaluierung der Sitzungen des Steuerkreises (n=5) | - | x |

Im August 2014 wurden qualitative Experteninterviews mit Entwickler/-innen von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung geführt (n=8) (Abschnitt 2.1.1). Ebenso wurden im Herbst 2014 (projektbezogene) Mitarbeitende der Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. der zuständigen Institution auf Landesebene (im Folgenden LVGn) hinsichtlich der bereits vorhandenen qualitätsfördernden Strukturen und Angebote (n=16) (Abschnitt 2.1.2.1) und im Februar 2015 zu ihrem Feedback zum Multiplikatorenkonzept interviewt (n=16) (Abschnitt 2.1.2.2). Auch hier handelte es sich um Experteninterviews. Um die Perspektive der Praktiker/-innen zu erheben, wurden die von den LVGn erstellten Dokumentationen zu den im Herbst und Winter 2014 durchgeführten Fokusgruppen (n=30) (Abschnitt 2.2.1) und Regional Konferenzen (n=14) (Abschnitt 2.2.2), die größtenteils im Januar 2015 stattgefunden haben, ausgewertet. Da die Mitarbeiter/-innen der Universität Bielefeld an allen Regionalkonferenzen persönlich teilgenommen haben, wurde zu jeder Konferenz ein Beobachtungsprotokoll angefertigt, in dem relevante Diskussionsbeiträge festgehalten und in den Auswertungsprozess mit aufgenommen wurden. Zudem wurden die Sitzungen des Steuerkreises dokumentiert und ebenfalls in die Auswertung miteinbezogen (Unterkapitel 2.3).

Als Auswertungsmethode wurde auf alle vorliegenden Daten die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) angewendet. Dieses Vorgehen ermöglichte es, die hinsichtlich der zugrundeliegenden Fragestellung interessierenden Aspekte aus dem umfangreichen Datenmaterial herauszuarbeiten und in einem übergreifenden Multiplikatorenkonzept zusammenzuführen. Die Computersoftware MAXQDA hat die Auswertung, insbesondere die Analyse der qualitativen Interviews, technisch unterstützt.

Es folgt die Vorstellung der verschiedenen Erhebungsarten. Dazu wird nach einer kurzen Einführung in die zugrundeliegende Methodik die konkrete Umsetzung skizziert.

2.1 Qualitative Interviews

Im Rahmen des Teilprojektes haben die Mitarbeiter/-innen der Universität Bielefeld drei unterschiedliche leitfadengestützte Interviews vorbereitet, durchgeführt und analysiert. Sowohl die Befragung der Entwickler/-innen von Verfahren und Instrumenten der Qualitätsentwicklung und -sicherung sowie die beiden Befragungen ausgewählter Mitarbeiter/-innen der LVGn sind leitfadengestützte, theoriengenerierende Experteninterviews und demzufolge Formen des qualitativen Interviews (Bogner & Menz, 2009).

Experten und Expertinnen verfügen über ein bestimmtes Wissen, welches in den Interviews erfragt wurde. Grundsätzlich können Expertinnen bzw. Experten drei Arten von Wissen anbieten, das technische Wissen, das Prozesswissen und das Deutungswissen (Bogner & Menz, 2009). Für die Entwicklung eines Multiplikatorenkonzeptes sind alle drei Wissensarten, die mit einem theoriegenerierenden Experteninterview erhoben werden können, von Relevanz (Abschnitte 2.1.1 und 2.1.2).

Hinsichtlich der Erfahrung mit bisherigen Ansätzen, Praktiker und Praktikerinnen bei der Qualitätsentwicklung und -sicherung ihrer settingbezogenen Interventionen zu unterstützen, gelten als Experten und Expertinnen die Entwickler/-innen von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung (Abschnitt 2.1.1) sowie die (projektbezogenen) Mitarbeitenden der LVGn (Abschnitt 2.1.2).

Alle qualitativen Interviews wurden per Telefon geführt. Wie schon bei Christmann (2009) beschrieben, waren neben forschungsökonomischen Aspekten (Einsparung zeitlicher und finanzieller Ressourcen) insbesondere der geringere Organisationsaufwand und die höhere zeitliche Flexibilität auf Seiten der Interviewerinnen und der zu Befragenden ausschlaggebend für diese Variante des Experteninterviews. Dadurch konnte eine höhere Teilnahmebereitschaft erwartet werden. Außerdem ist der Verzicht auf die Wahrnehmung der nonverbalen Kommunikation im Fall von Experteninterviews weniger relevant (Opdenakker, 2006).

Eine weitere Gemeinsamkeit der im Rahmen des Projektes durchgeführten qualitativen Interviews liegt in der formalen Struktur der Interviewleitfäden. Dem Vorschlag von Kruse (2014) folgend wurde jeder Themenblock mit einer offenen Frage bzw. Erzählstimulus eingeleitet. Konkrete Nachfragen wurden mittels spezifischer Informationen zu den entsprechenden Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung bzw. zu den LVGn erarbeitet, die über eine Literatur- und Internetrecherche zu Beginn zusammengestellt wurden.

Die Interviews wurden mit Zustimmung der Befragten aufgezeichnet und zur Transkription an ein Schreiblabor weitergeleitet.

2.1.1 Befragung der Entwickler/-innen generischer Verfahren und Instrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung

Ziel der qualitativen Befragung von Entwicklern und Entwicklerinnen von Verfahren und Instrumenten der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung (August 2014) war es

- bisher genutzte Verbreitungswege für Verfahren bzw. Instrumente der Qualitätsentwicklung, die sich bewährt haben, zu identifizieren,
- die Anwendung der betreffenden Qualitätsansätze in der Praxis durch die Befragten einschätzen zu lassen und
- Empfehlungen für ein Multiplikatorenkonzept abzuleiten, die auf den Erfahrungen der Entwickler/-innen mit den von ihnen angebotenen Qualifikationsmaßnahmen und der bisherigen Praxisanwendung basieren.

Acht Entwickler und Entwicklerinnen von sieben generischen Verfahren und Instrumenten der Qualitätsentwicklung beteiligten an der Befragung: Basisdokumentation, Qualität in der Prävention (QIP), einführende Qualitäts- und Evaluations-Workshops, Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention (QuiG®), Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ), quint-essenz und

Zielerreichungsskalen.³ Außerdem war die Hälfte der Interviewpartner/-innen Mitglied des Arbeitskreises Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, dessen Positionspapier bzw. der dort vorgeschlagene Strukturaufbau leitend für die Konzeptentwicklung war. Die Interviewdauer variierte aufgrund der Heterogenität der betrachteten Verfahren und Instrumente und der Nutzung verschiedener Verbreitungskanäle. Das kürzeste Interview dauerte 53 Minuten, das Längste 78 Minuten.

Um Kenntnisse zu den oben aufgeführten Punkten zu erlangen, wurde der Interviewleitfaden in vier Themenblöcke gegliedert (vgl. Tabelle 2, ausführlicher s. Anhang A1, S. 124). In den ersten beiden Blöcken wurden die Befragten aufgefordert darzulegen, wie sie die von ihnen konzipierten Instrumente und Verfahren an Praktiker/-innen vermitteln und wie sie die Anwendung in der Praxis bewerten. Leitend für die Konstruktion der Fragen waren die verfügbaren Erfahrungsberichte der zu interviewenden Entwickler/-innen, sofern vorhanden (u. a. Block, Bach & Wright, 2010; Ackermann, Studer & Ruckstuhl, 2009). Daran anknüpfend wurden Herausforderungen bei der Vermittlung von Qualitätsansätzen thematisiert. Dabei orientierte sich die Leitfadententwicklung insbesondere an den Erfahrungsberichten von Block, Bach und Wright (2010) sowie dem Evaluationsbericht von quint-essenz (So-Barazetti, 2006). Im dritten Block wurden die Interviewten gebeten, ihre Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept darzulegen. Abschließend konnten die Befragten in einem Resümee den Nutzen eines strukturaufbauenden Multiplikatorenkonzeptes sowie die damit verbundenen Herausforderungen zusammenfassen und zentrale Aspekte priorisieren.

Tabelle 2: Schematische Darstellung des Leitfadens der Entwickler/-innen-Befragung

| Nummer | Themenblock | Inhaltliche Aspekte |
|--------|---|--|
| 1 | Konzept bisheriger Qualifizierungsmaßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Verbreitungskanäle • Planung von Qualifizierungsmaßnahmen • Erfahrungen mit den bisherigen Qualifizierungsmaßnahmen • Materialien |
| 2 | Bisheriger Transfer in die Praxis | <ul style="list-style-type: none"> • Bezug zum eigenen Instrument/Verfahren • Bezug zur allgemeinen Vermittlung wissenschaftlichen Wissens an Praktiker/-innen • Handlungsmöglichkeiten der Entwickler/-innen |
| 3 | Erwartungen und Beteiligung an das/dem Multiplikatorenkonzept | <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützungsbedarf • Beteiligung am Multiplikatorenkonzept |
| 4 | Zusammenfassende Bewertung | <ul style="list-style-type: none"> • Nutzen eines Multiplikatorenkonzeptes • Herausforderungen und Schwierigkeiten |

Für die inhaltliche Analyse wurde ein Kodierleitfaden (Tabelle 3, ausführlicher s. Anhang A2, S. 135) mit deduktiv gebildeten Kategorien entwickelt, dessen Struktur auf dem eingesetzten Interviewleitfaden basiert. In Kategorie K1 wurden alle Aussagen betreffend der genutzten Verbreitungskanäle zusammengefasst. Sodann erfolgte in Kategorie K2 die Fokussierung auf bereits

³ Weitere, steckbriefartige Informationen zu diesen Instrumenten und Verfahren können über die Internetseite des LZG.NRW (https://www.lzg.nrw.de/service/kooperationen/reg_knoten1/qualitaetsentwicklung/index.html, 19.03.2015) oder auch über IN FORM (<https://www.in-form.de/profiportal/in-form-projekte/projektservice/in-form-leitfaden-qualitaetssicherung/werkzeugkasten.html?ansicht=kontrast>, 19.03.2015) abgerufen werden. Außerdem existieren beschreibende Materialien für jeden der betrachteten Qualitätsansätze (z. B. Leitfäden, Internetseiten, Manuale).

angebotene Qualifizierungsmaßnahmen hinsichtlich ihres Zweckes (UK 2.1), ihrer Inanspruchnahme durch die Praktiker/-innen (UK 2.2), den gesammelten Erfahrungen mit diesen Vermittlungsformaten (UK 2.3) sowie dem Aufwand, der mit der Teilnahme an diesen Maßnahmen verbunden ist (UK 2.4). Weitere Erfahrungsberichte, wie die Verfahren und Instrumente der Qualitätsentwicklung in der Praxis angewendet werden (UK 3.1 bis UK 3.4) und welche hinderlichen (UK 3.5) und förderlichen Faktoren (UK 3.6) die Anwendung aus Sicht der befragten Entwickler/-innen beeinflussen, waren Gegenstand der dritten Kategorie. Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept (K4) wurden anhand von fünf Unterkategorien dargestellt: Der wahrgenommene Unterstützungsbedarf auf Seiten der Praktiker und Praktikerinnen (UK 4.1), denkbare Lösungsansätze (UK 4.2), um den in UK 3.6 beschriebenen Hindernissen zu begegnen, potenzielle Aufgaben für die einzusetzenden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich Qualitätsentwicklung (UK 4.3) sowie der Nutzen eines Multiplikatorenkonzeptes (UK 4.4) und die damit verbundenen Herausforderungen des Strukturaufbaus (UK 4.5).

Tabelle 3: Schematische Darstellung des Kodierleitfadens (Befragung der Entwickler/-innen von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung)

| Kategorie (K) | Unterkategorien (UK) |
|---|---|
| K1: Verbreitungskanäle | UK 1.1: Genutzte Verbreitungskanäle UK 1.2: Bewertung der bisher genutzten Verbreitungskanäle UK 1.3: Unterstützungsangebote für Anwender/innen |
| K2: Qualifizierungsmaßnahmen | UK 2.1: Zweck der Qualifizierungsmaßnahmen UK 2.2: Nachfrage und Inanspruchnahme UK 2.3: Erfahrungen mit den Qualifizierungsmaßnahmen UK 2.4: Aufwand |
| K3: Erfahrungen mit der Anwendung von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung | UK 3.1: Aktuelle Anwendung/Nutzung des Instruments/Verfahrens zur Qualitätsentwicklung oder -sicherung UK 3.2: Materialien zur Unterstützung von eingesetzten Gutachter/inne/n, Trainer/inne/n UK 3.3: Positive (erhobene) Erfahrungen der Anwender/innen UK 3.4: Negative (erhobene) Erfahrungen der Anwender/innen UK 3.5: Hinderliche Faktoren UK 3.6: Förderliche Faktoren |
| K4: Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept | UK 4.1: Wahrgenommener Unterstützungsbedarf UK 4.2: Denkbare Lösungsansätze UK 4.3: Aufgaben der potenziellen Multiplikator/inn/en UK 4.4: Erwarteter Nutzen und denkbare Herausforderungen des Multiplikatorenkonzeptes UK 4.5: Beteiligung am Multiplikatorenkonzept |

Für die Darstellung der Ergebnisse dieser Befragung in Unterkapitel 3.1 wird der Buchstabe E (Interviewpartner/-in im Rahmen der Befragung der Entwickler/-innen) verwendet. Die darauffolgende Ziffer steht für das jeweilige Interview.

2.1.2 Vorgehen zur Befragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

Im Anschluss an die Befragung der Entwickler/-innen von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung wurden Vertretungen aller Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. der zuständigen Institutionen auf Landesebene zu zwei Zeitpunkten im Projekt interviewt. Dabei standen

unterschiedliche Inhalte im Vordergrund, sodass im Folgenden beide Erhebungswellen vorgestellt werden.

2.1.2.1 Erstbefragung der Vertretungen auf Landesebene

Mit der Befragung der Landesvereinigungen für Gesundheit im Herbst 2014 sollten bereits bestehende Strukturen und Angebote der Qualitätsentwicklung in den Ländern identifiziert sowie weiterer Unterstützungsbedarf eruiert werden, um Aufgabenschwerpunkte und denkbare Arbeitsformen in dem Multiplikatorenkonzept zusammenzufassen. Außerdem wurde diese Befragung für die Prozessevaluation des Gesamtprojektes genutzt.

Als Interviewpartner/-innen standen Geschäftsführende (n=2), eine Bereichsleiterin (n=1), Mitarbeitende der Koordinierungsstellen für Gesundheitliche Chancengleichheit (n=4) und projektbezogene Mitarbeiter/-innen der Landesvereinigungen (n=7) zur Verfügung. 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 bei der Konzeptentwicklung berücksichtigt werden konnten.

Um die zu interessierenden Aspekte zu erfragen, wurde ein Interviewleitfaden, bestehend aus fünf Themenblöcken, entwickelt (Anhang A1, S. 128). Mit dem ersten Themenblock erfolgte zu Beginn des Interviews eine Bestandsaufnahme der bisherigen Qualitätssicherungsaktivitäten und -strukturen in den Ländern. Die Befragten berichteten, welche Qualifizierungsmaßnahmen, Initiativen und Programme bereits von der LVG angeboten werden, wie diese in Anspruch genommen werden und welche Erfahrungen mit den bisherigen Aktivitäten gesammelt werden konnten. Im zweiten Themenblock standen Unterstützungsbedarfe im Vordergrund. Hierbei wurden sowohl solche, die die Mitarbeitenden der LVGn auf Seiten der Praktiker und Praktikerinnen wahrnehmen thematisiert als auch Unterstützungsbedarfe innerhalb der jeweiligen LVG hinsichtlich der Gestaltung von Qualitätsangeboten. Diese Fragen leiteten dazu über, die Befragten im dritten Themenblock dazu aufzufordern, ihre Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept zu erläutern. Die Befragung der LVGn zu Beginn des Förderzeitraums hatte neben einer Bestandsaufnahme der bisherigen Qualitätssicherungsaktivitäten und der Erfassung des Unterstützungsbedarfs der jeweiligen LVG (als Grundlage für die Entwicklung des Multiplikatorenkonzeptes) außerdem zum Ziel, Rückmeldungen zum bisherigen Projektverlauf zu erhalten. Demzufolge lag beim Leitfaden der Erstbefragung der Fokus des vierten Themenblocks auf Fragen zur Prozessevaluation. Am Ende des Interviews wurde jedem und jeder Befragten ermöglicht, dazu relevante Aspekte, die bis dahin noch nicht angesprochen wurden, zu ergänzen und aus ihrer Sicht besonders zentrale Erwartungen an die potenziellen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren abschließend hervorzuheben (fünfter Themenblock).

Ähnlich wie bei der Befragung der Entwickler/-innen von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung basierte der Kodierleitfaden, der dem Auswertungsprozess zugrunde liegt, auf der Struktur des Interviewleitfadens. Tabelle 4 ist eine Übersicht der

gebildeten Kategorien (K) und Unterkategorien (UK), ein Kodierleitfaden mit Kategoriendefinitionen befindet sich im Anhang A2, S. 137.

Tabelle 4: Kodierleitfaden der Erstbefragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

| Kategorie (K) | Unterkategorie (UK) |
|--|--|
| K1: Aktivitäten der Landesvereinigungen für Gesundheit im Bereich Qualitätsentwicklung und -sicherung (Bestandsaufnahme) | UK 1.1: Programme und Initiativen zum Thema Qualitätsentwicklung UK 1.2: Bisheriges Fortbildungsangebot UK 1.3: Beratungsangebote UK 1.4: Fachtagungen UK 1.5: Organisation von Angeboten zur Qualitätsentwicklung UK 1.6: Von der LVG verwendete Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung UK 1.7: LVG als wahrgenommene Anlaufstelle zum Thema Qualitätsentwicklung |
| K2: Unterstützungsbedarf der Praktikerinnen und Praktiker zur Förderung der Qualitätsentwicklung settingbezogener Maßnahmen in der Gesundheitsförderung | UK 2.1: Unterstützungsbedarf auf Seiten der Praktiker/innen im Bundesland UK 2.2: Förderliche Faktoren von Vermittlungsaktivitäten UK 2.3: Hindernisse der Anwendung von Verfahren und Instrumenten der QE/QS UK 2.4: Ansätze/Ideen zur Stärkung der Vermittlung von Qualitätsansätzen der Gesundheitsförderung |
| K3: Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept | UK 3.1: Aufgaben des Multiplikators UK 3.2: Kompetenzen des Multiplikators UK 3.3: Verortung des Multiplikators UK 3.4: Nutzen eines Multiplikatorenkonzeptes |
| K4: Prozessevaluation | UK 4.1: Einschätzung zum Gesamtprojekt UK 4.2: Beweggründe und Hindernisse zur Beteiligung UK 4.3: Programmakzeptanz UK 4.4: Programmumsetzung UK 4.5: Zielgruppenerreichung und Erreichbarkeit der Ansprechpartner/innen in den Bundesländern UK 4.6: Formulierter Unterstützungsbedarf zur Umsetzung der Projektaktivitäten |

Unter K1 wurden alle Aktivitäten der Landesvereinigungen für Gesundheit im Bereich der Qualitätsentwicklung subsumiert. Dazu zählten Programme und Initiativen (UK 1.1), die zumindest implizit das Qualitätsthema beinhalten, bereits implementierte Fortbildungsprogramme (UK 1.2) sowie weitere Beratungsangebote der LVGn (UK 1.3). Außerdem wurden mit UK 1.4 Aussagen zusammengefasst, mit denen die Interviewten die arbeitsmäßige Organisation dieser Aktivitäten beschreiben. Einschätzungen, inwiefern die LVGn bereits als Ansprechpartner von den Praktiker/-innen wahrgenommen und genutzt wurden, waren Gegenstand der Unterkategorie 1.5. In der zweiten Kategorie wurden die Interviewpassagen zusammengetragen, die den wahrgenommenen Unterstützungsbedarf der Praktiker/-innen (UK 2.1) beschrieben sowie Erfahrungsberichte darstellten, welche Aspekte bei der Vermittlung von Qualitätsansätzen relevant sind (förderliche (UK 2.2) und hinderliche Faktoren (UK2.3)). Die Erwartungen der Befragten an das Multiplikatorenkonzept waren Inhalt der dritten Kategorie. Dazu zählten Aufgaben (UK 3.1), die die Multiplikatoren und Multiplikatorinnen der Qualitätsentwicklung übernehmen sollten, um den Praktiker/-innen Unterstützung zu bieten, ebenso wie die dafür benötigten Kompetenzen (UK 3.2). Außerdem wurden in dieser Kategorie auch Aussagen zusammengefasst, mit denen die Befragten einen vorstellbaren Multiplikatoreneinsatz innerhalb der LVG beschrieben (UK 3.3) und den Nutzen

eines Multiplikatorenkonzeptes ebenso wie die damit verbundenen Herausforderungen (UK 3.4) einschätzten.

Die Prozessevaluation betreffende Aussagen wurden in Kategorie K4 zusammengefasst. Bewertung und Einschätzungen der potenziellen Wirkung des Projektes aus Sicht der Teilnehmenden wurden unter UK 4.1 zusammengefasst. UK 4.2 benannte Faktoren, welche die LVGn dazu bewogen haben, sich an dem Projekt zu beteiligen. Ideen und Änderungsvorschläge der Befragten zu einer verbesserten Konzeption des Gesamtprojektes waren Inhalte der Kategorie UK 4.3. Es folgten Aussagen zur erlebten Umsetzung der geplanten Vorhaben wie etwa Fokusgruppen und Regionalkonferenzen (UK 4.4) und Einschätzungen zur wahrgenommenen Erreichung der Zielgruppe, d. h. der Akteure der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung in den Bundesländern (UK 4.5). Abschließend umfasste UK 4.6 Angaben der Interviewteilnehmenden, inwiefern diese sich für die Umsetzung der Projektaktivitäten mehr Unterstützung wünschten und in welcher Form diese hätte erfolgen können.

Für die Darstellung der Ergebnisse dieser Befragung wird in Unterkapitel 3.2 der Buchstabe L (Interviewpartner/-in im Rahmen der Befragung der Länder) verwendet. Die darauffolgende Ziffer steht für das jeweilige Interview (z. B. L1), spiegelt jedoch keine alphabetische Reihenfolge wieder.

2.1.2.2 Abschlussbefragung

Ein erster Entwurf für das Multiplikatorenkonzept wurde auf der Bundeskonferenz (26.01.2015) präsentiert. Im Zuge der Planungen wurde davon ausgegangen, dass diese Konferenz auch für eine Diskussion des Entwurfs genutzt werden kann. Aufgrund der dort nur begrenzt zur Verfügung stehenden Zeit war dies jedoch nicht möglich. Um dennoch eine systematische Rückmeldung einzuholen, wurde der Fokus der für die Prozessevaluation vorgesehenen Abschlussbefragung der LVGn um Fragen zur Einschätzung des Konzeptentwurfs erweitert. Die auf diese Weise aktiv eingeholten Rückmeldungen zum Konzeptentwurf wurden dann genutzt, um für die Präsentation im Rahmen des Kongresses Armut und Gesundheit am 07.03.2015 eine bereits überarbeitete Fassung vorzustellen.

Anfang Februar 2015 schickten die Mitarbeiterinnen der Universität Bielefeld einen schriftlichen Entwurf des Konzeptes per E-Mail an die Geschäftsführenden der LVGn sowie an die Koordinierungsstellen für Gesundheitliche Chancengleichheit, verknüpft mit der Ankündigung einer telefonischen Befragung zur Einschätzung der Inhalte. Um den Ansprechpersonen die Möglichkeit zu geben, den Entwurf mit Kollegen und Kolleginnen innerhalb der LVG zu diskutieren, wurden die Terminabsprachen für die Feedbackgespräche auf zwei Wochen nach dem Versand der E-Mail terminiert.

Obwohl nur wenig Zeit zwischen den Präsentationen auf der Bundeskonferenz und dem Kongress Armut und Gesundheit zur Verfügung stand, ist es gelungen, 12 der insgesamt 15 telefoni-

schen Interviews noch Ende Februar 2015 zu führen.⁴ Die Telefoninterviews mit den übrigen drei Bundesländern fanden dann in der Woche nach dem Kongress statt. Insgesamt wurden alle Interviews im Zeitraum vom 25.02.2015 bis 12.03.2015 geführt.

Als Interviewpartner/-innen standen die Geschäftsführenden der LVGn (n=4), Mitarbeitende der Koordinationsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (n=5) sowie Mitarbeitende für den Bereich Qualitätsentwicklung bzw. diejenigen, die im Rahmen des BZgA-Projektes mit der Durchführung der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen beauftragt worden waren (n=7) zur Verfügung. Die Interviews dauerten durchschnittlich zwischen 45 und 60 Minuten.

Mit Hilfe eines Interviewleitfadens (s. Anhang A1, S. 132) wurden die Struktur und Inhalte des Multiplikatorenkonzeptes zur Diskussion gestellt. Zu Beginn des Interviews wurden die Befragten aufgefordert, ihre Anregungen zu dem Entwurf zu erläutern und dabei sowohl positive wie auch negative Aspekte zu benennen. Daran anknüpfend fragten die Interviewerinnen nach der Bewertung der vorgeschlagenen Bund-Länder-Struktur sowie nach einer Einschätzung der Interviewpartner/-innen für die Angebotsportfolios der Bundesstelle und der Länderkoordinationsstellen für Qualitätsentwicklung. Außerdem wurden die Befragten gebeten, die Module der Qualifizierungsreihe, welche durch die Bundesstelle für die Länderkoordinationen angeboten werden soll, hinsichtlich ihrer Angemessenheit und Vollständigkeit einzuschätzen. Weiterhin wurde erfragt, ob das Projekt nach Meinung der Teilnehmenden dazu beigetragen hat, die Praxis der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung voranzutreiben. Die Antwort sollten die Befragten auf einer Skala von 1 bis 10 verorten, wobei 1 eine „sehr geringe“ und 10 eine „sehr hohe“ Wirkung des Projektes implizierte. Da das Projekt zudem für die Entwicklung des Multiplikatorenkonzeptes ein partizipatives Vorgehen vorsah, wurden die befragten Personen abschließend gebeten, die Umsetzung dieses partizipativen Arbeitsansatzes zu bewerten. Auch hierfür wurde eine Skala von 1 bis 10 vorgegeben: 1 stellte hierbei eine sehr niedrige Partizipation und 10 eine sehr hohe Partizipation dar.

Aufgrund der begrenzten Zeit wurde, im Gegensatz zu der qualitativen Befragung der Entwickler/innen und der Erstbefragung der LVGn, für jedes Interview der Abschlussbefragung ein Gedächtnisprotokoll angefertigt, um wesentliche Inhalte anhand der zugrundeliegenden Leitfragen strukturiert zusammenzufassen und inhaltsanalytisch auszuwerten.

2.2 Dokumentenanalyse

Um die Bedürfnisse und Bedarfe der Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung in den Ländern zu ermitteln, wurden die Ergebnisprotokolle der Fokusgruppen sowie die Kurzdokumentationen der Regionalkonferenzen genutzt. Protokoll- und Dokumentationsvorlagen entwickelte die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.

⁴ Für die Rückmeldung aus den Ländern Berlin und Brandenburg wurde aufgrund der bestehenden Strukturen der LVGn ein Interview geführt. Außerdem wurden auch die beiden Länder angesprochen, die sich an dem Projekt nicht aktiv beteiligt hatten, sodass auch hier Ansprechpersonen erneut für ein Interview zur Verfügung standen.

V. (LVG & AFS NDS e. V.), die die Länderaktivitäten koordiniert hat, in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. und stellte sie den am Projekt beteiligten LVGn zur Verfügung. Darüber hinaus erfolgte eine umfassendere Auswertung der Aktivitäten auf Landesebene durch die LVG & AFS NDS e. V.. Im Folgenden wird vorgestellt, wie die Ergebnisse aus den Fokusgruppen und den Regionalkonferenzen für die Entwicklung des Multiplikatorenkonzeptes und die Prozessevaluation genutzt wurden.

2.2.1 Ergebnisprotokolle der Fokusgruppen

Alle am Projekt beteiligten Länder (n=14) haben mindestens eine Fokusgruppe mit Akteurinnen und Akteuren der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung durchgeführt. Das jeweilige Setting wurde von den LVGn selbst aus vier von der Projektkoordination vorgegebenen Möglichkeiten (Kita, Schule, Kommune/Quartier, Pflegeeinrichtungen) gewählt. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die von den Ländern gewählten Projektsettings sowie der Anzahl der durchgeführten Fokusgruppen. Bis auf drei Ausnahmen haben die Länder, in denen mehrere Fokusgruppen durchgeführt wurden, unterschiedliche Settings gewählt. Hamburg, Sachsen sowie Rheinland-Pfalz haben mehrere Fokusgruppen mit verschiedenen Teilnehmergruppen für das gleiche Setting organisiert und durchgeführt. Ein Großteil der beteiligten Länder hat das Setting Kommune/Quartier gewählt (n=8), weitere fünf Länder fokussierten das Setting Kita, zwei Länder betrachteten das Setting Schule. Pflegeheime als Lebenswelt, in dem gesundheitsfördernde Maßnahmen stattfinden, wurde von keinem Land schwerpunktmäßig gewählt.⁵ Insgesamt führten die 14 beteiligten Länder 31 Fokusgruppen durch und erstellten 28 Ergebnisprotokolle.

In die Auswertung wurden die Ergebnisprotokolle einbezogen, die

- a) Aktivitäten der Qualitätsentwicklung und -sicherung in einem der vorgegebenen Settings (Kita, Schule, Kommune/Quartier, Pflegeeinrichtungen) beschrieben und
- b) einen Bezug zu Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Projekte hatten.

Abbildung 1 veranschaulicht, wie viele Ergebnisprotokolle in dem Auswertungsprozess berücksichtigt wurden. Von den insgesamt 28 vorliegenden Protokollen wurden sechs Protokolle nicht berücksichtigt, da die Fokusgruppe mit Akteurinnen und Akteuren aus anderen Arbeitsbereichen durchgeführt wurde (Frühe Hilfen (n=1), Koordinierender Kinderschutz (n=1), Migration (n=1), LVG (n=1), Ältere (n=1), Kommunale Gesundheitskonferenzen (n=1)).

Aus der Befragung der Entwicklerinnen und Entwickler von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung sowie aus den qualitativen Interviews mit Ansprechpersonen der Landesvereinigungen für Gesundheit wurden konkrete Kategorien für das Multiplikatorenkonzept abgeleitet. Die Auswertung der Ergebnisprotokolle der Fokus-

⁵ Schleswig-Holstein wählte zwar die Zielgruppe der älteren Menschen aus, allerdings waren in der Fokusgruppe kaum Vertreter/-innen aus der ambulanten Pflege.

gruppen orientierte sich deswegen an diesen Kategorien sowie an dem Leitfaden für die Fokusgruppen⁶ bzw. überprüfte, ob diese die bisherigen Konzeptinhalte stützen bzw. ggf. ergänzen. Ebenso wie die qualitativen Interviews wurden die Protokolle mittels einer strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) mit Hilfe der zuvor gebildeten Kategorien ausgewertet.

Tabelle 5: Übersicht der Länder, ihrer gewählten Settings und Anzahl der durchgeführten Fokusgruppen (n=31)

| Land* | Setting | Anzahl der Fokusgruppen |
|------------------------|--------------------------------------|--|
| Baden-Württemberg | Kommune | 2 |
| Bayern | Kita Koordinierender Kinderschutz | 2 (je eine pro Setting) |
| Berlin | Kommune | 1 |
| Brandenburg | Kita | 1 |
| Bremen | Quartier Migration | 2 (je eine pro Setting) |
| Hamburg | Kommune | 2** |
| Hessen | Kommune | 1 |
| Mecklenburg-Vorpommern | Kommune | 1 |
| Niedersachsen | Kommune Schule | 2 (je eine pro Setting) |
| Rheinland-Pfalz | Kommune | 3*** |
| Saarland | Frühe Hilfen | 2 |
| Sachsen | Kita | 3 |
| Sachsen-Anhalt | Kita Schule | 6 (4 im Setting Kita, 2 im Setting Schule) |
| Schleswig-Holstein | Kita Ältere LVG | 3 (je eine pro Setting) |

* Nordrhein-Westfalen und Thüringen waren nicht an dem BZgA-Projekt beteiligt und haben somit keine Fokusgruppen durchgeführt.

** Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG e. V.) sowie die Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. (LAGS e. V.) haben je zwei Fokusgruppen zum gleichen Setting durchgeführt, die Diskussionsergebnisse ohne Differenzierung der beiden Fokusgruppen in einem Ergebnisprotokoll festgehalten. Deswegen wird im Folgenden von je einem Ergebnisprotokoll gesprochen.

*** In Rheinland-Pfalz wurden drei Fokusgruppen durchgeführt, die dritte Fokusgruppe war jedoch nicht durch das vorgegebene Ergebnisprotokoll dokumentiert. Hier liegt eine Diskussionsbeschreibung vor, die nicht vergleichbar mit den übrigen Ergebnisprotokollen ist.

Der Auswertung wurden insgesamt drei Hauptkategorien (K1 bis K3) zu Grunde gelegt (Anhang A2, S. 139).

Unter K1 wurden Inhalte der Ergebnisprotokolle subsumiert, die auf verwendete Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung hinweisen. Diese Kategorie wurde zusätzlich unterteilt in Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung (UK 1.1) und weitere Instrumente und Verfahren (UK 1.2), die die Einrichtungen in den Settings nutzen. Diese Kategorie basierte auf dem ersten Themenblock des Leitfadens, der den Fokusgruppen zugrunde lag, um abzubilden, welche Maßnahmen in den Settings bereits umgesetzt werden, um gesundheitsförderliche Angebote weiterzuentwickeln oder zu evaluieren.

⁶ Der Leitfaden für die Fokusgruppen wurde von der LVG & AFS NDS e. V. entwickelt und den beteiligten Ländern zur Verfügung gestellt.

| 31 Fokusgruppen aus 14 Ländern | | | |
|---|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| Setting Kommune: n=12 | Setting Kita: n=10 | Setting Schule: n=3 | Andere Settings: n=6 |
| Sammlung der Ergebnisprotokolle: <ul style="list-style-type: none"> Keine Differenzierung der Ergebnisprotokolle zwischen mehreren Fokusgruppen (n=2) Kein Ergebnisprotokoll angefertigt (n=1) | | | |
| 28 Ergebnisprotokolle der Fokusgruppen aus 14 Ländern | | | |
| Setting Kommune: n=10 | Setting Kita: n=10 | Setting Schule: n=3 | Andere Settings: n=5 |
| Aus der Auswertung ausgeschlossen: <ul style="list-style-type: none"> Gewählte Settings haben nicht einem der vorgegebenen Zielsettings entsprochen (n=6) | | | |
| 22 Ergebnisprotokolle erfüllten die Einschlusskriterien und wurden in die Auswertung eingeschlossen. | | | |
| Setting Kommune: n=9 | Setting Kita: n=10 | Setting Schule: n=3 | |

Abbildung 1: Diagramm zur Auswertung der Fokusgruppenprotokolle

Mittels der Kategorie K2 wurden die Unterstützungsbedarfe der Fokusgruppenteilnehmer/-innen präsentiert. Es wurde zwischen Projektberatung, Erfahrungsaustausch, Informationsvermittlung und weiterem Unterstützungsbedarf unterschieden. Des Weiteren erfolgte innerhalb jeder Kategorie eine Differenzierung zwischen Inhalten der Unterstützung sowie denkbaren Angebotsformen (Unterkategorien).

Tabelle 6: Kategoriensystem zur Auswertung der Ergebnisprotokolle der Fokusgruppen im Setting Kommune

| Kategorie (K) | Unterkategorien (UK) |
|--|---|
| K1: Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung | UK 1.1: Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung UK 1.2: Weitere Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung |
| K2: Unterstützungsbedarf der Teilnehmenden | UK 2.1: Projektberatung UK 2.2: Erfahrungsaustausch UK 2.3: Informationsvermittlung UK 2.4: Weitere Bedarfe |
| K3: Ergänzungen aus den Regionalkonferenzen | |

Die für das Projekt verantwortlichen Mitarbeiter/-innen der LVGN wurden ebenfalls darum gebeten, neben der Einschätzung zur Erreichung wichtiger Akteure auch ihre Zufriedenheit mit dem Diskussionsverlauf und den Ergebnissen der Fokusgruppen und der Regionalkonferenz zu bewerten. Die Bewertung der Zufriedenheit sollte anhand eines Stimmungsbarometers auf einer Skala von +3 bis -3 zu erfolgen.⁷

Zur Darstellung der Ergebnisse aus den Fokusgruppen in Unterkapitel 3.3 werden diese mit dem Buchstaben F abgekürzt und anhand von zwei Ziffern durchnummeriert. Die erste Ziffer bezeichnet das Setting (Kita:1; Schule: 2; Kommune/Quartier: 3; Pflegeeinrichtungen: 4). Die zweite Zif-

⁷ Da die entsprechenden Fragen der Ergebnisdokumentation der Fokusgruppen in einigen Fällen nicht beantwortet wurden oder mehrere Fokusgruppen in der Bewertung zusammengefasst wurden, weicht die Zahl der ausgewerteten Bögen (n=24) von der Gesamtzahl der durchgeführten Fokusgruppen (n=31) ab.

fer steht für das Bundesland. Sofern ein Land mehrere Fokusgruppen zu einem Setting durchgeführt hat, wird eine dritte Ziffer angehängt.

2.2.2 Teilnahme an den Regionalkonferenzen

Neben der Durchführung von mindestens einer Fokusgruppe veranstaltete jede der am Projekt beteiligten LVGn (n=14) eine (settingübergreifende⁸) Regionalkonferenz, um mit den Teilnehmenden über die Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu diskutieren und Unterstützungsbedarfe zu identifizieren. Diese Veranstaltungen fanden im Zeitraum von Ende Oktober 2014 bis Anfang Februar 2015, ein Großteil der Konferenzen (n=9) im Januar 2015, statt.

Die Mitarbeitenden der LVGn nutzten die vorgegebene Dokumentationsvorlage, um relevante Ergebnisse dieser eintägigen Veranstaltungen (z. B. Kernaussagen der Workshops) festzuhalten und der Universität Bielefeld für die Entwicklung des Multiplikatorenkonzeptes zur Verfügung zu stellen sowie Fragen zur Prozessevaluation⁹ zu beantworten. Zudem nahmen die Mitarbeitenden der Universität Bielefeld an allen Regionalkonferenzen persönlich teil und erfassten mit einem Beobachtungsprotokoll nicht nur Aspekte der Prozessevaluation, sondern hielten auch relevante Beiträge in den Plenumsdiskussionen und Gesprächen mit Teilnehmenden fest, um sie bei der Konzeptentwicklung zu berücksichtigen.

In die Dokumentationsvorlage für die Regionalkonferenzen wurden u. a. die Fragen der Fokusgruppen integriert. Aufgrund ähnlicher Fragestellungen wurde die Auswertung der Regionalkonferenzen mit dem Auswertungsprozess der Fokusgruppenprotokolle zusammengeführt. Nachdem die zuletzt Genannten systematisch ausgewertet waren, wurden die herausgearbeiteten Ergebnisse um die Eindrücke der Regionalkonferenzen ergänzt.

Um im Rahmen der Prozessevaluation auch die Perspektive der Konferenzteilnehmenden darstellen zu können, wurde für die Regionalkonferenzen eine Skalenfrage zur Einschätzung des Gesamtprojektes vorbereitet: „Wie bewerten Sie das Projekt *Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität* hinsichtlich der Förderung der Qualitätsentwicklungs- und -sicherungspraxis in Projekten der Gesundheitsförderung?“. Es wurde ausschließlich diese eine Frage gestellt, um den Aufwand für alle, die an der Konferenz teilgenommen haben, gering zu halten und infolgedessen möglichst viele Antworten zu erhalten. Beantwortet werden sollte die Frage mit Hilfe einer Punktabfrage. Dafür wurde die Frage auf eine Metaplanwand geschrieben mitsamt einer Bewertungsskala von -3 bis +3 aufgezeichnet.

⁸ In den Empfehlungen zur Durchführung der Regionalkonferenzen waren diese, anders als die Fokusgruppen, als settingübergreifende Veranstaltung vorgesehen. In der Umsetzung sind nicht alle LVGn dieser Empfehlung nachgekommen.

⁹ Auch im Rahmen der Dokumentation der Regionalkonferenzen wurden für die Prozessevaluation Stimmungsbarometer gewählt, um die Zufriedenheit mit der Regionalkonferenz und dem Gesamtprojekt durch die Projektmitarbeiter/innen der LVGn bewerten zu lassen.

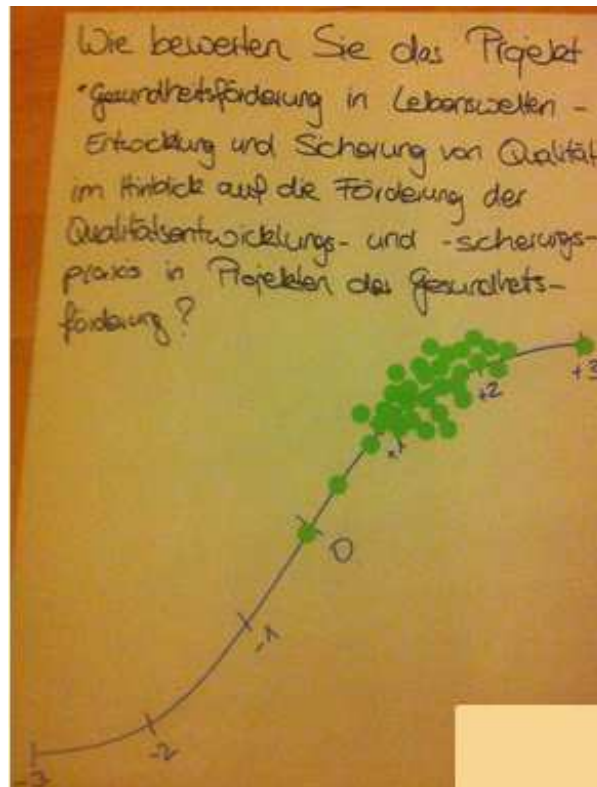


Abbildung 2: Punkteabfrage einer Regionalkonferenz

Der Nullpunkt stellte dabei eine neutrale Bewertung dar, minus drei die schlechteste und plus drei die bestmögliche Bewertung. Die Teilnehmenden wurden gebeten, jeweils mit Hilfe eines Klebepunktes zu verdeutlichen, wie sie die Praxisrelevanz bewerten. Abbildung 2 stellt das Ergebnis einer Regionalkonferenz beispielhaft dar.

2.3 Projektarbeitssitzungen

Die in einem Abstand von ca. vier bis acht Wochen stattfindenden Projekt- bzw. Steuerungssitzungen bildeten die zentrale Austauschplattform für alle beteiligten Projektakteure. Das Projekt- bzw. Steuerungsteam setzte sich dabei aus Mitgliedern aller im Projekt beteiligten Akteure zusammen: der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der LVG & AFS NDS e. V., Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) e. V., der Universität Bielefeld sowie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und der Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH. Die insgesamt sieben Projektarbeitssitzungen an wechselnden Standorten dienten zum einen dazu, organisatorische Strukturen und Prozesse abzustimmen. Somit standen zu Beginn des Gesamtprojektes Schwerpunkte wie die Aufgabenverteilung der Akteure, die Detaillierung der Teilprojekte und deren Konzeption, der zeitliche Ablauf sowie Finanzierungsfragen im Fokus der Sitzungen. Zudem boten die Sitzungen die Möglichkeit, die im Laufe des Projektes gewonnenen Erkenntnisse zu diskutieren und auf aktuelle Entwicklungen zu reagieren. Am Ende der fünf mittleren Sitzungen¹⁰ wurden die Teilnehmenden

¹⁰ Da die erste Sitzung die Abstimmung der Projektinhalte zum Inhalt hatte, wurde erst im Anschluss an diese Sitzung mit der Entwicklung der Stimmungsbarometer begonnen. Auch bei der letzten Sitzung im März 2015

gebeten, mittels eines Stimmungsbarometers (+3 bis -3) Einschätzungen zum Informationsfluss, und zur Kommunikation innerhalb der Steuerungsgruppe sowie zum (zeitlichen) Verlauf des Projektes vorzunehmen.

Die Dokumentenanalyse basierte auf den regulären Protokollen der Projektarbeitssitzungen (n=6) und den ergänzenden Beobachtungsbögen (n=3). Der Fokus lag hierbei auf der Programmumsetzung und der Zielgruppenerreichung. Tabelle 7 zeigt die hierfür gebildeten Kategorien auf. Zusätzlich wurden die am Ende jeder Sitzung ausgefüllten Stimmungsbarometer (n=5) ausgewertet.

Tabelle 7: Kategoriensystem zur Auswertung der Projektarbeitssitzungen

| Kategorien (K) | Unterkategorien (UK) |
|----------------------------------|---|
| K1: Programmumsetzung | UK 1.1: Umsetzung der geplanten Maßnahmen und Aktivitäten UK 1.2: Einhaltung des Zeitplans UK 1.3: Absprachen und Aufgabenbeschreibungen UK 1.4: Probleme und Hürden |
| K2: Zielgruppenerreichung | UK 2.1: Erreichung der Ansprechpartner UK 2.2: Einschätzungen der Ansprechpartner zum Projekt UK 2.3: Bedürfnisse der Ansprechpartner UK 2.4: Hindernisse für Projektbeteiligung |

K1 bezog sich dabei auf die Programmumsetzung der unmittelbaren Projektmitglieder. Ob und wie die geplanten Maßnahmen und Aktivitäten umgesetzt werden, wurde in UK 1.1 zusammengefasst. Aussagen zum Zeitplan und dessen Einhaltung bildeten UK 1.2. Angaben zu Absprachen und Aufgabenbeschreibungen wurden in UK 1.3 zusammengeführt. UK 1.4 umfasste aufgetretene Probleme bzw. Hürden und ggf. die entsprechenden Problemlösungen. Inhalte der zweiten Kategorie (K2) bildeten Aussagen zur wahrgenommenen Erreichung der Ansprechpartner in den verschiedenen Bundesländern. Hierunter fielen Einschätzungen zur Zielgruppenerreichung der Projektmitglieder (UK 2.1), die wahrgenommene Programmakzeptanz der beteiligten Akteure in den Ländern (UK 2.2), deren Bedürfnisse (UK 2.3) sowie beobachtete Hindernisse bei der Projektbeteiligung (UK 2.4).

kamen die Stimmungsbarometer nicht zum Einsatz, da aufgrund eines Unwetters nicht alle projektbeteiligten Akteure an der Sitzung teilnehmen konnten.

3 Ergebnisse zur Entwicklung eines Multiplikatorenkonzeptes

Wie in Kapitel 2 ausführlich beschrieben wurde, basierte die Entwicklung des Multiplikatorenkonzeptes auf verschiedenen Erhebungen, denen qualitative Forschungsmethoden zugrunde liegen:

- Befragung der Entwickler/-innen von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung
- Erstbefragung der Vertretungen auf Landesebene
- Analyse der Ergebnisprotokolle der Fokusgruppen und Veranstaltungsdokumentationen der Regionalkonferenzen

Im Folgenden werden die generierten Ergebnisse der einzelnen Erhebungen vorgestellt, bevor in Kapitel 5 eine Zusammenführung der Ergebnisse vorgenommen und das Multiplikatorenkonzept abgeleitet wird.

3.1 Befragung der Entwickler/-innen von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

3.1.1 Genutzte Verbreitungskanäle und Unterstützungsangebote für Anwender/-innen

Die Entwickler/-innen nutzten verschiedene Kanäle und Zugangswege und boten unterschiedliche Unterstützungsangebote an, um Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention an Praktiker/-innen heranzutragen. Im Folgenden werden diese vorgestellt sowie die Einschätzung der Entwickler/-innen, inwiefern die gewählten Verbreitungskanäle effektiv sind und die Praktiker/-innen zur Anwendung der Instrumente und Verfahren anregen.

Das Internet war ein häufig genutzter Verbreitungskanal, um Instrumente und Verfahren den Akteurinnen und Akteuren der settingbezogenen Gesundheitsförderung zu vermitteln (E1; E2; E4; E5; E6; E7). Dabei wurden die Online-Angebote eingesetzt, um die Qualitätsansätze zum einen allgemein vorzustellen (E4; E6). Zum anderen nutzten die Befragten Steckbriefe oder auch Leitfäden, um die Hintergründe und Anwendung ihrer Instrumente und Verfahren zu erläutern sowie bekannte Stolpersteine zu benennen und weitere Referenzen anzugeben (E2; E6).

Ob das Internet ein geeigneter Kanal war, Praktiker/-innen in die Methodik Qualitätsansätze einzuführen und eine Anwendung in der Praxis zu fördern, sei nicht abschließend zu klären (E1; E2). Auf der einen Seite bestehe ein Vorteil des Internets darin, Interessierten Informationen und Materialien zum Inhalt und der Handhabung der Instrumente und Verfahren mit geringem Aufwand zur Verfügung zu stellen. So schilderte ein Interviewpartner, dass im Rahmen von Weiterbildungen auf die Internetseite, auf der auf das Konzept umfassend vorgestellt werde, hingewiesen wurde und dort ergänzende Materialien frei verfügbar wären (E6). Eine interaktive Option, mittels derer die Praktiker/-innen anwendungsbezogene Fragen an die Entwickler/-innen stellen konnten,

war auf dieser Internetseite integriert. Gegenwärtig würden jedoch keine Ressourcen zur Verfügung stehen, um dieses Internetangebot zu pflegen, sodass diese Funktion nicht mehr aktiv sei.

In welchem Umfang die im Internet zur Verfügung stehenden Materialien tatsächlich für die Qualitätsentwicklung der gesundheitsförderlichen Interventionen genutzt werden würden, blieb den befragten Entwickler/-innen unklar. Ebenso schwierig war aus Sicht der Interviewten die Einschätzung, ob sie mit ihren Internetangeboten die relevanten Akteurinnen und Akteure erreichen. Beispielsweise wies ein Interviewpartner darauf hin, dass es zu Lehrgangsangeboten, die im Internet angekündigt wurden, keine Nachfrage gab, sodass der Austausch mit Praktikern und Praktikerinnen diesbezüglich fehle (E7).

Neben dem Internet als Verbreitungskanal nannten die Befragten auch (gedruckte) Publikationen als weitere Möglichkeit, schriftliches Informationsmaterial und Anleitungen zur Handhabung der Instrumente und Verfahren zu verbreiten: Monographien, Beiträge in Fachbüchern (E4; E5; E6) oder in Fachzeitschriften gedruckte Erfahrungsberichte über die Anwendungen (E2) können hier beispielhaft genannt werden. Ebenso zählten schriftliche Ausarbeitungen, die im Rahmen von Qualifizierungsmaßnahmen (z. B. Workshops) ausgehändigt würden, zu dieser Gruppe (E1; E3; E4; E7). Die Entwickler/-innen stimmten darin überein, dass diese Materialien eher einen begleitenden Charakter hätten und eine gute Ergänzung zu Schulungsmaßnahmen darstellten. Zudem bestehe die Herausforderung darin, die komplexen Inhalte anschaulich zu formulieren, sodass beispielsweise ein Leitfaden von den Praktiker/-innen angewendet werden könnte (E1; E3).

Die befragten Entwickler/-innen nutzten jedoch nicht ausschließlich schriftliches Material, um die Anwendung ihrer Qualitätsansätze in der Praxis zu befördern. Workshops (E2; E4; E5), Konferenzen (E3) sowie Vorträge (E1; E6) stellten aus Sicht der Interviewten Kanäle dar, persönlich ihre Instrumente und Verfahren vorzustellen. Um die Anwendung bzw. richtige Handhabung der Qualitätsinstrumente zu vermitteln, bewerteten die Befragten insbesondere die Workshops und Einführungsseminare als hilfreich (E2; E4; E8). Zwei Befragte berichteten zudem, dass Inhouse-Schulungen und Inhouse-Beratungen im Anschluss an die einführenden Workshops für kleinere Gruppe von interessierten Akteurinnen und Akteuren organisiert und von den Nutzern und Nutzerinnen als besonders hilfreich wahrgenommen wurden (E1; E2; E5; E8). Der Grund für dieses positives Feedback liege in der Reduktion der zu vermittelnden Inhalte (E8): In den Workshops wurde das Verfahren in seiner Gesamtheit vorgestellt. Die daran anknüpfenden Inhouse-Schulungen und Inhouse-Beratungen zielten darauf ab, ein bis zwei Methoden des Verfahrens im Kontext der jeweiligen Intervention zu planen und anzuwenden. Die vertiefenden Beratungen könnten auch telefonisch stattfinden: Eine Interviewpartnerin berichtete, dass im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung telefonische Beratungsgespräche genutzt wurden, um die Umsetzung des zuvor im Workshop erarbeiteten Instruments gemeinsam mit den Anwender/-innen zu überprüfen, anzupassen und weiterzuentwickeln (E2).

Außerdem gelang es vier Entwicklern und Entwicklerinnen, ihre Instrumente und Verfahren in die Curricula von Weiterbildungen zu integrieren (E2; E4; E6; E8). In einem Fall sei das Verfahren

ein fester Bestandteil der akademischen Ausbildung, sodass angehende Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung von Beginn ihrer beruflichen Laufbahn an mit den dort vorgestellten Methoden arbeiteten (E4). In einem weiteren Fall wurde für ein Verfahren eine zertifizierte Weiterbildung entwickelt, die in Kooperation mit einer Hochschule für Praktiker/-innen angeboten werde (E6; E8).

Die befragten Entwickler/-innen nennen unterschiedliche Kanäle, die sie nutzen, um Informationen zu ihren Qualitätsansätze verbreiten und Praktiker/-innen zu einer Anwendung zu bewegen.

Ein Großteil der Interviewten stellt Informations- und Arbeitsmaterial über das Internet frei zur Verfügung. Es ist jedoch unklar, inwiefern diese Materialien die Anwendung der Instrumente und Verfahren in der Praxis beeinflussen.

Wesentlich erfolgsversprechender/aussichtsreicher, jedoch auch weniger verbreitet, sind Workshops sowie Inhouse-Schulungen und Inhouse-Beratungen, in denen Praktiker/-innen auf ihr Vorhaben bezogene Fragen stellen und Lösungswege entwickeln können. Hierbei werden schriftliche Materialien als gute Ergänzung zu den Qualifizierungsmaßnahmen eingeschätzt. Ein gestaffeltes Vorgehen, welches verschiedene Beratungsformate umfasst, fördert demzufolge die Vermittlung des theoretischen Wissens in die Praxis der Gesundheitsförderung.

3.1.2 Organisation und Durchführung der angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen

Wie vorherigen Abschnitt deutlich wurde, sind Qualifizierungsmaßnahmen in Form von Workshops ein zentraler Weg, um Praktiker/-innen in die Methodik verschiedener Qualitätsansätze einzuführen und sie zur Anwendung der Instrumente und Verfahren anzuregen bzw. zu unterstützen. Aus diesem Grund wird im Folgenden auf die Erfahrungen der Entwickler/-innen hinsichtlich der Organisation und Durchführung dieser Formate eingegangen, um relevante Aspekte herauszuarbeiten. Aufgrund der Heterogenität wird jedes in der Befragung berücksichtigte Instrument und Verfahren im Einzelnen dargestellt.

Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling)

Zu Beginn der Workshops zu den Zielerreichungsskalen stehe eine allgemeine Einführung in die Methodik. Dazu zählten das Formulieren SMARTer Ziele sowie die Gestaltung von Zielerreichungsskalen. Anschließend erfolge die Anwendung der vorgestellten Methodik an konkreten Beispielen. Nach Möglichkeit nutzten die Teilnehmenden ihre eigenen Projekte und formulierten zum Ende des Workshops eine erste Zielerreichungsskala selbstständig (E2).

Workshops des Landesentrums für Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Interviewpartnerin E5 werde regelmäßig vom Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen als Referentin für Workshops zum Thema Evaluation und Qualität eingeladen. Den Workshops sei gemeinsam, dass sie mit einer Einführung in das Qualitätsthema sowie mit einem Überblick über Qualitätsinstrumente beginnen. Das Vermitteln von Grundprinzipien der Evaluation und das Vorstellen der verschiedenen Arbeitsschritte solle den Teilnehmenden die Unsicherheit nehmen, Evaluationsmethoden auszuprobieren. Um relevante Inhalte in den Einführungen zu präsentieren, bitte die Interviewpartnerin die Teilnehmenden vor dem Workshop, aus ihrer Sicht relevante

Fragen zu formulieren und in den Workshop einzubringen. Im Anschluss an die Einführungsworkshops hätten die Teilnehmenden die Möglichkeit, für sie angemessene Instrumente und Verfahren auszuwählen und auf ihr Projekt zu übertragen.

Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention

Das Ziel des ersten Workshops zu Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung und Prävention sei die Befähigung der Teilnehmenden, einen Zirkel eigenständig zu moderieren und zu initiieren. Dabei seien vor allem die Organisation von Qualitätszirkeln und das Erlangen inhaltlicher Ergebnisse wichtig. Zu Beginn erfolge eine Einführung in das Konzept der Qualitätszirkel. Daran anknüpfend werde beispielhaft ein Zirkelablauf mit den Teilnehmenden geplant und diskutiert (E7).

In einem weiteren Workshop stehe der Erfahrungsaustausch mit anderen Teilnehmenden im Vordergrund, um aufgetretene Schwierigkeiten zu besprechen und Lösungswege zu finden (z. B. Umgang mit Konfliktsituationen in Qualitätszirkeln, Rückmeldung der Ergebnisse der Zirkelarbeit an die beteiligten Institutionen) (E7).

Partizipative Qualitätsentwicklung

Wesentlicher Bestandteil der Veranstaltungsreihe zur Partizipativen Qualitätsentwicklung sei die Arbeit der Teilnehmenden an ihrem eigenen Vorhaben. Bei der Weiterbildung stünden partizipative Methoden zur Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Evaluation im Vordergrund. Außerdem wurden auch die Datenauswertung sowie Berichterstattung thematisiert. Aufgrund der Vielzahl an Methoden sollten diese in den Veranstaltungen als Rahmen vorgestellt werden. Während des Workshops bedienten sich die Referierenden ebenfalls ausschließlich partizipativer Methoden, um diese für die Teilnehmenden erfahrbar zu machen (E6; E8).

Bei einmaligen Veranstaltungen werde ein Überblick zum Verfahren vermittelt. Eine tiefergehende projektbezogene Arbeit sei im Rahmen einer einmaligen Veranstaltung hierbei nicht möglich.

Quint-essenz

Bei den Veranstaltungen zu quint-essenz variere die Ausführlichkeit der Qualifizierungsmaßnahmen je nach zeitlichem Umfang. Nach der überblicksartigen Vorstellung des Qualitätssystems, folge eine Erklärung der verschiedenen Planungsinstrumente, des Projektmanagement-Tools im Internet, der Community-Plattform und zentraler Begrifflichkeiten. Dies geschehe immer entlang einer Projektidee, die von den Teilnehmenden eingebracht werde. Anschließend sollten die Teilnehmenden das Erlernte auf ihr eigenes Projekt übertragen.

Qualität in der Prävention (QIP)

Die Schulungsangebote für QIP richteten sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die als Gutachter/-innen in diesem Verfahren eingesetzt werden sollten. Nach einer allgemeinen Einführung in die Qualitätsentwicklung und -sicherung folgte ein anwendungsorientierter Teil. Die Teilnehmenden füllten den für diese Verfahren zugrundeliegenden Dokumentationsbogen aus. Dies

geschehe ggf. in Kleingruppen. Anschließend werde der ausgefüllte Bogen von einer anderen Gruppe begutachtet und somit die Rolle eines Reviewer bzw. einer Reviewerin trainiert.

In anschließenden Diskussionen wurden Fragen geklärt und die Inhalte besprochen. Um als Gutachter/-in in dem QIP-Verfahren eingesetzt werden zu können, müsse eine eigenständige Begutachtung durchgeführt werden, um die Gutachterqualifikation unter Beweis zu stellen.

Erfahrungen mit den beschriebenen Qualifizierungsmaßnahmen

Qualifikationsveranstaltungen in Form von Fort- und Weiterbildungen bzw. Workshops waren aus Sicht der befragten Entwickler/-innen wichtig, da sich die Teilnehmenden bei diesen Formaten der Vermittlung explizit Zeit für die Inhalte und die Anwendung der Qualitätsansätze nähmen (E4). Je weniger Teilnehmende in den Veranstaltungen seien, desto stärker könne auf die Beispiele Einzelner eingegangen (E4) und offene Fragen geklärt werden. Darüber hinaus seien homogene Workshops, in denen die Teilnehmenden einen ähnlichen fachlichen Hintergrund und Berufserfahrungen haben, besser zu gestalten, da ähnliche Fragen auf Seiten der Teilnehmenden angesprochen würden (E5; E6; E7). Dagegen böten heterogene Workshopgruppen den Vorteil eines weiten Blickwinkels, sodass weniger die Probleme im Zentrum stünden, sondern Möglichkeiten der Umsetzung (E7).

Die beschriebenen Qualifizierungsmaßnahmen umfassten einen unterschiedlichen zeitlichen Aufwand. Einführungsschulungen und Workshops wären meistens eintägig (E3; E4; E5). Weiterbildungen umfassten hingegen zwei bis fünf Tage (E3; E4), um vertiefend die Methodik zu erlernen. Es habe sich als hilfreich herausgestellt, die Weiterbildung modulartig zu gestalten und auf zwei Kalenderjahre aufzuteilen, da den Praktiker/-innen nur eine begrenzte Zahl an Fortbildungstagen zur Verfügung stünde (E8). Neben den zeitlichen Kapazitäten der Teilnehmenden seien finanzielle Kosten zu bedenken: Eine Interviewpartnerin schätzte ein kostenfreies Angebot als wichtig ein, damit es in Anspruch genommen werde (E4). Andererseits stellte sie dieser Einschätzung gegenüber, dass eine Teilnahmegebühr für die Angebote ein größeres Interesse erzeugen könne und somit ebenfalls eine größere Nachhaltigkeit darstelle (E4). Ein Teil der beschriebenen Qualifizierungsmaßnahmen waren kostenpflichtig, wobei der Kostenaufwand von 400 bis zu 1000 Euro für eine komplette Schulung variierte (E6; E7; E8). Es werde dennoch versucht, die Gebühren so gering wie möglich zu halten, um allen interessierten Akteuren und Akteurinnen eine Teilnahme zu ermöglichen (E6; E8), denn auch ohne Teilnahmegebühren fielen beispielsweise Reisekosten an (E8).

Als eine wichtige Grundlage für die Arbeit mit den Praktikerinnen und Praktikern im Allgemeinen wurde die Vertrauensbildung genannt (E2; E7). Durch persönliche Vorgespräche vor der eigentlichen Qualifizierungsmaßnahmen könne eine Vertrauensbasis geschaffen werden, der Einstieg in die Maßnahme fiele dadurch leichter (E2; E5). Um das Vertrauen aufzubauen, empfahl eine Interviewpartnerin eine umfassende Kennlernphase zu Beginn einer Workshopreihe, um Hemmungen auf Seiten der Teilnehmenden abzubauen und den Raum für Fragen zu öffnen.

Ein Großteil der befragten Entwickler/-innen bietet Qualifizierungsmaßnahmen für Praktiker/-innen an.

Als Einstieg in die verschiedenen Qualifizierungsmaßnahmen werden in der Regel zunächst Grundlagen zu Qualitätsentwicklung und -sicherung vermittelt. Anschließend werden das jeweilige Instrument und die zugrundeliegende Methodik vorgestellt, wobei besonderes Augenmerk auf das Verstehen der Grundprinzipien gelegt wird. Es hat sich in den Qualifizierungsmaßnahmen bewährt, Fragen und Beispiele der Teilnehmenden aufzugreifen und in den Mittelpunkt zu stellen. Wichtig für die Zusammenarbeit mit Praktiker/-innen ist eine Vertrauensbildung, in die zu Beginn der Qualifizierungsmaßnahme investiert werden sollte.

Die Qualifizierungsmaßnahmen können als eintägige Veranstaltungen oder mehrtägige Veranstaltungsreihen organisiert werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, welcher Zweck (Überblick über oder vertiefende Einführung) verfolgt wird und welche Ressourcen, auch auf Seiten der Teilnehmenden, zur Verfügung stehen.

Nachfrage und Inanspruchnahme der angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen

Die Nachfrage nach Qualifizierungsmaßnahmen durch die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung sowie das Angebot von Seiten der Entwickler/-innen und die Inanspruchnahme dieser Veranstaltungen variierten.

Vier Interviewpartner/-innen berichteten über eine geringe Nachfrage ihrer Instrumente und Verfahren (Basisdokumentation, Zielerreichungsskalen, QIP, QuiG®) (E1; E2; E3; E7). Der einführende Workshop für die Zielerreichungsskalen habe einmalig für allgemein Interessierte stattgefunden. Zudem gab es im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung Einführungsveranstaltungen für die Praxispartner/-innen (E2). In einem zweiten Fall fanden die Qualifizierungsmaßnahmen fast ausschließlich im Rahmen der Projektlaufzeit zur Instrumentenentwicklung (1999 bis 2003) statt (E7). Eine weitere Interviewpartnerin schilderte, dass QIP gegenwärtig im Zusammenhang mit einem europaweitem Projekt („Quality Action, Improving HIV Prevention in Europe“) überarbeitet und weiterentwickelt werde (E3). Der Interviewpartnerin sei nicht bekannt, ob QIP derzeit darüber hinaus in Deutschland angewendet wird (E3).

Eine höhere Nachfrage sowie Inanspruchnahme waren bei quint-essenz, den Workshops des LZG.NRW und PQ zu verzeichnen. Einführungsschulungen zu quint-essenz würden ca. fünfmal pro Jahr angeboten werden, wobei im Schnitt zehn Personen die Schulung besuchten (E4). Über die anderen Verbreitungschanäle sei die Nachfrage ebenfalls kontinuierlich vorhanden, sodass keine Schulung mangels Teilnahme abgesagt werden musste. Insgesamt wurden in den letzten Jahren mehrere hundert Personen geschult (E4).

Eine ähnlich hohe Kontinuität und großes Interesse nannten die Befragten zu PQ (E6; E8). Die Nachfrage nach Schulungen sei jedoch eher gering, möglicherweise wegen der geringen finanziellen Unterstützung für die Institutionen (E8). An den Weiterbildungen nahmen verschiedene Personengruppen teil, u. a. Landesvereinigungen für Gesundheit, Anbieter von Interventionen zur Gesundheitsförderung, Personen aus dem Qualitätsmanagement, Erzieher/-innen und Studierende (E8). Wie QIP werde auch PQ derzeit in dem EU-Projekt „Quality Action, Improving HIV Prevention in Europe“ verwendet (E6; E8). Die Workshops des LZG.NRW zur Einführung und Übersicht über Verfahren/Instrumente der Qualitätssicherung und -entwicklung fanden seit 2010

zwei- bis dreimal pro Jahr statt. In 2014 waren zwei weitere Workshops geplant, mussten aber aufgrund einer späteren Haushaltsbewilligung verschoben werden (E5).

Die Nachfrage nach Qualifizierungsmaßnahmen zu den Instrumenten und Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung ist unterschiedlich. Einzig zu Quint-essenz, den Workshops des LZG.NRW zu Qualitätsinstrumenten allgemein und sowie zur Partizipativen Qualitätsentwicklung gibt es eine relevante Nachfrage. Damit werden eher diejenigen Angebote in Anspruch genommen, die Verfahren und auch Grundlagen der Qualitätssicherung und -entwicklung ansprechen und in denen es weniger um die Vermittlung einzelner Techniken bzw. Instrumente (z. B. Qualitätszirkel oder Zielerreichungsskalen) geht.

3.1.3 Erfahrungen der Anwender/-innen von Instrumente und Verfahren

In den Interviews berichteten die befragten Entwickler/-innen über positive Rückmeldungen, die die Anwender/-innen ihnen zurückgespiegelt haben. Ebenso wurden aus diesen Aussagen, Herausforderungen herausgearbeitet, die es gilt bei der gelingenden Vermittlung von Qualitätsansätzen zu berücksichtigen, um eine Anwendung in der Praxis zu fördern.

Positive Erfahrungen

Die Hälfte der Interviewten schilderten positive Rückmeldungen in Bezug auf ihr Instrument oder Verfahren (E1; E2; E5; E7). E1 erläuterte, dass die Anwender/-innen aufgrund der Transparenz der Basisdokumentation diese anwenden. Zum einen trage das Instrument dazu bei, die geleistete Arbeit im Rahmen eines Projektes für Externe sichtbar darzustellen. Zum anderen diene das Instrument aus Sicht der Anwender/-innen ebenfalls dazu, einzelne Arbeitsschritte für das Projektteam abzubilden und das Bewusstsein für die eigene Arbeit zu steigern. Dies habe im Rahmen einer Intervention beispielsweise dazu geführt, dass deutlich wurde, dass Bedürfnisse der Zielgruppe bereits erfasst wurden. In Folge dessen habe das Projektteam ein zusätzliches Angebot für Jungen geschaffen, um den Bedürfnissen dieser Teil-Zielgruppe zu entsprechen (E1).

Positives Feedback gab es seitens der Praxis auch in Bezug auf die Zielerreichungsskalen, die im Hinblick auf ihren Nutzen evaluiert wurden (E2). Diese positive Rückmeldung bestätigten zwei weitere Interviewpartnerinnen, die auf Basis persönlicher Erfahrungen die Zielerreichungsskalen als sehr praxisrelevant bewerteten (E5; E8).

Eine Interviewpartnerin schilderte, dass das Diskutieren möglicher Stolpersteine bei der Anwendung der Instrumente und Verfahren für die Anwender/-innen hilfreich war. Diese berichteten der Interviewten von gelungenen Umsetzungsversuchen oder richteten sich mit weiteren Fragen an die Befragte (E5).

In Verbindung mit der Anwendung von Qualitätszirkeln wurde die strukturierte Arbeit bzw. die Orientierung am Qualitätskreislauf sehr geschätzt (allerdings werden dazu auch gegenteilige Auffassungen geäußert). Auch sei positiv herauszustellen, dass einige Qualitätszirkel im Anschluss an die Schulungen weitergeführt wurden, was für ihren Nutzen in der Praxis spreche (E7).

Hemmende Faktoren bei der Anwendung von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung in der Praxis

Eine Interviewpartnerin merkte an, dass es keinen one-size-fits-all-Ansatz gebe, durch den garantiert werde, dass die Praktiker/-innen die in Workshops vermittelten Methoden im Rahmen ihrer eigenen Interventionen anwendeten. Diese Einschätzung wurde durch verschiedene Aussagen weiterer Interviewpartner/-innen gestützt, in denen Faktoren beschrieben wurden, die die Anwendung der Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung in der Praxis hemmten. Sofern die vermittelten Methoden als praxisfern und nicht -gerecht wahrgenommen werden würde, sei auch eine umfassende Qualifizierungsmaßnahme nicht ausreichend, um die Praktiker/-innen für eine eigenständige Umsetzung des Gelernten zu qualifizieren (E1; E3). Dies treffe auf einige entwickelte Instrumente und Verfahren zu, die zu komplex konstruiert seien (E8).

Aber auch bei einer hohen Praxisrelevanz und einer praxisgerechten Vermittlung der Inhalte und Anwendung einiger Instrumente und Verfahren müsse nicht zwangsläufig eine Anwendung erfolgen. Gründe dafür könnten beispielsweise unterschiedliche lokale Bedingungen vor Ort sein, sodass die knappe Ressourcenausstattung nicht ausreichen, um beispielsweise Methoden der Evaluation anzuwenden (E1; E5). Aus diesem Grund sei es wichtig zu klären, wie die jeweiligen Rahmenbedingungen, unter denen die Praktiker/-innen arbeiten, gestaltet sind, sodass in einem Dialog Praktiker/-innen gemeinsam mit den Entwicklern und Entwicklerinnen angemessene Instrumente und Verfahren auswählen könnten (E1; E5). Weiterhin würden die Praktiker/-innen den institutionellen Vorgaben und Prozessen der Einrichtungen unterliegen, für die sie tätig sind (z. B. Kitas). Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung waren nicht zwangsweise anschlussfähig an die bestehenden Routinen (E1; E4; E6). Erschwerend kam hinzu, dass in einigen Praxiskontexten Gesundheitsförderung keinen Hauptaspekt darstelle, sondern beispielsweise der Bildungsauftrag den Arbeitsschwerpunkt der Einrichtungen bilde (E1). Hier seien Überlegungen notwendig, wie Gesundheitsförderung zunächst stärker in diese Arbeitsschwerpunkte integriert werden könnte (E1). Grundsätzlich reichten standardisierte Handlungsanleitungen nicht aus, um Praktiker/-innen für eine Anwendung der Instrumente und Verfahren zu motivieren, es brauche vielmehr eine Unterstützung der Praxis in den Anpassungsprozessen der Qualitätsansätze aus dem Bereich Gesundheitsförderung an die vor Ort vorherrschenden Systeme (E6; E8).

Wenn es darum geht, Anpassungsprozesse zu initiieren und Praktiker/-innen für diesen Arbeitsschritt zu gewinnen, liege eine Voraussetzung darin, dass ihnen der Nutzen für Maßnahmen der Qualitätsentwicklung bekannt ist. (E1; E4). Demzufolge sei das fehlende Verständnis ein weiterer hemmender Faktor. E4 zufolge werde Qualitätsentwicklung häufig als zusätzliche und zeitaufwändige Aufgabe wahrgenommen. E2 ergänzte, dass zudem Qualitätsentwicklung häufig mit Dokumentationspflichten assoziiert werde. Deswegen seien insgesamt eine stärkere Nachfrage nach weiteren Methoden der Qualitätsentwicklung sowie eine Herausstellung des Nutzens in der Gesundheitsförderung nötig, damit sie etabliert werden (E2).

Dennoch reiche die Forderung nach Qualitätsentwicklung und -sicherung auf Seiten der Praktiker/-innen allein nicht aus. Es bedürfe ebenfalls der Bereitstellung von Ressourcen durch die Mittelgeber. Dies gelte besonders für die Zeit der Antragsstellung, d.h. die Investition in die Planungsqualität, die zukünftig mehr finanziellen Ressourcen und damit Zeit zur Auseinandersetzung brauche (E5; E6; E7; E8). Besonders häufig trete diese Problematik bei kleinen Projekten auf (E3). Nur durch die stärkere Unterstützung seitens der Förderer könne diese Problematik verbessert werden (E8).

Es verwundere demnach nicht, dass Qualitätsentwicklung oft als Kontrollsystem wahrgenommen werde (E2; E3; E8). Stattdessen sollte der Fokus stärker auf die Unterstützung in der Zielsetzung, der Reflexion der Intervention und daraus ableitend in den Möglichkeiten der Interventionsveränderungen und -modifikationen gesehen werden (E2).

Abschließend hielt E1 fest, dass die Anwendung von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung fest in das Projektkonzept integriert sein sollte. In diesem Zusammenhang bedürfe es vorerst einem gemeinsamen Verständnis von zentralen Terminologien und Definitionen (E1).

Die Interviewten geben an, keinen Überblick darüber zu haben, inwieweit die von den Ansprechpartnerinnen und -partnern vertretenen Instrumente und Verfahren tatsächlich in der Praxis Anwendung finden. Zugleich werden viele, aber nicht alle Verfahren und Instrumente als praxisrelevant eingeschätzt. Anstatt eines One-size-fits-all-Ansatzes muss die Praxis interventionsspezifisch unterstützt werden.

Dafür bedarf es der Anpassung der Verfahren und Instrumente an die lokalen Rahmenbedingungen sowie an die spezifischen Strukturen und Systeme. Zudem bestehen in einigen Settings organisationsspezifische Systeme des Qualitätsmanagements (u.a. Kita, Schule, Pflegeeinrichtungen). Es ist offen, inwieweit hier die eher inhaltsbezogenen Verfahren und Instrumente der Qualitätsentwicklung für Gesundheitsförderung in Lebenswelten anschlussfähig sind. Zudem stellt in einigen Praxiskontexten Gesundheitsförderung nicht den Hauptaspekt dar, mit dem sich die Praxis beschäftigt. Sie ist häufig eine zusätzliche Aufgabe, die beispielsweise neben dem Schwerpunkt des Bildungsauftrages in Kitas zu bewältigen ist. Demnach muss praxisspezifisch beachtet werden, was bei der Zielgruppe von Interesse ist.

Ebenfalls sind fehlende finanzielle Ressourcen und somit die Kosten für das Erlernen und Anwenden eines Verfahrens bzw. Instruments als hinderliche Faktoren für die Anwendung von Instrumenten anzusehen.

Eine weitere Barriere ist das häufig nicht vorhandene Verständnis für den Nutzen von Qualitätsentwicklung, weshalb keine Priorität darauf gesetzt und sie folglich unzureichend durchgeführt wird. Einer der Hauptgründe kann die fehlende intrinsische Motivation dafür sein, die häufig dadurch zustande kommt, dass Qualitätsentwicklung als zusätzliche, zeitaufwändige Aufgabe angesehen wird. Insgesamt ist eine stärkere Nachfrage nach Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung nötig, damit sie etabliert wird. Weiterhin wird Qualitätsentwicklung häufig als Kontrollsystem anstatt als Unterstützung wahrgenommen.

Förderung der Anwendung von Verfahren und Instrumenten der Qualitätsentwicklung

Das Erkennen des Nutzens der Anwendung von Verfahren und Instrumenten der Qualitätsentwicklung sei eine zentrale Voraussetzung dafür, dass Instrumente und Verfahren überhaupt in Erwägung gezogen werden und eine Zusammenarbeit von Seiten der Praxis mit der Wissen-

schaft gewollt ist (E1). Daher sei ein dialogischer Prozess - inkl. Kommunikation auf Augenhöhe und gegenseitiger Wertschätzung - zwischen Praxis und Wissenschaft notwendig (E1; E2). Dabei müsse der Praxis die Möglichkeit gegeben werden, eigene Inputs und für sie relevante Fragen mit einbringen zu können (E1). Ein Interesse an den Meinungen und Erfahrungen der Akteurinnen und Akteure mit den Instrumenten sei insofern wichtig und hilfreich, als diese für die Überarbeitung und Anpassung der Instrumente genutzt werden könnten, um sie anwendungsorientierter zu gestalten (E3). Allgemein sah eine Befragte die Grundhaltung zwischen den Entwicklerinnen und Entwicklern gegenüber früheren Jahren als verbessert an (E5). Mittlerweile empfehlen sich ihrer Ansicht nach auch Kollegen und Kolleginnen untereinander. Dies fördere die Anwendung und Verbreitung von Instrumenten und Verfahren.

Eine weitere wesentliche Voraussetzung für eine Anwendung seien ausreichend zeitliche Ressourcen (E8), besonders in der Planungsphase eines Projektes (E1; E2; E5). Eine finanzielle Entschädigung trage beispielsweise dazu bei, dass Projekttreffen zwischen Wissenschaft und Praxis für die Praktiker/-innen attraktiver werden (E1).

Zentral für eine stärkere Anwendung der Qualitätsansätze sei eine praxisnahe Vermittlung von Grundlagen und einem anschließenden niederschweligen, regionalen Unterstützungsangebot (E5, E7, E6). Dabei könne ein Mix aus unterschiedlichen Formaten (Fachkonferenzen, Workshops, gedruckte Leitfäden, Online-Leitfäden, z.T. mit interaktiven Angeboten etc.) helfen, den unterschiedlichen Bedürfnissen der Akteurinnen und Akteure zu entsprechen (E5). Hierbei sollte auf leichte und schnelle Zugangsmöglichkeiten zu den Instrumenten geachtet werden (E8). Ebenso sei die Verwendung einer leicht verständlichen Sprache essenziell (E8). Außerdem sollten zur Förderung der Anwendung von Instrumenten und Verfahren die Praktikerinnen und Praktiker selbst nach ihren Bedarfen und Bedürfnissen befragt werden (E8).

Langfristig begünstigend für die Anwendung von Instrumenten und Verfahren sei außerdem, diese Inhalte bereits in Ausbildungen zu implementieren (E4, E7). Zum anderen sei eine Verankerung von Verfahren in einer gesamten Institution und nicht nur die Vermittlung für einzelne Angestellte aus nachhaltiger Perspektive sehr förderlich (E4).

Als ein zentraler förderlicher Faktor wird die Herausstellung des Nutzens von Qualitätssicherung und -entwicklung gesehen und im Zusammenhang damit der dialogische Prozess zwischen der Praxis und der Wissenschaft als notwendig betrachtet. Durch eine praxisnahe Vermittlung von Grundlagen und einem anschließenden niederschweligen, regionalen Unterstützungsangebot, besteht die Möglichkeit der leichteren Anwendung von Instrumenten und Verfahren.

Von standardisierten Handlungsanleitungen, im Sinne von one-size-fits-all-Ansätzen, sollte Abstand genommen werden. Stattdessen müssen die Praktikerinnen und Praktiker in ihren Anpassungsprozessen interventionsspezifisch unterstützt werden. Es bedarf daher verschiedener Angebote für unterschiedliche Erfahrungen und Ausgangslagen.

Bei der Vermittlung komplexer Verfahren muss versucht werden, die Anwendung so kurz und prägnant wie möglich zu halten und dadurch Verständnisprobleme aufzuheben. Hinzukommend benötigen komplexe Verfahren, wie quint-essenz oder QIP, eine kontinuierliche Begleitung.

Weiterhin sind ausreichende zeitliche Ressourcen, vor allem zu Projektbeginn, erforderlich. Grundlegend ist es förderlich, Personen bereits in ihrer Ausbildung mit Qualitätsentwicklung und -maßnahmen vertraut zu machen. Aus nachhaltiger Perspektive ist eine Verankerung der Verfahren in einer gesamten Institution sehr förderlich.

3.1.4 Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept

Der Bedarf an Unterstützung, den die Entwicklerinnen und Entwickler aus ihren bisherigen Erfahrungen ableiteten, wurde sehr übereinstimmend formuliert:

Besonders benötigt werde die bereits mehrfach aufgezeigte Beratung (vor Ort), die über Workshops, Schulungen und Fortbildungen hinausgehe und einen stärkeren Praxisbezug aufweise. Auf diese Weise könne auf die individuellen Bedürfnisse und lokale Gegebenheiten der jeweiligen Praktikerinnen und Praktiker eingegangen werden, um sie effektiver zu unterstützen (E1; E4; E5; E8). Instrumentenunabhängig sollte grundlegend eine Einführung in Qualitätssicherung und -entwicklung sowie in Zielsetzungstechniken vermittelt werden, damit die Handelnden ein Verständnis für den Nutzen sowie die Anwendung von Instrumenten und Verfahren erhielten (E2; E3).

Die spezifischen Bedürfnisse der Praxis können dabei unterschiedlich ausfallen, sodass es wichtig ist, sie zu erheben. Insofern benötige auch die Unterstützung der Praxis zunächst einen Dialog, um die Arbeitsvorstellungen beider Seiten zu klären (E1).

Vorschläge für die Beförderung von Qualitätssicherung und -entwicklung in Interventionen der Gesundheitsförderung

An dieser Stelle folgen Ideen, Sichtweisen und Vorschläge, wie Qualitätsentwicklung und -sicherung befördert und den im vorangegangenen Kapitel dargestellten Barrieren und hinderlichen Faktoren begegnet werden könnte. Größtenteils handelte es sich dabei um Vorschläge einzelner Interviewpartnerinnen und -partner, sodass nachfolgend eine stichwortartige Auflistung erfolgt:

- Verknüpfung von Qualitätsentwicklung und -sicherung mit der Organisationsentwicklung. Ein Umsetzungs- bzw. Implementierungskonzept könne dafür hilfreich sein (E1).
- Vorgabe einzelner Qualitätsschritte als verbindliche Auflagen für Projekte, die eine finanzielle Unterstützung durch einen Förderer erhalten möchten. Dafür könnten in einer Ausschreibung klare Qualitätskriterien formuliert werden (E5).
- Erhebung der konkreten Bedürfnisse an die Unterstützung seitens der Praxis und Implementation einer praxisgerechten Kommunikationsstruktur auf Augenhöhe (E1; E7; E3; E8).
- Vermittlung spezifischer Instrumente und Verfahren über eine zentrale Stelle anstelle der jeweiligen Entwicklerinnen bzw. Entwickler (E2). Dies unterstütze eine Analyse auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Verfahren und Instrumenten und erleichtere zugleich eine gemeinsame und nicht instrumentenspezifische Verbreitung. Beispielhaft dafür seien Zielformulierungen anhand der SMART-Kriterien, die nicht nur auf die Zielerreichungsskalen reduziert werden sollten (E2).

- Identifikation adäquater Methoden für die jeweiligen Institutionen, die unterschiedliche Erfahrungen, Projektumfänge sowie Teamzusammensetzungen berücksichtigten (E2; E4; E5). Hinzukommend sei eine weiterführende Begleitung und Nachfrage nach Erfahrungen und Problemen hilfreich, um sich fortlaufend aktiv mit einem Thema auseinanderzusetzen (E2; E6).
- Als eine Möglichkeit zum Aufbau der Beratungsstrukturen wurden die Landesvereinigungen für Gesundheit gesehen, nachdem dort zunächst eine oder mehrere Personen eine Art Grundausbildung erhalten haben (Multiplikatorenschulung). Die zweite Möglichkeit sei eine allgemeine Weiterbildung auf Landesebene (ohne Eins-zu-eins-Beratung) (E6). Das Schaffen von vollständig neuen Strukturen auf Landesebene wurde von einer Interviewpartnerin als nicht hilfreich aufgefasst, da besser an bestehende Strukturen angeknüpft werden sollte. So wären beispielsweise eigene Fortbildungssysteme der Settings Kita oder Schule denkbare wichtige Anknüpfungspunkte (E2).
- Eine weitere Möglichkeit zum Aufbau der Beratungsstrukturen wäre die Verankerung einzelner Instrumente als Grundbaustein für die Qualitätsentwicklung bei den kommunalen Gesundheitskonferenzen (oder ähnlichen Netzwerken, Plattformen etc.).
- Unabhängig sei für alle Optionen eine Bündelung und eine anschließende Zurverfügungstellung von Lehrmaterialien, Modulen von Weiterbildungsveranstaltungen etc. auf Bundesebene hilfreich, damit nicht jede Koordinierungsstelle dies für sich machen muss. Aus den Angeboten könnte jedes Bundesland die Aspekte auswählen, die für die unterschiedlichen Schwerpunkten geeignet sind (E6).
- Anstatt eines einzelnen Beraters oder einer einzelnen Beraterin wären auch kollegiale Beratungsformate, z.B. in Form kleiner, durch externe Personen unterstützter Workshops oder andere Arten von Gruppenveranstaltungen denkbar. Auf diese Weise könnte zwischen den Einrichtungen mit ähnlichen Arbeitsformen bzw. -inhalten eine Art von Supervision und gegenseitiger Unterstützung initiiert werden (E5; E6).
- Als weitere Unterstützung käme die Zuordnung der Verfahren und Instrumente zu den jeweiligen Projektphasen beispielsweise auf Webseiten infrage. Z. B. könnten unter Projektplanung die Instrumente aufgezeigt und erklärt werden, die sich für die Phase der Planung eines Projektes eignen. Dies werde bisher auf der Internetseite von quint-essenz und von PQ durchgeführt und könnte auf weitere Instrumente und Verfahren übertragen werden (E4; E8). Auch könnten E-Learning-Angebote oder Podcasts zu verschiedenen Instrumenten und Verfahren entwickelt werden, die in Kombination mit Unterstützung vor Ort eingesetzt werden könnten (E6).
- Zur Bearbeitung von in der Praxis auftretenden Schwierigkeiten bezüglich Qualitätsentwicklung und -sicherung könnte auf lokaler Ebene ein Open Space zu den Qualitätsdimensionen Konzept, Prozesse, Struktur und Wirkungen veranstaltet werden, der in regelmäßigen Abständen stattfindet (E1).
- Als Einstieg sollten insbesondere niederschwellige, also praktikable, leicht verständliche, nicht zu umfangreiche Instrumente und Verfahren vorgestellt werden, damit eine anschließende Anwendung realistischer wird. Dafür müsse der Umgang mit den Instrumenten richtig erlernt werden und der Benefiz sollte zumindest exemplarisch erkenntlich werden, um es dann auf das eigene Projekt zu übertragen. Ein guter Zugang zu Qualität könnte dabei gelin-

gen, indem zunächst im Team und darauffolgend jede Person für sich selbst erfährt, was mit Qualität gemeint ist. Diese Wissensvermittlung sollte, nachdem sie auf die Anwenderinnen und Anwender abzielt, ebenfalls an die Personen mit Entscheidungsfunktionen weitergegeben werden (E3).

- Aufgrund der unterschiedlichen Erfahrungen und Anwendung von Qualitätsentwicklung und -sicherung, u. a. auf Landesebene in den Landesvereinigungen, sollten zunächst die Grundprinzipien in Bezug auf Qualität in Schulungen vermittelt werden, bevor es Schulungen zu konkreten Instrumenten gebe (E2). Im Anschluss daran wäre eine bundesländerübergreifende Vertiefung zu Instrumenten und Verfahren, bspw. zu Zielerreichungsskalen, denkbar. Dieses Vorgehen ist auch Sicht der Interviewpartnerin eine einigermaßen realistische Einschätzung der Nachfragemenge (E2).

Von den Entwicklerinnen und Entwicklern wird ein ganzes Bündel unterschiedlicher Vorschläge genannt, wie Qualitätssicherung und -entwicklung im Sinne einer konkreten Beratung von Interventionsansätzen befördert werden kann. Während viele Vorschläge von einzelnen Gesprächspartnerinnen und -partnern genannt wurden, werden einzelne Vorschläge mehrfach angesprochen: Dazu gehört die Klärung der Bedürfnisse der Praxis sowie die Implementation einer praxisgerechten Kommunikationsstruktur zwischen Wissenschaft und Praxis auf Augenhöhe. Es besteht Klärungsbedarf, welche Methoden für die Unterstützung adäquat sind und es sollte geprüft werden, inwieweit kollegiale Beratungsformate genutzt werden können. Neben der einmaligen Unterstützung sollte auch über begleitende Verfahren nachgedacht werden.

Schriftliche Materialien, die ggf. Verfahren nach ihrem Zeitpunkt der Anwendung systematisieren sowie Online-Ressourcen sollten für eine ergänzende Unterstützung vorgehalten werden.

Aufgaben der potenziellen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Unabhängig von der strukturellen Anbindung wurden den künftigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die die Qualitätssicherung und -entwicklung befördern sollen, folgende Aufgaben zugesprochen:

- Vermittlung grundlegender Informationen zu Qualitätssicherung und -entwicklung sowie dem dadurch erzielbaren Nutzen. Herausarbeitung der Rolle der Evaluation als Teil von Qualitätsentwicklung (E1; E3; E7). Der Dreh- und Angelpunkt für E1 sei das Herausstellen der Nützlichkeit von Qualitätsentwicklung sowie die Vermittlung des Verständnisses davon.
- Vermittlung der Anwendung einzelner Verfahren und Instrumente (E3), ggf. müsse es dafür jeweils spezifische Beraterinnen und Berater geben. Allerdings sollte auf Landesebene ein Überblick über die Anwendungsmöglichkeiten der verschiedenen Verfahren und Instrumente vorhanden sein. Geprüft werden könnte beispielsweise die Bildung eines Beratungspools, der z.B. in einen Nord- und Süd-Pool unterteilt werden könnte, so dass die Beraterinnen und Berater auf Anfrage zu ihren jeweiligen Themenfeldern Coaching- oder Beratungsangebote vor Ort organisieren könnten (E5).
- Fortlaufende Klärung der Bedürfnisse und Bedarfe und daran anknüpfender Methoden für die Beratung. Weiterhin sollten die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren beim Aufstellen und Umsetzen der Methoden helfen und im Verlauf des Projektes wiederholt aktiv auf die Projektdurchführenden zugehen und nach Erfahrungen etc. fragen (E2; E3; E7).
- Sicherstellung ausreichender Praxiskenntnisse (E5; E6) sowie einer wertschätzenden Grundhaltung (E1; E7) seitens der Beraterinnen und Berater.

- Übernahme von Moderationsaufgaben auch für die Klärung möglicher Konflikte und gegensätzlicher Interessenslagen (E5).

Die Umsetzung dieser Aufgaben setze eine ausreichende Ausstattung mit finanziellen wie personellen Ressourcen voraus.

Neben der konkreten Projektberatung werden die Vermittlung von Informationen zu Qualität und besonders die Herausstellung der Nützlichkeit von Qualitätsentwicklung als grundlegende Aufgaben der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gesehen. Sie sollten verschiedene Instrumente gut kennen und überblickshaft Informationen dazu geben können; für vertiefende Informationen zu einzelnen Verfahren und Instrumenten wurde dagegen ein Beratungspool vorgeschlagen.

Unabdingbar sind ein detailliertes Praxisverständnis und die Kenntnis lokaler Bedingungen. Ebenfalls werden die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren als Vermittlerinnen und Vermittler zwischen Wissenschaft und Praxis eingeschätzt. Hinzukommend müssen die Personen Kommunikations-, Fach- sowie Methodenkompetenzen aufweisen.

Qualifikation der künftigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Für die Ausbildung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurde eine Workshopreihe vorgeschlagen, die mit einem allgemeinen Überblick über die Instrumente und Verfahren beginnen sollte. Darauf könnten vertiefende Workshops folgen (E5). Es müsse einerseits ausreichend Wissen über Qualitätssicherung sowie die Instrumente vermittelt werden und andererseits auf die Erhebung der Bedarfe und Bedürfnisse eingegangen werden. Auch müsse Kontextwissen vermittelt werden (E3). Als eine Herausforderung wurde die Auswahl der Qualitätsansätze gesehen, die die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit an die Hand bekommen sollen, um diese weiterzugeben (E1; E3). Eine besondere Herausforderung stellten neu entwickelte Instrumente dar, da diese schwierig an die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und noch schwieriger in die Praxis zu bringen seien (E4).

Durch die Integration eines regelmäßigen Erfahrungsaustauschs könne gefördert werden, dass die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren nach gleichen Standards arbeiteten und die Instrumente und Verfahren auf gleiche Art und Weise anwendeten (E4). Im Laufe der Zeit könnten die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ggf. verschiedene Methoden und Ansätze miteinander kombinieren, was den Praktikerinnen und Praktikern zugunsten kommen könnte. Dafür müssten die Entwickler/-innen der Instrumente jedoch im Vorfeld eine Integration auf abstrakter Ebene gewährleisten (E6).

In flächenmäßig großen Bundesländern könnten die Wegstrecken eine Hürde darstellen, Projekte aktiv aufzusuchen. Aus diesem Grund wäre es hilfreich, wenn die beratenden Tätigkeiten durch eine Person aus der Praxis durchgeführt werden könnten; wenn möglich sogar eine Person eines Trägers, mit der die LVGN bereits zusammengearbeitet haben (E6). Mit lokalen Akteurinnen und Akteuren, die für eine Multiplikatorenfunktion qualifiziert sind, könnte diese Problematik zumindest teilweise umgangen werden (E2; E4).

Da die Erfahrungen im Feld der Qualitätssicherung und -entwicklung in den Bundesländern an unterschiedlichen Punkten seien, müsste in einzelnen Ländern zeitnah zunächst Bereitschaft für eine Investition in Qualitätssicherung und -entwicklung geschaffen werden (E5). Ebenso wie bei den Praktikerinnen und Praktikern bestehe hier die Herausforderung darin, zunächst ein Verständnis für den Nutzen von Qualitätssicherung und -entwicklung herzustellen (E2).

Die Schulung und Begleitung der künftigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bedarf eines Konzeptes, das unterschiedliche Bausteine umfasst. Es muss Wissen vermittelt werden, aber auch die Voraussetzung dafür geschaffen werden, dass Überzeugungsarbeit geleistet werden kann. Auch werden einheitliche Standards für die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren empfohlen und in dem Zusammenhang die Sicherstellung eines Erfahrungsaustauschs angeregt.

Eine Herausforderung ist zum einen, dass die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausreichend Wissen über Qualitätssicherung sowie die Instrumente haben und zum anderen die Bedarfe und Kontexte kennen müssen, in denen das Wissen angewendet werden soll. Ebenfalls stellen begrenzte Kapazitäten eine Herausforderung dar. Es wird empfohlen zu prüfen, inwieweit die künftigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus der Praxis stammen könnten und nicht nur Erfahrungen im wissenschaftlichen Bereich vorweisen.

Unterstützung des künftigen Multiplikatorenkonzeptes durch die Entwicklerinnen und Entwickler

In diesem Abschnitt werden die Wünsche und Anregungen, in welcher Weise die Entwicklerinnen und Entwickler in das Multiplikatorenkonzept eingebunden werden könnten sowie Aussagen dazu, inwiefern die bereits angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen in die Multiplikatorenschulung einfließen könnten, zusammengefasst.

Grundsätzlich äußerten sich alle angesprochenen Personen offen für eine praktische Unterstützung des Multiplikatorenkonzeptes (E1; E2; E3; E4; E5; E6; E7). In dem Zusammenhang angesprochen wurden aber auch Möglichkeiten für eine Entschädigung des Arbeitsaufwandes, diesbezüglich wurde auf die Regelungen in der Schweiz (Radix) verwiesen (E4, E5). Vorgeschlagen wurde weiterhin, dass Personen aus dem Kreis der Praktiker/-innen, die zum Beispiel die Weiterbildung zur Partizipativen Qualitätsentwicklung absolviert haben, die Aufgaben der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren übernehmen. So gebe es z. B. einige LVGN, die diese Voraussetzung erfüllen (E6). Außerdem bekundete E6 Interesse an einer Begleitforschung der Multiplikatorenschulung im Hinblick auf die dort angestoßenen Lernprozesse.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle befragten Entwicklerinnen und Entwickler Interesse äußern, ihre Instrumente und Verfahren im Rahmen der Multiplikatorenschulung vorzustellen und ggf. auch im Anschluss für weitere Nachfragen zur Verfügung zu stehen.

3.1.5 Fazit aus den Interviews mit den Entwicklerinnen und Entwicklern

Für die im Rahmen der Interviews angesprochenen Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung existieren - teilweise nur wenig genutzte - allgemeine Informations- und Schulungsmöglichkeiten, beispielsweise in Form von Workshops oder sogar mehrtägige Weiterbildungen. Ebenfalls werden schriftliche Ressourcen bereitgestellt, die mehrheitlich auch über

das Internet verfügbar sind. Angebote für die konkrete Projektberatung bestehen dagegen nur in Einzelfällen bzw. nur auf informeller Ebene. Grundsätzlich sind die Entwicklerinnen und Entwickler bereit, das künftige Multiplikatorenkonzept auch praktisch - eine Aufwandsentschädigung vorausgesetzt - zu unterstützen.

Zugleich wird die Sicherstellung einer Beratung (vor Ort), die über Workshops, Schulungen und Fortbildungen hinausgeht und einen stärkeren Praxisbezug aufweist, übereinstimmend als zentrale Empfehlung in den Interviews angesprochen. Praktikerinnen und Praktiker sollten bezogen auf die jeweilige Intervention darin unterstützt werden, welche Verfahren und Instrumente für ihren Kontext konkret geeignet sind und wie diese an die spezifischen lokalen Bedingungen angepasst werden können.

Im Hinblick auf die in einigen Settings bestehenden Verfahren der organisationsbezogenen Qualitätssysteme ist aus Sicht der Interviewpartnerinnen und -partner offen, inwieweit diese zu der hier anvisierten inhaltlichen Stärkung von Ansätzen der Gesundheitsförderung anschlussfähig sind.

Als Struktur für die Unterstützung der Praxis kommt aus Sicht der Interviewpartnerinnen und -partner die Nutzung vorhandener Strukturen auf Landesebene in Frage, die durch eine zentrale, bundesweite Stelle unterstützt werden können. Seitens der Landesebene könnte die Praxis neben der konkreten Beratung auch Grundlagen der Qualitätssicherung und -entwicklung vermitteln. Als wesentlich werden feste Ansprechpartnerinnen und -partner genannt, die praktische Erfahrungen haben und die lokalen Bedingungen kennen, sodass ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann.

Als eine weitere sehr wichtige Aufgabe für alle Ebenen wird außerdem die Vermittlung des Nutzens von Qualitätssicherung und -entwicklung genannt. Dies ist nicht alleine gegenüber der Praxis, sondern auch gegenüber den Fördermittelgebern relevant. Denn diese sollten Maßnahmen der Qualitätsentwicklung auch in ihren Förderkriterien berücksichtigen, sodass für die Praktiker/innen ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, Qualitätsansätze umzusetzen.

Der Aufbau eines Unterstützungssystems bedarf zunächst der Klärung der Bedürfnisse der Praxis. Es muss besprochen werden, welche Methoden für die Unterstützung adäquat sind und inwieweit auch kollegiale Beratungsformate genutzt werden können, um den gegenseitigen Austausch zu stärken. Neben der einmaligen Unterstützung sollte auch über begleitende Verfahren nachgedacht werden.

Schriftliche Materialien, die ggf. Verfahren nach ihrem Zeitpunkt der Anwendung systematisieren sowie Online-Ressourcen sollten für eine ergänzende Unterstützung vorgehalten werden. Allerdings wird der Nutzen einer Online-Plattform für den gegenseitigen Austausch kontrovers diskutiert. Auch könnten E-Learning-Angebote oder Podcasts zu verschiedenen Instrumenten und Verfahren entwickelt werden, um sie in Kombination mit Unterstützung vor Ort einzusetzen.

Die Schulung und Begleitung der künftigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bedarf aus Sicht der Interviewpartnerinnen und -partner eines Konzeptes, das unterschiedliche Bausteine umfasst.

Es muss Wissen vermittelt werden, aber auch die Voraussetzungen dafür müssen geschaffen werden, dass Überzeugungsarbeit geleistet werden kann. Auch werden einheitliche Arbeitsstandards für die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren empfohlen und in dem Zusammenhang die Sicherstellung eines Erfahrungsaustauschs angeregt.

3.2 Erstbefragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

3.2.1 Aktivitäten der Landesvereinigungen für Gesundheit im Bereich Qualitätsentwicklung und -sicherung (Bestandsaufnahme)

Die 16 Interviewteilnehmer/-innen wurden gebeten, die Aktivitäten der jeweiligen LVG im Bereich Qualität bzw. Qualitätsentwicklung zu beschreiben. Hierzu zählten bisherige Fortbildungs- und Beratungsangebote und die verwendeten Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung in den LVGn. Inwiefern die LVG als Anlaufstelle zum Thema Qualitätsentwicklung von den Praktiker/-innen genutzt wird, wurde ebenfalls in den Interviews erörtert.

Die jeweilige Organisation der Qualitätsangebote in den LVGn reichte von fest etablierten Stellen, über Regelungen zu individuellen Arbeitsstundenkontingenten, bis hin zur Verteilung des Themenfeldes auf mehrere Arbeitsbereiche bzw. einzelne Projekte. In einigen LVGn wurde das Themenfeld durch die Koordinierungsstellen für Gesundheitliche Chancengleichheit abgedeckt oder unterstützt (L1; L2; L6; L9; L15). Finanziert wurden die Angebote durch gesetzliche Krankenkassen (L2; L10; L12; IP15), das jeweilige Bundesland (L2; L15) oder durch den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (L10). In einzelnen LVGn war ein Großteil der Qualitätsbestrebungen den Auditierungsverfahren Gesunde Kita und/oder Gesunde Schule zuzuordnen (L8; L12).

3.2.1.1 LVG als Anlaufstelle zum Thema Qualitätsentwicklung

Im Rahmen der Bestandsaufnahme zu Aktivitäten der Qualitätsentwicklung der LVGn wurden die Befragten um eine Einschätzung gebeten, inwieweit die LVGn in Fragen der Qualitätsentwicklung als Anlaufstelle bzw. Informationsstelle von den Praktikerinnen und Praktikern bereits genutzt wurden.

In einigen Ländern waren die LVGn als eine gut akzeptierte Anlaufstelle rund um das Thema Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung bereits etabliert (L1; L2; L3; L8; L10; L15; L13; L16). L16 resümierte, dass die LVGn in den einzelnen Ländern die zentrale Instanz für Qualitätsentwicklung und -sicherung seien. Dies sei mit ihrer neutralen und uneigennützigen Position sowie der nötigen fachlichen Expertise zu begründen.

Neben kleineren Anfragen nach Informationsmaterialien oder der Vermittlung von weiteren Ansprechpersonen (L15), träten auch politische Entscheidungsträgerinnen und -träger aus Kommunal- und Landespolitik mit strategisch ausgerichteten Anfragen an einzelne LVGn heran (L8):

„Wir werden also, bei kleinen Anfragen aus dem Landtag, wir werden also von der Politik öfter angefragt, ja? Und da steht immer der qualitative Aspekt im Hintergrund. (...) Ich mache es mal an den Gesundheitszielen wieder fest. (...) Was müsste man dabei beachten? Welche qualitativen Gesichtspunkte? Muss es settingangebunden sein?“ (L8, P. 199).

Auch bei Praktikerinnen und Praktikern sei eine steigende Nachfrage zu Themen rund um die Qualitätsentwicklung zu beobachten. Diese Entwicklung resultiere auch aus einer wachsenden

Bedeutung von Fragen zur Wirksamkeit seitens Projektträger bzw. Geldgeber wie etwa den gesetzlichen Krankenkassen. Diese Anfragen seien jedoch eher auf konkrete Projekte und weniger auf allgemeine Themen von Qualitätssicherung und -entwicklung bezogen (L8). Ähnliches berichtete L2. Die LVG erreiche Anfragen zur Unterstützung in Qualitätsfragen häufig über settingspezifische Netzwerke wie etwa das Zentrum für Bewegungsförderung oder auch die Stadtteilzentren:

„Sei es, weil jemand ein gesundheitsförderliches Profil entwickeln möchte und da Beratung braucht, sei es, weil Akteure ein konkretes Programm bei sich implementieren möchten und dabei Unterstützung möchten (...) aber das ist dann immer themenspezifisch.“ (L2, P. 71).

Hierbei wurde häufig eine Kooperation mit Institutionen sowie Akteurinnen und Akteuren im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung angestrebt (L2). Dieses Feld gestalte sich je nach Land unterschiedlich, z. B. in Form der kommunalen Gesundheitskonferenzen (L1) oder durch Koordinatoren und Koordinatorinnen für Gesundheitsförderung in den einzelnen Landkreisen (L9).

Dagegen kamen in vier Ländern die Praktikerinnen und Praktiker nur selten mit Fragen zur Qualitätsentwicklung auf die LVGn zu (L7; L11; L12; L14). L12 betonte, dass sich Informations- oder Beratungsanfragen aus dem Bereich Kita und Schule eher an konkreten Themen wie Ernährung oder Bewegung orientierten. Qualitätssicherung und -entwicklung wurde in diesen Settings meist durch trägerinterne Qualitätsmanagementsysteme abgedeckt, weswegen bei der LVG nicht nach weiteren Qualitätsansätzen gefragt wurde. Weitere Gründe lägen in einer fehlenden Erfahrung und ausreichender Expertise der LVG:

„(...) das ist jetzt Neuland. Wir sind nicht bekannt als Leute, die Qualitäts-Know-how vermitteln können (...) Wir haben noch kaum die Erfahrung gemacht oder haben das auch noch nicht angeboten, weil wir uns so firm vielleicht auch nicht fühlen in Gänze, ja, was Qualitätsentwicklung und -sicherung anbelangt.“ (L14, P.56).

Zählen Kommunen zu einer wichtigen Zielgruppe der LVGn, sei deren Akzeptanz und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten stark vom jeweiligen Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung in den jeweiligen Gesundheitsämtern abhängig:

„(..) das Ganze, was wir hier anbieten, was man ja so zusammenfassen könnte unter der Überschrift New Public Health (...) das ist ein Luxus-Thema, ja? Da haben die keine Ressourcen für, da haben die keine Qualifikationen für, das müssten die alles aufbauen. Und die haben schon alle Hände voll zu tun, ihre gesetzlich fixierten Kernaufgaben wahrzunehmen und natürlich die Aufgaben wahrzunehmen, die eine ganz lange Tradition im ÖGD haben (...) Also das ganz klassische alte Public-Health-Szenario.“ (L1, P. 45).

Die LVGn werden größtenteils als geeignete Anlaufstelle im Bereich Qualitätsentwicklung betrachtet. Die Anfragen reichen dabei von einer Bereitstellung von Informationsmaterialien bis hin zu komplexen Beratungen bei (gesundheits-)politischen Prozessen im Land oder in der Kommune. Eine fehlende Nachfrage ist auf einen geringen Bedarf der Praxis oder fehlende Expertise der LVGn zurückzuführen. Anfragen und Kooperationen mit der Praxis beziehen sich häufig auf übergeordneten Institutionen eines Landes oder Kommune. Dabei beschränken sich die Anfragen eher auf konkrete Projekte als auf allgemeine Fragen zur Qualität. Ein wahrgenommener steigender Bedarf der Praxis hängt möglicherweise mit einer wachsenden Bedeutung von Forderungen nach Qualität und Wirksamkeit von Geldgebern bzw. Projektträgern zusammen.

3.2.1.2 Bisheriges Fortbildungsangebot der LVGn im Bereich Qualitätsentwicklung

Die Befragten erhielten die Möglichkeit, das bestehende Fortbildungsangebot der einzelnen LVG zu erläutern. Hierunter fielen Workshops und Fortbildungen für Praktikerinnen und Praktiker, die Bekanntheitsgrad der Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung steigern und ihre Anwendung fördern sollen.

Es zeigte sich, dass Fort- und Weiterbildungsangebote vieler LVGn das Thema Qualität meist implizit aufgreifen (L3; L5; L7; L8; L15). So gab L5 an, dass Qualitätsentwicklung häufig als eines von vielen behandelten Themen in Fortbildungen zu allgemeinen Handlungsfeldern integriert werde: *„Also nicht unter dem Stichwort Qualität als Einzelthema (...) sondern eher, wie kriegt man das da rein.“* (L5, P.80-82). Auch wurde das Themenfeld Qualitätssicherung und -entwicklung mitunter in verschiedenen Projekten aufgegriffen und daher nicht in Fort- und Weiterbildungen behandelt (L7; L15). Im Rahmen eines Servicebüros Gesundheitsförderung in Kita und Schule wurden laut L3 neben Fachberatungen auch verschiedene Fortbildungen angeboten. Inhalte zur Qualitätsentwicklung wurden hier ebenfalls nur implizit aufgegriffen: *„Ich meine, natürlich, klar, die Weiterqualifizierung zu bestimmten, ganz konkreten Themen für den Kita-Alltag, das ist klar, dass das auch die Qualität erhöht.“* (L3 P.25). Auch L8 berichtete über eingeflochtene Inhalte der Qualitätsentwicklung in Fort- und Weiterbildungen der LVG für verschiedene Settings. Unter dem Thema „Führung und Gesundheit“ existiere für Schulleiterinnen und -leiter sowie Kitaleiterinnen und -leiter eine Fortbildungsreihe, in denen u. a. auch Inhalte rund um Qualitätsentwicklung aufgegriffen werden. Häufig beschränke sich dies jedoch auf Auditierungen. Andere Verfahren und Instrumente der Qualitätsentwicklung wie etwa Zielerreichungsskalen haben sich in der Praxis dagegen als wenig praktikabel erwiesen.

Knapp die Hälfte der befragten LVGn (L1; L2; L7; L10; L11; L12; L14; L15) konnten in der Vergangenheit jedoch bereits Erfahrungen mit konkreten Fortbildungsangeboten zum Thema Qualitätsentwicklung einschließlich dessen Verfahren und Instrumente sammeln. Hierbei bewährten sich vor allem die Good Practice-Kriterien (L2; L7; L14; L15). Der Bezug zu konkreten Praxisprojekten, wie sie in der Datenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit gelistet sind, unterstütze dabei den Praxisbezug (L14). Voraussetzung sei, dass die Good Practice-Kriterien möglichst niedrigschwellig aufbereitet und vermittelt werden (L7). Somit könne eine wichtige Basis für die Integration von Inhalten zur Qualitätsentwicklung in unterschiedlichen setting- und themenspezifischen Fort- und Weiterbildungen geschaffen werden: *„(...) anhand derer die Akteure in den Werkstätten reflektieren können, wo sind denn ihre Projekte orientiert an diesen Good Practice-Kriterien.“* (L2, P.3). Um die Praktiker/-innen nicht zu überfordern, müsse die Vermittlung jedoch auf ausgewählte Inhalte beschränkt werden. So werde z. B. im Bereich der Good Practice-Kriterien im Rahmen der Vorbereitung genau geprüft, welche der zwölf Kriterien für die jeweilige Zielgruppe besonders relevant sind. Außerdem bestünden Teilnahmeanreize z. B. in Form von Teilnahmebestätigungen, die sich als Fortbildungsveranstaltungen anrechnen lassen (L2). Als Fortbildungsformat hätten sich die sogenannten Good Practice-Werkstätten er-

wiesen. Sie böten den Praktikerinnen und Praktikern die Möglichkeit, sich projektspezifisch mit Qualitätsentwicklung zu befassen. Eine praxisnahe Aufbereitung der Inhalte sei dabei unabdingbar, um die Zielgruppe zu erreichen:

„Also dass man zum Beispiel, je nachdem an welcher Stelle man mit dem Projekt ist, schaut, muss ich noch mal meine Ziele mir anschauen. Muss ich da noch eine, irgendwas anpassen? Muss ich gucken, was habe ich denn jetzt erreicht? Also dass man die Methoden mit denen dann auch noch mal durchspielt (...) auf ihren Alltag zugeschnittene Methoden, also sozusagen Essenzen oder so Teile von den großen Verfahren.“ (L.4 P. 32).

Neben den Good Practice-Kriterien wurden zudem Fortbildungsangebote zur Partizipativen Qualitätsentwicklung (L2; L10; L15), quint-essenz (L10; L15; L16) und Zielerreichungsskalen (L2; L14) genannt. Wie bereits dargestellt, wurden diese Instrumente und Verfahren dabei nicht nur in klar abgegrenzten Fortbildungen thematisiert. So erläuterte L2 die Methode der sogenannten Fachdialoge, in denen z. B. die Berücksichtigung von Gender-Aspekten bei der Qualitätsentwicklung im Setting Kita beleuchtet werde. Auch hierbei liege der Fokus auf den Good Practice-Kriterien sowie partizipativen Ansätzen. Die Angebote wurden dabei aufgrund eines identifizierten Bedarfs von Akteurinnen und Akteuren aus Praxis und Politik gestaltet. Aufgrund der Berücksichtigung dieses Bedarfs sei das Feedback der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dabei stets positiv. Vor allem die partizipative Arbeitsweise werde dabei sehr geschätzt:

„Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Akteure das als eher hilfreich empfinden, weil wir Ihnen ja nicht unbedingt erzählen, wie sie es zu machen haben, sondern ihnen einen Rahmen bilden, anhand derer sie ihre eigene Arbeit reflektieren können (...) und da kommt dann allerdings dann schon so dieser Lern- oder dieser Fortbildungscharakter hinzu, wo wir dann eben sagen, okay, Partizipation kann dann aber auch so und so gemacht werden.“ (L2, P. 19).

Auch die Verknüpfung von Fortbildungen mit Publikationen in Form von Handlungsleitfäden habe sich bewährt. Instrumente und Verfahren, die bereits in solchen Publikationen behandelt wurden, könnten so in praxisnahen Workshops ausgiebig diskutiert und erprobt werden:

„(...) wir haben die Leute eingeladen, ihre eigenen Szenarien mit einzubringen, diese Instrumente anzuwenden auf Praxiskontexte, die die Teilnehmer dann da mitbringen. Und das waren sehr lebendige Workshops durchgängig und es ist gut angenommen worden, die, wir mussten die auch wiederholt durchführen.“ (L1, P. 25).

Qualifizierungen durch Fort- und Weiterbildungen beschränkten sich jedoch nicht ausschließlich auf die Praktikerinnen und Praktiker in den verschiedenen Settings, sondern richteten sich auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LVG (L8). Der (Fach-)Öffentlichkeit müsse vermittelt werden, dass die LVG dem Thema Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert beimisst: *„Ist man selber jemand, der das eigentlich eher ablehnt oder brennt man dafür ein bisschen und versucht auch, andere da mitzureißen, zu begeistern für diese Sache?“ (L8, P. 158).*

Fort- und Weiterbildungen greifen Qualitätssicherung und -entwicklung meist implizit auf. Bewährt haben sich vor allem die Good Practice-Kriterien, sofern sie praxisnah und niedrigschwellig aufbereitet werden. Weiterhin konnten mit der Verknüpfung von Publikationen und Workshops positive Erfahrungen gemacht werden. Auch sollte im Vorfeld der spezifische Bedarf der Teilnehmenden erhoben werden. Inhalte zur Qualitätsentwicklung finden sich jedoch auch an-

teilig in Fortbildungen zu anderen Themenfeldern wieder oder werden durch einzelne Projekte abgedeckt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LVG können ebenfalls eine Zielgruppe für Fort- und Weiterbildungen im Bereich Qualität darstellen.

3.2.1.3 Beratungsangebote

Weiterhin wurden die interviewten Personen zu Beratungsangeboten der LVGn für Praktikerinnen und Praktiker rund um Themen der Qualitätsentwicklung befragt.

Die Good Practice-Kriterien ließen sich hierbei als Basis für Beratungsangebote nutzen (L2; L15). Mitunter seien diese an vorangehende Fort- und Weiterbildungen gekoppelt, wie etwa im Anschluss an sogenannte Good Practice-Werkstätten. Hierbei finde mindestens ein halbes Jahr später ein Folgetreffen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der jeweiligen Werkstatt statt. Diese Treffen dienten vornehmlich der Rückkopplung von Ergebnissen und Entwicklungen in der Praxis der Teilnehmenden. Voraussetzung für ein solches Folgetreffen sei aber i. d. R. langfristige Arbeitsbeziehungen mit den entsprechenden Akteuren (L2). Wie intensiv sich dies in der Praxis gestalte, hänge jedoch stets von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. So könne im Rahmen von Modellprojekten eine deutlich stärkere Unterstützung erfolgen:

„(...) dann begleiten wir sehr intensiv. Dann moderieren wir noch Steuerungsrunden, die daraus entstehen, machen Fachkräftefortbildungen. Also entwickeln das, was dann in diesen Werkstätten entwickelt wurden an Maßnahmen und Handlungsschwerpunkten, wird dann auch durch uns mit umgesetzt.“ (L2, P. 39).

Auch L10 berichtete über positive Erfahrungen mit ineinander verzahnten Unterstützungsangeboten. So bot die LVG modellhaft ein praxisnahes Beratungskonzept im Rahmen des Aufbaus kommunaler Netzwerke für Gesundheit an. Hierbei wurden Coachings und Prozessbegleitungen, Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch und Fortbildungen miteinander verknüpft:

„(...) wo wirklich auch für die einzelnen Modellregionen geguckt wird, was sind die nächsten Schritte. Wo sind Stolpersteine? Wo klemmt es gerade? Also, dass wirklich ganz praktikabel und auch auf der operativen Ebene gearbeitet wird.“ (L10, P.52).

Jedoch zeigte sich auch, dass das niederschwellige Konzept der Good Practice-Kriterien nicht zwangsläufig die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten fördere. So erläuterte L15, dass die LVG Beratungen zum Schwerpunkt Good Practice-Kriterien anbot. Diese seien weitgehend passiv gestaltet:

„(...) wenn jemand im Bereich gesundheitliche Chancengleichheit oder Gesundheitsförderung, da gerne was tun möchte, dass es das Angebot gibt, zu sagen, ich komme einfach mit dazu. Oder man stellt Material zur Verfügung, zu sagen, man kann auch gerne gemeinsam drüberschauen, was vielleicht noch Ideen wären oder so.“ (L15, P.20).

Während die Good Practice-Kriterien jedoch im Rahmen von Workshops und Fachveranstaltungen von Praktikerinnen und Praktikern als wertvoll für die eigene Arbeit empfunden wurden, fand eine vertiefte Auseinandersetzung oder Beratungsanfragen praktisch nicht statt. Die Gründe hierfür waren für L15 unklar, möglicherweise sei dies auf mangelnde Kenntnisse zum Beratungsangebot zurückzuführen oder dem Verfahren werde in der Praxis keine große Relevanz beigemessen.

Diese Problematik wurde auch von L1 berichtet. So wurde das Angebot einer konkreten Beratung zum Instrument Selbstevaluation angeboten. Eine Auseinandersetzung mit dem dazugehörigen Leitfadens wurde dabei als Voraussetzung für die Teilnahme definiert: *„Da haben wir gedacht, das ist eine super Idee, da springen die Leute darauf an wie verrückt und das ist aber nicht passiert.“* (L1, P. 9).

Mitunter erstreckten sich Beratungstätigkeiten einzelner LVGn über verschiedene Settings und Arbeitsfelder. Wie auch bei den Fortbildungsangeboten orientierten sich Beratungsangebote nicht immer an konkreten Themen zur Qualitätsentwicklung in spezifischen Settings, sondern eher an Inhalten zum allgemeinen Projektmanagement. Dies sei dem Bedarf der Praktikerinnen und Praktiker geschuldet: *„Und es ist nie so, dass jemand jetzt schon lange Jahre ein Projekt macht und sagt, ruft hier an und sagt: Ich will was zur Qualitätssicherung machen in dem Projekt.“* (L5, P. 76).

Das Feld der anfragenden Akteurinnen und Akteure sowie Institutionen sei breit gestreut. Da größere Institutionen häufig über genügend fachliche Kompetenzen verfügten, wünschten diese weniger eine allgemeine Beratung, sondern kämen mit spezifischen Projektideen auf die LVGn zu. Kleinere Organisationen wie KITAS und Schulen oder Kommunen wendeten sich eher mit unkonkreten Ideen an die LVGn, die zwar häufig auf einem konkreten Bedarf basieren aber weniger mit einem bewussten gesundheitsfördernden Hintergrund verbunden sind (L5). Beratungsangebote reichten hierbei von telefonischen Beratungsgesprächen bis hin zur Unterstützung und Beratung bei Fortbildungen für Personal von Krankenkassen oder Lehrerinnen und Lehrer. Solche Formen der Projektberatung seien mit einem hohen Personalaufgebot verbunden und hingen daher stark von den zur Verfügung stehenden Kapazitäten der jeweiligen LVG ab (L5).

Einige Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer berichteten zudem über geplante, aber nicht umgesetzte bzw. nicht aufrechterhaltene Beratungsangebote. So erläuterte L6 ein ursprünglich geplantes Vorgehen, welches aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen wieder eingestellt wurde. Praktikerinnen und Praktiker konnten auf Basis eines von der LVG entwickelten Instrumentes zur Selbstevaluation das eigene Projekt bewerten. Sollte darüber hinaus Bedarf an weiterer Unterstützung bestehen, hätten konkrete Beratungen durch die LVG folgen können. L3 verwies auf das vor Kurzem eingestellte Angebot eines Qualitätsprüfungsservice für Angebote zur Primärprävention. Hierbei wurden auf Grundlage des Leitfadens für Prävention der GKV, intensive Beratungen angeboten. Da es nun diesbezüglich eine bundesweite Prüfstelle gäbe, wurde das Vorhaben nach insgesamt zwölf Jahren aufgegeben, trug jedoch zu einem großen Erfahrungsgewinn bei (L3).

Nicht zuletzt werde das Beratungsangebot auch durch den Markt bzw. konkurrierende Institutionen beeinflusst. So sei im Rahmen von Beratungen das Feld der Betrieblichen Gesundheitsförderung von einer LVG aufgrund zu großer Konkurrenz aus der freien Wirtschaft weitgehend ausgeklammert:

„Weil da einfach die Zahl der privaten Berater und GmbHs, die es gibt, um solche Organisationsentwicklungsprozesse im besten Falle in betriebliche Settings umzusetzen, so zahlreich vorhanden sind, dass wir in diesem wirtschaftlichen Feld gar nicht tätig sind.“ (L2, P. 73).

Werden Beratungsangebote mit themenspezifischen Fortbildungsreihen verknüpft, kann die Inanspruchnahme von Beratungen verbessert werden. Beratungsangebote zu konkreten Instrumenten werden nur unzureichend in Anspruch genommen. Passive Transferansätze wie die bloße Bereitstellung von Informationen reichen möglicherweise nicht aus, um diese Inanspruchnahme zu fördern.

Größere Institutionen mit ausreichend fachlicher Kapazität wenden sich häufiger mit spezifischen Beratungsanfragen an die LVG, kleinere Institutionen eher mit unkonkreten Ideen ohne klaren Bezug zur Gesundheitsförderung. Dementsprechend breit ist auch der zu erbringende Aufwand für die LVGn. Die Umsetzung von Beratungsangeboten ist dabei nicht zuletzt von den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen abhängig. Starke Konkurrenz durch die freie Wirtschaft im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung kann das Engagement in diesem Setting verringern.

3.2.1.4 Verwendete Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung

Nachfolgend wurden die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer gebeten, über ihre Erfahrung mit den jeweiligen eingesetzten Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung zu berichten.

Auch hier wurden die Good Practice-Kriterien favorisiert (L2; L16). Die hohe Akzeptanz auf Seiten der Praktikerinnen und Praktiker sei hierbei auf die Niedrigschwelligkeit des Instruments, die strukturierte Einteilung in zwölf klar abgegrenzte Kriterien und die Möglichkeit einer öffentlichkeitswirksamen Außendarstellung im Rahmen der Plattform des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit zurückzuführen.

Mitunter wurden einzelne Bausteine verschiedener Instrumente und Verfahren auch unter einem gemeinsamen thematischen Schwerpunkt zusammengefasst, aufbereitet und vermittelt. So wurden einzelne Module von Instrumenten und Verfahren wie Partizipative Qualitätsentwicklung, quint-essenz oder QIP gebündelt in einer Fortbildungsreihe für Akteurinnen und Akteure des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unter dem Themenschwerpunkt "Evaluation" vermittelt (L2). Instrumente und Verfahren wurden außerdem modifiziert. L3 erläuterte, dass im Rahmen von Unterstützungsangeboten für Praktikerinnen und Praktiker zwar einige Kriterien dem Leitfaden Prävention der GKV entnommen werden könnten, jedoch zusätzliche Standards bzw. Kriterien nötig seien. Diese basierten mitunter auf den praktischen Erfahrungen der LVG:

„Da gucken wir dann eben tatsächlich nach so Qualitätsstandards, die wir ausgesucht haben, aber die noch nicht irgendwie festgeschrieben sind, im Bereich Senioren muss alles so und so sein, sondern was wir nach unserer Erfahrung aus anderen Bereichen versuchen, zu übertragen, um eine gewisse Qualität zu erreichen.“ (L3, P. 59).

Zudem könnten Instrumente der Qualitätssicherung und -entwicklung, die auf ein spezifisches Setting zugeschnitten sind, eine größere Praxisrelevanz erzeugen als generische Verfahren:

„(...) da haben wir das Audit Gesunde Kita, das ist ja, und Audit Gesunde Schule, das sind Qualitätsentwicklungs-, -sicherungsprogramme, die wir einsetzen (...) Aber es gibt jetzt

nicht, also was sich nicht für uns bewährt hat, ist QIP oder, also diese ganz klar eng auf Gesundheitsförderung ausgerichtet.“ (L12, P.4).

Die Good Practice-Kriterien werden von den Befragten aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit und übersichtlichen Darstellung als besonders praxisfreundlich bewertet.

Weitere Instrumente und Verfahren werden dabei nicht immer als „Komplettpaket“ vermittelt. Einzelne Bausteine werden herausgegriffen und zusammengefasst oder durch die LVG modifiziert bzw. durch das Praxiswissen der Institution ergänzt. Existieren bereits settingspezifische Instrumente und Verfahren (auch ohne Bezug zur Gesundheitsförderung), werden diese mitunter bevorzugt.

3.2.2 Weiterer Unterstützungsbedarf der Praktiker/-innen und Herausforderungen bei der Vermittlung von Qualitätsansätzen

Neben den Aktivitäten der LVGn im Bereich Qualitätsentwicklung wurde in den Interviews dargelegt, welche weiteren Unterstützungsbedarfe diese Institutionen auf Seiten der Praktiker/-innen im jeweiligen Bundesland wahrnehmen. Daran anknüpfend wurden die Befragten gebeten, bereits gelingende Vermittlungsstrategien der LVGn sowie aufgetretene Barrieren darzulegen. Ebenso sollten die Interviewpartner/-innen einschätzen, welche Rolle den LVGn zukünftig bei der Unterstützung der Praktiker/-innen bei Fragen zum Qualitätsthema zukommen könnte bzw. welche Unterstützungsstrukturen denkbar wären.

3.2.2.1 Unterstützungsbedarf auf Seiten der Praktikerinnen und Praktiker im Bundesland

Vor dem Hintergrund eines wahrgenommenen Unterstützungsbedarfs der Praktikerinnen und Praktiker wurde ersichtlich, dass sich diese nur selten mit konkreten Fragen zur Qualitätsentwicklung an die LVG wenden: *„Also das heißt, die Frage, ob jemand dann ein Qualitätssicherungsverfahren XY nur in seiner Praxis ein bisschen angepasst haben muss, stellt sich meistens gar nicht.“ (L5, P. 92).* Der Bedarf der Praxis bestehe weniger in der Anwendung bestimmter Verfahren und Instrumente sondern vielmehr in der Erhöhung der „Sichtbarkeit“ guter Praxis (L4; L5). Die Frage, wie sich diese Sichtbarkeit guter Praxis erhöhen und öffentlichkeitswirksam darstellen lässt, müsse daher von allen Verfahren möglichst gut beantwortet werden können (L5).

Der Bedarf an Inhalten zum Thema Qualität ergäbe sich bei Praktikerinnen und Praktikern häufig aus einem festgestellten Mangel an Ressourcen im Zuge einer Projektumsetzung. Dabei werde das Thema Qualität bzw. Qualitätsentwicklung oftmals nur implizit betont (L3). Die Praktikerinnen und Praktiker erwarteten vielmehr eine praktikable und praxisrelevante Unterstützung für ihre alltägliche Arbeit:

„(...) aber die Frage, wird nicht so sehr auf die Ebene gehoben, glaube ich, von den Praktikern aus, unsere Qualität leidet (...) die wollen wirklich konkret was in ihren Alltag mitnehmen, was sie sofort umsetzen können und am nächsten Tag gebrauchen können.“ (L3, P. 51).

Dabei stehe weniger ein Bedarf an Schulungen und Unterweisungen zu Verfahren und Instrumenten der Qualitätssicherung im Vordergrund (L3). Es solle eher vermittelt werden, welche In-

strumente und Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung vor Ort angemessen sind und wie diese konkret angewendet werden könnten. Dieser Bedarf potenzierte sich, wenn sowohl die Projektverantwortlichen als auch die Kooperationspartner nicht über ausreichend Kenntnisse und Ressourcen zum Themenfeld Qualität verfügen (L15).

Zudem wurden vermehrt konkrete Beratungsangebote vor Ort gefordert (L1; L4; L11):

„(...) aufsuchende Beratung im Sinne, wir sind jetzt am Stand X in unserem Projekt können Sie uns bitte dahingehend, können Sie uns da beraten, welche Qualitätsinstrumente oder Verfahren vielleicht dort Anwendung finden könnten.“ (L11, P. 72).

Hierbei seien auch Beratungsangebote in Form einer kollegialen Beratung möglich, wobei gegenseitige Besuche der kooperierenden Einrichtungen durchgeführt und von der LVG koordiniert werden würden (L1; L4). Unter dem Titel „Von Praktikern für Praktiker“ existierten bereits Formate, die in dieser Form auch für den Bereich der Qualitätsentwicklung in bestimmten Settings denkbar wären (L4). Jedoch wurde im Zusammenhang mit einem Beratungsbedarf der Praxis auch betont, dass es hierfür eine umfassende und präzise Bedarfserhebung benötige, die auch die lokale Situation der Praktikerinnen und Praktiker berücksichtige:

„Aber wichtig wäre da, und da auch noch mal differenziert zu betrachten, wie stelle ich diese Frage und wie erhebe ich diesen Bedarf. Und da würde mir jetzt auch bei einer Veranstaltung zu fragen, was braucht ihr denn eigentlich, das würde mir da auch irgendwo nicht ausreichen.“ (L1, P.158).

Auch äußerten Praktikerinnen und Praktiker einen starken Bedarf nach Strukturen, die einen Erfahrungsaustausch zum Thema Qualitätssicherung und -entwicklung gewährleisten (L3; L4; L16). Dies beziehe sich zum einen auf anlassbezogene Unterstützungsformate wie Supervisionen (L3), zum anderen auf systematische Strukturen, wie sie z. B. bereits im Rahmen von Projektwerkstätten realisiert werden: *„Jeder stellt vor, wo er steht, was er vorhat oder eben auch, woran er gescheitert ist. Und dann überlegt man dort gemeinsam, welche Schritte man gehen könnte.“ (L16, P.76).*

Letztendlich wünschten sich Praktikerinnen und Praktiker außerdem mehr zeitliche und personelle Ressourcen bei der Projektplanung und Antragstellung sowie Unterstützung bei Fragen zur Finanzierung, Projektförderung und Fundraising (L3; L10; L11).

Praktiker/innen wenden sich selten mit konkreten Fragen zur Qualitätsentwicklung an die LVGn. Der Bedarf besteht weniger in der Anwendung bestimmter Verfahren und Instrumente, sondern vielmehr in der Erhöhung der „Sichtbarkeit“ guter Praxis. Gewünscht werden eine praxisnahe Aufbereitung und Vermittlung der bestehenden Angebote, anlassbezogene Beratungsangebote vor Ort und ein stärkerer Erfahrungsaustausch zum Thema Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung. Zudem äußern Praktikerinnen und Praktikern einen Bedarf an mehr zeitlichen und personellen Ressourcen, um Projekte der Gesundheitsförderung zu planen und adäquat umsetzen zu können.

3.2.2.2 Bereits gelingende Vermittlungsstrategien

Um den wahrgenommenen Unterstützungsbedarfen der Praktikerinnen und Praktiker entgegen zu kommen, entwickelten die LVGn bereits Strategien. Dabei sammelten die LVGn mit ihren bis-

herigen Tätigkeiten (Abschnitt 3.2.2.1) Erfahrungen, auf welche Aspekte bei der Vermittlung geachtet werden sollte, um den Praktiker/-innen Qualitätsansätze erfolgreich vorzustellen.

Positive Erfahrungen machten die LVGN insbesondere mit themenbezogenen Fachveranstaltungen, sofern für die Praktikerinnen und Praktiker ausreichend Raum für einen Austausch eingeplant war (L4). Außerdem sei für die Vermittlung von Inhalten wichtig, dass diese praxisnah und mit einem klaren Bezug zur Projektarbeit aufbereitet werden, wie es beispielsweise bereits im Rahmen der Good Practice-Werkstätten getan werde:

„Also dass man zum Beispiel, je nachdem an welcher Stelle man mit dem Projekt ist, schaut, muss ich noch mal meine Ziele mir anschauen. Muss ich da noch eine, irgendwas anpassen? Muss ich gucken, was habe ich denn jetzt erreicht? Also dass man die Methoden mit denen dann auch noch mal durchspielt (...) auf ihren Alltag zugeschnittene Methoden, also sozusagen Essenzen oder so Teile von den großen Verfahren.“ (L.4, P. 32).

Zentral für die Vermittlung von Qualitätsansätzen sei zudem, dass den Praktikerinnen und Praktikern der direkte eigene Nutzen rund um das Thema Qualitätsentwicklung bewusst werde (L2; L4; L8).

„Und da muss man eben wirklich gucken, dass sozusagen der Nutzen oder der Gewinn für die Beteiligten, ob das nun eine Organisation ist oder der Einzelne, der muss deutlich werden. Dann ist die Wahrscheinlichkeit auch groß, dass Qualitätsbemühungen unsererseits, die wir hineinbringen wollen, belohnt werden.“ (L8, P. 148).

Hierbei sollten praxisrelevante Vorteile wie etwa Zeitersparnis, bessere öffentlichkeitswirksame Darstellung und Akquirierung von Fördergeldern eindeutig benannt werden (L4). Auch standen Praktiker/-innen dem Thema Qualitätsentwicklung deutlich aufgeschlossener gegenüber, wenn ihnen der Nutzen solcher Verfahren hinsichtlich der Legitimation des Projektvorhabens vor politischen Akteurinnen und Akteuren sowie potenziellen Geldgebern bewusst wurde (L2).

Um das Thema Qualitätsentwicklung sowie Qualitätsansätze der Gesundheitsförderung zu verbreiten und in bestehende Aktivitäten zu integrieren, habe es sich ebenfalls bewährt, bereits etablierte Strukturen zu nutzen, anstatt neue Netzwerkstrukturen aufzubauen:

„Also unter anderem in B. haben wir also bestehende Strukturen benutzt, also wenig neue aufgebaut, sondern haben die bestehenden Strukturen für Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe genutzt. Und als wir das dann hatten, haben wir auch den Qualitätsgedanken mit reingetragen, also die Verbindung.“ (L8, P. 159).

Das Bewusstsein der Praktiker/-innen für den direkten praktischen Nutzen von Qualitätssicherung und -entwicklung bildet einen wichtigen Grundstein für das Gelingen von Transferansätzen. Themenbezogene Fachveranstaltungen mit ausreichend Raum für praxisnahe Diskussionen können einen geeigneten Rahmen zur Vermittlung von Inhalten zu Qualitätsentwicklung und -sicherung bieten. Hierfür bieten sich die als praxisnah empfundenen Instrumente wie die Good Practice-Kriterien oder die Partizipative Qualitätsentwicklung an. Existieren in Settings bzw. Institutionen bereits etablierte Strukturen, sollten diese genutzt werden, um spezifische Aspekte der Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung darin stärker zu verankern.

3.2.2.3 Hindernisse für die Nutzung und den Transfer von Verfahren und Instrumente von Qualitätssicherung und -entwicklung

Neben bereits gelingenden Vermittlungsstrategien, erläuterten die Interviewpartner/-innen auch wahrgenommene Barrieren.

Da das Kommunizieren des Nutzens der Qualitätsentwicklung im Mittelpunkt gelungener Vermittlungsstrategien stehe, verwundere es nicht, wenn im Gegensatz dazu die Alltauglichkeit der Qualitätsansätze der Gesundheitsförderung bzw. das Fehlen dieser eine Vermittlungsbarriere darstelle (L1; L2; L4). Quint-essenz (L2) und Partizipative Qualitätsentwicklung (L1) wurden diesbezüglich als nur wenig praxistauglich und zu komplex beschrieben. So sei die Partizipative Qualitätsentwicklung in einem Modellprojekt erprobt worden. Das Verfahren erwies sich dabei bereits in der Modellphase als zu kompliziert, einzelne Verfahren verlangten ein hohes Maß an Moderationsfähigkeit, über das die Praktikerinnen und Praktiker nicht verfügten. Schlussendlich habe das Projekt zwar zu einem besseren Verständnis von Partizipation und deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung geführt, klare Ergebnisse konnten jedoch nicht erreicht werden:

„Das Ergebnis des Projektes ist für mich, dass die PQE als Instrument für den normalen gesundheitsförderlichen Praktiker, so wir ihn in der Kommune haben, nicht einsetzbar ist (...) das Fazit von dem Projekt ist für mich irgendwo ein ganz, ganz klares, dass dieses Konzept Partizipative Qualitätsentwicklung dazu taugt, eine Idee zu vermitteln, aber zu fast nichts anderem.“ (L1 P. 107).

Weitere Hindernisse bestanden in zu statischen Instrumenten und Verfahren, die nur wenig variabel waren und nicht auf den Bedarf der Praktikerinnen und Praktiker zugeschnitten waren (L4). Diese fehlende Bedarfsorientierung bzw. -erfassung könne eine zentrale Barriere bei der Umsetzung von Verfahren und Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung darstellen: *„(...) also es war damals zu quint-essenz, keiner hat da so richtig was für seinen Alltag nehmen können (...) aber es hat einfach irgendwie nicht gepasst, es war nicht an unserem Bedarf orientiert.“ (L3, P. 65).*

Mitunter erschwere zudem ein fehlendes Verständnis von Terminologien und Definitionen im Bereich Qualitätsentwicklung die fachliche Auseinandersetzung mit Praktikerinnen und Praktikern (L3; L4; L6; L9; L11). Auch könne bereits ein Grundwissen zu Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung bei dem heterogenen Feld der Akteurinnen und Akteure nicht immer vorausgesetzt werden: *„Und das, da ist sehr viel Übersetzungsarbeit so zu leisten, die in dem Projekt, also das ist ein bisschen, das empfinde ich als eine Hürde, das eben auch so schnell rüberzubringen oder immer wieder zu übersetzen auch.“ (L4, P. 58).* Bevor den Praktikerinnen und Praktikern Inhalte zur Qualitätsentwicklung vermittelt werden könnten, müssten diese daher zunächst die grundlegenden Prinzipien der Prävention und Gesundheitsförderung verinnerlichen (L6).

Fehlendes Fachwissen zu Qualitätsentwicklung und -sicherung könne ebenfalls eine Hürde für einen Praxistransfer darstellen (L7; L15). Ein reiner Top-Down Ansatz erwiese sich hierbei möglicherweise als kontraproduktiv. So könne, selbst wenn die Führungsebene einer Einrichtung dem

Thema Qualitätssicherung und -entwicklung positiv gegenübersteht und über ausreichend Expertise verfügt, ein mangelndes Fachwissen im restlichen Team den Prozess behindern:

„Also ich habe auch schon, also das ist jetzt nur so ein Beispiel, eine Kita erlebt, wo die Leitung gesagt hat, ja, ich, wir haben die, ich habe da fünf zusammengerufen und wir reden darüber und die anderen vier haben mich angeguckt wie die Kuh das neue Scheunentor.“ (L15 P.6).

Nicht zuletzt verbunden Praktiker/-innen mit dem Thema Qualitätsentwicklung auch eine zusätzliche Belastung. Dieses Problem verschärfe sich insbesondere vor dem Hintergrund mangelnder zeitlicher und personaler Ressourcen (L1; L3; L4; L6; L8; L9; L11; L13; L14; L16). Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung werde dabei weniger als eine integrierte Struktur innerhalb der alltäglichen Praxis, sondern vielmehr als ein von außen gefordertes „Add-On“ empfunden (L3). Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung sollten daher von den Praktikerinnen und Praktikern niemals als reine Kontrollmechanismen wahrgenommen werden (L8).

Weiterhin wurden in Bezug auf die strukturelle Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten die regionalen Besonderheiten mancher Länder hervorgehoben. Gerade in ländlichen Bereichen sei die Möglichkeit für die Akteure und Akteurinnen vor Ort, Unterstützungsangebote zu erhalten, nur sehr gering (L7). Fehlten zudem regionale Vernetzungsstrukturen die einen Austausch der Praxis ermöglichen, könnten sich hierdurch weitere Hürden für die Nutzung und den Transfer von Qualitätssicherung und -entwicklung ergeben (L7).

Hindernisse für die Nutzung und den Transfer von Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung und -entwicklung ergeben sich aus einer als zu gering wahrgenommenen Praxisrelevanz, Praktikabilität und Flexibilität der einzelnen Instrumente. Im Rahmen der Vermittlung kann eine fehlende Bedarfsorientierung bzw. -erhebung den Transfer in die Praxis behindern. Zudem erschwert ein fehlendes bzw. unterschiedliches Verständnis von Terminologien und Definitionen im Feld der Qualitätsentwicklung aber auch Prävention und Gesundheitsförderung einen fachlichen Dialog. Ein fehlendes Fachwissen durch unzureichende Qualifizierung erweist sich ebenfalls als Barriere, Top-Down-Ansätze wirken hierbei möglicherweise kontraproduktiv. Wird Qualitätssicherung und -entwicklung als ein von außen auferlegtes praxisfernes Konstrukt bzw. Kontrollmechanismus empfunden, sinkt die Akzeptanz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Personelle und zeitliche Ressourcenknappheit verstärken dies.

3.2.2.4 Ansätze/Ideen zur Stärkung der Vermittlung von Qualitätsansätzen der Gesundheitsförderung

Abschließend konnten die Interviewpartner/-innen Ansätze, Ideen und Einschätzungen äußern, inwiefern die Vermittlung von Qualitätsansätzen der Gesundheitsförderung in die Praxis künftig verbessert werden könne und welche Rolle die jeweilige LVG hierbei übernehmen könnte.

Zukünftige Ansätze der Qualitätssicherung und -entwicklung sollten niedrigschwellig gestaltet werden und sich möglichst problemlos in den Arbeitsalltag der Praktikerinnen und Praktiker integrieren lassen (L1; L7; L11). Diesbezüglich müsse der Fokus auf einer stärkeren Praxisrelevanz und Praktikabilität der verschiedenen Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung liegen. Diese seien häufig nur bedingt auf die besonderen Bedingungen der Praxis zugeschnitten: *„Ja, also mir ist doch das egal, ob da, sagen wir mal, 63 Prozentpunkte oder 72 Prozentpunkte, inte-*

ressant sind für mich die Kommunikationsprozesse.“ (L8, P. 148). Auch wurde der bisherige Ansatz der „Qualitätswegweiser“, d. h. Übersichten verschiedener Instrumenten und Verfahren sowie deren Vor- und Nachteile in Frage gestellt (L1). Dieses Vorgehen setze bei den Praktikerinnen und Praktikerinnen eine sehr hohe Bereitschaft und Befähigung voraus, sich mit dem Thema Qualitätssicherung und -entwicklung zu befassen: *„Und das haben wir in der weit überwiegenden Zahl der Projekte, mit denen wir zu tun haben, da sind wir ganz weit davon entfernt.“* (L1, P. 90). Ein niedrigschwelliger Zugang zur Qualitätssicherung und -entwicklung stelle daher ein zentrales Ziel aller Bemühungen dar. Dies könne z. B. im Rahmen der Good Practice-Kriterien durch eine Prioritätenreihenfolge umgesetzt werden, um den Praktikerinnen und Praktikern ohne große Vorkenntnisse mit den wichtigsten Elementen, wie etwa Zielgruppenspezifität, vertraut zu machen (L1).

Die Erfolgchancen eines Transfers ließen sich weiterhin erhöhen, wenn die Angebote und Instrumente der Qualitätsentwicklung deutlich partizipativer, also unter Einbezug der Praktikerinnen und Praktiker entwickelt und erprobt werden würden (L3). In diesem Zusammenhang wurde eine engere Kooperation von Wissenschaft und Praxis hervorgehoben (L8; L11). Angebote *„von Praktikern für Praktiker“* seien zwar grundsätzlich ein wichtiger Ansatz, diese sollten jedoch auch durch einen *„wissenschaftlichen Blick“* ergänzt werden. Die Kooperation müsse dabei stets partizipativ erfolgen: *„(...) dass die Wissenschaft nicht immer nur die Federführung hat, sondern eher die Begleitung in die Reflexion, in die Unterstützung gehen könnte, dann wäre aus meiner Sicht schon ein wichtiger Schritt gegangen.“* (L8, P. 138). Eine stärkere Beteiligung der Wissenschaft müsse auch beim Transfer der Instrumente und Verfahren angestrebt werden (L11). Fortbildungen zu komplexen Verfahren reichten nicht aus, um diese wirklich in der Praxis zu verankern. Deshalb sollten Hochschulen und wissenschaftliche Institute diesen Transfer aktiver durch wissenschaftliche Begleitungen und konkrete Projektberatung unterstützen (L11).

Um zukünftig die Vermittlung von Methoden und Verfahren der Qualitätsentwicklung an Praktikerinnen und Praktiker zu optimieren, müsse vermehrt in Unterstützungsangebote zur Steigerung von didaktischen Kompetenzen (L6) und Fachwissen zu Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung (L3) investiert werden. Solch ein passiver Transfer reiche aber nicht aus, Praktikerinnen und Praktiker müssten im Rahmen dieser Veranstaltungen vielmehr Gelegenheit erhalten die Instrumente und Verfahren vertiefend zu behandeln und exemplarisch zu erproben (L11).

Aus diesem Grund wunderte es nicht, dass Unterstützungsangeboten in Form von konkreten Projektberatungen eine hohe Bedeutung zugeschrieben wird (L6; L11; L16). Im Sinne eines geeigneten Rahmens für die Vermittlung von Ansätzen der Qualitätsentwicklung sollten dabei vermehrt situations- oder projektbezogene Inhouse-Schulungen für die einzelnen Institutionen in Betracht gezogen werden. Zusätzliche Materialien wie Leitfäden und Handbücher oder Online-Angebote könnten hierbei unterstützend wirken. Wichtig sei hierbei, dass die verschiedenen Angebote und Verfahren weitgehend flexibel an den jeweiligen Kontext angepasst werden können (L6). Auch sei es sinnvoll, Angebote der Projektberatung mit spezifischen Fortbildungen und Ta-

gungen zu koppeln (L16). So ließe sich der genaue Bedarf an einer konkreten Beratung schon im Vorfeld abstimmen. Die eigentliche Projektberatung könne sich dann von telefonischen Beratungen in Form von „Servicehotlines“ bis hin zu persönlichen situationspezifischen Beratungen vor Ort erstrecken (L16).

Auch Netzwerktreffen ließen sich nutzen, um gezielt Inputs zum Thema Qualitätsentwicklung einzuflechten. Dies ermögliche eine möglichst praxisnahe Vermittlung solcher Inhalte:

„(...) das darauf zuzuschneiden, was für Leute man da hat und wo es nützlich sein könnte. Oder aus einem Praxisbeispiel, wo jemand was umgesetzt hat oder irgendwie so was, dass man das tatsächlich in diese ganzen bestehenden Kontakte mit einfließen lässt, damit es auch tatsächlich nicht so als Extra und obendrauf erlebt und empfunden wird, sondern irgendwie einen Praxisbezug gibt durch ein praktisches Beispiel.“ (L3, P. 105).

Im Zusammenhang mit den bisherigen Onlineangeboten zur Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung solle zukünftig in deutlich größerem Ausmaß eine praxisorientierte Übersicht realisiert bzw. bestehende Angebote ausgebaut werden, welche die Instrumente und Methoden zielgruppenspezifisch gliedern und bewerten. Zudem dürften Angaben über den jeweiligen Ressourceneinsatz nicht fehlen (L10).

Ansätze der Qualitätssicherung und -entwicklung sollten sehr niedrigschwellig gestaltet werden und den Fokus auf Praktikabilität und Praxisrelevanz legen. Die Entwicklung künftiger Instrumente und Verfahren müsse deutlich partizipativer, d. h. unter Einbezug der Praxis erfolgen. Eine stärkere Kooperation von Wissenschaft und Praxis wird auch beim eigentlichen Transfer in die Praxis gefordert, z. B. in Form von wissenschaftlichen Projektbegleitungen.

Unterstützungsangebote sollten zum einen genügend Spielraum zur praxisnahen Erprobung einzelner Instrumente bieten. Zum anderen braucht es unterschiedliche Beratungsformate, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Praxis gerecht zu werden. Hierbei werden anlassbezogenen Projektberatungen eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Um deren Wirkungsgrad zu erhöhen, sollten diese mit Workshops bzw. Fachtagungen gekoppelt werden. Auch Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch bieten einen geeigneten Rahmen für die Vermittlung von Inhalten zur Qualitätssicherung und -entwicklung. Zudem sollten Internetplattformen praxisorientierte Übersichten von Instrumenten und Verfahren bieten und diese unter Angabe des zu erwartenden Ressourceneinsatzes zielgruppenspezifisch gliedern und bewerten.

3.2.3 Erwartungen der LVGN an das Multiplikatorenkonzept

Abgeleitet aus dem bereits bestehenden Angebot an Fort- und Weiterbildungen sowie Beratungsformaten der LVGN im Bereich Qualitätsentwicklung und um weitere Unterstützungsstrukturen für die Praktiker/-innen im Land aufzubauen, wurden die Interviewpartnerinnen und -partner zu ihren Erwartungen an das geplante Multiplikatorenkonzept befragt. Im Fokus standen hierbei Vorstellungen über ein konkretes Aufgabenfeld dieser Personengruppe, das dazugehörige Kompetenzprofil und die Verortung der künftigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie der wahrgenommene Nutzen eines solchen Konzeptes.

3.2.3.1 Aufgaben der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Die Befragten formulierten drei Aufgabenbereiche für die potenziellen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um Qualitätsansätze der Gesundheitsförderung zu verbreiten und Praktiker/-innen bei der Planung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Interventionen zu unterstützen.

Fortbildung

Als mögliches Aufgabenfeld der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, wurde auf die Organisation und Koordination von Fort- und Weiterbildungen in verschiedenen Settings bzw. Handlungsfeldern verwiesen (L6; L7; L14), um so Wissen zu Verfahren und Instrumenten der Qualitätsentwicklung an die Praxis zu vermitteln (L7; L14). Die daran teilnehmenden Praktiker/-innen bzw. Vertretungen der Institutionen könnten dann ebenfalls als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren innerhalb ihrer jeweiligen Einrichtung agieren (L7). Neben dem Wissen um Instrumente und Verfahren sei die Vermittlung der Prinzipien der Gesundheitsförderung bzw. deren Bedeutung für die unterschiedlichen Qualitätsdimensionen wie z. B. der Planungsqualität ein weiterer vorstellbarer Inhalt für die Fort- und Weiterbildungen (L6).

Beratung

Die Aufgaben künftiger Multiplikatorinnen und Multiplikatoren läge weiterhin in anlassbezogenen Beratungsangeboten (L1; L2; L4; L5). Hierunter seien jedoch nicht oberflächliche Unterstützungsangebote zu verstehen: *„Aber es kann jetzt niemand sein, der am Telefon das entgegen nimmt, die Fragen. Also davon, glaube ich, das hat man sich so vorgestellt, aber ich glaube, das kann es nicht sein.“* (L4, P. 68). Vielmehr sollten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Rahmen einer Projektberatung bereits in den Prozess der Projektplanung eingreifen, da im Bereich der Planungsqualität der größte Beratungsbedarf vorherrsche (L5; L11). Das konkrete Angebot müsse dabei vielfältig und flexibel erfolgen und sich an der jeweiligen Situation und an dem Bedarf der jeweiligen Beteiligten orientieren (L1).

Ein breit angelegtes und eher unspezifisches Qualitätsberatungsangebot wurde hierbei jedoch als nur wenig hilfreich erachtet: *„(...) weil Qualitätsfragen in den unterschiedlichen Handlungsfeldern zwar eine Rolle spielen, aber nie unter dieser Überschrift so auftauchen.“* (L5, P. 94). Der Fokus solle auf Methoden und Instrumenten liegen, die auf den konkreten Bedarf der jeweiligen Institution bzw. der Situation abgestimmt sind (L5). Qualitätssicherung und -entwicklung solle daher nicht als isoliertes Handlungsfeld innerhalb der LVG integriert, sondern vielmehr in den verschiedenen Settings verankert werden. Praktikerinnen und Praktiker erwarteten keine generellen Qualitätsberaterinnen und -berater, sondern eher Expertinnen und Experten für ein bestimmtes Setting, die u. a. zu Qualitätsfragen beraten könnten und über eine gewisse Sensibilität für die konkrete Situation und die lokalen Rahmenbedingungen (L5). Die Qualifikation der Beteiligten ist hierbei ebenso zu berücksichtigen wie deren Motivation und Wille zur Umsetzung. Auf dieses Szenario müssten anschließend spezifische Qualitätsangebote bzw. -einstiege zugeschnitten werden (L1).

Da das Feld der Praktikerinnen und Praktiker sehr heterogen sei, wurde einerseits dafür plädiert, die Angebote möglichst settingspezifisch auszurichten (L5; L11). Gegensätzlich wurde jedoch auch die Meinung vertreten, dass sich eine solche Beratung nicht nur auf einzelne Settings fokussieren dürfe, da dies zu arbeitsintensiv ausfallen würde (L2). Vielmehr sollten im Zuge der Beratung oder einer Fortbildung gezielt Verantwortliche aus dem ÖGD und den Wohlfahrtsverbänden den Fokus genommen werden, da bei diesen Akteuren der Bedarf von Beratungs- und Netzwerkangeboten am Größten sei (L2).

Unter den Stichwörtern „Supervision“ (L12) und „Kollegiale Beratung“ (L9) wurde außerdem auf das Bedürfnis einer kontinuierlichen Begleitung der eigenen Beratungstätigkeiten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der LVG verwiesen: *„(...) dass man zu dem, dass man die anderen begleitet, selber auch noch mal eine Begleitung kriegt. Also so eine Art Supervision (...) wo man Dinge reintragen kann und bespricht.“* (L12, P. 78).

Netzwerkarbeit

Zu den zentralen Aufgabenfeldern der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zähle außerdem die Initiierung und Aufrechterhaltung von Netzwerken zum Schwerpunkt Qualitätssicherung und -entwicklung (L4; L9; L10). Ein solches Kompetenznetzwerk solle der Praxis eine Plattform bieten, um sich kontinuierlich zu dem Qualitätsthema auszutauschen. Die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sollten dieses Netzwerk steuern und weiterentwickeln (L4). Als mögliche Netzwerkpartner/-innen wurden Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen, Verwaltungseinheiten der Kommunen aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung sowie Akteure der Wirtschaft benannt (L9). Jedoch sei eine halbe Stelle je Bundesland für diese Aufgabe nicht ausreichend (L4). Die Netzwerkarbeit dürfe sich weiterhin nicht nur auf das Land bzw. dessen Kommunen beziehen, sondern müsse auch bundesweite Strukturen berücksichtigen (L10).

Aufgabenfelder der künftigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren liegen in der Organisation und Koordination von Fort- und Weiterbildungen zu Qualitätssicherung und -entwicklung in verschiedenen Settings. Weitere Aufgaben bestehen in der Konzipierung und Durchführung anlassbezogener Beratungsangebote, die bereits in der Phase der Projektplanung ansetzen und Instrumente und Verfahren möglichst auf den konkreten Bedarf der jeweiligen Institution bzw. der Situation abstimmen. Auch die Initiierung und Aufrechterhaltung von Netzwerken fällt in den Aufgabenbereich der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Hierbei muss eine Vielzahl von Partner/-innen wie z. B. Krankenkassen und Wohlfahrtsverbände einbezogen werden.

3.2.3.2 Kompetenzen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Um die Aufgaben (Abschnitt 3.2.3.1) wahrnehmen zu können, bedurfte es aus Sicht der Befragten bestimmter Kompetenzen.

So sollten die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowohl grundlegende Kenntnisse zu Prinzipien der Gesundheitsförderung, als auch über Fachwissen im Bereich des Qualitätsmanagements haben (L1; L2; L8; L10; L12; L13). Dies umfasste auch die jeweiligen Vor- und Nachteile der Instrumente und Verfahren im Rahmen der Qualitätsentwicklung (L2; L9; L10; L13; L14).

Auch solide Kenntnisse zu den verschiedenen Terminologien und Definitionen wurden als hilfreich benannt:

„Weil da stelle ich auch immer wieder fest, dass da erst mal eine Begriffsbestimmung am Anfang auch so einer Fortbildung stattfinden muss, weil nicht jeder redet immer vom Gleichen, wenn Gesundheitsförderung genannt wird oder wenn Evaluation gemeint ist.“ (L2, P. 91).

Auch sollten die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren über ein breites Grundgerüst an didaktischen Kompetenzen (L2; L10), insbesondere zu Moderationstechniken (L2; L10; L12; L13; L10), sowie über Soft-Skills, wie etwa ein hohes Maß an Kommunikationskompetenz, schnelle Auffassungsgabe, analytisches Denken und Entscheidungsfreudigkeit, (L5; L13; L14) verfügen.

Überdies seien Kenntnisse zu den verschiedenen Settings und deren Akteuren und Akteurinnen von großer Bedeutung (L1; L2; L5; L7; L8; L10 L14): *„(...) der muss wissen, wie das Handlungsfeld, um das es geht, tickt (...) der muss das Feld genau kennen und möglichst die Binnensicht des Feldes auch kennen und die Organisationsroutinen.“ (L5, P. 108).* Zu einem solchen Wissen über Prozesse und Strukturen der Institutionen in spezifischen Settings zählten außerdem Aspekte des Datenschutzes, juristische Fragen und allgemeine Kenntnisse über Zuständigkeiten einzelner Akteurinnen und Akteure (L7).

Auch ergaben sich wichtige Schlüsselqualifikationen aus der Herausforderung, auf die Bedürfnisse aller beteiligten Akteure einzugehen. So müssten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einerseits in der Lage sein, Praktikerinnen und Praktiker ohne Erfahrungen mit Qualitätsentwicklung ebenso beraten zu können wie professionelle Personenkreise mit einschlägigem Vorwissen, wie beispielsweise gesundheitspolitische Akteurinnen und Akteure (L11). Da eine solche Spezialisierung auf alle relevanten Settings nur schwer zu realisieren sei, wurde in diesem Zusammenhang zudem die Bildung eines Pools aus Referenten und Referentinnen für die einzelnen Settings angeregt. So könnte eine Überforderung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren verhindert und gleichzeitig der Bedarf an verschiedenen Handlungsfeldern gedeckt werden (L2).

| |
|---|
| Das Profil der künftigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren deckt eine Vielzahl von Kompetenzen ab. Hierzu zählen ein grundlegendes Verständnis des Feldes der Prävention und Gesundheitsförderung, Fachwissen zu gängigen Verfahren und Instrumenten der Qualitätsentwicklung sowie didaktische Kompetenzen v.a. im Bereich der Moderation. Zudem werden weitreichende Kenntnisse über relevante Prozesse und Strukturen der jeweiligen Settings bzw. deren Institutionen und Akteure vorausgesetzt. |
|---|

3.2.3.3 Verortung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Ergänzend zu den Aufgabenfeldern und des Kompetenzprofils der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurden die interviewten Personen ebenfalls zu einer künftigen Verortung solcher Personen befragt.

Ein Teil der Interviewpartnerinnen und -partner bewertete hierbei die LVG als potenziellen Standort (L2; L3; L5; L6; L9), die Ausdifferenzierung der zu schaffenden Struktur zeige jedoch ein sehr heterogenes Bild. So könnte diese Stelle z. B. in den Landesvereinigungen für Gesundheit im

Bereich Qualitätsentwicklung und Evaluation verortet werden. Zudem wäre es sinnvoll, diese Stelle auf mindestens zwei Personen zu verteilen (L6). Dagegen solle in einer anderen LVG die Stelle anteilig in allen Handlungsfeldern der LVG verankert werden, um allen Praktikerinnen und Praktikern der verschiedenen Settings gleichermaßen gerecht zu werden:

„Also ich will hier hinterher keinen Qualitätsbeauftragten, sondern ich will, dass Bereich Schule, dass für das Feld Schule genauso eine Rolle spielt wie eben für den Bereich der Altenhilfe oder für Bereich die Beratung von Behörden der Landesverwaltung.“ (L5, P. 116).

Vier Befragte könnten sich weiterhin vorstellen, die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den bestehenden Koordinierungsstellen für Gesundheitliche Chancengleichheit zu verankern. Diese seien innerhalb der entsprechenden Bundesländer bereits gut etabliert (L2; L3; L13; L16). Weiterhin wurde betont, dass die Rolle der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren dabei nicht von einer externen, neu eingestellten Person übernommen werden könne, sondern ausschließlich durch erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LVG ausgefüllt werden sollte (L3).

Neben der Ausbildung von bestehenden Fachkräften in den LVG käme zudem eine Multiplikatorenschulung für Akteurinnen und Akteure außerhalb der LVG, beispielsweise aus dem ÖGD in Frage (L2).

Größtenteils nennen die Interviewten die eigene LVG als potenziellen Standort für die künftigen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Die einzelnen Aussagen zur strukturellen Einbettung sind jedoch sehr heterogen und reichen von einer direkten Verortung im Arbeitsfeld Qualitätsentwicklung und Evaluation bis hin zu einer Verteilung von Arbeitsstunden auf die unterschiedlichen Handlungsfelder der LVG. Auch die Koordinierungsstellen für Gesundheitliche Chancengleichheit werden als geeignete LVG-Strukturen aufgeführt, um Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich Qualitätsentwicklung zu verankern. Zudem könne eine Multiplikatorenschulung auch für Akteurinnen und Akteure außerhalb der LVGn, bspw. aus dem ÖGD geöffnet werden, wodurch ein Multiplikatoreneinsatz außerhalb der LVGn ermöglicht werde.

3.2.3.4 Nutzen eines Multiplikatorenkonzeptes

Den Interviewpartnerinnen und -partnern wurde im Interview außerdem Raum gegeben, ihre Erwartungen hinsichtlich des Nutzens eines Multiplikatoreneinsatzes zu skizzieren.

Der Nutzen des Multiplikatorenkonzeptes wurde dabei zunächst vor dem Hintergrund des geplanten Präventionsgesetzes diskutiert. Wenn den Aktivitäten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zukünftig mehr Ressourcen zur Verfügung gestellt werde, wachse zwangsläufig die Bedeutung von Qualität, Wirksamkeit und Evaluation. Deshalb steige der Bedarf an Personen, die bei Fragen rund um Qualität beratend tätig sind sowie Netzwerke initiieren und aufrechterhalten können (L2). Das Multiplikatorenkonzept könne hierbei zu einer Verstärkung nachhaltiger Strukturen beitragen (L10).

Der zu erwartende Nutzen des Multiplikatorenkonzeptes wurde weiterhin mit konkreten Unterstützungsformen verbunden. Genannt wurden an dieser Stelle Hilfestellungen bei der Auswahl geeigneter Methoden und Instrumente der Qualitätsentwicklung von Projekten sowie praxisnahe Hilfestellungen zu effizienten Arbeitsweisen und Möglichkeiten der Netzwerkbildung (L7). Auch

eine anlassbezogene Projektberatung wurde angeführt (L14; L16). Im Rahmen eines Multiplikatorenkonzeptes könne dieses Unterstützungsangebot weitaus systematischer angeboten werden.

Ob das Multiplikatorenkonzept sein volles Potenzial entfalten könne, hänge nicht zuletzt von der Evaluation und Weiterentwicklung des Konzeptes ab. So müsste gewährleistet werden, dass die ausgebildeten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eine kontinuierliche Unterstützung in Form von Erfahrungsaustausch und Weiterbildung erhielten. Das in der Praxis gewonnene Wissen müsse weiterhin systematisiert und gesichert werden, um es so z. B. in Form von Leitfäden in einem anschließenden Schritt auch einer breiteren Masse zugänglich zu machen (L1).

Durch das zu erwartende Präventionsgesetz gewinnen Qualität, Wirksamkeit und Evaluation in Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung. Somit steigt auch der Bedarf an professionellen Ansprechpartnerinnen und -partnern in diesem Feld. Durch das Multiplikatorenkonzept lassen sich solche Unterstützungsangebote systematisieren und nachhaltig verankern. Dessen Potenzial lässt sich jedoch nur voll ausschöpfen, wenn die ausgebildete Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durch kontinuierliche Austausch- und Weiterbildungsprozesse unterstützt werden.

3.2.4 Fazit der Befragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

Die Ergebnisse der Befragung der LVGn zu bisherigen Aktivitäten im Bereich Qualitätsentwicklung, zu dem darüber hinaus bestehenden Unterstützungsbedarf auf Seiten der Praktiker/-innen und zu ihren Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Fortbildungs- und Beratungsangebote der Landesvereinigungen für Gesundheit zum Thema Qualität

Das bisherige Fortbildungsangebot der Landesvereinigungen für Gesundheit greift Qualitätsentwicklung und -sicherung meist implizit auf. Praxisnahe und niedrigschwellige Ansätze, wie beispielsweise die Good Practice-Kriterien, haben sich insbesondere dann bewährt, 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 Praktikerinnen und Praktiker wenden sich mit unterschiedlichen Fragen an die LVGn. Dementsprechend unterschiedlich gestalten sich der Beratungsaufwand sowie die Organisation von Fortbildungs- und Beratungsangeboten der Landesvereinigungen. Im Allgemeinen wenden sich die Praktikerinnen und Praktiker eher mit inhaltsbezogenen Fragen der Projektplanung und -umsetzung an LVGn als mit Fragen zu den verschiedenen Qualitätsansätzen. Das bestehende Beratungsangebot der Landesvereinigungen für Gesundheit wird kaum in Anspruch genommen, auch wenn dieses mit anderen Fortbildungsreihen oder schriftlichen Informationsmaterialien verknüpft sind.

Verwendete Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung

Die LVGn bewerten die Good Practice-Kriterien aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit, der übersichtlichen Darstellung sowie der öffentlichkeitswirksamen Außendarstellung auf der Internetseite des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit als besonders praxisfreundlich und ansprechend. Zudem werden Bausteine verschiedener Instrumente und Verfahren, wie etwa einzelne Module der Partizipativen Qualitätsentwicklung, quint-essenz oder QIP, für eine Fortbildungsreihe herausgegriffen, zusammengefasst oder durch die LVG modifiziert bzw. durch das Praxiswissen der Institution ergänzt und den Praktiker/-innen unter einem Themenschwerpunkt vermittelt. Ebenfalls positive Erfahrungen konnten mit den Auditierungsverfahren Gesunde Kita und Gesunde Schule gesammelt werden, die von einer LVG in Zusammenarbeit mit Praktikern und Praktikerinnen aus den Settings entwickelt wurden. Die Auditierung stellt nicht nur die Gesundheitsförderung, sondern auch andere Schwerpunkte der alltäglichen Arbeit in den Settings in den Fokus.

Unterstützungsbedarf auf Seiten der Praktikerinnen und Praktiker

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

Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept/Möglichkeiten der Unterstützung aus Sicht der Landesvereinigungen für Gesundheit

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

- 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 Akteure der settingbezogenen Gesundheitsförderung Methoden der Qualitätsentwicklung und -sicherung nicht ausschließlich als externe Kontrollmechanismen auffassen und ein fachlicher Dialog möglich ist, braucht es zunächst ein gemeinsames Verständnis der zugrundeliegenden Terminologien. Diesbezüglich sind 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 (z. B. Inhouse-Beratungen), als hilfreich eingeschätzt.

Des Weiteren sollten als potenzielle Beteiligte in den Netzwerken nicht ausschließlich Praktiker/-innen, sondern auch Vertretungen der Wohlfahrtsverbände, Kommunen sowie Vertretungen von Krankenkassen als wichtige Akteure und Gestalter der settingbezogenen Gesundheitsförderung angesprochen und beteiligt werden.

Benötigte Kompetenzen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Die Interviewten aus den LVGn 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 Vermittler tätig werden zu können. Dazu gehören z. B. Moderationstechniken sowie Methoden der Konfliktlösung ebenso wie ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit.

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

Um zu überprüfen, inwiefern die aufzubauenden Unterstützungsstrukturen einen Nutzen haben und von den Praktikern und Praktikerinnen in Anspruch genommen werden, bedarf es einer formativen Evaluation. Weiterhin braucht es Austausch- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die eingesetzten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf Landesebene.

3.3 Auswertung der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen

3.3.1 Ergebnisse für das Setting Kommune

Für das Setting Kommune haben acht Länder insgesamt neun Fokusgruppen durchgeführt. Ein Land hat zwei Fokusgruppen organisiert, die Ergebnisse jedoch in einem Ergebnisprotokoll zusammengefasst, sodass eine Differenzierung zwischen den beiden Fokusgruppen nicht möglich war und dieses als ein Ergebnisprotokoll gewertet wurde (F34).

Die vorliegenden Protokolle (n=9) verdeutlichten die Heterogenität unter den an den Fokusgruppen teilnehmenden Akteurinnen und Akteure der kommunalen Gesundheitsförderung: Vertretungen lokaler Einrichtungen, wie den Mehrgenerationenhäusern, Kinder- und Familienzentren, über Quartiers- und Stadtteilbüros und Wohnungsunternehmen bis hin zu kommunalen Behörden, wie dem Gesundheitsamt und der Jugend- und Sozialhilfe. In Fokusgruppe F381 war zudem eine Vertreterin eines Landesverbandes einer gesetzlichen Krankenkasse beteiligt (Anhang A3, Tabelle 17). Etwa die Hälfte der Ergebnisprotokolle enthielt keine Angaben hinsichtlich der Arbeitsebene (Leitungs- oder Mitarbeiterebene) (n=5). In den übrigen vier Fokusgruppen war die Leitungsebene in Form der Projektkoordination, Bereichsleitung oder Geschäftsführung vertreten. In zwei Fokusgruppen war zudem auch die Mitarbeiterebene anwesend (F33; F34). In den Ergebnisprotokollen, in denen Vertreter/-innen beider Ebenen teilgenommen haben, wurden die Diskussionsergebnisse nicht der jeweiligen Ebene zugeordnet.

3.3.1.1 Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung

Angewendete Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung im Setting Kommune wurden von allen acht Ländern in den neun Fokusgruppen erfragt. Dabei handelte es sich teilweise um Vorgaben, die von unterschiedlichen Ebenen an die Akteurinnen und Akteure herangetragen werden. Neben diesen externen Vorgaben nutzten die Einrichtungen selbst weitere Instrumente und Verfahren, um die Qualität ihrer Arbeit zu bewerten und weiterzuentwickeln. In zwei Fokusgruppen wurde als Ergebnis festgehalten, dass keinerlei Vorgaben bezüglich der Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Aktivitäten bestehen (F31; F36).

Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung

In den Arbeitsbereichen der an den Fokusgruppen Beteiligten des Settings Kommune gab es weder auf Bundesebene noch auf einer untergeordneten politischen Ebene gesetzlichen Vorgaben, die sich auf die Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Aktivitäten beziehen (Tabelle 8). Allerdings formulierten (Förder-)Mittelgeber oder Einrichtungsträger Vorgaben und Anforderungen, wie Dokumentation der Projektaktivitäten, Sachberichte und Verwendungsnachweise (F32; F33; F34; F35; F381; F382). Zudem nannten drei Fokusgruppen weitere Vorgaben, die über die externe Berichterstattung hinausgehen (F32; F35; F381): Beispielsweise wurde

geschildert, dass ein Landesverband¹¹ für die Mitgliedseinrichtung eine Handreichung zur Qualitätsentwicklung erarbeitet habe, die bei Bedarf genutzt werden könne (F32). Außerdem stellten regelmäßige Dienstbesprechungen und Teamsitzungen sowie Fachtage und Klausurtagungen Vorgaben der Qualitätsentwicklung dar. Es blieb offen, von welcher Institution diese Vorgaben stammen. Außerdem wurden halbjährlich stattfindende Konzepttage genannt, welche der Überprüfung der Zielerreichung sowie der weiteren Zielformulierung nach der SMART-Methode, der Festlegung von Arbeitsschwerpunkten und Klärung von Zuständigkeiten dienen (F32).

Tabelle 8: Übersicht über die Fokusgruppen und bestehende Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung (Setting Kommune)

| Fokusgruppe | Vorgaben zur QE/QS in der Gesundheitsförderung | Genannte Beispiele der Fokusgruppenteilnehmenden |
|------------------------------|--|---|
| Baden-Württemberg (F31) | Nein | - |
| Berlin (F32) | Ja | Mittelgeber (Landesebene): <ul style="list-style-type: none"> • Sachberichte • Verwendungsnachweise Landesverband: <ul style="list-style-type: none"> • Handreichung „Qualitätsentwicklung in Nachbarschaftseinrichtungen“ • Dienstbesprechungen, Teamsitzungen • Fachtage, Klausurtagungen • Konzepttage |
| Bremen (F33) | Ja | Mittelgeber: <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der Teilnehmerzahlen • Dokumentation der Anzahl der umgesetzten Projekte • Verfassen von Jahresberichten (Verwendungsnachweise) |
| Hamburg (F34) | Ja | Mittelgeber: <ul style="list-style-type: none"> • Berichterstattung/Dokumentation • Zielformulierung zu Beginn des Vertragsjahres |
| Hessen (F35) | Ja | Mittelgeber (Bundesebene): <ul style="list-style-type: none"> • Selbstmonitoring über ein Onlineportal Mittelgeber (Landesebene): <ul style="list-style-type: none"> • Berichterstattung Träger: <ul style="list-style-type: none"> • Fragebögen (für formative Evaluation der Angebote) Stadt: <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Fortbildung zum Early Excellence-Ansatz |
| Mecklenburg-Vorpommern (F36) | Nein | - |
| Niedersachsen (F37) | Nicht dem Protokoll zu entnehmen | - |
| Rheinland-Pfalz 1 (F381) | Ja | Mittelgeber: <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der Teilnehmerzahlen • Steuerungsgruppen mit Kooperationspartner/-inne/-n |
| Rheinland-Pfalz 2 (F382) | Ja | Mittelgeber: <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der Aktivitäten und Teilnehmerzahlen Träger: <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation, Evaluationsbögen |

¹¹ Verband für sozial-kulturelle Arbeit. Die Berliner Nachbarschaftshäuser sind allesamt Mitglied dieses Dachverbandes, welcher ebenfalls auf Bundesebene organisiert ist. Mehr Informationen unter: <http://stz.spinnenwerk.de/> (12.12.2014).

In Fokusgruppe F35 wurde berichtet, dass ein Bundesministerium (BMFSFJ) über ein Onlineportal die geförderten Einrichtungen dazu verpflichtete, jährlich ein Selbstmonitoring durchzuführen und Fragen der formativen Evaluation¹² zu beantworten. Weiterhin gäbe es über die Einrichtungsträger (Landesebene) Fragebögen zur formativen Evaluation, die zur Erhebung der Zielgruppenbedürfnisse und zur Angebotsbewertung eingesetzt werden sollten. Außerdem wurde durch die Stadt ein Einrichtungsmodell entwickelt und die Beschäftigten dieser Einrichtungen dazu verpflichtet, an Fortbildungen zum zugrundeliegenden Early Excellence-Ansatz teilzunehmen.

In Fokusgruppe F381 wurden die vorgegebenen Berichte des Mittelgebers ergänzt durch die Beteiligung an Steuerungsgruppen, in denen Kooperationspartner/-innen zusammenkommen und sich austauschen.

Für das Setting Kommune existieren nach Angaben der Teilnehmenden aus den Fokusgruppen keine gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Dennoch stellen Mittelgeber Anforderungen an die Akteurinnen und Akteure der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung, z. B. Dokumentationen der geförderten Tätigkeiten sowie den dazugehörigen Verwendungsnachweisen. Häufig werden auch Instrumente und Verfahren zur Zielformulierung und formativen Evaluation sowie die Teilnahme an Fortbildungen zum zugrundeliegenden Arbeits- und Qualitätsansatz des Mittelgebers vorgegeben.

Deutlich wird, dass die Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung unterschiedlich sind, sofern sie neben der Dokumentation der Projektaktivitäten und den Verwendungsnachweisen weitere Instrumente und Verfahren beinhalten. Vor allem die Überprüfung der Programmakzeptanz und der Austausch innerhalb der Projekte sind hierbei wesentliche Aspekte.

Weiterhin wird deutlich, dass gesundheitsförderliche Aktivitäten und Maßnahmen in der Lebenswelt Kommune/Quartier insbesondere im Rahmen (zeitlich begrenzter) Projekte durchgeführt werden, sodass es Unterstützungsstrukturen bedarf, die inhaltliche Fragen der Projektplanung und -durchführung fokussieren.

Weitere Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung

In allen kommunenbezogenen Fokusgruppen (n=9) berichteten die Teilnehmenden, Verfahren und Instrumente auf eigene Initiative anzuwenden bzw. weitere Angebote der Träger zur Qualitätsentwicklung und -sicherung ihrer Angebote und Arbeit zu nutzen (Tabelle 9). Die genannten Verfahren der Qualitätsentwicklung lassen sich unterscheiden nach Verfahren für den internen bzw. externen Austausch, die Implementation eines institutionellen Qualitätsmanagements sowie partizipativen Qualitätsentwicklungstechniken. Hinzu kommen Verfahren, die unterschiedliche Qualitätsaspekte ansprechen (z.B. Good Practice-Kriterien, quint-essenz) sowie in einem Einzelfall ein Verfahren der externen Qualitätsprüfung (Akkreditierung).

Ein Großteil der Fokusgruppen (n=7) bewertete den internen Austausch als ein wichtiges Verfahren der Qualitätsentwicklung. Dabei wurden unterschiedliche Formen des internen Austausches, der auch kollegialer Austausch genannt wurde, beschrieben: Regelmäßige Teamsitzungen und

¹² Wie zur Darstellung der Häufigkeit und Inanspruchnahme der Einrichtungsangebote, Angebotsmodifikationen seit Implementation sowie dazugehörige Begründung der Modifikation.

Dienstgespräche stellten die häufigste Nennung dar (F31; F32; F34, F35; F381; F382). Monatlich stattfindende „Qualitätsgruppen“ böten sich ebenfalls an, um das Thema Qualität zu diskutieren (F32; F381).

Neben dem internen Austausch wurde auch der externe Austausch als ein wichtiges Verfahren eingeschätzt. Sieben der neun Fokusgruppen nannten Arbeitsformen, um Erfahrungen mit anderen Akteurinnen und Akteuren auszutauschen und/oder die eigenen Angebote zu reflektieren und weiterzuentwickeln (F32; F33; F34; F35; F37; F381). Der externe Austausch wurde u. a. über bestehende Netzwerke oder angebotene Fachforen in der Region hergestellt (F32; F33; F35; F37; F381; F382). Andere Möglichkeiten stellten Runde Tische (F34; F382), regionale Arbeitsgruppen (F34) oder Stadtteilforensitzungen (F37) dar. Obwohl diese Austauschverfahren zeitintensiv seien, wurden sie als unabdingbar für die Qualitätsentwicklung eingestuft (F35).

Tabelle 9: Verwendete Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung

| Verwendete Verfahren | Genannte Beispiele |
|--------------------------------------|--|
| Interner Austausch | <ul style="list-style-type: none"> • Teamsitzungen (n=5) • Regelmäßige Dienstgespräche, Mitarbeitergespräche (n=2) • Qualitätsgruppe mit monatlichem Austausch, Arbeitsgruppen, die sich mit dem Qualitätsthema beschäftigen (n=2) • Kollegialer Austausch (n=3) |
| Externer Austausch | <ul style="list-style-type: none"> • Kollegiale Beratung • Fachaustausch (n=3) • Regionale Arbeitsgruppen (n=1) • Runde Tische, Stadtteilforensitzungen (n=3) • Netzwerktreffen, Planungskonferenzen (n=5) |
| Institutionelles Qualitätsmanagement | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsbeauftragte (n=2, Hessen) • Entwicklung von Qualitätsstandards, (n=1) • hausinternes Qualitätsmanagement (n=1) |
| Akkreditierung | <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätssiegel eines Bundesverbandes durch (Re-)Zertifizierung (n=1). |
| Verfahren der Gesundheitsförderung | <ul style="list-style-type: none"> • Orientierung am PQ-Zyklus (n=4) • Kapazitätsentwicklung im Quartier (KEQ) (n=1) • Good Practice-Kriterien (n=2) • quint-essenz (n=1) • PDCA-Zyklus (n=1) |

In zwei Fokusgruppen wurden Verfahren eines institutionellen Qualitätsmanagements genannt, in dessen Rahmen einrichtungsinterne Qualitätsstandards entwickelt (F35) bzw. Qualitätsbeauftragte benannt wurden, um die Qualität gesundheitsförderlicher Aktivitäten kontinuierlich weiterzuentwickeln (F35; F381). Es fehle jedoch kleineren Einrichtungen i. d. R. an finanziellen Ressourcen, um Qualitätsbeauftragte beschäftigen zu können. In der anderen Fokusgruppe wurde berichtet, dass ein hausinternes Qualitätsmanagement aufgebaut wurde, obwohl es keine Vorgabe dazu gab (F381).

Als besonders hilfreich wurde das Verfahren der Partizipativen Qualitätsentwicklung eingeschätzt (F31; F33; F34; F37) sowie andere Verfahren, die unterschiedliche Qualitätsaspekte ansprechen (z. B. die Good Practice-Kriterien). Diese seien praxisnah und deswegen hilfreich für die Qualitätsentwicklung (F33; F37). Die Teilnehmenden der Fokusgruppe F33 gaben zudem das Qualitätsmanagementsystem quint-essenz sowie den plan-do-check-act-Zyklus (PDCA-Zyklus) als

verwendete Verfahren an. Diese Verfahren seien sehr offen gestaltet und böten verschiedene methodische Umsetzungsmöglichkeiten an.

In Fokusgruppe F35 wurde ein Akkreditierungsprozess beschrieben. Der Mütterzentren Bundesverband e. V. entwickelte ein Qualitätssiegel, welches die entsprechenden Einrichtungen über Zertifizierungs- und Re-Zertifizierungsprozesse erwerben können. Auch in Fokusgruppe F34 wurde mit KEQ ein Verfahren der externen Qualitätsprüfung genannt.

Weitere genannte Instrumente der Qualitätsentwicklung lassen sich in verschiedene Gruppen unterteilen (Tabelle 10):

Einrichtungsinterne Instrumente, wie Leitbilder der Einrichtungen oder Qualitätshandbücher wurden als förderlich eingeschätzt (F32; F36), da sie für die Mitarbeitenden in den Einrichtungen einen Orientierungsrahmen darstellten (F32; F35). Zudem berichtete eine Fokusgruppe von einem integrierten Handlungskonzept, welches Handlungsfelder und Ziele für die Arbeit im Quartier benennt (F32).

Darüber hinaus wurden Leitfäden, Handbücher sowie niedergeschriebene Qualitätsstandards/-kriterien als verwendete Instrumente der Qualitätsentwicklung genannt (F31; F33; F36). Dazu zählten beispielsweise auch der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (F36), das Werkbuch Präventionskette (F36), das Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung (F31) sowie die Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier (F33). Diese Materialien böten in der Regel konkrete Methoden an. Sofern sie praxisnah formuliert waren, regten sie die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen an (F31; F36).

Von zwei Fokusgruppen wurde auf das Internetportal *inforo online* verwiesen (F33; F36). Diese Plattform werde punktuell zur Kontaktaufnahme zu anderen Akteurinnen und Akteuren der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung sowie zur Suche nach Erfahrungsberichten genutzt.

Des Weiteren wurde die SMART-Methode genannt, um (gemeinsame und gute) Ziele für die Intervention zu formulieren und somit die Angebote strukturierter planen zu können (F32; F35).

Der überwiegende Teil der Fokusgruppen nutzte Instrumente zur Erhebung von Bedarfen und Bedürfnissen sowie zur Angebotsentwicklung (F31; F34; F35; F36; F37; F382). Eingesetzt wurden Fragebögen (nicht näher spezifiziert) (F31; F34; F382), systematische Befragungen der Zielgruppe mittels Schlüsselpersonen (F34) und/oder Leitfäden (F37; F37) sowie Gespräche mit der Zielgruppe (F32), um die Bedürfnisse der Zielgruppe zu ermitteln. Zwei Fokusgruppen hielten als Methode der Bedürfniserhebung die Zukunftswerkstatt nach Jungk fest (F31; F37). Berichte der kommunalen Gesundheitsberichterstattung wurden in vier Fokusgruppen als Instrument benannt, um Bedarfslagen zu analysieren (F31; F33; F36; F382). In F37 wurden auch Stakeholderanalysen genannt.

Zwei der sechs Fokusgruppen, die Instrumente zur Bedürfnis- und Bedarfserhebung einsetzen, nutzten zudem Instrumente zur formativen Evaluation der Angebote (F32; F37). Dabei handelte

es sich um Checklisten zur Veranstaltungsplanung und -durchführung (F32) oder auch Dokumentation der Teilnehmerzahlen (F37). Auch wurden Nutzerbefragungen zur Zufriedenheit mit den implementierten Angeboten genannt (F32; F37; F382). Darüber hinaus berichteten die Teilnehmenden der Fokusgruppe F32, dass persönliche Gespräche mit der Zielgruppe geführt wurden, um Angebote an die Bedürfnisse anzupassen. Des Weiteren nutzten die Teilnehmenden dieser Fokusgruppe die Methode des World Cafés dazu, die Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Akteurinnen und Akteuren zu diskutieren oder sogenannte Reflexionstage, um zu beurteilen, ob Ziele erreicht wurden und welche Maßnahmen zukünftig durchgeführt werden sollten.

Tabelle 10: Verwendete Instrumente der Qualitätsentwicklung

| Verwendete Instrumente | Genannte Beispiele |
|---|--|
| Instrumente zur Bedarfs- und Bedürfniserhebung | <ul style="list-style-type: none"> • Fragebögen (n=3) • Befragungen der Zielgruppe mittels Schlüsselperson (n=1) oder mittels Leitfäden (n=1) • Gespräche mit der Zielgruppe, um Bedürfnisse zu erfragen (n=1) • Aktivierende Befragung (n=1) • Gesundheitsberichte/Kommunale Gesundheitsberichterstattung (n=4) • Checklisten (n=1) • Zukunftswerkstatt nach Jungk (n=1) • Stakeholderanalyse (n=1) |
| Instrumente der Angebots-/Veranstaltungsplanung und –bewertung (formative Evaluation) | <ul style="list-style-type: none"> • Zielformulierungstechniken, SMART-Methode (n=2) • Checklisten für Veranstaltungsplanung und -durchführung (n=1) • Strichlisten zu Teilnehmerzahlen (n=1) • Nutzerbefragungen (n=1), Meinungsbögen (n=2) • Gespräche mit der Zielgruppe, um Angebote anzupassen und weiterzuentwickeln (n=1) • Reflexionstage zur Beurteilung, ob Ziele erreicht wurden und wie es weitergehen soll (n=1) • World Cafés zur Reflexion der Zusammenarbeit und Vernetzung (n=1) |
| Einrichtungsinterna | <ul style="list-style-type: none"> • Leitbild (n=2) • Qualitätshandbuch (n=2) |
| Leitfäden/Handbücher | <ul style="list-style-type: none"> • Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (n=1) • Werkbuch Präventionskette (n=1) • Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung (n=1) • Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier (n=1) |
| Supervision (oftmals ohne weitere Informationen oder Beispiele n=3) | <ul style="list-style-type: none"> • Besuche von Teilprojekten durch die Koordinatorin, um Projektfortschritt zu beurteilen und Probleme zu lösen (n=1) |
| Qualitätsstandards/-kriterien | <ul style="list-style-type: none"> • Für Selbsthilfen (n=1) • Aus dem Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung (n=1) |
| Integriertes Handlungskonzept | <ul style="list-style-type: none"> • Benennt Handlungsfelder und Ziele für das Quartier (n=1) |
| Internetportale | <ul style="list-style-type: none"> • <i>inforo online</i> (n=2) |

Vier Fokusgruppen benannten die Supervision als ein weiteres Instrument der Qualitätsentwicklung (F32; F35; F381; F382), um z. B. Projektfortschritte zu beurteilen und gemeinsam Lösungen für auftretende Probleme zu finden.

Die Fokusgruppen zum Setting Kommune nannten einige Instrumente und Verfahren zur Qualitätsentwicklung und -sicherung, die sie unabhängig von den Vorgaben der Mittelgeber in ihren Einrichtungen anwenden. Deutlich wird, dass von den Teilnehmenden insbesondere dialogische Verfahren sowie dialogfördernde Instrumente positiv wahrgenommen und deswegen genutzt werden. Dabei stehen sowohl der Austausch mit der Zielgruppe als auch der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie Experten und Expertinnen im Vordergrund. Ebenso wichtig und sinnvoll werden Verfahren eingeschätzt, deren Methoden an den einrichtungsbezogenen Kontext angepasst werden können und den Akteurinnen und Akteuren ausreichend Handlungsspielraum ermöglichen (z. B. Good Practice-Kriterien, Methoden der Partizipativen Qualitätsentwicklung).

3.3.1.2 Unterstützungsbedarf

Die Teilnehmenden der neun Fokusgruppen formulierten zur Frage nach gewünschter Unterstützung zur Planung und Durchführung gesundheitsförderlicher Interventionen verschiedene Antworten. Diese ließen sich in vier Kategorien aufteilen: Projektbezogene Beratung, Erfahrungsaustausch, Informationsvermittlung sowie weitere Bedarfe. Insbesondere zu den Aspekten der Projektberatung sind Äußerungen in allen neun Ergebnisprotokollen zu finden.

Projektberatung

Die Wünsche der Teilnehmenden der Fokusgruppen hinsichtlich einer projektbezogenen Beratung können anhand der Qualitätsdimensionen Planung, Prozess und Ergebnis beschrieben werden. Aspekte der Strukturqualität wurden in keiner Fokusgruppe als Bedürfnis an die projektbezogene Beratung formuliert, auch wenn zwei Fokusgruppen den Wunsch nach einer allgemeinen Übersicht zu Fördermöglichkeiten ansprachen (s. u. unter *Informationsvermittlung*).

Die Hälfte der Fokusgruppen hielt fest, dass eine Beratung zu Aspekten der Planungsqualität hilfreich wäre (F32; F33; F36; F381). Eine Beratung zu Methoden des Projektmanagements sei notwendig, um das richtige Vorgehen bei gesundheitsförderlichen Interventionen zu planen (F36). Ebenso wurde eine Unterstützung bei der Angebotsentwicklung in Form von Begleitung und Beratung gefordert (F32). Anders formulierte Fokusgruppe F381, dass es eine Beratung zu Methoden der Erhebung der Zielgruppenbedürfnisse bräuchte.

Neben der Beratung zur Planungsqualität formulierte ein Großteil der Fokusgruppen (n=6) eine begleitende Beratung zu Fragen der Prozessqualität sowie zur Prozessevaluation (z. B. Prüfen der Zielgruppenerreichung) als Bedarf. Drei Fokusgruppen thematisierten zudem eine Beratung bei der Auswahl geeigneter Instrumente und Verfahren für die jeweilige Projektphase (F31; F34; F37). Beispielsweise wünschten sich die Teilnehmenden der Fokusgruppe F31 eine situationspezifische Beratung zur Initiierung des Zyklus der Partizipativen Qualitätsentwicklung auf kommunaler Ebene. Verfügbare Leitfäden zu dem PQ-Zyklus differenzierten bisher nicht die unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten größerer und kleinerer Kommunen, eine situationspezifische Beratung könne diese Lücke schließen.

Aufgrund unterschiedlicher Zielgruppen seien standardisierte Erhebungsinstrumente ohnehin weniger als Unterstützung für die Praxis der Gesundheitsförderung geeignet (F35). Deswegen sei das Entwickeln eigener Erhebungsinstrumente zur kontinuierlichen Ermittlung der Zielgruppenbedürfnisse und Bewertung der Einrichtungsangebote wesentlich für die Qualitätsentwicklung. Aus diesem Grund sei eine Begleitung bei der Instrumentenentwicklung förderlich, um ein Nutzer/-innen-Feedback zu den implementierten Angeboten kontinuierlich einzuholen und diese an den Bedürfnissen der Zielgruppe auszurichten und ggf. zu modifizieren.

Zudem wurde in etwa der Hälfte der Fokusgruppen der Bereich der Ergebnisevaluation als gewünschter Inhalt projektbezogener Beratung angesprochen (F31; F33; F35; F37). In drei dieser Fokusgruppen wurden Beispiele genannt: Die Befragten schlugen eine Beratung zu nied-

rigschwelligem Instrumenten und Verfahren vor, welche nicht nur für „harte“ Ergebnisindikatoren, sondern auch für „weiche“ Indikatoren, wie beispielsweise den Empowermentansatz oder Netzwerkaufbau, genutzt werden können (F31; F33; F37). Denn insbesondere für kleine Projekte der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung sei es schwierig, gesundheitsfördernde Effekte auf Bevölkerungsebene nachzuweisen, da die Zielgruppen in der Regel kleine Gruppen darstellen und die Interventionen in einem quartiersbezogenen Kontext stattfinden. Ebenso seien Wirksamkeitsuntersuchungen von Angeboten, die für keine spezifische Zielgruppe offeriert würden, sondern für alle Interessierten zur Verfügung stünden, eine Herausforderung in der Praxis (F35). Es bräuchte demzufolge eine Beratung zu Möglichkeiten der Wirksamkeitsmessung.

Nur in Ausnahmefällen nannten die Fokusgruppenteilnehmer/-innen neben wünschenswerten Inhalten auch Formen der projektbezogenen Beratung (F32; F35; F36; F382). Inhouse-Schulungen (auch „Beratung vor Ort“) würden eine Möglichkeit darstellen, nicht nur einzelne, sondern alle Mitarbeiter/-innen in den Einrichtungen mit dem Beratungsangebot zu erreichen und lokalen Bedingungen in das Unterstützungsangebot einfließen zu lassen (F32; F35; F36; F382). In Fokusgruppe F35 wurde das Einbeziehen der Zielgruppe sowie der ehrenamtlich Tätigen in den Einrichtungen in den Inhouse-Schulungen als notwendig eingeschätzt, um eine einheitliche Arbeitsweise zu entwickeln. In Fokusgruppe F32 wurden unterschiedliche Möglichkeiten beschrieben, wie eine Beratung gestaltet sein könnte. Im Gegensatz zu den übrigen Fokusgruppen wurde hier auch ein Beratungsgremium bestehend aus unterschiedlichen Akteursgruppen (Experten, Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung, Mitglieder der Zielgruppe) beschrieben, um Empfehlungen zur Programmumsetzung zu erarbeiten.

Neben einer Beratung für Projekte der Gesundheitsförderung bräuche es außerdem eine zusätzliche Begleitung (F32; F35; F37): Die Beratung sollte ergänzt werden durch unterstützende Materialien, welche sich auf die Projektplanung und -durchführung beziehen und somit die eigenständige Umsetzung der Beratungsinhalte unterstützen. Genannte Beispiele sind: Vorlagen für Checklisten oder Fragebögen, die projektspezifisch angepasst werden können (F31; F35) und Computersoftware, die Fragen der Projektplanung beinhaltet und die Projekte in der Konzept- und Planungsphase begleitet (F37).

Abschließend wurde vereinzelt diskutiert, von welcher Instanz eine projektbezogene Beratung angeboten werden könnte. In fast der Hälfte der Fokusgruppen wurde vorgeschlagen, dass die LVGn eine Ansprechperson für die Akteurinnen und Akteure der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung benennen sollten (F33; F34; F36; F382). Von dieser Stelle aus könnten Beratungs- und Informationsangebote initiiert und vorgehalten werden. Ebenso sei es denkbar, mehrere Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Region einzusetzen, um das Thema Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Land zu verbreiten. In vier Fokusgruppen hatten die Teilnehmenden keine Vorschläge zur Verortung der Unterstützungsstruktur bzw. diese wurden nicht im Protokoll festgehalten (F31; F35 F37; F381).

Alle neun Fokusgruppen, die mit Akteurinnen und Akteuren der kommunalen Gesundheitsför-

derung durchgeführt wurden, nannten Wünsche hinsichtlich einer projektbezogenen Beratung. So wurde einerseits die Planungsqualität angesprochen, in den Fokusgruppen wird dies teilweise unter Methoden des Projektmanagements zusammengefasst. Andererseits wurden auch Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität bzw. Evaluation von den Teilnehmenden der Fokusgruppen genannt.

Obwohl nicht in allen neun Fokusgruppen auf alle vier Qualitätsdimensionen gleichermaßen eingegangen wurde, liegt es auf der Hand, dass ein projektbezogenes Beratungsangebot alle Dimensionen der Qualität umfassen sollte, um verschiedene Akteurinnen und Akteure in den Lebenswelten anzusprechen.

Weiterhin kann ebenfalls geschlussfolgert werden, dass Einzelberatungen allein kein umfassendes Beratungsangebot darstellen können. Es gilt, unterschiedliche Beratungsformate für die verschiedenen Bedürfnisse der Akteurinnen und Akteure der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung bereitzuhalten. Zusätzlich zu der Beratung sollten Materialien zur Projektplanung und -durchführung bereitgestellt werden.

Erfahrungsaustausch

In acht von neun Fokusgruppen im Setting Kommune äußerten die Teilnehmenden, dass Erfahrungsaustausch eine wünschenswerte Unterstützung wäre, um Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung zukünftig noch stärker anzuwenden (F31; F32; F34; F35; F36; F37; F381; F382).

Mit dem Erfahrungsaustausch waren vor allem zwei wesentliche Inhalte verbunden: Zunächst regten vier Fokusgruppen an, dass es einen Erfahrungsaustausch bedürfe, der die Anwendung der Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung in den Mittelpunkt stelle (F31; F32; F36; F381), aber auch die Klärung der Qualitätsbegriffe bzw. die unterschiedlichen Auffassungen zum Inhalt habe (F382). Als zweiten möglichen Inhalt wurde in F35 festgehalten, dass über diese Austauschformate auch Best Practice-Projekte verbreitet werden könnten, um andere Akteurinnen und Akteure für die Anwendung von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung zu motivieren.

Der hier beschriebene Erfahrungsaustausch sollte auf unterschiedlichen Ebenen organisiert werden: Die Anregung des Austausches sollte innerhalb der jeweiligen Einrichtung, aber auch mit Kooperationspartnern und -partnerinnen angeregt werden. Außerdem sei der trägerübergreifende Austausch mit anderen Akteurinnen und Akteuren (aus anderen Sektoren, wie z. B. dem Jugendamt) sinnvoll, um gemeinsame Ansatzpunkte zu identifizieren und Missverständnisse/Unklarheiten zu klären (F35; F36; F381; F382). In der Fokusgruppe F32 wurde diesbezüglich festgehalten, dass es generell auch einen Austausch zwischen Expertinnen und Experten der Gesundheitsförderung, der Zielgruppe sowie den gesundheitsförderlichen Akteurinnen und Akteuren bedürfe.

Selten beschrieben die Befragten konkrete Umsetzungsformen des Erfahrungsaustausches. Dennoch äußerte ein Teilnehmer, dass das Internetportal *inforo online* eine (bekannte) Möglichkeit darstelle, ressourcenschonend Akteurinnen und Akteure in einer Gesprächsgruppe zusammenzuführen, um so einen inhaltlichen Austausch zu initiieren (F36). Ein weiterer Vorschlag stammte aus der Fokusgruppe F32. Hier wurden Fachtagungen genannt, um den kollegialen

Austausch zu organisieren. Im Rahmen dieser Veranstaltungen könnten Themen bearbeitet und Fragen gemeinsam geklärt werden.

Den Teilnehmenden von acht der neun Fokusgruppen ist es wichtig, dass Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches organisiert werden, um Erfahrungen mit gesundheitsförderlichen Ansätzen sowie der Qualitätsentwicklung und -sicherung und somit praxiserwiesenes/praxisorientiertes Wissen zu erlangen und weiterzugeben.

Dabei wurde in den Fokusgruppen betont, dass unterschiedliche Ebenen beteiligt sein sollten. Nicht nur der interne Austausch oder der Austausch mit Kooperationspartner/-inne/-n wurde genannt, sondern auch der träger- bzw. sektorenübergreifende Austausch.

Vorschläge, in welcher Form der Erfahrungsaustausch organisiert werden sollte, sind nur in zwei Protokollen enthalten: Es wurde sowohl der virtuelle Austausch über die Internetplattform *inforo online* als auch der persönliche Austausch in Form von Fachtagungen genannt.

Es bedarf demzufolge einer Instanz, welche diesen Austausch organisiert und zudem erörtert, welche Austauschformate für die jeweilige Ebene geeignet und welche Inhalte aus Sicht der Akteurinnen und Akteure relevant sind.

Informationsvermittlung

In allen Fokusgruppen wurden verschiedene Bedarfe an Informationsvermittlung, die über eine projektbezogene Beratung hinausgeht, im Ergebnisprotokoll festgehalten.

Unabhängig von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung, äußerten die Befragten, dass eine Übersicht zu möglichen Fördermittelgebern hilfreich wäre (F32; F33; F36; F382). In der Fokusgruppe F382 wurde ergänzend vorgeschlagen, Übersichten zu den Förderkriterien der unterschiedlichen Förderer vorzuhalten. Demzufolge besteht der Informationsbedarf der kommunalen Akteurinnen und Akteure nicht ausschließlich in Bezug auf die Anwendung spezifischer Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung, sondern auch hinsichtlich der Fragen zur Interventionsplanung, hier insbesondere der Planungs- und Strukturqualität (Ressourcenausstattung, Projektaufbau).

Dennoch wünschten sich die Teilnehmenden in einem Großteil der Fokusgruppen ebenso praxisorientierte Informationen zu den Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung (F31; F32; F34; F36; F37; F381), wie Übersichten zu standardisierten Instrumenten und Verfahren (F31) sowie zu Umsetzungsmöglichkeiten bzw. Hinweise zu der Handhabung der Instrumente und Verfahren (F36; F37). In Fokusgruppe F31 wurde diesbezüglich eine Übersicht zu Datenquellen und Auswertungshinweisen für die jeweiligen Instrumente genannt. Zugleich wurde in drei Fokusgruppen festgehalten, dass es ebenso Informationen bedürfe, in welchem Umfang die bereits entwickelten Instrumente und Verfahren modifiziert und damit an lokale Bedingungen angepasst werden könnten (F31; F32; F381). Als Beispiel nannte Fokusgruppe F31 den Zyklus der Partizipativen Qualitätsentwicklung. In Abhängigkeit zur Größe der Kommune seien verschiedene Vorgehensweisen und Methoden geeignet. Es fehle bislang jedoch an einer Übersicht, die sich dieser Frage annehme (F31). In zwei Fokusgruppen wurde zudem festgehalten, dass jedes Instrument und Verfahren mit seinem Nutzen dargestellt werden sollte (F32; F34).

Diese Informationen sollten nicht nur an die Akteurinnen und Akteure der quartiersbezogenen Gesundheitsförderung vermittelt werden. Es bedürfe ebenso einer Vermittlung dieser Informationen an die Fördermittelgeber oder die Entscheidungsebene zur Verteilung kommunaler Mittel (wie z. B. Behörden), um dort die Akzeptanz interner/eigener Verfahren, wie z. B. der Selbstevaluation, zu stärken (F34; F37).

Für die Akteurinnen und Akteure, die der Fokusgruppe F36 angehörten, wäre zudem eine Übersicht über mögliche Ansprechpersonen zum Thema Qualitätsentwicklung hilfreich sowie Hilfe beim Umgang mit *inforo online*.

Im Gegensatz zu der Kategorie des Erfahrungsaustausches gab es einige Ideen, wie diese Bedarfe der Informationsvermittlung umgesetzt werden könnten. Fortbildungen zu Qualitätssicherungsansätzen könnten unabhängig von einer spezifischen Projektberatung angeboten werden (F35; F36). Einige Teilnehmende äußerten, dass Netzwerktreffen dazu genutzt werden könnten, Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung den Akteurinnen und Akteuren dort vorzustellen (F31). Zudem wäre die Nutzung eines Online-Portals denkbar, um alle verfügbaren Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung der Gesundheitsförderung darzustellen, aber auch um Zugang zu diesen Methoden zu bekommen (F35; F36).

Um Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung bei der Beantragung von Fördermitteln zu unterstützen, sei eine Handreichung hilfreich, welche die verschiedenen Fördermöglichkeiten beinhaltet (F36). Ebenso wurde eine Handreichung für die intersektorale Zusammenarbeit gewünscht (F31).

Die Teilnehmenden äußerten verschiedene Bedarfe der Informationsvermittlung. Ein Großteil der Fokusgruppen wünscht sich Informationen zu den verfügbaren Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung der Gesundheitsförderung sowie zur richtigen Handhabung. Zudem sind Informationen wichtig, die Hinweise zur richtigen Auswertung der erhobenen Daten liefern. Weiterhin bedarf es aufbereiteter Informationen, inwiefern die Instrumente und Verfahren an die lokalen Bedingungen angepasst und somit modifiziert werden können.

Die Teilnehmenden in drei Fokusgruppen nennen Formen der Informationsvermittlung. Fortbildungen sowie die Bereitstellung der Informationen auf einem Online-Portal sind die häufigsten Nennungen bzw. Anregung zur Realisierung des Bedarfs an Informationsvermittlung.

Um den geäußerten Wünschen nach Informationen nachzukommen, braucht es eine Instanz, welche die Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung zusammenträgt und aufbereitet zur Verfügung stellt. In den Fokusgruppen sind neben der großen Übereinstimmung hinsichtlich der Informationsinhalte verschiedene Formen der Umsetzung gewünscht. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass es ebenfalls einer Instanz bedarf, welche sich tiefergehend mit den Anforderungen der Akteurinnen und Akteure auseinandersetzt und die Vermittlungsformen entsprechend weiterentwickelt.

Weitere Bedarfe

Neben den bereits dargestellten Bedarfen an Unterstützung äußerten die Teilnehmenden weitere Bedarfe, die sich vorwiegend auf Fragen der Ressourcen beziehen:

In sieben von neun Fokusgruppen zum Setting Kommune wurde festgehalten, dass die Fördermittelgeber mehr Ressourcen für die Planung, Durchführung und Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Projekte zur Verfügung stellen sollten (F31; F32; F33; F34; F35; F36; F381). Unter anderem formulierte Fokusgruppe F33 die Notwendigkeit, dass Fördernde die Planungsphase eines Projektes künftig stärker berücksichtigen sollten, da beispielsweise der Aufbau einer Vertrauensbasis zur Zielgruppe sehr zeitintensiv sein könne. In Fokusgruppe F35 wurde zudem vorgeschlagen, dass mehr Projekte gefördert werden sollten, die sich mit dem Thema Qualitätsentwicklung und -sicherung befassen.

Mit dem Wunsch nach mehr Ressourcen, um gesundheitsförderliche Interventionen weiterentwickeln und ihre Qualität sichern zu können, ging einher, dass es mehr Kontinuität in der Förderung bedürfe (F31; F34; F35; F36; F381; F382). Aktivitäten der Qualitätsentwicklung und -sicherung benötigten Zeit, sodass bei sehr kurzen Förderlaufzeiten die Implementation der gesundheitsförderlichen Intervention im Vordergrund steht bzw. das Durchführen einer Evaluation erschwert werde (F34; F36; F381; F382). Das Stichwort Kontinuität fiel bei Fokusgruppe F35 ebenfalls in Bezug auf die Ansprechpartner/-innen zu Fragen der Qualitätsentwicklung und -sicherung. Ein häufiger Wechsel der Ansprechpersonen sollte vermieden werden.

Zudem wünschten sich die Teilnehmenden aus drei Fokusgruppen mehr politische Wertschätzung für die Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen (F33; F34; F36). Durch die Unterstützung der Politik (auch auf kommunaler Ebene) könne Gesundheitsförderung eher als Querschnittsaufgabe verschiedener Sektoren kommuniziert werden.

In einem Großteil der Fokusgruppen werden weitere Unterstützungsbedarfe angesprochen, die auf die Rahmenbedingungen Bezug nehmen, unter denen Gesundheitsförderung im Quartier bzw. in der Kommune stattfindet. Es wird vorgeschlagen, insbesondere in der Planungsphase eines Projektes mehr Zeit einzuräumen und zudem für mehr Kontinuität bei den Interventionsangeboten zu sorgen. Eine Möglichkeit dafür ist, zukünftig das Thema Qualitätsentwicklung und -sicherung stärker in Förderrichtlinien zu verankern, sodass den Akteurinnen und Akteuren ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, um entsprechende Methoden umzusetzen. Dies setzt eine Sensibilisierung der unterschiedlichen Mittelgeber für die kommunale Gesundheitsförderung voraus.

3.3.1.3 Ergänzungen aus den Regionalkonferenzen

Die Ergebnisse der Fokusgruppenprotokolle fanden Bestätigung auf den Regionalkonferenzen, sodass diese hier nicht im Detail aufgearbeitet werden. Nachfolgend werden einzelne Ergänzungen zu den Aussagen in den Fokusgruppen aufgegriffen.

Als eine Aufgabe für eine zentrale Koordinierungsstelle wurde die Integration der Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung in bestehende Qualitätsmanagementsysteme auf zwei Regionalkonferenzen diskutiert (Berlin, Hessen). Dies schien insbesondere vor dem Hintergrund wichtig,

wie dass auf zwei weiteren Regionalkonferenzen festgehalten wurde, dass „weiche“ Ergebnisindikatoren, wie z. B. die Beziehungsarbeit, üblicherweise nicht von den Fördermittelgebern als Ergebnisindikatoren akzeptieren werden würden, sondern Wirkungsnachweise bezüglich „harter“ Endpunkte einfordert werden (Bremen; Niedersachsen). In der Praxis ist es dagegen schwierig, mit kleinräumigen Projekten Aussagen zu diesen harten Indikatoren zu treffen (Bremen; Niedersachsen). Eine ähnliche Diskussion wurde auch in den Fokusgruppen geführt.

Des Weiteren brauche es eine offenere Fehlerkultur, sodass nicht nur Good Practice-Beispiele im Fokus des Erfahrungsaustausches stehen sollten, sondern auch Probleme, die trotz guter Planung selbstverständlich auftreten, sowie den Austausch darüber, wie diese gelöst werden könnten (Berlin; Hamburg). Eine offene Fehlerkultur sowie der Erfahrungsaustausch mit Anderen im Allgemeinen setze ein grundlegendes Verständnis von zentralen Begrifflichkeiten, wie z. B. des Qualitätsbegriffes, voraus (Berlin; Hamburg). Vieles, was für die Qualität getan werde, werde häufig nicht explizit als solches benannt (Berlin). Zudem könne ein Arbeitsteam nur dann gemeinsam Ziele formulieren, wenn die Beteiligten ein gleiches Verständnis von den Begriffen und Prozessen haben (Hamburg).

Die Regionalkonferenzen bestätigen die Aussagen aus den Fokusgruppen bezüglich der Unterstützungsbedarfe. Es gibt inhaltliche Ergänzungen, die sich gut in den Rahmen der angedachten Strukturen für das Multiplikatorenkonzept einpassen lassen. Auf den Regionalkonferenzen wurden u. a. vermehrt Aktivitäten gefordert, das Thema Gesundheitsförderung mit seinen Qualitätskriterien in bestehen QM-Systeme zu integrieren. Es bedarf zudem einer offeneren Fehlerkultur sowie eines gemeinsamen Verständnisses von Begrifflichkeiten, um in einen gegenseitigen Austausch treten zu können. Außerdem wurde eine mögliche Verortung der Ansprechpersonen zu Fragen der Qualitätsentwicklung und -sicherung in den Regionen vorgeschlagen, um niedrigschwellige Unterstützung anbieten zu können. Dies wäre ein Ansatzpunkt, das Multiplikatorenkonzept weiterzuentwickeln und Strukturen in den Ländern aufzubauen.

3.3.1.4 Fazit zum Setting Kommune

Im Setting Kommune gibt es in den Einrichtungen der beteiligten Akteurinnen und Akteure keine Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung, die auf einer gesetzlichen Grundlage basieren. Dennoch nannten die Fokusgruppen Vorgaben, welche die Mittelgeber (Bundesebene, Landesebene, kommunale Ebene) an die projektdurchführenden Institutionen stellten (Verwendungsnachweise/Kostenpläne, Sachberichte zu den durchgeführten Aktivitäten und den dazugehörigen Teilnehmerzahlen). Darüber hinaus verpflichteten die Mittelgeber die Akteurinnen und Akteure der kommunalen Gesundheitsförderung teilweise dazu, Fragen zur Programmumsetzung und Zielgruppenerreichung zu beantworten.

Neben diesen Vorgaben wendeten die Akteurinnen und Akteure weitere Instrumente und Verfahren in Eigeninitiative an, um die Qualität ihrer gesundheitsförderlichen Interventionen weiterzuentwickeln. Insbesondere offene und dialogische Verfahren wurden in diesem Zusammenhang von den Teilnehmenden der Fokusgruppen genannt.

Die Teilnehmer/-innen der Fokusgruppen benannten verschiedene Bedarfe bezüglich zukünftiger Unterstützungsstrukturen. Diese lassen sich als projektbezogene Beratung, Erfahrungsaustausch

und Informationsvermittlung sowie weiteren Bedürfnissen hinsichtlich der Rahmenbedingungen zusammenfassen.

Die projektbezogene Beratung sollte vordergründig inhaltliche Fragen der Projektplanung und -durchführung beinhalten. Die Vermittlung von qualitätsentwickelnden und -sichernden Methoden wurde zwar gewünscht, jedoch überwog der Beratungsbedarf zu Aspekten der Planungs- und Prozessqualität. Da es unterschiedliche Beratungsbedarfe unter den Teilnehmenden gab, kann geschlussfolgert, dass es zum einen unterschiedlicher Formate braucht, um diesen Wünschen gerecht zu werden. Zum anderen müssen die Inhalte spezifisch ermittelt oder frei zur Auswahl angeboten werden.

Um sich miteinander über die angewendeten Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung auszutauschen sowie Anregungen zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu erhalten, wünschten sich die Teilnehmenden der Fokusgruppe einen organisierten Erfahrungsaustausch. Auch hier steht der Dialog mit Anderen im Vordergrund. Als Aufgabe für die zu organisierende Stelle bleibt, die konkreten Inhalte nach Bedarf mit den Betroffenen abzuklären und geeignete Austauschformate zu finden.

Weiterführende Informationen zu den Verfahren und Instrumenten der Qualitätsentwicklung und -sicherung, die über Fortbildungen vermittelt oder über das Internet abrufbar sind, wurden ebenfalls von den Teilnehmenden gewünscht. Hier braucht es eine zentrale Aufbereitung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und die kontinuierliche Ergänzung neuer Inhalte.

3.3.2 Ergebnisse für das Setting Kita

Für das Setting Kita haben fünf der 14 am Projekt beteiligten Länder insgesamt zehn Fokusgruppen durchgeführt. An den Fokusgruppen beteiligten sich Erziehende und Leitende aus Kitas unterschiedlicher Trägerschaft (Anhang A3, Tabelle 18). Drei Länder führten je eine Fokusgruppe mit Kitas in unterschiedlicher Trägerschaft durch. In den übrigen zwei Ländern wurden mehrere Fokusgruppen organisiert. In einem Land fanden drei Gruppendiskussionen mit unterschiedlichen Teilnehmergruppen statt. In allen drei Fokusgruppen waren jedoch Vertretungen von Kitas in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes (Der Paritätische) (F131; F132; F133). In dem zweiten Land waren Erzieherinnen von Kitas unterschiedlicher Träger in den Fokusgruppen beteiligt (F141; F142; F143; F144).

3.3.2.1 Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung

In den Fokusgruppen zum Setting Kita wurden Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung genannt, die die Teilnehmenden in ihren Einrichtungen nutzten. Allerdings, und hierin besteht ein wesentlicher Unterschied zu den Fokusgruppen im Setting Kommune, wurde in neun der zehn Ergebnisprotokollen deutlich, dass es weniger um die Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Projekte ging als vielmehr um die

pädagogische Qualität (Qualität der Arbeit) in den Kitas. Ausnahme war die Fokusgruppe aus Schleswig-Holstein. Dort beteiligten sich Physiotherapeutinnen, die im Rahmen eines landesweiten Projektes mit Kitas zusammenarbeiten, an der Gruppendiskussion und berichteten von ihren Projekterfahrungen (F15). Die Ergebnisse, die im Folgenden präsentiert werden, dienen demnach dazu, Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung bzw. für die Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung aufzuzeigen, indem die gegenwärtige Arbeitsweise in Kitas dargestellt wird.

Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung

In allen zehn Ergebnisprotokollen zum Setting Kita wurde deutlich, dass für die Einrichtungen Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung bestehen (Anhang A3, Tabelle 19). In den Fokusgruppen wurde oftmals nicht zwischen vorgegebenen Verfahren und Instrumenten und solchen, die darüber hinaus in den Einrichtungen umgesetzt werden, differenziert. Die angewendeten Methoden der Qualitätsentwicklung und -sicherung wurden zu einem überwiegenden Teil in den Ergebnisprotokollen unter der Frage nach den diesbezüglichen Vorgaben für das Setting Kita genannt. Auch wenn nicht immer ersichtlich war, ob es bei den Angaben um tatsächliche Vorgaben handelte, wurde deutlich, dass das Setting Kita stark strukturiert ist.¹³

Im Vordergrund der Diskussionen zu der Frage nach vorgegebenen Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung standen in neun von zehn Fokusgruppen die Vorgaben durch den Träger der Einrichtungen. Nichtsdestotrotz hielten die Teilnehmenden in zwei der zehn Fokusgruppen in der Diskussion fest, dass es nicht nur Vorgaben durch die Trägerorganisation gäbe, sondern auch übergeordnete, rechtliche Rahmenbedingungen existierten, die für das Setting Kita im Hinblick auf den Gesundheitsbereich gelten (F12; F142). Hierbei handelte es sich um Vorgaben zur Prävention (Risikovermeidung und -reduktion). Es wurde dabei Bezug genommen auf bundesweit geltende Gesetze, wie beispielsweise das Kinderschutzgesetz oder auch das Infektionsschutzgesetz. Zum anderen existierten weitere Vorschriften und Vorgaben, z. B. hinsichtlich der Hygiene in Kitas. In einer der beiden Fokusgruppen wurden in diesem Zusammenhang ebenfalls die Unfallverhaltensvorschriften des TÜV und Brandschutzvorschriften genannt (F12). Neben den rechtlichen Rahmenbedingungen, die einen direkten Bezug zu dem Thema Gesundheit haben, wurden darüber hinaus länderspezifische Bedingungen (F12; F142), wie beispielsweise das „Kita-Gesetz“ (F12) oder die Bildungspläne (F12) aufgezählt. Die rechtlichen Rahmenbedingungen wurden in dem Teilprojekt der MHH umfassend aufgearbeitet und werden deshalb hier nicht weiter beachtet.

Ähnlich verhält es sich mit den Vorgaben der jeweiligen Träger, die ebenfalls durch die MHH erhoben wurden. An dieser Stelle kann aufgrund der begrenzten Anzahl der Fokusgruppen kein systematischer Überblick gegeben werden. Die genannten Vorgaben der Träger zielten darauf

¹³ In den Ergebnisprotokollen wurde bis auf Einzelfälle keine Differenzierung zwischen den Fragen nach den Vorgaben und anderen angewendeten Instrumenten und Verfahren vorgenommen. Häufig wurden beide Fragen zusammengefasst im Protokoll beantwortet, ohne dass eine Erläuterung erfolgte.

ab, die pädagogische Qualität in den Kitas zu sichern. Qualitätsmanagementsysteme (QM-Systeme) (F131; F132; F133; F141), QM-Beauftragte (F11; F12) oder Instrumente zur Einschätzung der kindlichen Entwicklung (F141) seien Teil der Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung.

Des Weiteren wurden konzeptionelle, die alltägliche Arbeit betreffende Vorgaben genannt (F11; F12; F141; F142; F143; F144). Auch wenn dies nicht explizit in den Protokollen dargestellt wurde, liegt es nah, dass diese Vorgaben ebenfalls durch die Trägerorganisationen der beteiligten Kitas zustande kamen. Ebenfalls bleibt offen, inwiefern die im Folgenden genannten Maßnahmen bereits ihrerseits Teil der oben genannten QM-Systeme sind oder von den Einrichtungen darüber hinaus gehend genutzt werden.

In vier Fokusgruppen wurde der Bereich der Fortbildungen/Qualifizierungsmaßnahmen für die Erzieherinnen und Erzieher in den Kitas angesprochen (F11; F141; F142; F143). Beispielsweise wurde berichtet, dass verpflichtende Schulungen durch den Kita-Verband existierten (F11; F141). Neben Fortbildungen zur Unterstützung des täglichen Arbeitsablaufs würden bereits auch solche zu gesundheitsförderlichen Themen angeboten werden (F142).

Weitere vorgegebene Instrumente seien schriftliche Materialien wie Handbücher und (einrichtungsinterne) Konzepte, in denen die grundlegenden Arbeitsprozesse in der Kita beschrieben werden. In fünf Fokusgruppen wurden diesbezüglich Qualitätsmanagementhandbücher (F12; F141; F142; F143; F144) und das Einrichtungskonzept (F141; F142) vorgehalten. Es zählten aber auch die Hausordnung und die Dienstplangestaltung zu diesen qualitätssichernden Instrumenten (F141), ebenso wie die Nutzung von Leitfäden, Checklisten und Fragebögen (nicht weiter spezifiziert) (F142; F143; F144). Die Dokumentation der alltäglichen Arbeit (F11; F141) sowie die der kindlichen Entwicklung (F12) stellten vorgegebene Verfahren der Qualitätssicherung dar.

Außerdem bewerteten die Teilnehmenden Formen des Austausches, der ebenfalls als Vorgabe genannt wurden, als wesentlich für die Qualitätsentwicklung in der Kita (F11; F142; F143; F144). Dabei konnte zwischen dem internen Austausch und dem Austausch mit anderen Einrichtungen und Akteuren unterschieden werden. Der interne Austausch, wie z. B. Personalgespräche (F144) und wöchentliche Teamsitzungen (F12; F142; F144), diene insbesondere der Reflexion des Arbeitsalltags oder der Veranstaltungen, die die Kita durchgeführt hat. Bezüglich des externen Austausches seien Formate wie der kollegiale Austausch über regionale Netzwerktreffen (F11; F143), der Austausch mit Kooperationspartnerinnen und -partnern (F142), Arbeitsgruppen zum Thema Qualität (F143) sowie Treffen im Stadtteil (F11) gemeint.

Um die Veranstaltungen der Kita zu reflektieren, wurden auch Gespräche und Befragungen der Eltern und Kinder genutzt (F11; F142). Drei Fokusgruppen erläuterten, dass mit den Eltern Entwicklungsgespräche geführt würden, um Probleme anzusprechen und gemeinsame Lösungen zu suchen (F12; F141; F142). In den Kitas finden demzufolge bereits einige Aktivitäten statt, die als kleinere Ansätze einer Prozessevaluation aufgefasst werden können, da sie die Wahrnehmung der Kita-Arbeit bei den Beteiligten (Erzieher/-innen, Eltern, Kinder) abfragt und diese weiterentwi-

ckeln soll. Diese Arbeitsformen könnten auch im Rahmen gesundheitsförderlicher Projekte genutzt werden. Nichtsdestotrotz gab es über den Träger ebenfalls Vorgaben, die für die Arbeit in der Kita gelten.

Diesen Abschnitt abschließend werden die Ergebnisse aus der Fokusgruppe F15 vorgestellt, an der Multiplikatorinnen eines landesweiten Projektes teilnahmen, die in Zusammenarbeit mit Kitas gesundheitsförderliche Maßnahmen in den Einrichtungen umgesetzt haben. Als Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung wurden aus diesem Grund vordergründig die Richtlinien des Fachverbandes, die bundesweit für die Profession der geschulten Multiplikatorinnen gelten, sowie die Anforderungen des Mittelgebers genannt (Anhang A3, Tabelle 19). Der Projektträger stelle Qualifikationsvoraussetzungen an die potenziellen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, damit diese die Projektaktivitäten nach eingehender Schulung und mit Unterstützung von Leitfäden (nicht weiter im Protokoll spezifiziert) fachgerecht durchführen können. Die Projektaktivitäten, wie auch die Dokumentation und das Anfertigen von Projektberichten als Nachweise für den Mittelgeber sowie regelmäßige Feedbackgespräche mit den Erzieherinnen und Erziehern der Kitas, seien in einem Konzept beschrieben und gelten bindend für die eingesetzten Multiplikatorinnen. Außerdem fanden Austauschtreffen statt, um Erfahrungen und Anregungen im Multiplikatorenteam auszutauschen. Insbesondere die Austauschtreffen mit anderen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie die Gespräche mit den Kita-Mitarbeitenden, als (aktivierende) Instrumente der Prozessevaluation, bewerteten die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe als hilfreich für die Programmumsetzung und -weiterentwicklung. Dagegen gab es Schwierigkeiten, die am Projekt beteiligten Pädagogen für die projektbezogene Dokumentation zu motivieren.

In den Fokusgruppen wurde primär über die alltägliche Arbeit in den Kitas diskutiert. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Vorgaben, um die pädagogische Qualität in den Einrichtungen weiterzuentwickeln und zu sichern. Diesbezüglich werden vereinzelt rechtliche Rahmenbedingungen genannt, insbesondere aber Vorgaben der jeweiligen Trägerorganisation. Diese umfassen komplexe QM-Systeme bis hin zu Arbeitsweisen, wie beispielsweise regelmäßigen Teamsitzungen oder die zugrundeliegende Einrichtungskonzeption. Dagegen werden Aspekte der Gesundheitsförderung nur in Einzelfällen angesprochen.

Es wird deutlich, dass die Erzieherinnen und Erzieher Qualitätsansätze am ehesten positiv beurteilen, wenn diese

- (rechtliche) Rahmenbedingungen bereits integriert sind,
- die Ansätze einfach zu handhaben sind oder es eine entsprechende Einführung in die Methodik gibt,
- der Zugang zu diesen Methoden niedrigschwellig ist,
- die anzuwendenden Instrumente und Verfahren eine hohe Flexibilität und somit auch Anpassungsmöglichkeiten an die lokalen Bedingungen anbieten und
- den Nutzer/-inne/-n eine Feedbackmöglichkeit gegeben wird, um sie an der Weiterentwicklung der Instrumente und Verfahren zu beteiligen und ihre Anwendungserfahrungen systematisch erfragt werden.

Diese Anforderungen müssen schlussfolgernd auch für die Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Setting Kita berücksichtigt werden. Dies setzt eine Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen ebenso voraus, wie das Ermitteln trägerspezifischer Vorgaben. In diesem Zusammenhang bedarf es einer Überprüfung, inwiefern bereits implementierte Vorgehen sich ebenfalls für den Kontext der Gesundheitsförderung

eignen. Die in den Fokusgruppen beschriebenen (dialogischen) Arbeitsroutinen und -formate, wie beispielsweise gemeinsame Zielsetzungen im Arbeitsteam oder regelmäßige Gespräche und Befragungen der Eltern ähneln den Vorgehensweisen, wie sie auch in der Gesundheitsförderung bekannt sind.

Erfahrungen mit Ansätzen der Qualitätsentwicklung für Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Kita

In den Gruppendiskussionen standen insbesondere die alltägliche Arbeit der Kita und damit die pädagogische Qualität in den Einrichtungen im Vordergrund. Trotzdem wurden in vier Fokusgruppen vereinzelt Maßnahmen im Hinblick auf die Gesundheitsförderung und Prävention genannt, die in den beteiligten Kitas umgesetzt werden, um die pädagogische Qualität der Kitas weiterzuentwickeln (F12; F142; F143; F144).

Nur in zwei Fokusgruppen wurden in Verbindung mit den Interventionen zur Gesundheitsförderung auch Ansätze der Qualitätssicherung genannt (F143; F144). Beide Fokusgruppen bezogen sich dabei auf das Audit Gesunde Kita. Die Auditierung wurde von den Teilnehmenden dieser auch als Verfahren der Qualitätsentwicklung genannt und, vermutlich missverständlich, als Vorgabe des Trägers aufgefasst. Die Teilnehmerinnen schätzen das Audit Gesunde Kita als hilfreich ein. Zum einen habe das Auditierungsverfahren eine nach innen gerichtete Wirkung: Einrichtungsinterne Reflexionsprozesse würden angestoßen, zugleich bieten die Kriterien, anhand derer die Selbstbeurteilung vorgenommen wird, sowie die aufgeführten Beispiele und die Hospitation in anderen Einrichtungen konkrete Anregungen für die Umgestaltung der bisherigen Arbeitsabläufe (F143). Außerdem werde durch die Auditierung bzw. die darin enthaltene Selbstevaluation die geleistete Arbeit bestätigt und somit das Selbstbewusstsein für die eigene Arbeit gestärkt (F144). Zum anderen nannten die Teilnehmenden der Fokusgruppen eine nach außen gerichtete Wirkung: Das Zertifikat sei sichtbar für Externe und grenze die eigene Kita von anderen Einrichtungen in der Kommune ab (Wettbewerbsparameter).

Zugleich nahmen die Teilnehmenden den zugrundeliegenden Kriterienkatalog als sehr umfangreich wahr und gaben an, dass die Selbstbeurteilung anhand der vorgegebenen Kriterien nicht immer einfach sei. Als weitere Schwierigkeit wurde die Finanzierung der Teilnahme genannt. Die Träger stellten keine finanziellen Mittel zur Verfügung, sodass Sponsorengelder genutzt wurden, um die anfallenden Kosten zu decken (F144).

Der überwiegende Teil der Fokusgruppen nennt keine gesundheitsförderlichen oder präventiven Aktivitäten, die bereits in den Kitas durchgeführt werden.

Weiterhin kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Teilnehmenden diese Maßnahmen, sofern sie in den Einrichtungen bereits etabliert sind, nicht unter die Vorgaben zur Qualitätsentwicklung subsumieren. Dennoch entwickeln und führen die Kitas diese Aktivitäten durch, um die pädagogische Qualität der Kita weiterzuentwickeln.

Im Hinblick auf das Audit Gesunde Kita ist festzuhalten, dass die Reflexion der eigenen Arbeit anhand vorgegebener Kriterien positiv wahrgenommen wird. Außerdem schätzen die Teilnehmenden den durch die Fremdbeurteilung zustande kommenden Erfahrungsaustausch mit anderen Einrichtungen. Allerdings werden auch hier die Rahmenbedingungen sowie die Komplexität des Kriterienkatalogs als Hindernisse genannt.

Erfahrungen mit Qualitätsentwicklung und -sicherung

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen zum Setting Kita (n=10) berichteten neben den Erfahrungen mit den konkreten QM-Systemen und den vorgegebenen Instrumenten der Qualitätsentwicklung und -sicherung auch allgemeine Einschätzungen zu dem Thema Qualität in der Kita, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

Grundsätzlich schätzten die Befragten die Arbeit mit QM-Systemen sowie die Anwendung von Instrumenten der Qualitätsentwicklung und -sicherung als Unterstützung für die tägliche Arbeit in der Kita ein (n=6, F11; F12; F131; F132; F133; F15). Durch deren Nutzung werde die Arbeit besser systematisiert und strukturiert bzw. eine Grundlage für ein einheitliches Handeln geschaffen, da die Prozesse sowie Zuständigkeiten innerhalb der Einrichtung durch die QM-Systeme transparent dargestellt und beschrieben würden. Dadurch sei wiederum eine (Selbst-)Überprüfung/Reflexion möglich, sodass Probleme identifiziert und häufigen Fehlerquellen vorgebeugt werden könnte (F11; F12; F131; F132; F133).

Um diese positiven Effekte auf die Arbeit und die pädagogische Qualität in der Kita zu erreichen, müssen die QM-Systeme und die darin enthaltenen Instrumente Voraussetzungen erfüllen. Wichtig sei beispielsweise, dass sie am Bildungsplan des jeweiligen Landes orientiert sind und einen niedrighwelligen Zugang, der ggf. durch Anleitung (F133), Fortbildung (F11; F12; F15) oder eine Inhouse-Schulung (F11) ermöglicht werden könnte, anbieten, da sie i. d. R. komplex seien (F132; F133; F141). Als ebenfalls hilfreich bei der Anwendung von QM-Systemen sei der Austausch mit anderen Nutzenden (F132; F133; F141; F15). Außerdem werde ein solches System am ehesten umgesetzt, wenn die darin enthaltenen Instrumente flexibel an die Einrichtung und Fähigkeiten der Nutzenden angepasst werden könnten (F133; F141). Dies gelte auch für andere Instrumente der Qualitätssicherung: Wenn diese modifiziert und somit in den bestehenden Arbeitsalltag integriert werden könnten, würden sie auch angewendet werden (F12; F131; F132). So bewerteten die Befragten kurze und übersichtliche Leitfäden als förderlich für die Umsetzung der dort beschriebenen Maßnahmen.

Neben den positiven Erfahrungen schilderten die Teilnehmenden ebenfalls negative Erlebnisse bzw. Faktoren, die die Anwendung von Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung behinderten. Ein Großteil der Fokusgruppen betonte, dass begrenzte Ressourcen, wie finanzielle Mittel, zeitliche Ressourcen und die personelle Ausstattung in den Kitas, ein Hindernis darstellten (F11; F12; F131; F132; F133; F142; F143; F144; F15). In Fokusgruppe F15 wurde bezüglich der finanziellen Ressourcen festgehalten, dass durch die Limitation der zur Verfügung stehenden Fördermittel im Rahmen von gesundheitsfördernden Projekten die Nachhaltigkeit dieser Maßnahmen gehemmt werde und eine kontinuierliche Arbeit sowie auch die andauernde Qualitätsentwicklung nicht realisierbar seien. In den übrigen Fokusgruppen wurde weniger auf die Ressourcen innerhalb geförderter Projekte eingegangen, sondern es wurden vielmehr die generellen Rahmenbedingungen in den Kitas thematisiert: Die Ausstattung der Kitas sei heterogen (F11). Beispielhaft schilderten Teilnehmende, dass die Anwendung der QS-Instrumente Zeit

bedürfe, die ggf. von der Betreuungszeit der Kinder abgezogen wird. Demzufolge wurde Qualitätsmanagement in drei Fokusgruppen als zusätzliche Arbeitsbelastung neben den eigentlichen Arbeitsaufgaben betrachtet (F11; F12; F131). Insbesondere wenn es in der Kita einen Personal-mangel z. B. aufgrund von Krankmeldungen oder vielen Fortbildungen gebe, sei die zur Verfügung stehende Zeit der Kinderbetreuung zu widmen, Aktivitäten der Qualitätsentwicklung und -sicherung könnten dann nur selten erfolgen (F11; F142). Ebenfalls mangle es den Erziehern und Erzieherinnen an Zeit, sich mit dem Qualitätsthema intensiver auseinanderzusetzen. Als Folge sei das fehlende Verständnis für QS/QE ein weiteres Hindernis, entsprechende Instrumente und Verfahren anzuwenden (F133).

Die Fokusgruppenteilnehmer/-innen verbinden sowohl positive wie auch negative Erfahrungen mit dem Qualitätsmanagement in der Kita.

Durch die Arbeit mit QM-Systemen werden die verschiedenen Arbeitsprozesse transparent gemacht und Zuständigkeiten in der Kita ausgewiesen, wodurch Probleme identifiziert und Lösungen erarbeitet werden können.

Auf der anderen Seite setzt ein umfassendes Qualitätsmanagement voraus, dass finanzielle und damit auch zeitliche und personelle Ressourcen in den jeweiligen Einrichtungen für die Umsetzung von Maßnahmen vorhanden sind. Die Verantwortung dafür liegt zum einen bei der Trägerorganisation, zum anderen sind sie in den landesspezifischen Personalschlüsseln niedergeschrieben. Hier braucht es demzufolge eine Sensibilisierung dieser Instanzen, insbesondere dann, wenn gesundheitsförderliche Ansätze/Aktivitäten stärker in den Kita-Alltag integriert werden sollen und dies eine Neustrukturierung der Arbeitsabläufe zur Folge hat.

3.3.2.2 Unterstützungsbedarf

Obwohl die Teilnehmenden der Fokusgruppen zum Setting Kita weniger die Qualitätsentwicklung und -sicherung der Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt der Gruppendiskussion stellten, formulierten sie dennoch Unterstützungsbedarfe, die ebenso in diesem Bereich berücksichtigt gehören.

Rahmenbedingungen

In neun von zehn Fokusgruppen wurden die Rahmenbedingungen in den Kitas angesprochen, welche bisher die Umsetzung von Aktivitäten der Qualitätsentwicklung und -sicherung erschweren (F11; F12; F131; F132; F133; F142; F143; F144; F15). Aus diesem Grund wunderte es nicht, dass die Teilnehmenden der Fokusgruppen die Verbesserung dieser Rahmenbedingungen als einen grundlegenden Unterstützungsbedarf festhielten. Die Teilnehmenden in sieben Fokusgruppen (F11; F12; F131; F142; F143; F144; F132) forderten mehr Zeit für die Aufklärung und Einarbeitung des Teams in das QM-System oder zur Anpassung der Instrumente (F131; F132). Aber auch für die gemeinsame Entwicklung von Zielen bedürfe es mehr zeitlicher Ressourcen.

In fünf Fokusgruppen wurde bezüglich der Verbesserung von Rahmenbedingungen auf finanzielle Mittel hingewiesen (F11; F12; F132; F144; F15) oder aber auf eine bessere Ausstattung der Räumlichkeiten in den Kitas (F143). Es bedürfe zudem mehr Kontinuität von finanziellen Förderungen (F15) und mehr politische Unterstützung, in Form einer Neustrukturierung der Personalschlüssel (F11; F12; F132; F143; F144) sowie der Weiterentwicklung des Kinderförderungsge-

setzes (F143), um das Thema Qualität in der Kita stärker zu festigen. In der Fokusgruppe F11 wurde außerdem mehr Kontinuität hinsichtlich der Ansprechpartner/-innen und persönlicher Kontakte angesprochen. Es brauche keine neuen Netzwerke, denn Kitas seien in der Regel gut mit anderen Akteurinnen und Akteuren in der Region vernetzt. Dennoch wünschten sich die Teilnehmenden mehr Beständigkeit der bestehenden Strukturen.

Die Teilnehmenden aus fast allen Fokusgruppen führen die Rahmenbedingungen ihrer Kita als hinderlichen Faktor an, Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung in ihrer Einrichtung umzusetzen. Aus diesem Grund verwundert es nicht, wenn in der Verbesserung der Rahmenbedingungen großer Unterstützungsbedarf besteht. Finanzielle Mittel sowie mehr zeitliche Ressourcen werden am häufigsten genannt. Hinzu kommen der Wunsch nach mehr Kontinuität in der Förderung sowie mehr politische Unterstützung durch die strukturelle Umgestaltung der Arbeitsbedingungen. Die Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Maßnahmen steht jedoch wenig im Fokus der Gruppendiskussionen, sodass ebenfalls geschlossen werden kann, dass die Akteurinnen und Akteure dieses Settings eher Anregungen zur Umsetzung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten benötigen.

Hinsichtlich der Gesundheitsförderung im Setting Kita bleibt festzuhalten, dass bei der Integration von gesundheitsförderlichen Maßnahmen die lokalen Bedingungen in der jeweiligen Einrichtung sorgsam abgewogen und Realisierungsmöglichkeiten im Dialog identifiziert werden sollten. Zeitliche und personelle Ressourcen sowie die Arbeitsweisen vor Ort sind für den Umfang gesundheitsförderlicher Ansätze in den Kitas bedeutsam.

Erfahrungsaustausch

Neben den Rahmenbedingungen sprachen die Teilnehmenden aus fünf der zehn Fokusgruppen einen Erfahrungsaustausch mit anderen Erziehern und Erzieherinnen als Wunsch für eine Unterstützung an. Dieser sollte nicht nur einrichtungsintern, sondern auch -übergreifend stattfinden (F11; F15; F133; F141; F142), um den Nutzen der Qualitätsentwicklung und -sicherung zu thematisieren und projektbeteiligte Erzieherinnen und Erzieher zur Anwendung von Verfahren und Instrumenten zu motivieren. Als Form des Austausches wären Qualitätszirkel (F133), regelmäßige Arbeitsgruppen zum kollegialen Austausch mit externen Erzieherinnen und Erziehern (F141; F143; F15) vorstellbar.

Den internen Erfahrungsaustausch in Form von Arbeitsgruppen wollten Teilnehmende dazu nutzen, Ziele der Kita-Arbeit gemeinsam festzulegen und Entscheidungen im Team zu treffen (F11). In den Ergebnisprotokollen wurde deutlich, dass der interne Austausch insbesondere Aspekten der Planungsqualität, wie beispielsweise das Formulieren gemeinsamer Ziele, sowie der Prozessqualität hinsichtlich der Reflexion der Kita-Arbeit dienlich sein sollte. Dazu wurde in Fokusgruppe F141 angemerkt, dass der interne Austausch feste Zeiten brauche, also von Verbindlichkeit geprägt sein sollte. Dies lässt vermuten, dass der bisherige Austausch im Kollegium zwar stattfindet, jedoch keiner Systematik folgt (zumindest nicht in dem gewünschten Umfang), dies aber als Orientierung sehr hilfreich wäre.

Der kollegiale Austausch mit Erzieherinnen und Erziehern, innerhalb der eigenen Kita, aber auch darüber hinausgehend, wird von der Hälfte der Fokusgruppen als gewinnbringend eingeschätzt, um die Methoden der Qualitätsentwicklung und -sicherung sachgerecht anzuwenden bzw. um Anregungen zur Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätsentwicklung

und -sicherung in den Kitas einzuholen.

Neben den Formaten des Austausches, die bereits in den Kitas umgesetzt werden, werden weiterhin Arbeitsgruppen oder auch Qualitätszirkel gewünscht, mit denen ein gewisses Maß an Verbindlichkeit assoziiert wird und der Austausch fest in den Arbeitsalltag integriert ist. Inhaltlich wünschen sich die Teilnehmenden einen Austausch zu Aspekten der Planungs- und Prozessqualität, aber auch allgemein zu methodischen Fragen der Qualitätsentwicklung und -sicherung.

Informationsvermittlung und prozesshafte Beratung

Die Teilnehmenden aus fünf Fokusgruppen forderten zudem eine bessere Wissensvermittlung und Bereitstellung von Informationen zum Qualitätsmanagement (F11; F12; F141; F133; F15). Sie schlugen Fortbildungen zu spezifischen Instrumenten und Verfahren, wie z. B. zu Zielformulierungstechniken (F11; F141) oder zur Erhebung von Bedürfnissen der Zielgruppe (F11), vor. In Fokusgruppe F11 wurden dafür „Teamfortbildungen“ angesprochen, da auf diese Weise alle Mitarbeiter/-innen einer Kita die gleichen Inhalte vermittelt bekämen. In drei Fokusgruppen wurde der Wunsch nach (prozesshaften) Fachberatungen durch Expertinnen und Experten im Ergebnisprotokoll festgehalten (F142; F143; F144). Damit wurde zum einen verbunden, dass die subjektive Reflexion der Kita-Arbeit durch eine externe, objektive Perspektive ergänzt werde und somit eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung in der Kita stattfinden könne. Zum anderen schlugen die Teilnehmerinnen vor, dass die Integration gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Kita-Alltag Gegenstand dieser Fachberatung sein sollte (F142; F144). In diesem Zusammenhang bedürfte es wirksamer Maßnahmen, die im Praxisalltag gut umgesetzt werden können (konkrete Umsetzungsmöglichkeiten) und das Zurverfügungstellen dazugehöriger Materialien. Ähnlich formulierten die Teilnehmenden aus Fokusgruppe F15 den Bedarf an praxistauglichen Möglichkeiten, Gesundheitsförderung in die Kitas zu integrieren. Sie schlugen zur Vermittlung von Informationen einen Methodenkoffer oder eine internetgestützte Ideenbörse vor.

Zudem hielten es die Teilnehmenden für sinnvoll, neue Instrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung in die bestehenden QM-Systeme zu integrieren (F131). Außerdem werde ein Überblick über mögliche Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung benötigt. Im Vordergrund sollten dabei flexible Instrumente und Verfahren stehen, die an die Bedingungen der jeweiligen Kita angepasst werden können (F142; F144). Landesspezifische Rahmenbedingungen sollten ebenfalls bei diesen Übersichten berücksichtigt werden (z. B. ein landesspezifisches QM-Handbuch mit Checklisten zur Gesundheitsförderung oder auch ein Ordner mit allen Verordnungen und Rahmenbedingungen, die für die Kitas einem Land gelten) (F12).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Fokusgruppen zum Setting Kita Unterstützungsbedarfe hinsichtlich der Informationsvermittlung zu Aspekten des Qualitätsmanagements und einer prozesshaften Beratung/Begleitung durch Expertinnen und Experten äußern.

In Bezug auf die Integration von Gesundheitsförderung in Kitas wird festgehalten, dass Beratungsformate genutzt werden könnten, um konkrete Maßnahmen und Umsetzungsmöglichkeiten den Kitas vorzustellen. Es wird demzufolge deutlich, dass es vorrangig um die Integration gesundheitsförderlicher Maßnahmen in den Kitas geht, weniger um die Qualitätsentwicklung

dieser Maßnahmen. Dennoch wird ebenfalls festgehalten, dass bei der Vermittlung von Instrumenten und Verfahren darauf geachtet werden muss, inwiefern diese mit dem QM-System der jeweilige Kita kompatibel sind, ggf. bedarf es einer Analyse, ob dieses System nicht seinerseits Instrumente und Verfahren beinhaltet, die auch für den Kontext der Gesundheitsförderung adäquat wären.

3.3.2.3 Ergänzungen aus den Regionalkonferenzen

Die Ergebnisse aus den Fokusgruppen zum Setting Kita wurden durch die Regionalkonferenzen bestätigt. Im Folgenden sollen entsprechend nur Ergänzungen aus den Regionalkonferenzen zugefügt werden.

Auch auf diesen Veranstaltungen wurde deutlich, dass es Vorgaben der jeweiligen Träger sowie länderspezifische Bedingungen gibt, durch welche die Arbeitsstrukturen in den Kitas bestimmt werden. Dies betrifft auch Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung und -sicherung und die Umsetzung gesundheitsförderlicher Projekte und Maßnahmen.

Auf drei Regionalkonferenzen wurde festgehalten, dass die Ressourcen zur Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen begrenzt sind und in der Regel keine Unterstützung durch den Träger gegeben ist (Bayern; Brandenburg; Sachsen-Anhalt). Aus diesem Grund wünschten sich die Kitas zwar Anregungen, wie Gesundheitsförderung in den Arbeitsalltag integriert werden könnte. Es wird jedoch ebenfalls darauf hingewiesen, dass es keine „unüberschaubare“ Anzahl an neuen Projekten brauche, sondern die bisher bekannten Ansätze verstetigt werden sollten. Aus Sicht der Teilnehmenden einer Regionalkonferenz müssten die Kitas sich auf wenige gesundheitsförderliche Angebote fokussieren, die dem Bedarf in der Kita entsprechen und zielgerichtet durchgeführt werden (Sachsen-Anhalt).

Hinsichtlich des Unterstützungsbedarfes wurde auf der Regionalkonferenz in Schleswig-Holstein verstärkt darauf hingewiesen, dass es Unterstützung von Seiten des Trägers brauche, um gesundheitsförderliche Maßnahmen nicht nur projektbezogen zu planen und durchzuführen, sondern diese Maßnahmen zu verstetigen und in den Kita-Alltag zu verankern. Demzufolge sei eine Sensibilisierung der Träger sowie das Entwickeln von Integrationsstrategien in die bestehenden QM-Systeme ein wichtiges Aufgabenfeld, um Gesundheitsförderung in den Kitas zu verankern und sollte in dem Multiplikatorenkonzept aufgegriffen werden. Ein weiterer Hinweis auf ein notwendiges Arbeitsfeld wurde auf der bayerischen Regionalkonferenz geäußert: Forschungsprojekte, die nachweisen, dass das Anwenden von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung die Effektivität der gesundheitsförderlichen Maßnahmen erhöhen und nicht nur die Ressourcen der Einrichtungen beanspruchen, müssen in Auftrag gegeben werden.

Informationsvermittlung sowie Erfahrungsaustausch als Möglichkeit für eine Unterstützung werden auch auf den Regionalkonferenzen angesprochen und verstärken somit die Aussagen aus den Fokusgruppen. Mittels einer externen Beratungseinrichtung (Schleswig-Holstein) oder allgemein durch Experten und Expertinnen, die über theoretisches Wissen sowie über praktische Erfahrungen im Setting Kita verfügen (Sachsen-Anhalt), könnten Informationen zur Maßnahmen-

planung, -durchführung und -bewertung (zielgruppenorientierte Maßnahmenplanung) vermittelt werden (Brandenburg). Wichtig ist den Teilnehmenden der Regionalkonferenz in Sachsen-Anhalt, dass es eine Kontinuität bei den Ansprechpartner/-innen gibt.

Hinsichtlich der Inhalte des internen und externen kollegialen Austausches hielten die Teilnehmenden der Regionalkonferenzen, anders als die Teilnehmenden der Fokusgruppen, als Schwerpunkt Probleme fest, die bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen auftreten (Brandenburg; Sachsen-Anhalt) sowie die gegenseitige Motivation qualitätsentwickelnde Methoden anzuwenden (Brandenburg). In den Gruppendiskussionen lag der Fokus bezüglich des Austausches auf der Bewältigung des Arbeitsalltages in den Kitas (s. *Erfahrungsaustausch*, S. 78).

Die Kernaussagen auf den Regionalkonferenzen sowie die Ergebnisse der Fokusgruppen stimmen überein. Auf den Konferenzen wurde verstärkt auf die Bedeutung der Rahmenbedingungen hingewiesen sowie die Notwendigkeit, die Träger und zuständigen Behörden auf Landesebene für das Thema Gesundheitsförderung in Kitas zu sensibilisieren, um entsprechende Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen zu schaffen.

Zudem werden Unterstützungsbedarfe hinsichtlich der Informationsvermittlung genannt, die sich inhaltlich kaum von denen in der Fokusgruppe unterscheiden und vielmehr die Relevanz der dort festgehaltenen Ergebnisse unterstreichen. Lediglich den Erfahrungsaustausch betreffend wurde auf den Regionalkonferenzen der Austausch über die Umsetzungsmöglichkeiten gesundheitsförderlicher Interventionen in den Vordergrund gestellt und weniger der in den Gruppendiskussionen fokussierte Arbeitsalltag in den Kitas.

3.3.2.4 Fazit zum Setting Kita

In den zehn Fokusgruppen, die mit Vertretern und Vertreterinnen des Settings Kita durchgeführt wurden, sowie auf den dazugehörigen vier Regionalkonferenzen wurde deutlich, dass Qualitätssicherung und -entwicklung in dieser Lebenswelt bereits stark strukturiert ist und es verschiedene Vorgaben diesbezüglich gibt, die zum überwiegenden Teil durch den jeweiligen Träger gestellt werden. Beispielsweise wurden QM-Systeme sowie das Einrichtungskonzept benannt, wodurch Arbeitsprozesse in den Kitas beschrieben werden. Neben den Vorgaben der Träger bestehen zudem rechtliche Rahmenbedingungen, die die Erzieherinnen und Erzieher in ihrer Arbeit berücksichtigen (z. B. Infektionsschutzgesetz und Hygienevorschriften). Die Vorgaben wie auch die rechtlichen Rahmenbedingungen sind leitend für die Kitas.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis für das Setting Kita ist, dass Maßnahmen der Prävention teilweise umgesetzt werden, da diese über die rechtlichen Rahmenbedingungen explizit und implizit eingefordert werden. Gesundheitsförderliche Aktivitäten sind dagegen in den beteiligten Kitas nur in Ausnahmefällen bereits in den Alltag integriert, sodass es hier eines Engagements bedarf, dieses Thema weiter zu verbreiten.

3.3.3 Ergebnisse für das Setting Schule

In zwei Ländern (Niedersachsen und Sachsen-Anhalt) wurde das Setting Schule für Aktivitäten im Projekt *Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität*

ausgewählt. Insgesamt wurden drei Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern dieses Settings durchgeführt. Demzufolge haben in einem Land zwei Fokusgruppen stattgefunden (Sachsen-Anhalt).

Tabelle 11: Übersicht über die Anzahl der Fokusgruppen und die Arbeitsebenen sowie Schulformen nach Land

| Land | Anzahl der Fokusgruppen |
|-----------------------------|---|
| Niedersachsen (F21) | n=1 Schulleitung. Berufsbildende und allgemeinbildende Schulen. |
| Sachsen-Anhalt (F221; F222) | n=2 Keine Angaben zur Arbeitsebene und Schulform. |

Im Gegensatz zu den kommunenbezogenen Fokusgruppen oder den Fokusgruppen zum Setting Kita, konnten für die drei Fokusgruppen zum Setting Schule nur bedingt weitere Angaben hinsichtlich der Arbeitsebene der Teilnehmenden (Schulleitung oder Lehrende) oder der Schulform den Ergebnisprotokollen entnommen werden (Tabelle 11). In der Fokusgruppe F21 nahmen ausnahmslos Leitungen berufsbildender oder allgemeinbildender Schulen an der Fokusgruppe teil (im Protokoll nicht quantifiziert). In den Ergebnisprotokollen der Fokusgruppen F221 und F222 waren hierzu keine Angaben enthalten, einzelne Stichpunkte lassen den Rückschluss zu, dass ein Teil der Teilnehmenden in Grundschulen arbeitet (F222).

3.3.3.1 Vorgegebene Instrumente, Verfahren und/oder Routinen der Qualitätsentwicklung und -sicherung

Aus den drei Fokusgruppenprotokollen zum Setting Schule ging ebenso wie aus den Protokollen zum Setting Kita hervor, dass in den Diskussionen weniger die Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Vordergrund standen (Tabelle 12). Vielmehr lag der Fokus auf der Entwicklung der Schul- und Unterrichtsqualität.

Lediglich in Fokusgruppe F21 wurde beschrieben, inwiefern Verfahren zur Qualitätsentwicklung und -sicherung den Schulen vorgegeben werden. Diese Vorgaben stellten die entsprechende Landesschulbehörde oder das Kultusministerium. So galt für beteiligte berufsbildende Schulen das Kernaufgabenmodell¹⁴ als leitend für die Qualitätsentwicklung, welches eine regelmäßige Selbstbewertung anhand verschiedener, selbst ausgewählter pädagogischen Dimensionen vorsieht. Bezüglich der Selbstbewertung der erreichten Ziele wurde auch das Verfahren SebeiSch (Selbstbewertung in Schulen) genannt, allerdings wurde von den Teilnehmenden darauf hingewiesen, dass Gesundheitsförderung noch nicht in dieses Verfahren integriert sei. In den übrigen beiden Fokusgruppen wurden Lehrpläne und Vergleichsarbeiten zur schulübergreifenden Leistungsbewertung genannt, um die Unterrichtsqualität kontrollieren und sicherzustellen zu können (F221; F222).

¹⁴ Das Kernaufgabenmodell verfolgt die RADAR-Logik (Results, Approach, Deployment, Assessment and Refinement), welche vom Aufbau her dem PDCA-Zyklus gleicht.

Tabelle 12: Übersicht über die Fokusgruppen und bestehende Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung (Setting Schule)

| Fokusgruppe | Genannte Beispiele der Fokusgruppenteilnehmenden |
|------------------------|---|
| Niedersachsen F21 | Land/Landesschulbehörde/Kultusministerium <ul style="list-style-type: none"> • Verfahren zur Bewertung der Schul- und Unterrichtsqualität • Zielvereinbarungen mit der Landesschulbehörde • Fortbildungen • Schulprogramme • Befragungen zur Bedarfsanalyse • Austausch durch kollegiale Beratung und Supervision |
| Sachsen-Anhalt F221 | Land/Kultusministerium: <ul style="list-style-type: none"> • Lehrpläne • Vergleichsarbeiten • Schulgremien mit Schüler- und Elternvertretungen • Elterngespräche • Schulkonzept |
| Sachsen-Anhalt F222 | Land/Kultusministerium: <ul style="list-style-type: none"> • Vergleichsarbeiten • Konferenzen • Elterngespräche • Schulkonzept |

Alle drei Fokusgruppenprotokolle nannten Schulprogramme und -konzepte als wesentlich für die Entwicklung der Schulqualität (F21; F221; F222). In der Fokusgruppe F21 wurde diesbezüglich festgehalten, dass dieses Konzept Ziele der Schularbeit und Aktivitäten der Schule beschreibe. Deswegen sollten gesundheitsförderliche Ansätze ebenfalls dort integriert sein.

Ebenfalls wurden in allen drei Fokusgruppen Formen des (kollegialen) Austausches mit anderen Lehrkräften und Schulleitungen (z. B. Konferenzen, Supervision und Hospitation) zur Verbesserung der Schul- und Unterrichtsqualität beschrieben. Inwiefern dabei das Thema Gesundheitsförderung bzw. QE in der Gesundheitsförderung beeinflusst wurde, ist dem Protokoll nicht zu entnehmen.

Fortbildungen stellten eine weitere Möglichkeit dar, die Unterrichtsqualität, aber auch die Qualität der Gesundheitsförderung in Schulen zu sichern (F21). Dabei wurde im Protokoll ebenso festgehalten, dass Fortbildungen ohne weitere Kolleginnen und Kollegen der gleichen Schule bevorzugt werden (Einzelfortbildungen mit externen Kolleg/-innen). Eine Begründung bzw. für welche Art von Fortbildungen dies gelte, blieb offen.

Eine weitere Einzelnennung aus Fokusgruppe F21 zur vorgegebenen Qualitätsentwicklung in Schulen waren Befragungen zur Lehrgesundheit. Die Befragungen wurden dann als förderlich wahrgenommen, wenn nicht nur Bedarf aufgedeckt, sondern anschließend auch Maßnahmen ergriffen wurden, um die psychosoziale Gesundheit der Lehrenden zu verbessern. Hier gebe es bereits ein Instrument, um den Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu erfragen, welches genutzt werden könne, um diese zu entwickeln und umzusetzen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung aus dem Bereich der Gesundheitsförderung bisher nicht von den Teilnehmenden der Fokusgruppen zum Setting Schule genutzt werden. Außerdem wird in den Gruppendiskussionen der ganzheitliche Schulentwicklungsprozess in den Vordergrund gestellt und gesundheitsförderliche Maßnahmen als Teil dessen verstanden.

In Bezug auf das Multiplikatorenkonzept lassen sich zudem folgende Aspekte festhalten: In den Schulen werden bereits Verfahren und Instrumente zur Entwicklung und Sicherung der Schul- und Unterrichtsqualität genutzt bzw. sind vorgegeben, die auch für gesundheitsförderliche Aktivitäten genutzt werden könnten und demzufolge Anknüpfungspunkte darstellen. Es gilt jedoch die landesspezifischen Bedingungen sorgfältig herauszuarbeiten (z. B. Lehrpläne, Kernaufgabemodell) sowie die schulspezifischen Konzepte zu berücksichtigen.

3.3.3.2 Gesundheitsförderung in der Schule

Obwohl Gesundheitsförderung keine Kernaufgabe in den Schulen darstelle, nannten die Teilnehmenden aus allen drei Fokusgruppen beispielhafte Maßnahmen und Projekte. Diese gesundheitsförderlichen Maßnahmen stellten keine Vorgabe der Behörden auf Landesebene oder des Schulträgers dar, sondern wurden auf Eigeninitiative von den Schulen zur Verbesserung der Schul- und Unterrichtsqualität umgesetzt. Demzufolge waren gesundheitsförderliche Maßnahmen ihrerseits der Teil der Qualitätsentwicklung in Schulen.

Beispiele für präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten waren das Projekt „Gesunde Schule – Balance finden“ (F221), oder das Projekt „Fit und stark fürs Leben“ zur Gewaltprävention und Stressbewältigung (F222). Ebenso wurde Verkehrserziehung als Beispiel der Unfallprävention genannt (F222). In Fokusgruppe F21 wurden auch die landesweite Initiative „Gesund Leben Lernen“ sowie das Projekt „Bewegte Schule“ sowie Fortbildungen zum Thema Lehrer*innen-Gesundheit genannt. In Bezug auf die Initiative „Gesund Leben Lernen“ wurde festgehalten, dass eine externe Begleitung, die kontinuierlich neue Impulse für die Umsetzung liefere und das Thema Gesundheitsförderung auf die Schulagenda setze, als förderlich wahrgenommen werde. Wichtig sei jedoch, dass diese Begleitung sich mit dem System der Schule auskenne, damit die Beratung auch alltagsnah erfolgen könne (F21).

Die Implementation gesundheitsförderlicher Aktivitäten werde dadurch erschwert, dass Teile des Kollegiums diese Maßnahmen nicht akzeptieren und sich daher nicht bei der Umsetzung beteiligen würden. Deswegen brauche es innerhalb der Schule ein gemeinsames Verständnis von Gesundheitsförderung sowie eine Schulleitung, die von der Relevanz der Maßnahmen überzeugt ist und Ressourcen für die Planung und Durchführung zur Verfügung stellt (F21).

In zwei Fokusgruppen wurde das Audit Gesunde Schule angesprochen, welches wie zuvor das Audit Gesunde Kita positiv bewertet wurde (F221; F222). Durch das Auditierungsverfahren wurden Prozesse in der Schule transparent gemacht und Problemstellen identifiziert bzw. Lösungen für diese entwickelt (F221; F222). Außerdem könnten sich die Lehrenden durch die Hospitation und Fremdbeurteilung Anregungen, auch zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen, von externen Kolleginnen und Kollegen einholen (F221). Die Teilnehmenden äußerten auch negative Aspekte, die mit dem Auditierungsverfahren auftraten: Die Bewertungskriterien sowie die Erläuterungen dazu seien nicht immer ausreichend verständlich formuliert (F221; F222). Zudem finde die Auditorenausbildung unregelmäßig statt, sodass es zu wenig unterstützenden Input für die Schulen gebe (F221). Die Finanzierung der Gebühren wurde in der Regel nicht durch den

Träger/die Kommune unterstützt, sodass die Schulen auf Sponsoren angewiesen seien (F221; F222). Auch hinsichtlich der inhaltlichen Unterstützung seien die Träger bzw. auch die zuständigen Behörden auf Landesebene nicht involviert. In Fokusgruppe F221 wurde darauf hingewiesen, dass die LVG eine zentrale Ansprechpartnerin in Fragen zur Gesundheitsförderung sei.

Gesundheitsförderliche Maßnahmen werden bereits teilweise in den beteiligten Schulen umgesetzt. Ziel ist es, die Schul- und Unterrichtsqualität zu verbessern. Den Aussagen in allen drei Fokusgruppen zufolge erhalten die Schulen jedoch keine Unterstützung bei der Planung und Umsetzung dieser Maßnahmen durch ihre Träger bzw. die übergeordneten Behörden auf Landesebene. In diesem Zusammenhang wird die Landesvereinigung für Gesundheit als bekannte und genutzte Ansprechpartnerin genannt.

Zudem ist der Nutzen gesundheitsförderlicher Maßnahmen unzureichend unter den Lehrkräften und Schulleitungen bekannt. Es braucht mehr Aufklärung und Information, inwiefern schülerinnen- und schüler- sowie lehrerbezogene Maßnahmen relevant sind und welche Möglichkeiten der Umsetzung es gibt.

3.3.3.3 Unterstützungsbedarfe

Rahmenbedingungen

In den drei Fokusgruppen zum Setting Schule wurde Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Rahmenbedingungen, unter denen Gesundheitsförderung abläuft, geäußert: In Form von personellen Ressourcen brauche es beispielsweise eine Person, die ausschließlich für Gesundheitsförderung zuständig sei und die Programmplanung, das Einwerben finanzieller Mittel sowie die Evaluation der initiierten Maßnahmen übernehme (F21). Zudem bedürfe es allgemein finanzieller Ressourcen, um gesundheitsförderliche Projekte langfristig umsetzen zu können (F21; F221; F222).

Die Verbesserung der Rahmenbedingungen in Schulen ist ein wesentlicher Schritt, um Gesundheitsförderung sowie Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung stärker in diesem Setting zu implementieren.

Erfahrungsaustausch und Informationsvermittlung

In den Ergebnisprotokollen wurden neben der Verbesserung der Rahmenbedingungen ebenfalls Unterstützungsbedarfe formuliert, die als Erfahrungsaustausch und Informationsvermittlung zusammengefasst werden können.

Der Erfahrungsaustausch stelle bereits ein wesentliches Merkmal der Arbeit in Schulen dar. Hinsichtlich der Qualitätsentwicklung und -sicherung sowie der Implementation gesundheitsförderlicher Maßnahmen wünschten sich die Teilnehmenden verstärkten Austausch zu diesen Inhalten (F21; F221). In der Fokusgruppe F221 wurde als Format eine Qualitätsstunde vorgeschlagen, um den Austausch zum Thema Qualität fest in den bisherigen Ablauf zu integrieren. Es war jedoch anzunehmen, dass die Teilnehmenden sich hierbei auf die Schul- und Unterrichtsqualität beziehen. Sofern gesundheitsförderliche Maßnahmen bereits in den Schulen umgesetzt werden, wäre dennoch ein verbindlicher Austausch zu Methoden der Qualitätsentwicklung und -sicherung ebenfalls denkbar. In Fokusgruppe F21 wurde insbesondere auf den schulexternen Austausch hingewiesen und sich eine Stärkung der kollegialen Beratung und der Hospitationen gewünscht.

Neben dem Erfahrungsaustausch äußerten die Teilnehmenden Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Informationsvermittlung zu Aspekten der Qualitätsentwicklung sowie zum Bereich der Gesundheitsförderung (F12; F221). Zum einen wurden Fortbildungen angesprochen. Diese sollten neben der Kompetenzvermittlung zukünftig mehr dafür genutzt werden, um Programme und Projekte der Gesundheitsförderung bekanntzumachen, sodass diese in den Schulalltag integriert werden könnten (F12). Zudem forderten die Teilnehmenden mehr Kompetenzen in Methoden der Selbstbewertung/-evaluation, da externe Evaluationen und Bewertungen häufig das System Schule nicht ausreichend überblicken und einschätzen könnten (F12). Weiterhin wurde eine Übersicht über standardisierte Instrumente gewünscht, die z. B. zu Gefährdungsbeurteilungen herangezogen werden könne. Wenn Beurteilungskriterien bereits festgelegt wären, führe dies zu weniger Konflikten innerhalb des Kollegiums und spare zeitliche Ressourcen, die für die Entwicklung eigener Instrumente benötigt werde (F12). Demzufolge gelte auch für die Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Maßnahmen, dass einfach zu handhabende Instrumente den Schulen zur Verfügung gestellt werden sollten.

Die Teilnehmenden aus zwei der drei der Fokusgruppen äußerten Unterstützungsbedarf in Bezug auf den Erfahrungstausch und wünschen sich Informationen zum Thema Qualitätsentwicklung und -sicherung. Im Vordergrund stehen hierbei Anregungen, wie zum einen die Schul- und Unterrichtsqualität verbessert werden kann. Zum anderen bedarf es auch Anregungen, welche Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in Schulen bestehen und wie diese umgesetzt werden können. Hierbei ist den Teilnehmenden wichtig, dass ihnen die entsprechenden Kompetenzen (auch in Hinblick auf die Evaluation der Maßnahmen) über Fortbildungsangebote vermittelt werden sollten, da externe Evaluationen und Begutachtungen nicht immer als angemessen eingeschätzt werden.

3.3.3.4 Ergänzungen aus den Regionalkonferenzen

Die Diskussionen auf Regionalkonferenzen (n=2) bestätigten die Ergebnisse der Fokusgruppen. Demzufolge betrachteten die Teilnehmenden der Konferenzen gesundheitsförderliche Maßnahmen als Möglichkeit die Schul- und Unterrichtsqualität zu steigern und bestätigten die Notwendigkeit, diese Maßnahmen weiter zu verbreiten.

In einer Arbeitsgruppe zum Setting Schule wurde hinsichtlich der verstärkten Integration von Gesundheitsförderung im Schulalltag gefordert, dass neben den Maßnahmen für Kinder und Jugendliche zukünftig mehr Maßnahmen zur Gesundheit von Lehrenden notwendig seien (Niedersachsen). Um diese Maßnahmen zu finanzieren, wurden Kooperationen mit Krankenkassen vorgeschlagen. Außerdem hielten die Teilnehmenden fest, dass es klarer Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung in den Schulen bedürfe, damit Ansprechpersonen sowohl intern als auch extern bekannt seien (Niedersachsen).

Auf der zweiten Regionalkonferenz war ein zentrales Ergebnis der Workshops, dass die Rahmenbedingungen letzten Endes darüber entscheiden, in welchem Umfang Ansätze der Gesundheitsförderung umgesetzt werden könnten (Sachsen-Anhalt). Hierbei wurde insbesondere auf die räumlichen/materiellen und personellen Ressourcen der Schulen Bezug genommen. Außerdem

stellten Lehrkräfte verschiedene gesundheitsförderliche Projekte vor. Entscheidend für eine gelingende Umsetzung waren:

- verschiedene, kleine Angebote, die einfach umgesetzt werden können, anstatt starrer und komplexer Maßnahmen,
- ein partizipatives Vorgehen bei der Entwicklung und Umsetzung durch die Einbindung der Schülerschaft und das Ermitteln von Bedürfnissen, um adäquate Angebote gemeinsam zu entwickeln.
- ein kollegialer Austausch zu Umsetzungsproblemen und Problemlösungsstrategien.

Die Beiträge auf den Regionalkonferenzen bestätigen die Ergebnisse aus den Fokusgruppen und verstärken den Eindruck, dass es zukünftig einer Instanz bzw. konkreter Ansprechpersonen bedarf, die als begleitende Unterstützung für interessierte Schulen zur Verfügung stehen, indem sie Anregungen und Umsetzungsmöglichkeiten mit den Verantwortlichen in den Schulen erarbeiten.

In diesem Zusammenhang müssen sowohl länderspezifische Bedingungen, wie z. B. Lehrpläne, als auch schulbezogene Rahmenbedingungen und Funktionsweisen des Systems Schule bekannt sein oder ermittelt werden.

3.3.3.5 Fazit zum Setting Schule

Das Setting Schule wurde nur von zwei der 14 am Projekt beteiligten Länder als ein Schwerpunktsetting ausgewählt. In den drei vorliegenden Ergebnisprotokollen wurde zum einen deutlich, dass es länderspezifische Vorgaben für die Schulen gibt. Die Teilnehmenden in den Fokusgruppen nannten diesbezüglich die Lehrpläne oder Verfahren zur Entwicklung der Schul- und Unterrichtsqualität. Weitere bildungsbezogene, rechtliche Rahmenbedingungen wurden nicht genannt.

Zum anderen war den Ergebnisprotokollen zu entnehmen, dass Prävention und Gesundheitsförderung als relevant für die Schul- und Unterrichtsqualität eingeschätzt wurden. Aus diesem Grund wunderte es nicht, dass sich die Teilnehmenden der Fokusgruppen mehr Input und Erfahrungsaustausch zu Umsetzungsmöglichkeiten wünschten. Auch auf den Regionalkonferenzen wurden diese Bedarfe geäußert und die Ergebnisse der Gruppendiskussionen bestätigt. Verstärkt wurde hier noch einmal darauf hingewiesen, dass die Rahmenbedingungen den Handlungsspielraum der Schulen bestimmen und deswegen berücksichtigt werden müssen, da gesundheitsförderliche Maßnahmen in der Regel ohne Unterstützung der Träger, sondern freiwillig von den Schulen durchgeführt würden.

3.3.4 Fazit der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen

Die Teilnehmenden der Fokusgruppe zum Setting Kommune berichteten vordergründig über ihre Erfahrungen, die sie im Zuge der projektbezogenen Gesundheitsförderung gesammelt haben. Im Fokus der Diskussionen in den Fokusgruppen zu den Settings Kita und Schule standen jedoch eher die alltägliche Arbeit und damit die pädagogische Qualität in den Einrichtungen. Demzufolge hatte für die Teilnehmenden die Integration gesundheitsförderlicher Interventionen in den Arbeitsalltag eine höhere Priorität als die Qualitätsentwicklung und -sicherung dieser Maßnahmen.

Dagegen wurden in den Fokusgruppen für das Setting Kommune Ansätze der Qualitätssicherung und -entwicklung für dort implementierte Interventionen der Gesundheitsförderung diskutiert.

Vorgaben und rechtliche Rahmenbedingungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung in den Settings sowie weitere, verwendete Qualitätsansätze

Ein weiterer Unterschied zwischen dem Setting Kommune und den Lebenswelten Kita und Schule bestand hinsichtlich verbindlicher Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. Die Akteure der kommunalen bzw. quartiersbezogenen Gesundheitsförderung berichteten, dass es zwar keine rechtlichen Vorgaben gebe, dennoch bestünden gegenüber den mittelgebenden Institutionen der Projekte oftmals Verpflichtungen hinsichtlich der Dokumentation der durchgeführten Aktivitäten in Form von Sachberichten und Verwendungsnachweisen. Darüber hinaus verpflichteten die Mittelgeber die Akteurinnen und Akteure teilweise dazu, Fragen zur Programmumsetzung und Zielgruppenerreichung zu beantworten. Neben den Vorgaben durch die Mittelgeber nannten die Teilnehmenden dialogische Verfahren und dialogfördernde Instrumente, die den Austausch mit der Zielgruppe, innerhalb des internen wie externen Kollegenkreises, aber auch mit Expertinnen und Experten anregen. Als besonders wichtig wurde herausgestellt, dass ausreichend Handlungsspielraum im Zuge der Anwendung bestehe und die Verfahren und Instrumente an den jeweiligen Kontext angepasst werden könnten. Die Teilnehmenden aus den Fokusgruppen zum Setting Kita und Schule berichteten dagegen, dass durch landesspezifische Bildungs- und Lehrpläne sowie durch gesundheitsbezogene Vorschriften (z. B. Infektionsschutzgesetz, Unfallverhaltensvorschriften) rechtliche Vorgaben gegeben seien, die die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen und damit auch die Umsetzung gesundheitsförderlicher, insbesondere präventiver, Maßnahmen bestimmten. Für die Teilnehmenden aus den Kitas waren zudem die Vorgaben des jeweiligen Trägers zentral (QM-Systeme, spezifische Einrichtungskonzepte). Aus den Protokollen beider Settings ließ sich ableiten, dass gesundheitsförderliche Interventionen dazu beitragen, die Schulqualität bzw. die Qualität der Kitas zu verbessern.

Unterstützungsbedarfe

Die in den Fokusgruppen geäußerten Unterstützungsbedarfe lassen sich zu großen Teilen in projektbezogene Beratung, (kollegialen) Erfahrungsaustausch und Informationsvermittlung unterteilen.

Die projektbezogene Beratung wurde vor allem von den Teilnehmenden der Fokusgruppe zum Setting Kommune gewünscht. Orientiert an den vier Qualitätsdimensionen (Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), sollten verschiedene Beratungsformate entwickelt werden, um den unterschiedlichen Bedarfen der Akteurinnen und Akteuren zu entsprechen. Zusätzlich zu der Beratung sollten Materialien zur Verfügung gestellt werden, die unterstützende Informationen zur Projektplanung und -durchführung beinhalten.

Um gesundheitsförderliche Ansätze bzw. Möglichkeiten der Umsetzung in den Einrichtungen sowie Erfahrungen mit angewendeten Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung austauschen zu können, wurden in den Fokusgruppen zu allen drei Settings Formate des Erfahrungsaustausches angeregt. Es braucht demzufolge eine Instanz, welche je nach Bedarf verbindliche oder aber auch offene Formate entwickelt, organisiert und initiiert. Beispielhaft wurden in den Fokusgruppen Qualitätszirkel, Austauschrunden auf Fachtagungen sowie der virtuelle Austausch, etwa über *inforo online*, vorgeschlagen.

Als dritter Bereich der gewünschten Unterstützung kann die Informationsvermittlung genannt werden. Ein Großteil der Fokusgruppen wünschte sich Informationen

- zu evidenzbasierten Interventionen der Gesundheitsförderung in den Settings,
- zu den verfügbaren Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung der Gesundheitsförderung sowie
- zur richtigen Anwendung (Handhabung der Instrumente und Verfahren und Auswertung der erhobenen Daten),
- zu Möglichkeiten der Anpassung entwickelter Instrumente und Verfahren, um so lokalen Rahmenbedingungen, wie z. B. bestehenden QM-Systemen oder spezifischen Zielgruppen Rechnung zu tragen.

Des Weiteren wünschten sich die Teilnehmenden der Fokusgruppen mehr zeitliche und personelle Ressourcen, um gesundheitsförderliche Interventionen und Qualitätsansätze umzusetzen. Die Teilnehmenden aus den Fokusgruppen zum Setting Kommune sprachen diesbezüglich vor allem die im Rahmen von Projekten durch Mittelgeber zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen an. Aus Sicht der Teilnehmenden der Fokusgruppen zu den Settings Kita und Schule war damit vorrangig die allgemeine zeitliche und personelle Ausstattung ihrer Einrichtung angesprochen. Folglich braucht es strategische Anstrengungen, die unterschiedlichen Mittelgeber (Landesministerien für Bildung, Soziales und/oder Gesundheit, Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, Kommunen), Träger, wie z. B. Wohlfahrtsverbände und weitere zentrale 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.

4 Das Multiplikatorenkonzept für die Förderung von Qualitätssicherung und -entwicklung in der settingbezogenen Gesundheitsförderung

4.1 Konzeption des Multiplikatorenkonzeptes

Für die Erhebung von Bedarfen und Bedürfnissen an ein künftiges Multiplikatorenkonzept waren unterschiedliche Akteurinnen und Akteure – einerseits die Entwicklerinnen und Entwickler von Instrumenten und Verfahren zur QS/QE, andererseits Vertreter/-innen der LVGn – befragt worden (s. Abschnitt 2.1). Weiterhin wurden im Sinne einer partizipativen Entwicklung des Konzeptes die Ergebnisse aus den Fokusgruppen und Regionalkonferenzen, an denen wiederum sehr unterschiedliche Akteurinnen und Akteure beteiligt waren, zugrunde gelegt (s. Abschnitt 2.2). Trotz der Vielfalt einbezogener Erfahrungen und Expertisen lassen sich die Ergebnisse zu großen Teilen in eine gute Übereinstimmung bringen und können als Eckpunkte für das zu entwickelnde Multiplikatorenkonzept wie folgt zusammengefasst werden.

Um den Unterstützungsbedarfen, die insbesondere in den Fokusgruppen, auf den Regionalkonferenzen, aber auch in den Befragungen der LVGn geäußert wurden, sowie den Anregungen aus den Interviews mit den Entwickler/-innen begegnen zu können, braucht es zunächst eine Struktur, konkret eine zentrale Koordinierungs- und Transferstelle auf Bundesebene sowie Stellen auf Landesebene (Multiplikatorinnen und Multiplikatoren), die im Folgenden als *Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung* bezeichnet werden. Damit deckt sich das in dem Positionspapier des Arbeitskreises Qualitätsentwicklung 2011 gezogene Resümee zur Einrichtung einer Transfer- und Koordinierungsstelle auf Bundesebene sowie der Bereitstellung von Ressourcen auf Ebene der Länder mit dem von den Befragten formulierten Bedarf.

Weiterhin lassen sich aus den Diskussionen und Befragungen für die Strukturen auf Bundes- und Landesebene Aufgabenportfolios ableiten, die aus Sicht der beteiligten Akteurinnen und Akteure geeignet sind, um den Praktikern und Praktikerinnen der settingbezogenen Gesundheitsförderung bei der Qualitätsentwicklung ihrer Interventionen zu unterstützen.

4.1.1 Landeskoordination für Qualitätsentwicklung

Auf Ebene der Länder bedarf es Ansprechpersonen, die für interventionsbezogene Fragen und Anliegen im Bereich der QS/QE kontinuierlich verfügbar sind. Folgende Aktivitäten stehen auf Länderebene im Zentrum:

1. der Aufbau eines Kompetenznetzes Qualität und die Initiierung eines Erfahrungsaustausches
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 Landeskoordinationen die Aufgabe zu, den Informationsfluss (a) zwischen Bundes- und Landesebene und (b) zwischen Wissenschaft und Praxis zu gewährleisten.

Aufbau eines Kompetenznetzes für Qualität und die Initiierung eines Erfahrungsaustausches

In allen Bundesländern sind vielfältige Akteurinnen und Akteure der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung aktiv. Es ist die Aufgabe der Landeskoordination für Qualitätsentwicklung, die verschiedenen Akteurinnen und Akteure (z.B. Vertreter/-innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), der Krankenkassen, der Wohlfahrtsverbände sowie Verantwortliche in den Settings und ggf. den Berufsverbänden) miteinander zu vernetzen und einen Erfahrungsaustausch zu befördern. Hierfür sollten auch bereits bestehende Netzwerke und Kooperationsstrukturen genutzt werden, um das Qualitätsthema dort zu integrieren. Besonders anregend wird ein Austausch über Stolpersteine und weniger erfolgreiche Projekte wahrgenommen, um eine produktive Fehlerkultur in Settings zu entwickeln und damit die Qualitätsentwicklung der gesundheitsförderlichen Interventionen zu fördern.

Auch zwischen den Landeskoordinatoren und -koordinatorinnen für Qualitätsentwicklung sollte ein regelmäßiger Austausch etabliert werden (vgl. 4.1.2 *Aufgaben der Koordinierungsstelle auf Bundesebene*).

Qualifizierung der Akteurinnen und Akteure vor Ort

Den Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung kommt die Aufgabe zu, auf Landesebene Personen und Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung, vor allem aus dem Bereich der quartiersbezogenen Settingarbeit, vor dem Hintergrund der jeweils spezifischen lokalen Rahmenbedingungen zu beraten und zu qualifizieren. Hierzu ist ein breites Wissen um Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und der Qualitätssicherung unabdingbar, ebenso vertiefte Kenntnisse in einzelnen Methoden, um die lokalen Akteurinnen und Akteure beraten zu können. Die Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung sollten über praktische Erfahrungen in der Planung und Durchführung von Interventionen verfügen und sich gut mit den Strukturen in dem jeweiligen Bundesland auskennen. Dabei ist nicht daran gedacht, dass die Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung in allen Bereichen gleichermaßen qualifiziert sind und dieses Wissen weiter verbreiten, aber sie sollten in der Lage sein, ein Qualifizierungsangebot aufzubauen und in einzelnen Bereichen selber die Qualifizierung vornehmen. Für die Umsetzung des gesamten Qualifizierungsangebots können z.B. die Anbieter/-innen von Instrumenten und Verfahren eingebunden werden bzw. ein noch aufzubauender Referentenpool genutzt werden (vgl. 4.1.2 *Aufgaben der Koordinierungsstelle auf Bundesebene*).

Aus den durchgeführten Erhebungen lassen sich folgende Bedürfnisse der Praxis an ein Qualifizierungsangebot ableiten:

- Gewünscht wird von den Akteurinnen und Akteuren auf Landesebene eine Beratung und Qualifizierung, die von inhaltlichen Fragen ausgeht. Eine instrumentenbezogene Beratung ohne Bezug zu den konkreten Fragestellungen der Praxis wird als nicht sinnvoll erachtet.

- Gewünscht wird zudem vor allem eine Unterstützung in der Planungsphase (Interventionsplanung), da der Planungsqualität eine hohe Bedeutung zugemessen wird und besonders in dieser Phase häufig die dafür erforderlichen Ressourcen nicht zur Verfügung stehen.
- Gewünscht wird ebenso eine Methodenberatung in Fragen der Qualitätsentwicklung und Evaluation, die ggf. settingspezifisch und abgestimmt auf unterschiedliche Handlungsfelder erfolgen sollte.

In der Umsetzung wäre denkbar, dass die LandeskoordinatorInnen für Qualitätsentwicklung ein *gestuftes Angebot* entwickeln, das sich am Bedarf im jeweiligen Bundesland, der Schwerpunktsetzung der jeweiligen LVG sowie dem Stand der Qualitätsdiskussion in dem jeweiligen Bundesland orientiert. Mit einem solchen gestuften Angebot wurde in einzelnen Bundesländern bereits gute Erfahrungen gemacht. Die inhaltliche Gestaltung dieses Angebots orientiert sich an dem seitens der Bundesebene vorgehaltenen Angebot für die Qualifizierung u.a. der Landeskoordination für Qualitätsentwicklung. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Voraussetzungen in den Bundesländern sowie im Hinblick auf evtl. unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in den Bundesländern, wird es für sinnvoll erachtet, die konkrete Ausgestaltung dieses Angebots im Laufe des Jahres 2015 gemeinsam mit den Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung zu erarbeiten (vgl. 4.3 *Pilotierung des Multiplikatorenkonzeptes*).

Bausteine dieses gestuften Angebots auf Landesebene können sein (Abbildung 3):

- *Fachtagungen zur Qualitätssicherung und -entwicklung*, um Praktiker und Praktikerinnen mit einer ausgewählten Bandbreite von Aspekten, Verfahren und Methoden der Qualitätssicherung und -entwicklung vertraut zu machen. Praktikerinnen und Praktiker sollen hierüber für unterschiedliche Aspekte der Qualitätsentwicklung sensibilisiert werden, indem sie themenspezifisch einen Einstieg in die Qualitätsdiskussion erhalten (z.B. über Qualitätsentwicklung in der Bewegungsförderung, in der Suchtprävention, etc.). Dieses Angebot kann im Rahmen von Einführungstagen, aber auch internetgestützt erfolgen. Ein Austausch mit den Bundesländern, die hiermit bereits Erfahrung haben, wird empfohlen.
- Im Rahmen von *Einführungsworkshops* sollen jeweils etwa 20 Akteurinnen und Akteure, die vor Ort konkrete Angebote und Maßnahmen der Gesundheitsförderung organisieren und durchführen, vertieft in ein ausgewähltes Thema bzw. in ein ausgewähltes Instrument oder Verfahren eingeführt werden. Im Zentrum sollten hier jene Verfahren stehen, die sich in den vergangenen Jahren bewährt haben und auf wichtige Bedarfe der Akteurinnen und Akteure Bezug nehmen. Diese Workshops sind praxisnah und anwendungsorientiert aufgebaut. Eigene Projekte und Vorhaben der Teilnehmenden stehen aber nicht im Zentrum. Die Teilnehmenden sollen über den Workshop in die Lage versetzt werden, Nutzen und Grenzen einzelner Instrumente und Verfahren für das eigene Handlungsfeld zu überprüfen, um entscheiden zu können, ob sich eine Vertiefung für das eigene Arbeitsfeld ggf. lohnt. Die Workshops werden entweder von der Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung selbst durchgeführt o-

der von diesen mit externen Referenten und Referentinnen organisiert. Die Themen dieser Workshops orientieren sich an den seitens der Bundesebene für die Landeskoordinationen angebotenen Qualifizierungsmodulen.

- *Intensivworkshops oder Inhouse-Beratungen*: Eine vertiefte Bearbeitung konkreter Interventionsvorhaben kann dann in Intensivworkshops mit etwa 4 bis 6 Personen stattfinden, die zuvor am Einführungsworkshop teilgenommen haben. Die Beratung im Rahmen dieser Intensivworkshops erfolgt hier durch die Personen, die auch den Einführungsworkshop durchgeführt haben. Hier sollen beispielsweise Verfahren oder Instrumente konkret an eigenen Projekt ausgeführt bzw. erprobt werden. Die intensive Bearbeitung des Themas dient zugleich dazu, eine kollegiale Beratung im Kreis der Workshopteilnehmenden zu etablieren, um hierüber das Kompetenznetz für Qualität zu stärken. Die Intensivworkshops können settingspezifisch sowie regional organisiert sein. Auf der Grundlage dieser Intensivworkshops wird eine projektspezifische Beratung angeboten (vgl. nachfolgender Abschnitt *Organisation der Projektberatung*). Ergänzend sollte diese Beratung auch als Inhouse-Beratung angeboten werden.

Organisation einer Projektberatung

Um dem Bedarf nach einer konkreten Beratung Rechnung zu tragen, soll nach der Teilnahme an einem Intensivworkshop eine interventionsspezifische Beratung in Anspruch genommen werden können (Abbildung 3). Hierzu werden im Rahmen der Intensivworkshops *Beratungsgutscheine* ausgegeben, die bei der Referentin bzw. dem Referenten des jeweiligen Intensivworkshops eingelöst werden können. Wurde der Workshop von der Landeskoordination für Qualitätsentwicklung durchgeführt, übernimmt diese auch die Beratung. Wird der Intensivworkshop mit externer Moderation durchgeführt, ist diese Tätigkeit vertraglich so zu gestalten, dass die Beratung ebenfalls Bestandteil des Auftrages ist.

Für die Aufgaben Qualifizierung der Akteurinnen und Akteure vor Ort sowie Organisation der Projektberatung erhalten die LandeskoordinatorInnen für Qualitätsentwicklung von der BZgA zunächst ein definiertes Budget. Nach einer Erprobungsphase sollte geprüft werden, ob ein Bezuschussungsverfahren entwickelt werden sollte.

Integration von Gesundheitsförderung in die QM-Systeme unter anderem der Wohlfahrtsverbände und weiterer Träger

Die Wohlfahrtsverbände ebenso wie beispielsweise Kultusministerien sowie Kommunen als Träger von Einrichtungen in Settings haben länderspezifische QM-Systeme etabliert. Auch die Krankenkassen nutzen eigene Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung. Perspektivisch sollte es das Ziel sein, Gesundheitsförderung in die QM-Systeme zu integrieren bzw. mit bestehenden Aktivitäten der Qualitätssicherung und -entwicklung zu verbinden. Auf Bundesebene wird

hierzu ein Konzept entwickelt, das auf Landesebene in Kooperation mit den settingspezifischen wie auch -übergreifenden Trägern umgesetzt werden soll.¹⁵

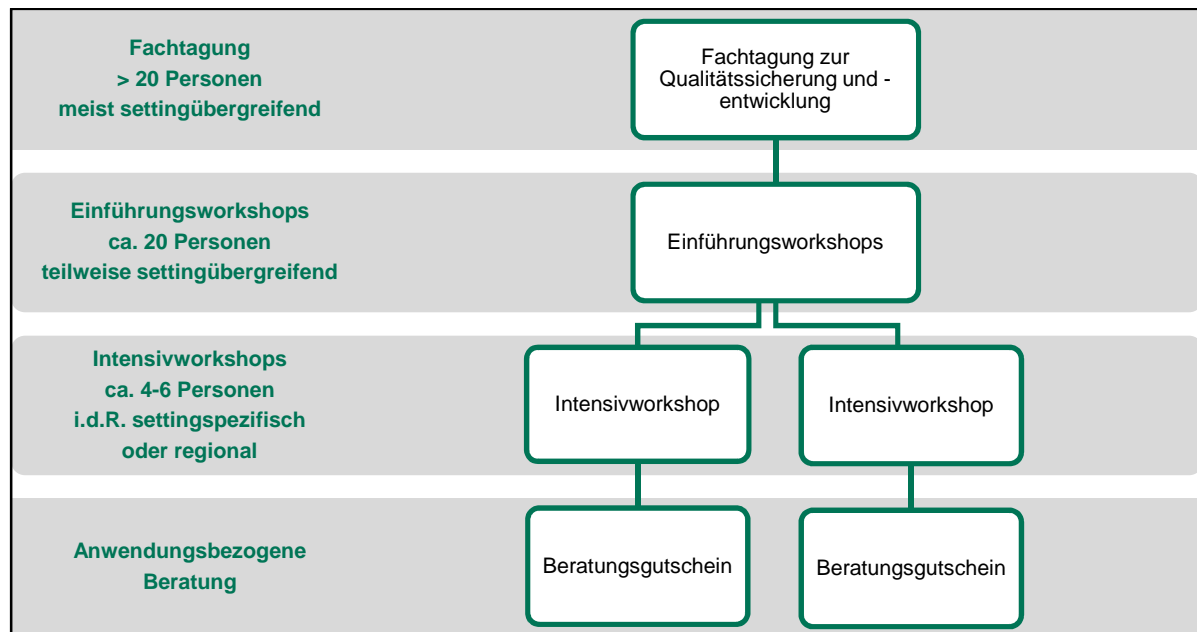


Abbildung 3: Bausteine des Angebots Qualifizierung der Akteurinnen und Akteure vor Ort sowie Organisation der Projektberatung

4.1.2 Koordinierungs- und Transferstelle auf Bundesebene

Für die Umsetzung dieser zuvor beschriebenen Aufgaben bedürfen die Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung, so ist es den Befragungen der Landeseinrichtungen für Gesundheitsförderung und der Entwicklerinnen und Entwickler zu entnehmen, ihrerseits Unterstützung durch eine Struktur auf Bundesebene. Vorgeschlagen wird, bei der BZgA eine zentrale Transfer- und Koordinierungsstelle anzusiedeln, die fünf wesentliche Aufgaben wahrnehmen soll: (1) die Unterstützung und Qualifikation der Strukturen und Akteure auf Landesebene, (2) die Verbreitung und Initiierung qualitätsbezogener Erkenntnisse, (3) die Erarbeitung eines Konzeptes zur Integration von Gesundheitsförderung in die QM-Systeme in den Bereichen Bildung und Soziales, (4) die Evaluation der Qualitätsentwicklung in den Ländern sowie (5) die Einwirkung auf Förderrichtlinien.

Unterstützung und Qualifikation der Landeskoordinatoren und -kordinatorinnen für Qualitätsentwicklung

Vorgeschlagen wird die Entwicklung einer Fortbildungsreihe ggf. in Kooperation mit anderen Trägern. Perspektivisch sollte geprüft werden, ob diese Fortbildungsreihe mit einer Zertifizierung

¹⁵ Die Recherche der Qualitätsroutinen in Einrichtungen in Settings, wie z.B. KITAS, war Gegenstand eines weiteren Teilprojektes unter Federführung der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Die Ergebnisse dieses Teilprojektes lagen zum Zeitpunkt der Entwicklung des Multiplikatorenkonzeptes noch nicht vor. Insofern kann die Frage der Integration von Gesundheitsförderung in QM-Systeme erst zu einem späteren Zeitpunkt konkret ausgeführt werden.

verknüpft wird. Zielgruppe dieser Fortbildungen sind beispielsweise Mitarbeitende in den Landesvereinigungen für Gesundheit, aber auch Mitarbeitende des ÖGD, von Wohlfahrtsverbänden und Krankenkassen.

Die Fortbildungsreihe sollte folgende Themen umfassen:

- Einführung in Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung
- Überblick über Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung (Nutzen, Grenzen, Akzeptanz)
- Wissen, was wirkt - Evidenzbasierte Interventionsplanung
- Anwendung spezifischer Verfahren und Instrumente (z.B. Partizipative Qualitätsentwicklung, Quint-essenz, 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 z.B. der Wohlfahrtsverbände
- Moderationskompetenzen, Konfliktlösungstechniken und Netzwerkmanagement
- Planung und Durchführung formativer und summativer Evaluation (Schwerpunkt Selbstevaluation)
- Nachhaltigkeit und Möglichkeiten des Fundraisings

Die Themen/Inhalte der Fortbildungsreihe müssen fortlaufend anhand des in den Ländern organisierten Qualifizierungsangebots für Akteurinnen und Akteure vor Ort weiterentwickelt werden.

Verbreitung und Initiierung qualitätsbezogener Erkenntnisse

Um Qualitätsentwicklung voranzubringen, ist es aus Sicht der befragten Akteurinnen und Akteure erforderlich, die Wirkung qualitätsgesicherten Arbeitens und damit den Nutzen von Qualitätssicherung und -entwicklung zu erheben und zu kommunizieren. Grundlage dafür ist die Schaffung von Evidenz, aber auch das Aufbereiten (inter-)nationaler Entwicklungen in der Qualitätssicherung und -entwicklung. Auch fehlen Indikatoren, mit denen „weiche“ Aspekte wie z.B. Partizipation oder Vernetzung erfasst werden können. Die Entwicklung solcher Indikatoren sollte durch weitere (partizipativ angelegte) Forschung erfolgen.

Erarbeitung eines Konzeptes für die Integration von Gesundheitsförderung in die QM-Systeme in den Bereichen Bildung und Soziales

Wohlfahrtsverbände wie die AWO oder Der Paritätische, die häufig Träger von Einrichtungen der Gesundheitsförderung sind, aber auch Kommunen und Länder haben bereits umfassende Qualitätsmanagementsysteme etabliert, deren Fokus in der Regel nicht auf Gesundheitsförderung liegt. Auch müssen Interventionen, die von den Krankenkassen gefördert werden, deren Qualitätsvorgaben (der Schwerpunkt liegt hier auf Anforderungen an die Strukturqualität) 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 Konzeptes auf Bundesebene (in Kooperation mit den Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung), die konkrete Umsetzung dann aber auf Landesebene erfolgen.

Evaluation der Qualitätsentwicklung in den Ländern und Weiterentwicklung des Multiplikatorenkonzeptes

Die Aktivitäten in den Ländern sollten weiterhin fortlaufend unterstützt und beobachtet werden. Seitens der Bundesebene ist dafür auch ein länderübergreifender Erfahrungsaustausch zwischen den Landeskoordinatoren und -koordinatorinnen zu organisieren. Wesentliches Ziel dieses Austauschs ist einerseits die gemeinsame Bewertung der Aktivitäten auf Länderebene für die Weiterentwicklung des Multiplikatorenkonzeptes. Andererseits ist ein Erfahrungsaustausch über gewählte Schwerpunkte und den Verlauf der in den Ländern angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen hilfreich für die Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung. Es ist denkbar, dass länderübergreifend eine Abstimmung der Schwerpunktsetzungen erfolgt und Ressourcen für die gegenseitige Nutzung bereitgestellt werden. Soweit wie möglich sollten auch für dieses Kompetenznetz bestehende Strukturen genutzt werden.

Als Grundlage für die Weiterentwicklung ist einerseits eine Evaluation der Aktivitäten der Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung und darüber hinaus eine gemeinsam mit den Landeskoordinationen entwickelte Evaluation der Aktivitäten für Qualitätsentwicklung durch die Praktikerinnen und Praktiker durchzuführen.

Einwirkung auf Förderrichtlinien

Um der Qualitätssicherung und -entwicklung mehr Gewicht zu geben, sollte eine Verankerung in den Förderkriterien verschiedener Drittmittelgeber verfolgt werden.¹⁶

4.2 Abschlussbefragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

Ursprünglich war für die Reflexion des ersten Entwurfs des Multiplikatorenkonzeptes vorgesehen, die im Rahmen der Bundeskonferenz am 26.01.2015 geführte Diskussion für eine Überarbeitung des Konzeptes zu nutzen. Dies konnte nicht realisiert werden, da im Rahmen der Bundeskonferenz nicht ausreichend Zeit für eine ausführliche Diskussion des vorgestellten Entwurfs zur Verfügung stand. Aus diesem Grund wurde anschließend entschieden, die ursprünglich ausschließlich zur Prozessevaluation vorgesehene Abschlussbefragung der LVGn auch (und letztlich in wesentlichen Teilen) für eine aktive Einholung der Rückmeldungen der LVGn zum Entwurf für

¹⁶ Für eine konkretere Ausführung dieses Punktes sind zunächst die Ergebnisse zu den rechtlichen Regelungen in den angesprochenen Setting abzuwarten. Diese sind ebenfalls Gegenstand des Teilprojektes der MHH. Ebenfalls von Bedeutung sind hier die Ergebnisse der Befragung der Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), die in einem weiteren Teilprojekt des Gesamtvorhabens *Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität* bearbeitet werden.

das Multiplikatorenkonzept zu nutzen. Den LVGn wurde vorab ergänzend zu der Präsentation auf der Bundeskonferenz eine kurze schriftliche Darstellung des Konzeptentwurfs zugeschickt.

Im Ergebnis ergaben die Rückmeldungen ein insgesamt positives Stimmungsbild, der Entwurf des Multiplikatorenkonzeptes wurde im Kern für gut befunden ($n=15^{17}$). Die Befragten hoben die Nutzung bestehender Strukturen sowie die Stützung von Erfahrungsaustausch als bedeutsame Ressource für Qualitätsentwicklung positiv hervor. Zugleich wurde Erläuterungs- und Konkretisierungsbedarf zu den beschriebenen Aufgaben der Bundesstelle sowie zu dem Portfolio der Länderkoordinatoren und -koordinatorinnen angemeldet. Auch gab es häufig Nachfragen zur Realisierbarkeit des Konzeptes im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen (vgl. *Hinweise auf Stolperfallen und Kritikpunkte*).

Auch der Strukturvorschlag, eine koordinierende Stelle auf Bundesebene und eine Landeskoordination auf Ebene der Länder einzurichten, wurde einstimmig befürwortet: Es brauche eine zentrale Stelle, die die Landeskoordinatoren und -koordinatorinnen unterstütze (und nicht kontrolliere), Impulse gebe und die Länderaktivitäten zusammenführe. Auch auf dieser Ebene sei ein Erfahrungsaustausch sinnvoll. Weiterhin sei die Struktur Bund/Länder im Bereich Gesundheitsförderung bereits durch den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit bekannt und habe sich bewährt. Es solle geklärt werden, ob eine Verknüpfung mit dieser Struktur sinnvoll sei.

Gut die Hälfte der Gesprächspartner/-innen schätzte die Organisation und Durchführung von Qualifikationsangeboten für die Länderebene als wichtigste Aufgabe der Bundeskoordination ein ($n=8$). Abgesehen von einem einzelnen Vorschlag, auch Lobbyarbeit als Aufgabe der Bundeskoordination festzulegen, wurden in keinem Interview Anregungen für zusätzliche auf Bundesebene abzudeckende Aufgaben gegeben.

Damit übereinstimmend schätzten die Interviewten auch die für die Landesebene beschriebenen Aufgaben als sinnvoll ($n=15$) und gut in das vorhandene Portfolio der LVGn passend ein. Allerdings wurde in dem Zusammenhang auf die Heterogenität der Landesvereinigungen auf der einen Seite sowie eine stärkere Ausdifferenzierung der Strukturen bei den Flächenländern auf der anderen Seite hingewiesen. Die Mehrheit der Gesprächspartner/-innen ($n=10$) bewertete die Qualifikation und die Netzwerkarbeit als wichtigste Aufgaben auf Landesebene. In Bezug auf die Integration von Gesundheitsförderung in die QM/QS-Systeme der Wohlfahrtsverbände zeigte sich ein uneinheitliches Bild: Aus Sicht von zwei Gesprächspartner/-innen war dies die wichtigste Aufgaben auf Landesebene, drei weitere Gesprächspartner/-innen hielten diese Aufgabe auf Landesebene für verzichtbar. Es kann angenommen werden, dass diese Differenz aus den Unterschieden zwischen den entsprechenden Landesvereinigungen bzw. ihren gegenwärtigen Arbeitsschwerpunkten resultierte.

In Bezug auf den Netzwerkaufbau bzw. die Nutzung bestehender Netzwerke regten einige Interviewpartner/-innen an, herauszuarbeiten, welchen Zweck das Kompetenznetz erbringen soll. Es

¹⁷ Für die Rückmeldung aus den Ländern Berlin und Brandenburg wurde aufgrund der bestehenden Strukturen der LVGn ein Interview geführt.

bestehe die Möglichkeit, „Partnernetze für Qualität“ aufzubauen, die weitere regionale Multiplikatoren und Multiplikatorinnen umfassen. Ebenso sei eine Vernetzung von Praktiker/-inne/-n im Land denkbar. Besonders für letztgenanntes Ziel sei eine Verankerung des Themas Qualität in die bestehenden Netzwerke notwendig.

Auch für die Landesebene wurde in keinem Interview eine weitere Aufgabe ergänzt. Es wurde jedoch angeregt zu diskutieren, welches Qualifikationsprofil für die Durchführung der beschriebenen Aufgaben auf Landesebene erwartet werde und ob auch in Bezug darauf eine Anbindung an die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit sinnvoll sei. In dem Zusammenhang wurde auf deren Kompetenzprofil verwiesen.

Welche Qualifikationsmodule sind für die Länder zunächst von Interesse?

In den Interviews wurde jeweils um Nennung von drei Qualifizierungsangeboten gebeten, die ein entsprechendes Angebot vorausgesetzt - zuerst in Anspruch genommen würden. Außerdem wurde um Nennung von Qualifizierungsangeboten gebeten, an denen ein geringeres Interesse besteht.

Am häufigsten wurden Workshops zur „Evidenzbasierten Interventionsplanung“ (n=6), „Erhebung von Bedarfen/Bedürfnissen“ (teils als summarische Veranstaltung zur Planungsqualität) (n=6), „Netzwerkmanagement“ (teils mit, teils ohne Moderationstechniken) (n=5) sowie „Evaluation“ (n=5) als besonders attraktive Angebote genannt. Auch „Vermittlung von Zielsetzungstechniken“ (n=4) sowie „Partizipative Qualitätsentwicklung“ (n=3) wurden häufiger angesprochen.

Module, an denen ein geringes Interesse besteht, sind „Einführung in Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung“ (n=6) sowie „Überblick über Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung“ (n=7). Ebenfalls häufiger angesprochen wurden „Gender als Qualitätskriterium“ (n= 4) sowie „Nachhaltigkeit und Möglichkeiten des Fundraisings“ (n=3).

Fortbildungsmodule zur „Entwicklung integrierter Handlungskonzepte“, „Einführung in die QM/QS-Systeme der Wohlfahrtsverbände“ und „Partizipative Qualitätsentwicklung“ wurde in etwa gleichem Umfang als Angebote, an denen ein hohes bzw. kein Interesse besteht, eingeschätzt.

Außerdem wurden von den Gesprächspartner/-Innen verschiedene Anregungen für Ergänzungen zu den vorgeschlagenen Qualifikationsmodulen gegeben: Mehrfach wurde ein Modul zu Beratungstechniken und Kommunikation (n=4) genannt. Jeweils in einem Interview wurden Veranstaltungen vorgeschlagen zu:

- Wirkungsmodellen
- Sozialogenbezogener Gesundheitsförderung
- Rahmenbedingungen der Settings
- Grundlagen des Qualitätsmanagements (DIN ISO, EFQM)

In einzelnen Interviews wurde außerdem angeregt, die Veranstaltung zu „Moderationskompetenzen, Konfliktlösungstechniken und Netzwerkmanagement“ sowie zu „Gender und Chancen-

gleichheit“ als Qualitätskriterium jeweils inhaltlich zu trennen. Für die verschiedenen Aspekte, die der Interventionsplanung zugeordnet werden können, wurden vereinzelt eine summarische Veranstaltung zur Interventionsplanung vorgeschlagen.

Einzelne Gesprächspartner/-innen baten außerdem darum, den Praxisbezug der Qualifikationsmodule stärker zu betonen. Bislang sei nicht direkt erkennbar, inwiefern die Module die künftigen Landeskoordinatoren und -koordinatorinnen dazu befähigen, ihren Aufgaben nachzukommen. Anstelle der inhaltlichen Fragen sollten stärker didaktische Kompetenzen in den Mittelpunkt gestellt und die gesamte Fortbildungsreihe ausschließlich handlungsorientiert konzipiert werden.

Zusammenfassend kann bezogen auf die Qualifikationsmodule konstatiert werden, dass die Interessenslagen der LVGn insgesamt sehr heterogen sind. Entsprechend wird es für sinnvoll erachtet, das Profil der Qualifikationsmodule fortlaufend gemeinsam mit den Ländern weiterzuentwickeln. Den Anregungen im Hinblick auf die stärkere Handlungsorientierung der Fortbildungsmodule wurde bei der Überarbeitung des Konzeptes Rechnung getragen, indem das Format der „Train the Trainer“-Workshops in die Qualifikationsmodule integriert wurde.

Hinweise auf Stolperfallen und Kritikpunkte

Aus Sicht der Befragten stellten die Heterogenität zwischen den 16 Bundesländern, beispielsweise in Bezug auf die Flächenausdehnung, die unterschiedlichen Strukturen und Regelungen in den Settings sowie die Unterschiede zwischen den jeweiligen LVGn eine große Herausforderung für die Umsetzung des Multiplikatorenkonzeptes dar. Für die künftigen Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung ergeben sich daraus sehr unterschiedliche Handlungsspielräume, die bisher in dem Konzept nicht berücksichtigt wurden. Auch wird beispielsweise für Flächenländer in Frage gestellt, ob mit dem Einsatz qualifizierter Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf Landesebene eine Veränderung der Qualitätsentwicklungspraxis in der settingbezogenen Gesundheitsförderung erreicht werden könne: *„Benötige es dafür nicht einer kleinteiligeren Struktur, beispielsweise kommunale Multiplikatoren und was könne von diesen wiederum geleistet werden?“*, und weiter: *„Welches Qualifikationsangebot müsste für solche Personen vorgehalten werden?“*. Dies waren Fragen, die in dem Zusammenhang formuliert wurden. Auch wurden die generellen Unterschiede zwischen den Settings angesprochen, die in dem Multiplikatorenkonzept bislang nicht ausreichend berücksichtigt würden.

Weiterhin wurde vorgeschlagen, den jeweilig beschriebenen Aufgaben in dem vorgestellten Multiplikatorenkonzept in etwa den gleichen Raum zu geben. Derzeit gäbe es teils sehr knappe Formulierungen, aus denen der Eindruck entstehe, dass z. B. die für die Bundesebene beschriebene Aufgabe „Einwirken auf Förderrichtlinien“ im Vergleich zu Qualifizierungsaufgaben nachrangig sein solle. Außerdem könne auf Basis der kurzen Beschreibungen die Logik des Konzeptes nicht immer nachvollzogen werden. So bliebe beispielsweise offen, ob die Einwirkung auf Förderrichtlinien als Vorgabe von Standards zu interpretieren sei und damit künftig eine kontrollierende Funktion angestrebt werde. Positiv hingegen würde jedoch eine Unterstützung eingeschätzt, die künf-

tig erlaube, mehr Zeit in die Ausgestaltung von Förderanträgen und damit in die Interventionsplanung zu investieren.

Die Frage, inwieweit das Multiplikatorenkonzept wesentlich detaillierter ausgearbeitet werden sollte, wurde kontrovers diskutiert. Im Hinblick auf die beschriebene Heterogenität zwischen den Ländern bestand jedoch Übereinstimmung, dass die erforderlichen Differenzierungen für die Landesebene nur gemeinsam mit den Ländern bzw. den LVGn erfolgen können. Für die Bundesebene wird dagegen eine detailliertere Ausführung insbesondere der Aspekte gewünscht, die bislang eher nur knapp angesprochen wurden.

Für die Weiterentwicklung des Multiplikatorenkonzeptes wurde außerdem angeregt, baldmöglichst auch die Krankenkassen hinzuzuziehen. Auch sollten die Gesundheitsverwaltungen der Länder einbezogen werden. Es wurde geraten, dass die BZgA hier entsprechende Gespräche aufnehmen sollte.

In den Abschlussinterviews bestand Einvernehmen, dass eine Umsetzung des Konzeptes nur sukzessive erfolgen könne und insgesamt eine mindestens mittelfristige Perspektive benötigt werde. In Bezug auf die in 2015 nur sehr begrenzt zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, sind für das laufende Jahr allenfalls erste Schritte denkbar, die an den bisherigen Schwerpunkten, vorhandenen Netzwerken und begonnenen Aktivitäten der LVGn anknüpfen sollten. Weiterhin ist in 2015 eine bundeslandspezifische Konkretisierung für die Umsetzung der Aufgaben auf Länderebene erforderlich. Dafür sind bundeslandspezifische Strukturen, insbesondere auch bereits vorhandene Mittlerebenen, sowie bereits durchgeführte Aktivitäten der LVGn zu berücksichtigen. Die Tätigkeiten der LVGn sollten dabei die von der Praxis geäußerten Bedarfe aufgreifen.

In Bezug auf die Integration von Gesundheitsförderung in die QM/QS-Systeme von Kommunen und Wohlfahrtsverbänden bedürfe es vor eventuellen Aktivitäten auf Landesebene zunächst der Vorbereitung und Entwicklung eines entsprechenden Konzeptes auf Bundesebene. Es brauche hier eine weitere Konkretisierung, im Zuge derer geklärt werden müsse, welche Ebene (Bund oder Länder) welche Zuständigkeiten und Aufgaben übernehmen solle.

4.3 Pilotierung des Qualifikationskonzeptes für die Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung

Auf Basis der bereits weiter oben angesprochenen begrenzten finanziellen Ressourcen und der ausstehenden Entscheidung über die Ausgestaltung und Verabschiedung des Präventionsgesetzes wird für 2015 im Wesentlichen eine Fortführung der Vorarbeiten zur Umsetzung des Multiplikatorenkonzeptes vorgeschlagen.

Konkret soll das Qualifizierungsangebot für die Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung im Rahmen der Pilotierung mit drei Bausteinen erprobt werden und außerdem eine Weiterentwicklung des Multiplikatorenkonzeptes vor allem in Bezug auf die Umsetzung auf Landesebene erfol-

gen. Gemeinsam mit der wissenschaftlichen Begleitung soll das Konzept ggf. noch stärker an die Bedürfnisse und Interessen der Landeskoordinationen angepasst werden. Das Konzept zur Weiterführung wird dann auch ggf. erste Ideen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes aufgreifen.

Neben der Durchführung erster Qualifikationsmodule gilt es für eine perspektivisch zu realisierende, vereinheitlichte und flächendeckende Qualitätsentwicklung auf Bundesebene das Multiplikatorenkonzept im Hinblick auf die unterschiedlichen Voraussetzungen in den Ländern weiter zu konkretisieren. Zwischen den Ländern sollen Formate für den Erfahrungsaustausch untereinander erprobt werden, was durch das Anknüpfen an bereits vorhandene Strukturen erleichtert wird (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit). Zugleich sind erste konkrete Kontaktaufnahmen für die Einbeziehung weiterer Akteure, insbesondere der Krankenkassen, vorzunehmen.

Die Phase der Pilotierung sollte folgende Bausteine umfassen:

Durchführung erster Qualifizierungsmodule für die Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung

Das Qualifizierungsangebot sollte perspektivisch aus drei Kernbestandteilen bestehen:

- a) Train the Trainer Workshops, die die Teilnehmenden dafür qualifizieren sollen, Workshops und Beratungen zu den jeweiligen Inhalten in ihrem Bundesland selbst durchzuführen. Diese Workshops sollten in dem künftigen Multiplikatorenkonzept Pflichtbestandteil für die Landeskoordinationen sein.
- b) Workshops zu Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung. Diese Workshops sollen den Teilnehmenden einen Überblick und vertiefenden Einblick in den jeweils angebotenen Inhalt verschaffen und sie so qualifizieren, passgenaue Angebote in ihren Ländern zu organisieren und gemeinsam mit Unterstützung eines Referenten bzw. einer Referentin durchzuführen. Bei der BZgA sollte hierfür ein Referentenpool aufgebaut werden, der dann auch für die Projektberatung zur Verfügung steht.
- c) Workshops zum „Networking“ sowie weiterem Handwerkszeug für ein systematisches Projektmanagement. Diese Workshops sollen die Teilnehmenden dafür qualifizieren, die Arbeit der in den Ländern aufzubauenden (bzw. um das Thema Qualitätsentwicklung erweiterten) Netzwerke systematisch und effektiv zu gestalten.

In 2015 soll eine Veranstaltung aus jedem dieser drei Bereiche durchgeführt werden. Auf der Grundlage der Abschlussbefragung der LVGN werden folgende Themen favorisiert (vgl. Unterkapitel 4.2):

1. Effektives Netzwerkmanagement
2. Planung von Projekten der Gesundheitsförderung (Erhebung von Bedürfnissen (subjektiver Bedarf), Einbeziehung der Zielgruppe)
3. Planung und Durchführung formativer und summativer Evaluation (settingübergreifend) (Train the Trainer)

Vorgeschlagen wird, diese drei Veranstaltungen als anderthalbtägige Workshops an drei wechselnden, zentralen Orten durchzuführen (z. B. Berlin, Hannover, Frankfurt, Köln, Leipzig). Um den Aufbau eines Netzwerks zwischen den Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung zu fördern sowie die gemeinsame Weiterentwicklung des Multiplikatorenkonzeptes voranzubringen, sollte die Zielgruppe in 2015 auf die Landeskoordination für Qualitätsentwicklung begrenzt werden. Für die perspektivische Ausgestaltung des Multiplikatorenkonzeptes scheint außerdem sinnvoll, je eine Vertretung der Krankenkassen sowie der BZgA zu den Workshops einzuladen.

Der jeweilige Auftakt am Nachmittag des ersten Workshoptages (noch ohne Vertretung der Krankenkassen) wird für die interne Arbeit an der Konkretisierung des Qualifikationskonzeptes auf Landesebene, der Formulierung SMARTer Ziele, der Entwicklung eines Evaluationsdesigns für den Prozess in den Ländern sowie für den Erfahrungsaustausch genutzt. Im Fokus des zweiten Tages steht dann die inhaltliche Unterstützung.

Formative Evaluation der Pilotierung

Um die Erfahrung mit den ersten Fortbildungsmodulen systematisch zu erheben und in die Weiterentwicklung des Qualifikationskonzeptes einfließen zu lassen, sollen die Workshops mit einer formativen Evaluation begleitet werden. In Anlehnung an das Evaluationsmodell nach Kirkpatrick (Abbildung 4) sollten neben der Akzeptanz und Zufriedenheit mit den Fortbildungsmodulen (Ebene 1: Reaktionsebene) auch eine Evaluation der Lernebene (Ebene 2) und der Handlungsebene (Ebene 3) erfolgen (Kirkpatrick, 1996; Heinmüller, Liel, Angerer, Gündel, Geldermann, Gottwald, Kimil, & Limm, 2014). Die in dem Modell von Kirkpatrick ebenfalls vorgesehene Evaluation der Wirkebene (Ebene 4) wäre ggf. Teil einer Ergebnisevaluation und würde eine mindestens mittelfristige Perspektive benötigen. In Bezug auf den für die Pilotierung vorgesehenen Zeitraum ist zunächst nicht mit Veränderungen der Qualitätsentwicklung in der Praxis der Gesundheitsförderung zu rechnen.

Für die Ausgestaltung der Prozessevaluation wird eine Stärke des vorgelegten Multiplikatorenkonzeptes in der partizipativen Entwicklung gesehen, die durch die insgesamt positive Resonanz auf das Konzept bestätigt wurde. Es wird als sinnvoll erachtet, diesen Arbeitsansatz auch bei der Weiterentwicklung des Multiplikatorenkonzeptes und damit auch bei der Prozessevaluation fortzuführen. Dafür wird vorgeschlagen, ergänzend zu einem Fragebogen ein mündliches Teilnehmerfeedback am Ende jedes Fortbildungsmoduls als dialogische Evaluation auszuführen (Merkator & Welger, 2013). Auf diese Weise können die Inhalte der Evaluation zur Ebene 1 (Akzeptanz und Zufriedenheit) und Ebene 2 (Lernen) durch die Teilnehmenden gesteuert werden. Ziel der dialogischen Evaluation ist die Ableitung priorisierter Handlungsvorschläge, sodass auch die Bewertung der Evaluationsergebnisse gemeinsam mit den Teilnehmenden erfolgt. Ein Effekt dieser Anwendung ist auch, dass die Teilnehmenden zugleich Anwendungswissen in einer Methode erhalten, die von ihnen selbst anschließend genutzt werden kann. Es ist weiterhin vorgesehen, auch die Ergebnisse der schriftlichen Befragungen mit den Teilnehmenden gemeinsam zu reflek-

tieren, um auf diese Weise das Qualifikationsangebot noch stärker an den Bedürfnissen und Bedarfen der Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung ausrichten zu können.

Im Überblick sieht die formative Evaluation folgende Erhebungsschritte vor (Abbildung 4):

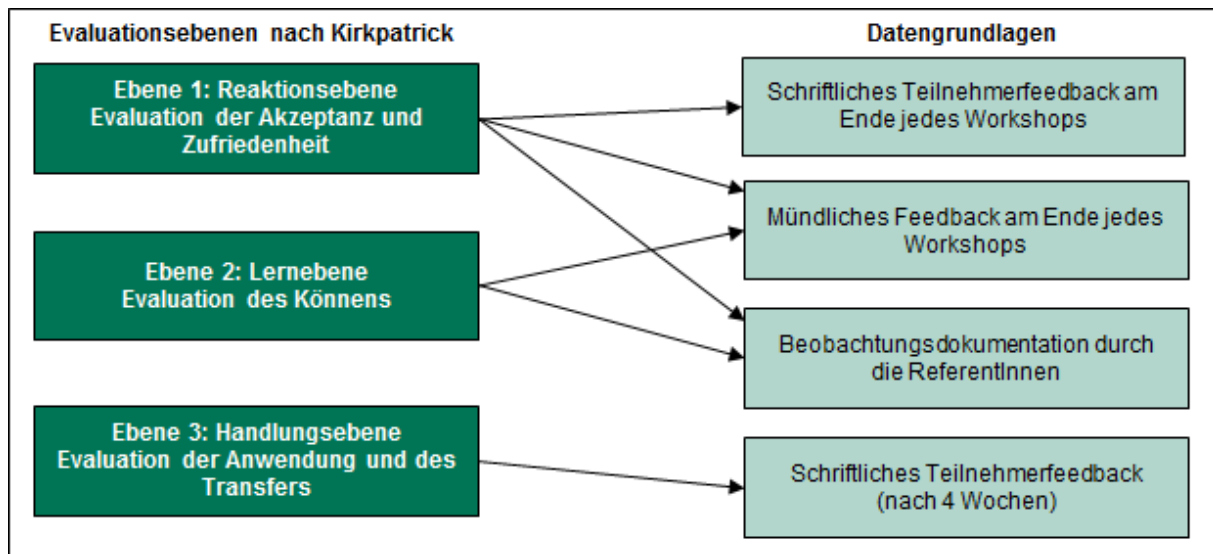


Abbildung 4: Umsetzung des Evaluationskonzeptes von Kirkpatrick nach Heinmüller et al. (2014, S. 155)

1. Schriftliches Teilnehmerfeedback am Ende jedes Workshops: Bewertung des Workshops zur Reaktionsebene anhand 5-stufiger Likert-Skalen: Angemessenheit des Zeitplans, der Struktur, der Didaktik sowie zu Material und Methoden
2. Dialogische Evaluation als mündliches Feedback zum Ende jedes Workshops mit Vereinbarung priorisierter Änderungsvorschläge vorwiegend zur Frage der Lernebene (Einschätzung der Nutzbarkeit der vermittelten Inhalte) sowie der Reaktionsebene
3. Beobachtungsdokumentation durch die Referent/-innen
4. Schriftliches Teilnehmerfeedback vier Wochen nach Durchführung des Workshops (wünschenswert wären drei Monate nach Durchführung des jeweiligen Workshops, die sich jedoch in 2015 nicht realisieren lassen) zur Frage, inwieweit sich die gewonnenen Erkenntnisse haben nutzen lassen (Handlungsebene).

Die Erfahrungen mit dieser Evaluation werden zugleich genutzt, ein Design inklusive Vorlagen für die Evaluation des Qualifikationsangebots für die Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung zu entwickeln.

Weiterentwicklung des Multiplikatorenkonzeptes

In der letzten Projektphase der Pilotierung kann auf der Grundlage unterschiedlicher Datenquellen das Multiplikatorenkonzept weiterentwickelt werden. Dabei steht nicht nur die Anpassung des Qualifizierungsmoduls im Zentrum des Interesses. Auch die anderen Elemente und Aufgaben des Konzeptes (Bundes- und Länderebene) sollen einer kritischen Überprüfung unterzogen und

den Entwicklungen (z.B. Ausgestaltung des Präventionsgesetzes) angepasst werden. Folgende Datenquellen werden hierzu genutzt:

- Ergebnisse der formativen Evaluation der Qualifizierungsmodule
- Interviews mit den Landeskoordinationen für Qualitätsentwicklung (u. a. zu der geplanten Umsetzung des Konzeptes auf Landesebene und dem notwendigen Unterstützungsbedarf sowie ggf. ersten Erfahrungen in der Umsetzung)
- Auswertung der Abschlussberichte der Teilprojekte des Projektes „Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität“; ggf. telefonische Interviews mit den Projektverantwortlichen zu Konsequenzen der Ergebnisse für die Umsetzung im Rahmen des Multiplikatorenkonzeptes
- Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der BZgA zur Umsetzung und Ausgestaltung der Bundeskoordinations- und Transferstelle

Zusammenfassend wird davon ausgegangen, dass auf dieser Basis ein Konzept vorgelegt werden kann, dass aus Sicht der Beteiligten auf Bundes- sowie auf Landesebene, aber auch aus Sicht weiterer Akteurinnen und Akteure in den angesprochenen Settings, ausreichend differenziert und praxisorientiert gestaltet ist, um die Qualitätsentwicklung in der settingbezogenen Gesundheitsförderung voranbringen zu können.

5 Ergebnisse der Prozessevaluation des Projektes

Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität

Das von der BZgA geförderte Projekt *Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität* wurde durch eine Prozessevaluation begleitet, in dessen Rahmen sowohl die beteiligten Projektpartner/-innen, wie auch weitere Akteure und Akteurinnen in den Ländern zu ihren Einschätzungen befragt wurden. Den Abschlussbericht abschließend werden die Ergebnisse der Prozessevaluation vorgestellt: In Unterkapitel 5.1 werden die Einschätzung zum Projekt der Akteurinnen und Akteure aus den Ländern beschrieben. Es folgt in Unterkapitel 5.2 eine Evaluation der Projektarbeitssitzungen (Sitzungen des Steuerkreises), an denen die Projektpartner teilgenommen haben.

5.1 Einschätzungen zum Projekt der Akteurinnen und Akteure aus den Ländern

5.1.1 Telefonische Befragungen der Landesvereinigungen für Gesundheit

Vertretungen der Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. der entsprechenden Institution auf Landesebene wurden sowohl zu Beginn des Projektes als auch zum Projektabschluss telefonisch zur Einschätzung und Bewertung des Projektes befragt.

5.1.1.1 Erstbefragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

Der Nutzen des Projektes für die Landschaft der Prävention und Gesundheitsförderung wurde von den Befragten als durchaus hoch eingeschätzt. Die starke Fokussierung auf die Bedürfnisse der Praxis wird hierbei besonders geschätzt (L3; L4; L11). Dies sei im Gegensatz zu vorangegangenen Projekten und Aktivitäten ein Alleinstellungsmerkmal und wurde vor allem am Beispiel des praxisorientierten Multiplikatorenkonzeptes deutlich (L3). Jedoch sei es fraglich, ob eine ausreichende Partizipation der Praxis alleine durch Befragungen gewährleistet werden kann und hierdurch zukünftige Konzepte wirklich praxisnäher gestaltet werden können: *„Ich weiß nicht, ob das reicht, also als Win-Situation für die andere Seite.“* (L11, P. (Positionsnummer bei MAXQDA) 114).

Drei Befragte betonten, dass neben der Einbeziehung unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure in die Konzeptentwicklung, der zur Verfügung stehende Freiraum für die einzelnen Länder hinsichtlich der Auswahl relevanter Settings und Arbeitsfelder positiv beurteilt wird (L7; L10; L13): *„Also dass jetzt nicht so ein Raster irgendwie entwickelt war und so und jetzt setzt das mal um, sondern dass man schon entsprechend den Inhalten, wo die Landesvereinigungen unterwegs sind, genau gucken konnte, wo möchte ich das Thema jetzt anbieten, andocken.“* (L10, P. 149).

Der Nutzen bzw. der Wirkungsgrad des Projektes wurde nicht zuletzt in Bezug auf das kommende Präventionsgesetz beurteilt (L4; L5; L9). So könne das Projekt dem Feld der Prävention und Gesundheitsförderung dienen, dass die Akteure und Akteurinnen sich frühzeitig positionieren und z. B. durch die Vernetzung aller LVGn eine gemeinsame Strategie verfolgt werden (L5). Die gelungene Vernetzung der LVGn und deren übergreifende Beteiligung im Rahmen des Projektes sowie die gelungene Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis bestätigte L15 ebenfalls. Weiterhin wurde der breite und vielfältige Ansatz des Projektes hervorgehoben. So würden zahlreiche relevante Rahmenbedingungen von Qualitätssicherung und -entwicklung eingehend beleuchtet und systematisch aufbereitet (L5).

Der Erfolg des Projektes sei jedoch aus Sicht einiger Interviewpartnerinnen und -partner nur zu gewährleisten, wenn hierdurch nachhaltige Strukturen entstehen (L4; L8; L13). Auf Landesebene könne dies durch regelmäßige Landeskonferenzen realisiert werden (L8). Zur Verstetigung des Projektes bedürfe es jedoch auch gefestigter Netzwerke, die über die zu installierenden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf Länderebene hinaus wirkten und bis auf die kommunale Ebene reichten (L4). Außerdem wurde angeregt, dass jedes Bundesland über die Projektlaufzeit hinaus spezifische Themen im Bereich Qualitätssicherung und -entwicklung identifiziert und systematisch bearbeitet (L8). Voraussetzung für solche Aktivitäten sei jedoch eine gesicherte Finanzierung (L13).

Das Projekt konnte aus Sicht einiger Personen zudem dazu beitragen, bereits beschrittene Wege einzelner LVGn im Bereich Qualitätssicherung und -entwicklung zu festigen und auszubauen, und damit die bisher geleistete Arbeit bestätigen (L3; L9). Auch bildete es eine wichtige Grundlage für künftige Bemühungen in diesem Feld (L6).

Außerdem wurde mit konkreten Ergebnissen bezogen auf Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung und -entwicklung gerechnet, wie deutlich praxisnähere Übersichten einschließlich transparenter Vor- und Nachteile sowie eine bessere Evidenzlage zur Wirksamkeit und Generalisierbarkeit der einzelnen Verfahren (L8; L14).

Faktoren, welche die LVGn dazu bewogen, sich an dem Projekt zu beteiligen, wurden ebenfalls in den Interviews benannt. Für einige LVGn stellte das Projekt eine logische Weiterführung bzw. Weiterentwicklung bisheriger Qualitätsdiskussionen und Aktivitäten im Land dar (L3; L9; L15). Auch wurde das Projekt als ein wesentlicher und in dieser Form einmaliger Impulsgeber angesehen, der das Thema Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland entscheidend prägen kann (L6; L7; L8; L11; L15). Zudem wurden mit der Projektbeteiligung Hoffnungen auf verstärkte Kooperationsbeziehungen mit anderen LVGn und zentralen Akteuren im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung verbunden (L7; L8; L11). Der Umstand, dass durch das Projekt finanzielle Ressourcen bereitgestellt wurden, wirkte sich ebenfalls förderlich auf die Beteiligung aus (L5; L11; L15). Ebenfalls förderlich für die Beteiligung an dem Projekt war die Aussicht auf eine zukünftig bedürfnisorientiertere Gestaltung von Unterstützungsangeboten, da mit unter-

schiedlichen Erhebungsmethoden Erfahrungen, Bedürfnisse und Expertise der Praktiker/-innen erhoben wurden (L15):

„Und inhaltlich liegt uns das Thema natürlich per se am Herzen, um das noch mal irgendwie stärker voranzubringen. Und auch um die Praxis da stärker unterstützen zu können, weil wir ja auch keine Praxis sind, insofern wir ja auch eher weiter weg sind als die ganzen Akteure direkt vor Ort.“ (L15, P.136).

Hindernisse zur Projektbeteiligung waren ausschließlich dem zeitlichen Rahmen des Projektes geschuldet, der sich sowohl auf die kurzfristige Mittelbeantragung als auch auf die kurze Projektlaufzeit bezieht (L3; L4; L5; L6; L8; L9; L10; L13; L15). Die Gewichtung dieser Barriere reichte dabei von einem als unattraktiv empfundenen zeitlichen Rahmen (L5) über eine Gefährdung der Projektteilnahme durch unzumutbare Arbeitsbelastungen (L6; L13), bis hin zu einer konkret erfolgten Absage: *„(...) wir haben auch nicht leichtfertig gesagt, nein, es geht jetzt nicht, sondern wir hätten es schon ganz gerne gemacht auch. Aber es war eben zu wenig Zeit. Und ich habe es ja gesagt, jemanden extern reinzuholen, das hätte es nicht gebracht in der Zeit.“ (L10, P.146).*

Weiterhin wurden die Interviewten gebeten, Ideen und Änderungsvorschläge zur Konzipierung und Organisation des Projektes zu äußern. Hierbei bezog sich ein Großteil der Aussagen auf die bereits dargestellten engen zeitlichen Rahmenbedingungen:

„(...) erstens eine längere Laufzeit, zweitens durch diese längere Laufzeit wäre wahrscheinlich auch mehr Zeit für diese Gruppendiskussionen gewesen, das ist jetzt doch alles sehr holterdiepolter dann abgelaufen (...) wenn man ein bisschen mehr Zeit hätte, dann könnte man auch ein bisschen, würden wahrscheinlich noch viel bessere Ergebnisse kommen können.“ (L9, P.108).

Auch wäre eine Beteiligung weiterer Projektpartner/-innen wie der kommunalen Spitzenverbände (L4, L5) oder der Krankenkassen (L15) wünschenswert gewesen. Eine Interviewpartnerin empfand das Projekt bezogen auf die Kooperation mit den LVGN als wenig partizipativ und äußert die Befürchtung, dass hiervon eher die Wissenschaft als die Praxis profitiere: *„(...) wir haben den Eindruck, wir arbeiten zu, Ihnen zu, Hannover zu.“ (L12, P.111).* Zudem empfand die Interviewte unklare Absprachen und intransparente Prozessabläufe, wie z. B. die Zusammensetzung des Steuerkreises als störend (L12). Diesbezüglich forderte auch L7 eine transparentere Darstellung der Projektziele. Zu einem ähnlichen Schluss kam L5 und hinterfragte, ob einzelne Teilprojekte bzw. deren Ausdifferenzierung zwingend notwendig gewesen wären (L5).

In Bezug auf die Frage der Programmumsetzung berichteten die Teilnehmenden über Erfahrungen mit der Organisation der Fokusgruppen.¹⁸ Häufig konnten diese problemlos organisiert und durchgeführt werden (L3; L4; L5; L6; L8; L11; L12; L13). Als hilfreich wurden hierbei die zur Verfügung gestellten Leitfäden bewertet, die genügend Spielraum für regionsspezifische Fragestellungen boten (L3; L7; L11). Herausforderungen lagen im unterschiedlichen Qualitätsverständnis der an den Fokusgruppen teilnehmenden Personen, welches vermutlich den verschiedenen Arbeitsfeldern geschuldet war (L8). Auch der knappe zeitliche Rahmen zur Vorbereitung wurde als

¹⁸ Die Regionalkonferenzen wurden deutlich nach den Interviews durchgeführt und konnten daher an dieser Stelle nicht berücksichtigt werden. Ergebnisse hierzu finden sich im nachfolgenden Kapitel.

störend empfunden (L9; L15). Zwei Interviewte (L9; L14) gaben eine geringe Teilnehmerzahl der Fokusgruppen an. Ein erneuter Termin sei in einem der Fälle aufgrund des engen Zeitrahmens nicht zustande gekommen (L9). Der Einsatz der Plattform *inforo online*, dessen Gruppenfunktion zur Koordinierung der Länderaktivitäten genutzt wurde, wurde kontrovers diskutiert: Für eine Befragte stellte das Online-Portal eine gute Lösung dar, um Informationen zu verbreiten (L15). Es wurde jedoch ebenso über eine fehlende wahrgenommene Interaktivität und einen mangelnden Erfahrungsaustausch geklagt (L7).

Grundsätzlich konnten die als relevant erachteten Akteure in den Ländern im Rahmen des Projektes erreicht werden. Absagen oder Nichtteilnahme an den Fokusgruppen werden mit terminlichen Kollisionen (L4), fehlenden Kontaktadressen der Teilnehmenden (L7) oder Krankheit (L8) begründet.

Zusätzlicher Unterstützungsbedarf wurde in keinem Interview explizit benannt, teilweise wurde die Unterstützung für die Fokusgruppen gar als zu umfangreich empfunden (L11).

Die Gründe der LVGn für die Projektbeteiligung waren vielfältig. Förderliche Faktoren zur Beteiligung waren eine erhoffte Stärkung der Kooperationsbeziehungen und die bereitgestellten finanziellen Ressourcen. Behindert wurde die Projektbeteiligung vor allem durch den engen zeitlichen Rahmen, insbesondere in Bezug auf die Mittelbeantragung und die kurze Projektlaufzeit.

Die Organisation und Durchführung der Fokusgruppen verlief weitgehend problemlos. Die bereitgestellten Leitfäden und das Portal *inforo online* wirkten hierbei unterstützend. Größtenteils konnten die wesentlichen Akteurinnen und Akteure in den Ländern einbezogen werden. Geling dies nicht, lag das an wenig kontrollierbaren Bedingungen wie etwa terminlichen Kollisionen oder Erkrankung der Teilnehmenden.

Die Wirkung des Projektes für die Praxis schätzten die LVGs weitgehend positiv ein. Hervorgehoben wurden die starke Praxisorientierung, der große Handlungsspielraum der LVGn und die gelungene Kooperation aller Akteurinnen und Akteure. Jedoch sei der nachhaltige Projekterfolg nur durch eine Verstetigung der geschaffenen Strukturen und eine kontinuierliche Finanzierung zu gewährleisten. Kritisiert wurde vor allem der als unflexibel und zu kurzfristig wahrgenommene Zeitrahmen. Einzelnennungen verweisen zudem auf eine fehlende Kooperation mit kommunalen Spitzenverbänden und Krankenkassen, intransparente Prozessabläufe und Projektziele sowie auf eine nicht konsequent umgesetzte partizipative Arbeitsweise.

5.1.1.2 Abschlussbefragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

Die Abschlussbefragung diente dazu, die Interviewten um eine Einschätzung zur empfundenen Wirkung des Projektes auf die Praxis der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung zu bitten und die Umsetzung der Aktivitäten sowie den partizipativen Arbeitsansatz der Entwicklung des Multiplikatorenkonzeptes zu bewerten.

Positiv bewerteten die Interviewpartner/-innen, dass die Aktivitäten wie geplant umgesetzt wurden (L11). Auch die Koordination durch die LVG & AFS NDS e. V. wurde gelobt (L12). Kritik bezog sich dagegen vor allem auf die Organisation und den Ablauf der Bundeskonferenz (L9; L12; L13). Die Inhalte wurden zu schnell hintereinander präsentiert, der Anteil an theoretischem Input war im Vergleich zu den Länderberichten und Ergebnisdiskussionen zu groß (L12; L13). Teilwei-

se wurde die Darstellung der Fokusgruppenergebnisse sogar als falsch empfunden (L12). Ferner kritisierten die Teilnehmenden, dass es in den Vorträgen und bei den Postern zu viele Überschneidungen gab. Dies ließe auf einen verbesserungswürdigen Austausch und Abstimmungen unter den Projektbeteiligten schließen (L9). Auf den Postern der LVG war demnach zu wenig Substanz in den Ergebnissen zu erkennen. Zwar wurde auf den Postern stark auf die Ergebnisse einzelner Fokusgruppen eingegangen. Es war jedoch kein „Fahrplan erkennbar“, wie Qualitätssicherung und -entwicklung nun praktisch umgesetzt werden könnte (L1). Weitere Kritikpunkte bezogen sich auf den engen zeitlichen Rahmen des Projektes (L5; L11; L15) und den mangelnden personellen Ressourcen um das Projekt zu verstetigen und die Projektaktivitäten weiterzuentwickeln (L12; L15). Auch die fehlende Beteiligung der Universität Bielefeld an den Fokusgruppen und die als intransparent empfundene Zusammensetzung der Steuerungsgruppe bewertete eine Interviewpartnerin negativ (L12).

Zur Einschätzung der intendierten Wirkung für die Praxis wurden die Befragten gebeten, sich diesbezüglich auf einer Skala von 1 bis 10 zu verorten. 11 der 15 befragten Personen beantworteten diese Frage. Die Ergebnisse (Tabelle 13) zeigten hierbei eine relativ breite Streuung auf. Ob das Projekt geeignet sei, die Praxis der Qualitätssicherung und -entwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung voranzubringen, wurde gegen Ende des Förderzeitraums jeweils von ca. der Hälfte der Befragten eher negativ bzw. positiv eingeschätzt. Das Spektrum der Angaben spiegelte sich auch in den Antworten wider, mit denen die Teilnehmenden ihre Verortung auf der Skala begründen sollten. So gaben Personen mit geringeren Werten an, dass in der Praxis von dem Projekt noch nichts angekommen sei, die Inhalte nur theoretisch aufgearbeitet wären und bisher lediglich eine Bestandsaufnahme vorliege (L5; L7; L9). Befragte mit höheren Werten begründeten ihre Antwort mit den wichtigen Impulsen für die Praxis und der Verankerung des Themas in der Gesundheitsförderung (L6; L14). Des Weiteren habe das Projekt dabei geholfen, die Vernetzung der relevanten Akteurinnen und Akteure in diesem Themenfeld zu fördern (L8; L14). Zudem trug der Dialog mit der Praxis dazu bei, ein wichtiges Feedback zur eigenen Arbeit zu erhalten (L4). Im Gegensatz zu den Aussagen, die eine praktische Relevanz des Projektes in Abrede stellten, wurde an dieser Stelle auch betont, dass sich durch das Projekt ein konstruktiver und praktischer Prozess ergeben habe (L4).

Tabelle 13: Verortung der Teilnehmenden auf der Skala zur erwarteten Wirkung des Projektes in der Praxis und zur wahrgenommenen Partizipation der LVG (n=11)

| | Sehr niedrig ←—————→ Sehr hoch | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| Skala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Wirkung des Projektes für die Praxis (Nennungen) | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| Wahrgenommene Partizipation (Nennungen) | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2 | 0 | 1 |

Die Bewertung des partizipativen Arbeitsansatzes wurde ebenfalls von 11 der 15 befragten Personen getroffen. Auch hier zeigten die Ergebnisse eine breite Streuung, jedoch gaben 8 der 11 befragten Personen Werte zwischen 6 und 10 und somit eine hohe bzw. als positiv wahrgenom-

mene Partizipation an (Tabelle 13). Ergänzt wurden diese durch die anschließenden Erläuterungen des Stimmungsbildes. So wurden die Orientierung am Bedarf der LVG (L13; L14) und der große Spielraum für eigene Entscheidungen in der Umsetzung (L9) sehr positiv aufgenommen. Auch die Kommunikation auf Augenhöhe (L14) und die Fähigkeit der Projektverantwortlichen, die Kritik der LVG anzunehmen und hierauf angemessen zu reagieren, wurde sehr geschätzt (L4).

Dagegen fühlten sich die Personen mit niedrigen Skalenwerten nur unzureichend in das Projekt einbezogen (L12). Der vorbestimmte Rahmen des Projektes habe dazu geführt, dass es sich nicht an dem Bedarf der LVGn orientierte. Der enge zeitliche Rahmen ließ außerdem keinen Raum für Diskussionen zu (L11), wichtige Erkenntnisse konnten teilweise nicht rückgekoppelt werden (L5).

Die Befragten führten einige Vorschläge auf, um den Partizipationsgrad zukünftig zu erhöhen. So sollten ähnliche Projekte realistischer geplant werden und z. B. den beteiligten Akteuren mehr Zeit zur Planung zur Verfügung gestellt werden (L15). Zudem sollten die LVGn deutlich stärker an der Projektkonzeption und -steuerung beteiligt werden (L12). Nicht zuletzt müsse im Vorfeld auch der Aufwand für die LVGn stärker berücksichtigt werden. Z. B. stellte die Teilnahme an Interviews für die LVG Arbeitszeit dar und verursachte somit weitere Kosten (L8).

Das positive Stimmungsbild und die als hoch eingeschätzte Wirkung für die Praxis haben sich im Laufe des Projektes relativiert. Zwar betonten die LVGn die wichtigen gesetzten Impulse und den verbesserten Dialog mit der Praxis, es wurde jedoch bemängelt, dass die Inhalte bisher nur theoretisch aufgearbeitet sind und zum jetzigen Zeitpunkt lediglich eine Bestandsaufnahme vorliegt. Weiterhin werden der enge Zeitrahmen des Projektes und fehlende personelle und finanzielle Ressourcen zur Weiterführung der Aktivitäten bemängelt.

Positiv bewertete ein Großteil der LVGn dagegen die wahrgenommene Partizipation. Die Bedarfe der Institutionen seien i. d. R. berücksichtigt worden, außerdem verfügten sie bei allen Aktivitäten über eine ausreichende Autonomie. Einzelne Beteiligte erlebten die Partizipationsmöglichkeiten jedoch auch als unzureichend, ebenso wurden fehlende Diskussion- und Feedbackprozesse kritisiert.

5.1.2 Evaluierung der Fokusgruppen und der Regionalkonferenzen

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Prozessevaluation basierend auf den Ergebnisdokumentationen der von den LVGn durchgeführten Fokusgruppen (n=31) und Regionalkonferenzen (n=14) sowie der Teilnehmendenbefragung der Regionalkonferenzen vorgestellt.

5.1.2.1 Bewertung der Fokusgruppen

Die Auswertung der Ergebnisdokumentation der Fokusgruppen zeigte, dass in den meisten Fällen die gewünschten Institutionen bzw. Akteure für die Teilnahme an den Fokusgruppen gewonnen werden konnten („Ja, voll und ganz“: n=7; „Ja, zu einem überwiegenden Teil“: n=13; „Nein“: n=4). Eine Nichtteilnahme oder Absage von Akteurinnen und Akteuren wurde hierbei größtenteils mit Terminkollisionen, Erkrankungen, aufwändigen Anreisewegen, in Einzelfällen mit mangelndem Interesse oder fehlender Kompetenz begründet. Sowohl die Zufriedenheit mit dem Diskussi-

onsverlauf innerhalb der Fokusgruppen als auch die erarbeiteten Ergebnisse der Gruppendiskussionen wurden größtenteils als positiv bzw. sehr positiv bewertet (Tabelle 14).

Tabelle 14: Ergebnisse der Stimmungsbarometer (Ergebnisdokumentation Fokusgruppen)

| Skala | +3 | +2 | +1 | 0 | -1 | -2 | -3 |
|---|----|----|----|---|----|----|----|
| Diskussionsverlauf (Anzahl der Nennungen) | 13 | 8 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ergebnisse der Fokusgruppen (Anzahl der Nennungen) | 6 | 14 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Die Freitextangabe eines einzelnen Ergebnisprotokolls ergänzte diese quantitativen Ergebnisse. So trug die Methode dazu bei, dass sich die Teilnehmenden der entsprechenden Fokusgruppe motiviert und praxisnah mit dem Thema Qualitätssicherung und -entwicklung auseinander setzten. Die Fokusgruppe erlaubte es, die eigenen Qualitätsroutinen, -instrumente und -verfahren sichtbar zu machen und deren Bedeutung für die eigene Arbeit zu reflektieren. Zwar fehlten ähnliche Freitextangaben bei den restlichen Ergebnisprotokollen, aufgrund der sehr großen Zufriedenheit mit dem Diskussionsverlauf und den Ergebnissen ist jedoch anzunehmen, dass sich das Format als sehr geeignet erwiesen hat.

5.1.2.2 Ergebnisdokumentation der Regionalkonferenzen

Auch die Regionalkonferenzen besaßen aus Sicht der projektverantwortlichen Mitarbeiter/-innen der LVGn eine hohe Zielgruppenerreichung: Alle antwortenden LVGn gaben an, dass die gewünschten Institutionen bzw. Akteurinnen und Akteure für die Regionalkonferenz erreicht werden konnten (*Ja, voll und ganz: n=4; Ja, zu einem überwiegenden Teil n=5*). Auffällig war jedoch, dass länderübergreifend die Anwesenheit von Vertretungen der Krankenkassen vermisst wurde. Gründe für die Nichtteilnahme von Institutionen führten die LVGn vor allem auf weite Anreisewege, Terminkollisionen und Erkrankungen, in Einzelfällen auf unklare finanzielle Unterstützungsaussichten des Projektes und zu hohe Teilnahmegebühren der Regionalkonferenz zurück. Wie auch in der telefonischen Erstbefragung der LVGn zeigte sich ein weitgehend positives Stimmungsbild hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Regionalkonferenz und dem Gesamtprojekt sowie der Wirkung für die Praxis (Tabelle 15). Vermutlich ist dies auf die zeitliche Nähe zwischen beiden Datenerhebungen zurückzuführen. Negative Stimmungsbilder, welche bei der Abschlussbefragung auftraten, finden sich an dieser Stelle dementsprechend nicht.

Tabelle 15: Ergebnisse der Stimmungsbarometer (Ergebnisdokumentation Regionalkonferenz)

| Skala | +3 | +2 | +1 | 0 | -1 | -2 | -3 |
|--|----|----|----|---|----|----|----|
| Ergebnissen der Regional- konferenz (Anzahl der Nennungen) | 3 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Verlauf des Projektes (Anzahl der Nennungen) | 2 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Wirkung für die Praxis (Anzahl der Nennungen) | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |

5.1.2.3 Befragung der Teilnehmenden der Regionalkonferenzen

Auf den Regionalkonferenzen wurden die Anwesenden zum Ende der Veranstaltung gebeten, auf einer Skala von -3 bis +3 ihre Einschätzung zur Wirkung des Projektes auf die Qualitätsentwicklungs- und -sicherungspraxis mittels eines Klebepunktes festzuhalten (Abschnitt 2.2.2). Es liegen von allen 14 Konferenzen Ergebnisse vor, auch wenn drei LVGn das Format der Regionalkonferenzen nutzten, um eigene inhaltliche Schwerpunkte aufzugreifen und relevante Akteurinnen und Akteure miteinander zu vernetzen (Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen (Sachsen), Aufbau von Präventionsketten (Mecklenburg-Vorpommern), Zusammenarbeit des Koordinierenden Kinderschutzes mit Kitas (Bayern). In Folge dessen standen Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung gesundheitsförderlicher Interventionen weniger im Vordergrund, wurden allerdings in den Workshops am Nachmittag aufgegriffen.

In acht von 14 Fällen wurde die Evaluation mittels der Klebepunktabfrage durchgeführt. Auf drei weiteren Regionalkonferenzen wurde dieser Teil der Evaluation in die allgemeine Veranstaltungsevaluation der LVGn integriert (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern). Zudem nutzten drei LVGn nach Absprache mit der Universität Bielefeld ausschließlich eigene Veranstaltungsevaluationen (Hamburg, Bayern, Baden-Württemberg), sodass keine zusätzliche Punkteabfrage stattfand, um dem jeweiligen Veranstaltungskonzept zu entsprechen. Daher wurde die Ergebnisse an dieser Stelle nicht mit in die Auswertung einbezogen.

Bei den Regionalkonferenzen, auf denen die Punkteabfrage durchgeführt wurde (n=8), unterschied sich die Anzahl der Anwesenden im Vergleich zur Anzahl der gesetzten Punkte je Regionalkonferenz (Tabelle 16). Bei einem Großteil dieser Konferenzen beteiligte sich die Teilnehmenden überwiegend an der Befragung (Teilnahmequote zwischen 25 % und 50 %). Die Zahl der an der Konferenz Teilnehmenden lag dabei zwischen ca. 30 und 80 Personen, während die Anzahl der Antworten zwischen drei und 32 lag. Die Differenzen zwischen der Anzahl der Teilnehmenden zu Beginn der Konferenz und der gesetzten Klebepunkte war zu großen Teilen durch das Verlassen der Konferenzteilnehmer/-innen vor Veranstaltungsende zu erklären.

Tabelle 16: Anzahl der Teilnehmenden je Regionalkonferenz und Anzahl der Antworten auf die Prozessevaluationsfrage

| Land | Anzahl der Teilnehmenden je Regionalkonferenz (ungefähre Angaben) | Anzahl der gesetzten Punkte |
|--------------------|---|-----------------------------|
| Bremen | 51 | 13 (25,5%) |
| Hessen | 30 | 15 (50,0%) |
| Niedersachsen | 34 | 24 (70,6%) |
| Rheinland-Pfalz | 31 | 13 (41,9%) |
| Saarland | 90 | 32 (35,6%) |
| Sachsen | 80 | 31 (38,8%) |
| Sachsen-Anhalt | 125 | 3 (2,4%) |
| Schleswig-Holstein | 55 | 25 (45,5%) |

Bis auf eine Ausnahme waren bei jeder der acht vorliegenden Skalen kleine Cluster im Bereich eines Wertes auf der Bewertungsskala zu erkennen. Dabei sind im Rahmen von zwei Umfragen zwei einzelne Cluster entstanden. Bei den übrigen Evaluationen handelte es sich um je einen

Cluster. Alle Cluster befanden sich im positiven Bewertungsbereich. Nur vereinzelt wurde die Einschätzung im Minusbereich angesiedelt und die Förderung der Qualitätsentwicklungs- und -sicherungspraxis durch das Projekt somit als wenig erfolgreich bewertet. Aus diesen Ergebnissen ließ sich folglich ein allgemeines positives Stimmungsbild der befragten Akteurinnen und Akteure ableiten.

Auf zwei der drei Regionalkonferenzen (Berlin, Brandenburg), bei denen die Befragung der Teilnehmenden zur Einschätzung der Projektwirkung in die allgemeine Veranstaltungsevaluation integriert war, wurde die Evaluationsfrage modifiziert: „Wie ist Ihr Gefühl zur QE, wenn Sie jetzt nach Hause gehen?“, „Wie nützlich schätzen Sie das geplante Unterstützungsangebot für Ihre Arbeit ein?“. Mittels zehnstufiger Bewertungsskalen („0“: schlecht; „10“: sehr gut) konnten die Teilnehmenden dieser beiden Konferenzen die Fragen beantworten. Auf diese Fragen antworteten jeweils unter zehn Personen, von ungefähr 30 bzw. 60 Teilnehmenden je Konferenz. Die Punkte bildeten wiederum kleine Cluster im höheren Wertebereich und spiegelten beide Male ein positives Stimmungsbild wider. Insofern ergab sich aus diesen beiden Evaluationen eine analoge Einschätzung zum positiven Stimmungsbild der anderen acht Punktabfragen. Auf der dritten Regionalkonferenz (Mecklenburg-Vorpommern) wurde die Evaluationsfrage der Universität Bielefeld einschließlich der Bewertungsskala vollständig in die allgemeine, schriftliche Veranstaltungsevaluation übernommen. Hierbei bildeten die 16 Punkte keine Cluster, sondern verteilten sich bis auf drei negative Bewertungen gleichmäßig im gesamten positiven Bewertungsbereich, einschließlich der neutralen Bewertung (Nullpunkt). Dementsprechend zeichnete sich auch bei dieser Evaluation eine positive Bewertung ab.

Das Projekt *Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität* wurde auf den Regionalkonferenzen im Rahmen eines Grußwortes oder aber in einem ausführlicheren Vortrag vorgestellt. Diese verschiedenen Formate der Projektvorstellung hatten jedoch weder eine Auswirkung auf die Beteiligung an der Klebepunktfrage noch auf das Bewertungsergebnis. Anders formuliert: Bei Regionalkonferenzen, auf denen das Projekt in einem Grußwort kurz vorgestellt wurde, konnte im Vergleich zu den Regionalkonferenzen, auf denen die Projektvorstellung ausführlicher in einem Vortrag erfolgte, keine geringere Teilnahmequote ermittelt werden. Ähnlich verhielt es sich positiven Bewertungen, die ebenfalls bei allen Regionalkonferenzen zu finden waren.

Aus den gesetzten Punkten bei der Befragung ließ sich in Bezug auf die Frage „Wie bewerten Sie das Projekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ hinsichtlich der Förderung der Qualitätsentwicklungs- und -sicherungspraxis in Projekten der Gesundheitsförderung?“ Folgendes ableiten: Grundsätzlich war ein tendenziell positives Stimmungsbild der Teilnehmenden der Regionalkonferenzen festzuhalten, dem Projekt wurde also eine entsprechende Wirkung zugetraut. Die eher zurückhaltenden Bewertungen verdeutlichten, dass es jedoch ebenso kritische/skeptische Einschätzungen gibt. Allerdings fehlten insgesamt qualitative Angaben für weitere Analysen zu den Gründen der Bewertungen der Teilnehmenden.

Die Aussagekraft der Ergebnisse wurde zudem durch die nicht allzu hohe Teilnahme an den Befragungen beeinträchtigt: Die Teilnahmequote lag größtenteils unter 50 % (Verhältnis s. Tabelle 16). Die teilweise geringe Teilnahme an den Befragungen (Tabelle 16) war nicht eindeutig zu erklären. Mögliche Gründe könnten das Verlassen der Veranstaltung einiger Personen vor dem Veranstaltungsende sowie unzureichendes Wissen über das Projekt als Grundlage einer Einschätzung zu dessen Wirkung gewesen sein. Ferner bestand die Möglichkeit, dass die Teilnehmenden teilweise nicht das Projekt bewertet haben, sondern die jeweilige besuchte Veranstaltung. Darauf wiesen vereinzelte mündliche Kommentare von Teilnehmenden auf den Konferenzen hin.

Sowohl die Fokusgruppen als auch die Regionalkonferenzen konnten i. d. R. die definierten Zielgruppen erreichen, jedoch hätten sich die LVGn eine stärkere Teilnahme von Krankenkassen gewünscht. Die jeweiligen Ergebnisse der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen wurden generell positiv bewertet. Gleiches galt für den Verlauf des Projektes und die intendierte Wirkung für die Praxis.

Zwar zeigte die Teilnehmendenbefragung der Regionalkonferenzen ebenfalls ein tendenziell positives Stimmungsbild, die insgesamt geringe Beteiligung an der Befragung lässt jedoch auch auf nicht erfasste skeptische Einschätzungen der Teilnehmenden schließen.

5.2 Evaluierung der Projektarbeitssitzungen

Nachfolgend werden basierend auf den Auswertungen der Protokolle der Projektarbeitssitzungen (n=6) und den Beobachtungsbögen (n=3) sowie auf den am Ende jeder Sitzung ausgefüllten Stimmungsbarometern (n=5) Aussagen zur Programmumsetzung und Reichweite des Projektes getroffen. Schwerpunkte lagen hierbei auf den Bereichen Kommunikation, Informationsfluss und Eindeutigkeit der Aufgabenbeschreibung sowie der Umsetzung der Aktivitäten einschließlich aufgetretener Probleme und Lösungsansätze.

Die von den Akteuren der Projektarbeitsgruppe konzipierten Maßnahmen und Aktivitäten konnten weitgehend wie geplant umgesetzt werden. In wenigen Ausnahmefällen erfolgten kleinere Anpassungen innerhalb der Teilprojekte. So verringerte sich z. B. im Teilprojekt der BVPG e. V. die Anzahl der ursprünglich geplanten Interviews von 40 auf 30. Im Falle der erstellten Handreichung durch die MHH wurde im Laufe des Prozesses die Gliederung der Publikation modifiziert.

Der Zeitplan der geplanten Aktivitäten konnte größtenteils eingehalten werden. Dies spiegelte sich auch in den Ergebnissen der Stimmungsbarometer wider (Abbildung 5). Nach anfänglich moderaten Einschätzungen steigerte sich die Zufriedenheit im Laufe des Projektes kontinuierlich, sowohl beim zeitlichen Stand des eigenen Teilprojektes als auch beim Gesamtprojekt.

Da in der Anfangsphase noch kleinere Anpassungen der Teilprojekte vorgenommen wurden, konnte ein finaler Zeitplan erst zu einem späteren Zeitpunkt verabschiedet werden. Sobald dieser vorlag, ermöglichte es die grafische Darstellung des Zeitplans allen Beteiligten der Projektarbeitsgruppe mögliche Abweichungen ihrer Teilprojekte anzusprechen und das weitere eigene Vorgehen darzustellen. Zwar berichteten während der Sitzungen der Projektarbeitsgruppe alle

Teilnehmenden regelmäßig über den aktuellen Stand und Fortschritte ihrer Teilprojekte, jedoch lagen die Einzelzeitpläne nicht allen im Detail vor.

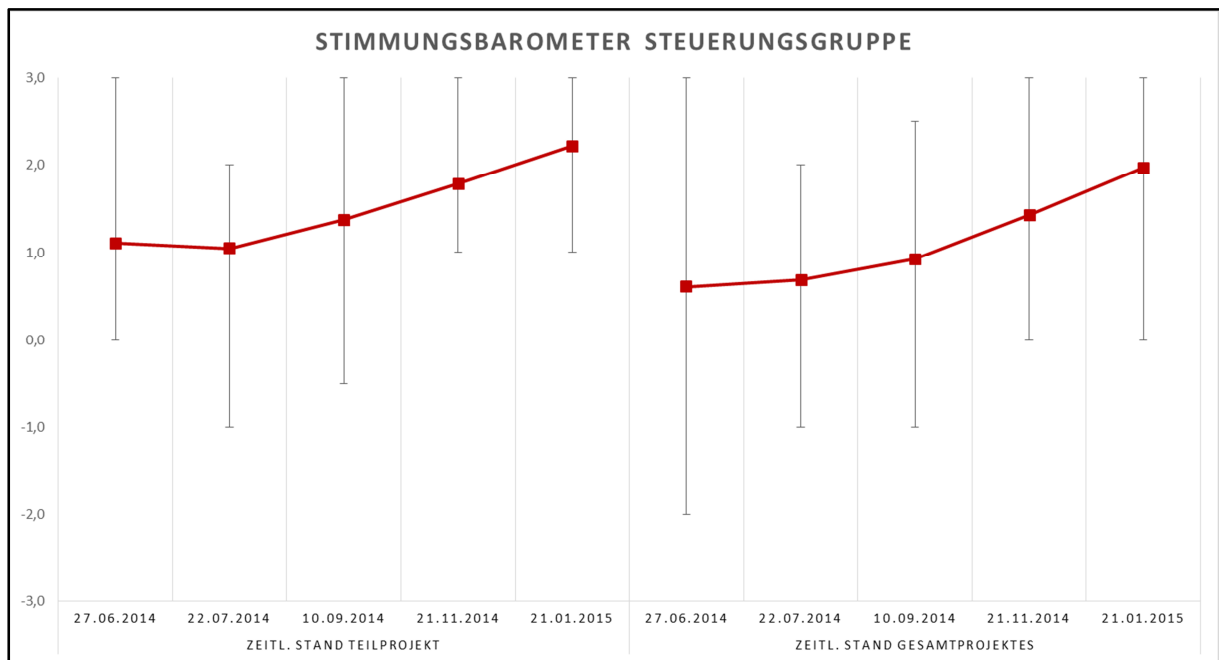


Abbildung 5: Stimmungsbarometer zeitlicher Stand der Teilprojekte und des Gesamtprojektes

Vor dem Hintergrund der Vielzahl der beteiligten Akteurinnen und Akteure sowie deren unterschiedlichen Teilprojekten, die jedoch als teilweise aufeinander Bezug nehmend bzw. aufbauend konzipiert waren, galt es eindeutige Absprachen und Aufgabenbeschreibungen zu definieren und zu reflektieren. Die Sitzungen der Projektarbeitsgruppe ermöglichten es, regelmäßige Statusberichte der Teilprojekte sowie aufgetretene Hürden und Lösungsansätze in die Gruppe zu tragen. Im Zuge dieser Vorstellungsrunden wurde auf Abstimmungsbedarfe aufmerksam gemacht und Anknüpfungspunkte der Teilprojekte aufgezeigt. Auch musste durch die vielfältigen Aktivitäten innerhalb des Gesamtprojektes ein besonderes Augenmerk auf potenzielle Schnittmengen der einzelnen Projekte gelegt werden. Dies wurde insbesondere bei den geplanten Datenerhebungen innerhalb der Teilprojekte deutlich, bei denen es in der konzeptionellen Phase noch teilweise zu Überschneidung bezüglich der Ansprechpersonen auf Landes- und kommunaler Ebene kam. In diesen Fällen erfolgten zumeist bilaterale Abstimmungen unter den entsprechenden Akteuren. Zudem wurden die erstellten Interviewleitfäden durch eine zentrale Stelle auf Ebene der BZgA auf mögliche Doppelfragen abgeglichen.

Trotz dieser Maßnahmen kam es mitunter zu Schwierigkeiten beim Informations- und Kommunikationsfluss zwischen einzelnen Projektpartnern. Nachdem diese Probleme innerhalb der Projektarbeitsgruppe thematisiert wurden, erfolgten auch hier direkte Abstimmungsprozesse in Form informeller Treffen. Weitere Schwierigkeiten hinsichtlich Kommunikation und Informationsfluss innerhalb der Projektarbeitsgruppe traten bei der gegenseitigen Information über (Teil-)Ergebnisse auf. Die Akteure verständigten sich beispielsweise darauf, in einer fortgeschrittenen Phase des Projektverlaufs erste Thesen zu verfassen, die auf den bis dahin gewonnenen Erkenntnissen der Teilprojekte basieren. Diese wurden von jedem Projektpartner an die BZgA

gesandt, von dort aber erst zu einem späteren Zeitpunkt an alle Mitglieder der Projektarbeitsgruppe verteilt. Auch gelang es nicht in allen Fällen, Zwischenergebnisse rechtzeitig den Projektpartnern zur Verfügung zu stellen, sodass diese sie in ihren jeweiligen Analysen verwenden konnten. So konnten beispielsweise die Ergebnisse zu den Qualitätsmanagementsystemen von Wohlfahrtsverbänden und anderen Trägern nicht substantiell in die Entwicklung des Multiplikatorenkonzeptes einbezogen werden. Die geschilderten Probleme in Bezug auf Kommunikation und Informationsfluss zeigten sich ebenfalls in den Stimmungsbarometern (Abbildung 6). Es wurde aber auch ersichtlich, dass nicht zuletzt durch eine transparente Offenlegung und Diskussion solcher Ereignisse die Zufriedenheit der Mitglieder der Projektarbeitsgruppe in diesen Bereichen zum Ende des Projektes deutlich anstieg.

Neben Schwierigkeiten beim Informations- und Kommunikationsfluss lag eine weitere Hürde in einem fehlenden gemeinsamen Verständnis von zentralen Begrifflichkeiten. Zwar waren sich alle Beteiligten darüber einig, dass wichtige Definitionen nach außen einheitlich kommuniziert werden müssen, jedoch bestand in der Anfangsphase noch keine einheitliche Verständnisgrundlage von zentralen Begriffen (z. B. „Qualitätsentwicklung“, „Multiplikatorenkonzept“). Während sich das gemeinsame Verständnis des letzteren Begriffs aufgrund der diesbezüglich geführten Interviews erst im Laufe des Prozesses klären ließ, wurden Begriffe wie Qualitätsentwicklung, -sicherung, und -management nach Diskussionen in der Projektarbeitsgruppe schon früh schriftlich voneinander abgegrenzt. Alle Beteiligten einigten sich auf die Verwendung dieser einheitlichen Begrifflichkeiten.

Trotz der geschilderten Hürden und Probleme lagen die Werte der Stimmungsbarometer sowohl bei der Zufriedenheit mit dem gesamten Projektverlauf als auch bei Zusammenarbeit der Kooperationspartner in der Projektarbeitsgruppe stets im positiven Bereich (Abbildung 7). Der zu beobachtende Abfall in beiden Bereichen war dabei möglicherweise auf die mitunter als aufwändig empfundenen Abstimmungsprozesse zwischen einzelnen Teilprojekten zurückzuführen. Zum Ende der Projektlaufzeit stieg die Zufriedenheit – wie bei den übrigen Bereichen der Stimmungsbarometer zu beobachten – jedoch wieder deutlich an.

Die regelmäßigen Treffen der Projektarbeitsgruppen dienten weiterhin dazu, die Partizipation und Programmakzeptanz der beteiligten Akteure in den Bundesländern zu diskutieren. Im Laufe des Projektes zeigte sich, dass alle LVGn grundsätzlich eine positive Einstellung gegenüber dem Projekt haben. Auch die bereitgestellten Hilfsmittel zur Organisation und Durchführung von Fokusgruppen und Regionalkonferenzen wurden von allen Akteuren positiv aufgenommen. Aufgrund des knappen zeitlichen Rahmens und den Verzögerungen bei den Bewilligungen der Zuwendungen verspürten einige LVGn jedoch eine starke Belastung. Diese Verzögerungen hemmten vermutlich zu Beginn des Projektes eine aktivere Beteiligung einzelner LVG. Auch wurde die Skepsis geäußert, ob aufgrund der kurzen Laufzeit des Projektes nachhaltige Strukturen geschaffen werden können.

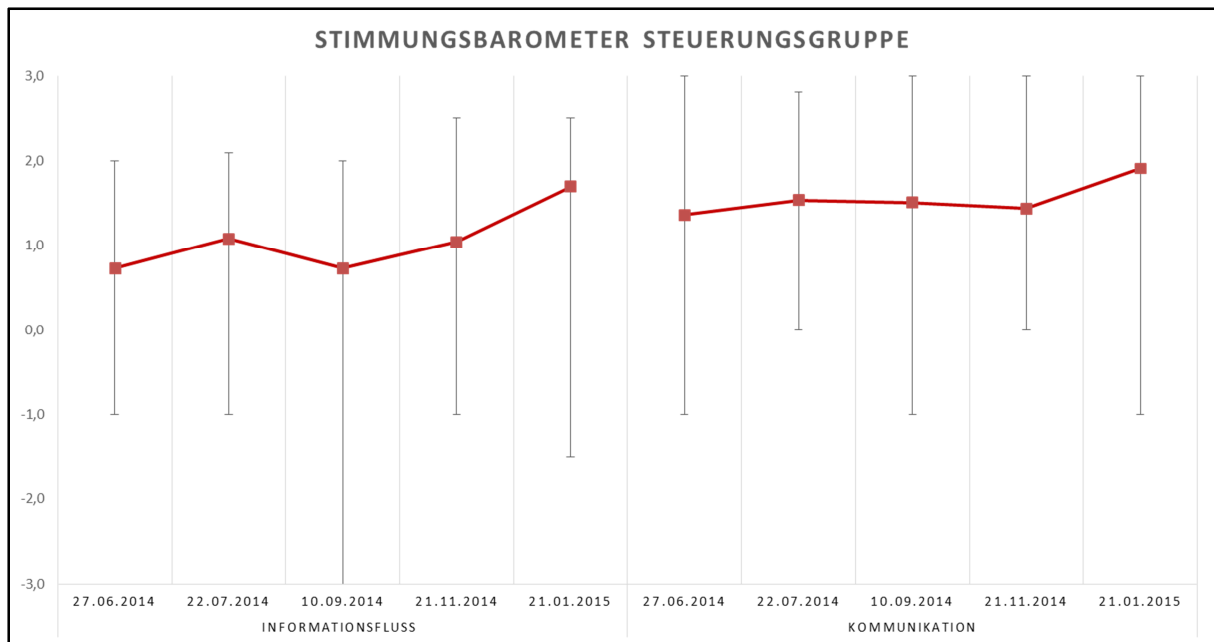


Abbildung 6: Stimmungsbarometer Informationsfluss und Kommunikation

Die Programmakzeptanz der LVGN wurde von allen Beteiligten der Projektarbeitsgruppe als hoch wahrgenommen. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass die Anweisungen an die Länder als Handlungsempfehlung und nicht starre Vorgabe formuliert wurden, damit diese über einen ausreichenden Gestaltungsspielraum verfügen und nicht der Eindruck einer Bevormundung vermittelt wird.

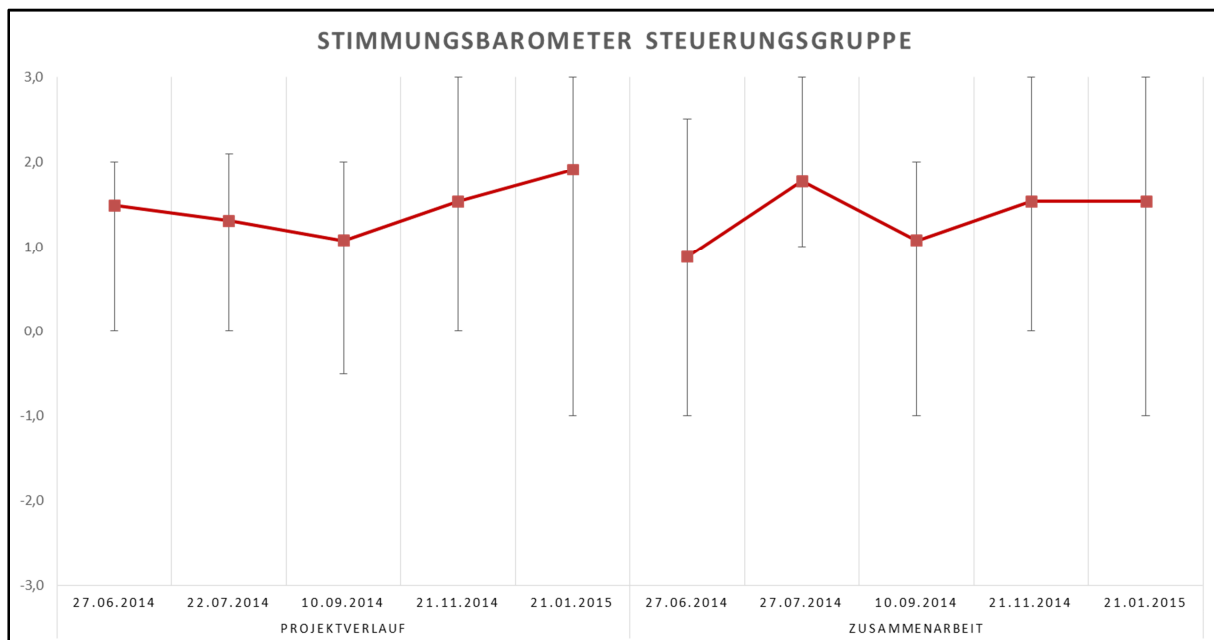


Abbildung 7: Stimmungsbarometer Projektverlauf und Zusammenarbeit

Neben den LVGN standen weitere Akteure im Fokus einzelner Teilprojekte. Die Ansprache und Erreichbarkeit im Rahmen der Bedarfserhebungen wurde bei privaten Trägern, insbesondere der Pflege, als sehr schwierig erlebt. Nur wenige Akteure aus diesem Feld konnten zur Teilnahme gewonnen werden. Ebenso bestanden Schwierigkeiten bei der Ansprache kirchlicher Träger. So stand beispielsweise die Jüdische Gemeinde für Interviews nicht zur Verfügung.

Die Aktivitäten im Rahmen der Teilprojekte wurden überwiegend im festgelegten Zeitplan durchgeführt. Regelmäßige Rückmeldungen und Statusberichte dienten zur Diskussion und Lösungsfindung bei identifizierten Problemen im Projektverlauf. Hierbei standen Herausforderungen rund um Abstimmungsbedarfe, Anknüpfungspunkte und Schnittstellen unterhalb der einzelnen Teilprojekte – insbesondere bei der Datenerhebung – im Vordergrund. Durch die ergriffenen Lösungsansätze ließen sich die Hürden beim Kommunikations- und Informationsfluss jedoch bis zum Ende des Projektes erfolgreich bewältigen.

Auch die Diskussion der Programmakzeptanz der LVGn und deren Partizipation bildeten einen wiederkehrenden Bestandteil der Sitzungen. Die von den LVGn im Rahmen der telefonischen Befragungen und anderen Gelegenheiten angegebenen positiven und negativen Aspekte wurden hierbei erörtert und auf mögliche Verbesserungsmöglichkeiten geprüft. Die insgesamt als hoch wahrgenommene Programmakzeptanz der LVGn wurde innerhalb der Arbeitsgruppe v. a. auf die niedrigschwelligen Handlungsempfehlungen und den großzügigen Handlungsspielraum der Institutionen zurückgeführt. Als problematisch erwies sich bei einzelnen Teilprojekten die Ansprache von weiteren Akteuren – insbesondere bei privaten Trägern von Pflegeeinrichtungen und kirchlichen Trägern.

5.3 Fazit der Prozessevaluation

Resümierend lässt sich festhalten, dass die Zielgruppen in den Bundesländern zu großen Teilen erreicht wurden. Die Auswertung der Ergebnisdokumentationen der Fokusgruppen und Regional Konferenzen zeigte auf, dass in beiden Fällen fast alle gewünschten Institutionen bzw. Akteure zur Teilnahme gewonnen werden konnten. Auch dass die Absagen einzelner Personen größtenteils auf nicht beeinflussbare Faktoren wie Terminkollisionen, Erkrankungen oder Personalengpässe zurückzuführen waren, spricht für eine gelungene Ansprache der Zielgruppen. Im Falle der Regionalkonferenzen wurde jedoch von einigen LVGn die Teilnahme von Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen vermisst, was womöglich auf den fehlenden Einbezug dieser Akteure in das Projekt zurückzuführen war. Im Zuge der Bedarfserhebung eines Teilprojektes konnten weiterhin einige Akteure, vor allem private Träger von Pflegeeinrichtungen und kirchliche Träger nicht zur Teilnahme gewonnen werden.

Anhand der Auswertungen der Ergebnisdokumentationen und den Teilnehmendenbefragungen der Regionalkonferenzen wurde ersichtlich, dass die einzelnen Akteurinnen und Akteure sowie Institutionen auf Landesebene das Projekt als positiv und sinnvoll für die Landschaft der Prävention und Gesundheitsförderung empfinden. Aufseiten der LVGn schwankte das Stimmungsbild im zeitlichen Verlauf. Während die Wirkung für die Praxis in der telefonischen Erstbefragung als sehr positiv eingeschätzt und u. a. die starke Praxisorientierung gelobt wurde, relativierte sich diese Einschätzung spätestens bis zur Abschlussbefragung. Hier wurden zwar die wichtigen Impulse für die Praxis betont, der Umstand, dass die Inhalte bisher nur theoretisch aufgearbeitet waren und lediglich eine Bestandsaufnahme darstellten, wurde jedoch vermehrt kritisiert. Des Weiteren äußerten einige LVGn im Anschluss an die Bundeskonferenz die Sorge, dass durch mangelnde personelle Ressourcen und fehlende finanzielle Unterstützung die Nachhaltigkeit des Projektes deutlich gefährdet sei. Im Zusammenhang mit den ebenfalls als intransparent wahrgenommenen Projektzielen ließen diese Kritikpunkte auf eine verbesserungswürdige Außendarstellung der Möglichkeiten und Grenzen des Projektes schließen.

Der partizipative Ansatz des Projektes, die Berücksichtigung der Bedarfe vor Ort und der weit gefasste Spielraum für die Länderaktivitäten kristallisierten sich als entscheidende Merkmale für die erfolgreiche Projektumsetzung heraus und wurden von vielen LVGn deutlich hervorgehoben. In diesem Zusammenhang erwies sich die Methode der Fokusgruppe rückblickend als geeignetes Format, um gemeinsam mit den lokalen Akteurinnen und Akteuren praxisrelevante Erkenntnisse zu generieren. Hierbei wurden die Angebote der Projektmitglieder wie z. B. die bereitgestellten Leitfäden zur Durchführung der Fokusgruppen von den LVGn als wertvolle Unterstützung erachtet. Das Onlineportal *inforo online* trug ebenfalls zu einer verbesserten Kommunikation im Zuge der Länderaktivitäten bei. Auch innerhalb der Projektarbeitsgruppe wurde die insgesamt als hoch wahrgenommene Programmakzeptanz der LVGn übereinstimmend auf deren weitreichende Autonomie bei der Projektumsetzung zurückgeführt.

Trotz dieses grundsätzlichen positiven Stimmungsbildes erlebten einzelne beteiligte LVGn die Partizipationsmöglichkeiten sowie die Diskussion- und Feedbackprozesse jedoch als unzureichend. Weiterhin wurde in Einzelfällen bemängelt, dass die LVGn nicht ausreichend an der Projektkonzeption und -steuerung beteiligt waren. Diese Kritik ist möglicherweise auch auf die Zusammensetzung der Projektarbeitsgruppe zurückzuführen, in welcher die Interessen aller LVGn stellvertretend von der LVG & AFS NDS e.V. und Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. vertreten wurden. Als ein wesentliches Hindernis bei der Projektumsetzung benannten die LVGn in den Telefoninterviews außerdem übereinstimmend den engen Zeitrahmen des Projektes. Häufig wurde hierbei gefordert, bei zukünftigen Projekten einen deutlich flexibleren und längerfristigen Zeitrahmen zu wählen. Auch innerhalb der Projektarbeitsgruppe wurde dieses Problem wiederholt thematisiert. Hierbei waren sich die Teilnehmenden einig, dass der enge zeitliche Rahmen und die Verzögerungen bei den Bewilligungen der Zuwendungen dazu führten, dass die aktive Mitwirkung einzelner LVGn gehemmt wurde und daher bei zukünftigen Projekten deutlich großzügiger gestaltet sein müsse.

Im Hinblick auf die Aktivitäten der Projektarbeitsgruppe zeigte sich, dass die geplanten Teilprojekte bis auf wenige Ausnahmen wie geplant umgesetzt werden konnten. Durch die Vielzahl der beteiligten Akteurinnen und Akteure und deren unterschiedliche Teilprojekte kam der internen Kommunikation innerhalb der Projektarbeitsgruppe eine bedeutende Rolle zu. In weiten Teilen gelang es, die Kommunikationsprozesse durch eindeutige Absprachen und Aufgabenbeschreibungen effektiv zu steuern. Die Grundlage hierfür boten die regelmäßigen Statusberichte der Teilprojekte im Rahmen der Projektarbeitssitzungen. Der Informationsfluss wurde jedoch mitunter durch intransparente Abläufe und mangelnde bzw. nicht immer eingehaltene Absprachen gehemmt. Ebenso waren die Kommunikationsprobleme nach außen sichtbar: So wurde in der telefonischen Abschlussbefragung der LVGn darauf hingewiesen, dass es im Rahmen der Bundeskonferenz bei den Ergebnispräsentationen zu viele Redundanzen gab, was auf einen mangelnden Austausch unter den Projektbeteiligten zurückgeführt wurde.

Um die genannten Kritikpunkte aufzugreifen und den Prozess des Projektes weiterzuentwickeln, wurden die regelmäßig erhobenen Stimmungsbilder dazu genutzt, eine offene Diskussion über verbesserungswürdige Kommunikationsprozesse unter den Projektpartnern anzuregen. So konnte diesen Schwierigkeiten zumindest innerhalb der Projektgruppe erfolgreich entgegengewirkt werden, wie die ansteigenden Werte auf den Bewertungsskalen der Stimmungsbarometer zum Ende des Projektes zeigen.

Literatur

- Ackermann, G., Studer, H. & Ruckstuhl, B. (2009). Quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In P. Kolip & V. E. Müller (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 137-156). Bern: Verlag Hans Huber.
- Arbeitskreis Qualitätsentwicklung (2011). Positionspapier des Arbeitskreises Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung vom 15.2.2011. MS, nicht veröffentlicht.
- Block, M., Bach, M. & Wright, M. (2010). Partizipative Workshops. In M. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 109-124). Bern: Verlag Hans Huber.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (S. 61-98). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brüsemeister, T. (2008). *Qualitative Forschung. Ein Überblick*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- BT-Drs. 640/14 (2014). Drucksache des Deutschen Bundestages 640/14 vom 29.12.2014. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2014). *Das CompHP-Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung. Kernkompetenzen. Professionelle Standards - Akkreditierung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2015). *Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Sonderheft*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Christiansen, G. (1999). *Evaluation - Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 8*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Christmann, G. B. (2009). Telefonische Experteninterviews - ein schwieriges Unterfangen. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder* (S. 197-222). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, S. 166-203.
- Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (2009). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In E. v. Kardoff, I. Steinke & U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 13-29). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verlag.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010*. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014*. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Heinmüller, M., Liel, K., Angerer, P., Gündel, H., Geldermann, B., Gottwald, M., Kimil, A. & Limm, H. (2014). Gesundheits-Coaching in der Arbeitsmarktintegration – Evaluation eines Qualifizierungskonzepts. *Gesundheitswesen*, 76, 151-159.
- Helou, A., Schwartz, F.W. & Ollenschläger, G. (2002). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 45 (3), S. 205-214.

- Kirkpatrick, D. L. (1996). Evaluation. In R. L. Craig (Hrsg.), *The ASTD Training and Development Handbook. A Guide to Human Resource Development* (S. 294-312). 4. Aufl., New York [u.a.]: McGraw-Hill.
- Kliche, T., Elsholz, A., Escher, C., Weitkamp, K., Töppich, J. & Koch, U. (2009). Anforderungen an Qualitätssicherungsverfahren für Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Expertenbefragung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 251-258.
- Kolip, P. & Müller, V. E. (2009). Evaluation und Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention: Zentrale Fragen, vielfältige Antworten. In P. Kolip & V. E. Müller (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 7-20). Bern: Verlag Hans Huber.
- Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1 (4), 234-239.
- Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B. & Studer, H. (2012). *Gesundheitsförderung mit System. Quintessenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kruse J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.) (2011). *Qualitätsinstrumente in Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für Praktiker in Nordrhein-Westfalen. LIGA.Praxis 8*. Verfügbar: https://www.lzg.nrw.de/media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_8_qualitaetswegweiser.pdf (12.03.2015).
- Loss, J., Eichhorn, C., Reising, V., Wildner, M. & Nagel, E. (2007). Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstrumentes für eine landesweite Gesundheitsinitiative. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2 (4), 199-206.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Merkator, N. & Welger, A. (2013). Neue Formen der Qualitätssicherung – dialogische Evaluation in Lehre und Studium. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung (ZFHE)*. 8 (2). Verfügbar: <http://www.zfhe.at/index.php/zfhe/article/view/510/547> (13.04.2015).
- Opendakker, R. (2006). Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research. *Forum: Qualitative Sozialforschung (FQS)*, 7 (4), Art. 11. Verfügbar: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0604118> (13.04.2015).
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*, 57 (3), S. 140-144.
- Rosenbrock, R. (2004) Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 71-80.
- Ruckstuhl, B. (2009). Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In P. Kolip & V. E. Müller (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 75-95). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzwiller, F. (2001). Qualitätsparameter in der Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 38-50). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001a). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001. Bundestagsdrucksache, 14/5660*.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001b). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II. Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001. Bundestagsdrucksache, 14/5661*.

- So-Barazetti (2006). Evaluationsbericht. Quint-essenz. Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. Eine Evaluation im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz und in Zusammenarbeit mit der Universität Genf. Lausanne: Université de Genève.
- Tempel, N., Bödeker, M., Reker, N., Schaefer, I., Klärs, G. & Kolip, P. (2013). Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Töppich, J. & Linden, S. (2011). Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung (S. 472-475). Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Wright, M. T. (Hrsg.) (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wright, M.T., Block, M. & von Unger, H. (2009). Partizipativen Qualitätsentwicklung. In P. Kolip & V. E. Müller (Hrsg.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention (S. 157-175). Bern: Verlag Hans Huber.
- Wroblewski, A. & Leitner, A. (2009). Zwischen Wissenschaftlichkeitsstandards und Effizienzanforderungen. ExpertInneninterviews in der Praxis der Maßnahmenevaluation. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder (S. 259-276). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Anhang

A1: Interviewleitfäden

Befragung der Entwickler/-innen von generischen Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung

1. Themenblock: Einführung in das Interview

Basierend auf dem Positionspapier des Arbeitskreises Qualitätsentwicklung fördert die BZgA das Projekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“. Ziel ist es, das Thema Qualitätsentwicklung und -sicherung in Deutschland voranzutreiben und den Praktiker/inne/n eine kompetente Beratung anzubieten.

In diesem Zuge wurden die Universität Bielefeld u. a. damit beauftragt, ein Multiplikatorenkonzept zu entwickeln. Der Multiplikator soll zunächst auf Landesebene verortet sein und als Beratung für die Praxis zur Verfügung stehen. Damit soll u. a. der Transfer von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung in die Praxis zu verbessert werden. In diesem Multiplikatorenkonzept sollen sowohl die Bedürfnisse der Praktiker als auch die bundeslandspezifischen Strukturen berücksichtigt werden. Außerdem soll das Konzept nicht nur theoretische Grundlagen, sondern Strategien des Praxistransfers bereithalten. Aus diesem Grund haben wir qualitative Befragungen mit verschiedenen Akteursgruppen geplant. An dieser Stelle noch einmal recht herzlichen Dank für Ihre Beteiligung

Bitte erzählen Sie uns alles, was für Sie relevant und wichtig ist. Wir haben da keine bestimmten Erwartungen und alles, was Sie sagen, bleibt streng vertraulich. In unserem Gespräch soll es heute vor allem um ihre Erfahrungen und Einschätzungen gehen.

Bevor es losgeht: Sind Sie damit einverstanden, dass ich das Interview für Auswertungszwecke aufzeichne?

2. Themenblock: Konzept der bisherigen Qualifizierungsmaßnahmen

2.1: Verbreitungskanäle

Leitfrage

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie Sie und Ihr Team auf das Konzept der Partizipativen Qualitätsentwicklung aufmerksam machen.

Können Sie zu Beginn des Interviews bitte diese Möglichkeiten benennen und erläutern?

| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
|---------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Wie schätzen Sie diese Verbreitungskanäle ein? • Welcher dieser Verbreitungswege ist aus Ihrer Sicht der Wichtigste? • Kommen die Praktiker von sich aus auf Sie zu oder sprechen Sie die Praktiker/innen aktiv an? |

| 2. Themenblock: Konzept der bisherigen Qualifizierungsmaßnahmen | |
|--|--|
| 2.1: Planung von Qualifizierungsmaßnahmen | |
| Leitfrage | |
| Wie sind Sie bei der Konzipierung der Fortbildung für Ihr Qualitätsinstrument/-verfahren vorgegangen? Alternativ: Zu Beginn des Interviews möchte ich Sie bitten, zu beschreiben, wie der Transfer Ihres Instrumentes/Ihres Verfahrens zur Qualitätsentwicklung und -sicherung erfolgt? | |
| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
| Organisation und Gestaltung der Qualifizierungsmaßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Nach welchen Aspekten/Gründen haben Sie Ihre Schulung gestaltet? <ul style="list-style-type: none"> • Wer sind die Praktiker/innen, die teilnehmen? (Setting, Ausbildungshintergrund, ...) • Haben Sie versucht, eine homogene Teilnehmergruppe zu formen? • Gibt es Unterschiede in den Abläufen bei unterschiedlichen Teilnehmergruppen? • Wie haben Sie entschieden, welche Bausteine in welcher Reihenfolge eingeführt werden sollen? • Gab es vorab die Möglichkeit, ihr entwickeltes Konzept zur Diskussion zu stellen (mit der Zielgruppe, mit anderen „Entwicklern“, Akteurinnen und Akteuren)? • Welche zeitlichen und finanziellen Ressourcen werden durch die Schulung in Anspruch genommen? |
| Anpassung der Schulungsinhalte an die Bedürfnisse der Teilnehmer/innen im Prozess | <ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie, seitdem Sie die Schulung anbieten, den Ablauf geändert? (→ <i>Gründe!!!</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, was war der Anlass dafür? • Wenn nein, gab es keinen Anlass, keine Ressourcen, ...? |

| 2. Themenblock: Konzept der bisherigen Qualifizierungsmaßnahmen | |
|---|--|
| 2.2: Erfahrungen aus den bisherigen Qualifizierungsmaßnahmen | |
| Leitfrage | |
| Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit den Schulungen gesammelt? | |
| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
| Nachfrage der Schulungen/ Interesse der Praktiker/-innen | <ul style="list-style-type: none"> • Wie ist es bislang dazu gekommen, dass Schulungstermine stattgefunden haben? Auf wessen Initiative hin? |
| Inanspruchnahme des bisherigen Schulungsangebotes | <ul style="list-style-type: none"> • Wie werden die Schulungen derzeit in Anspruch genommen? <ul style="list-style-type: none"> • Wie oft finden Schulungen statt? • Wer bietet sie an? • Gibt es Praktiker/innen, die wiederholt an Ihren Schulungen teilgenommen haben? <ul style="list-style-type: none"> • Kennen Sie die Gründe dafür? • Lassen sich diese Praktiker/innen einer Gruppen zuordnen? (Bestimmtes Setting, etc.) |
| Einschätzung der Ist-Situation (während der Schulungen) | <ul style="list-style-type: none"> • Welche Probleme sind bei den Schulungen aufgetreten? Welche Probleme haben Sie wahrgenommen? • Was ist aus Ihrer Sicht gut in den Schulungen angekommen? |
| Veränderung der Schulungszahl über den zeitlichen Verlauf hinweg | <ul style="list-style-type: none"> • Hat sich seit dem Entwicklungsende des Instruments/des Verfahrens die Anzahl der Schulungsmaßnahmen geändert? <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, woran liegt das möglicherweise? • Wenn nein, wie ist es gelungen die Schulungen zahlenmäßig aufrechtzuerhalten? (Ressourcen, etc.) • Wie bewerten Sie diese Entwicklung? |

| 2. Themenblock: Konzept der bisherigen Qualifizierungsmaßnahmen | |
|--|--|
| 2.3: Materialien | |
| Leitfrage | |
| Welche weiteren Materialien existieren zur Unterstützung der Praktiker/innen (Leitfäden, Internetseiten, Handbücher, ...)? | |
| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
| Integration der Materialien in das Schulungsangebot | <ul style="list-style-type: none"> • Werden diese Materialien in Verbindung mit der Schulung ausgehändigt oder sind sie auch zur Selbstaneignung gedacht? |
| Nutzung der verfügbaren Materialien | <ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie einen Überblick darüber, wie diese Materialien in der Praxis umgesetzt werden? <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie einschätzen, inwiefern diese überhaupt genutzt werden und somit den Transfer unterstützen? • Haben Sie Feedbackschleifen zu den Materialien? <ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern? • Aus welchen Gründen ist dies nicht möglich/wird dies nicht benötigt? |

| 2. Themenblock: Konzept der bisherigen Qualifizierungsmaßnahmen | |
|---|--|
| 2.4: Zusammenfassung/Resümee | |
| Leitfrage | |
| Wenn Sie ein Konzept zur Einführung und Anwendung Ihres Instruments in der Praxis aktuell neu entwickeln würde, was würden Sie nun anders machen? | |

| 3. Themenblock: Bisheriger Transfer in die Praxis | |
|---|--|
| 3.1: Bezug zum eigenen Instrument/Verfahren | |
| Leitfrage | |
| Inwieweit können Sie als Anbieter nachverfolgen, in welchem Umfang die Schulungsinhalte in der Praxis tatsächlich umgesetzt werden? | |
| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
| Gestaltung der bisherigen Unterstützung für Praktiker/innen | <ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern ist es Ihnen möglich den Teilnehmer/innen/n nach der Fortbildung weiterhin Unterstützung für die Umsetzung im Praxisalltag anzubieten? (Beratung vor Ort, Internetportale, Netzwerke) <ul style="list-style-type: none"> • Ja, inwiefern? <ul style="list-style-type: none"> • Wie sieht diese Unterstützung konkret aus? • Von welcher Seite wird sie angefordert? • Nein, was sind Gründe, dass dies nicht geschieht? <ul style="list-style-type: none"> • Welche Barrieren bestehen diesbezüglich auf Seiten des Anbieters, auf Seiten der Praktiker? • Gibt es Unterschiede bei verschiedenen „Begleitungsformen“ (Beratung vor Ort vs. Internetportal/-information)? • Welche Unterstützung in der Praxis wäre wünschenswert, kann jedoch zum Beispiel aus zeitlichen Gründen nicht gewährleistet werden? |

| 3. Themenblock: Bisheriger Transfer in die Praxis | |
|--|---|
| 3.2: Bezug zum Allgemeinen | |
| Leitfrage | |
| Ihrer Einschätzung zufolge: Woran mangelt es bisher, dass Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung nicht den Weg in die Praxis finden bzw. von Praktikern nicht umfassend eingesetzt werden? Welche „Transferbarrieren“ sehen Sie? | |
| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
| Transferbarrieren/-bedingungen auf Seiten der: <ul style="list-style-type: none"> • Entwickler/Anbieter • Praktiker/innen Handlungsmöglichkeiten der Entwickler/Anbieter | <ul style="list-style-type: none"> • Was müsste ein Konzept für den Transfer unbedingt berücksichtigen? • Was sind Voraussetzungen, dass ein Transfer in die Praxis gelingt? <ul style="list-style-type: none"> • Welche Rückmeldungen haben Sie von Praktikern, die an Ihrer Fortbildung teilgenommen haben, bisher erhalten? • In welcher Rolle/Verantwortung sehen Sie sich bei dem Praxistransfer? Welche Möglichkeiten gibt es auf Ihrer Seite? • Welche Einschränkungen bestehen? |
| Relevanz lokaler Logiken und Praxisalltag | <ul style="list-style-type: none"> • Kennen Sie ein Beispiel, wo der Transfer besonders gut geglückt ist? <ul style="list-style-type: none"> • In welchem Umfang ist der Transfer geglückt? • Was sind Gründe, dass dies nicht vollständig gelungen ist? • Welche Aspekte waren aus Ihrer Sicht dafür verantwortlich, dass der Transfer bei diesem Beispiel geklappt hat? |

| 4. Themenblock: Erwartungen und Beteiligung an das/dem Multiplikatorenkonzept | |
|--|---|
| Leitfrage | |
| Mit den bisher genannten Überlegungen, welche Aspekte die Anwendung der Instrumente und Verfahren der QE/QS in der Praxis behindern: Was braucht es Ihrer Meinung nach, um bzw. auch andere Instrumente und Verfahren der Praxis zugänglicher zu machen? | |
| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
| Unterstützungsbedarf | <ul style="list-style-type: none"> • Was bräuchte es, um eine bessere Übersicht über die verfügbaren Instrumente und Verfahren zu ermöglichen? • Haben Sie Ideen, wie könnte dies gelingen? An welche Wege denken Sie? (Internet, Beratung) • Was braucht es dafür? • Braucht es mehr Fortbildungen? • Was fehlt diesbezüglich? (Mehr Orientierung für die Praxis)? • Wie kann es gelingen, die Fortbildungen praxisorientierter zu gestalten? • Braucht es Beratungsstrukturen? Wie könnten diese aussehen? |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Wir planen mit unserem Multiplikatorenkonzept entsprechende Personen zu qualifizieren, die als Berater für Praktiker zur Verfügung stehen. Dabei möchten wir bei der Entwicklung untersch. Perspektiven berücksichtigen, wie u. a. Ihre Sichtweise. Deswegen möchte ich mit Ihnen darüber sprechen, welche Aufgaben ein solcher Multiplikator übernehmen könnte <ul style="list-style-type: none"> • Was sollte eine solche Beratungsinstanz leisten können? • Welche Aufgaben sollt der M übernehmen? • Gibt es aus Ihrer Sicht bereits Strukturen, wo ein solcher M verortet sein könnte? |
| Beteiligung am Multiplikatorenkonzept | <ul style="list-style-type: none"> • In welcher Weise möchten Sie in ein solches Multiplikatorenkonzept eingebunden werden? • Wie wünschen Sie sich den Kontakt zu den Multiplikatoren, die wir mit unserem Konzept schulen möchten? • Wir entwickeln mit unserem Projektpartner Gesundheit Berlin-Brandenburg auf dem Internetportal inforo online eine Plattform zur Vernetzung, zum Wissenstransfer und Austausch zum Thema Qualitätsentwicklung. Inwiefern können Sie sich vorstellen, diese Seite zu nutzen? <ul style="list-style-type: none"> • Es gibt Überlegungen, auf dieser Internetseite Visitenkarten der Instrumente anzubieten, um den Praktikern überblicksartig inhaltliche Informationen und Kontaktmöglichkeiten anzubieten. Inwiefern könnten Sie sich vorstellen, dort aufgeführt zu werden? Bzw. wie würden Sie eine solche Seite nutzen? • Können Sie sich vorstellen, den von Ihnen durchgeführten Workshop im Zuge des Multiplikatorenkonzeptes anzubieten? <ul style="list-style-type: none"> • Welchen Aufwand würde das für Sie bedeuten? • Welche Ressourcen wären künftig pro Schulung erforderlich (Zeit/Geld, max. Teilnehmerzahl)? |

| 5. Themenblock: Zusammenfassung und Schluss | |
|--|---|
| Leitfrage | |
| Zum Ende des Interviews möchte ich Sie bitten, noch einmal zu reflektieren, was die wesentlichen Voraussetzungen dafür sind, dass ein Transfer in die Praxis besser gelingt. (Entweder nur mit Blick auf das eigene Instrument oder im Allgemeinen) | |
| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Welchen Nutzen kann aus Ihrer Sicht ein Multiplikatorenkonzept erbringen? • Wo liegen besondere Herausforderungen/Schwierigkeiten? |

Erstbefragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

1. Themenblock: Einführung in das Interview

Das von der BZgA geförderte Projekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität“ beinhaltet verschiedene Teilprojekte. Sie als Landesvereinigung sind ja u. a. mit der Planung und Durchführung von Fokusgruppen und einer Regionalkonferenz beauftragt.

Die Universität Bielefeld ist ebenfalls mit einem Teilprojekt beteiligt, welches drei Arbeitsaufträge umfasst. Dazu gibt es eine Arbeitsbeschreibung, die ich bei dem Treffen der Landesvereinigungen am 31.07.2014 vorgestellt habe.

In dem heutigen Interview soll es darum gehen, welche Aktivitäten Ihre LVG im Bereich Qualität, Qualitätsentwicklung und -sicherung durchführt, wie Sie bisher die Anwendung von Instrumenten und Verfahren der QE/QS im Bereich der Gesundheitsförderung einschätzen und wo Sie sich Unterstützung wünschen, wenn es darum geht, das Thema Q, QE/QS in die Praxis zu tragen.

An dieser Stelle nochmals vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an dem Interview teilzunehmen. Es ist uns wichtig, dass Sie alle für Sie relevanten Aspekte ansprechen und Ihre Erfahrungen und Einschätzungen mit uns teilen.

Bevor es losgeht: Sind Sie damit einverstanden, dass ich das Interview für Auswertungszwecke aufzeichne?

2. Themenblock: Bestandsaufnahme der bisherigen Qualitätssicherungsaktivitäten

2.1: Strukturen und Aktivitäten

Leitfrage

In den letzten Jahren, hat sich der Bereich der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention in vielfältiger Weise entwickelt. Bitte erzählen Sie zunächst, welche konkreten Arbeitsansätze Sie in diesem Bereich verfolgen?

Was wird gemacht? Was ist geplant?

| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
|---|--|
| Bestand bisheriger Fortbildungsangebote <ul style="list-style-type: none"> • Instrumente der Qualitätssicherung • Bediente Settings Entscheidung, für welche Instrumente eine Fortbildung angeboten wird Weitere „Qualitätsangebote“ | <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es bestimmte Fortbildungsprogramme/-reihen? <ul style="list-style-type: none"> • Welche Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung werden dort angesprochen/angeboten? • Wie kam es zu dieser Auswahl an Instrumenten und Verfahren? (z. B. Erfahrungen, dass diese eher den Weg in die Praxis finden) • Gibt es Qualitätsangebote zur Arbeit in bestimmten Settings? <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, welche Settings betrifft das? • Was sind Gründe für diese Auswahl an Settings? • Ist der Bedarf da, auch was für die anderen Settings anzubieten? • Welche Ressourcen werden dafür benötigt? |
| Strukturen/ Bisherige Zuständigkeiten in der LVG Andere Akteure auf Länderebene | <ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern werden Sie als LVG von Praktiker/inne/n angefragt, wenn diese Informationen zum Thema Qualität suchen? <ul style="list-style-type: none"> • Wie sieht das beim Fortbildungsbedarf aus? • Gibt es auf Länderebene anderen Akteurinnen und Akteure, die Praktiker/innen ansprechen? • An wen können sich Praktiker/innen, die sich zum Thema Qualitätssicherung informieren und fortbilden möchten, wenden? <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es eine feste Anlaufstelle bei Ihnen in der LVG? • Gibt es Unterschiede, welche Stellen bei Ihnen der LVG verantwortlich sind? (bspw. abhängig vom Setting?) • Wohin werden interessierte Praktiker/innen vermittelt? (Bedient die LVG alle Anfragen, gibt es ggf. an externe Stellen??) |
| Inanspruchnahme der Fortbildungsangebote durch Praktiker/-innen Veränderungen der Nachfrage über die Zeit Teilnehmeranreize | <ul style="list-style-type: none"> • Wie werden die Aktivitäten (z. B. Fortbildungsangebote, Beratungen vor Ort) in Anspruch genommen? <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es bestimmte Instrumente der Qualitätssicherung, die besonders häufig nachgefragt werden (im Vergleich zu anderen)? Woran könnte dies aus Ihrer Sicht liegen? • Gibt es bestimmte Gruppen von Praktiker/inne/n, die regelmäßig an Ihren Fortbildungen teilnehmen? • Welche Teilnehmergruppen haben Sie bislang nicht so gut erreichen können? • Gibt es Veränderung in der Inanspruchnahme seitdem sie diese(s) Fortbildung(s)programm) anbieten? <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wie sehen diese aus? |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie sich möglich Gründe für diese Entwicklung vorstellen? • Wenn nein, wie ist Ihrer LVG gelungen, dass die Inanspruchnahme der Fortbildungsangebote ohne Veränderung weiterhin genutzt werden? • Gibt es bestimmte Teilnehmeranreize (bspw. fortlaufende Betreuung vor Ort, Flexibilität, wenn Anfragen von Praktiker/inne/n reinkommen)? |
|--|---|

2. Themenblock: Bestandsaufnahme der bisherigen Qualitätssicherungsaktivitäten

2.2: Organisation der Fortbildungen/Strukturen bzw. personelle/finanzielle Ressourcen

Leitfrage

Könnten Sie bitte schildern, wie bei Ihnen in der LVG derzeit die Fortbildungen arbeitsmäßig organisiert werden?

| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
|---|--|
| Organisation von Fortbildungen <ul style="list-style-type: none"> • Verantwortlichkeiten innerhalb der LVG • Möglichkeiten für Fortbildungen Auftretenden Kosten, die auch in einem Multiplikatorenkonzept berücksichtigt werden sollten bzw. eher deren Finanzierbarkeit | <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es eine feste Stelle, die die Organisation übernimmt? • Wer führt die Schulungen durch? (Eigene Mitarbeiter, externe/r Expertin/Experte, Entwickler/in des Instruments) <ul style="list-style-type: none"> • Was sind Gründe für externe Schulende? <ul style="list-style-type: none"> • Wird ein Externer positiver wahrgenommen? • Könnte ein Multiplikator diese Aufgabe übernehmen? • Wo finden die Schulungen statt? <ul style="list-style-type: none"> • Wie wird festgelegt, wo sie stattfinden sollen? • Werden sie regelmäßig wiederholt? • Wie werden diese Fortbildungsangebote finanziert? (Teilnehmerbeiträge, Projektmittel, andere Mittel, die zur Verfügung gestellt werden) |

3. Themenblock: Ermittlung von Unterstützungsbedarf

Leitfrage

In welcher Weise sollte die Unterstützung von Praxispartnern im Hinblick auf die Anwendung von Verfahren und Methoden der Qualitätsentwicklung künftig weiter entwickelt werden?

| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
|--|---|
| Bereits angewendete Transferstrategien „Guter Transfer“ | <ul style="list-style-type: none"> • Was gelingt aus Ihrer Sicht bereits jetzt schon besonders gut, wenn es darum geht, Praktikerinnen bei der Qualitätsentwicklung und -sicherung zu unterstützen? • Fallen Ihnen Beispiele ein, bei denen die Anwendung eines Instruments oder Verfahrens gut geklappt hat? • Was hat aus Ihrer Sicht dazu geführt, dass in diesem Beispiel die Anwendung geklappt hat? • Woran ist aus Ihrer Sicht zu erkennen, ob eine Anwendung eines Instruments oder eines Verfahrens gelungen ist? (Gibt es weiterhin Kontakt zu den entsprechenden Praktiker/inne/n?) |
| Transferbarrieren Unterschiede bei den verwendeten Instrumenten zur Qualitätssicherung | <ul style="list-style-type: none"> • Wo sehen Sie Hindernisse für die Anwendung von Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Praxis? • Gibt es Unterschiede zwischen den Instrumenten und Methoden für die Qualitätsentwicklung? <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Instrumente, bei denen die Anwendung in der Praxis eher begünstigt wird durch die Fortbildungen? • Woran fehlt es Instrumenten, bei denen der Transfer momentan eher problematisch/schwieriger ist? Was sind Gründe, dass der Praxis-transfer bei diesen Instrumenten schwerer fällt? • Welche Aspekte/Faktoren begünstigen den Transfer von Instrumenten der Qualitätssicherung in die Praxis? |
| Rolle der LVG beim Praxis-transfer Unterstützungsbedarf auf Seiten der LVG → Möglicher Ansatzpunkt für Multiplikator/inn/en | <ul style="list-style-type: none"> • Welche Rolle würden Sie sich wünschen, die von der LVG künftig übernommen werden soll? • Wie kann die LVG die Praktiker/innen dahingehend noch besser als bisher unterstützen, dass diese Instrumente und Verfahren der QE/QS anwenden? |

| 4. Themenblock: Bewertung des Gesamtprojektes und Evaluation | |
|--|--|
| Leitfrage | |
| Kernanliegen des jetzt von der BZgA geförderten Projektes ist es, die Umsetzung und Anwendung von Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Praxis voran zu bringen. Was denken Sie, wie gut ist dieses Projekt dafür geeignet? | |
| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
| Einschätzung zum Gesamtprojekt/Bedürfnisse Hindernisse für die Beteiligung | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Was gefällt Ihnen an dem Projekt besonders gut? ▪ Was hätten Sie anders gemacht? <p>Aus welchen Gründen haben Sie sich selbst an dem Projekt beteiligt? Unter welchen Voraussetzungen hätten Sie sich noch stärker an dem Projekt beteiligen können?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In welcher Weise? ▪ Welche Wirkungen erwarten Sie von dem Projekt? |
| Programmakzeptanz/Bedürfnisse | <ul style="list-style-type: none"> • Wenn Sie selbst aufgefordert würden, ein Projekt für die Förderung der Qualitätsentwicklung und -sicherung in den Ländern zu entwickeln. Wie wären Sie dabei vorgegangen? • Welche zentralen Partner hätten Sie in dieses Projekt einbezogen? |
| Programmumsetzung/ Erreichbarkeit der Ansprechpartner in den Bundesländern | <ul style="list-style-type: none"> • Im Zuge des Projektes haben Sie als LVG verschiedene Aufgaben, u.a. die Durchführung von Fokusgruppen und Regionalkonferenzen übernommen. Haben sich diese Aufgaben bis lang wie geplant umsetzen lassen? • Wobei sind Schwierigkeiten aufgetreten und wie haben Sie diese gelöst? • Wie gut haben Sie die Praxispartner in Ihrem Bundesland für die Mitarbeit in dem Projekt gewinnen können? • Und wen konnten Sie nicht erreichen? Was meinen Sie, woran lag das? • Wie hätte man Sie noch besser bei der Umsetzung Ihrer Aufgaben unterstützen können? |

| 5. Themenblock: Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept | |
|---|---|
| Leitfrage | |
| <p>In dem Interview haben wir bisher darüber gesprochen, welche Aktivitäten Sie bzw. die LVG zum Thema Qualität und Qualitätsentwicklung durchführt, welche Angebote für die Praktiker/innen zur Verfügung stehen und welche Aspekte aus Ihrer Sicht die Anwendung von Instrumenten und Verfahren von QE/QS in der Praxis hemmen oder fördern.</p> <p>Es ist uns aber auch ein Anliegen mit Ihnen darüber zu sprechen, inwiefern Sie sich als Vertreter der LVG Unterstützung wünschen? Wie kann diese aussehen? Was wünschen Sie sich, um Praktiker/innen bei der Qualitätsentwicklung unterstützen zu können?</p> | |
| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
| Einführung in das Multiplikatorenkonzept | <ul style="list-style-type: none"> • Im Zuge des Projektes soll ein Konzept entwickelt werden, mit dem Multiplikatoren geschult werden, die eingesetzt werden sollen, um Strukturen für die QE/QS zu erweitern und die Anwendung von Instrumenten der Qualitätssicherung in die Praxis unterstützen. • Aus Ihrer Perspektive als Vertreter/in der LVG: Wie können Sie sich vorstellen, einen solchen M einzusetzen? Wie könnte ein M Sie und Ihre Mitarbeiter unterstützen? <ul style="list-style-type: none"> • Wo sollte ein solcher M örtlich verankert sein? |
| Erwartungen <ul style="list-style-type: none"> • „Must have “ • „Don't need“ | <ul style="list-style-type: none"> • Welche Aufgaben sollte ein solcher M übernehmen? • Über welche Fähigkeiten/Kompetenzen sollte ein M verfügen? • Welche Gründe gibt es für diese Einschätzung? • Welche Aspekte sind aus Ihrer Sicht weniger relevant für ein Multiplikatorenkonzept? <ul style="list-style-type: none"> • Welche Gründe gibt es für diese Einschätzung? • Wer kommt aus Ihrer Sicht in Frage, eine solche Multiplikatorenrolle zu übernehmen? |
| Beteiligung am Multiplikatorenkonzept | <ul style="list-style-type: none"> • In welcher Weise möchten Sie als LVG in das Multiplikatorenkonzept eingebunden werden? • Gibt es Stellen/Positionen in ihrer LVG, die sich für Multiplikatorenschulung eignen würden? <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wo sind diese verortet? Mit welchem Umfang? Sind sie bereits aktiv? Wie sieht dort bisher der Kontakt zur Praxis aus? (Regelmäßige Kontakte, „Beratung vor Ort“) • Wenn nein, wie könnte es aus Ihrer Sicht gelingen, eine solche Stelle zu schaffen? • Was könnten Herausforderungen sein, die neue Stelle zu schaffen? <ul style="list-style-type: none"> • Wo könnte eine solche Stelle sonst außerhalb der LVG geschaffen werden? („Kommunale Gesundheitslotsen“) • Bedarf es generell weiterer Multiplikatoren, die außerhalb der LVG aktiv/verortet sind? |

| 6. Themenblock: Zusammenfassung und Schluss | |
|--|--|
| Leitfrage | |
| <p>Zum Ende dieses Interviews möchte ich Sie als Vertreter/in der LVG darum bitten, noch einmal zusammenzufassen, was aus Ihrer Sicht die bisherige Arbeit Ihrer LVG in Bezug auf die Qualitätssicherung ausmacht?</p> | |
| Inhaltliche Aspekte | Nachfragen |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Was läuft gut? • Was können Sie sich vorstellen, dass in Zukunft mehr passiert? • Welche Transferbarrieren sind aus Ihrer Sicht die zentral? /schränken aus Ihrer Sicht den Transfer am meisten ein? <ul style="list-style-type: none"> • Welcher Maßnahmen bedarf es, um diesen Barrieren zu begegnen? • Welchen Barrieren kann aus Ihrer Sicht mit einem Multiplikatorenkonzept wahrscheinlich nicht begegnet werden? |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Welchen Nutzen kann aus Ihrer Sicht ein Multiplikatorenkonzept erbringen? • Wo liegen besondere Herausforderungen/Schwierigkeiten? |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie noch weitere Aspekte, die bisher noch nicht angesprochen wurden, für Sie aber relevant sind? |

Abschlussbefragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

| Themenblock 1: Einschätzung des Multiplikatorenkonzeptes | Zeitangabe |
|--|------------|
| <p>In der vergangenen Woche haben wir Ihnen eine Beschreibung des Multiplikatorenkonzeptes zugeschickt, das wir im Auftrag der BZgA entwickelt haben, um QE/QS in der Praxis der Gesundheitsförderung voranzubringen.</p> <p>Wir haben diesem Konzept das mit Ihnen geführte Interview und auch die Ergebnisse der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen zugrunde gelegt.</p> <p>Nun ist uns natürlich daran gelegen zu erfahren, inwieweit es uns gelungen ist, mit dem Konzept Ihren Bedarf und Ihre Bedürfnissen abzubilden. Wir möchten die Ergebnisse des heutigen Gesprächs nutzen, das Konzept zu überarbeiten.</p> <p>Dürfte ich das Gespräch für Auswertungszwecke aufzeichnen?</p> <p>Vielleicht haben Sie sich inzwischen auch mit ihren Kolleg/-inn/-en in der LVG über das Konzept unterhalten und mögen nun einfach mal erzählen, wie Sie das Konzept einschätzen. Welche Anregungen haben Sie für uns?</p> | |
| NOTIZEN | |

| Themenblock 1: Einschätzung des Multiplikatorenkonzeptes | Zeitangabe |
|---|------------|
| <p>In dem aktuellen Entwurf des Multiplikatorenkonzeptes ist eine Bund-Länderstruktur vorgesehen. Wie schätzen Sie diese Aufteilung der Aufgaben/diese Struktur ein (also die Unterscheidung zwischen einer Stelle auf Bundesebene und den Stellen auf Landesebene)?</p> <p>(Der/die Interviewte soll hier im besten Fall eine Bewertung der Struktur vornehmen und im Anschluss bzw. in der Begründung seiner Antwort auf die einzelnen Bausteine zu sprechen kommen.) NACHFRAGEN AUF DEN FOLGENDEN SEITEN BEACHTEN!!!</p> | |
| NOTIZEN | |

| Themenblock 1: Einschätzung des Multiplikatorenkonzeptes | Zeitangabe |
|---|------------|
| <p>Nachfragen zur Struktur der Bundesebene:</p> <p>Für die Stelle auf Bundesebene sind folgende Aufgaben vorgesehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Unterstützung und Qualifikation der Strukturen 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 | |
| <p>→ Was meinen Sie, welche dieser Aufgabe ist am wichtigsten? Warum schätzen Sie das so ein?</p> | |
| <p>→ Auf welche Aufgabe könnte am ehesten verzichtet werden? Warum schätzen Sie das so ein?</p> | |
| <p>→ Welche Aufgabe fehlt Ihnen?</p> | |

| Themenblock 1: Einschätzung des Multiplikatorenkonzeptes | Zeitangabe |
|---|------------|
| <p>Nachfragen zur Struktur der Landesebene:</p> <p>Wenn wir nun auf die Struktur auf Landesebene zu sprechen kommen. Dort sind folgende Aufgaben vorgesehen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Aufbau eines Kompetenznetzes Qualität und die Initiierung eines Erfahrungsaustausches 2. die Projektberatung und Qualifizierung der Akteurinnen und Akteure vor Ort, sowie 3. die Integration von Gesundheitsförderung in die QM/QS-Systeme der Wohlfahrtsverbände. 4. den Informationsfluss (a) zwischen Bundes- und Landesebene und (b) zwischen Wissenschaft und Praxis zu gewährleisten. | |
| <p>→ Wie bewerten Sie diese Zusammenstellung der Aufgaben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aus Sicht Ihrer LVG? • Generell aus Sicht der Landesvereinigungen? | |
| <p>→ Was meinen Sie, welche dieser Aufgabe ist am wichtigsten? Warum schätzen Sie das so ein?</p> | |
| <p>→ Auf welche Aufgabe könnte am ehesten verzichtet werden? Warum schätzen Sie das so ein?</p> | |
| <p>→ Welche Aufgabe fehlt Ihnen?</p> | |
| <p>→ Aus Ihrer Sicht, wie realistisch ist eine Umsetzung des Konzeptes? Und was bräuchten Sie bzw. die LVG, um diese Aufgaben umzusetzen, also welche Voraussetzungen müssten erfüllt sein, damit eine Umsetzung des Konzeptes realistisch ist (die finanziellen Ressourcen mal außer Acht gelassen)?</p> | |
| <p>→ Wie sieht aus Ihrer Sicht ein sinnvolles Angebot für 2015 aus?</p> | |

| | Themenblock 1: Einschätzung des Multiplikatorenkonzeptes | Zeitangabe |
|----------------------|---|------------|
| | <p>Wie auf der Bundeskonferenz vorgestellt wurde, soll auf Bundesebene ein Qualifizierungsangebot entwickelt und bereitgestellt werden, das insgesamt ca. 10 Bausteine umfasst.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung in Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung • Überblick über Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung und -entwicklung (Nutzen, Grenzen, Akzeptanz) • Wissen, was wirkt - Evidenzbasierte Interventionsplanung • Anwendung spezifischer Verfahren und Instrumente (z.B. Partizipative Qualitätsentwicklung, quint-essenz, 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 z.B. der Wohlfahrtsverbände • Moderationskompetenzen, Konfliktlösungstechniken und Netzwerkmanagement • Planung und Durchführung formativer und summativer Evaluation (Schwerpunkt Selbstevaluation) • Nachhaltigkeit und Möglichkeiten des Fundraising <p>Mit den Erfahrungen und Kompetenzen, die in ihrer LVG bereits vorgehalten werden, welche drei Qualifizierungsangebote würden Sie als erstes in Anspruch nehmen wollen? Warum? An welchen haben Sie kein Interesse? Warum? Welche Bausteine fehlen?</p> | |
| Wichtigste Bausteine | <ol style="list-style-type: none"> 1. Baustein: 2. Baustein: 3. Baustein: | |
| Fehlende Bausteine | | |

| Themenblock 2: Prozessevaluation | Zeitangabe |
|---|------------|
| <p>Zum Abschluss möchten wir sie gerne um ihre Einschätzung zu dem Gesamtprojekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung von Qualität“ der BZgA bitten, für das die ersten Ergebnisse auf der Bundeskonferenz Ende Januar vorgestellt wurden.</p> <p>Inwiefern wurden Ihre Erwartungen an das Projekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Entwicklung und Sicherung“ erfüllt?</p> <p>Was fanden Sie gut gelungen? Was war aus Ihrer Sicht weniger gut?</p> <p>Auf einer Skala von 1 bis 10, was meinen Sie, wie sehr hat das Projekt dazu beitragen, die Qualitätsentwicklungs und –sicherungspraxis voranzutreiben/ stärker zu verankern? Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung?</p> | |
| NOTIZEN | |

| | Themenblock 2: Prozessevaluation | Zeitangabe |
|---|---|------------|
| | <p>Ein methodischer Schwerpunkt des Projektes lag darauf, die LVGn partizipativ in die Entwicklung des Multiplikatorenkonzeptes einzubinden, d.h. die LVGn auch an den Entscheidungen über die Gestaltung des Konzeptes zu beteiligen. Dies ist zum Beispiel in Form der Fokusgruppen und Regionalkonferenzen erfolgt.</p> <p>Auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 keine Partizipation und 10 eine vollständige Entscheidungsmacht der LVGn meint, wie gut ist die Umsetzung dieses partizipativen Arbeitsansatzes gelungen? Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung?</p> <p>Was hätte aus Ihrer Sicht besser gemacht werden können, um Sie und auch andere Zielgruppen zu beteiligen/noch mehr mit einzubeziehen?</p> | |
| Bewertung der partizipativen Vorgehensweise | | |
| Verbesserungspotenzial | | |

A2: Kodierleitfäden

Befragung der Entwickler/-innen von generischen Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung

| Kategorie (K), Unterkategorie (UK) | Definition |
|--|---|
| <p>K1: Verbreitungskanäle</p> <p>UK 1.1: Genutzte Verbreitungskanäle</p> <p>UK 1.2: Bewertung der bisher genutzten Verbreitungskanäle</p> <p>UK 1.3: Unterstützungsangebote für Anwender/innen</p> | <p>Kanäle und Zugangswege, die genutzt werden, um Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention an Praktiker/innen heranzutragen.</p> <p>Einschätzung der Entwickler/innen, wie effektiv die gewählten Verbreitungskanäle sind.</p> <p>Jegliche Unterstützungsangebote und Materialien, die Praktiker/innen bei der Anwendung in Anspruch nehmen können und über die Qualifizierungsmaßnahmen (K2) hinausgehen. In diese Kategorie zählt ebenfalls rein, welches Aufwands diese Unterstützungsangebote bedürfen.</p> |
| <p>K2: Qualifizierungsmaßnahmen</p> <p>UK 2.1: Zweck der Qualifizierungsmaßnahmen</p> <p>UK 2.2: Nachfrage und Inanspruchnahme</p> <p>UK 2.3: Erfahrungen mit den Qualifizierungsmaßnahmen</p> <p>UK 2.4: Aufwand</p> | <p>Inhalt und Ziel der angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen (<i>in Zusammenhang mit der jeweiligen Zielgruppe</i>)</p> <p>Nachfrage und Häufigkeit der angebotenen Qualifizierungsmaßnahmen</p> <p>Erzählungen der Interviewpartner/innen, welche Resonanz/Rückmeldung sie von den Teilnehmer/innen auf ihre Qualifizierungsmaßnahme bekommen haben und eigene Einschätzungen der Entwickler/innen.</p> <p>Aufwand, den sowohl die Teilnehmer/innen der Qualifizierungsmaßnahmen als auch die Anbieter/innen erbringen (müssen).</p> |
| <p>K3: Erfahrungen mit der Anwendung von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung</p> <p>UK 3.1: Aktuelle Anwendung/Nutzung des Instrumentes/Verfahrens zur Qualitätsentwicklung oder -sicherung</p> <p>UK 3.2: Materialien zur Unterstützung von eingesetzten Gutachter/innen/n, Trainer/innen/n</p> <p>UK 3.3: Positive (erhobene) Erfahrungen der Anwender/innen</p> <p>UK 3.4: Negative (erhobene) Erfahrungen der Anwender/innen</p> | <p>Einschätzung der/des Interviewpartner/in/s, inwiefern das Instrument/Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung gegenwärtig eingesetzt oder angewendet wird.</p> <p>Materialien, die den Personen mit an die Hand gegeben werden, die für eine Gutachter/innen-, Trainer/innen-Rolle qualifiziert wurden.</p> <p>Vorliegende positive Erfahrungen der Entwickler/innen sowie Rückmeldungen der Anwender/innen/n an die Entwickler/innen in jeglicher Form. Dies können auch Ergebnisse aus Nachbefragungen der Anwender/innen sein. Erfahrungen hinsichtlich der Wahrnehmung von Qualifizierungsmaßnahmen werden unter UK 2.3 gesammelt und sind nicht hier der Gegenstand.</p> <p>Vorliegende negative Erfahrungen der Entwickler/innen sowie Rückmeldungen der Anwender/innen/n an die Entwickler/innen in jeglicher Form. Dies können auch Ergebnisse aus Nachbefragungen der Anwender/innen sein. Erfahrungen hinsichtlich der Wahrnehmung von Qualifizierungsmaßnahmen werden unter UK 2.3 gesammelt und sind nicht hier der Gegenstand.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>UK 3.5: Hinderliche Faktoren</p> <p>UK 3.6: Förderliche Faktoren</p> | <p>Faktoren, die die Anwendung von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung behindern/hemmen. Diese Einschätzung ist nicht auf das eigene Instrument/Verfahren begrenzt. Vielmehr liegt der Fokus auf der generellen Einschätzung.</p> <p>Faktoren, die die Anwendung von Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung begünstigen/fördern. Diese Einschätzung ist nicht auf das eigene Instrument/Verfahren begrenzt. Vielmehr liegt der Fokus auf der generellen Einschätzung.</p> |
| <p>K4: Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept</p> <p>UK 4.1: Wahrgenommener Unterstützungsbedarf</p> <p>UK 4.2: Denkbare Lösungsansätze</p> <p>UK 4.3: Aufgaben der potenziellen Multiplikator/inn/en</p> <p>UK 4.4: Erwarteter Nutzen und denkbare Herausforderungen des Multiplikatorenkonzeptes</p> <p>UK 4.5: Beteiligung am Multiplikatorenkonzept</p> | <p>Bedarf an Unterstützung, den die Entwickler/innen aus ihrer bisherigen Tätigkeit ableiten.</p> <p>Ideen, Sichtweisen, Vorschläge, wie den wahrgenommen Barrieren/hinderlichen Faktoren (UK 3.5) entgegengetreten werden könnte.</p> <p>Mögliche Aufgaben, die die geschulten Multiplikator/inn/en aus Sicht der Befragten übernehmen können.</p> <p>Erwartungen der Entwickler/innen an ein Multiplikatorenkonzept und Herausforderungen.</p> <p>Wünsche, Anregungen, in welcher Weise die Entwickler/innen in das Multiplikatorenkonzept eingebunden werden könnten. Anfrage, inwiefern angebotene Qualifizierungsmaßnahmen in die Multiplikatorenschulung einfließen könnten.</p> |

Erstbefragung der Landesvereinigungen für Gesundheit

| Kategorie (K), Unterkategorie (UK) | Definition |
|--|--|
| <p>K1: Aktivitäten der Landesvereinigungen für Gesundheit im Bereich Qualitätsentwicklung und -sicherung (Bestandsaufnahme)</p> <p>UK 1.1: Programme und Initiativen zum Thema Qualitätsentwicklung</p> <p>UK 1.2: Bisheriges Fortbildungsangebot</p> <p>UK 1.3: Beratungsangebote</p> <p>UK 1.4: Fachtagungen</p> <p>UK 1.5: Organisation von Angeboten zur Qualitätsentwicklung</p> <p>UK 1.6: Von der LVG verwendete Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung</p> <p>UK 1.7: LVG als wahrgenommene Anlaufstelle zum Thema Qualitätsentwicklung</p> | <p>Programme und Initiativen, die e auf Landesebene das Thema Qualität, Qualitätsentwicklung/-sicherung in der Gesundheitsförderung aufgreifen und einen Beitrag zur Verbreitung leisten sollen.</p> <p>Workshops, Fortbildungen, die für Praktiker/innen angeboten werden und den Bekanntheitsgrad der Instrumente und Verfahren der QE/QS steigern sowie ihre Anwendung fördern sollen. Hierzu zählt auch die Inanspruchnahme der Veranstaltungen (Teilnehmeranreize) sowie das Feedback der Teilnehmenden.</p> <p>Beratungsangebote, die für Praktiker/innen angeboten werden und den Bekanntheitsgrad der Instrumente und Verfahren der QE/QS steigern sowie ihre Anwendung fördern sollen. Hierzu zählt auch die Inanspruchnahme der Veranstaltungen (Teilnehmeranreize) sowie das Feedback der Teilnehmenden.</p> <p>Fachtagungen, die für Praktiker/innen angeboten werden und den Bekanntheitsgrad der Instrumente und Verfahren der QE/QS steigern sowie ihre Anwendung fördern sollen. Hierzu zählt auch die Inanspruchnahme der Veranstaltungen (Teilnehmeranreize) sowie das Feedback der Teilnehmenden.</p> <p>Angaben, wie die vorhandenen Qualitätsangebote derzeit organisiert werden (Stellen in der LVG, Finanzierung).</p> <p>Von den Interviewpartner/innen genannte Instrumente und Verfahren der QE/QS, mit denen in der LVG gearbeitet wird.</p> <p>Einschätzung der Interviewpartner/innen, inwiefern die LVG in Fragen der Qualitätsentwicklung als Anlaufstelle/Informationsstelle den Praktiker/inne/n bekannt und von diesen genutzt wird.</p> |
| <p>K2: Unterstützungsbedarf der Praktiker/-innen zur Förderung der Qualitätsentwicklung settingbezogener Maßnahmen in der Gesundheitsförderung</p> <p>UK 2.1: Unterstützungsbedarf auf Seiten der Praktiker/innen im Bundesland</p> <p>UK 2.2: Förderliche Faktoren von Vermittlungsaktivitäten</p> <p>UK 2.3: Hindernisse der Anwendung von Verfahren und Instrumenten der QE/QS</p> <p>UK 2.4: Ansätze/Ideen zur Stärkung der Vermittlung von Qualitätsansätzen der Gesundheitsförderung</p> | <p>Einschätzungen der Interviewpartner/innen, wie Praktiker/innen der settingbezogenen Gesundheitsförderung hinsichtlich der Qualitätsentwicklung künftig besser unterstützt werden könnten.</p> <p>Förderliche Faktoren, die aus Sicht der Interviewten die Praktiker/innen dazu motivieren, Instrumente und Verfahren der QE/QS anzuwenden.</p> <p>Hindernisse, die aus Sicht der Interviewten die Praktiker/innen davon abhalten, Instrumente und Verfahren der QE/QS anzuwenden.</p> <p>Ansätze, Ideen, Einschätzungen der Befragten, welchen Beitrag die LVG leisten könnte, um in Zukunft die Praktiker/innen besser bei der Anwendung von Instrumenten und Verfahren der QE/QS zu unterstützen.</p> |
| <p>K3: Erwartungen an das Multiplikatorenkonzept</p> <p>UK 3.1: Aufgaben des Multiplikators</p> <p>UK 3.2: Kompetenzen des Multiplikators</p> | <p>Denkbare Aufgaben, die der Multiplikator aus Sicht der Interviewpartner/in übernehmen soll.</p> <p>Einschätzungen der Interviewpartner/innen, über welche Kompetenzen der Multiplikator verfügen soll, um die Aufgaben wahrzunehmen.</p> |

| | |
|--|--|
| UK 3.3: Verortung des Multiplikators | Ideen, wo der Multiplikator örtlich verankert werden sollte bzw. wo geschulte Multiplikatoren benötigt werden. |
| UK 3.4: Nutzen eines Multiplikatorenkonzeptes | Erwartungen der Interviewpartner/innen hinsichtlich des Nutzens eines Multiplikatoreneinsatzes. |
| K4: Prozessevaluation UK 4.1: Einschätzung zum Gesamtprojekt UK 4.2: Beweggründe und Hindernisse zur Beteiligung UK 4.3: Programmakzeptanz UK 4.4: Programmumsetzung UK 4.5: Zielgruppenerreichung und Erreichbarkeit der Ansprechpartner/innen in den Bundesländern UK 4.6: Formulierter Unterstützungsbedarf zur Umsetzung der Projektaktivitäten | Bewertung und Einschätzungen der potenziellen Wirkung des Projektes aus Sicht der Interviewpartner/innen. Faktoren, die die Interviewpartner/innen bzw. die Landesvereinigung für Gesundheit dazu bewegt hat, sich an dem Projekt zu beteiligen. Ideen und Änderungsvorschläge der Interviewpartner/innen, wie das Projekt hätte anders strukturiert sein können. Umsetzbarkeit der geplanten Vorhaben (Fokusgruppen, Regionalkonferenzen). Hierzu zählen sowohl positive wie auch negative Berichte sowie Einschätzungen hinsichtlich des Nutzens der angewendeten Methoden (Fokusgruppen, Handreichungen, Leitfaden etc.). Berichtete Erreichbarkeit der Zielgruppe (Akteure der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung in den Bundesländern). Angaben der Interviewpartner/innen, inwiefern sie sich für die Umsetzung der Projektaktivitäten mehr Unterstützung gewünscht hätte und in welcher Form diese hätte erfolgen können (in Bezug auf das Gesamtprojekt). |

Analyse der Fokusgruppenprotokolle und Dokumentationen der Regionalkonferenz

| Kategorie (K), Unterkategorie (UK) | Definition |
|--|--|
| <p>K1: Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung</p> <p>UK 1.1: Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung</p> <p>UK 1.2: Weitere Instrumente und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung</p> | <p>Genannte Instrumente, Verfahren und Routinen, die zur Qualitätsentwicklung und -sicherung angewendet werden.</p> <p>Von den Teilnehmenden der Fokusgruppen genannte vorgegebene Instrumente, Verfahren und Routinen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung.</p> <p>Von den Teilnehmenden der Fokusgruppen genannte Instrumente, Verfahren und Routinen, die auf Eigeninitiative in den Einrichtungen in den Settings angewendet werden und keiner Vorgabe entsprechen.</p> |
| <p>K2: Unterstützungsbedarf der Teilnehmenden</p> <p>UK 2.1: Projektberatung</p> <p>UK 2.2: Erfahrungsaustausch</p> <p>UK 2.3: Informationsvermittlung</p> <p>UK 2.4: Weitere Bedarfe</p> | <p>Von den Befragten genannte Unterstützungsbedarfe, um gesundheitsförderliche Interventionen in den Settings qualitätsorientierter zu planen und umzusetzen.</p> <p>Genannter Unterstützungsbedarf hinsichtlich der projektbezogenen Beratung.</p> <p>Genannter Unterstützungsbedarf hinsichtlich des Erfahrungsaustausches.</p> <p>Genannter Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Informationsvermittlung.</p> <p>Weitere von den Teilnehmenden genannte Unterstützungsbedarfe, die nicht zu den anderen drei Unterkategorien zugeordnet werden können.</p> |
| <p>K3: Ergänzungen aus den Regionalkonferenzen</p> | <p>In den Dokumentationen der Konferenzen festgehaltene Beiträge und Ergebnisse der Regionalkonferenzen, die über die aus den Ergebnisprotokollen der Fokusgruppen herausgearbeiteten Aspekte hinausgehen.</p> |

A3: Tabellen zur Analyse der Ergebnisprotokolle der Fokusgruppen

Tabelle 17: Arbeitsbereiche der Teilnehmenden aus den Fokusgruppen zum Setting Kommune nach Land

| Land | Akteurinnen und Akteure | Arbeitsebene |
|------------------------|--|---|
| Baden-Württemberg | Kommunale Behörden und Verwaltung (n=12) Universitätsklinikum (n=1) | Keine Angabe im Protokoll |
| Berlin | Nachbarschaftshäuser, Mehrgenerationenhäuser (n=8) | Keine Angabe im Protokoll |
| Bremen | Quartiersmanager/-in (n=2) Wissenschaftler (n=1) Projektleitung (n=1) Gesundheitstreffpunkt (n=2) | Leitungsebene Mitarbeitersebene |
| Hamburg | Stadtteilmütter (n=2) Gesundheits-, Bezirksamt (n=3) Stadtteil-/Quartiersmanagement, Stadtteilvereine (n=5) Wohnungsunternehmen (n=1) Lokale Bewegungsangebote (n=2) | Projektkoordination Mitarbeitersebene |
| Hessen | Kinder- und Familienzentren (n=6) | Keine Angabe im Protokoll |
| Mecklenburg-Vorpommern | Frühe Hilfen (n=3) Stadtteilkoordination (n=1) Koordinationsstelle für Selbsthilfegruppen (n=1) Gesundheitsamt (n=2) | Leitungsebene |
| Niedersachsen | Begegnungszentrum (n=1) Gesundheitsamt (n=1) Jugend- und Familienhilfe (n=1) Projekte (n=3) | Leitungsebene (Projektkoordination, Geschäftsführung) |
| Rheinland-Pfalz | 1. Fokusgruppe: Mehrgenerationenhaus (n=1) Landesverband BKK (n=1) Projekt (n=1) Lokales Bündnis für Familien (n=1) | Keine Angaben im Protokoll |
| | 2. Fokusgruppe: Kommunale Verwaltung und Behörden (n=7) Verband der Volkshochschulen (n=1) Sozialdienst (n=1) Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Haushaltsführungskräfte (n=2) | Keine Angaben im Protokoll |

Tabelle 18: Übersicht über die Anzahl der Fokusgruppen und die Trägerorganisationen der beteiligten Kitas nach Land

| Land | Anzahl Fokusgruppen und beteiligte Träger |
|---------------------|--|
| Bayern | n=1 Wohlfahrtsverbände und staatliche Träger |
| Brandenburg | n=1 Wohlfahrtsverbände und freie Träger |
| Sachsen | n=3 Wohlfahrtsverband (Der Paritätische) |
| Sachsen-Anhalt | n=4 F141: Freie Träger und Wohlfahrtsverband F142: Kommunale Träger F143: Wohlfahrt, freie Träger, kommunale Träger F144: Kommunale Träger, freie Träger |
| Schleswig-Holstein* | n=1 - |

* An der Fokusgruppe haben ausschließlich Physiotherapeutinnen teilgenommen, welche im Rahmen des Projektes „Rück(g)rat“ der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e. V. als geschulte Multiplikatorinnen (n=8) bzw. als Projektkoordinatorin (n=1) gesundheitsförderliche Angebote in den Kitas in Schleswig-Holstein anbieten. Aus diesem Grund ist die Frage nach der Trägerorganisation hinfällig.

Tabelle 19: Übersicht über die Fokusgruppen und bestehende Vorgaben zur Qualitätsentwicklung und -sicherung (Setting Kita)

| Fokusgruppe | Genannte Beispiele der Fokusgruppenteilnehmenden |
|------------------|--|
| Bayern | <p>Landesebene (Kita-Verband):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulungen (nicht weiter spezifiziert) <p>Träger (Wohlfahrt und staatl. Träger, keine Differenzierung im Protokoll):</p> <ul style="list-style-type: none"> • QM-Beauftragte • Handbuch • Interner Austausch • Gespräche mit Eltern • Netzwerkarbeit • Fortbildungen • Arbeitsdokumentation |
| Brandenburg | <p>Bundesebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorschriften (Hygiene, Unfallverhaltensvorschriften des TÜV, Brandschutzvorschriften, Medikamentenvergabe) • Gesetz (Infektionsschutzgesetz) <p>Landesebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kita-Gesetz • Bildungsplan <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der kindlichen Entwicklung • Entwicklungsgespräche mit Eltern • Qualitätsmanagementhandbuch • Regelmäßige Teamsitzungen • Gesundheitsbeauftragte |
| Sachsen 1 | <p>Träger (Wohlfahrt):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmanagementsysteme |
| Sachsen 2 | <p>Träger (Wohlfahrt):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmanagementsysteme |
| Sachsen 3 | <p>Träger (Wohlfahrt):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmanagementsysteme |
| Sachsen-Anhalt 1 | <p>Träger (diverse):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmanagementsystem • Skalen zur Einschätzung der kindlichen Entwicklung • Qualitätsmanagementhandbuch • Dokumentation • Einrichtungskonzept • Fachberatungen • Entwicklungsgespräche mit Eltern |
| Sachsen-Anhalt 2 | <p>Bundesebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesetze (Kinderschutzgesetz, Infektionsschutzgesetz) • Vorgaben und Vorschriften (zur Hygiene und der Medikamentenvergabe) <p>Landesebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Länderspezifische Bedingungen |
| Sachsen-Anhalt 3 | <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Checklisten und Leitfäden • Interner Erfahrungsaustausch • Externer Erfahrungsaustausch • Gespräche mit Eltern • Audit Gesunde Kita • Zielsetzungen |
| Sachsen-Anhalt 4 | <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmanagementhandbuch • Leitfäden, Checklisten • Personalgespräche • Interner Erfahrungsaustausch • (gemeinsame) Zielsetzung <p>Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audit Gesunde Kita |

| | |
|--------------------|--|
| Schleswig-Holstein | <p>Bundesebene (Fachverband):</p> <ul style="list-style-type: none">• Richtlinien <p>Mittelgeber:</p> <ul style="list-style-type: none">• Qualifikationsvoraussetzungen an die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren• Projektkonzept• Dokumentation• Projektberichte• Leitfäden (nicht weiter spezifiziert)• Feedbackgespräche• Austauschtreffen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren <p>(Projekt-)Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Settingspezifische Vorgaben zur Qualitätsentwicklung als Grundgerüst (nicht weiter spezifiziert) |
|--------------------|--|