

Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität

Teilprojekt 3

Rechtliche Regelungen zu Prävention, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung sowie ihre Wahrnehmung

Abschlussbericht

April 2016

Prof. Dr. Ulla Walter, Bettina Kruckenberg, Lisa Schaueremann MA,
Katrín Volkenand MPH, Jan Weber MPH,
*Medizinische Hochschule Hannover,
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung*

Udo Castedello, Dr. Cathleen Gaede-Illig,
*Gesellschaft für Beratung Bildung
Innovation mbH, Berlin*



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	10
Abbildungsverzeichnis	11
Abkürzungen	12
Abkürzungen der Bundesländer (entsprechend EU Vereinbarung)	12
Ziele und Vorgehen	13
Walter U, Volkenand K, Schaueremann L, Kruckenberg B, Weber J, Gaede-Ililig C, Castedello U Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung und Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin.....	13
A Einleitung.....	13
Ausgangslage.....	13
Ziele des Teilprojektes und Aufgaben der beteiligten Einrichtungen	14
B Methodik	15
Identifikation und Bündelung rechtlicher Regelungen sowie nachgeordneter Vorgaben und Empfehlungen.....	15
Interviews mit Schlüsselpersonen	16
C Normenhierarchie und Verbindlichkeitsgrade	18
D Literatur	20
1. Ergebnisse Dachsetting Kommune	
<i>Rechtliche Regelungen und Ergebnisse der Experteninterviews:</i> Volkenand K, Walter U Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung <i>Exkurs:</i> Gaede-Ililig C, Castedello U Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin.....	21
1.1 Einleitung.....	21
1.2 Methodik	24
1.3 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen .	26
Verbindliche Vorgaben.....	26
1.3.1 Supranationale und internationale Vorgaben	26
1.3.2 Nationale und kommunalrechtliche Vorgaben	29

1.3.2.1	Qualität durch Partizipation	32
1.3.2.2	Qualität durch Gendermainstream und Geschlechtergerechtigkeit.....	35
1.3.3	Vorgaben aus dem Gesundheitsbereich	36
1.3.3.1	Sozialgesetzbuch V	36
1.3.3.2	SGB VII.....	37
1.3.3.3	Landesgesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (PGF)	38
1.3.3.4	Landesgesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (QS/QE)	43
1.3.4	Vorgaben aus den Bereichen Bildung und Soziales.....	46
1.3.4.1	SGB VIII und Landesausführungsgesetze	46
1.3.4.2	Bundeskinderschutzgesetz, Landeskinderschutzgesetze, Gesetz zur Förderung der Kooperation und Kommunikation im Kinderschutz.....	51
1.3.4.3	Landesweiterbildungsgesetze.....	55
1.3.5	Vorgaben aus dem Städtebau und der Raumplanung auf Bundesebene	58
1.3.6	Weitere Vorgaben auf Bundesebene	60
1.4	Prävention und Gesundheitsförderung	61
	Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen.....	61
1.4.1	Gesundheitsziele	61
1.4.2	Gesundheitsregionen Niedersachsen	63
1.4.3	Gesunde Städte Netzwerk	64
1.4.4	Positionspapier/Empfehlung Gesundheit ARL.....	65
1.4.5	Kommunalpolitische Leitlinie Gesundheit der Stadt München	66
1.5	Qualitätsentwicklung und -sicherung	68
1.5.1	Qualitätsbausteine der VHS Gesundheitsbildung.....	68
1.5.2	DOSB Qualitätssiegel Sport pro Gesundheit.....	68
1.6	Zusammenfassung	69
1.7	Ergebnisse der Interviews	71
1.7.1	Qualitätssicherung und -entwicklung.....	71
1.7.1.1	Bedeutung von Qualitätssicherung und -entwicklung.....	71
1.7.1.2	Rechtliche Vorgaben zu QS/QE.....	72
1.7.1.3	Systematische Umsetzung von QS/QE in Kommunen	73
1.7.1.4	Bewertung der Vorgaben und Handlungsbedarf	73
1.7.2	Prävention und Gesundheitsförderung.....	74
1.7.2.1	Bedeutung Prävention und Gesundheitsförderung.....	74

1.7.2.2	Rechtliche Regelungen, Empfehlungen und Verwaltungsvorschriften zu Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune.....	75
1.7.2.3	Systematische Umsetzung Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen	77
1.7.2.4	Bewertung der Vorgaben und Handlungsbedarf	78
1.7.3	Qualitätssicherung und -entwicklung in kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung	80
1.7.3.1	Bedeutung und Verständnis QS/QE in Prävention und Gesundheitsförderung	80
1.7.3.2	Rechtliche Regelungen, Empfehlungen und Verwaltungsvorschriften zu QS/QE und ihre Wahrnehmung	81
1.7.3.3	Bewertung der Vorgaben und Handlungsbedarf	82
	Exkurs: Exemplarische Darstellung der Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in die sozialräumliche Entwicklung und die Arbeit der Wohlfahrtsverbände.....	84
1.8	Fazit.....	86
1.9	Exkurs: Prävention und Gesundheitsförderung für Ältere in der freien Seniorenarbeit	
	Weber J, Walter U Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung.....	91
1.9.1	Voraussetzungen für Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit	91
1.9.2	Rechtliche Regelungen für qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit.....	92
1.9.3	Die Praxis präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen in der freien Seniorenarbeit: Methodisches Vorgehen	93
1.9.4	Die Praxis präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen in der freien Seniorenarbeit: Empirische Befunde.....	94
1.9.4.1	Zur Bedeutung, Wahrnehmung und systematischen Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit	94
1.9.4.2	Die Wahrnehmung rechtlicher Regelungen für qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit	100
1.9.6	Diskussion und Fazit.....	104
1.10	Literatur	106

2. Ergebnisse Setting Kindertagesstätte

Rechtliche Regelungen und Ergebnisse der Experteninterviews:

Schauermann L, Walter U

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Experteninterviews:

Gaede-Illig C, Castedello U

Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin..... 110

2.1	Einleitung.....	110
2.2	Methodik.....	112
2.3	Gesetzliche Regelungen für die Kindertagesstätte	114
2.3.1	Supranationale Ebene	114
2.3.2	Bundesebene.....	116
2.3.3	Landesebene.....	118
2.4	Prävention und Gesundheitsförderung	123
2.4.1	Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen.....	123
2.4.1.1	Allgemeine Vorgaben.....	123
2.4.1.2	Landesebene	125
2.4.2	Ergebnisse der Interviews.....	128
2.4.2.1	Handlungsbedarf	134
2.4.2.2	Struktur und Rahmenbedingungen	136
2.5	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.....	138
2.5.1	Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen.....	138
2.5.1.1	Allgemeine Vorgaben.....	138
2.5.1.2	Leitlinien/Empfehlungen.....	138
2.5.1.3	Landesebene	140
2.5.2	Ergebnisse der Interviews.....	146
2.5.2.1	Handlungsbedarf	153
2.5.2.2	Struktur und Rahmenbedingungen	155
2.6	Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung	158
2.6.1	Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen.....	158
2.6.2	Ergebnisse der Interviews.....	158
2.7	Fazit und Empfehlungen	161
2.8	Literatur	163

3. Ergebnisse Setting Schule

Rechtliche Regelungen und Ergebnisse der Experteninterviews:

Kruckenberg B, Walter U

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und

Gesundheitssystemforschung..... 165

3.1 Einleitung..... 165

3.1.1 Vorgaben auf supranationaler und nationaler Ebene 166

3.2 Methodik 169

3.3 Qualitätssicherung 170

3.3.1 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen..... 170

3.3.1.1 Landesebenen..... 173

3.3.1.2 Schulqualitätsrahmen 175

3.3.1.3 Bundesländer 176

3.3.2 Ergebnisse der Interviews..... 183

3.3.3 Zusammenfassung der Interviews 186

3.4 Prävention und Gesundheitsförderung 186

3.4.1 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen..... 187

3.4.1.1 Landesebenen 188

3.4.1.2 Bundesländer 203

3.4.2 Ergebnisse der Interviews..... 215

3.4.3 Zusammenfassung der Interviews 223

3.5 Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung 224

3.5.1 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen..... 224

3.5.2 Ergebnisse der Interviews..... 225

3.6 Fazit und Empfehlungen 227

3.7 Literatur 231

4. Ergebnisse Setting Pflegeheim

Rechtliche Regelungen und Ergebnisse der Experteninterviews:

Weber J, Walter U

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und

Gesundheitssystemforschung

Experteninterviews:

Gaede-Illig C, Castedello U

Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin..... 234

4.1 Einleitung..... 234

4.2 Methodik 236

4.3	Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen	240
4.3.1	Supranationale Vorgaben	240
4.3.1.1	UN-Behindertenrechtskonvention	240
4.3.2	Vorgaben auf Bundesebene	242
4.3.2.1	Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V): Gesetzliche Krankenversicherung.....	242
4.3.2.2	Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung.....	243
4.3.2.3	Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)	245
4.3.2.4	Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG)	248
4.3.2.5	Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG).....	249
4.3.3	Vorgaben auf Landesebene.....	249
4.3.3.1	Rahmenverträge gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege	249
4.3.3.2	Landesheimgesetze.....	250
4.3.3.3	Landesgesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst	252
4.3.4	Leitlinien und Empfehlungen.....	253
4.3.4.1	Prävention und Gesundheitsförderung als pflegerische Handlungsfelder aus Sicht des DBFK.....	253
4.4	Qualitätsentwicklung und -sicherung im Setting Pflegeheim.....	255
4.4.1	Vorgaben der Europäischen Union	255
4.4.1.1	Richtlinie 2005/36/EG über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen innerhalb der Europäischen Union	255
4.4.2	Bundesebene.....	256
4.4.2.1	Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung.....	256
4.4.2.2	Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung.....	256
4.4.2.3	Zwölftes Sozialgesetzbuch (SGB XII) – Sozialhilfe	260
4.4.2.4	Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG)	260
4.4.2.5	Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG).....	260
4.4.3	Landesebene.....	261

4.4.3.1	Rahmenverträge gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege	261
4.4.3.2	Landesheimgesetz.....	264
4.4.3.3	Landesgesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst	270
4.4.4	Leitlinien und Empfehlungen.....	271
4.4.4.1	Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut.....	271
4.4.4.2	Qualitätsprüfungsrichtlinien der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen	272
4.4.5	Zusammenfassendes Fazit	275
4.5	Ergebnisse der Interviews	280
4.5.1	Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim	280
4.5.1.1	Zur Bedeutung, Umsetzung und systematischen Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Pflegeheim	280
4.5.1.2	Die Wahrnehmung rechtlicher Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim durch die befragten Akteure.....	286
4.5.2	Qualitätsentwicklung und -sicherung im Pflegeheim	290
4.5.2.1	Zur Bedeutung, Wahrnehmung und Umsetzung der qualitätsorientierten Vorgaben für die Weiterentwicklung und Sicherung der Versorgungsqualität im Setting Pflegeheim.....	290
4.5.2.2	Handlungsbedarf	296
4.6	Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim.....	298
4.6.1	Zur Bedeutung, Wahrnehmung und Umsetzung von Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim	299
4.6.2	Anschlussfähigkeit	301
4.7	Diskussion und Fazit	302
4.8	Literatur	308
5.	Ergebnisse des Qualitätsmanagements	
	Gaede-Illig C, Castedello U Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin.....	310
5.1	Einleitung.....	310
5.2	Ergebnisse.....	311
5.2.1	Methodik	311
5.2.2	Prävention und Gesundheitsförderung.....	312

5.2.3	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.....	314
5.2.4	Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung.....	316
5.3	Zusammenfassung und Empfehlungen	318
6.	Zusammenfassung und übergreifende Empfehlungen	
	Kruckenberg B, Schauermann L, Volkenand K, Weber J, Walter U Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Gaede-Illig C, Castedello U Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin.....	321

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Geographische Streuung der Zuständigkeiten der Interviewpartner, QMB = Qualitätsmanagementbeauftragte, Länderübergreifend/bundesweit inkl. Wissenschaft	16
Tabelle 2:	Aufteilung und Anzahl der Interviews nach Setting, Ebene und Zuständigkeit	17
Tabelle 3:	Dauer der geführten Interviews.....	18
Tabelle 4:	Einbezogene Normen, sortiert nach Ebene	22
Tabelle 5:	Implizite Präventionsvorgaben in Landesverfassungen und Gemeindeordnungen.....	32
Tabelle 6:	Implizite Qualitätsvorgaben (Partizipation und Gleichberechtigung) in Landes- und Kommunalverfassung	36
Tabelle 7:	Vorgaben Prävention und Gesundheitsförderung in ÖGD Gesetzen	42
Tabelle 8:	Vorgaben Qualitätssicherung/Qualitätsentwicklung ÖGD Gesetze	46
Tabelle 9:	Vorgaben Qualitätsentwicklung/Qualitätssicherung Bildung und Soziales.....	50
Tabelle 10:	Vorgaben Prävention und Gesundheitsförderung und QS/QE Erwachsenen- und Weiterbildungsgesetze (WBG)	57
Tabelle 11:	Gesundheitsziele der Länder entsprechend gesundheitsziele.de/Infopool der Länder (zuletzt aktualisiert 2012)	62
Tabelle 12:	Genannte Normen in den Interviews.....	76
Tabelle 13:	Überblick der rechtlichen Regelungen nach Bundesland und Änderung (Stand 05/2015)	120
Tabelle 14:	Prävention und Gesundheitsförderung als Begriffe in den jeweiligen Ländergesetzen (Stand: Januar 2015).....	127
Tabelle 15:	Personalschlüssel in Kindertageseinrichtungen der Gruppen mit Kindern im Alter von 2 bis < 8 Jahren (Statistisches Bundesamt 2015, S. 7).....	141
Tabelle 16:	Empfehlungen zur Qualitätssicherung	154
Tabelle 17:	Schulgesetze, Schulqualitätsrahmen und Qualitätsinstitute	171
Tabelle 18:	Gesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	189
Tabelle 19:	schulbezogene präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben in Gesetzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (n=16)	191
Tabelle 20:	nachgeordnete rechtliche Regelungen mit präventiven Inhalten.....	196
Tabelle 21:	Einbezogene Normen, sortiert nach Ebenen	236

Tabelle 22:	Die stationäre Langzeitversorgung betreffende Prävention und Gesundheitsförderung Dimensionen der Rahmenverträge gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI (Stand: Januar 2015)	250
Tabelle 23:	Die stationäre Langzeitversorgung betreffende Dimensionen von Prävention und Gesundheitsförderung der Landesheimgesetze und der Gesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Stand: Januar 2015)	251
Tabelle 24:	Die Qualitätsdimension betreffende Begriffe und Begriffskomposita der Landesheimgesetze und der Rahmenverträge gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI (Stand: Januar 2015)	263
Tabelle 25:	Kategorien und Kategoriedefinitionen für die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)	272

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Struktur des Gesamtprojekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“	13
Abbildung 2:	Lebenswelten (eigene Darstellung MHH)	15
Abbildung 3:	Auswahl rechtlicher Regelungen Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten.....	19
Abbildung 4:	Normenhierarchie (eigene Abb.).....	20
Abbildung 5:	Verteilung der Interviewpartner n=19 nach Funktionsebene	25
Abbildung 6:	Verteilung der Interviewpartner n=19 nach Sachgebiet.....	26
Abbildung 7:	Verteilung der Interviewpartner nach inhaltlichem Schwerpunkt n=19 ..	26
Abbildung 8:	Stufen der Partizipation nach Wright (2008)	33
Abbildung 9:	Quantitative Nennung von Begrifflichkeiten in den Landesgesetzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu PGF. Eigene Darstellung.	42
Abbildung 10:	Auswahl der Rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen (PGF/QS).....	70
Abbildung 11:	Kinder in Tageseinrichtungen nach Alter und Trägerschaft am Stichtag 01.03.2015, (Statistisches Bundesamt 2015)	111
Abbildung 12:	Kindertagesstätten nach Trägern; Ländermonitor Stichtag 01.03.2014, Anteil der KiTas nach Art des Trägers in % (Bertelsmann Stiftung 2014)	112
Abbildung 13:	Interviewpartner (n=25) nach Tätigkeitsbereich	113
Abbildung 14:	Auswahl der rechtlichen Regelungen (QS/PGF).....	115
Abbildung 15:	Personalschlüssel in Kindertageseinrichtungen in den Jahren 2012 bis 2015 nach Gruppenart (Statistische Bundesamt 2015)	142

Abbildung 16:	Entwicklung der Personalschlüssel in Krippen und Kindergartengruppen in KiTas – Personalschlüssel ohne Leitung als Median; Ländervergleich (Bertelsmann Stiftung 2015).....	143
Abbildung 17:	Auswahl der rechtlichen Regelungen (QS/PGF).....	238
Abbildung 18:	Interviewpartner (n=16) nach Tätigkeitsbereich	239
Abbildung 19:	Strukturen der Wohlfahrtsverbände	311

Abkürzungen

G	Gesetz
GG	Grundgesetz
GemO	Gemeindeordnung
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
LVerf	Landesverfassung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PGF	Prävention und Gesundheitsförderung
QE	Qualitätsentwicklung
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
SGB	Sozialgesetzbuch

Abkürzungen der Bundesländer (entsprechend EU Vereinbarung)

BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
BE	Berlin
BB	Brandenburg
HB	Bremen
HH	Hamburg
HE	Hessen
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NI	Niedersachsen
NW	Nordrhein-Westfalen
RP	Rheinland-Pfalz
SL	Saarland
SN	Sachsen
ST	Sachsen-Anhalt
SH	Schleswig-Holstein
TH	Thüringen

Ziele und Vorgehen

Walter U, Volkenand K, Schauer mann L, Kruckenberg B, Weber J, Gaede-Il lig C, Castedello U

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung und Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin

A Einleitung

Ausgangslage

Seit mehr als zwei Jahrzehnten werden Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Primärprävention und Gesundheitsförderung thematisiert. In dieser Zeit sind eine Vielzahl von Verfahren zur Qualitätssicherung oft in enger Kooperation von Wissenschaft und Praxis entstanden. Hierzu zählen strukturierte Planungshilfen, Selbstbewertungsinstrumentarien, externe Bewertungsinstrumente, Kriterien guter Praxis bis hin zu organisationsspezifischen Qualitätsmanagement-Systemen.

Mit dem im Sommer 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz und der damit einhergehenden Verstärkung des Lebensweltansatzes kommt der Qualitätssicherung und -entwicklung zukünftig in Settings eine zentrale Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund wurde das bundesweite Projekt „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert und in sechs unterschiedlichen Teilprojekten durchgeführt (s. Abb. 1).



Abbildung 1: Struktur des Gesamtprojekts „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“

Projektbeteiligte waren die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., die Bundesvereinigung für Gesundheitsförderung und Prävention, die Medizinische Hochschule Hannover in Zusammenarbeit mit der BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH Berlin, die Universität Bielefeld sowie Gesundheit Berlin Brandenburg e.V. Die Gesamtkoordination des Projektes erfolgte durch die BZgA. Zunächst sollten Routinen und Bedarfe zur Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung ermittelt werden mit dem Ziel, landes- und bundesweite Kompetenznetzwerke aufzubauen. Diese sollen die Akteurinnen und Akteure bei der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten unterstützen.

Der folgende Bericht stellt die Ziele, Methodik und Ergebnisse des Teilprojektes der Medizinischen Hochschule Hannover und der BBI Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH Berlin vor. Im Rahmen dieses Teilprojektes wurden rechtliche Regelungen und Qualitätsroutinen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten analysiert.

Ziele des Teilprojektes und Aufgaben der beteiligten Einrichtungen

Ziele des Teilprojektes waren

- rechtliche Regelungen und nachgeordnete Vorgaben sowie Empfehlungen zur Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) sowie zur Qualitätssicherung (QS) identifizieren und bewerten (MHH)
- die Wahrnehmung rechtlicher Regelungen und Qualitätsroutinen einzuschätzen (MHH, BBI)
- Anknüpfungspunkte für eine Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung aufzuzeigen (MHH, BBI).

Hierbei wurden die Lebenswelten Kommune (Quartier), Kindertagesstätte (KiTa), Schule und Senioreneinrichtungen (stationäre Langzeitversorgung/Pflegeheim) einbezogen. Zudem wurden die unterschiedlichen Träger einbezogen (s. Abb. 2).

Der Medizinischen Hochschule Hannover oblag die Recherche und Analyse der rechtlichen Regelungen sowie der Wahrnehmung und Umsetzung bei öffentlichen und privaten Trägern. Freigemeinnützige und kirchliche Träger wurden von der Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH (BBI), Berlin, befragt. Darüber hinaus wurden Landesministerien, nachgeordnete Behörden sowie Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft interviewt (MHH). Hierzu wurden Leitfäden gemeinsam entwickelt, die Durchführung der Erhebung sowie die Auswertung abgestimmt.

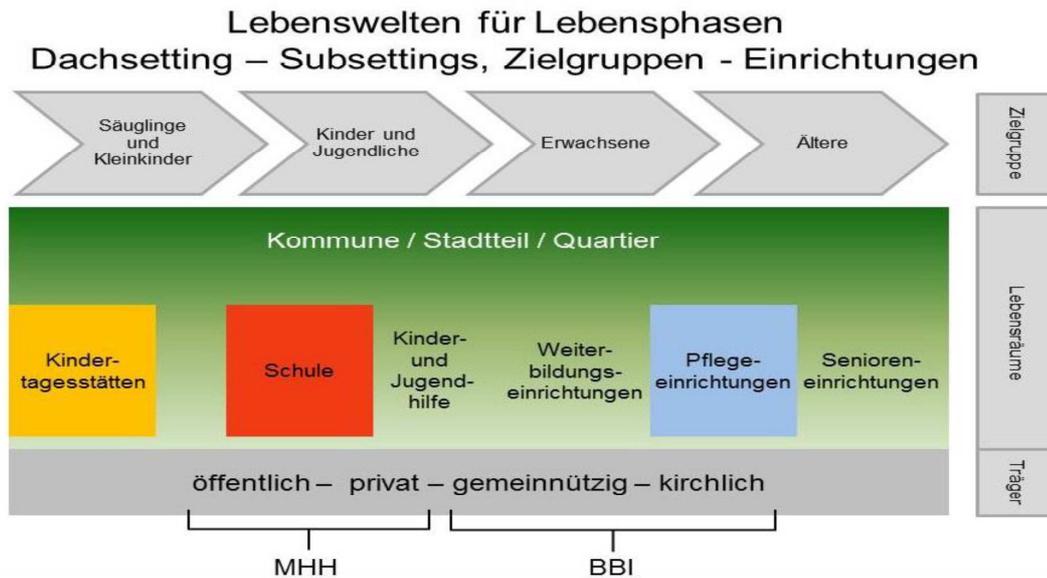


Abbildung 2: Lebenswelten (eigene Darstellung MHH)

B Methodik

Identifikation und Bündelung rechtlicher Regelungen sowie nachgeordneter Vorgaben und Empfehlungen

Die zwischen September 2014 und Februar 2015 durchgeführte Internetrecherche und Sekundäranalyse umfasste die Bereiche (1) Gesundheitsförderung und Prävention, (2) Qualitätssicherung und -entwicklung sowie (3) deren Kombination. Das Vorgehen orientierte sich an der hierarchischen Ordnung der vorhandenen Rechtsquellen. Berücksichtigt wurden völkerrechtliche Verträge und Übereinkünfte auf supranationaler Ebene, rechtliche Regelungen der Europäischen Union, des Bundes, landes- und kommunalrechtliche Vorgaben, haushaltsrechtliche Vorgaben sowie Leitlinien und Empfehlungen relevanter Institutionen bzw. Verbände und Träger in den jeweiligen Lebenswelten. Die identifizierten Regelungen wurden unter Einbezug von Expertinnen und Experten auf Vollständigkeit überprüft und gegebenenfalls ergänzt. Ergänzend wurde kommentierende Fachliteratur hinzugezogen. Eine Fachanwältin für Sozialrecht unterstützte mit ihrer juristischen Expertise die bewertende Einordnung.

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

Die Sichtung der Regelungen bezog neben engeren Begriffen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie Qualitätssicherung und -entwicklung auch ein weite-

res Verständnis und Formulierungen wie Teilhabe, Gender und Diversity sowie Selbstbestimmung ein.

Interviews mit Schlüsselpersonen

Zur Einschätzung der rechtlichen Regelungen und Qualitätsroutinen wurden 81 leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten von Ministerien und nachgeordneten Behörden (n=21), Wissenschaft (n=12) sowie von Verbänden und zentralen Trägern (n=48) durchgeführt, die sich in ihrer Zuständigkeit über das gesamte Bundesgebiet hin verteilt haben (s. Tabelle1).

Tabelle 1 Geographische Streuung der Zuständigkeiten der Interviewpartner, QMB = Qualitätsmanagementbeauftragte, Länderübergreifend/bundesweit inkl. Wissenschaft

	Kommune n=19	KiTA n=25	Schule n=11	Pflege & Senioren n=20	QMB (Ver- bände) n=6
Baden-Württemberg	1	1	1		
Bayern	1	2			
Berlin	3	12		2	2
Brandenburg					
Bremen		1		1	
Hamburg		1	1		
Hessen	2	1	1		
Mecklenburg- Vorpommern			1		
Niedersachsen	1	1	4	4	
Nordrhein-Westfalen	2		1	4	
Rheinland-Pfalz				1	
Saarland					
Sachsen				1	
Sachsen-Anhalt		1			
Schleswig-Holstein		1	1		
Thüringen			1	1	
Länderübergreifend /bundesweit	9	3		5	4

Die MHH führte insgesamt n=56 Interviews mit Expertinnen und Experten aus Landesministerien und nachgeordneten Behörden, der Wissenschaft und öffentlichen und privaten Trägern durch. Als schwierig erwies sich Interviewpartner/-innen von privaten Trägern zu gewinnen. Gemeinnützige und kirchliche Träger wurden von der BBI befragt (n=25) (Tabelle 2). Die Strukturen der Wohlfahrtsverbände aufgreifend wurden dabei auch die Qualitätsmanagementbeauftragten und Fachreferenten auf Bundes- bzw. Landesebene interviewt. Bei der Auswahl wur-

den lebensweltspezifische sowie föderale Rahmenbedingungen berücksichtigt. Die Expertinnen und Experten wurden nach den relevanten rechtlichen Regelungen und Empfehlungen, den zur Verfügung stehenden bzw. genutzten Verfahren zur Qualitätssicherung sowie zu dem Handlungsbedarf befragt. Die Interviews wurden im Zeitraum von Oktober 2014 bis Februar 2015 durchgeführt.

Tabelle 2: Aufteilung und Anzahl der Interviews nach Setting, Ebene und Zuständigkeit

Kommune n=19	Träger/Verbände	öffentlich/privat	7
		gemeinnützig/kirchlich	3
	Landesministerien/-behörden		4
	Wissenschaft		5
KiTa n=25	Träger/Verbände	öffentlich/privat	6
		gemeinnützig/kirchlich	13
	Landesministerien/-behörden		2
	Wissenschaft		4
Schule n=11	Träger/Verbände	öffentlich/privat	1
		gemeinnützig/kirchlich	0
	Landesministerien/-behörden		9
	Wissenschaft		1
Pflege n=16	Träger/Verbände	öffentlich/privat	7
		gemeinnützig/kirchlich	3
	Landesministerien/-behörden		4
	Wissenschaft		2
Senioreneinrichtungen n=4	Träger/Verbände	öffentlich/privat	2
		gemeinnützig/kirchlich	0
	Landesministerien/-behörden		2
	Wissenschaft		0
QMB n=6	Träger/Verbände	öffentlich/privat	0
		gemeinnützig/kirchlich	6
Gesamt N=81	Träger/Verbände	öffentlich/privat	23
		gemeinnützig/kirchlich	25
	Landesministerien/-behörden		21
	Wissenschaft		12

Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und software-gestützt (MAXQDA) inhaltsanalytisch, orientiert an Gläser und Laudel (2010) ausgewertet. Die Dauer der Interviews streute zwischen 15 min 53 sec und 1h 56 min 13 sec (Tabelle 3).

Tabelle 3: Dauer der geführten Interviews

Lebenswelt	Interviewdauer min (h)	Interviewdauer max (h)	Interviewdauer Durchschnitt (h)
Kommune N=19	00:22:16	01:56:13	00:45:16
KiTa N=23	00:17:34	01:15:39	00:38:21
Schule N=11	00:19:02	01:03:05	00:32:12
Pflege N=16	00:15:53	00:56:39	00:36:34
Senioren N=4	00:28:20	00:51:48	00:37:26
QMB N=6	00:30:10	00:57:06	00:45:07
Gesamt N=79	00:15:53	01:56:13	00:38:51

C Normenhierarchie und Verbindlichkeitsgrade

Die Recherche der normativen Grundlagen und Vorgaben umfasste Regelungen auf der internationalen Ebene, Bundesebene, Landesebene und Kommunalebene. Auf allen Ebenen finden sich für die einzelnen Settings relevante Regelungen, die in unterschiedlicher Beziehung und Hierarchie zueinander stehen und sich in ihrer Bindungswirkung unterscheiden (Abb. 3).

Als verbindlich und damit unmittelbar zu befolgen gelten Verfassungen, Gesetze, Rechtsverordnungen und Satzungen. Diese Rechtsnormen finden sich sowohl auf Bundes-, als auch auf Landesebene. Satzungen sind dazu bestimmt, Angelegenheiten im Sinne der Selbstverwaltung zu regeln und werden z.B. als Satzung einer jeden Kommune oder auch bei Verbänden verwendet. Dabei gibt es eine interne Hierarchie: Verfassung > Gesetz > Rechtsverordnung > Satzung, die innerhalb einer Verwaltungsebene (Bund/Land) gilt. Unabhängig von der internen Rangordnung gilt der Grundsatz „Bundesrecht bricht Landesrecht“, so dass z.B. eine Bundessatzung oberhalb einer Landesverfassung steht (vgl. Art. 31 GG).

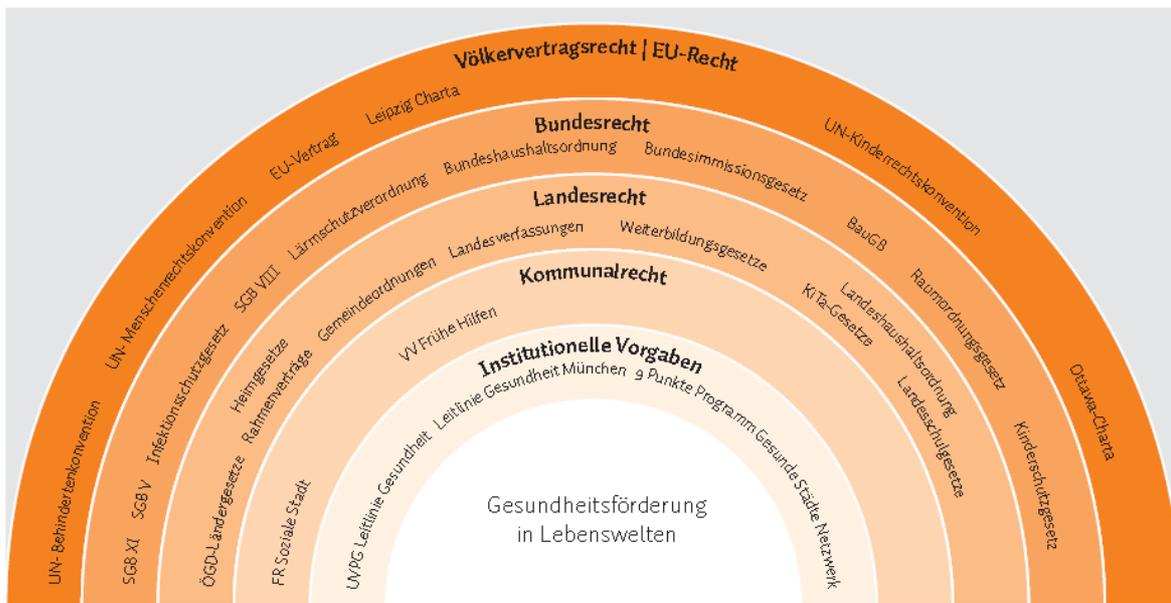


Abbildung 3: Auswahl rechtlicher Regelungen Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Auf internationaler Ebene spielen in dem betrachteten Kontext sowohl europäische als auch völkerrechtliche Regelungen eine Rolle. Völkerrechtliche Regelungen, wie die als **Völkervertragsrecht** bezeichneten **UN-Konventionen**, entstammen zwischenstaatlichen Verträgen und bedürfen einer Umsetzung in nationales Recht der Vertragspartner. Dieses ist z.B. durch Zustimmung des nationalen Gesetzgebers im Wege eines Bundesgesetzes (Ratifizierung) gegeben (z.B. Kinderrechtskonvention, Behindertenrechtskonvention, Frauenrechtskonvention). Bei der Transformation in nationales Recht bedarf es immer der Beachtung der nationalen Gesetzgebungszuständigkeiten. Als Mitglied der Europäischen Union unterliegt die Bundesrepublik Deutschland (zunehmend) europäischem Recht. Unmittelbar gelten das **primäre Unionsrecht (z.B. Gründungs- und Beitrittsverträge) – vorausgesetzt es ist eindeutig, klar und uneingeschränkt –**, **Verordnungen** der Europäischen Union und **Beschlüsse** der Europäischen Union (Instrumentarien des sekundären Unionsrechts). Unmittelbare Wirkung können auch EU-Richtlinien erlangen, sofern sie von den nationalen Gesetzgebern nicht oder nicht hinreichend innerhalb der Umsetzungsfrist umgesetzt worden sind und die Regelungen inhaltlich unbeding und hinreichend genau sind (self-executing). In der föderalen Bundesrepublik Deutschland liegt die Gesetzgebungskompetenz grundsätzlich bei den Bundesländern (Art. 30, 70 GG). Nur in den in Art. 73 GG genannten Bereichen verfügt der Bund über die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz. In den in Art. 74 GG genannten Bereichen der konkurrierenden Gesetzgebung haben die Länder die Gesetzgebungskompetenz, solange und soweit der Bund nicht davon Gebrauch gemacht hat (Sperrwirkung). Die Sozialversicherung ist unter Art. 74 Abs. 1, Ziffer 12 GG zu fassen. Grundprinzip der deutschen Finanzlastverteilung ist das Konnexitätsprinzip. Dieses

Prinzip gilt sowohl zwischen Bund und Ländern (Art. 104a Abs. 1 GG), als auch zwischen Ländern und Kommunen (vgl. Landesverfassungen).

Die Abbildung 4 verdeutlicht die Normenhierarchien und Verbindlichkeiten. Die vor allem für Fördergelder zentralen Richtlinien oder Verwaltungsvorschriften haben per se keine Außenwirkung. Sie binden die Verwaltung und dienen dadurch der Einheitlichkeit der Rechtsanwendung (Gleichheitsgrundsatz). Auch Erlasse stehen in diesem Kontext.

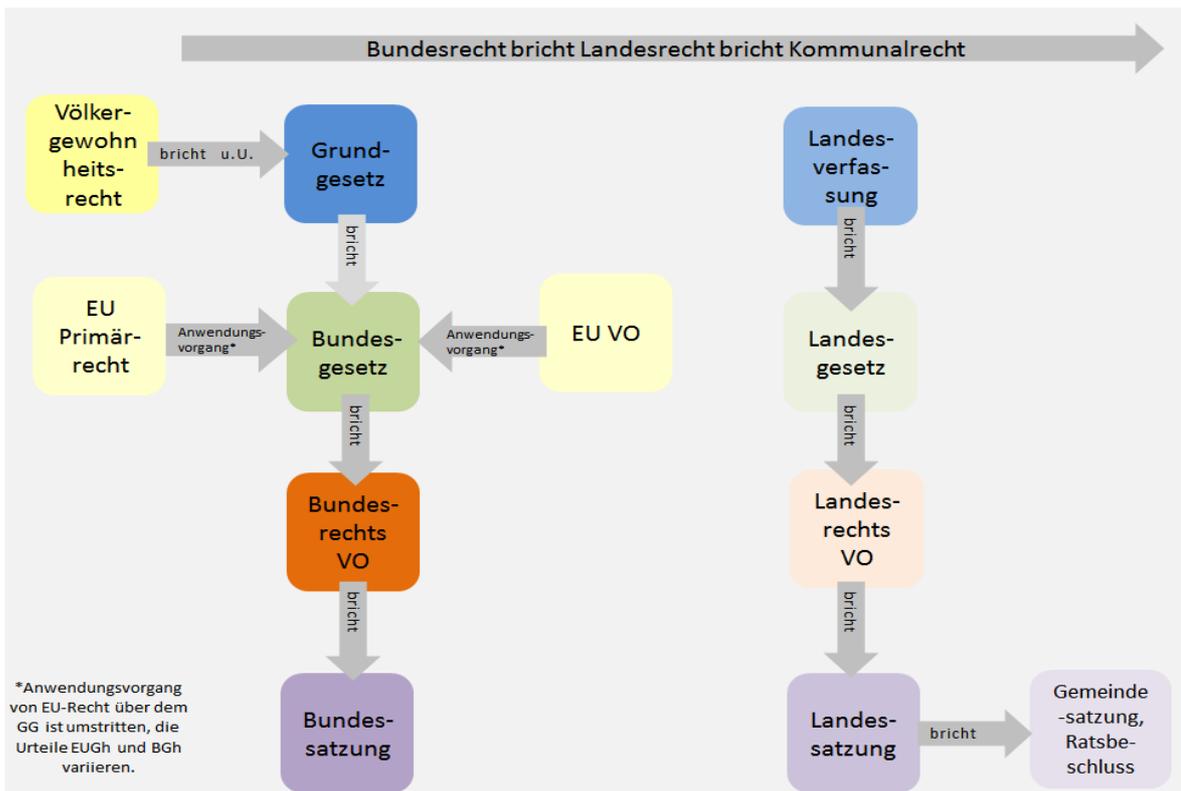


Abbildung 4: Normenhierarchie (eigene Abb.)

D Literatur

Gläser, J; Laudel, G (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mayring, P (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktual., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz.

1. Ergebnisse Dachsetting Kommune

Rechtliche Regelungen und Ergebnisse der Experteninterviews

Volkenand K, Walter U

Medizinische Hochschule Hannover,

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Exkurs

Gaede-Illig C, Castedello U

Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin

1.1 Einleitung

Die Kommune (Gemeinde) wird in der aktuellen Diskussion zu Gesundheitsförderung als „Dachsetting“ bezeichnet. In einem territorial klar abgegrenzten Bereich bildet die Kommune zunächst eine politische und administrative Einheit. Unter ihrem „Dach“ werden im Rahmen der ihr zugestandenen und auferlegten Selbstverwaltung (Art. 28 GG) Angelegenheiten unterschiedlicher Art geregelt. Dazu zählen u.a. die Bereitstellung von Kinderbetreuungsplätzen, die Kinder- und Jugendhilfe sowie (teilweise) bauliche Angelegenheiten (bpb.de). Unterschieden werden Selbstverwaltungsaufgaben, die Kraft Gesetz definiert sind. Damit ist deutlich, dass die Kommune sowohl Verwaltung, Organisation aber gleichzeitig auch Lebensraum und Ort sozialer Interaktion darstellt. Folgt man der Beschreibung der „Kommune als Kristallisationskern der Bürgergesellschaft“ (vgl. Bertelsmann Stiftung 2008), werden die Möglichkeiten und Potenziale der Kommune und damit ihr Stellenwert als zentrales Setting für Gesundheitsförderung¹ und Prävention noch stärker deutlich.

„Die Wurzel unserer Demokratie liegt in der Kommune (...). Hier (...) wird konkret (...), wieweit Grundwerte unserer Demokratie auch im Alltag zu tragen vermögen: Freiheit und Eigenverantwortung, Teilhabe, Menschlichkeit und Solidarität. (...) [in der Kommune KV] lässt sich unmittelbar erfahren, dass soziale Gerechtigkeit nicht nur ein abstraktes gesellschaftliches Gut, sondern zugleich eine lebendige Norm für das Handeln des Einzelnen darstellt. wie sich die unterschiedlichen Belange und widerstreitenden Interessen zu einem verträglichen, ja sogar produktiven Ganzen integrieren lassen. (...)dort, wo Menschen unmittelbar zusammentreffen, wenn sie aus dem geschützten Bereich von Privatheit und Familie heraustreten: in der Kommune“ (ebd. S. 9.).

1 Im sozialwissenschaftlichen, Ressourcen stärkenden Verständnis

Tabelle 4: Einbezogene Normen, sortiert nach Ebene

Auf supranationaler Ebene:

UN-Kinderrechts-Konventionen, UN-Frauenrechtskonvention

EU-Vertrag, EU-VO 282/2014, EU-Ratsentschließung 2001/C20/01

ausgewählte Empfehlungen der EU mit deutlichem Bezug zur (qualitätsgesicherten) Gesundheitsförderung: EU-Schlussfolgerung zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität, EU-Entschließung zur Gesundheit und zum Wohlbefinden junger Menschen

Antirassismus-Richtlinie (2000/43/EG), Gender-Richtlinie (2003/54/EG)

Leipzig Charta zur nachhaltigen europäischen Stadt

Auf Bundesebene:

SGB V, SGB VIII, Bundeskinderschutzgesetz,

Baugesetzbuch, Raumordnungsgesetz, Umweltverträglichkeitsprüfungsgesetz, VV Städtebauförderung (soziale Stadt)

Infektionsschutzgesetz, Bundesimmissionsschutzgesetz, Lebensmittel-, Futtermittel- und Bedarfsgegenstände-gesetz

Auf Landesebene:

Landesverfassungen (n=16), Gemeindeordnungen (n=13)

ÖGD-Gesetz (n=16)

Ausführungsgesetze zur Kinder- und Jugendhilfe (n=16), Landeskinderschutzgesetze (n=11)², Weiterbildungsgesetz (n=15)³

spezielle Vorschriften des Landes (exemplarisch: Richtlinie zur Förderung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen)

Gesundheitsziele der Länder

Auf Kommunalen Ebene/ institutionsspezifische Vorgaben

Leitlinie Gesundheit der Stadt München, Empfehlungen des Gesunde Städte Netzwerkes

DOSB-Qualitätsrahmen „Sport pro Gesundheit“, VHS-Qualitätsbausteine für die Gesundheitsbildung, Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit

Für die hier durchgeführte Recherche wurden vorwiegend die Vorgaben berücksichtigt, die Sozialräume/Lebenswelten betreffen und für Prävention und Gesundheitsförderung eine Rolle spielen. Diese Vorgaben erstrecken sich über unterschiedliche politische Sachgebiete und erreichen unterschiedliche Zielgruppen in diversen Institutionen (Kinder- und Jugendhilfe, Weiterbildung, Seniorenhilfe). Gleichzeitig werden Vorgaben betrachtet, die das öffentliche Leben regeln (Bsp.

² Es wurden nur die Gesetze einbezogen, die dem Titel nach als Kinderschutzgesetze gelten.

³ Hamburg besitzt kein Weiterbildungsgesetz. Das Bildungsurlaubsgesetz wurde nicht einbezogen.

Landes- und Kommunalverfassungen, Gesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Umwelt- und Verbraucherschutzgesetze). Die Doppelrolle als Lebensraum und politisch administrative Einheit stellt eine besondere Herausforderung bei der Betrachtung der Lebenswelt Kommune dar. Überschneidungen mit dem aktuell diskutierten Setting „Familie“ sind nicht auszuschließen. Der Unterschied zwischen rechtlichen Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung im Lebensraum Kommune und der Familie soll durch die Rollendefinition der Systeme deutlich werden. Während eine Kommune als Anbieter von Prävention und Gesundheitsförderung eine Subjektrolle einnimmt bzw. selbst gesundheitsförderlich gestaltbar werden kann, bekommt die Familie einen „Objektcharakter“. Familien kommen in den Genuss gesundheitsfördernder/präventiver Dienste. Dabei geht es stets darum, die Autonomie der Familie zu achten, d.h. Familien, Möglichkeiten/Bedingungen zu bieten, die freiwillig und selbstbestimmt in Anspruch genommen werden können (Geene 2015). Die Chancen und Risiken für Gesundheit, die sich innerhalb des Familiengefüges – unabhängig von seiner begrifflichen Definition – ergeben, sind zahlreich belegt. Die begriffliche Bezeichnung als Setting ist umstritten, da z.B. „Prinzipien des Setting-Ansatzes wie die Methoden der Organisationsentwicklung“ (Geene 2015 in „newsletter gesundheitliche Chancengleichheit“) nicht angewendet werden können. Familie bildet einen Lebensraum und einen zentralen Raum in der Sozialisierung eines jeden Menschen. Die bisherigen Modellprojekte lassen sich aber ebenso als kommunale/stadtteilorientierte Settingprojekte und -aufgaben bewerten.

Exkurs: Kommunale Aufgabenstruktur

Grundsätzlich lassen sich kommunale Aufgaben in solche des *eigenen Wirkungskreises* und die des *übertragenen Wirkungskreises* unterscheiden. Für kommunale Gesundheitsförderung ist es zunächst bedeutend, dass zielgruppenspezifische Angebote nicht zu den übertragenen Aufgaben gehören. Die rechtlichen Grundlagen finden sich von daher überwiegend auf Landesebene oder im Kommunalrecht. Innerhalb der Angelegenheiten des eigenen Wirkungskreises lassen sich freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben und pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben unterscheiden. Bei letzteren liegt die kommunale Entscheidungskompetenz lediglich in der Art und Weise, nicht aber in der Frage des „ob“. Anders verhält es sich mit den freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben innerhalb des eigenen Wirkungskreises. Kommunen haben hier das höchste Gestaltungsrecht. Nicht nur, wie, sondern auch, ob sie grundsätzlich die Angelegenheit als ihre eigene begreifen und wahrnehmen, liegt in kommunalem Ermessen. Die Darstellung der Gesetzeslage für Prävention und Gesundheitsförderung gestaltet sich als umso einfacher, je enger man die Begrifflichkeiten fasst. Aktuelle Projekte, Trends und nicht zuletzt der Stand der Wissenschaft sprechen gegen eine enge Definition und erfordern die Analyse unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen, sozial-ökologischen Gesundheitsbegriffs und eines ressourcenstärkenden Verständnisses von Gesundheitsförderung (salutogenetischer Ansatz). Begrifflichkeiten, die in diesen Definiti-

onsbereich fallen, sind u.a. Prävention (Verhütung, Verhinderung und Vorbeugung von Krankheit), (Gesundheits-)Bildung und Aufklärung, positive Lebensbedingungen und Chancengleichheit. Aufbauend hierauf wurden in ihrer Bedeutung ähnliche Begrifflichkeiten mit einbezogen. Die gesichteten Gesetzeswerke werden für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung, Qualitätssicherung und –entwicklung und deren Kombination nacheinander, je nach Möglichkeit, präsentiert. Dabei werden zunächst wörtliche Nennungen, darauf folgend konzeptionelle und methodische Inhalte dargestellt. Die in die Recherche einbezogenen Normen sind in Tabelle 4 dargestellt.

Dem Prinzip der Subsidiarität folgend gibt es in Ergänzung zu der beschriebenen Aufgabenstruktur Angebote, auf die sozialräumliche Entwicklung von Quartieren und Stadtteilen als Lebenswelten fokussiert sind, wenngleich sie aus Landesmitteln gefördert werden. Subsidiarität heißt in diesem Zusammenhang, dass staatliche Einrichtungen nicht tätig werden, solange Wohlfahrtsverbände die entsprechenden Aufgaben lösen wollen und können. Sie können es in besonderer Weise, weil sie über ihre Träger nah an den Lebenswelten der Bürgerinnen und Bürger tätig sind. Beispielhaft sei hier das „Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren (IFP StZ)“ in Berlin genannt. Der dem IFP StZ zugrundeliegende „Rahmenfördervertrag“⁴ orientiert sich ausdrücklich am „Prinzip der Subsidiarität. Die Umsetzung der im Vertrag vereinbarten Ziele und Aufgaben obliegt hier den Wohlfahrtsverbänden bzw. den ihnen angeschlossenen Trägern und Organisationen.

1.2 Methodik

Die Experteninterviews wurden mit Funktionsträgerinnen und Funktionsträgern auf den Ebenen Wissenschaft, Ministerium/Behörde und Verband/Träger geführt (Abb. 5-7). Wie im Eingangskapitel (Ausgangslage, Ziele, Methodik) dargelegt, wurden private und öffentliche, aber auch gemeinnützige Träger befragt. Der Leitfaden wurde entsprechend der Funktionsebene und ggf. der regionalen Zuständigkeit (geringfügig) modifiziert. Wichtig für die Auswahl der Interviewpartner war, möglichst viele kommunale Sachgebiete abzubilden. Auf individueller Ebene sollte eine theoretische Vorbeschäftigung mit der Thematik (erkennbar durch entsprechende Publikationen, die berufliche Tätigkeit als Referentin oder Referent in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung/Qualitätssicherung im kommunalen Raum) das Auswahlkriterium sein. Die Anfragen wurden per Mail gestellt. Insgesamt wurden für das Setting Kommune 19 Interviews telefonisch durchgeführt, davon 16 im Bereich öffentlicher und privater Träger, drei im Bereich der Gemeinnützigkeit/Wohlfahrt. Die 19 Interviews wurden aufgezeichnet, bei dreien erfolgte eine Mitschrift. Die Mitschriften fließen in die Auswertung mit ein. Aus den Abbildungen 5 - 7 wird die Verteilung bzgl. Funktionsebene und Fachgebiet / Arbeitsschwerpunkt deutlich. Die Interviews dauerten zwischen 22 Minuten 16 Sekunden

4 Rahmenfördervertrag zwischen dem Land Berlin und den Wohlfahrtsverbänden 2010

und 1 Stunde 56 Minuten 13 Sekunden (zweifaches Interviewen der gleichen Person, erweiterter Leitfaden). Der Mittelwert lag bei 45 Minuten 16 Sekunden. Es lässt sich keine Systematik zwischen der Dauer der Interviews und der Funktionsebene, dem Sachgebiet oder dem inhaltlichen Schwerpunkt erkennen. Sechs gestellte Anfragen wurden an Kolleginnen oder Kollegen weitergeleitet oder aufgrund einer selbsteingeschätzten nicht ausreichenden Fachkompetenz abgesagt. Alle gestellten Anfragen wurden demnach beantwortet. Die nicht durchgeführten Interviews verteilen sich auf drei Expertinnen und Experten aus Behörden (Stadtplanung n=1, Gesundheit n=2), einen Experten/eine Expertin auf Verbandsebene (Kommunale Gesundheitsplanung) sowie einen Experten/eine Expertin aus der Wissenschaft (Gesundheit und Soziales).

Aufgrund des zeitlich begrenzten Umfangs der Recherche und einer fehlenden einheitlichen Begriffsverwendung von Gesundheitsförderung und Prävention und Qualitätssicherung bzw. -entwicklung ergeben sich Limitierungen. Trotz intensiver Durchsicht der zugänglichen Gesetzestexte kann eine Vollständigkeit somit nicht gewährleistet werden. Die im Folgenden vorgestellten Rechtsnormen und Leitlinien können aber insofern als relevant und richtungsweisend in der Thematik gesehen werden, so dass sie von den befragten Expertinnen und Experten (überwiegend) bestätigt wurden.

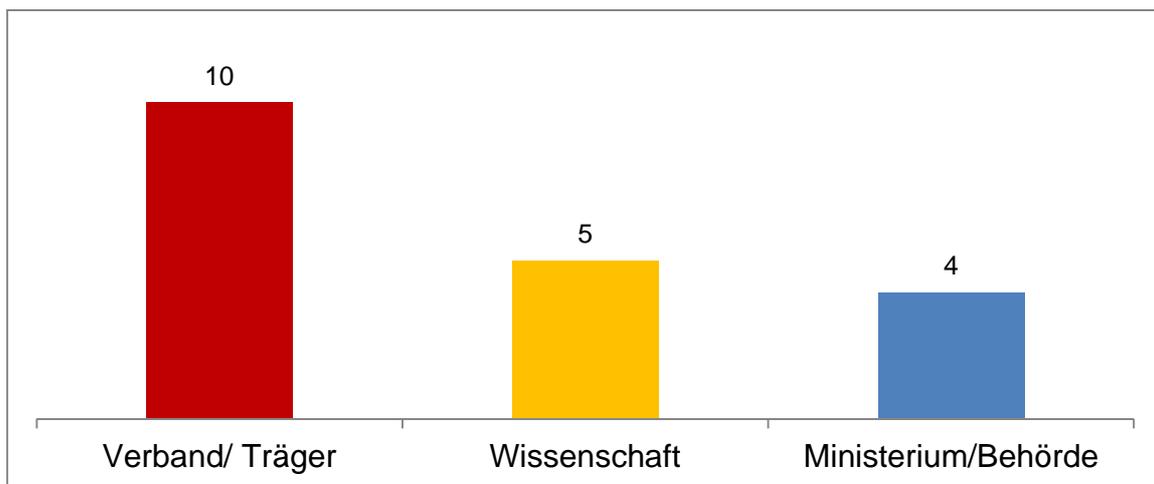


Abbildung 5: Verteilung der Interviewpartner n=19 nach Funktionsebene

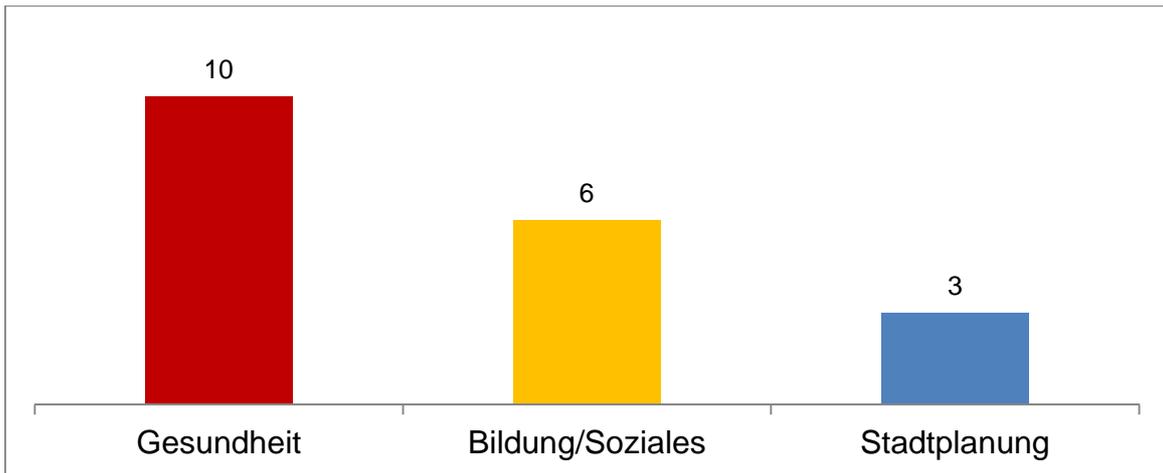


Abbildung 6: Verteilung der Interviewpartner n=19 nach Sachgebiet

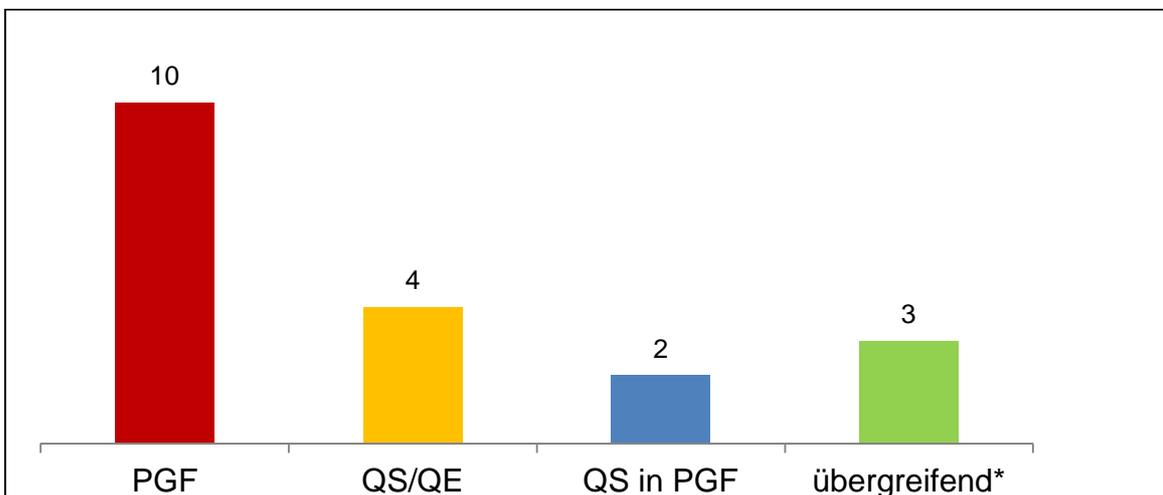


Abbildung 7: Verteilung der Interviewpartner nach inhaltlichem Schwerpunkt n=19⁵

1.3 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

Verbindliche Vorgaben

1.3.1 Supranationale und internationale Vorgaben

Mit dem **UN Übereinkommen über die Rechte des Kindes** (UN-Kinderrechtskonvention, unterzeichnet von der BRD 1990) erhielten Kinder das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit (Art. 24). Zugangsgerechtigkeit und geeignete Maßnahmen zur Umsetzung des Rechts sind fortan Ziel für die bundesrepublikanische Politik. Das Gesundheitsverständnis in der Konvention mag zwar eher traditionell erscheinen (Behandlung von Krankheiten und Wiederherstellen

6 Kommunale Referenten

von Gesundheit), dennoch sind Passagen zu nennen, die als Rahmen zur modernen Gesundheitsförderung zu interpretieren sind. So sollen Kindern und Familien nicht nur Angebote und Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden, sondern auch Aufklärung zu gesundheitsrelevanten Themen (Prävention) und die Information über die Zugangswege zu gerade diesen Maßnahmen geboten werden (Art. 24 Abs. 2ff). Ein selbstbestimmtes und –kompetentes Menschenbild liegt hier zu Grunde. Das an späterer Stelle zu findende Bundeskinderschutzgesetz lässt sich als nationale Umsetzung der Forderung der Kinderrechtskonvention gemäß Artikel 19 fassen. Durch ihn ist der Schutzauftrag der Mitgliedstaaten gegenüber Kindern gegeben. Ein gesundheitsbezogener präventiver Charakter ist entsprechendem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis eindeutig (Schutz vor körperlicher oder geistiger Gewalt, Schaden oder Misshandlung,...). Als Leitgedanken steht das Wohl der Kinder und dessen Schutz über allen politischen und sozialen Handlungen (Art.3) Die Konvention beschreibt keinen Leistungsanspruch, wohl aber ein „Recht von Kindern gegenüber ihren Lebenswelten“.

Ähnliche Vorgaben, die an eine andere Zielgruppe gerichtet sind, enthält das **Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau**, das bereits 1979 verabschiedet wurde (UN-Frauenrechtskonvention). Der Grundgedanke der Abschaffung von geschlechtlich bedingten Benachteiligungen im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, staatsbürgerlichen oder jedem anderen Bereich (Art. 1) stellt ein Grundsatz der Gesundheitsförderung dar. Als Beispiel sollen hier zudem die Artikel 10 und 12 aufgeführt werden, da ein lokaler/kommunaler Bezug hergestellt werden kann: Ressourcenstärkung in Bezug auf gesundheitliches Wissen lässt sich aus Artikel 10 ableiten. Im weitesten Sinne bildet der Inhalt einen Rahmen zu niedrighschwelligem Bildungsangeboten für Frauen. Artikel 12 verpflichtet die Vertragsstaaten ausdrücklich zur Gleichberechtigung bezogen auf die Zugangschancen zu Gesundheitsdiensten. Damit ist neben der Unterbreitung von Gesundheitsdiensten gleichzeitig eine Vorgabe zu deren Qualität (entsprechend good practice) getroffen.

Als bezeichnende Vorgabe für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung ist Artikel 12 des Rahmenübereinkommens der WHO zur **Eindämmung von Tabakgebrauch** zu sehen (Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit).

Der **EU-Vertrag** zählt zu dem primären Unionsrecht und hat verfassungsähnlichen Charakter für die Mitgliedsstaaten. In den Artikeln 152 und 153 (ehemals 129a) werden die Mitglieder der EU dazu verpflichtet, all ihre politischen Handlungen und Maßnahmen nach einem hohen Gesundheitsniveau auszurichten, sowie verbraucherschützend zu agieren. Für Kommunen werden diese Artikel u.a. dann bedeutsam und zentral, wenn Projekte durch EU-Gelder finanziert werden. Neben dem Vertrag findet sich Gesundheitsförderung explizit in dem **Aktionsprogramm der Union zum Schutz der Gesundheit** (EU-VO Nr. 282/2014) oder in **Schlussfolgerungen des Rates zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität** (2012/C393/07). Letztere ist rechtlich jedoch nicht unmittelbar bindend,

ebenso wie die **Entschließung des Rates vom 14. Dezember 2000 über Gesundheit und Ernährung** (2001/C20/01). Die EU legt dabei ein Gesundheitsverständnis entsprechend der WHO zugrunde und stellt die Gesundheitsförderung in die politische Strategie eines zukunftsfähigen Europas. Die Mitgliedstaaten sollen der Gesundheitsförderung durch nationale Programme mehr Bedeutung geben. Zudem offeriert die Union durch die Verordnung den Mitgliedstaaten Förderungen. Ihre Bewerbung für die Umsetzung im nationalen Gesundheitssystem ist ebenfalls Aufgabe der Mitgliedstaaten. Konzeptionell werden sowohl der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten (Art. 10), die Transparenz von Verfahren und Methoden (Art. 11) sowie die Stärkung gesundheitlicher Kompetenzen und Ressourcen der Bürgerinnen und Bürger erwähnt (Art. 12) und die Gleichstellung von Männern und Frauen (Art. 11, auch Art. 8,10 AEUV). Der intersektoralen behördlichen Zusammenarbeit wird eine ausdrücklich hohe Bedeutung zugesprochen (Art. 32).

Ähnlichen empfehlenden und weisenden Charakter besitzt die **Entschließung des Rates vom 20. November 2008 zur Gesundheit und zum Wohlbefinden junger Menschen**. Die Berücksichtigung der Jugendlichen in den Initiativen und Politiken der Mitgliedsstaaten und die systematisch evaluierte Förderung ihrer Gesundheit durch Maßnahmen werden gefordert. Dabei wird der Entschließung ebenso wie der Schlussfolgerung und der Verordnung ein Ressourcenorientiertes Gesundheitsverständnis zugrunde gelegt. Die Förderung der Gesundheit findet sich nicht nur wörtlich, sondern auch inhaltlich in der Entschließung: **Aufklärungsarbeit, Partizipation der Jugendlichen, Zugangsgerechtigkeit** und die **Berücksichtigung unterschiedlicher Voraussetzungen und Bedingungen** (Gender und Diversity) stehen in diesem Kontext. Daneben finden sich klare Aussagen zu Qualitätssicherung und -entwicklung, so zur **Transparenz** („Austausch bewährter Vorgehensweisen hinsichtlich der Gesundheit und des Wohlbefindens junger Menschen auf lokaler (...) Ebene zu fördern und sich (...) **auf bestehende Strukturen zu stützen**“), zur **Kooperation und Vernetzung** („die Partnerschaft mit jungen Menschen und Jugendorganisationen, den jugendpolitischen Akteuren und der Zivilgesellschaft im Bereich der Gesundheit junger Menschen zu verstärken“), der **Berichterstattung und Datenanalyse** („Daten über die Gesundheit und das Wohlbefinden junger Menschen schrittweise in den (...) einzubeziehen“) und nicht zuletzt in der „**Weiterbildung** von Jugendarbeitern **im Bereich der Prävention**“. Die zentrale Forderung (Art. 1) angepasste, übergreifende, angemessene koordinierte und **systematisch evaluierte Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit** junger Menschen durchzuführen, ist hier zu erwähnen. Die Entschließung richtet sich nicht direkt an Kommunen, auch wenn von lokalen Handlungsebenen gesprochen wird. Spannend für Kommunen sind jedoch die sich aus ihr ergebenden Chancen zur häufig begrenzten Finanzierbarkeit kommunaler gesundheitsfördernder Programme und Maßnahmen: Die Mitgliedstaaten und die Kommission werden bestärkt,

„die Möglichkeiten, die im Rahmen der bereits bestehenden Politiken, Programme und übrigen Instrumente der Europäischen Union geboten werden, insbesondere innerhalb des Europäischen Strukturfonds und des Programms

Jugend in Aktion, optimal zu nutzen, um Projekte für Gesundheit und Wohlbefinden junger Menschen auszuarbeiten.“

Die Nennung und Beschreibung ausgewählter Gesetze und Empfehlungen der Europäischen Union gibt einen ersten und weiter zu vertiefenden Überblick über Rahmenbedingungen, denen die Mitgliedstaaten nachkommen können/müssen. Es handelt sich dabei nicht um individuelle Rechts- und Leistungsansprüche der europäischen Bevölkerung.

1.3.2 Nationale und kommunalrechtliche Vorgaben

Verfassungen (GG, Landes- und Kommunalverfassung)

Kommunen und Gesundheitsförderung: Auswahl relevanter Gesetze

Die Möglichkeiten kommunaler Einflussnahme auf gesundheitsrelevante Entscheidungen werden durch den Aufgabenbereich der Kommunen definiert und beschrieben. Grundlage kommunaler Aufgaben bildet das **Grundgesetz Art. 28 (2)**:

„Den Gemeinden muss das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln. Auch die Gemeindeverbände haben im Rahmen ihres gesetzlichen Aufgabenbereiches nach Maßgabe der Gesetze das Recht der Selbstverwaltung. Die Gewährleistung der Selbstverwaltung umfasst auch die Grundlagen der finanziellen Eigenverantwortung; zu diesen Grundlagen gehört eine den Gemeinden mit Hebesatzrecht zustehende wirtschaftskraftbezogene Steuerquelle.“

Das Recht, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft in eigener Verantwortung zu regeln, wird der kommunalen Daseinsvorsorgepflicht gleichgesetzt. Gemäß BVerfG beinhalten die örtlichen Aufgaben „*diejenigen Bedürfnisse und Interessen, die in der örtlichen Gemeinschaft wurzeln oder auf sie einen spezifischen Bezug haben*“ (BVerfG 79, 127, 151). Die Bedeutung der örtlichen Gemeinschaft für den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist mehrfach beschrieben und findet sich im sozial-ökologischen Gesundheitsverständnis der Ottawa-Charta 1986.

Entsprechend der Gesetzgebungskompetenz der Länder (Art. 70 GG) haben diese den Auftrag, eine kommunale Verfassung zu erlassen. Die Landesverfassung der Stadtstaaten übernimmt entsprechend diese Funktion. Folglich genügt die Betrachtung bundesrechtlicher Vorgaben nicht, um die Frage der Verbindlichkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen und Bedingungen im kommunalen Setting zu beantworten. Zur relevanten Literatur gehören dabei Verfassungen ebenso wie Verordnungen. Während der öffentliche Gesundheitsdienst, die „Satzung“ des Gesunde-Städte-Netzwerkes oder räumlich bezogene Gesundheitsziele als direkte Gesundheitsförderungsvorgaben ersichtlich sind, mögen Verfassungen, aber auch Bildungs- und Sozialgesetze erst auf den zweiten Blick in diesen Kontext gebracht

werden. Rosenbrock (zitiert in Burgi 2013, S. 41) spricht von „impliziten Präventionsanstrengungen“.

Die **Landesverfassungen** der 16 Bundesländer enthalten eine Reihe *impliziter Präventionsanstrengungen*⁶. Auffällig und durchgängig zu finden ist der *Schutz der Kinder und Jugend* (außer Hamburg). Dabei geht es um den *Schutz vor Gefährdungen* (allgemein: BW, BE, ST), um den *Schutz vor Gewalt* (BB, BR) oder den *Schutz vor (körperlicher und seelischer) Vernachlässigung* (MV, NI, RP). Aus verhältnispräventiver und unter settingorientierter Sicht sind die Formulierungen in Baden-Württemberg (Art. 13) und Saarland (Art. 24) spannend: *Die Gemeinden sorgen durch entsprechende Einrichtungen für den Schutz der Jugend vor Gefährdung* (sinngemäß). Einen expliziten **kommunalen Auftrag zum Schutz der Kinder und Jugend** gibt es außerdem in Brandenburg (Art. 27 Jugendfreizeiteinrichtungen) und in Rheinland-Pfalz (Art. 25 Schutz durch gemeindliche Maßnahmen und Einrichtungen). In Sachsen fördern das Land (SN, Art. 9) und in Thüringen die Gebietskörperschaften (TH, Art. 19) den **vorbeugenden Gesundheitschutz** für Kinder und Jugendliche. Deutlicher als die geeigneten Maßnahmen und Einrichtungen in Hinblick auf eine erkennbare **Lebensweltorientierung** sind Formulierungen in Brandenburg (Art. 13), Bremen (Art. 25), Nordrhein-Westfalen (Art. 6), dem Saarland (Art. 25) und Schleswig-Holstein (Art. 10): Die gemeindliche (z. T. staatliche) Aufgabe besteht demnach in der Schaffung und Erhaltung kindgerechter, altersgerechter oder positiver Lebensbedingungen für Kinder, die sich an den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Kinder orientieren (SH Art. 10) und zur **Entwicklung von Eigenverantwortung** und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten beitragen sollen (SH Art. 25).

In Bayern (Art. 83) wird der *eigene Wirkungskreis* der Gemeinden genauer definiert, zu dem u.a. das *örtliche Gesundheitswesen* gehört. Zwar ist der eigene Wirkungskreis gleichbedeutend mit einem hohen Maß an Selbstverwaltung, doch ist Bayern damit das einzige Land, das das örtliche, d.h. kommunale Gesundheitswesen explizit in seiner Landesverfassung erwähnt.

Die Analyse der **Gemeindeordnungen** ergibt im Vergleich zu den Landesverfassungen ein etwas heterogenes Bild, was direkte und implizite Präventionsanstrengungen betrifft. In allen 13 Gemeindeordnungen/Kommunalverfassungen wird deutlich, dass das **Wohl der Einwohnerinnen und Einwohner** bzw. dessen Förderung die Aufgabe der Gemeinden/Kommunen ist. Unterschiede gibt es in den Formulierungen. Von einem „Recht das Wohl der Einwohner(innen) zu fördern ist in Thüringen die Rede (§ 1). Die anderen Verfassungen unterscheiden zwischen „fördert das Wohl der Einwohner(innen)“ (BW, HE, MV, NW), „mit dem Ziel, das Wohl der Einwohner(innen) zu fördern“ (NI, ST). Die Sächsische Gemeindeordnung verpflichtet zudem die Kommunen zur Schaffung spezieller Einrichtungen zur Förderung des Wohls (§2(1)). Einen imperativen Charakter weisen die Formulierungen in der rheinland-pfälzischen Gemeindeordnung (§1) „[...] sind berufen,

⁶ Analysiert werden vor allem jene Rechte und Pflichten, die kommunalen Bezug haben und kommunale Aufgaben konkreter beschreiben als es globale Formulierungen und Menschenrechte tun.

das Wohl ihrer Einwohner zu fördern“ oder in der Gemeindeordnung Schleswig Holsteins (§1(1)) „[...] haben das Wohl ihrer Einwohnerinnen und Einwohner zu fördern“ auf. Die Betonung der eigenen Verantwortung (der Kommunen) bzw. Aufgabenwahrnehmung nach eigener Leistungsfähigkeit findet sich in BB, NI, SL und TH. Durch die prominente Stelle erkennbar (in allen Ländern § 1 oder § 2 außer in Bayern, dort Art. 57) ist dem Wohl aller in dem Land lebenden Menschen große Achtung gegeben.⁷ In Bayern ist das Wohl präziser durch die Adjektive „sozial, kulturell und wirtschaftlich“ definiert, im Saarland sogar durch „gesundheitlich“.

Explizit genannt wird Gesundheit in den Gemeindeordnungen von Brandenburg, Hessen und Thüringen: Die harmonische Gestaltung der Gemeindeentwicklung (...), wozu auch **gesundheitliche und soziale Betreuung** zählen, gehört zu den Aufgaben Brandenburgischer Kommunen (§ 2(2), ebenso Thüringen § 2). Thüringens Gemeinden sichern das Angebot an Bildung, Betreuung, Freizeit und Erholungseinrichtungen, sowie der sportlichen, kulturellen Leben und der gesundheitlichen und sozialen Betreuung (§ 2), wobei die Ortschaften eigenständig über die Verwendung von Mitteln entscheiden, die für kulturelle, sportliche, soziale Zwecke bestimmt sind (§ 45). Weniger eine Pflicht, sondern vielmehr einen Teil des eigenen Wirkungskreises, bilden die gesundheitliche und soziale Betreuung in Hessen (§ 2): Die Nennung erfolgt im selben Textabschnitt mit Freizeit und Erholung. Niedersachsen (§ 1) und Rheinland-Pfalz (§ 67) erwähnen in diesem Zusammenhang (Gesundheitseinrichtungen, Sportstätten,...) die Altenbetreuung/-pflege.⁸ Die Kommunen in Sachsen (§ 29, wie auch in Schleswig-Holstein (§ 17) sind per Gesetz dazu angehalten, **Einrichtungen für** soziales, kulturelles und wirtschaftliches **Wohl** zu schaffen.

Als Elemente direkter Demokratie gilt die **Partizipation**. Diese wiederum ist ebenfalls Eckpfeiler guter Gesundheitsförderung. U.a. geht Nordrhein-Westfalen, was die Partizipation betrifft, beispielhaft voran und verpflichtet seine Kommunen zur „Unterrichtung der Einwohner über bedeutsame Angelegenheiten in der Gemeinde“ (§ 23). Ergänzt um die Gruppe der Kinder und Jugendlichen (§ 16c: *„Die Gemeinde soll bei Planungen und Vorhaben, die die Interessen von Kindern und Jugendlichen berühren, diese in angemessener Weise beteiligen (...)“*) findet sich eine ähnliche Passage in der Rheinland-Pfälzischen Gemeindeordnung (§ 16 Einwohnerversammlung). Als Kann-Vorschrift findet sich die Beteiligung von Jugendlichen bei Planungen und Vorhaben, die ihre Interessen berühren in § 41a der Gemeindeordnung Baden-Württembergs oder in Hessen (§ 8c).

Chancen zur Implementierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung stellen die in einigen Kommunalverfassungen den Ländern eingeräumte Rechtsverordnungen (RVO) dar. Mittels RVOs können den Kommunen Aufgaben auferlegt werden, sofern die Kostendeckung geklärt ist. Hessen (§ 4) koppelt diesen Weg, ähnlich wie Nordrhein-Westfalen (§ 4) zusätzlich an die Größe der Kommunen.

⁷ Im Hinblick auf Chancengleichheit sei darauf hingewiesen, dass durch die Wahl des Wortes „Einwohner“ Personen, die keinen gemeldeten Wohnsitz in der Kommune haben, hier nicht inbegriffen sind.

⁸ Mehr dazu in den Kapiteln freie Seniorenhilfe

Einen direkten Vergleich von Landesverfassungen und Gemeindeordnungen zeigt Tabelle 5:

Tabelle 5: Implizite Präventionsvorgaben in Landesverfassungen und Gemeindeordnungen

Bezug (PGF)	Landesverfassung (n=16)	Gemeindeordnung (n=13) ⁹
Schutz der Kinder und Jugend	BW, BY, BE, BB, HB, HE, MV, NI, NW, RP, SL, SN, ST, SH, TH ¹⁰	
...vor Gefährdungen	BW, BE, ST, SL	
...vor Gewalt	BB, HB	
vor Vernachlässigung	MV, NI, RP	
Förderung des vorbeugenden Gesundheitsschutzes	SN, TH	
Schutz durch Einrichtungen (allg.)	BW, SL	
Jugendfreizeiteinrichtungen	BB	
Gemeindliche Einrichtungen und Maßnahmen	RP	
Schaffung der Lebensbedingungen für Kinder	BB, HB, NW, SL, SH	
Bedürfnisorientierung	SH	
Eigenverantwortliche Persönlichkeitsentwicklung	SH	
Förderung des Wohls der Einwohner_innen		BW, BY HE, MV, NI, NW, RP, ST, SN, SH, TH
Beschreibung des Wohls durch Adjektive		BY, SL, SN, SH
Erfüllung der Aufgaben nach Leistungsfähigkeit (expl.)		BB, NI, SL, TH
Gesundheitliche und soziale Betreuung		BB, TH, HE
Angebot an Einrichtungen im Bereich Bewegung/Erholung		TH
Altenbetreuung/-pflege		RP
Einrichtungen für das (...) Wohl		SN, SH

1.3.2.1 Qualität durch Partizipation

Partizipation beschreibt „die aktive Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern (allg. Menschen KV) bei der Erledigung gemeinsamer Angelegenheiten (...).“ (bpb.de). Im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung ist Partizipation ein Moment der Qualitätsentwicklung (vgl. Michael Wright). Durch die gleichbe-

⁹ Die Stadtstaaten besitzen eine Landesverfassung, die zugleich die Rolle der Gemeindeordnung übernimmt.

¹⁰ Die Verfassung von Hamburg

rechtigte Zusammenarbeit aller Beteiligter (Zielgruppe, Geldgeber, weitere Akteure) in allen Phasen gesundheitsförderlicher oder präventiver „Projekte“ komme es demnach zu einer ständigen Verbesserung der Maßnahmen (vgl. u.a. partizipative-qualitaetsentwicklung.de). Die Grundstruktur zur Erledigung gemeinsamer kommunaler Aufgaben regeln die Kommunalverfassungen und Gemeindeordnungen. Die Sichtung der Verfassungen hinsichtlich Partizipation und Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger bzw. der Einwohnerinnen und Einwohner liefert ein heterogenes Bild von gesetzlich verankerten qualitätsentwickelnden und –sichernden Strukturelementen im kommunalen Wirkungskreis. **Bürgerbegehren, Bürgerentscheide und Bürgeranträge** (HB) etc. gelten als Instrumente jeder partizipatorischen Demokratie. Sie lassen sich in dem Stufenmodell der Partizipation im oberen Drittel einordnen und sind verfassungsrechtlich auf allen Ebenen mit unterschiedlichen Wortlauten verankert. Dennoch spielen sie im Rahmen der Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten nur bedingt eine Rolle, da sie vor allem in der Gesetzgebung, weniger in der Maßnahmenplanung eine Rolle spielen. Sie werden daher nicht weiter erwähnt. Erwähnt werden sollen hingegen Normen zur Beteiligung von Einwohnerinnen und Einwohnern (nicht Bürgerinnen und Bürgern), die explizit mit der politischen Umsetzung (nicht politischen Willensbildung) im kommunalen Raum in Verbindung stehen.

In allen Kommunalverfassungen/Gemeindeordnungen finden sich Paragraphen und/oder Textpassagen zur Beteiligung von Einwohnerinnen und Einwohnern (direkter kommunaler Bezug). Die Form der Beteiligung variiert begrifflich deutlich zwischen „**Unterrichtung von Einwohnern**“, „**Mitberatungsrecht**“ und „**Beteiligung der Einwohner und Bürger**“. Die Bestimmungen gehen hierbei meist nicht über die *Vorstufen der Partizipation* hinaus (vgl. Stufen der Partizipation nach Wright Abb. 8)

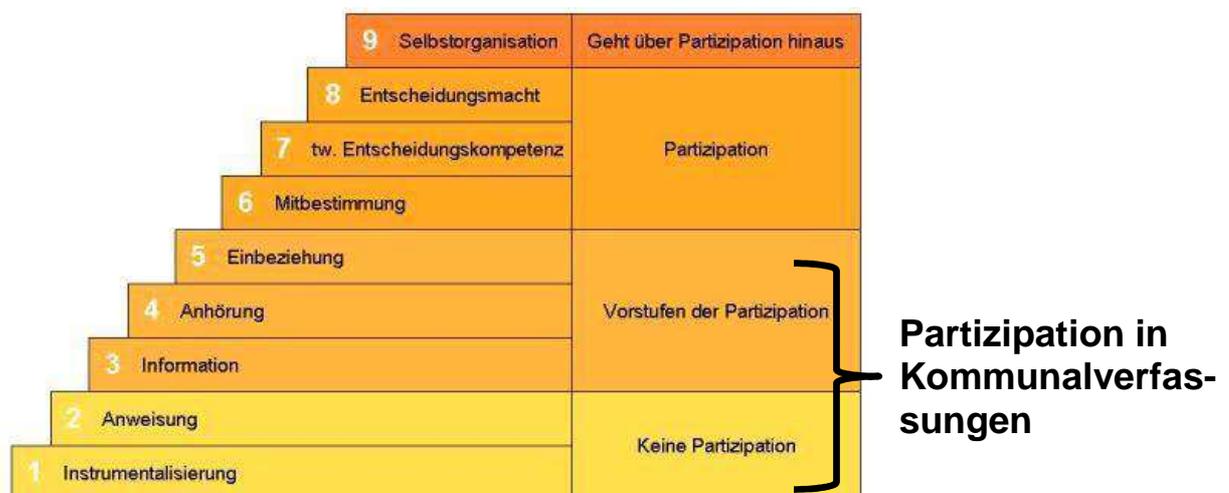


Abbildung 8: Stufen der Partizipation nach Wright (2008)

In Baden-Württemberg (§ 20), Mecklenburg-Vorpommern (§ 16), Nordrhein-Westfalen (§ 23), dem Saarland (§ 20), Sachsen (§ 11), Schleswig-Holstein (§ 16a) und Thüringen (§ 15) entspricht der Titel „**Unterrichtung der Einwohner/-innen**“ der dritten Stufe des Stufenmodells und somit einer Vorstufe der Partizipation. Die als Beteiligung der Einwohner und Bürger (§ 28) in Sachsen-Anhalt auffindbare Partizipation scheint dem Titel nach höher stufig zu sein, inhaltlich gleicht sie aber den vorherigen Gesetzestexten:

*(1) Über allgemein bedeutsame Angelegenheiten der Kommune **soll** der Hauptverwaltungsbeamte die betroffenen Einwohner in geeigneter Form **unterrichten**. In Gemeinden und Verbandsgemeinden **kann** der Hauptverwaltungsbeamte zu diesem Zweck eine Einwohnerversammlung **einberufen**; diese kann auf Teile des Gemeindegebietes oder Verbandsgemeindegebietes beschränkt werden.*

Die Option einer **Einwohnerversammlung oder -befragung** findet sich u.a. ebenfalls in den Kann-Vorschrift des Saarlandes, wohingegen Thüringen (§ 15) und Bayern (Art. 18) dieses Instrument der Partizipation als verpflichtend für die Kommunen verordnet. Neben der Unterrichtung sollen Einwohner bzgl. relevanter Vorhaben (mindestens) einmal jährlich als Pflichtveranstaltung (vom Bürgermeister durchgeführt) beraten werden.

(1) (...) zu diesem Zweck hat der Bürgermeister mindestens einmal jährlich eine Einwohnerversammlung zur Erörterung gemeindlicher Angelegenheiten einzuberufen; das Nähere regelt die Hauptsatzung.

Besonders in diesem Kontext sind die Hessische Gemeindeordnung (§ 4c) und die Kommunalverfassung Rheinland-Pfalz (§ 16c), wo die **Beteiligung von Kindern und Jugendlichen** in Kommunen fest- bzw. vorgeschrieben ist.

(16c) Die Gemeinde soll bei Planungen und Vorhaben, die die Interessen von Kindern und Jugendlichen berühren, diese in angemessener Weise beteiligen. Hierzu soll die Gemeinde über die in diesem Gesetz vorgesehene Beteiligung der Einwohner hinaus geeignete Verfahren entwickeln und durchführen.

Die Beteiligung an der Planung, sowie die Entwicklung der Verfahren, die über die „normalen Einwohnerbeteiligungsinstrumente hinausgehen“, machen die Unterschiede deutlich. Höherstufig (mind. Stufe 6 Mitbestimmung) als die zuvor angesprochene Beteiligung ist folglich die der Kinder und Jugendlichen anzusehen. Ähnlich ist die Vorgabe in der niedersächsischen Kommunalverfassung (§ 36). In den gesichteten Landesverfassungen der Stadtstaaten (HB, BE) finden sich partizipatorische Inhalte der dritten Stufe (Art. 79 LV HB) und der über Partizipation hinausgehenden neunten Stufe der Selbstorganisation (entsprechend partizipatorischer Demokratie) in Berlin (Art. 2).

1.3.2.2 Qualität durch Gendermainstream und Geschlechtergerechtigkeit

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Ressourcen zu stärken. Gleichzeitig müssen Akteure bei der Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen die Ressourcen der Zielgruppe beachten und nutzen. Genderkonzept und Diversity Management sind hierbei zwei Ansätze, die bei entsprechender Beachtung dazu beitragen können. Eine Selbstverpflichtung zur Anerkennung von Vielfalt für Betriebe bietet die *Charta der Vielfalt*. Im öffentlichen Raum und damit auch im kommunalen Setting bilden –wie auch im gesamten europäischen Raum - diverse EU-Richtlinien (z.B. **Antirassismus-Richtlinie** (2000/43/EG), **Gender-Richtlinie** (2003/54/EG), etc.) eine politische und soziale Handlungsorientierung. Weitere Normen auf kommunalrechtlicher oder landesrechtlicher Ebene lassen sich erkennen, sofern Gender Mainstream und Diversity Management in den Kontext von Gleichstellungspolitik und Frauenförderung¹¹ gesetzt wird. Stiegler (in Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung 2010) sieht Gender Mainstream als *neues Konzept der Gleichstellungspolitik* und versteht es als „*Ergebnis erfolgreicher Frauenpolitik*“. Unabhängig jeglicher Kritik sei das dritte Ziel der Gleichstellungspolitik, nämlich die *Beseitigung der strukturellen Diskriminierung* für die Herstellung gleicher Lebensmöglichkeiten genannt (Cordes in Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung 2010). Den Bogen weiterspannt lässt sich die Gleichstellungspolitik als eine Grundvoraussetzung für gesundheitliche Chancengleichheit sehen. Die Maßnahmen und Politiken der Gesundheitsförderung, die hierauf abzielen, können in ihrer Qualität u.a. daran gemessen werden, wie weit sie diesen Grundbedingungen nachkommen. Verfassungsrechtliche Normen zu kommunaler Gleichstellungspolitik finden sich in der Hälfte der Bundesländer in den **Landesverfassungen** und auch in den **Kommunalverfassungen**. Neben Gleichheitsgrundsätzen und **rechtlicher Gleichstellung** finden sich in den Kommunalverfassungen Formulierungen wie *Hinwirkung auf Gleichstellung* durch die Gemeinden (BB § 13), die *Verwirklichung des Verfassungsauftrags der Gleichstellung* (HE § 4b, RP § 2, SL § 5, ähnlich NW § 5) oder die *Förderung der tatsächlichen Gleichstellung* (MV § 41). In Sachsen-Anhalt (§ 84a) und Schleswig-Holstein (§ 2) basiert die kommunale Pflicht nicht auf dem Verfassungsauftrag, sondern auf dem Grundrecht der Gleichberechtigung.

Eine Institutionalisierung erfährt die Gleichstellung durch *entsprechende Maßnahmen* (alle Länder) und Gleichstellungsbeauftragte in den Kommunen (Frauenbüros in Hessen). Ihre Aufgabe liegt explizit in der *Verwirklichung der Gleichberechtigung von Männern und Frauen* (u. a. NI § 9). Unterschiede hierzu gibt es bezüglich der Mindesteinwohnerzahl von z.B. 10.000 (MV, NW), 15.000 (SH) bis hin zu 20.000 (TH).

¹¹ Die konzeptionelle Auseinandersetzung mit Frauenförderung und Gleichstellungspolitik findet in dieser Arbeit keine Beachtung. Die grundsätzlichen konzeptionellen Unterschiede sollen nicht übergangen werden, tragen aber zur Darstellung rechtlicher Normen wenig bei.

In den Landesverfassungen sind die Artikel ähnlich den der Kommunalverfassungen. In Mecklenburg-Vorpommern (Art. 13) ist der Wortlaut identisch dem des o.g. Paragrafen. In Bayern (Art. 118), Berlin (Art. 10), Brandenburg (Art. 12), Rheinland-Pfalz (Art. 17) und Sachsen (Art. 8) ist der territoriale Bereich, auf den sich die Gleichberechtigungsvorgaben beziehen, das Land und nicht die Kommune. Bremen (Art. 2), Niedersachsen (Art. 3), das Saarland (Art. 12), Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein (Art. 9) nennen auch in ihren Landesverfassungen Kommunen/Gemeinden oder Gebietskörperschaften zur Verwirklichung der **tatsächlichen Gleichstellung von Männern und Frauen**. Entsprechende und wirksame Maßnahmen durchführen, sollen die Bremer Kommunen (Stadtgemeinden), die saarländischen (zur Beseitigung bestehender Nachteile), die Kommunen Sachsen-Anhalts und Thüringens. Artikel 7 der sächsischen Landesverfassung soll erwähnt werden, um einen Paragrafen zu nennen, der das **Diversity Management** weiter aufführt: *(2) Das Land bekennt sich zur Verpflichtung der Gemeinschaft, alte und behinderte Menschen zu unterstützen und auf die Gleichwertigkeit ihrer Lebensbedingungen hinzuwirken.*

1.3.3 Vorgaben aus dem Gesundheitsbereich

1.3.3.1 Sozialgesetzbuch V

Das Fünfte Sozialgesetzbuch enthält die zentralen Vorgaben für die Gesetzlichen Krankenkassen. Zu den Leistungen der Krankenkassen gehören entsprechend § 20 ff SGB V auch Leistungen der Primärprävention mit dem Ziel **Gesundheit zu verbessern** und sozial bedingten **Ungleichheiten von Gesundheitschancen entgegenzuwirken**. Näher ausgeführt wird dieser Paragraf im **Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes**, der 2014 erneuert wurde.

Tabelle 6: Implizite Qualitätsvorgaben (Partizipation und Gleichberechtigung) in Landes- und Kommunalverfassung

Bezug Qualität	Landesverfassung (n=15)	Gemeindeordnung (n=13)
Partizipation (i. w. S.)	BE, HB, ST	alle
Beteiligung von Kindern und Jugendlichen		BW, HE, NI, SH, RP,
Gendermainstream		
Geschlechtergerechtigkeit (allgemein)	HB, NI, SL, ST, SH (BY, BE, RP, SN als Landesaufgabe)	BB, HE, MV, RP, SL, NW, ST, SH
Maßnahmen zur tatsächlichen Gleichberechtigung	BE, BB, HB, ST, TH	Alle
(nur) Gleichstellungsbeauftragte		HE, TH
Berücksichtigung besonderer Lebensbedingungen		TH
Schaffung gleicher Lebensverhältnisse	BE, SN (Land)	

Mit der Erneuerung ging die Aufnahme der Kommune als Setting für Gesundheitsförderung einher. Unter Anerkennung der Selbstverwaltung von Kommunen betont der Spitzenverband die Schlüsselfunktion der Kommunen für die **Lebensweltorientierung** in Prävention und Gesundheitsförderung (Dachsetting Kommune). Der Leitfaden ist eine Art Selbsterklärung. Ohne weitere Maßnahmen und konkrete Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention zu nennen – diese entsprechen den allgemeinen – werden **Kooperation** (Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit), **Netzwerk** (Gesunde Städte Netzwerk) und das Bund Länder-Programm **Soziale Stadt** als Qualitätsorientierung für Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen genannt. Alle drei dieser Strategien und Programme beinhalten übergreifende **Förder- oder Qualitätselemente**. Spezielle, vom GKV- Spitzenverband ergänzte Prinzipien für die finanzielle Förderung von Gesundheitsförderung im Setting Kommune stellen **Nachhaltigkeit, politische Verankerung** und **Zielvereinbarung** dar. Anders als bei der Individualprävention gibt es nur wenig konkrete und greifbare Vorgaben zu Qualitätsentwicklung und -sicherung von Seiten der GKV. Inwieweit dies auf die Sozialversicherungsstruktur und ggf. mit einem fehlenden Solidaritätsverständnis sowohl von Versicherung wie auch von Versicherten zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden.¹²

1.3.3.2 SGB VII

Als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften zur Umsetzung des siebten Sozialgesetzbuches beauftragt. Dem SGB VII folgend sind ihre Aufgaben die Verhütung von Arbeitsunfällen und berufsbedingten gesundheitlichen Einschränkungen, sowie deren Rehabilitation (§ 1 Prävention, Rehabilitation und Entschädigung). Anders als betriebliche Gesundheitsförderung stehen die Angebote und Leistungen, die auf das SGB VII zurückgehen Betriebsübergreifend, **allen Versicherten**¹³ zur Verfügung und stellen somit eine **dauerhafte Regelversorgung** dar. Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gehört zu den Grundsätzen der Prävention (§ 14). Der Spitzenverband der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung folgt dabei Vorschriften und Strategien (vgl. dguv.de). Ohne weiter in die Inhalte dieser Vorschriften und des SGB VII an dieser Stelle einzugehen, sei auch auf das im Sinne der Ressourcenstärkung anzusehende **Fort- und Weiterbildungsangebot** im Bereich Sicherheit, Schutz und Gesundheit der Berufsgenossenschaften hingewiesen. Grundlage hierfür ist der Bildungsauftrag gem. § 23. Dem hier angesprochenen Konzept der Gesundheitsför-

12 Die selbstwahrgenommene Rolle der Kassen für Setting-bezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen wird bereits an vielen Stellen diskutiert. Spannend ist hier auch die Bereitschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler, (anteilig) ihre Beiträge für kommunale Projekte und Maßnahmen verwenden zu lassen, außerhalb deren Zielgruppe sie liegen.

13 Der versicherte Personenkreis umfasst gem. § 2 (1) SGB VII u.a.: Beschäftigte, Auszubildende (während der betrieblichen Ausbildungszeit), behinderte Menschen in anerkannten Werkstätten, Personen, die im Rahmen ihrer versicherten Tätigkeit eine (veranlasste) Schulung/Fort- oder Weiterbildung absolvieren und Personen, die selbständig oder unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich im Gesundheitswesen oder in der Wohlfahrtspflege tätig sind.

derung folgend sollen Menschen Kompetenzen erhalten, sich gesundheitsorientiert verhalten zu können (Empowerment/Gesundheitskompetenz). Gemäß § 21 müssen die Versicherten nach ihren Möglichkeiten alle Maßnahmen, die „[...] zur Verhütung von [...] arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren [...]“ angewiesen werden, befolgen. Somit ist das Gesetz nicht ein ausschließlich Offerierendes, sondern auch Verpflichtendes, dem **Eigenverantwortung** (in einem gewissen Maße) **und Mitwirkungspflicht** zugrunde liegen. Für die Beschäftigten des Öffentlichen Dienstes, d.h. die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kommunen, stehen die Angebote der Gemeinde-Unfallkasse (GUK) zur Verfügung. Die **Prävention** und Vermeidung **psychischer Gesundheitsbeeinträchtigungen** gehören in das Leistungsspektrum der GUK. Die Unfallkasse beteiligt sich zudem an Projekten wie Schulung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen (Bsp. zum Thema „Umgang mit aggressiven Patienten“, UKH), die in den Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung zählen, hier aber lediglich ohne weitere Vertiefung erwähnt werden sollen. Die Qualität der Angebote wird entsprechend eines **eigens vereinbarten Qualitätsrahmens** und Zertifizierungen gewährleistet (vgl. Qualitätsverbund Qualifizierung/DGUV).

1.3.3.3 Landesgesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (PGF)

Auf Länderebene ist der Öffentliche Gesundheitsdienst an die entsprechenden Landesgesetze gebunden. Die zum aktuellen Zeitpunkt verfügbaren Gesetzeswerke sind zwischen Oktober 2010 (RP) und September 2014 (BE) erneuert worden. Die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten der ehemaligen DDR (1990) gilt in Thüringen fort und ersetzt ein Landes-ÖGD-Gesetz. Bereits in der Aufgaben- und Zielsetzung aller 16 ÖGD-Gesetze wird die **Förderung (und der Schutz) der Gesundheit** zu den Grundaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erklärt. In allen Ländern außer Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen findet sich Gesundheitsförderung wörtlich in einem Paragrafentitel. Mit Ausnahme von Sachsen (letzte Änderung vom 01.05.2014) weisen damit alle neueren ÖGD-Gesetze (Änderungen nach 2010) eigenständige Paragrafen mit dem Titel „Gesundheitsförderung“ auf. Hiervon verknüpfen sieben Länder den Gesundheitsförderungsbegriff direkt mit dem der **Prävention** im Titel (BW, BY, BE, HH, HE, NI, NW). In Bremen (§ 15) und Mecklenburg-Vorpommern (§ 15a) findet sich ein gesonderter Paragraf mit Prävention im Titel, wodurch die *Durchführung Maßnahmen der Prävention* zur öffentlichen Aufgabe (des ÖGD) wird.

Die Förderung und der Schutz der Gesundheit von **Kindern und Jugendlichen** gehört in zehn Bundesländern explizit zu den Aufgaben der Gesundheitsämter (BY, BE, BB, HB, HH, HE, NE, NW, SL, SH). In den übrigen Bundesländern werden Kinder und Jugendliche zwar als Zielgruppe des ÖGD erwähnt, der Fokus liegt hier allerdings auf Schuluntersuchungen oder der Gruppenprophylaxe, die in anderen Settings angesprochen werden.

Spezielle **Maßnahmen zur Prävention und Förderung der Gesundheit** von Kindern und Jugendlichen, die über die zuvor genannten hinausgehen, finden sich als Kann- oder Durchführungsvorschrift in Nordrhein – Westfalen (§ 12 (2) *[Die untere Gesundheitsbehörde KV] (...) kann Gesundheitsförderungsprogramme anbieten.*) und Berlin (§ 1 (2) *Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfe und Schutz der Gesundheit für Kinder und Jugendliche: a) Initiierung und Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung*). Eine **aufklärende Funktion** für Kinder und Jugendliche **in gesundheitsbezogenen Themen** hat der ÖGD per Gesetz in sieben Ländern (BE, BB, HH, NW, MV, RP). Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche im Sinne einer **Ressourcenstärkung und -bildung** lässt sich hierdurch als Aufgabe des ÖGD verstehen. In Thüringen, wo es weder einen Paragraphen mit dem Titel Prävention/Gesundheitsförderung noch einen explizit zu Kinder- und Jugendgesundheits gibt, findet sich dennoch die historisch zu interpretierende Formulierung der **gesundheitlichen Aufklärung** und **Beratung** mit expliziter Nennung von Kindern und Jugendlichen als Zielgruppe (§ 8 (1) *Die Gesundheitsämter klären die Bevölkerung in Fragen der (...) Gesundheit auf und beraten sie (...).* (2) *Beratung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen (...) bis zum Übergang in das Berufsleben...*). Im niedersächsischen ÖGDG wird eine **zielgruppen- und lebensraumorientierte Präventionsarbeit** vorgeschrieben (§ 5). Diese richtet sich aber ausschließlich an Kinder in Tageseinrichtungen und wird von daher in den Settings Schule und KiTa verortet.

Zur Identifizierung einer gesetzlichen Grundlage für gesundheitliche Chancengleichheit wurde auf besondere Zielgruppen und die Lebensweltorientierung geschaut. Die wörtliche und verpflichtende Beachtung der Förderung (und des Erhalts) der **Gesundheit der Älteren** ist in Hamburg exemplarisch als Paragraph aufgenommen (§ 9). Daneben werden in den Gesetzen von Berlin (§ 1 (2) 3), Hamburg (§ 8), Schleswig-Holstein (§ 5) und Bayern (Art. 13) besondere Zielgruppen in der Gesundheitsförderung durch den ÖGD mit den Attributen **sozial-schwach**, **schutzbedürftig** oder **benachteiligt** beschrieben. Daneben gelten gleiche gesundheitliche Chancen/ **Chancengleichheit** in Brandenburg und Schleswig-Holstein zur Handlungsorientierung des ÖGD. Als eine Art Instrument auf dem Weg zur Chancengleichheit verpflichtet sich Hamburg zu einem möglichst **niedrigschwiligen Zugang** zu den Angeboten des Gesundheitsdienstes (§ 2).

Der Ottawa-Charta (1986) folgend bedarf es zur Gesundheitsförderung der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. Um diese zu erhalten, gilt es, günstige Rahmenbedingungen zu erschaffen (vgl. u.a. BZgA good practice). Der ÖGD ist in einigen Bundesländern mit der Entwicklung **gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen** beauftragt. Die Ländergesetze von sieben Ländern haben weder in ihrer Aufgabenstellung noch in ihrem Paragraphen zu Prävention und Gesundheitsförderung den Hinweis auf Lebensbedingungen/ Lebenswelt (BW, HE, MV, NI, RP, ST, TH). In den übrigen elf Ländern stehen Schaffung, Förderung, Gestaltung und Erhaltung gesunder Lebensbedingungen und -verhältnisse in den entsprechenden Präventionsparagrafen. In Brandenburg, Bremen, Schleswig-Holstein

und Sachsen ist zusätzlich in der Ziel- und Aufgabendefinition des Gesundheitsdienstes die Mitgestaltung an den Lebensbedingungen zu finden. Besonders gilt die Formulierung der *gesundheitsförderlichen* Lebensbedingungen, wie sie in Brandenburg, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein verwendet wird. Hier klingt das moderne Verständnis der ressourcenorientierten Gesundheitsförderung durch. Die originäre zielgruppenunspezifische bzw. –übergreifende Ausrichtung des ÖGD lässt es jedoch nicht zu, die Vorgabe zur gesundheitsförderlichen Lebenswelt mit dem Setting-Ansatz gleichzusetzen. Nach dem Setting-Ansatz werden zusätzlich die Partizipation aller Personen(gruppen) des Settings und die individuelle **Ressourcen- und Kompetenzstärkung** dieser Personen verlangt (BZgA good practice).

Die Berücksichtigung **unterschiedlicher Lebenslagen, Verhaltensweisen** und daraus resultierende Bedürfnisse in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention von Frauen und Männern findet sich in derzeit nur drei ÖGD-Gesetzen (BE, HB, NW). Dort ist dieser Aspekt allerdings an prominenter Stelle im ersten oder zweiten Paragraphen aufgegriffen. Der Zusatz „Berücksichtigung kultureller Hintergründe“ als weiter gefasstes **Diversity**-Verständnis ist lediglich in Nordrhein-Westfalen zu finden (§ 2).

Die **Stärkung der Eigenverantwortung** (Abbildung 9), die einen kompetenten Bürger bzw. eine kompetente Bürgerin voraussetzt und somit einem ressourcenorientierten Gesundheitsförderungsverständnis folgt, findet sich derzeit in sechs Landesgesetzen. Zumeist in den Ziel- und Aufgabenstellungen (BB § 1, BE § 1, HH § 2, NI § 1, SH § 1) verankert, steht die *Entwicklung der persönlichen und gesellschaftlichen für die Gesundheit* in Mecklenburg-Vorpommern im § 13, als Ziel der Gesundheitsförderung.

Zehn ÖGD-Gesetze machen Angaben zur Organisation und zu Trägern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die unteren Behörden und damit die kleinsten räumlichen Organisationseinheiten sind in allen diesen Gesetzen die Landkreise und kreisfreien Städte. Ein Gemeindebezug lässt sich lediglich aus den Vorgaben in Bayern (Art. 4), Bremen (Stadtgemeinde § 4), Nordrhein-Westfalen (kommunale Träger des ÖGD § 5) und Sachsen-Anhalt (kommunale und staatliche Träger § 19) herstellen. In den übrigen Ländern wird der kommunale Begriff mit Landkreis/kreisfreie Stadt gleichgesetzt (BB, HE, MV, NI, SN, SH). In einigen Ländern gibt es per Gesetz eine Definition von pflichtigen und freiwilligen Selbstverwaltungsaufgaben. Brandenburg nennt alle Aufgaben des Landesgesetzes als pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben (§ 2). Gesundheitsförderung in Bremen gehört explizit in den Bereich der Selbstverwaltungsaufgaben der Stadtgemeinde (§ 4). Ebenso sind die untersten Gesundheitsbehörden auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen (§ 2) und Schleswig-Holstein (§ 3) im Rahmen ihres eigenen Wirkungskreises tätig, sofern es weder eine Verordnung noch ein weiteres Gesetz gibt. Dies bezieht sich auf sämtliche Aufgaben des ÖGD. Dem gegenüber stehen der Verpflichtungsgrad der Vorgaben für Mecklenburg-Vorpommern: nicht Prävention, aber **Gesundheitsschutz,- vorsorge und -**

hilfe sind hier Parameter pflichtiger Selbstverwaltungsaufgaben (§ 3, auch: GBE und Planung und Koordinierung). In Sachsen-Anhalt (§ 19) ist die Gesundheitsförderung explizit als eigene Aufgabe der kommunalen Träger, in Abhängigkeit finanzieller Möglichkeiten, lokalisiert. Die kommunalen Träger des ÖGD in Nordrhein-Westfalen können, obwohl Prävention und Gesundheitsförderung ausdrücklich nicht zu Pflichtaufgaben gehört, Angelegenheiten im Rahmen der ÖGD-Gesetze delegieren und erhalten so exemplarisch eine koordinierende Funktion (§ 5).

Eine starke Varianz der Ländervorgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung in den ÖGD-Gesetzen gibt bei den dazugehörigen Verben, die die Rolle des ÖGD in der Prävention und Gesundheitsförderung prägen. Die Stärke und Verbindlichkeit der Vorgaben und damit auch die Rolle des ÖGD wird von „eher weich“ wie „**Maßnahmen anregen**“ bis hin zu „**Maßnahmen durchführen**“ unterschiedlich beschrieben. Den gesetzlichen Auftrag zur Durchführung von Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gibt es in Brandenburg, Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen und dem Saarland. In acht Bundesländern (BW, BY, BB, BE, HH, HE, SL, SH) hat der ÖGD die Aufgabe, Maßnahmen anzuregen oder zu initiieren. **Planung und Koordinierung** von Maßnahmen der Prävention und/oder Gesundheitsförderung gehören in Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Hessen Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein in den Tätigkeitsbereich des ÖGD, Rheinland-Pfalz wählte die Formulierung der Koordinierung von Angeboten der Gesundheitsförderung (§ 1). Ausdrückliche Verpflichtung oder aber auch nur die Möglichkeit dazu (wird deutlich durch das Modalverb können) zur Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen gibt es u.a. in Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen und dem Saarland. Als Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention werden auch die **Beratung, Aufklärung** und **Information** in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein gesehen (s. entsprechende Präventions-/Gesundheitsförderungsparagrafen). Besonders erscheint das Bremer Gesetz, das explizit den ÖGD zur Unterstützung kommunaler gesundheitsfördernder Aktivitäten (§ 13) auffordert.

In allen Ländergesetzen finden sich die Aufgaben der (gesundheitlichen) Beratung, Aufklärung oder Bildung wieder. Trotz unterschiedlicher Entstehungszeitpunkte und einer zu vermutenden damit verbundenen unterschiedlichen Bedeutung der Begriffe kann, sofern die Begrifflichkeiten in eine aktuelle Fachdiskussion gebracht werden, eine ressourcenstärkende Arbeitsweise des ÖGD gedeutet werden. Die Deutung der Begriffe Bildung, Aufklärung und Beratung aus ihrem historischen Kontext zu nehmen, mag schwierig sein, stellt aber eine Weiche dar, gesundheitsförderliche Aufträge dem ÖGD zu geben.

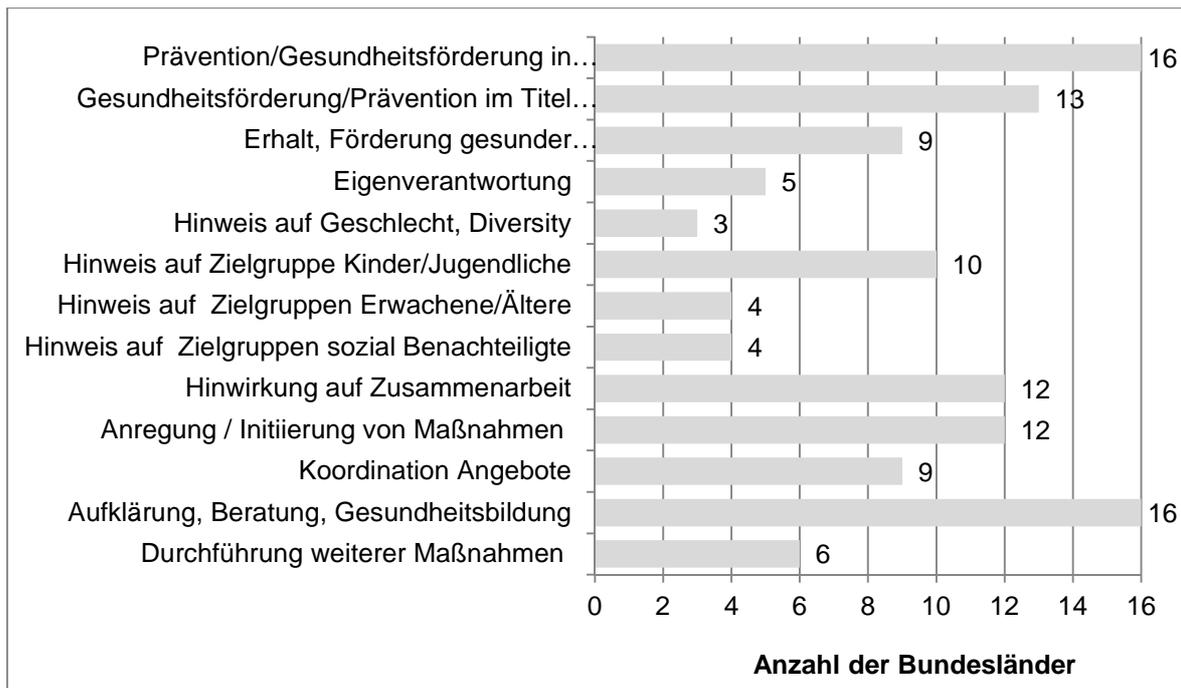


Abbildung 9: Quantitative Nennung von Begrifflichkeiten in den Landesgesetzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu PGF. Eigene Darstellung.

Tabelle 7: Vorgaben Prävention und Gesundheitsförderung in ÖGD Gesetzen

Bezug (PGF)	ÖGD Gesetze der Länder n=16
Kommunale Behörden (inkl. Stadt/ kreisfreie Stadt)	BY, HB, NW, SN, BB, HE, MV, NI, SN, SH, (TH als Normadressat)
GF im Titel	BW, BY, BE, BB, HB, HH, HE, MV, NI, NW, SL, ST, SH,
Prävention im Titel	BW, BY, BE, HB, HH, HE, NI, NW, MV
Gesundheitsförderung in Zielsetzung	Alle
Gender und/oder diversity	BE, HB, NW
Eigenverantwortung und Autonomie	BB, BE, HH, NI, SH
Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche als Zielgruppe explizit als Aufgabe der Gesundheitsämter	BY, BE, BB, HB, HH, HE, NE, NW, SL, SH
Lebensweltorientierung	BY, BE, BB, HB, HH, NW, SN, SL, SH
Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten	BB, HH, NW, SH

1.3.3.4 Landesgesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (QS/QE)

Vorgaben zu **Qualitätsentwicklung, -sicherung und -management** finden sich explizit in sieben (BY, BE, HB, HH, (HE), MV, SL) der sechzehn ÖGD-Gesetze. Inwieweit sie auf die Maßnahmen und Projekte im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung Beachtung finden, ist dabei sehr unterschiedlich: Obwohl die Vorgaben hinter den Aufgaben und Zielen des ÖGD platziert sind und somit für den gesamten ÖGD relevant sein sollten, beziehen sie sich z.T. auf die Arbeitsweise der Behörden und Ämter, zum Teil auf die durchgeführten Maßnahmen. Als *Kann-Bestimmung für Beliehene* ist die Qualitätssicherung in Bayern (Art. 7) vorgeschrieben, die einen Kontroll-Charakter aufweist und eher im Kontext von **Risikomanagement und Fehlervermeidung** steht. Berlin hingegen sieht unter dem Begriff der **Steuerung** (§ 4(2)) eindeutig ein „*Qualitätsmanagement zur Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen(...)*“ vor, worunter Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zählen. Zudem ist die Einrichtung von Stellen zur Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination für Gesundheitsförderung in den Bezirken eine Berliner Besonderheit, die im Gesetz des ÖGD geregelt ist (§ 3 Organisation). Die Häufigkeit des Qualitätsbegriffs in Berlin ist zudem sehr auffällig. In vier Paragrafen (§ 1 Aufgabenstellung, § 2 Zuständigkeiten, § 3 Organisation, § 4 Steuerung) ist Qualität, ihre Entwicklung und/oder Sicherung präsent. Weniger im Bereich der Steuerung als vielmehr in der Durchführung (Struktur) qualitätssichernder Maßnahmen verpflichtet Bremen den ÖGD (§ 8) zu Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ähnlich sind die Vorgaben in Hamburg (§ 22): „[...] beachtet bei seiner Tätigkeit den Stand der Wissenschaft, Forschung und Technik, betreibt Maßnahmen der Qualitätssicherung und gewährleistet ein [...] entsprechendes Qualitätsmanagement“ und im Saarland (§ 5). Die Verantwortung bei der Entwicklung geeigneter Methoden und Verfahren hierfür liegt in Hessen per Gesetz bei dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (§ 15). Als sonstige Aufgaben ist Qualitätssicherung für den ÖGD in Mecklenburg-Vorpommern beschrieben. Sowohl die Maßnahmen des ÖGD (§ 28(1) generell, wie auch die „Leistungen und Erfolge“ einzelner Gesundheitsämter sind zu vergleichen.

Kooperationen und Vernetzungen werden von zentralen Akteuren und Wissenschaftlern der Gesundheitsförderung, (z.B. BZgA Good-Practice-Kriterien, DOSB Qualitätskriterium) als Fundament für bedarfsgerechte Angebote gesehen. Die fachübergreifende Zusammenarbeit bildet die Basis zu integrierten Handlungskonzepten, verlangt Ressourcenbündelung und dient somit der Nachhaltigkeit und Qualitätsentwicklung (vgl. BZgA.de). Ressortübergreifende Verzahnung stellt eine Chance für die Qualität der kommunalen Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention dar (Burgi 2013). Daher ist der Blick auf eine rechtlich verankerte und im Idealfall kommunale Ressourcenbündelung für die Qualitätsentwicklung von settingorientierter Prävention und Gesundheitsförderung hier notwendig und erforderlich. Die ÖGD-Gesetze der Länder machen, sowohl in Bezug auf die Ko-

operationspartner wie auch in Hinblick auf die Stärke und Intensität der Zusammenarbeit, unterschiedliche Vorgaben. Teilweise wird die Vernetzung/Kooperation direkt unter dem Titel Qualitätssicherung erwähnt, an anderer Stelle gibt es eigene Paragrafen. Auch die genannten Kooperationspartner variieren.

In den Präventions-/Gesundheitsförderungsparagrafen werden die Kooperationspartner zumeist durch „in den Bereichen tätigen Stelle/Organisationen“ oder „andere öffentliche Stellen“ beschrieben. Die Formulierung reicht von **Beratung** (BW § 7) über **Unterstützung** (BY Art. 9, HH § 6) bis hin zur **Zusammenarbeit** (BE § 7, HB § 13, NW § 7, SL § 7, ST § 7). Eine Definition der anderen benachbarten Stellen/Bereiche findet sich in dieser Form einzigartig in Schleswig-Holstein mit zusätzlichem Bezug zur Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung ist hiernach eine Vernetzung der Bereiche *Siedlungsentwicklung, Wohnen, Schule, Jugend, Menschen im Alter, Verkehr, Umwelt, Arbeitswelt und Soziales* (§ 5). Außerhalb der Präventionsparagrafen gibt es **Zusammenarbeit, Zusammenwirkung oder Kooperation** in insgesamt sechs Paragrafentiteln. (HH § 3, MV § 5, NI § 12, ST § 3, SH § 2, TH § 5). Die Zusammenarbeit bezieht sich weitestgehend auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsämtern/-behörden (interkommunal) bzw. anderen an der Versorgung beteiligten Stellen (intersektoral). Das Mecklenburg-Vorpommersche Gesetz (§ 5) verpflichtet den ÖGD zur Anregung und Beteiligung an der Bildung von regionalen Arbeitskreisen für Gesundheitsförderung, Hamburg verpflichtet zur Zusammenarbeit mit anderen Trägern der Gesundheitsförderung explizit in einem zusätzlichen Paragrafen (§ 8). Die Zusammenarbeit des Gesundheitsdienstes mit Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe gibt es in den ÖGD-Gesetzen nur in Bayern (Art. 14). Die Zusammenarbeit in den anderen Ländern von ÖGD und Kinder- und Jugendarbeit ist auf Schule und Kinderbetreuungseinrichtungen beschränkt.

Ein Instrument der Qualitätssicherung wie auch der Qualitätsentwicklung ist die **Gesundheitsberichterstattung (GBE)**. Die Vorgaben hierzu finden sich mit Ausnahme von Sachsen (hier im KiSchuG) und Thüringen (keine Vorgaben) im ÖGD-Gesetz in entsprechend betitelten Paragrafen. In Mecklenburg-Vorpommern (§ 24) und Schleswig Holstein (§ 6) wird GBE zur *Information/Unterrichtung der Öffentlichkeit über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung im Land* genutzt. Sie findet sich im Vergleich zu den übrigen Ländern deutlich weiter hinten im Gesetz. Mit Ausnahme von BW, BY, RP, SN, SH und TH verstehen alle Bundesländer die GBE als Grundlage zur Planung und Durchführung ihrer Maßnahmen. Bereits in neun der sechzehn Ländergesetze gibt es eine ausdrückliche Verpflichtung zur **kommunalen** (oder bezirksorientierten) **Gesundheitsberichterstattung**; neben den Stadtstaaten auch in BW, BB, HE, NI, SL. In Nordrhein-Westfalen ist der kommunalen Gesundheitsberichterstattung ein extra Paragraph gewidmet. Das Berliner Gesetz ist das einzige, das von einer **integrierten Sozial- und Gesundheitsberichterstattung** spricht (§ 5).

Eine Vorgabe zur **kommunalen Gesundheitsplanung**, die auch auf den Bereich der Prävention anzuwenden ist, findet sich lediglich in Brandenburg (§ 9 Gesund-

heitsplanung). In Bremen (§ 12) wird der Planungskreis größer, d.h. regional, gefasst. Auch hier wird der Bereich Prävention explizit erwähnt. Das Berliner ÖGD-Gesetz verpflichtet zur Planung aller Aufgaben und damit auch die der Prävention gem. § 3 auf Bezirksamtsebene. In Hamburg und Sachsen-Anhalt wird bei der Gesundheitsplanung die Versorgung angesprochen. Inwieweit die Versorgung mit Präventionsmaßnahmen darunter zählt, kann aus dem Gesetzestext nicht entnommen werden und ist Teil einer anderen Diskussion. § 6 des saarländischen Gesetzes erwähnt zwar im Titel Gesundheitsplanung, der Inhalt lässt aber eher auf eine allgemeine Planung der Aufgaben deuten. Planung wird weniger als Qualitätsroutine oder gar Steuerungsinstrument als Teilaufgabe wahrgenommen. Die übrigen Ländergesetze weisen, betrachtet man den zuvor angesprochenen Gehalt und Wert der GBE, ein ähnliches Verständnis auf. Eine Besonderheit weist das Berliner ÖGD-Gesetz auf, da es als einziges Bundesland den ÖGD zum Handeln nach einem **Leitbild** verpflichtet (§ 1 Aufgabenstellung), das die **Inhalte von Public Health** und die Ziele des Gesunde Städte Netzwerkes aufgreifen soll. Die Einigung von **Gesundheitszielen** als Planungsroutine und Handlungsgrundlage schreibt das Schleswig-Holsteinische Gesetz (§ 4 Grundsätze der Aufgabenerfüllung) vor.¹⁴

Holleder (2014) beschreibt **Gesundheitskonferenzen** als Gesundheitspolitisches Managementinstrument. Damit ist eine Möglichkeit gegeben, die Strukturqualität (der administrativen und politischen Arbeit) der Kommune im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zu messen. Eine verbindliche Durchführung von Gesundheitskonferenzen lässt sich in den ÖGD-Gesetzen vereinzelt in Nordrhein-Westfalen (§ 24 Kommunale Gesundheitskonferenzen, § 26 Landesgesundheitskonferenzen) und Hamburg (§ 6 Gesundheitskonferenzen in den Bezirken) finden. In Rheinland-Pfalz werden **regionale** Gesundheitskonferenzen als Möglichkeit zur Beratung über Angebote der Gesundheitsförderung in den allgemeinen Aufgaben beschrieben (§ 5). Darüber hinaus finden Gesundheitskonferenzen **in 12 weiteren Bundesländern** statt (außer Bremen und Thüringen). Damit hat sich ein qualitätsentwickelndes Steuerungselement außerhalb eines gesetzlichen Auftrags nahezu deutschlandweit etabliert. Kommunale Gesundheitskonferenzen finden entsprechend der Übersicht von Holleder in ausgewählten Gemeinden in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern statt. In Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen finden sie regional, überwiegend auf Kreisebene statt (ebd.). Unterstützt werden sie durch Fördermittel der Länder entsprechend der Landeshaushaltsordnungen.

14 Ausführlichere Auseinandersetzung mit den Gesundheitszielen der Länder in Tabelle 11

Tabelle 8: Vorgaben Qualitätssicherung/Qualitätsentwicklung ÖGD Gesetze

Bezug Qualität	ÖGD-Gesetze der Länder n=16
Qualitätsentwicklung/ -sicherung allgemein	BY, BE, HB, HH, (HE), MV, SL
Qualitätsentwicklung/ -sicherung Prävention und Gesundheitsförderung-Bezug	BE
Kooperation und Vernetzung	BW, BY, HH, BE, HB, MV, NW, NI, MV, SL, ST, SH, TH
GBE	alle außer SN, TH
Kommunale GBE	BW, BE, BB, HB, HH, HE, NI, SL, NW
(kommunale) Gesundheitsplanung	(BB), HB, BE (plus Leitbild an PH & GSN orientiert), HH, ST, SL, SH
Gesundheitskonferenz	NW, HH, RP
Chancengleichheit/ Abbau von Benachteiligungen	BY, BE, BB, HH, SH, , SH

1.3.4 Vorgaben aus den Bereichen Bildung und Soziales

1.3.4.1 SGB VIII und Landesausführungsgesetze

Das SGB VIII als sozialrechtliche Basis der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) aus gesundheitsförderlicher und präventiver Sicht zu beschreiben und zu bewerten, erfordert die Auseinandersetzung mit den originären Zielen des Gesetzes: Entsprechend der §§ 1,2 des SGB VIII wird jedem jungen Menschen das *Recht auf Förderung seiner Entwicklung und Erziehung* gewährt, um zu einer **eigenverantwortlichen und gemeinschaftlichen Persönlichkeit** werden zu können (§ 1(1)). Die Jugendhilfe soll diese *Entwicklung fördern*, **Benachteiligungen vermeiden/abbauen**, *vor Gefahren für das Wohl schützen (3) und positive Lebensbedingungen schaffen und erhalten (4)*. Eine eindeutige Verpflichtung und damit eine Institutionalisierung des unter § 1 genannten Rechts erfährt die KJH in § 2 durch spezifizierte Angebote und Maßnahmen. Durch die Parameter „**Eigenverantwortung, Entwicklung** (=individuelle Ressourcenstärkung), **Schutz vor Gefahren** für das Wohl (=Gesundheitliche Prävention) und Lebensbedingungen (=Lebensverhältnisse) sowie den Abbau von Benachteiligungen (=Chancengleichheit) kann die KJH, wenn auch auf erzieherischen Wurzeln und nicht weniger den Wurzeln der Sozialarbeit gründend, als originär gesundheitsförderlich nach sozial-ökologischem Verständnis interpretiert werden. Entsprechend der Bewertung durch das BMFSFJ im 14. Kinder- und Jugendbericht ist das SGB VIII als „*ein modernes, präventiv ausgerichtetes Leistungsgesetz*“ akzeptiert. Der an dieser Stelle zu vermutende und durchaus berechtigte Frage, ob die Zielsetzungen von Leistungsgesetzen - Teilhabe, Befähigung, Förderung des Wohls und Schutz im weiteren Sinne - die Sozialgesetze per se gesundheitsförderlich ma-

chen, kann sich nicht ausgiebig gewidmet werden. Eine einfache Zustimmung wäre eine wenig differenzierte Lösung und würde konsequenter Weise Kritik nach sich ziehen. Für die Darstellung (direkter und indirekter) kommunaler Vorgaben von Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Qualitätssicherung werden daher ausgewählte und als besonders relevant erscheinende Paragraphen zitiert.

Generell sind die Aufgaben der Jugendarbeit in § 11 definiert. Angebote und Maßnahmen unterschiedlicher Inhalte, darunter (außerschulische) **gesundheitliche Bildung** (Abs. 1), Sport, Spiel und Geselligkeit (Abs. 2), Kinder- und Jugenderholung (Abs. 5). Das ganzheitliche Verständnis von Gesundheit (**körperliche, seelische und soziale Gesundheit**) zugrunde legend, können durch die Aufgaben der Jugendarbeit alle Teilbereiche abgedeckt werden. In den auf das SGB VIII Bezug nehmenden und ergänzenden Vorschriften des Bundeskinderschutzgesetz (BKISchG), in den Landes(ausführungs)gesetzen (LAG)¹⁵ finden sich (in unterschiedlicher Formulierung) ähnliche Inhalte. Das BKISchG (2011) definiert den **Schutz und die Förderung des Kindes- und Jugendwohls** als staatliche Mitverantwortung (§ 1) und schlägt dadurch bereits im ersten Paragraphen eine klare Richtung ein, die Gesundheitsförderung in den Kontext des Gesetzes stellen lässt. Die **Beteiligung** der Kinder und Jugendliche (§ 8) an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe stellt einen konzeptionellen Teil der Gesundheitsförderung dar.

Die Kommunen sind insofern für die Kinder- und Jugendhilfe besonders relevant, da sie in allen Bundesländern als örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe per Gesetz bestimmt sind. Je nach Struktur des jeweiligen Bundeslandes kommen Landkreise, Bezirke, kreisangehörige Gemeinden oder kreisfreie Städte in Betracht. In einigen Landesgesetzen wird zudem explizit die Kommunalverfassung als Bezugsverfassung benannt. Die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe fallen in den Selbstverwaltungsbereich der Kommunen, wobei es sich (z.B. Sachsen-Anhalt § 1) um Pflichtaufgaben nach Weisung handelt. In derzeit vier LAGs gehört die gesundheitliche Bildung in den Aufgabenbereich der Kinder- und Jugendhilfe (MV § 2, NW § 10, SL § 1 (5.1), SH § 18). Die **gesundheitliche Bildung** ist, außer in Schleswig-Holstein, als Teil von Zielen und Aufgaben in den entsprechenden Paragraphen verordnet und spiegelt den **Empowerment**-Gedanken der Gesundheitsförderung wieder. In Schleswig-Holstein (§ 18) gibt es einen explizit mit dem Titel „gesundheitliche Jugendbildung“ bezeichneten Paragraphen. Die Inhalte der gesundheitlichen Bildung umfassen Suchtmittel, Sexualpädagogik, aber auch Resilienz und gesunde Lebensweisen.

In den anderen Bundesländern finden sich ebenfalls Inhalte, die im Kontext des sozial-ökologischen Gesundheitsförderungsmodells gesehen werden können: In zwölf Ländern gehört die Schaffung und Erhaltung **positiver Lebensbedingun-**

15 Die Landesausführungsgesetze (LAG) wurden in für dieses Kapitel ausschließlich für die Bereiche öffentliche und freie Kinder- und Jugendhilfe sowie Jugendarbeit gesichtet. Kindertageseinrichtungen werden an anderer Stelle betrachtet. Angebote und Maßnahmen wie Familienhilfen oder begleitete Wohnformen wurden ausgeschlossen.

gen im weiteren Sinne zu den Zielen der Kinder- und Jugendhilfe (BW, BY, BE, BB, B, HH HE, RP, SH, TH). Eine differenziertere Betrachtung dieser Paragraphen – vor allem in Hinblick auf die Wortwahl – lässt darauf schließen, dass die **Lebensweltorientierung** auf erzieherischen und pädagogischen Wurzeln basiert. In Schleswig-Holstein (§ 2) haben *die kommunalen Körperschaften dazu beizutragen, positive Lebens- und Entwicklungsbedingungen für junge Menschen sowie eine kinderfreundliche Lebenswelt zu schaffen und zu erhalten* (1). Eindeutiger ist die pädagogische Ausrichtung in Hessen (§ 1) formuliert:

„Die Jugendhilfe soll darauf hinwirken, positive Entwicklungsbedingungen für junge Menschen und ihre Familien zu schaffen und zu erhalten.“

Der **Schutz des Wohls** und der **Schutz vor Gefahren** für das Wohl von Kindern und Jugendlichen sind u.a. in Baden-Württemberg (§ 2), Bayern (Art. 32), Rheinland-Pfalz (§ 1) und Thüringen (§ 20) Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Eine **Ressourcenstärkung**, wie sie in der Idee der Gesundheitsförderung vorhanden ist, zielt auf ein höheres Maß an **Selbstbestimmung** ab. Diese wird häufig in Verbindung zur **Eigenverantwortung** gestellt. Sowohl Selbstbestimmung wie auch Eigenverantwortung sind gesetzlich gefasste Prinzipien der Jugendhilfe und der Jugendarbeit. Unter anderem in BW (§ 12), BE (§ 7), HB (§ 9), HH (§ 28), HE (§§ 3,35) und NW (§ 10) stehen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Kontext mit Persönlichkeitsentwicklung und Gesellschaftsfähigkeit.

In unterschiedlicher Weise wird die **Partizipation** von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendhilfe von den Ländern geregelt. Berlin (§ 5) verpflichtet zur Gewährleistung der Kinder und Jugendlichen in alters- und entwicklungsstandgerechter Form. Ähnlich sind die Vorgaben in Brandenburg (§ 17a), Nordrhein-Westfalen (§ 6) und Schleswig Holstein (§ 4). Mecklenburg-Vorpommern (§ 15) fasst den Radius der Partizipation weiter und bezieht die Mitbestimmung auf die Ausgestaltung des Landesprogramms. Hessen stellt (§ 39) explizit Mittel zur Verfügung, um neue Methoden und Modelle und Projekte durchzuführen, die zur *Partizipation von Kindern und Jugendlichen an politischen und gesellschaftlichen Willensbildungs- und Entscheidungsprozessen* beitragen. Im Saarland gilt eine *weitgehende Mitbestimmung und Mitgestaltung* (§ 1) zu den Grundsätzen der Kinder- und Jugendhilfe. Das Leitbild des SGB VIII, **Benachteiligungen abzubauen**, wird in einigen Ländergesetzen zusätzlich aufgegriffen. Durch Jugendarbeit und Jugendhilfe sollen soziale Benachteiligungen ausgeglichen (NW §10) oder abgebaut werden (BW § 12, BE § 6, HB § 9, HH § 28, MV § 2, RP; SL § 1). In Schleswig-Holstein gehört die Mitwirkung am Abbau sozialer Benachteiligungen zu den Leitzielen der Jugendarbeit (§ 6). **Geschlechtersensibilität** in den Angeboten wird teilweise parallel mit dem Hinwirken auf die tatsächliche **Gleichberechtigung** von Mädchen und Jungen in den einzelnen Gesetzespassagen genannt. In Nordrhein-Westfalen (§ 4) zum Beispiel wird zur geschlechterdifferenzierten Arbeit aufgefordert. Die Förderung der Gleichberechtigung von Mädchen und Jungen und die Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Lebenslagen mit dem Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern findet sich an prominenter Stelle (§ 1) in dem AG

KJHF von Rheinland-Pfalz. In Hamburg (§ 28) sind „*die Angebote und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe so zu gestalten, dass (...) allen Kindern, unabhängig von ihrem Geschlecht (...)*“ die gleichberechtigte Teilnahme ermöglicht wird. Ähnliche Vorgaben gibt es für Baden-Württemberg (§ 2), Berlin (§ 6), Hessen (§ 1), das Saarland (§§ 1,6) und Schleswig-Holstein (§ 10).

Qualitätsentwicklung und -sicherung haben in der Kinder- und Jugendhilfe eine länger andauernde Tradition. Struck (1999, in Wolff et al.) sieht die „internationalen Debatten um das Total-Quality-Management“ Mitte der 1990er Jahre als eine Art Katalysator für die Diskussionen in der Sozialarbeit. Statt von Qualitätsmanagement wird in der sozialen Arbeit allerdings überwiegend von Qualitätsentwicklung und -sicherung gesprochen. Dies ist insofern wichtig, dass die Analyse rechtlicher Vorgaben sich nicht auf Begriffe und Inhalte, die QM-Systemen zuzuordnen sind, beschränken darf. Der Blick muss dahingehend erweitert werden, dass sowohl kooperative wie auch evaluative Verfahrens(vorgaben) miteinzubeziehen sind. Mit der Novellierung des SGB VIII wurden die Träger der öffentlichen Jugendhilfe als Träger der Gesamtverantwortung (§ 79) zur **kontinuierlichen Qualitätsentwicklung** und durch § 79a dazu verpflichtet, 1) *Grundsätze und Maßstäbe für die Bewertung der Qualität* zu erarbeiten und 2) *geeignete Maßnahmen zur ihrer Gewährleistung* anzuwenden. Eine **kooperative Verfahrensvorgabe** findet sich in § 81 und richtet sich ebenfalls an die Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Die *strukturelle Zusammenarbeit mit anderen Stellen*, die an der Gestaltung der Lebenswelt von jungen Menschen beteiligt sind, *insbesondere mit Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes*, ist dort sozialrechtlich verankert. Merchel (ebd.) sieht allgemeine Ziel- und Maßstabsvorgaben, wie sie in § 9 zu finden sind, ebenfalls als Qualitätsvorgaben („bisherige Qualitätsregelungen“). Der **Abbau von geschlechtlich bedingten und von sozialen Ungleichheiten** und die **Berücksichtigung unterschiedlicher Lebenslagen** von Mädchen und Jungen lassen sich somit als konzeptionelle Pfeiler der Gesundheitsförderung, gleichzeitig aber aus Sicht der Sozialarbeit als Qualitätsvorgabe erachten. Im weiteren Verlauf des fünften Kapitels des SGB VIII findet sich eine Vielzahl von Regelungen, die den unterschiedlichen Qualitätsdimensionen zugeordnet werden können. Die **Qualifizierung und Fortbildung von Mitarbeitern** (§ 72), sowie der Ausschluss bestimmter Personen (§ 72a) sind klare strukturelle Qualitätsvorgaben. Zu dieser Dimension gehören ebenfalls Kooperationsvorgaben (§ 79a(4)) oder Arbeitsgemeinschaften, deren Gründung durch §78 rechtlich verankert ist. In der Ergebnisdimension sollen zum einen der **Bundesjugendbericht** (§ 78) und die (örtliche) **Kinder- und Jugendhilfestatistik** (§ 98) genannt werden. Beide „Instrumente“ können auch in die Planungs-/Assessmentdimension gezählt werden.

Der Qualitätsbegriff findet sich in den Landesgesetzen lediglich in Berlin (§ 49 – Abschluss von Vereinbarungen) und Nordrhein-Westfalen (§ 19 – Qualitätsentwicklung und Modellförderung). Hervorzuheben ist die ausdrückliche finanzielle Förderung des Landes Nordrhein-Westfalen von neuen Ideen und Modellen, die der Reflexion und Fortentwicklung der Angebote und Strukturen der Kinder- und

Jugendarbeit dienen. Darüber hinaus finden sich Vorgaben zur sektorenübergreifenden Kooperation und Vernetzung in Baden-Württemberg (§ 12), Berlin (§ 44), Hamburg (§ 28 – regelmäßiger Austausch), Rheinland-Pfalz (§ 14) und Thüringen (§ 10). Eine Sozialberichterstattung auf Landesebene wird in Brandenburg (§ 5 Landesjugendbericht), Hessen (§ 4) und Sachsen-Anhalt (§ 16, Landeskinder- und -Jugendgericht) vorgeschrieben. Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet zur Wirksamkeitsanalyse des partizipativ zu gestaltenden Landesprogramms (§ 15).

Das SGB VIII sowie die Landesausführungsgesetze in unterschiedlicher Weise haben durchweg präventiven Charakter und beinhalten neben Zielvorgaben und Maßstäben Qualitätsvorgaben in unterschiedlichen Dimensionen. Für kommunale Gesundheitsförderung ist der Weg der rechtlichen Verankerung von Qualitätsvorgaben, wie er in der Kinder- und Jugendhilfe gegangen wurde, besonders spannend. Zwar gab und gibt es noch immer Diskussionen um die rechtlichen Neuerungen, doch scheint hier eine Möglichkeit gegeben, auf vorhandenen Strukturen und Verfahren aufbauen zu können und gleichzeitig Qualität sichern zu können. Inwieweit die präventiven Inhalte der KJHGs aber tatsächlich dem Grundsatz der ressourcenorientierten Gesundheitsförderung gleichstehen, bleibt hier offen. Spannend wäre diese Frage, vor allem dann, wenn man sich genauer anschaut, woher der präventive Ansatz in der KJH kommen könnte/zu kommen scheint: Wo das im GG höchste Recht der elterlichen Erziehung nicht entsprechend wahrgenommen wird, hat KJH dort ihre Legitimierung. Ob die KJH daher wirklich ressourcen- oder doch defizitorientiert und so als gesundheitsförderlich im Kern (nicht in ihrer Ausführung und Wirkung) gelten kann, gilt zu bedenken.

Tabelle 9: Vorgaben Qualitätsentwicklung/Qualitätssicherung Bildung und Soziales

Bezug QS/QE	SGB VIII	LAG KJHG (n=16)
Kommunale Trägerschaft/Zuständigkeit	✓	alle
Positive Lebensbedingungen (schaffen/erhalten/...)	✓	BW, BY, BE, BB, HB, HH, HE, RP, SH, TH
Wohl (Schutz des Wohls, Schutz vor Gefahren für das Wohl, Schutz allgemein)	✓	BW, BY, BE, RP, SH, TH
Gesundheitliche Bildung	✓	HH (Gleichstellungsgesetz), MV, NW, SL, SH
Soziale Benachteiligung ausgleichen	✓	BW, BE, HB, HH, MV, NW, RP, SL, SH
Selbstbestimmung und Eigenverantwortung	✓	BW, BE, HB, HH, HE, NW, RP, SL, ST (nur bei individuellen Hilfen), SH, TH
Gleichberechtigung von Jungen und Mädchen	✓	BW, BE, HH, HE, MV, NW, RP, SL, SN; SH, TH
Maßnahmen (nicht Notfall-/Einzelfallhilfe=)	✓	HH, HE, MV, SL, TH (niedrigschwellig)
Partizipation von Kindern und Jugendlichen	✓	BE, BB, HE, MV, NW, SL, SH
Qualität explizit	✓	BE, NW

(Intersektorale) Zusammenarbeit	✓	BW, BE, HB, HH, NW, TH
Berichterstattung	✓	HE, ST
Evaluation/Wirksamkeitsüberprüfung	✓	MV

1.3.4.2 Bundeskinderschutzgesetz, Landeskinderschutzgesetze, Gesetz zur Förderung der Kooperation und Kommunikation im Kinderschutz

Seit 2012 ist das Bundeskinderschutzgesetz als Artikelgesetz mit dem Ziel, das Wohl von Kindern zu schützen und die körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern, in Kraft. Neben den Änderungen des SGB VIII und anderer Gesetze ist vor allem der Artikel 4 „Evaluation“ für Qualitätsentwicklung und -sicherung von zentraler Bedeutung. Außerdem ist in der Zielsetzung der präventive Charakter des Gesetzes deutlich zu erkennen. Mit Aufklärungs- und Beratungsangeboten sowie Frühwarnsystemen fallen die auf das BKiSchG zurückgehenden Maßnahmen überwiegend in den Bereich primärer und sekundärer Prävention. Gesundheitsförderliche Ausrichtung ist in dem Gesetz nur in Ansätzen zu erkennen. Zudem handelt es sich bei den Vorgaben des BKiSchG mehr um subjektorientierte als um sozialraumorientierte Vorgaben und Rahmenbedingungen. Als Bundesgesetz erlangt das Gesetz dadurch kommunalen Bezug, dass alle beteiligten Akteure sich vernetzen sollen und flächendeckend miteinander kooperieren sollen (§ 3). Zu diesen Akteuren zählen kommunale Einrichtungen wie Schulen, Gesundheitsämter oder auch Beratungsstellen (BMBFSJ). Weitere Vorgaben zur Qualitätsentwicklung des BKiSchG finden sich in dem 2. Artikel, d.h. in den Änderungsparagrafen des SGB VIII, die bereits erwähnt wurden (§§ 79 ff). Das Bundesministerium für Familien, Soziales, Frauen und Jugend betont stets die verbindliche Einhaltung von Standards und Leitlinien zu einzelnen Aufgabenbereichen des Gesetzes, sowie deren kontinuierliche und stetige Weiterentwicklung und Überprüfung, worauf die Förderung aufbaut. Zudem sind Nachhaltigkeits- und Verstetigungswillen von Seiten der Gesetzgeber in der Qualitätsdiskussion zu nennen (BMFSFJ.de).

Neben dem **Bundeskinderschutzgesetz** gibt es **in allen Ländern** rechtliche Vorgaben zum Kinderschutz. Trotz gemeinsamer Initiative ist die Ausgestaltung der Ländergesetze zum Teil sehr unterschiedlich. In Bayern, Brandenburg, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern ist der Kinderschutz in die Gesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes¹⁶ integriert, wohingegen in elf Ländern eigenständige Kinderschutzgesetze existieren. Das Landesgesetz Baden-Württembergs besteht aus insgesamt drei Paragrafen, in Rheinland-Pfalz finden sich 22. In Nordrhein-

16 s. Kapitel ÖGD-Gesetze. Mit dem Jahresende 2010 traten das saarländische Gesetz zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung, 2012 das hessische Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder außer Kraft und das Gesetz zur Weiterentwicklung und Verbesserung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein und Ende 2013 das Thüringer Gesetz zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes außer Kraft (DIJuF.de). Die übrigen Kinderschutzgesetze gelten entsprechend der Normenhierarchie und sofern sie konform mit dem Bundeskinderschutzgesetz sind, weiterhin.

Westfalen fundiert der Kinderschutz auf der *Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen*.

Im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung sind vor allem die Gesetze Baden-Württembergs (Gesetz zum präventiven Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen), Hessens (Hessisches Gesetz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Kinder), Niedersachsen (Gesetz zur Förderung der Gesundheit und Verbesserung des Schutzes von Kindern), Rheinland-Pfalz (Landesgesetz zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit) und Sachsens (Gesetz zur Förderung der Teilnahme von Kindern an Früherkennungsuntersuchungen-sächsisches Kindergesundheits- und Kinderschutzgesetz) auffällig, da sie bereits im Titel die entsprechende Formulierung beinhalten. Auch das Berliner Kinderschutzgesetz (Art. 1 Gesetz zur Förderung der Gesundheit von Kindern und des Kinderschutzes) erwähnt explizit die **Förderung der Gesundheit**. In den Zielsetzungen der erwähnten 11 Landesgesetzen (§§ 1,2) lässt sich der Auftrag zur Gesundheitsförderung als gesellschaftliche/staatliche Aufgabe (bspw. BW, BE) entweder direkt oder aus dem dort niedergeschriebenen Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit (z.B. RP) ableiten. Vorgaben der Gesundheitsförderung im weiteren Sinne enthalten die Gesetze für Rheinland-Pfalz, Berlin und Schleswig-Holstein, hier wird im Gesetzestext von **Förderung des Kindeswohls** gesprochen. Mit Blick auf gesundheitliche Primärprävention enthalten die Gesetze mit Absätzen zu **Früherkennungs- und gesundheitlichen Vorsorgeuntersuchungen** von Kindern klare Regelungen. Dabei gehen Baden-Württemberg (§ 1) und Hessen (§ 1) mit einer Verpflichtung der Sorgeberechtigten zur Entsendung ihrer Kinder zu Früherkennungsuntersuchungen am strengsten vor. In den übrigen Ländervorgaben wird als Ziel die Verbesserung der Inanspruchnahme angestrebt (BE § 1(2)), zur Teilnahme aufgefordert (RP § 5) oder Vorgaben und Möglichkeiten zum Einladungssystem (allgemein oder erst nach Nichtteilnahme) getroffen. Als exemplarisch für ein neues Verständnis der Gesundheitsförderung soll abschließend noch § 2(4) erwähnt werden, wodurch Kommune und Landkreise dazu aufgefordert werden, auf alters-, geschlechts-, und sozialisationsbedingte Unterschiede in ihrem Kinderschutz Rücksicht zu nehmen.

Daneben finden sich in den meisten Ländergesetzen **verbindlich vorgegebene Kooperationsstrukturen** zwischen verschiedenen Akteuren und Berufsgruppen, die in die strukturelle Qualitätsdimension einzuordnen ist. Unterschieden wird zwischen Kooperation (verbindlich oder Stärkung) und der Gründung lokaler Netzwerke. Dabei machen Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein (§ 8) die konkretesten Angaben der beteiligten Kooperationspartner und erwähnen neben Jugendhilfe Behörden wie Gesundheitsdienst, Arbeitsagenturen und Polizei. In Bremen, Hessen, Niedersachsen und dem Saarland ließen sich keine Regelungen zur intersektoralen Zusammenarbeit im Kinderschutzgesetz finden (vgl. auch Abschlussbericht der Evaluation des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes zum Schutz von Kindeswohl und Kindergesundheit LKindSchuG 2011). In Sachsen

Anhalt (§ 3) werden in diesem Zusammenhang explizit die Landkreise und kreisfreien Städte erwähnt:

***Lokale Netzwerke Kinderschutz:** (1) In den Landkreisen und kreisfreien Städten sind lokale Netzwerke Kinderschutz für frühe und rechtzeitige soziale und gesundheitliche Hilfen und Leistungen für Schwangere, Kinder, Mütter und Väter einzurichten. Der örtliche Träger der Jugendhilfe übernimmt die Initiative und Steuerung zur Errichtung des lokalen Netzwerkes Kinderschutz und dessen Koordinierung. Die Landkreise und kreisfreien Städte erhalten für die Einrichtung und Unterhaltung der lokalen Netzwerke für das Jahr 2010 einen Betrag von jeweils 20 000 Euro und ab dem Jahr 2011 einen Betrag von jährlich jeweils 10.000 Euro.*

Auch wird in diesem Landesgesetz die Vernetzung in direkten Kontext mit der Zielsetzung gebracht: „**Früherkennung durch Vernetzung des Gesundheitswesens mit der Kinder- und Jugendhilfe**“ (sinngemäß § 1). **Fortbildung und Qualifizierung** von Mitarbeitern in jugendnahen Feldern, u.a. im Gesundheitsdienst, finden sich als qualitätsentwickelnde Regelung in Berlin (§ 14), Rheinland-Pfalz (§ 3(6)), Sachsen-Anhalt (§ 3) und Schleswig-Holstein (§ 6). Vor allem in den letzten beiden Ländern sollen mit den Fortbildungen auch explizit ehrenamtliche Mitarbeiter angesprochen werden, was eine Anerkennung und gleichzeitig eine Professionalisierung in einem von zivilgesellschaftlichem Engagement geprägten Segment darstellt.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der Kinderschutzgesetze sind **Evaluationen** in einigen Ländern (zwei Jahre nach Verabschiedung des jeweiligen Gesetzes) vorgeschrieben (z.B. BE § 7, NI § 6, HB § 42a). **Kinderschutzberichte** auf Landesebene sind in Rheinland-Pfalz (§ 11), Schleswig-Holstein (§ 14 durch eine interdisziplinär zusammengesetzte Kommission) und Thüringen (§ 11) vorgesehen. Bezüge zur **Gesundheitsberichterstattung** finden sich ebenfalls in Berlin (§ 7) und in Sachsen (§ 3). In Rheinland-Pfalz gibt es zwar keine Verpflichtung, aber eine Empfehlung, sich an der **kommunalen Gesundheitsberichts- und Sozialberichterstattung** zu beteiligen (§ 3). Entscheidende Unterschiede der Landeskinderschutzgesetze gibt es in Bezug auf Transparenz durch die Übermittlung von Daten. Einige Länder setzen explizit die Schweigepflicht von z.B. Ärzten und Ärztinnen bei drohender Gefahr aus und gleichen dem Bundesweiten Grundsatz „Kinderschutz vor Datenschutz“ (z.B. Baden-Württemberg (§ 1(5)), Sachsen (§ 5), Sachsen-Anhalt (§ 6)).

Als Artikel 1 ist das Gesetz zur **Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)** vom 22.12.2011 Teil des neuen Bundeskinderschutzgesetzes. Durch aktiven Kinderschutz, Informationen und Beratung für Erziehende (§ 2) sowie durch die flächendeckende Einrichtung von Netzwerkstrukturen (§ 3) soll das Wohl der Kinder und der Jugendlichen geschützt werden und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung gefördert werden (§ 1). Leistungsträger sollen kooperieren und die Personen- und Berufsgruppen, die im weitesten Sinne einen Beitrag an der Entwicklung des Kindes haben, sollen kommunizieren. Damit sollen Anhaltspunkte für Gefährdung nicht „geheim“ bleiben, sondern frühzeitig dort bekannt

werden, wo Hilfe und Unterstützung gegeben werden kann. Die angesprochenen Personengruppen sind z.T. privatwirtschaftlich, aber auch öffentlich im kommunalen Aktionsradius tätig. Auf vorhandene Strukturen soll zurückgegriffen werden. Im weiteren Sinne lässt sich hierin die Lebensweltorientierung wiedererkennen, gleichzeitig werden Kosten durch das Vermeiden von Doppelstrukturen reduziert. Das KKG lässt sich, ohne explizit das Wort Qualität zu nennen, als ein Gesetz zur Qualitätsverbesserung des Kinder- und Jugendschutzes interpretieren und stellt ein Exempel für die bundesrechtliche Verankerung von sektorenübergreifender kommunaler Kooperation und Kommunikation für das Wohl/die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen außerhalb bestimmter Institutionen dar.

Auf das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (explizit § 3) geht die **Bundesinitiative Frühe Hilfen** zurück. Ihr normatives Fundament bildet die gleichnamige **Verwaltungsvereinbarung**. Durch die Verwaltungsvereinbarung werden die Förderkriterien für Maßnahmen, die aus den zur Verfügung gestellten Bundesmitteln finanziert werden, konkretisiert. Als beispielhaft ist die Förderung von Qualitätsentwickelnden Maßnahmen wie **Personalqualifizierung, Evaluation und Dokumentation**, konkreter und geplanter **Netzwerkarbeit**. Qualitätssicherung hat ebenso ihren Platz in der VV: die Benennung von fachlichen Anforderungen an die beschäftigten (auch ehrenamtlichen) Personen, bezeichnet als **Kompetenzprofil**, bilden die strukturelle Qualitätsdimension ab. Die Maßnahmen, die der VV folgen, werden in kommunalem Raum umgesetzt. Berichterstattungspflicht im jährlichen Rhythmus obliegt den Ländern, da diese als Verwalter der Mittel fungieren. Eine **Partizipation** ist durch die VV nicht im Sinne einer Bürgerbeteiligung, sondern einer Beteiligung der Kommunen vorgesehen (Art. 4). Sowohl BKiSchG als auch die VV Frühe Hilfen enthalten Vorgaben zur Qualitätsentwicklung. Dabei sind die vier Dimensionen jeweils in unterschiedlicher Stärke angesprochen: KKG enthält überwiegend strukturelle Vorgaben, VV zusätzlich solche zu Planungs- und Ergebnisqualität. Das BKiSchG vereint strukturelle Vorgaben mit denen zur Ergebnisqualität (**Evaluation und Dokumentation**), bildet aber auch durch z.B. Kooperationspflichten und Zielvorgaben einen normativen Rahmen mit Bezügen zur Planungs- und Prozessqualität. Die beiden Regelwerke beinhalten einen Schutz- und somit einen Präventionsauftrag. Das Konzept der Gesundheitsförderung tritt nur verdeckt in Erscheinung und wird über Erziehung, Befähigung und Aufklärung angesprochen. Trotz **Verbindung und Kooperation von Gesundheitswesen und Jugendhilfe** liegen Ursprung und Ziel der Vorgaben im pädagogischen und weniger im gesundheitsfördernden Kontext. Die finanzielle Förderung lokaler Netzwerke durch Bundesmittel, wie sie durch die besprochenen Normen legitimiert ist, stellt eine Variante dar, die sich direkt für die Gesundheitsförderung übernehmen ließe. Die Förderung und finanzielle Unterstützung lokaler Koordinierungsstellen zur Gesundheitsförderung scheint gesetzlich verankerbar zu sein, ohne in die Rechte der Kommunen einzugreifen und dennoch die Qualität (v.a. Assessmentqualität) in Routinen zu integrieren.

1.3.4.3 Landesweiterbildungsgesetze

In dem Positionspapier des deutschen Volkshochschul-Verbands *Volkshochschulen – starke Partner in Prävention und Gesundheitsförderung* (2014) betonte der Bundesverband erneut seine Rolle in dem Zielvorhaben, durch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen zu bekämpfen. Die Rolle der außerschulischen Weiterbildung und Erwachsenenbildung in kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung wird hierdurch erneut deutlich und richtet den Blick auf die Weiterbildungsgesetze und Erwachsenenbildungsgesetze. Diese finden sich aufgrund der föderalen Bildungshoheit auf Landesebene und variieren stark. Zunächst lassen sich Länder, die ihren Fokus auf Weiterbildung und Länder, die ihren Fokus auf Erwachsenenbildung legen, unterscheiden. In BW, BY, NI und TH wird von Erwachsenenbildung, in BB, HB, HE, MV, RP, SL, SN und SH von Weiterbildung gesprochen. In Berlin gibt es kein eigenständiges Gesetz, die Arbeit der Volkshochschulen wird in einem separaten Abschnitt des Schulgesetzes reguliert. Hamburg besitzt lediglich ein Bildungsurlaubsgesetz. Die Gesetze stammen zum Teil aus den 1970er Jahren, die letzten Änderungen liegen zwischen einem Jahr (Bayern, letzte Änderung 2014) und 15 Jahren (Niedersachsen, letzte Änderung 2000) zurück. Die Analyse der Landesgesetze nach gesundheitsförderlichen/präventiven und qualitätsentwickelnden Inhalten und Vorgaben in einem kommunalen Lebensraum zeigt Inhalte und Werte des Gesundheitsförderungskonzepts in nahezu allen Gesetzen, obwohl lediglich in drei Gesetzen von **gesundheitlichen Fragen** (Thüringen), **Gesundheitsbildung** (Hessen) oder **der Bewältigung gesundheitlicher Probleme** (Sachsen) die Rede ist. In elf Gesetzen lassen sich, entweder in Verbindung mit konkreten Angebots- und Bildungsinhalten (u.a. Rheinland-Pfalz § 2, Saarland § 2) oder mit der Aufgaben- und Zielsetzung (u.a. Bremen § 2, Thüringen § 1) oder Zugangswege (Nordrhein-Westfalen § 2) die Formulierungen **Chancengleichheit/Überwindung von Ungleichheiten finden**¹⁷. Ein Recht auf Weiterbildung räumt Schleswig-Holstein (§ 4) seinen Bürgerinnen und Bürgern ein:

„Jeder Mensch hat das Recht, die zur freien Entfaltung der Persönlichkeit, zur Mitgestaltung von Gesellschaft und Politik (...) Kenntnisse und Qualifikationen zu erwerben. Das Recht auf Weiterbildung steht jedem Menschen unabhängig von Geschlecht, Alter, Bildung, gesellschaftlicher oder beruflicher Stellung, politischer oder weltanschaulicher Orientierung und Nationalität zu.“

Die explizite Betonung des Abbaus von **geschlechtlich bedingten ungleichen Chancen** ließ sich hingegen in nur neun Gesetzen finden. Es lassen sich zwei grobe Richtungen erkennen: 1) Bereitstellung von Bildungsangeboten zur Geschlechtergerechtigkeit (z.B. Hessen §§ 2,9 Rheinland-Pfalz § 2) oder 2) die aktive Förderung der Gleichberechtigung und Gleichstellung von Männern und Frauen (z.B. Sachsen-Anhalt § 2, Saarland § 3). Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Schleswig-Holstein nehmen trotz der Zielrichtung der Chancengleichheit keinen

¹⁷ Auch zu finden in: Berlin (integrativer Ansatz), Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen (i. w. S.), Sachsen

expliziten Bezug auf geschlechtlich bedingte Ungleichheiten. In allen neueren Gesetzen (letzte Änderung nach 2004, s. Tabelle 10) wird **eigenständiges, verantwortliches oder selbstbestimmtes Handeln** der Empfänger als Zielrichtung erwähnt. Diese Begriffe stehen eng in Verbindung mit der Ressourcenstärkung in der Gesundheitsförderung und dem derzeit vorherrschenden politischen Konsens der **Autonomie und Eigenverantwortung** von Bürgerinnen und Bürgern für gesundheitsbewusstes Verhalten.

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

In allen Landesgesetzen finden sich Förder- und Anerkennungsgrundsätze, die als maßgeblich und zentral für die Qualitätsentwicklung und -sicherung zu sehen sind (Tabelle 10). Explizite Paragraphen mit der Überschrift Qualitätssicherung lassen sich zusätzlich in einigen Ländern finden. Dabei wird Qualitätssicherung grob in drei Dimensionen gedacht: **1) Qualifikation des Personals, 2) Ergebnissicherung und Statistik und 3) Programm und Inhalte**. Eine direkte Verknüpfung zwischen 1) und 3) lässt sich in Thüringen (§ 7) erkennen: Die Sicherstellung der Qualität der Bildungsarbeit erfolgt u.a. durch die Qualifizierung und Fortbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In drei Bundesländern (MV § 6, SL § 6 –DIN ISO oder ähnlich, SN § 5) sind die Anerkennung als Weiterbildungsträger bzw. Erwachsenenbildungsträger und die Förderung durch das Land an ein Qualitätsmanagement gekoppelt. Außer in Baden-Württemberg und Brandenburg konnten in allen anderen Ländergesetzen wörtliche Qualitätssicherungs-Vorgaben gefunden werden. In Niedersachsen sind genaue Zeiträume zur externen Evaluation vorgeschrieben. Vorgaben zu den Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finden sich u.a. in Berlin (§ 123), Hessen (§ 6), Nordrhein-Westfalen (§ 12) und Rheinland-Pfalz (§ 5). Als Kriterium der Prozessqualität sollen Vorgaben zu **Kooperation und Vernetzung** (ähnlich wie bei den ÖGD-Gesetzen) herangezogen werden: Die Zusammenarbeit von Einrichtungen und Trägern der Weiterbildung wird –anders als in den ÖGD-Gesetzen – nahezu in allen Ländern verbindlich vorgeschrieben, teilweise als Förderbedingung. Dabei sind vor allem Kooperationen auf Kreis- oder Kommunalebene von Bedeutung, wie sie u.a. in Bayern (Art. 6), Brandenburg (§ 10) oder Niedersachsen (optional § 9) zu finden sind. Im Saarland hingegen gibt es zwar die Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen (§ 18), allerdings auf Landesebene.

Im Sinne einer gesetzlich vorgegeben (kommunalen) Weiterbildungsinfrastruktur finden sich in den meisten der Gesetze Mindesteinwohnerzahlen. Unabhängig hiervon ist die Vorgabe in Berlin „*eine Volkshochschule in jedem Bezirk*“ zu errichten. Mit der Unterbreitung eines *flächendeckenden Angebots* gewähren Mecklenburg-Vorpommern, das Saarland und Thüringen den größten Spielraum. Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz nennen 25.000 Einwohnerinnen als Bezugsgröße für die Errichtung von Volkshochschulen¹⁸, Hessen hingegen 50.000. Auffällig ist das rheinland-pfälzische Verständnis, Weiterbildungseinrichtungen in kom-

18 Weitere Anerkennungsgrundsätze §8

munalem Radius bereitstellen zu müssen. In § 6 wird die Weiterbildung als Instrument zur Förderung des Wohls der Bürger (kommunale Aufgabe entsprechend Kommunalverfassung) benannt und somit zu den kommunalen Aufgaben gezählt.

Obwohl die überwiegende Zahl der hier genannten Gesetze primär im Bereich politischer, sozialer und beruflicher Bildung anzusiedeln ist, wird Gesundheitsbildung in drei Gesetzen angesprochen. Werte und Inhalte des Gesundheitsförderungsverständnisses nach Ottawa (Eigenverantwortung, Gender und Förderung von Chancengleichheit) finden sich in fast allen Gesetzen mit unterschiedlicher Akzentuierung. Ähnlich wie in der beruflichen Bildung spielen Qualitätsentwicklung, -management und -sicherung durchweg eine wichtige Rolle, was sich in klaren Fördervorgaben oder in der verpflichtenden Anwendung von Managementsystemen erkennen lässt. Im Vergleich zu den ÖGD-Gesetzen gibt es konkretere Bestimmungen zu Kooperationen und Vernetzungen. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass der ÖGD die gesamte öffentliche Gesundheit als Aufgabe hat, wohingegen Weiterbildungseinrichtungen inhaltlich breit gefächert sein können, von ihrem gesetzlichen Auftrag aber eher eng definiert sind.

Tabelle 10: Vorgaben Prävention und Gesundheitsförderung und QS/QE Erwachsenen- und Weiterbildungsgesetze (WBG)

Bezug (PGF)	WBG der Länder n=15	Dimension (QS/QE)	WBG der Länder n=15
Gesundheit (Gesundheitliche Fragen, Gesundheitsbildung, Bewältigung gesundheitlicher Probleme)	HE, SN, TH	Qualifikation des Personals	HE, RP
Chancengleichheit/Überwindung von Ungleichheiten	BE, BB, HB, MV, NI, NW, RP, SL, SN, SH, TH	Ergebnissicherung und Statistik	BY, HE, RP
Abbau geschlechtlich bedingter Ungleichheiten	BE, HB, HE, MV, NI, RP, SL, ST, TH	Programm und Inhalte	HB, HE, SH, TH
- <i>Durch Bildungsangebote</i> - <i>Durch aktive Förderung der Gleichberechtigung/ Gleichstellung</i>	<i>z. B. HE, RP</i> <i>z. B. SL, ST</i>	Kooperation und Vernetzung von Einrichtungen und Trägern	BW, BY, BE, BB, HB, HE, NI, NW, SL, TH
Eigenständigkeit, Eigenverantwortung, Selbstbestimmung	BE, BY, BB, MV, SL, SN, ST, SH, TH	Regelinfrastruktur	BE, BB, HE, MV, NW, RP, SL, TH
Förderung des Wohls durch Weiterbildung	RP	QS explizit	BE, MV, NI, SL (DIN ISO), SN
		Zertifizierungen und Systeme	BY, MV

1.3.5 Vorgaben aus dem Städtebau und der Raumplanung auf Bundesebene

Als interdisziplinäres Handlungsfeld ist Gesundheitsförderung auch in der Städteplanung und in der Stadtentwicklung und den entsprechenden Vorgaben wiederzufinden.¹⁹ Ein in der Europäischen Union leitendes Dokument bildet nach wie vor die **Leipzig Charta zur nachhaltigen europäischen Stadt von 2007**. Das Konzept der Gesundheitsförderung findet sich bereits in der Präambel: *Gesundheitliche Erfordernisse* werden als Dimension von Nachhaltigkeit genannt und sind fortan von den unterzeichnenden Ministern in Planungsvorhaben zur Stadtentwicklung zu beachten. Deutlich werden im selben Kapitel auch die Sozialraumorientierung („gesunde Umwelt“) und der soziale Ausgleich als Ziele. Im weiteren Verlauf wird noch deutlicher, dass die nachhaltige Stadtentwicklung auf die **Lebensbedingungen** ihrer Bewohnerinnen und Bewohner schaut und als Rahmen für strukturelle Gesundheitsförderung anzusehen ist. Auch auf Bundesebene gibt es Vorgaben, die direkt auf den Lebensraum Stadt bzw. seine infrastrukturelle Gestaltung Wirkung haben. Gesetzliche Grundlagen für Städtebau und -entwicklung finden sich auf Bundesebene im Verwaltungsrecht (u.a. Raumordnungsgesetz ROG), im Baurecht (Baugesetzbuch BauGB) in Verwaltungsvereinbarungen (u. a. Städtebauförderung und folgende Programme, z.B. „Soziale Stadt“) oder dem Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung (UVPG). Durch das **BauGB** wird die Erstellung von Bauleitplänen für nachhaltige städtebauliche Entwicklung vorgeschrieben. Ähnlich wie in der Leipzig-Charta beinhaltet die Nachhaltigkeit die Berücksichtigung von Belangen des Umweltschutzes und umweltbezogener Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit (§ 1(5)). Die Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit zu ermitteln gilt es auch entsprechend ROG über die **Umweltverträglichkeitsprüfung**. Im Sinne einer Qualitätssicherung sind diese in einem **Bericht** festzuhalten (§ 9(1)). Die verwaltungsrechtliche Vorschrift verordnet zudem die Beteiligung öffentlicher Stellen mit gesundheitsbezogenem Aufgabenbereich, sofern sie von den Auswirkungen berührt werden können, was einer intersektoralen und interdisziplinären Arbeitsrichtlinie gleichkommt und für die Qualitätsentwicklung gesundheitsfördernder Politik des Öfteren beschrieben wurde. Im selben Paragraphen finden sich noch deutlichere Bezüge zur Qualitätssicherung:

„Die Umweltprüfung bezieht sich auf das, was nach gegenwärtigem Wissensstand und allgemein anerkannten Prüfmethoden sowie nach Inhalt und Detaillierungsgrad des Raumordnungsplans angemessener Weise verlangt werden kann.“

Die **Umweltverträglichkeitsprüfung** findet sich (nur Durchführungsvorschrift) im **ROG**, wird aber selbst in dem entsprechenden **Gesetz zur Umweltverträglichkeitsprüfung** (UVPG) geregelt. Als Entscheidungsgrundlage zu Vorhaben beinhaltet das UVPG zum einen die verpflichtende Berücksichtigung unmittelbarer und

¹⁹ Die im Folgenden genannten Vorgaben sind exemplarisch für dieses Politikfeld zu sehen, eine Vollständigkeit ist nicht gegeben.

mittelbarer Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit (§ 2(1)). Die Vorgabe lässt sich nicht ohne weiteres gesundheitsfördernd, wenn aber präventiv interpretieren.

Zum anderen finden sich im weiteren Verlauf Inhalte, die dem Konzept der Gesundheitsförderung entstammen: Die **Beteiligung der Öffentlichkeit** (§ 2) an der UVP (§ 2(1.4)) und anderer öffentlicher Stellen und Behörden (§ 14h) stehen für **Partizipation und Vernetzung**. Die Prüfung findet in einem **dreistufigen Prozess** „Ermittlung, Beschreibung und Bewertung“ statt und enthält somit eine der Qualität dienliche Systematik. Für den Fall einer Strategischen Umweltprüfung sind bestimmte Kriterien anzuwenden, die sowohl gesundheitspräventive (*gesundheitliche Probleme*) wie auch –förderliche (*gesundheitsbezogene Erwägungen*) Aspekte im Hinblick auf nachhaltige Entwicklung enthalten.

Auf der Basis der **Verwaltungsvereinbarung Städtebauförderung** wird die Förderfähigkeit von Maßnahmen, Projekten und Vorhaben geregelt. Sowohl in der Verwaltungsvereinbarung (VV) Städtebauförderung²⁰ als auch in dem auf ihr gegründeten Programm „soziale Stadt“ finden sich Vorgaben zur Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung. Als Ziel der VV wird in der Präambel die Umsetzung der Leipzig Charta und der Nationalen Stadtentwicklungspolitik (seit 2014 in Präambel) benannt. Explizit werden in der VV anders als in den o.g. Gesetzen **Stadtquartiere als Sozialräume** angesprochen, die von Bund und Ländern in ihrer Entwicklung gefördert werden, sofern sie bestimmte Kriterien erfüllen und beachten. Dabei übernehmen Bund und Länder in einer Art Selbstverpflichtung zur Evaluation und Qualitätskontrolle die *kontinuierliche und Überprüfung und Auswertung in Bezug auf die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen*. Gesundheitsförderung im sozial-ökologischen Verständnis findet sich zunächst nicht wörtlich, wohl aber inhaltlich in der Präambel der VV: Die Quartiere sollen unter **Berücksichtigung** (...) an die **Bedürfnisse** der Bürgerinnen und Bürger angepasst werden. Besondere Beachtung finden die Bedürfnisse von Familien, Haushalten mit Kindern und ältere Menschen. Damit zielt die VV auf den Abbau sozialer und ökonomischer Ungleichheiten und **Chancengleichheit** ab. Als Beispiele für Finanzierungshilfen der Städtebauförderung werden **ressourcenorientierte und vor allem ressourcenstärkende** Angebote angesprochen. Dazu gehört es u.a. Gemeinbedarfseinrichtungen finanziell zu unterstützen, die in den Quartieren auf- und ausgebaut werden, und der Gesundheit, Bildung, etc. dienen. Als strukturelle oder verhältnispräventive Maßnahmen, die der Gesundheit dienen und niedrigschwellig und jedem zugänglich sind stehen die Inhalte der Verwaltungsvereinbarung im Kontext einer Public Health Policy. Seit 2014 wurde die *Verwirklichung der Geschlechtergerechtigkeit* in die Präambel aufgenommen. Für kommunale Gesundheitsförderung stellt die Förderung des Programms „Soziale Stadt“ (Art. 4) in der VV eine attraktive Möglichkeit dar, Bundesmittel für kommunale Maßnahmen zu erhalten. Auch in diesem Artikel werden zunächst Ziele benannt, die **Lebensqualität**,

20 Die VV wird seit 1999 jährlich erneuert. Für die hiesige Analyse wurde die aktuellste Version (2014) genutzt.

Wohnqualität und Nachbarschaft verbessern und somit einen Einfluss auf die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner eines Quartiers haben: **Partizipation, Generationengerechtigkeit** und die Verbesserung der **kinder-, familien- und altersgerechten (sozialen) Infrastruktur**. Die VV gibt Rahmenbedingungen vor, die von Städten genutzt werden können, kommunale, stadtteil- oder quartiersbezogene Gesundheitsfördernde Politik zu betreiben. Gleichzeitig werden Anforderungen gestellt, die der häufig kritisierten Kurzlebigkeit präventiver Projekte entgegen wirken soll und zur **Verstetigung** beitragen. Der Förderung geht ein integriertes städtebauliches Entwicklungskonzept vor, was sich als Qualitätsentwicklungs- und -sicherungsinstrument sehen lässt (ebd.). Die Berücksichtigung von **Diversity**-Aspekten und die **Bündelung von Ressourcen und Nutzung vorhandener Strukturen** stellen klare Vorgaben in der Prozessqualitätsdimension und Assessmentqualitätsdimension dar.

Das Programm „soziale Stadt“ richtet sich an teilnehmende Städte, die Förderungen aus den Bundesmitteln entsprechend der Verwaltungsvereinbarung erhalten möchten und gliedert sich in verschiedene Handlungsfelder. Eines dieser Handlungsfelder bildet explizit die Gesundheitsförderung. Anders als bei den bislang genannten Normen und Regelungen wird in dem Programm eindeutig definiert, was unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist und welche Schwerpunkte gelegt werden können. Dazu zählen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale. Mögliche Wege, Instrumente und Methoden hierfür sind **Gesundheitshäuser, -läden und -treffs** in Quartieren, die Bildung von Netzwerken und die Ausbildung und Einbeziehung von Multiplikatoren. Die Aktivitäten im Handlungsfeld Gesundheit sollen aufsuchende Arbeit und niedrigschwellige Zugänge beachten.

1.3.6 Weitere Vorgaben auf Bundesebene

Im Bereich des Verbraucher- und Umweltschutzes gibt es zahlreiche weitere Vorgaben, die direkten oder indirekten Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Das **Infektionsschutzgesetz** (v.a. §§ 1,3) hat den Zweck der Übertragung von Krankheiten vorzubeugen und die Bevölkerung durch Aufklärung (näher beschrieben im weiteren Verlauf des Gesetzes) vor Gefahren zu schützen. Im Sinne „guter Prävention“ gibt es klare Vorgaben über Personalqualifizierung (z.B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) in der Gemeinschaftsverpflegung und Belehrungspflichten. Hauptaugenmerk liegt bei dem Gesetz jedoch auf Infektionskrankheiten und weniger in der Prävention durch Gesundheitskompetenz und -ressourcen. Auch das **Lebensmittel-, Bedarfsgegenstände- und Futtermittelgesetzbuch** (LFGB) hat das Ziel, Gefahren für die menschliche Gesundheit, die durch Lebensmittel, Futtermittel, kosmetische Mittel oder Bedarfsgegenstände verursacht werden, zu verhindern. Für Kommunen wird das Gesetz dort relevant, wo Gemeinschaftseinrichtungen in kommunaler Trägerschaft sind. Trotz schützender und gesundheitlich präventiver Zielsetzung basieren IfSchG wie auch LFGB auf

einem pathogenen Verständnis, so dass sie mit der hier bearbeiteten Fragestellung nur bedingt in Zusammenhang stehen. Ohne konkretere Ausführung sei das **Bundesimmissionsschutzgesetz** genannt. Es soll als Exempel angeführt werden für ein Bundesgesetz, das i. w. S. Vorgaben zu gesundheitsfördernden Lebensbedingungen macht (Bsp. § 47 d Lärmaktionspläne für entsprechend große Kommunen).

1.4 Prävention und Gesundheitsförderung

Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

1.4.1 Gesundheitsziele

Rechtlich nicht bindend wurden Gesundheitsziele auf unterschiedlichen Ebenen als Strategie für die jeweilige Gesundheitspolitik erarbeitet. Ziel ist durchgängig, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Auf Bundesebene gibt es insgesamt sieben Gesundheitsziele, wovon Gesundheitsförderung nicht als eigenständiges Ziel, sondern unter dem Ziel der Kompetenzerhöhung (z.B.) in seinen konzeptionellen Ansätzen gestreift wird. Neben Maßnahmen sollen Strukturen geschaffen und optimiert werden, die zur Zielerreichung notwendig sind. Gesundheitsziele sind ähnlich wie Handlungsempfehlungen und Leitlinien nicht rechtskräftig und stehen im Kontext der Selbstverpflichtung. Alle 16 Bundesländer beteiligen sich am Gesundheitsziel-Prozess mit unterschiedlicher Dynamik und Engagement. Sie verfügen jeweils über eigene Gesundheitsziele bzw. landespolitische Gesundheitskonzepte. In BW, BY, BB/BE, HH, HE, MV, NW, RP und Sachsen gibt es eigenständige und benannte Konzepte (vgl. gesundheitsziele.de, Tabelle 11). Die Landesstrategien variieren sehr stark. Neben der Formulierung von Zielen gibt es Handlungsfelder, Themengebiete und Querschnittsthemen, die eine Analyse des Gesundheitszielprozesses erschweren. In Tabelle 11 wurde versucht, eine Übersicht zu erstellen. Die Übersicht ist dabei sehr oberflächlich und soll lediglich dazu dienen, rechtlich nicht-bindende Landeskonzepte daraufhin zu prüfen, ob sie Gesundheitsförderung im kommunalen Setting und Qualitätssicherung bereits als Thema aufgegriffen haben. Grundlage bietet der Infopool auf der Seite gesundheitsziele.de. In einigen Ländern werden Schwerpunkte und Themen gerade überarbeitet. Soweit dies erkennbar war, ist das in der Tabelle vermerkt. Eine tiefer gehende Analyse der einzelnen Landesstrategien ist u.a. von Thietz und Hartmann (in Luthe 2013) durchgeführt worden. Als Besonderheit wurde in Hinblick auf die Setting-Orientierung eine kommunale Verantwortung der Landesgesundheitsziele erachtet.

Tabelle 11: Gesundheitsziele der Länder entsprechend gesundheitsziele.de/Infopool der Länder (zuletzt aktualisiert 2012)

Land	Name/Titel	Prävention und Gesundheitsförderung als Schwerpunkt /eigenständiges Handlungsfeld	Qualitätssicherung/Planung/Evaluation	Besonderheiten
BW	Gesundheitsstrategie Baden Württemberg	✓		Angestrebt ist Gleichwertigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung mit Kuration und Pflege, Förderung durch Stiftung unterstützt
BY	Gesund.Leben.Bayern	z.T. in anderen Themen impliziert (Alkohol, Bewegung,...)	Prozessbegleitende Evaluation, Expertengestützte Planung	
BB/BE	Aktionsprogramm Gesundheit	Präventionskette auf Bezirksebene für alle Altersstufen		Kooperation von BE und BB, Freiwilligkeit der Kooperation wird betont
BR	Kein spezieller Namen	✓	Monitoring und Evaluation vorgesehen (allerdings in Handlungsfeld Krebsvorsorge)	
HH	Gesund leben und arbeiten in Hamburg. Pakt für Prävention	✓	QS-Maßnahmen im Prozess entwickeln	Klarer kommunale Politik- und Aktionsradius
HE	Gesund leben – gesund bleiben in Hessen	✓	QS von Gesundheitsförderung anhand von Kriterienkatalog	
MV	Landesaktionsplan Gesundheitsförderung und Prävention	✓ (in Überarbeitung)	Ressortübergreifende Vernetzung, Evaluation und Verstetigung angestrebt, Förderkriterien (Wirksamkeit), div. QS Verfahren genannt, Präventionsberichterstattung	explizit: Verbesserung der Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung
NI	Kein spezieller Namen		Zu überarbeiten, da schlechte Erfahrungen, zukünftiger partizipatorischer Ansatz	
NW	Landespräventionskonzept „Investition in Lebensqualität“	✓	Diverse Instrumente ersichtlich,	inhaltlich mit Landesgesundheitskonferenz verknüpft (Verbindlichkeit und politischer Auftrag gestärkt)
RP	Gesundes Rheinland Pfalz	Eigenverantwortung, Selbsthilfe, Vernetzung (in Überarbeitung)	Zielkriterienkatalog und Leitfaden Prävention	
SL	Kein spezieller Namen	In gesund aufwachsen enthalten, LQ-Erhöhung in Verbindung mit	Evaluation der Screening-Programme, rechtlich gebunden	Finanzierung aus einem Bundes-, Kassen-, Länder- und Gemeindemitteln, Zielgruppe explizit auch Gemeinden/Kommunen

		Brustkrebs-SP		
SN	Gesunde.sachsen.de	Aus Bundesprozess entnommen	QS in KiTa Gesetz (Bsp.), Handbuch	Verankerung in Koalitionsvertrag
ST	Kein spezieller Namen	Enthalten über Vermeidung diverser Krankheiten	Partizipatorische Qualitätsentwicklung, Konsensentscheidungen	Verankerung in Koalitionsvertrag
SH	Kein spezieller Namen	Nein	Aufgabe der jeweiligen Arbeitsgruppe (wird nur teilweise umgesetzt)	Ursprung GMK Beschluss 1999 zur zielorientierten Gesundheitspolitik
TH	Kein spezieller Namen	In „Gesund alt werden“ enthalten	Entwicklung von bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Strukturen und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, QS noch am Anfang	Freiwilligkeit der Akteure

Wie aus Tabelle 11 zu entnehmen ist, sind die Themen Gesundheitsförderung und Prävention noch nicht in allen Ländern Teil des Gesundheitszielprozesses. In sechs Ländern werden die Begriffe (z.T. an Zielgruppen gekoppelt) direkt verwendet, in acht Ländern nur impliziert. Zwei Länder (Niedersachsen und Schleswig-Holstein) lassen in dem Infopool Gesundheitsförderung und Prävention nicht als Thema/Handlungsfeld erkennen.²¹ Qualitätsentwicklung und/oder -sicherung scheint nicht von Beginn an, sondern eher im Laufe des Prozesses in die Arbeit integriert war. Auf einigen Länderseiten wird betont, dass die Qualitätssicherung zukünftig anders zu gestalten ist und die bisherigen Maßnahmen sich als schlecht realisierbar entpuppten (z.B. Niedersachsen).

1.4.2 Gesundheitsregionen Niedersachsen

Das niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) initiierte und fördert die Bildung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen.²² Die **Richtlinie zur Förderung von Gesundheitsregionen in Niedersachsen** (RdErl.D.MS v. 3.6.2014) basiert auf dem Zuwendungsgrundsatz § 44 der niedersächsischen Landeshaushaltsordnung (LHO). Die Kommunen/Regionen sind nicht verpflichtet, sich zur Gesundheitsregion zu entwickeln, auch besteht kein Anspruch auf Bewilligung eines Antrags. Zuwendungsempfänger sind Landkreise und kreisfreie Städte

²¹ Die Aktualität der Seite ist nicht ersichtlich.

²² Gesundheitsregionen stellen ein Konzept in der Bundesrepublik dar, die öffentliche Gesundheit in verschiedenster Weise zu gestalten. Exemplarisch wird das Konzept aus Niedersachsen angeführt. „Gesundheitsregion“ ist kein feststehender Terminus: die Förderschwerpunkte, Trägerschaft und Finanzierung ist in den Ländern unterschiedlich.

Das Konzept beinhaltet sowohl die Möglichkeit Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in dem kommunalen Lebensraum zu stärken wie auch die notwendige Bedingung kommunale Strukturen (im Sinne einer Strukturqualitätsentwicklung) aufzubauen.²³ Zu diesen **notwendigen** Strukturen gehören die Unterstützung/aktive **Befürwortung** des Projektes **durch** die **Verwaltungsspitze**, die Einrichtung einer **regionalen Steuerungsgruppe**, eine **Koordinierungsstelle** (Koordinierungsfachkraft), die Bildung von **Arbeitsgruppen** sowie regelmäßig durchzuführende **Gesundheitskonferenzen** auf regionaler Ebene. Schwerpunkt der förderfähigen Projekte und Maßnahmen *kann* (neben Versorgung, Mobilität, Entlastung von Ärztinnen und Ärzten oder Nachwuchsgewinnung) auch **Prävention und Gesundheitsförderung** sein. Durch die strukturellen Anforderungen werden bereits in der Förderlinie Qualitätsvoraussetzungen an die Bewerber gestellt. Auch in Bezug auf die Dimensionen von Planungs-/Assessment-/Konzeptqualität und Ergebnisqualität werden Anforderungen an die Antragssteller/Interessierten Städte gestellt: Die Beteiligung selbst ist in einen Projektablauf eingebunden, so dass Planung und Bedarfsanalyse neben Evaluation und Ergebnisanalyse und die Verstetigung der regionalen Projekte in dem Konzept als Elemente vorhanden sind (vgl. Leitfaden Gesundheitsregionen Niedersachsen, MS Niedersachsen). Die Beteiligung zentraler Akteure und Einbindung/Information interessierter Einwohnerinnen und Einwohner wird nicht als Pflichtvorgabe, sondern als fördernder Faktor angesprochen. Gesundheitsförderung und Prävention bzw. das zugrunde liegende Verständnis lässt sich dem Leitfaden nicht entnehmen. Bereits bei der Entscheidung über die Zuwendung wird die Qualität eines Projektes (o. w. A.) als Prüfkriterium aufgeführt.

1.4.3 Gesunde Städte Netzwerk

„Eine gesunde Stadt ist eine Stadt, in der Gesundheit und Wohlergehen der Bürger im Mittelpunkt des Entscheidungsprozesses stehen. Eine gesunde Stadt ist eine Stadt, die danach strebt, das physische, psychische, soziale und umweltbedingte Wohlergehen der Menschen, die in der Stadt leben und arbeiten, zu fördern.“ (gesunde-staedte-netzwerk.de)

Die Grundidee der Gesunden Städte stammt von der WHO. Kommunale Entscheidungstreffer sollen dafür sensibilisiert werden, dass die persönliche Gesundheit stark von den Lebensbedingungen der Menschen beeinflusst wird. Folglich sollen (politische) Entscheidungen so getroffen werden, dass „*das natürliche, psychische, soziale und umweltbedingte Wohlbefinden*“ der Menschen in den Städten verbessert wird (ebd.). Die Beteiligung in dem Netzwerk ist freiwillig, aber mit klar definierten zu erfüllenden Aufgaben und Kriterien verbunden. Die sog. vier Schlüsselprinzipien bilden die politische Verpflichtung zu den Prinzipien und Strategien des Projekts, die Verpflichtung zur Schaffung einer Vision für die jeweilige Stadt, die Schaffung von Organisations- und Steuerungsstrukturen, sowie die In-

²³ Entsprechend der erforderlichen Strukturbildung verfügen Städte/Landkreise über entsprechende Ressourcen und Organe, die im Falle der Zuwendung an Kommunen/Gemeinden nicht garantiert wären.

vestition in Vernetzung und Zusammenarbeit. Operationalisiert werden die Schlüsselprinzipien in Deutschland durch das 9-Punkte-Programm, das die Anerkennung des Gesundheitsförderungs-Verständnisses der WHO, intersektorale Vernetzung, Ratsbeschluss, Transparenz, Bürgerbeteiligung, Kommunikation und Berichterstattung für die Städte aus dem Netzwerk verbindlich vorschreibt. Außerdem ist den Mitgliederstädten auferlegt, einen Ansprechpartner zu haben, der bei allen städtebaulichen Planungen einzubeziehen ist. Trotz großem Spielraum in der Umsetzung gibt es für jeden einzelnen Punkt einen Mindeststandard. Alle 9 Punkte stehen für Kriterien zur Qualitätsentwicklung und -sicherung von Gesundheitsförderung im kommunalen Raum und berücksichtigen die vier Qualitätsdimensionen. Konzeptionell sind Ansätze partizipatorischer und dialogischer Qualitätsentwicklung enthalten. Die Überprüfung der Einhaltung und Erfüllung erfolgt mittels eines Berichts, der alle vier Jahre vorgestellt werden muss. Das Gesunde-Städte-Netzwerk als gesundheitsorientierte Bürgerbewegung leistet damit einen Versuch, Gesundheitsförderung und Prävention mit entsprechender Unterstützung langfristig in die kommunalpolitischen Prozesse zu implementieren. Trotz Freiwilligkeit ist die Qualitätssicherung für die Gesundheitsförderung, wobei es hier nicht um Kennzahlen oder einen quantifizierbaren Output geht, in dem Konzept fundamental vorgesehen.

1.4.4 Positionspapier/Empfehlung Gesundheit ARL

Aus dem Arbeitskreis Planung für gesundheitsfördernde Stadtregionen der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL) ging ein Positionspapier „Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Programm Soziale Stadt“ hervor, das von einigen Experten als Leitlinie für qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung im kommunalen Raum gesehen wurde. Bezug nehmend auf das Städtebauförderungsprogramm Soziale Stadt werden Thesen und konkrete Handlungsempfehlungen formuliert, die Gesundheitsförderung für Kommunen vorantreiben sollen. Die grundsätzliche (sozial)räumliche Orientierung der ARL ist Hauptargument für die Nennung des Papiers im hiesigen Zusammenhang. Anders als traditionelle Empfehlungen aus dem Gesundheitssektor, die (noch immer) eine starke Subjektorientierung vorweisen, begründet alleine die Fachdisziplin, aus der die Forderungen stammen, den Fokus auf Lebens(um)welten.

Die Empfehlungen, die aus dem Papier hervor gehen, zielen auf **Vernetzung** verschiedener Fachbereiche ab. Die **Ressortübergreifende Kooperation**, vor allem von Umwelt- und Gesundheitsressort, soll gefördert und damit die einzelnen Inhalte gestärkt werden. „*Synergien und Zusammenarbeit sind zu erwarten*“ (ARL: 2014 S.10). Daneben soll das Städtebauförderungsprogramm, das bislang nur „Soziales“ aufgreift, um die Themenfelder Gesundheit und Umwelt ergänzt werden. Hierdurch würden Maßnahmen förderfähig, die im Bereich der Verhältnisprävention anzusiedeln sind (Verkehrsberuhigung, Schaffung von Rad- und Fußwegen, Verweilmöglichkeiten im Freien, etc.). Die Aufnahme gesundheitlicher Aspek-

te in das Programm Soziale Stadt geht einher mit der Aufnahme von Gesundheitsindikatoren in die **kommunale Planung** des Programms (ARL 2014 S.18). Verglichen mit anderen Forderungen bedeutet dies nichts anderes als eine integrierte Gesundheits- und Sozialplanung, wobei darauf zu achten ist, dass Gesundheit nicht „im Sozialen untergeht“, sondern als gleichberechtigtes, aber eigenständiges Fachgebiet mit entsprechenden Experten in den Kommunen seinen Platz erhält. Zusammenarbeit beginnt bereits bei der **Planung**: So spricht die ARL sich für die integrierte städtebauliche Fachplanung aus. Einer bislang fehlenden flächendeckenden kommunalen Gesundheitsfachplanung müsse nicht durch eine weitere sektorale Fachplanung, sondern durch eine **integrierende Planung** begegnet werden (S.19). Die Dimension der Planungsqualität findet sich durchweg in dem Positionspapier. Zusätzlich enthält die Leitlinie weitere Ansätze für eine Qualitätssicherung und -entwicklung: Kleinräumig verfügbare Indikatoren sollen genauso wie auf EU-Vorgabe hin erhobene Daten (z.B. im Umweltbereich) genutzt werden und längerfristige Monitoring-Systeme eingerichtet werden. Damit werden zum einen neue Strukturen geschaffen, gleichzeitig aber auch auf bereits vorhandene zurückgegriffen. Die Nutzung von Daten als Grundlage für gesundheitsrelevante städtische Planungen, die nicht für den Gesundheitsbereich erhoben wurden, beugt Doppel- und Parallelstrukturen vor und lässt sich als Instrument für Qualitätsmessung und -entwicklung zugleich interpretieren. Die ARL greift in dem Positionspapier auch vorhandene „harte Vorgaben“ auf, die aus den Bereichen Lärmschutz/Immissionsschutz/Verbraucherschutz allgemein stammen. Die Nennung dieser Vorgaben, die durch eindeutige Grenzwerte qualitätsgesicherte Präventionsvorgaben darstellen, im Kontext des Positionspapiers macht die Verbindung zwischen den Fachbereichen Städtebau und Gesundheit noch einmal deutlich. Mit dem zugrunde liegenden Auftrag, Wohn- und Lebenswelten zu gestalten, bezieht die Leitlinie zwar gesundheitsförderliche und präventive Aspekte mit ein, enthält aber nur implizit die konzeptionellen Eckpfeiler der Gesundheitsförderung wie Ressourcenstärkung, Gender und Diversity oder Eigenverantwortung.

1.4.5 Kommunalpolitische Leitlinie Gesundheit der Stadt München

Eine kommunale Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategie haben verschiedene Kommunen entwickelt. Als Beispiel für eine konzeptionell erarbeitete integrierte Stadtentwicklungspolitik kann die Leitlinie Gesundheit der Landeshauptstadt München bezeichnet werden.

(http://www.muenchen.de/rathaus/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Gesundheitsfoerderung/Leitlinie_Gesundheit.html). München verpflichtet sich mit der Leitlinie zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung. Das zugrunde gelegte Gesundheitsverständnis ist dem ganzheitlichen der WHO entsprechend. Die Leitlinie ist in Themenfelder eingeteilt, wovon eines Prävention und Gesundheitsförderung ist. Wichtige Inhalte der **kommunalen Strategie** sind dabei das Eingehen auf verschiedene, unterschiedlich benachteiligte Zielgruppen (Kinder und Jugendliche, Alte und Ältere). Für die Gruppen werden

entsprechende Handlungs- und Interaktionsfelder definiert. So sind für Kinder und Jugendliche vor allem die Bereiche Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Sexualität, Gewalt- und Suchtprävention, für ältere Menschen vor allem soziale Teilhabe und nachbarschaftliche Vernetzung zentrale Inhalte der kommunalen Gesundheitsförderungs politik in München (S. 22). Diese „subjektiven Größen“ werden durch Vorschriften zu „objektiven Größen“ wie Luft, Lärm, Grünflächengestaltung ergänzt (S. 23). Durchgängig wird ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen **individueller und kommunaler Verantwortung** berücksichtigt, wobei eine selbst bestimmte und eigenverantwortliche Lebensführung angestrebt werden (S. 11). Der ÖGD übernimmt entsprechend seines gesetzlichen Auftrags die Aufgabe, Maßnahmen und Programme eigenständig anzubieten, wo es sonst keine Angebote gibt (S. 11). Mit der Leitlinie erfüllt die Stadt München eine Forderung an Mitglieder des Gesunde Städte Netzwerkes, indem sie die kommunale Verantwortung für Gesundheit begreift und nicht nur einzelne Maßnahmen und Projekte organisiert und fördert. **Strukturgestaltung**, sowie das Einbringen kommunaler Interessen mit Gesundheitsbezug in Gesetzgebungsverfahren aller Ebenen sind weitere zentrale Verpflichtungen, die München sich selbst durch die Leitlinie gibt. Qualitätssicherung und -entwicklung stehen in der Leitlinie in engem Zusammenhang mit Personal- und Organisationsentwicklung und beziehen sich auf alle Teile der Leitlinie. Hierzu gehören explizit Strategien wie **Gender Mainstreaming** und interkulturelle Orientierung (**Diversity**). Daneben können die **Verzahnung** der Bereiche Bildung, Gesundheit und Soziales, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit, **Gleichstellung und die Bedarfsanalyse** als Qualitätsvorgaben gesehen werden (ebd. S 15). Besonders erwähnenswert in der Leitlinie ist, dass der Kern von Primärprävention aufgegriffen wird, indem Maßnahmen nicht nur bei akutem Interventionsbedarf durchgeführt werden sollen, sondern die *Kumulation von Belastungsfaktoren* ausreichend ist (S. 14). Zudem sollen sämtliche Maßnahmen, die außerhalb der strukturellen Gestaltung stehen, in den **Lebenswelten** ansetzen. Im Sinne gesundheitlicher Chancengleichheit positioniert sich München zu **Zugangsgerechtigkeit zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung** und erwähnt in dem Zusammenhang alle Bewohner der Stadt (S. 11). Im Bereich der Versorgung, aber durchaus in den der Prävention transferfähig (und in Ansätzen auch in der Leitlinie zu finden) werden **Koordination und Vernetzung** als Qualitätsvorgaben genannt. Für Prävention und Gesundheitsförderung erhält der ÖGD eine explizit koordinierende Funktion, die sektorenübergreifende Verzahnung (s.o.) lässt sich der Vernetzung gleichsetzen. Die Leitlinie greift ansatzweise Kriterien guter Praxis (BZgA) auf und enthält zahlreiche Anknüpfungspunkte für gute Gesundheitsförderung und Prävention im kommunalen Raum.²⁴ Die Leitlinie stellt zudem ein spannendes Instrument für Kommunen dar, den gesetzlichen Rahmen –zwischen kommunalen Aufgaben und Selbstverwaltungsrecht – auszuschöpfen und zu nutzen. Der Selbstverpflichtungscharakter bleibt erhalten, so dass es keine Rechtsansprüche für Bewohnerinnen und Bewohner gibt.

24 Nachhaltigkeitsverpflichtung, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren- Einbindung, niedrigschwellige Arbeitsweise, Empowerment.

1.5 Qualitätsentwicklung und -sicherung

1.5.1 Qualitätsbausteine der VHS Gesundheitsbildung

Als zentraler Akteur in der kommunalen Gesundheitsförderung, der explizit den Gesundheitsbegriff der Ottawa-Charta von 1986 (vgl. Arbeitskreis Gesundheit der VHS-Landesverbände) zugrunde legt, sind die Volkshochschulen zu erwähnen. Aus dem Arbeitskreis entstand ein bundesweites **Leitbild** für die Gesundheitsbildung an den VHSen. Die Annahme eines Leitbildes wird i. I. in Zusammenarbeit verschiedener Akteure entwickelt und ist eine eigene Erklärung und prinzipielle Zielvereinbarung. In der Qualitätsdiskussion kann das Leitbild als **Instrument zum Qualitätsmanagement** angesehen werden und sollte spätestens zur Messung von Ergebnissen und deren Bewertung Anwendung finden. Die mit den Auftrag der außerschulischen (Erwachsenen)Bildung erfüllenden Volkshochschulen verknüpfen Gesundheitsförderung mit Erwachsenenbildung. Im Kontext sozialen Lernens werden Alters-, Geschlechts- und Ethnienpezifika (**Gender und Diversity**) berücksichtigt. Das Leitbild enthält zudem die Ziele des **Empowerment**, der **Partizipation** und der **Selbstbestimmung**, die im Konzept der Gesundheitsförderung zentrale Eckpfeiler darstellen. Die Verknüpfung mit den Prinzipien der Erwachsenenbildung wird durch die Forderung deutlich, Gesundheit als lebenslangen Lernprozess zu begreifen und zu realisieren. Die VHSen betonen außerdem die Bedeutung der ökologischen und sozialen Umwelt von Menschen für die Gesundheit und verstehen die **Lebenswelten** der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als Aktionsradius. In einem eigenen „Qualitätsrahmen“ werden verschiedene Qualitätsentwickelnde, sichernde und –messende Elemente, „Bausteine“, für die Gesundheitsbildung genannt und operationalisiert. Sowohl die Qualifizierung der Kursleiter, wie auch die Inhalte von Kursen oder die Evaluation der Kurse durch Befragungen gehören in das *VHS Qualitätsmanagementsystem für Gesundheitsbildung*. Den Qualitätsanforderungen von Bildungseinrichtungen entnommen wird die räumliche Ausstattung vor Ort als zu berücksichtigendes Qualitätsmerkmal angesprochen. Die **Qualitätsbausteine für die Gesundheitsbildung** der VHSen basieren eindeutig auf den Erfahrungen der Qualitätssicherung in der Erwachsenenbildung, zeigen aber deutlich die Anschlussfähigkeit für die Gesundheitsförderung, die auf Kompetenzstärkung abzielt. Durch die Annahme des Leitbildes sind die VHSen (selbst)verpflichtet, ihre Angebote der Gesundheitsbildung hiernach zu richten.

1.5.2 DOSB Qualitätssiegel Sport pro Gesundheit

Der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) ist mit 98 Mitgliedsorganisationen und über 27 Millionen Mitgliedschaften ein wichtiger Anbieter für Freizeit- und Breitensportangebote auf lokaler Ebene (örtliche Vereine). In der *Sportwelt **Sport und Gesundheit*** finden sich in Ansätzen Gesundheitsförderung und Prävention wieder. Prävention und Gesundheitsförderung ist somit eines der Aktions- und The-

menfelder des DOSB, was auf dem Grundsatz der Bewegung(sförderung) basiert und auf eine langfristige individuelle Verhaltensänderung (→ aktive Freizeitgestaltung) abzielt. Zur Gewährleistung der Qualität der Angebote gibt es ein Verbands-eigenes **Zertifikat/Gütesiegel**. Die Zertifizierung an sich setzt das Einhalten bestimmter Qualitätskriterien voraus. Gleichzeitig hat das Siegel den Effekt, dass die Klienten sehen können, worauf sie sich einlassen. Zertifizierungen können für den Vereinssport als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung gesehen werden, die sowohl für die Anbieter (als normative Grundlage) wie auch die Nachfragenden (Transparenz von Leistungen) von hoher Bedeutung sein können. Das Sport pro Gesundheit-Siegel umfasst Ziele und sechs zu erfüllende Kriterien aus den Bereichen **Personalqualifizierung, Zielgruppenorientierung, strukturelle Qualität (Gruppen und Räumlichkeiten), prozessbegleitendes Qualitätsmanagement** und **-entwicklung** und **Kooperation und Vernetzung** mit anderen Akteuren der **Lebenswelt** (vgl. DOSB.de). Die Bereitschaft zur *gesundheitsorientierten Weiterentwicklung* des Vereins erscheint als Inhalt des sechsten Qualitätskriteriums in Hinblick auf Strukturbildung und Verstetigung besonders spannend und setzt sich von den übrigen, eher im Bereich der Prozess- und Assessmentqualität anzusiedelnden Kriterien ab. Durch das Themenfeld Gesundheit und ein dazugehöriges Siegel/Zertifikat bietet der DOSB als Dachverband eine Qualitätsentwicklungsstrategie an. Die Teilnahme der Mitgliedsorganisationen und Vereine ist nicht vorgeschrieben.

1.6 Zusammenfassung

Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Qualitätssicherung und Entwicklung sind in den in Abbildung 9 dargestellten rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen in unterschiedlicher Stärke, Verbindlichkeit und mit differierenden Verständnissen und Konzepten enthalten.

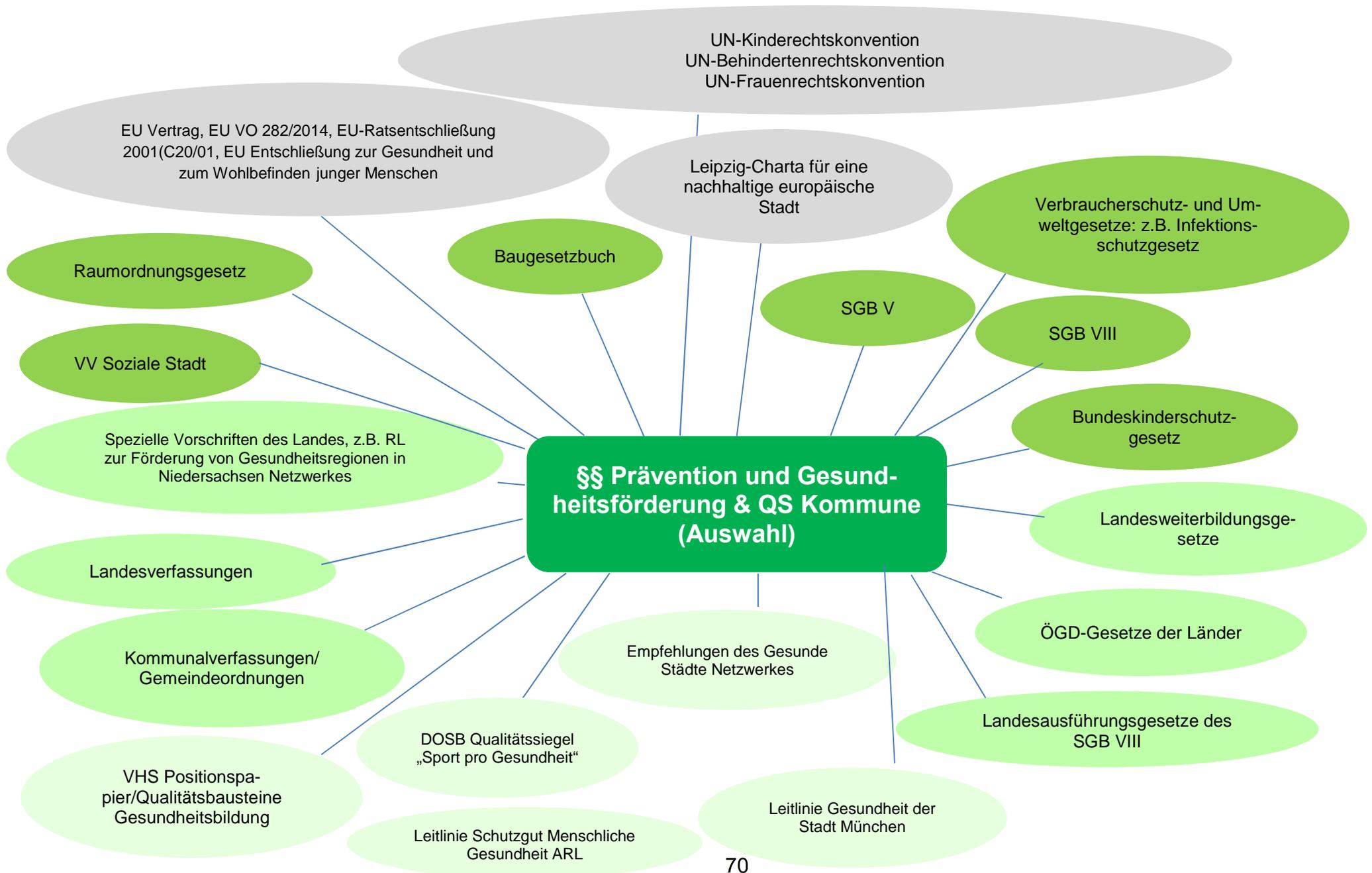


Abbildung 10: Auswahl der Rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

1.7 Ergebnisse der Interviews

Insgesamt wurden 19 Interviews mit Expertinnen und Experten für die Lebenswelt Kommune durchgeführt. Davon waren drei als Vertreter von gemeinnützigen Verbänden tätig. Die überwiegende Mehrheit der Interviewten stammte aus öffentlichen und privaten Institutionen, Verbänden oder Vereinen. Das Interesse und die Bereitschaft zur Interviewteilnahme waren sehr hoch. Lediglich sechs Anfragen wurden abgelehnt. Allerdings hielten fünf der absagenden Personen Kolleginnen oder Kollegen als geeigneter und leiteten die Anfragen weiter. Nur bei einer Anfrage war ein gewisses, wenn auch unausgesprochenes Desinteresse zu erkennen. Das Interesse zeigt sich auch in der durchschnittlichen Interviewdauer von 45 Minuten. Trotz angekündigter 30 Minuten waren viele der Interviewpartnerinnen und -partner bereit und gewillt, mehr Zeit zur Verfügung zu stellen. Je nach theoretischer Vorbeschäftigung oder praktischem Tätigkeitsfeld ergab sich eine Fokussierung während der Interviews auf den jeweiligen Block (QS/Prävention und Gesundheitsförderung/QS in Prävention und Gesundheitsförderung). Für Interviewpartnerinnen und -partner aus dem Gesundheitsbereich war es schwierig, im ersten Block allgemeine Aussagen über Qualitätssicherung/-entwicklung zu treffen. Somit wurde der dritte Block des Öfteren überflüssig, da er bereits zu Beginn beantwortet war. Die Befragten aus den anderen Bereichen hatten keine Schwierigkeiten, dem Leitfaden zu folgen. Die Auswertung der Interviews berücksichtigt folgende Teilaspekte des Leitfadens:

- 1) Die Bedeutung von QS (QE)/Prävention und Gesundheitsförderung
- 2) Vorhandene Vorschriften/Empfehlungen zu QS (QE) und Prävention und Gesundheitsförderung
- 3) Aktuelle (systematische) Umsetzung von QS (QE)/Prävention und Gesundheitsförderung (sofern Daten vorhanden)
- 4) Handlungsbedarf bzgl. rechtlicher Regelungen

1.7.1 Qualitätssicherung und -entwicklung

1.7.1.1 Bedeutung von Qualitätssicherung und -entwicklung

Die Bedeutung von Qualitätsentwicklung und -sicherung, so auch das Verständnis und die Interpretation des Qualitätsbegriffes an sich, sind zwischen den Expertinnen und Experten auf den ersten Blick hin sehr unterschiedlich. Berichterstattung, Evaluation, Planung, Qualitätssicherung, Wirksamkeit wurden in dem Zusammenhang genannt. Vor allem im Bereich informeller Prozesse lassen sich erhebliche Definitionsschwierigkeiten und Verständnisunklarheiten sehen. Zur weiteren Auswertung der Ergebnisse werden daher diese Begriffe allesamt betrachtet.

Weniger Verständnisschwierigkeiten von Qualität und die Wichtigkeit ihrer Entwicklung/Sicherung finden sich bei den Vertreterinnen und Vertretern der Bereiche Städtebau und -planung sowie Bildung und Soziales.

Nur wenige Aussagen bezogen sich direkt auf die Qualitätssicherung/-entwicklung in der Kommune, sondern eben auf die im jeweiligen Handlungsfeld. Expertinnen und Experten aus dem Sektor Gesundheitsförderung/Prävention hingegen, ausgenommen Leistungsträger, schätzten den Stellenwert von Qualitätssicherung und -entwicklung als gering ein und bemängeln dies zum Teil: „[...] *Qualitätsentwicklung eher noch eine geringere Rolle [...]*“ (D04_2), „[...] *Aber [...] Qualitätssicherung [...] ist da glaub ich kein Thema*“ (D12). Die Aussagen fundieren in der Betrachtung der täglichen Praxis. Daneben gibt es Aussagen, die das Streben nach Qualität als originären Anspruch an die eigene Arbeit sehen oder deren Bewusstsein für Qualitätssicherung und -entwicklung auf eine Vorgabe in Form einer finanziellen Förderung von Projekten basiert: „[...] *im Rahmen des Projektes spielt es schon eine Rolle [...] in welcher Form jetzt, das ist unterschiedlich [...]*“ (D02). Die Erbringung von Leistungen und deren Finanzierung ist ebenso eine Basis für die Bedeutung von Qualitätssicherung: „[...] *spielen Qualitätsentwicklungen und Qualitätssicherungen eine extrem große Rolle [...] dass sie für die Leistungen, die sie finanzieren, auf die Qualitätssicherung achten*“ (D10).

Es muss unterschieden werden zwischen der Bedeutung von Qualitätssicherung und -entwicklung, die durch praktisches Anwenden von Instrumenten erkennbar wird und einer eher theoretischen Auseinandersetzung mit der Thematik. So finden sich Ansätze einer Auseinandersetzung auch dort, wo die praktische Umsetzung und Anwendung von Instrumenten aus verschiedensten Gründen noch entweder selbst bemängelt wird oder als ausbaufähig zu deuten ist. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle befragten Schlüsselpersonen – unabhängig von der realen (systematischen) Umsetzung – der Entwicklung und Sicherung von Qualität ein Gewicht zusprechen.

1.7.1.2 Rechtliche Vorgaben zu QS/QE

Als besonders spannend im Hinblick auf einen Handlungsbedarf für rechtliche Vorgaben ist, dass die Befragten ein heterogenes Bild darüber abgeben, inwieweit und wo Qualitätssicherung/-entwicklung aktuell in Gesetzen vorgeschrieben ist. Die Aussagen reichen von „es gibt keine Gesetze“ über „kenne ich nicht/weiß ich nicht“ bis hin zu „da gibt es eine ganze Menge“ und bestärken die zuvor formulierte These des Verständnisproblems. Die Nennung konkreter Vorgaben beschränkt sich auf a) die Nennung bestimmter Verordnungen/Gesetze (Kinderförderungsgesetz, Erwachsenenbildungsgesetz, Trinkwasserverordnung, Infektionsschutzgesetz, Richtlinie zur Luftreinhaltung, BauGB) oder b) die Paragraphen 79a des SGB VIII. Trotz hohem Bekanntheitsgrades und häufiger Nennung des Paragraphen wird sein Inhalt als *sehr unkonkret, Ausnahme* und *gröbste Form einer Vorgabe* bewertet (D03, D04, D05). Dies fasste ein Interviewpartner treffend wie folgt zusammen:

„Es gibt halt unterschiedliche Qualitätsvorgaben von unterschiedlichen Ebenen. Mal von Gesundheitsbehörden, mal von Fachvereinigungen, ganz unterschiedlich [...]“ (D10).

Eine durch das Gesetz verpflichtende Beteiligung anderer Sektoren wurde von einem Interviewpartner explizit als Qualitätsvorgabe interpretiert (D08), die Qualifizierungsvorgaben und Richtlinien für Mitarbeiter wurden in einem Interview diesbezüglich erwähnt. Die dreimalige Nennung deutet auf eine hohe subjektiv eingeschätzte Bedeutung von Qualifizierungen hin.

1.7.1.3 Systematische Umsetzung von QS/QE in Kommunen

Von einer systematischen und fächerübergreifenden Anwendung eines Qualitätsmanagementsystems kann anhand der Interviews nicht ausgegangen werden. Zum Einsatz kommen „eine Fülle von Dingen“ (D01_9) in den Kommunen. Dazu gehören Qualitätsrahmen wie CAF, Dokumentationen, Instrumente der Vollzugskontrolle, Zertifizierungen, Projektdatenbanken oder Qualitätsentwicklungsverfahren wie die dialogische Qualitätsentwicklung. Fach- und Dachverbände verfügen über eigene organisationsspezifische Qualitätsrahmen oder -bausteine, die auch bekannt sind und dementsprechend Anwendung finden. Die Umsetzung der Vorgaben wird ebenfalls unterschiedlich bewertet. Dort, wo quantifizierte Qualitätsziele per Gesetz vorgegeben sind, werden sie umgesetzt (Bsp. Bundesimmisionsschutzgesetz, Trinkwasserverordnung). Es zeichnet sich ab, dass „die Bedingungen vor Ort“ und die „Themenbereiche“ eine wichtige Rolle in a) der Beschreibung des Qualitätsbegriffs, b) der Wahrnehmung von Vorgaben als Qualitätssicherungsvorgaben und letztendlich c) der Umsetzung spielen.

1.7.1.4 Bewertung der Vorgaben und Handlungsbedarf

Die Ursache für die fehlende Systematik in der Anwendung/flächendeckenden Umsetzung von Qualitätssicherungsverfahren ist nach Meinung der Befragten nicht ein Mangel an Vorschriften. Neben fehlenden Ressourcen (finanzieller und personeller Art) werden mangelnde Kenntnis der Vorgaben sowie die zum Teil zu unkonkrete Formulierung der Vorgaben genannt. Zwar wird nahezu von allen Befragten ein Handlungsbedarf angemerkt, doch wird ausdrücklich von weiteren Gesetzen, mit Ausnahme einer verbindlichen Vernetzung und Verknüpfung der verschiedenen Sozialgesetzbücher (D05) Abstand genommen. „[ein Gesetz, KV] ist eigentlich nicht der Ort, wo solche Qualitätsstandards oder Verfahren beschrieben werden sollten [...]“ (D05_8). Im weiteren Verlauf des Interviews macht dieselbe Person deutlich, dass die Vereinbarungen, die getroffen werden, oft der Praxis nicht bekannt sind und die Umsetzung daran scheitert (ebd. 39). Bzgl. der Konkretisierung/Ausformulierung der derzeitigen Vorgaben zeichnet sich die Tendenz ab, dass die bestehende Dynamik sich in Vorgaben (u.a. Empfehlungen/Leitlinien) sich widerspiegeln sollte. Der Gesetzgeber muss dazu den Rahmen bieten und ihn ggf. von Zeit zu Zeit modernisieren.

1.7.2 Prävention und Gesundheitsförderung

1.7.2.1 Bedeutung Prävention und Gesundheitsförderung

In den Interviews wurde deutlich, dass den Fachdisziplinen der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung verschiedene Verständnisse zugrunde liegen. Die Sozialraum- und Wohnumweltorientierung ist im Städtebau und der Raumplanung deutlich erkennbar. Verbände (Sport, Weiterbildung, Krankenkassen) richten hingegen ihren Blick stärker auf Individuen als Mitglieder bestimmter Gruppen. Aus den Aussagen der Bereiche Kinder- und Jugendhilfe und Kinderschutz lässt sich mitunter eine Einzelfallorientierung erkennen. Eng hiermit verbunden sind die oft als „entweder/oder“-Entscheidung diskutierten Ansätze von Verhalten- und Verhältnisprävention. Dies erforderte, diese grundsätzlichen Unterschiede zu beachten, ohne zu werten. Vorgaben, aus denen einzelne Personen Leistungen i. w. S. erhalten, wurden genauso wie Rahmenbedingungen für Verwaltungen oder Pflichten für Institutionen analysiert. Die systematische Umsetzung von Vorgaben war ebenfalls unter diesen Aspekten zu analysieren.

Grundsätzlich werden Prävention und Gesundheitsförderung, so wie durch die Interviewpartner bestätigt, in allen Fachgebieten der Kommunen diskutiert. *„Prävention und Gesundheitsförderung haben wir teilweise mit anderem Namen seit Jahrzehnten auf der Agenda“* (F02). Diese *anderen Namen* und dass die befragten Personen unterschiedliche Arbeitsschwerpunkte und Funktionen haben, spiegeln sich in den übrigen Aussagen wieder und zeugen von einer uneinheitlichen Gewichtung der Thematik. Gewichtung und Verständnis variieren nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Fachbereiche. So sehen Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich Kinder- und Jugendhilfe Prävention und Gesundheitsförderung als etwas, das sich *„am Anfang einer Diskussion“* befindet und *„quasi implizit“* inbegriffen ist (D05). Daneben steht die Aussage, dass Prävention und Gesundheitsförderung *„ein Leitziel der Kinder – und Jugendhilfe in der Kommune“* ist (D06) aus dem selben Fachgebiet. Ein einheitlicheres Bild gaben die Befragten aus der Stadt- und Raumplanung ab. Einstimmig beurteilten sie die originäre Zielsetzung ihrer Arbeit (ob Wissenschaft oder kommunale Behörde) in der Schaffung gesunder Wohnumwelten (D11). Die eigentliche

„Zielsetzung [ist, VKJ] Prävention und Vorsorge zu betreiben; mit Planung auch mit Blick auf die Beeinflussung negativer bestehender gesundheitsgefährdender Situationen oder entwicklungsbeeinträchtigender Situationen [...]“ (D15).

Der gemeinhin als Hauptakteur in Prävention und Gesundheitsförderung gesehene Öffentliche Gesundheitsdienst begreift dies durchaus als seine Aufgabe, verweist aber mitunter kritisch darauf, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht die oberste Priorität in seinem Aufgabenportfolio habe (D01). Trotz der verbalen Nennung der Kommune in den Fragen wurde überwiegend in einem abgegrenzten Raum der eigenen Beschäftigung geantwortet. Umso bedeutender erscheint daher die Aussage aus einem Interview, die explizit die zentrale Rolle der Kommune hervorhob. Durch die ihr zugestandenen Kompetenzen habe die Kom-

mune für die Gesundheitsförderung und Prävention eine Steuerungsfunktion/ einen -Auftrag (D13). Das bedeutet, dass Kommunen koordinierend sowohl in Hinblick auf die Wohnumwelt (Gestaltung von Quartieren) wie auch auf kommunale Einrichtungen fungieren. Die unterschiedliche Relevanz in den Kommunen wird damit begründet, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht wörtlich zu den kommunalen Pflichtaufgaben zählen (D08, D01) und somit in den Bereich der Selbstverwaltung fallen. Damit wird die Umsetzung stark abhängig von Kapazitäten und Prioritäten jeder einzelnen Kommune, so dass das

„aber zum Beispiel von Kommune zu Kommune auch noch anders sein [kann, VK]“ (D02). Man „kann also relativ eindeutig sagen, [das ist] also extrem unterschiedlich. Das hängt sehr stark von verschiedenen Aspekten ab, [...] der finanziellen Ausstattung durch die Kommune, [...] inwieweit können die dann sagen, „ich mach koordiniert Gesundheitsförderung und Prävention [...]. Oftmals hängt es auch an einzelnen Personen, inwieweit ein Thema sehr stark vorangebracht wird oder nicht, [vom, VK] Selbstverständnis und [es ist, VK] eben auch die Frage der Zusammenarbeit vor Ort“ (D09_38).

Aus den Interviews zeichnet sich folglich ab, dass Prävention und Gesundheitsförderung aufgrund eines **impliziten Auftrags nicht Schwerpunktthema** für die Kommunen und die dortigen Akteure ist, **aber** durchaus **präsent**. Kommunen haben zum einen eine **Steuerungsmöglichkeit/-pflicht**, gleichzeitig sind sie auch „Ort des Geschehens“. Für die weitere Analyse ist zu beachten, dass nicht nur die Nennung der Fachtermini, sondern auch die konzeptuellen Inhalte beachtet werden müssen.

1.7.2.2 Rechtliche Regelungen, Empfehlungen und Verwaltungsvorschriften zu Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune

Die im ersten Abschnitt genannten Vorschriften für Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune, bzw. jene Vorgaben, aus denen sich ein kommunaler Auftrag ableiten lässt, wurden in den Interviews größtenteils wiederholt. Es sei jedoch schwierig, konkret Vorgaben für Prävention und Gesundheitsförderung herauszufiltern, merkten die Befragten (D02) an. Des Öfteren wurde sinngemäß darauf verwiesen, dass *„die Landschaft [...] davon geprägt [ist VK], dass es eine verbindliche Vorgabe nicht gibt“* (F02). So sei Prävention und Gesundheitsförderung in vielen Ländergesetzen enthalten (F01), sei Teilaufgabe der allgemeinen Daseinsvorsorge (ebd.), ohne dass es einen direkten kommunalen Auftrag gebe bzw. die Begriffe explizit in den Gesetzen verwendet würden (D2, D5). Dieser kommunalen Freiwilligkeit stehe die Gesundheitsförderungsverpflichtung der Länder entgegen. Hervorzuheben ist die Nennung eines Behördenmitarbeiters aus dem Bereich Bildung und Soziales (Kinder- und Jugendhilfe), der seine Verpflichtung aus dem SGB VIII ableitet. Er zitierte hierzu die §§ 1,11,16 und verwies auf die Formulierungen wie „Förderung und Unterstützung von Kindern, Eltern und Jugendlichen“, „Schutz des Wohls“ und den „Beitrag zur Schaffung positiver Lebensbedin-

gungen“ (D06_82ff). in der nachfolgenden Liste finden sich die Regelwerke und Empfehlungen, die in den Interviews als Grundlagen, aus denen sich kommunale Prävention und Gesundheitsförderung ableiten lässt, genannt:

Tabelle 12: Genannte Normen in den Interviews

<p>Global:</p> <p>Gesundheitsförderungsziele der WHO, Leipzig Charta zur nachhaltigen europäischen Stadt</p> <p>National:</p> <p>Grundgesetz/Daseinsvorsorge¹⁾, Nationale Gesundheitsziele, SGB V¹⁾, SGB VIII¹⁾ (und dazugehörige Kommentierungen) Raumordnungsgesetz¹⁾, Baugesetzbuch¹⁾, Umweltverträglichkeitsprüfung¹⁾, Bundesimmissionsschutzgesetz¹⁾, Trinkwasserverordnung¹⁾, Umweltgesetze¹⁾</p> <p>Landesgesetze:</p> <p>ÖGD Gesetze¹⁾, Vorgaben zur Impfung von Kindern^{1),4)}</p> <p>Institutionsspezifische/organisationsspezifische Vorgaben/Empfehlungen</p> <p>VV Städtebauförderung³⁾, Familienzentren³⁾, Zukunftsorientiertes Landeskonzept Gesundheit (Nds.)²⁾, Leitlinie Gesundheit der Stadt München⁴⁾, DIN-Normen, Goldener Plan⁴⁾, Leitlinie Schutzgut Menschliche Gesundheit (UVP-Gesellschaft)⁴⁾, LZG Fachplan Gesundheit (NRW), Förderrichtlinie Gesundheitsregionen (div. Länder)³⁾ Leitfaden Prävention (GKV Spitzenverband)³⁾, Leitlinien des Gesunde Städte Netzwerkes²⁾, Partnerprozess der BZgA⁴⁾, Gesundheitsziele²⁾</p> <p><small>¹⁾ Verbindlich, ²⁾ selbstverpflichtend, ³⁾ Zuwendungsgrundlage ⁴⁾ Empfehlung</small></p>
--

Die befragten Vertreterinnen und Vertreter von Verbänden erwähnten neben den „allgemeinen Vorgaben“ noch ihre verbandsinternen oder institutionsspezifischen Satzungen, nach denen sie sich zu Prävention und Gesundheitsförderung (selbst)verpflichtet haben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch wenn zunächst „von **keinen verbindlichen** Vorgaben“ gesprochen wird, **eine ganze Menge** genannt wurde, wo Auswirkungen auf Prävention und Gesundheitsförderung zu vermuten sind.

„Das fängt auf Landesebene an und geht runter zum Teil bis in die Kommunalverfassungen, also [...] wenn neue Wohngebiete ausgewiesen werden [...] das hat durchaus etwas zu tun mit Prävention und Gesundheitsförderung im Stadtteil oder im Quartier“ (D10).

Dieses Ergebnis deckt sich mit dem Begriff der impliziten Präventionsvorgaben. Vielerorts stehe Prävention und Gesundheitsförderung als Kann-Vorschrift und sei Teil der allgemeinen Daseinsvorsorge von Kommunen (F01, vgl. auch D01, D02, D05, D06). Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass Vorgaben, die sich z.B. in Fördervoraussetzungen finden, von Kommune zu Kommune variieren (D02). Es lässt sich erkennen, dass das Selbstverwaltungsrecht und der eigene Wirkungs-

kreis von Kommunen - in ihrer Wirkung, wenn auch nicht wörtlich genannt - bekannt sind.

Betrachtet man die kommunale Präventionspraxis, die mitunter nach diesen Vorgaben funktioniert, erscheint es hierbei wichtig, dass Schlüsselpersonen diese impliziten Vorgaben als solche erkennen und ihr Potential nicht unterschätzen. Eine weitere Herausforderung stellt dabei neben dem Erkennen als implizite Vorgaben die Beachtung verschiedener Gesetzesebenen dar.

1.7.2.3 Systematische Umsetzung Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen

Die Frage nach einer systematischen Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen wurde unterschiedlich beantwortet. Eine eindeutige Bejahung in Bezug auf die Umsetzung fand sich lediglich bei zwei Interviewpartnern. Beide stammten aus dem Bereich Träger/Verbände und hatten Gesundheitsförderung/Prävention als Arbeitsschwerpunkt. Eine „Systematik“ im Sinne der Wichtigkeit des Themas betonte ein weiterer Interviewpartner (D08). Die Interviewpartner/innen aus dem Bereich Bildung und Soziales waren sich deutlich uneiniger. Spannend war hier, dass die eingesetzten Kinderkrankenschwestern in belasteten Familien weniger der Gesundheitsförderung, sondern vielmehr dem Kinderschutz zugeordnet wurden (D05). Der Schutzbegriff, der letzten Endes präventive Bedeutung hat und ein „mehr an Gesundheit [herstellt, KV]“ (ebd.) tue dies nebenbei, aber nicht als primäres Ziel. Ähnlich hierzu äußerte sich eine Interviewpartnerin, die argumentierte, dass zwar nicht in der klassischen Familienhilfe oder Jugendarbeit, wohl aber auf der Fallebene, Gesundheitsförderung ein Thema sei. Konkrete Umsetzung finde hier z. B. in der Besprechung von Ernährungsplänen statt, aber „[...] wie gesagt, nicht unter dem Begriff Gesundheitsförderung“ oder als „Nebenziel der Akteure“ (D05/2, vgl. auch D13). Gesundheit als Ziel jeglicher Planungsprozesse sieht eine Befragte aus dem Bereich Stadtplanung/entwicklung. Hier sei „Gesundheit immer mit drin“, auch wenn es gilt, verschiedene Querschnittsthemen untereinander auszugleichen und dies eine große Herausforderung darstelle (D11). Durch die des Öfteren gestellte Gegenfrage, was systematisch bedeute, sind Antworten wie „das ist immer systematisch“ im selben Abschnitt eher mit Vorsicht zu genießen (D04). Vermehrt werden bestimmte Handlungsfelder (Zahngesundheit, Schulernährung) genannt, in denen eine systematische Umsetzung stattfindet. Bezogen auf die konzeptionellen Eckpfeiler der Gesundheitsförderung, wie eingehend erwähnt, erscheint die Aussage, dass Kommunen Gesundheitsprävention ja nicht dadurch machen, dass sie die einzelnen Personen untersuchen, sondern durch die Schaffung von niedrigschwelligen Bildungsangeboten (Strukturen) den Menschen die Möglichkeit zur eigenen Gesundheitsförderung bieten. Die Eigenverantwortung, das notwendige Empowerment und die Strukturbildung, wie sie hier angesprochen wurden, wurden so deutlich nur an einer Stelle getroffen (vgl. D13). Die Niedrigschwelligkeit in Form eines of-

fenen und für alle zugänglichen Kursangebotes wurde hingegen noch ein weiteres Mal von Verbandsseite angesprochen (D14). Zusammenfassend lässt sich kein einheitliches Bild darüber geben, inwieweit Gesundheitsförderung und Prävention in den Kommunen systematisch umgesetzt wird. Wie von einem Interviewpartner betont, ist davon auszugehen, dass Kommunen „[...] so eine Grundverantwortung für den Bereich [...] automatisch kommunal schon [haben, KV], aber die Intensität, mit der das Thema speziell bearbeitet wird, ist halt in den Kommunen unterschiedlich“ (F02) und „[...] dass keine Stadt sagen würde: wir machen überhaupt keine Gesundheitsförderung“ (D01).

1.7.2.4 Bewertung der Vorgaben und Handlungsbedarf

Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune basiert, wie bereits erörtert, auf Vorschriften unterschiedlicher Ebenen und unterschiedlichen Verbindlichkeitsgrades. Die derzeitigen Regelungen werden, überwiegend und unabhängig von dem Aufgabenschwerpunkt als „dem aktuellen Umsetzungsgrad genügend und entsprechend“ bewertet (z. B. F01, D04, D06, D08). Es muss darauf hingewiesen werden, dass der Kenntnisstand und das Verständnis stark variierten, was zum Teil zu unterschiedlichen Bewertungen führte. Zwei Interviewpartner, die der Gesetzeslage sehr kundig schienen, betonten zudem, dass die derzeit vorhandenen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien und „deutlich weniger passiert als man es nach der Rechtsgrundlage wünschen würde“ (D04, vgl. auch F02). Die aktuelle Praxis ließe sich mit dem Vorhandenen durchführen, allerdings hänge sie letzten Endes am persönlichen und örtlichen Engagement (vgl. F01, D06). Die Mehrzahl der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen nahmen eine allgemeine Bewertung vor, so dass gerade die konkrete Aussage, dass die Verpflichtungen für den ÖGD zu schwach seien, hervorzuheben sind (vgl. D04). Die Bewertung eines Behördenmitarbeiters für Kinder- und Jugendhilfe ging ausdrücklich auf definitorischen Schwierigkeiten des Gesundheitsbegriffs bei seiner Bewertung ein. Den Begriff des „Wohls“ einbeziehend und somit implizite Vorgaben beachtend, bezeichnet er auch diese Vorgaben als ausreichend:

„Also im Kern sind die Dinge ja abgebildet. Man könnte jetzt sagen, okay, wir verifizieren das und schreiben das irgendwo nochmal rein, aber in den Ausführungsbestimmungen, in den Kommentaren steht das mit Sicherheit drin. [...] Da steht ja, das Wohl des Kindes oder die Eltern unterstützen [...] und das würde ich jetzt erstmal für ausreichend halten“ (D06).

Trotz der Bewertung aktueller Regelungen als angemessen und entsprechend, lassen sich drei grobe Richtungen für Veränderungen mit dem Ziel der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen aus den Interviewstimmen herausfiltern:

- 1) Rahmensetzende Gesetzgebung
- 2) Strukturelle Veränderungen
- 3) Budgetierung und Bereitstellung von finanziellen Ressourcen/Töpfen

Für einen besseren **Gesetzesrahmen** sprachen sich explizit drei Interviewpartner aus (F02, D02, D08). Zu den **strukturellen Veränderungen** äußerten sich Vertreter/innen aus den Fachgebieten Stadtplanung, Bildung/ Soziales und Gesundheit, unabhängig von ihrer Ebene (Ministerium/Behörde, Wissenschaft, Träger/Verbände). Konkret vorgeschlagen wurden ein verstärkter interdisziplinärer Austausch (Vernetzung und Kooperation), eine Einbeziehung weiterer Berufsgruppen z.B. in die individuelle Präventionsberatung und die klar zugewiesene Koordinierungs- und Steuerungsfunktion des ÖGD in der Settingarbeit. Inwieweit dies gesetzlich geregelt/vorgeschrieben werden soll oder Vereinbarungen und Selbstverpflichtungen erstrebenswert sind, darüber gibt es unter den Interviewten Zweifel:

„[...] strukturelle Änderungen [sind, KV] sinnvoll, aber ob das gesetzlich sein muss, nicht unbedingt [...]“ (D05).

Zudem würde durch eine zu (starre) Regulierung häufig die Vielfalt als mitentscheidendes Moment der Praxis gehemmt:

„[...] also in ganz vielen Bereichen lebt die Praxis vor Ort von der Vielfalt in den Kommunen. Und wenn das alles ganz genau mit Vorgaben so ganz gezielt vorgegeben wäre, dann hätten wir da irgendwo dann nachher so einen Einheitsbrei, der vielleicht auch nicht erfreulich ist“ (D01).

Aus dem Bereich der Verbände wurde in dem Zusammenhang die Wirksamkeit eines Gesamtkonzeptes (in direktem Kontrast zu gesetzlichen Regeln) genannt. Ausdrücklich sprach sich der Verbandsvertreter (Kommune und Gesundheit) gegen weitere Regelungen aus, die „alle Aufgaben auf die Kommune übertragen [...]“ (F01). Sofern Prävention und Gesundheitsförderung durch eine Vorschrift für Kommunen zur Pflichtaufgabe werden sollte, müssten entsprechende **Ressourcen und finanzielle Mittel** bereitgestellt werden, um eine weitere Belastung der Kommunen zu vermeiden. Betont wurde in dem Zusammenhang, dass die Leistungen nicht aus bestehenden z.B. sozialen Töpfen gespeist werden können, sondern dass zusätzliche Mittel oder eindeutig für Prävention und Gesundheitsförderung zusammengeführte Ressourcen notwendig sind (vgl. auch D10):

„Jetzt müssen Präventionstöpfe [her KV], auch Ressourcen zusammengeführt werden, aus denen man bestimmte Programme und Vorgaben speisen kann. Das kann halt nicht nur in einem Bereich hängen bleiben, die Präventionsarbeit“ (D06).

Der in der aktuellen Praxis häufig kritisierten „Projektitis“ würde hierdurch entgegengewirkt, die Planungssicherung und Nachhaltigkeit deutlich gestärkt. Mögliche Rechtsnormen, die in den Interviews genannt wurden, sind Durchführungsverordnungen, wie sie einst in NRW existierten (D12). Unabhängig von Form, Ebene und Inhalt müssen die Vorgaben der Lebenswelt und der Zeit angemessen sein. Sie seien an Bedürfnisse und Erwartungen (D07) anzupassen und somit in den Kontext der jeweiligen gesellschaftlichen Entwicklung passen. Zusammenfassend ergibt sich das Bild, dass der Umsetzungsgrad rahmengebender Vorgaben von

persönlichem Engagement abhängt. Für eine fehlende systematische Umsetzung spielen folglich, so die Interviewten, weniger die direkten Verpflichtungen, als vielmehr der Auslegungsgrad, die Selbstverpflichtung und das Engagement der entscheidenden Akteure eine Rolle. Diese Rahmenbedingungen gilt es stets zu aktualisieren, Strukturen zu schaffen und Ressourcen dahingehend bereitzustellen, dass Prävention und Gesundheitsförderung in und von Kommunen ge- und verstärkt werden kann. Konkrete Maßnahmen, die nicht zwangsläufig über verbindliche – weil dann mitunter zu starr – Vorgaben wünschenswert sind, sind die Vernetzung, die Kooperation und die stärkere koordinierende und strategische Rolle des ÖGD.

1.7.3 Qualitätssicherung und -entwicklung in kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung

1.7.3.1 Bedeutung und Verständnis QS/QE in Prävention und Gesundheitsförderung

Entsprechend dem Leitfaden wurden die befragten Personen auch zur Qualitätssicherung und -entwicklung kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung befragt. Das Antwortverhalten spiegelt eine Kontroverse der Thematik wieder, die bereits in der definitorischen Greifbarkeit beginnt. Das heißt, dass die Befragten nahezu alle, unabhängig von beruflichem Themenschwerpunkt oder Ebene, zunächst ihr eigenes Verständnis vermittelten, bevor sie die gestellten Fragen beantworteten. So wurde die Unterbreitung von Qualifizierungsangeboten (D06), die Vergabe von Qualitätssiegeln (D07), regelmäßige Treffen in Arbeitskreisen und Gremien (D07, D08), das Planen und Arbeiten entlang von Leitlinien (D08) ebenso wie das Messen von Outcome Parametern (D09), feste Strukturen, Evaluationen und die simple Kommunikation untereinander (D09) in dem Bereich angesiedelt. Weitaus weniger als die genannten Instrumente und Routinen wurden Qualitätsmanagementsysteme genannt. Für die Interviewpartner und -partnerinnen hat die Qualitätssicherung und -entwicklung für Prävention und Gesundheitsförderung die langfristige Wirkung eines effektiven und effizienten Mitteleinsatzes. Es lässt sich aus dem Kontext der Aussagen festhalten, dass das Qualitätsverständnis keiner bestimmten Dimension, sondern Qualität bzw. *qualitative Maßnahmen* die Gesamtgüte der Leistungen beschreibt. Die Konsequenz hieraus sei, dass „jeder, der in dem Bereich unterwegs [ist, KV] und etwas erreichen will, von sich aus an Qualität [...] interessiert [ist, KV]“ (F02). Das *eigene Interesse an guter Arbeit* wird auch von anderen Interviewpartnern/-partnerinnen bestätigt (vgl. D08).

1.7.3.2 Rechtliche Regelungen, Empfehlungen und Verwaltungsvorschriften zu QS/QE und ihre Wahrnehmung

Die Interviewpartner/-innen betonten, dass „die reine Zahl nicht das Maß ist“ (D09). Hieraus resultiert, dass auch nichtquantifizierte Qualitätsziele wie Verfahren, Routinen oder Strukturen, mitunter als Vorgaben für QS/QE kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung genannt wurden, was im Verlauf des selben Interviews wie folgt noch einmal konkret zusammenfasst wurde:

„Wir haben da [...] auch über Qualität, Erfolgskontrolle uns so weiter gesprochen und haben da auch festgestellt, wie schwierig das ist. Wahrscheinlich braucht man da unterschiedliche Ebenen. Bei der Gesundheitsförderung sehe ich das immer so, wie gesagt, je nachdem, mit wem Sie dann sprechen – auch mit der Kommune- und was jemand erwartet. Sie sind schnell dabei, dass jemand sich [...] an schlichten Outcome-Parametern aufhält und sagt: „Das muss doch dann irgendwie messbar rauskommen.“ Aber wie gesagt, da muss man dann sich schon sehr klar darüber verständigen, ob man nicht vielleicht auch „nur“ meint eben, bleiben wir mal beim Thema Kapazitätsentwicklung, Strukturen zu schaffen. Also Möglichkeiten der Teilhabe beispielsweise oder Netzwerkstrukturen, Austausch, frühzeitige Einbindung und solche Dinge“ (D09).

Daneben wurden Regelungen aus **Verbraucher- und Umweltschutz** (Infektionsschutzgesetz, Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz, Medizinprodukteverordnung,...) und Förderrichtlinien für Zuwendungen (Gesundheitsregionen, VV Soziale Stadt) als klare Qualitätsvorgaben für in Kommunen wirkende oder von Kommunen organisierte Gesundheitsförderung/Prävention genannt. Beachtet man dies, so lässt sich nicht leugnen, dass es eine Vielzahl von „[...] Flaschen [gibt, KV], auf denen nicht Qualität steht, aber wenn da Verbraucherschutz drauf steht, ist es Qualität“ (D09). Aus den Landesgesundheitsdienstgesetzen stammen z.T. Vorgaben, die im Bereich der Strukturqualität anzusiedeln sind (Runde Tische, Gesundheitskonferenzen) oder Qualitätsroutinen (kommunale Gesundheits- und Sozialberichterstattung).

Mehr als konkrete gesetzliche Vorgaben (z.B. Verbraucherschutzgesetze) wurden **Institutions- und Bereichsspezifische Richtlinien und Empfehlungen** für die Qualitätssicherung und -entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung genannt. Dazu zählen die Leitlinien von Inform, Qualitätssiegel (z.B. Sport pro Gesundheit mit entsprechenden Qualitätskriterien), der Leitfaden des GKV Spitzenverbandes, kommunale Gesundheitsleitlinien (Bsp. München), die Good practice Kriterien der BZgA, der Public-Health-Action Cycle oder Veröffentlichungen der Bertelsmann-Stiftung (o. w. A.), das 9-Punkte Programm des Gesunde Städte Netzwerkes. Die systematische Anwendung von speziellen Qualitätsmanagementsystemen für Prävention und Gesundheitsförderung wurde weder von einem Interviewpartner bestätigt noch ausgeschlossen, da „wir das ja jetzt auch nicht aus jeder einzelnen Stadt wissen, ob da nicht gute Ideen aus dem Bereich dann auch überschwappen in andere Verwaltungsvorgänge“ (F02). Die Anbieter von Maßnahmen und Programmen erwähnten zudem, dass es, vor allem wenn es um die

Bezuschussung geht, eindeutige Richtlinien gibt, wie den GKV-Leitfaden Prävention. Dieser zielt jedoch auf individualpräventive Maßnahmen ab und legt das Konzept der Verhaltensprävention zugrunde (D07)²⁵. Für die Kommunen gäbe es eine Regiefunktion, die aus den ÖGD-Gesetzen resultiere und bei angemessener Wahrnehmung und Umsetzung einen großen Beitrag zur Qualitätssicherung leiste. (vgl. D07).

1.7.3.3 Bewertung der Vorgaben und Handlungsbedarf

Der in den Interviews verkündete Handlungsbedarf lässt sich drei Grundforderungen zuordnen, wobei in unterschiedlichem Maße die vier Qualitätsdimensionen zu erkennen sind:

- 1) Sensibilisierung und Transparenz
- 2) Steigerung der Umsetzung, mehr Verbindlichkeit
- 3) Vernetzung, Entsülung und Kooperation

Sowohl auf politischer/ministerieller, auf wissenschaftlicher wie auch auf Trägerebene wurde betont, dass Qualitätssicherung als Thema **„zunächst in die Denke der Protagonisten“** kommen müsse und der Blick zu weiten sei, um erkennen zu können, wo bereits jetzt Möglichkeiten, Routinen und Verfahren zur Qualitätsentwicklung und -sicherung vorhanden seien. Notwendig sei zusätzlich eine Einigung auf Begrifflichkeiten und langfristig der Transfer in vorhandene Verfahren (vgl. z.B. D04, D09, D10, D15). Wichtig schien dabei, auf Vorhandenes zurückzugreifen und die Umsetzung voranzutreiben.

„Wir haben sehr viel theoretisches Material, was auch gut und sinnvoll ist, aber was noch nicht in der Umsetzung ist“ (D09).

Eine Wissenschaftlerin aus dem Bereich der Frühen Hilfen betonte ebenfalls die Notwendigkeit von **Qualifizierungsmodulen** und Kompetenzprofilen, an deren Erarbeitung man gerade als notwendige Schritte für eine Verstetigung von Qualitätssicherung in der täglichen Praxis sei (D05, vgl. auch D03 *„wie vernetze ich mich, wie tausche ich mich aus? Wie tausche ich Daten aus?“*).

„Ich glaube, dass für Qualitätssicherung das gilt, was allgemein für die Gesundheitsförderung eben gilt [...] die Einbindung der verschiedenen Fachbereiche und dieses Fachbereich übergreifende Zusammenarbeiten“ (D09).

Die Bereitstellung von Qualifizierungsangeboten an sich sei bereits Qualitätssicherung (D06). Unabhängig des thematischen Arbeitsschwerpunktes wurden Qualifizierungen von Fachkräften als Handlungsbedarf genannt. Erstrebenswert seien neben fachlichen Kompetenzen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (*„[...] dass die Personen, die das durchführen auch wissen, was sie tun.“ (D02).*

25 Zur Zeit des Interviews war den Interviewten die alte Version des Leitfadens zugänglich. Die stärkere Betonung des Settings Kommune, wie sie in der Fassung vom Dezember 2014 zu finden ist, war zu diesem Zeitpunkt noch nicht veröffentlicht und bietet die Basis für die Aussage des hiesigen Verbandsvertreters.

auch methodische Kompetenzen (Projektmanagement, Kommunikation und Dokumentation). Vor allem die Kostenträger scheinen ein Interesse hieran zu haben, was in folgender Aussage deutlich wird:

„Also so ganz banale Dinge, wie wenn ich ein Projekt in der Kommune mache, mache ich das nicht alleine [...] aber da braucht es [...] Fortbildung, Austausch, das muss immer wieder thematisiert werden“ (D10).

Ähnlich wie bei dem Handlungsbedarf rechtlicher Regelungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wurde in den Interviews des Öfters die **Finanzierung** neuer Verpflichtungen angesprochen. Aufgrund der Länderzuständigkeiten für z.B. den Öffentlichen Gesundheitsdienst sei es wünschenswert, Mittel aus Landestöpfen bereitzustellen, die gleichzeitig aber auch mit einer größeren kommunalen Verpflichtung einhergingen, merkt ein Experte, der im ÖGD für den FB Prävention beschäftigt ist, an (vgl. D08). Fehlende Mittel wurden als hemmende Faktoren für eine dauerhafte Qualitätssicherung genannt (vgl. D14), so dass bereits eingeführte Verfahren eingestellt werden mussten. Trotz dem ausdrücklichen Wunsch nach mehr Verbindlichkeit von Leitlinien wäre dies ein Widerspruch, so kommentierte ein Interviewpartner die Notwendigkeit verbindlicher Vorgaben. Auf der Stufe von Gesetzen gab es ähnlich kritische Stimmen. So merkt ein Verbandsreferent an, dass

„dem Ganzen droht [...] wenn man jetzt zu viel an limitierenden Ausführungsbestimmungen zur Qualität macht, kann das auch einen Effekt haben auf die Motivation sich zu engagieren“ (F01).

Gestärkt wird diese Aussage aus Ministeriumssicht: *„[...] da würde es jetzt nicht helfen, wenn irgendein Qualitätsgesetz käme“ (D09)*. Vorgaben könne man, so ein Vertreter der Kostenträger, vor allem jenen machen, die dies gewohnt seien (z.B. Krankenkassen). Allerdings müsse man sich bewusst sein, dass gerade jene Personen, die vor Ort Projekte initiieren, sich in einer „Reglementierungs-Kultur“ nur wenig wohl fühlen. Auch dieser Interviewpartner erachtet Vorschriften als wenig hilfreich (D10). Outcome-Parameter als Vorgaben könne man dort, wo mit Menschen gearbeitet wird, nur schwer machen, da *„[...] das Messbare ja erst später kommt“ (D06)*. Bezüglich Prozess-, Planungs-, und Strukturqualität wurde auf die Wichtigkeit von Ressourcenbündelung und Vernetzung verstärkt hingewiesen.

„Wichtig ist, dass man schon einige Akteure mehr berücksichtigt“ (D02).
„[...]ich glaube es macht keinen Sinn, insbesondere zu Prävention und Gesundheitsförderung nur im eigenen Saft zu kochen“ (D03).

Starre nicht-kommunizierende Institutionen seien demnach aufzubrechen. Die Zusammenarbeit und Entsäulung spielt eine gewisse Doppelrolle, wie aus den Interviews zu entnehmen ist. Zum einen ist sie ein Qualitätsmerkmal (Qualitätssicherung), gleichzeitig aber auch Instrument zu Verbesserung der Qualität (Qualitätsentwicklung).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich über alle Befragte hinweg ein sehr breites Verständnis von Qualität in der Gesundheitsförderung beobachten lässt.

Unterschiedliche Instrumente und Methoden (Interessensaufbau, Sensibilisierung, Kommunikation, Transparenz, Finanzierung) werden genannt, die alle vier Qualitätsdimensionen betreffen. Gerade jene Disziplinen, die mehr an der räumlichen Gestaltung als auf „personenorientierte“ Arbeit fokussieren, kennen quantifizierbare Qualitätsvorgaben und haben diese auch gesetzestgemäß umzusetzen. Die Bewertung der Vorgaben kann als überwiegend „entsprechend“ summiert werden. Deutliche Defizite gibt es bei der Umsetzung, was nicht im Fehlen von verpflichtenden Vorschriften begründet wird. Um die Defizite zu beheben, bedarf es der Sensibilisierung (Bewusstsein bei den Akteuren), der Kooperation und Kommunikation sowie der Möglichkeit – durch finanzielle Unterstützung – langfristige Routinen, Verfahren und nicht zuletzt Strukturen aufzubauen und zu erhalten.

Exkurs: Exemplarische Darstellung der Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in die sozialräumliche Entwicklung und die Arbeit der Wohlfahrtsverbände

Wie in der Aufgabenstruktur der Kommunen beschrieben (Kapitel 1/Exkurs), nehmen freie Träger gemäß Subsidiaritätsprinzip Aufgaben im Bereich sozialer, kultureller und gesundheitlicher Entwicklung in Kommunen wahr. Exemplarisch werden die Stadtteilzentren Berlins betrachtet. Die Finanzierung der über das Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren (IFP StZ) geförderten Projekte erfolgt über Zuwendungen auf Basis der Landeshaushaltsordnung (LHO § 44 f). Es handelt sich daher nicht um auf Leistungsgesetzen basierende Regelangebote, sondern um freiwillige Leistungen, worin sich das besondere Interesse des Landes an der Förderung der über das Programm finanzierten Maßnahmen ausdrückt. Obwohl die LHO auf dem Jährlichkeitsprinzip beruht, beträgt die Laufzeit des IFPStZ fünf Jahre (2010 - 2015), wodurch eine Planungssicherheit für die geförderten Projekte ist. Aufgrund der besonderen Bedeutung für die Entwicklung von GFP in den Lebenswelten Kommune, offene Altenarbeit und Pflege unter bedeutender Beteiligung der Wohlfahrtsverbände und ihrer Träger an der Umsetzung von Maßnahmen wurden Interviews mit Experten durchgeführt (n = 3, 2 FR, 1 KV). Wichtige Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

1. Prävention und Gesundheitsförderung

Derzeit werden über 50 Berliner Nachbarschaftszentren, Selbsthilfe-Kontakt- und Beratungsstellen, Seniorenprojekte und weitere Projekte zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe gefördert. Die Stadtteil- und Nachbarschaftszentren decken damit einen bedeutenden Teil der sozialraumorientierten Angebote in ihrer Region ab. Dabei kooperieren sie mit anderen sozialraumorientierten Programmen wie dem „Quartiersmanagement“, „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ oder den Kontaktstellen „Pflegemanagement“.

Die Stadtteilzentren sind aktiv in der Nachbarschaftsarbeit tätig und schaffen mit ihrer generationenübergreifenden Arbeit die Voraussetzungen für gesellschaftliche Teilhabe und bürgerschaftliches Engagement. Das ist das ausgesprochene Leitziel der StZ und der Nachbarschaftszentren.

Für die befragten Fachreferenten der Bundesverbände ist Gesundheitsförderung und Prävention vorrangig ein Querschnittsthema. Dies drückt sich bspw. darin aus, dass bei einem Bundesverband kein eigenes Fachreferat „Gesundheitsförderung“ eingerichtet werden soll, sondern über eine Personalstelle quer über die Fachreferate verortet ist. Gesundheitsförderung soll damit in allen Politikfeldern „wirksam werden“ – so das strategische Ziel dieses Spitzenverbandes.

Als problematisch aus Bundessicht wird die nach wie vor nicht vorhandene Verankerung von Gesundheitsförderung als Regelaufgabe und in lokalen Kontexten gesehen sowie und die daraus resultierende „Projektitis“. Bedingt durch die Befristung der geförderten Maßnahmen ist eine nachhaltige Wirkung unrealistisch, wenn nicht sogar unmöglich. Generell sehen die Befragten in den Angeboten der Einrichtungen, also in den gemeinsamen Spielgruppen, Mittagessen, Bastelkursen usw. Formen von Prävention und Gesundheitsförderung. Über Angebote zur sozialen Zusammenkunft sollen Vereinsamung und Isolation und daraus resultierende Erkrankungen vermieden werden. Gesundheitsförderung ist also implizit in den Angeboten enthalten, wird aber nicht als Schwerpunktthema für StZ gesehen.

Würde Gesundheitsförderung dagegen explizit in die Projektanträge eingefügt werden, so würde das möglicherweise zur Folge haben, dass Personal zusätzlich qualifiziert oder mit besonderen Qualifikationen eingestellt werden müsste.

Die Interviewpartner empfehlen für die Kommunen, dass die Akteure gemeinsam planen und handeln, Netzwerke initiieren und Kooperationen aufbauen sollten. Für eine Stärkung der kommunalen Angebote, auch insbesondere Angebote zur Gesundheitsförderung, müssen nach Aussagen der Interviewpartner die vorhandenen Strukturen und die Versäulung gleichermaßen aufgebrochen und verstärkt bereichsübergreifende Netzwerke geschaffen werden. Betont wird die Notwendigkeit einer sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Keinesfalls sollte Gesundheitsförderung als neue Säule oder eigenes Förderprogramm implementiert werden. Diesen Aspekt unterstützen die Befragten im Setting Pflege ebenso. Das folgende Zitat stützt dieses Ergebnis und verdeutlicht die Ansichten der Interviewpartner:

„Das heißt, es gibt in der Kommune immer Ansprechpartner für die einzelnen Bereiche, aber dass man sich untereinander vernetzen könnte und gemeinsam arbeiten könnte, das ist häufig in den Köpfen noch nicht angekommen, weil sie es einfach gewohnt sind seit etlichen Jahren für ihren Bereich zu arbeiten und quasi ihre Stapel abarbeiten, also das ist jetzt auch nicht böse gemeint, also nicht vorwurfsvoll gemeint, aber das ist einfach, das hat sich so über Jahre hinein so festgesetzt, dass jeder für seinen Bereich zuständig ist und dieses über den Tellerrand gucken und dass zum Beispiel, das eine Altenhilfeeinrichtung gemeinsam mit einer Kindertagesstätte zum Beispiel eine Mensa oder irgendwas aufbauen kann und das eben möglicherweise mit Co-

finanziert werden muss durch die Kommune, das ist in den Köpfen in den Kommunen, in den Strukturen noch nicht so angekommen [...]“ (BC03).

2. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Da es sich bei der Mehrheit der Angebote und Projekte im kommunalen Bereich um zuwendungsfinanzierte Angebote handelt, gelten die Richtlinien zur Qualitätssicherung aus der jeweiligen Landes- bzw. Bundeshaushaltsordnung sowie die Anforderungen in den Zuwendungsbescheiden bzw. Rahmenvereinbarungen. Diese beziehen sich vor allem auf die Prozessqualität im Sinne der Mittelverwendung und des Nachweises. Weiterhin werden Zielvereinbarungen hinsichtlich der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel geschlossen. Mit diesen Zielvereinbarungen, die aus dem ISPStZ abgeleitet werden, werden konkrete Schwerpunkte für die geförderten Stadtteilzentren festgelegt. Derzeitige Schwerpunkte sind u.a. Inklusion von Menschen mit Behinderung, Fragestellungen des demographischen Wandels sowie aktuell die Versorgung von Flüchtlingen (z.B. „Willkommenskultur“). Zum Teil enthalten die Themenschwerpunkte wiederum einzelne Unterthemen und sind mit Kennziffern/Outputs (bspw. Anzahl Männer und Frauen, Anzahl Ehrenamtliche, Selbsthilfegruppen, usw.) unterlegt. Neben dem Nachweis der Mittelverwendung und dem Erfüllen von Zielvereinbarungen muss die Vernetzung mit anderen sozialen Partnern und mit kommunalen Strukturen im Rahmen der Zuwendung nachgewiesen werden.

Ableitend aus den Besonderheiten zuwendungsfinanzierter Projekte, resultiert für die derzeitig eingesetzten Qualitätssicherungsverfahren und/oder QM-Systeme eine starke Variation. Somit haben die einzelnen zuwendungsfinanzierten Projekte ihren eigenen Qualitätskriterien und andere Einrichtungen (bspw. Einrichtungen der Schuldnerberatung, allgemeine Sozialberatung, Wohnungslosenhilfe, usw.) weisen eigene Qualitätsleitlinien, die in Qualitätsrahmenhandbüchern verankert sind, auf. Wieder andere arbeiten nach einem vorgegebenen QM-System (Bsp. AWO-Tandem System). Hier gibt es nach Aussagen der Interviewpartner Projekte mit eigenen QM - Beauftragten. Die eingesetzten QM-Systeme garantieren dabei die Umsetzung der rechtlichen Regelungen. Da die Angebote der Stadtteilzentren in Berlin stark von bürgerschaftlichen Engagement geprägt sind, ist eine Qualitätssicherung nach gesetzlichen Vorgaben zum Teil schwierig, da *"man die Zivilgesellschaft nicht in die gesetzlichen Qualitätsrichtlinien rein pressen kann"* (BD01). Die Dokumentationen reichen von Fragenbögen, Managementreviews und Evaluationen bis zu QM-Handbüchern.

1.8 Fazit

In der aktuellen Diskussion wird die Kommune als Dachsetting der Prävention und Gesundheitsförderung bezeichnet. Die Analyse der Vorschriften, die für kommunale Gesundheitsförderung relevant sind, war von der Multifunktionalität (Staatsgliederung, Gebietskörperschaft und Lebenswelt) sowie der Sektorenviefalt (Bildung,

Soziales, Infrastruktur,...) der Kommune bestimmt. Kommunale Beschlüsse (auf unterster Ebene), Landesgesetze, Bundesgesetze und völkerrechtliche Bestimmungen (völkervertragsrechtliche und völkergewohnheitsrechtliche Vorgaben auf höchster Ebene) verschiedener Themengebiete gestalten mit unterschiedlicher Intensität und Verbindlichkeit die „*kommunale health policy*“. Bedenkt man, dass die Kommunen nicht nur unterstes Glied der Staatshierarchie, sondern Lebensraum eines jeden Menschen sind, leuchtet schnell ein, dass es bei der Analyse rechtlicher Bedingungen nicht nur der Suche nach Pflichten für die Kommune als Subjekt (*was muss eine Kommune machen?*) bedarf, sondern auch gerade jener Vorgaben, die die Kommune als „Ort des Geschehens, Ort der praktischen Rechtsumsetzung“ (*wie müssen Kommunen gestaltet werden?*) werden lassen. Hierin und in der Projektlaufzeit liegen die Limits der Untersuchung: Eine vollständige Übersicht aller Regularien, die explizit oder implizit Prävention und Gesundheitsförderung/QS für Kommunen betreffen, ist schier unmöglich.

Durch keine der **analysierten verbindlichen Vorschriften** erhalten Kommunen den expliziten, d.h. wörtlichen Auftrag, „**Prävention und Gesundheitsförderung** durchzuführen“ bzw. zu betreiben. Eine Pflicht zu Prävention und Gesundheitsförderung gibt es lediglich dort, wo die Ratsversammlung (oder das äquivalente Organ) einen entsprechenden Beschluss²⁶ gefasst hat. Es wäre jedoch zu einfach zu sagen und falsch, dass es Kommunen völlig frei gestellt ist, ob sie Gesundheitsförderung und Prävention zu ihren Pflichten zählen oder nicht.

Implizite, aber verbindliche Vorschriften zu Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen ließen sich hingegen auf allen untersuchten Ebenen finden. Darüber hinaus orientieren sich kommunale Akteure und Organisationen an Satzungen, organisationsspezifischen Vorgaben und weiteren Selbstverpflichtungserklärungen.

In großem Maße fanden sich diese impliziten Vorgaben in den Bereiche Bildung/Soziales, Umwelt- und Verbraucherschutz und Stadt- und Raumplanung (einfaches Recht). Im Kontext der Daseinsvorsorge und Fürsorge (Schutz, positive Lebensbedingungen, Förderung des Wohls) enthalten Verfassungen Forderungen, aus denen sich ein Auftrag zur Gestaltung gesundheitserhaltender und/oder fördernder Lebensräume ableiten ließe. Eingeschränkt wird deren Wirkung durch die tatsächliche Relevanz verfassungsrechtlicher Regelungen.

Rechtliche Regelungen, Empfehlungen und Verwaltungsvorschriften für Qualitätssicherung und -entwicklung in der Kommune differieren sehr stark in Abhängigkeit der Geltungsbereiche, in ihrer Art, Dimension, Konkretisierung und Bezeichnung. Quantifizierbare Qualitätsvorgaben z.B. in Verbraucherschutz und Umweltschutz stehen strukturellen Qualitätsvorgaben (Planung, Vernetzung) in den Bereichen Bildung/Soziales und Öffentlicher Gesundheitsdienst gegenüber. Ähnlich verhält es sich mit Vorgaben zur Ergebnisqualität: Kennzahlen/Richtwerte

²⁶ Unter Beschluss fallen auch der Beitritt zu dem Gesunde-Städte-Netzwerk, die Beteiligung an bestimmten Förderprogrammen (z.B. Gesundheitsregion)

finden in den erst genannten Sektoren, während Bericht und Evaluierungen in den zuletzt genannten Bereichen die Qualität entwickeln. Der Terminus Qualitätsentwicklung anstelle von Qualitätssicherung oder gar -management in den Vorgaben „sozialer Bereiche“ verdeutlicht, dass „Qualität in der Arbeit mit Menschen“ nur schwer oder gar nicht in Zahlen messbar ist bzw. die Aussagekraft dieser Zahlen nicht die Qualität der geleisteten Arbeit beschreibt. Qualität in der Kommune als Organisation und die Qualität der Maßnahmen und Projekte in der Kommune werden inhaltlich, wenn auch nicht überall wörtlich, in den Regularien aufgegriffen.

Die **Umsetzung und Wahrnehmung** – sowohl von Prävention und Gesundheitsförderung wie auch von QS lassen sich basierend auf den Interviews nicht als systematisch bewerten. Gesetzliche Vorgaben schienen weniger entscheidend als der politische Willen und das lokale Engagement für die tatsächliche Umsetzung zu sein. Der fehlenden Systematik geht zudem ein fehlendes allgemeines Verständnis bei den Akteuren voraus. Unterschiedliche *Präventions-* und *Gesundheitsansätze* (Individualprävention, Zielgruppenorientierung, Settingorientierung, Verhaltens- und Verhältnisprävention) schienen für einige Expertinnen oder Experten im Widerspruch zueinander zu stehen bzw. als Für- oder Wider-Entscheidungsoption.

Weniger Widersprüche als vielmehr „Ideenvielfalt“ herrschte bei der Bewertung zur Umsetzung von *Qualitätsentwicklung* vor. Die mehrfach zitierten Konferenzen, Kooperationen und Runden Tische könnten hierbei eine Schlüsselfunktion aus verschiedenen Perspektiven einnehmen:

- 1) Blickweitung für die Arbeit der anderen → Wahrnehmung und Bewusstsein von Gesundheitsförderung als Querschnittsthema
- 2) Erfahrungen austauschen und reflektieren → Prozess- und Planungsoptimierung für zukünftige Maßnahmen und Projekte, Möglichkeiten, Wege und Hemmnisse erkennen und nutzen
- 3) Netzwerke gründen, Ressourcen bündeln → (bislang) nicht vorhandene Präventionstöpfe kompensieren, Fachkompetenzen anderer nutzen

Zur Stärkung qualitativer Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen kann teilweise auf **Erfahrungen, Vorschriften und Strukturen anderer Bereiche zurückgegriffen** werden. In unterschiedlichem Maße könnten zukünftige rechtliche Regelungen zur Qualitätsentwicklung für die Gesundheitsförderung ähnlich wie der § 79a SGB VIII formuliert werden. Die bisher angewendeten Verfahren erhielten zum einen ihre Legitimierung und würden fester Bestandteil der Aufgaben „kommunaler Gesundheitsförderer“. Durch die „weiche Verpflichtung“ wäre zudem eine Stützung mit finanziellen und personellen Ressourcen, speziell für die Qualitätsentwicklung, durch den entsprechenden Gesetzgeber (Konnexitätsprinzip) gewissermaßen einklagbar. Die Wahl des einen oder anderen Tools sollte auch weiterhin in der Entscheidung der Akteure liegen, um das ehrenamtliche und zivilgesellschaftliche Engagement nicht zu gefährden.

Vorhandene Instrumente/Kriterien/...zur Qualitätssicherung und -entwicklung von Gesundheitsförderung beziehen sich überwiegend auf die Bewertung und Evaluation von Projekten und speziellen Maßnahmen und weniger auf Strukturen. Strukturqualität wird u.a. sichtbar in Gesundheitsberichten. Dass gerade kommunale Gesundheitsberichte hierfür wichtig sind, sollte selbstverständlich sein. Diese sollten gleichzeitig Grundlage für die Bedarfsplanung (Maßnahmen und Infrastruktur) sein.

Konzeptionelle Grundpfeiler der Gesundheitsförderung wie Partizipation, Gender und Diversity, Empowerment, Selbstbestimmung und Autonomie sind keine exklusiven Zielrichtungen der Gesundheitsförderung. Ihre verfassungsrechtlichen Verankerungen bieten Spielraum und **Anknüpfungsmöglichkeiten**, Gesundheitsförderung und Prävention zum Querschnittsthema demokratischer Vereinigungen anzuerkennen. Verbindliche Zusammenarbeit und Vernetzung verschiedener Akteure mit verwandten Zielen, wie sie aus dem Bildungs- und Sozialbereich bekannt sind, haben bereits in Verwaltungsvorschriften Einzug erhalten. Der Beitrag von Netzwerken zur Qualität wurde bereits erläutert. Mit der Vernetzungspflicht in 13 ÖGD-Gesetzen wird deutlich, dass das Potential der Ressourcen- und Kompetenzbündelung im Gesundheitssektor wahrgenommen und sogar gesetzlich gestützt ist. Die mehrfach bemängelte und ausbaufähige Koordinierungsfunktion des ÖGD ließe sich hierauf begründen. Das Potential, das die aktuellen Vorgaben bieten, gilt es hier im Sinne der Qualität durch Vernetzung von Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention auszuschöpfen. Inwieweit es in den Ländern, in denen es keine kommunalen Gesundheitsbehörden gibt, es einer rechtlichen Änderung bedarf, würde eine erneute Erhebung verlangen, da die Einschätzung auf der Gesetzesanalyse und der nicht repräsentativen Expertenaussagen beruht.

Verbandsinterne und organisationspezifische Qualitätssicherungsinstrumente/-verfahren, wie die des DOSB oder der VHS sind für die Bereiche Bewegung/Sport oder Gesundheitsbildung als spezielle Inhalte der Gesundheitsförderung und Prävention erprobt, evaluiert und soweit beurteilbar, anwendbar. Kommunale Akteure könnten in Abhängigkeit ihrer Vorhaben gezielte Kooperationen eingehen. Stadtplaner arbeiten seit jeher sozialraumorientiert. Zur Stärkung der Verhältnisprävention ist die Zusammenarbeit mit einem zur sozialraumorientierten Planung verpflichteten Sektor der Kommunen, der (vgl. ARL) die Verbindung zum Gesundheitsbereich bereits bekundet hat, nicht nur logisch, sondern erstrebenswert.

In Zeiten knapper Kassen können sich Kommunen vornehmlich um Pflichtaufgaben kümmern und nur begrenzt freiwillige zusätzliche Aufgaben umsetzen. Langfristig stellt eine integrierte kommunale Gesundheitsstrategie eine Investition in die Attraktivität der Kommune dar. Lebensqualität, Wohlfühl und Gesundheit der Einwohner und Einwohnerinnen sind als Standortfaktoren zu diskutieren. Insofern gilt es einen gesetzlichen Rahmen zu schaffen, der den Kommunen im Rahmen ihrer Selbstverwaltung ermöglicht, gesundheitsförderliche Strukturen als Regelinfrastruktur aufzubauen und zu pflegen. Projekte und Maßnahmen sind weitaus flexibler, gehören aber nicht eliminiert, sondern müssen Teil dieser Strategie sein.

Bislang stellen Bund-Länder-Programme (wie die VV Soziale Stadt) eine Möglichkeit dar, kommunale gesundheitsfördernde Strukturen aufzubauen und nicht nur Projektförderung zu betreiben. Auch die Berliner Stadtteilzentren (StZ) stellen eine landesweite Infrastruktur dar, die sozial-kulturelle Arbeit und gesundheitsfördernde Maßnahmen verbindet. Planungsraum der StZ ist der Bezirk. Durch die Verknüpfung von unterschiedlichen Handlungsfeldern in generationsübergreifender Ausrichtung (u.a. nachbarschaftliches Engagement, Selbsthilfe, offene Altenarbeit, Pflegemanagement, gesundheitliche Prävention) weisen die StZ zumindest ein Entwicklungspotential hin zu zukünftigen „Gesundheitszentren“ auf.

Zusammenfassend erscheinen nach dieser Recherche und qualitativen Erhebung folgende Empfehlungen angemessen:

- 1) Gesundheitsförderung und Prävention in Kommunen muss gestärkt werden
- 2) Bund-Länder-Programme mit Strukturförderungsintention kompensieren z.T. die knappen Kassen der Kommunen, ohne in die Selbstverwaltung einzugreifen
- 3) Intersektorale Vernetzung und Kooperation sind die Grundlage für die Prävention und Gesundheitsförderung als kommunalpolitische Querschnittsaufgabe
- 4) Verhaltenspräventive Projekte stehen nicht im Widerspruch zu verhältnispräventiven Strukturen, sondern sind miteinander zu kombinieren.
- 5) Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung haben unterschiedliche Vorstellungen, aber allesamt ein Interesse an Qualität(-entwicklung). Derzeit bedarf es noch einer Sensibilisierung und eines verstärkten Austauschs darüber, um die eigenen „Berufsroutinen“ als Qualitätsentwicklung zu begreifen. Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendhilfe zeigen, dass eine gesetzliche Nennung/Verankerung ein gangbarer Weg hierfür ist.

1.9 Exkurs: Prävention und Gesundheitsförderung für Ältere in der freien Seniorenarbeit

Weber J, Walter U

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

1.9.1 Voraussetzungen für Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit

Prävention und Gesundheitsförderung haben das Potential, die Gesundheit im Alter positiv zu beeinflussen, degenerative Prozesse aufzuhalten oder zu verlangsamen sowie die Selbstständigkeit und Autonomie weitestgehend zu erhalten (WHO 2015, Schwartz und Walter 2012). Allerdings wird der Settingansatz (noch) vergleichsweise selten mit speziell auf die Bedarfe älterer Menschen zugeschnittenen Maßnahmen adressiert (Kuhlmann, Koch 2009). Da präventive und gesundheitsförderliche Interventionen in der direkten Wohnumgebung jedoch besonders gewinnbringend sein können, fordert Naegele (2004) eine „Gerontologisierung“ der kommunalen Gesundheitsförderung.

In einer älteren Befragung von Kommunen (Hollbach-Grömig, Seidel-Schulze 2007; wird derzeit aktualisiert) besaß das Thema im Hinblick auf die Zielgruppe der Älteren bei den befragten Städten und Gemeinden mittlere Relevanz. Die aus den befragten Kommunen rückgemeldeten Angebote erstreckten sich auf Maßnahmen der Wohnberatung sowie Kurse zu den Themen Bewegung, Ernährung und Gedächtnis. Andere Schwerpunkte lagen auf Bereichen wie der Gesundheit pflegender Angehöriger bzw. der Stärkung des familiären Pflegepotentials. Knapp ein Viertel der Städte und Gemeinden hielt zudem spezifische Angebote für die unterschiedlichen Bedarfslagen innerhalb der Gruppe der Älteren und Alten vor. Demnach wurden Angebote zum Bereich Mobilität, geschlechtsspezifische Angebote, Angebote für Senioren mit Seh- und Hörbehinderung oder Migrationshintergrund sowie Angebote für sozial benachteiligte ältere Menschen genannt. Städte und Kommunen die dem Gesunde Städte-Netzwerk angehören wiesen zudem eine bessere Binnenvernetzung zwischen den Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung und kommunalen Institutionen (Sozialamt, Gesundheitsamt etc.) auf. Inhaltlich lagen die Schwerpunkte der angebotenen Präventionsmaßnahmen auf der Stärkung sozialer Teilhabe und dem Verbleib in der eigenen Wohnung (Hollbach-Grömig, Seidel-Schulze 2007).

Nach der Analyse einer Reihe von (wissenschaftlich oder institutionell begleiteten) Modellprojekten der settingbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung für Ältere und unter Berücksichtigung der Ergebnisse von themenbezogenen Experteninterviews formulieren Kuhlmann und Koch (2009) Empfehlungen, an denen sich thematisch interessierte Kommunen orientieren können. Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen im Setting Kommune ist kein Selbstläufer und bedarf des intensiven Engagements aller Beteiligten. Für eine wirkungsvolle und nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung kommt es darauf an, dass

(1) die zuständigen Kommunalpolitikerinnen und -politiker sich dem Thema annehmen und beispielsweise im Rahmen eines Ratsbeschlusses politisch unterstützen, (2) Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die gesundheitsfördernde Arbeit festgelegt und die Arbeit in entsprechenden Gremien (Gesundheitskonferenzen, Arbeitskreise) koordiniert wird. Kommunale Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung kommen (3) nicht ohne ausreichend personelle, finanzielle und strukturelle Ressourcen und eine, gegebenenfalls zu schaffende, Koordinierungsstelle aus. Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung bedarf eines partizipativen Ansatzes und muss (4) die lokalen kommunalen Akteure sowie Anbieter und Zielgruppen präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen einbeziehen. Erfolgreiche Präventions- und Gesundheitsförderungsarbeit benötigt (5) eine gründliche Analyse der Ausgangsbedingungen sowie Prozessbegleitung und Evaluation. Sie ist dann effektiv, wenn (6) Zugangswege zielgruppengerecht genutzt, Genderaspekte beachtet und insbesondere sozial benachteiligte Gruppen adressiert werden (Kuhlmann, Koch 2009, S. 35).

1.9.2 Rechtliche Regelungen für qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit

Verfassungsrechtlich wird Kommunen die Zuständigkeit für die soziale Daseinsvorsorge (Artikel 20/28, Absatz 1/2 GG) zugesprochen. Im Hinblick auf die GKV ist zudem der § 20 SGB V zu nennen. Der darin gründende Leitfaden Prävention der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Spitzenverband 2014) gilt als zentrales Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung für die präventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen der Krankenkassen.

Für die Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen freier Seniorenarbeit sind die (im Leitfaden Prävention genannten) Kommunen und Stadtteile sowie Senioreneinrichtungen bzw. -zentren als bevorzugte Umsetzungsorte von besonderer Bedeutung. Die im Rahmen individueller Ansätze beschriebenen Handlungsfelder (Bewegung, Ernährung, Sucht) und prioritär zu prävenierenden Krankheitsbilder (Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, bösartige Neubildungen, Krankheiten der Muskeln, des Skelettes und des Bindegewebes sowie Depressionen und Angststörungen; GKV-Spitzenverband 2014) spiegeln zudem viele der auch für die über 65-Jährigen relevanten Risiken und Krankheitslasten wieder.

Im Rahmen der vorab vorgenommenen, umfassenden und Querbezüge zu anderen auf kommunaler Ebene wirksamen rechtlichen Regelungen berücksichtigenden Zusammenschau wurden die zu ziehenden Schlussfolgerungen diskutiert. Entsprechend wird an dieser Stelle auf eine erneute Darstellung verzichtet.

Allerdings erfährt speziell Prävention und Gesundheitsförderung für Ältere mit dem Präventionsgesetz eine Stärkung. So nennt der reformulierte § 20a (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten) unter Absatz 3 explizit die Lebenswelten älterer Menschen. Über die gesetzliche Verankerung der natio-

nalen Gesundheitsziele werden für diese Zielgruppe zentrale Zielvorgaben wie „Gesund älter werden“ adressiert.

Durch eine ebenfalls vom Präventionsgesetz vorgenommene Änderung des § 31 Absatz 2 der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) werden die Rentenversicherungsträger verpflichtet, sich an der nationalen Präventionsstrategie entsprechend der neugefassten §§ 20d bis 20f SGB V zu beteiligen. Aufgrund ihrer Zuständigkeit insbesondere für Berufstätige (und den ihnen zustehenden rehabilitativen Leistungen und angesichts des seit kurzem verstärkte Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung) sowie die Finanzierung der Rehabilitation auch bei älterer Krebserkrankten ist deren Einbezug im Hinblick auf Ältere derzeit jedoch weniger relevant.

1.9.3 Die Praxis präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen in der freien Seniorenarbeit: Methodisches Vorgehen

Entsprechend dem methodischen Vorgehen in den Lebenswelten Kommune, Kindertagesstätte, Schule und Pflegeheim konnten im Bereich der freien Seniorenarbeit vier qualitative Experteninterviews mit Akteuren geführt werden. Auch sie wurden zu ihrer Wahrnehmung der rechtlichen Regelungen sowie nachgeordneten Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen befragt. Darüber hinaus wurden sie gebeten von ihren Erfahrungen mit der gegenwärtigen Praxis präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen in der freien Seniorenarbeit zu berichten.

Die Gruppe der Interviewten umfasst eine auf kommunaler Ebene tätige Altenhilfeplanerin, einen Mitarbeiter eines ehemals universitären und inzwischen verstärkten Modellprojektes, der als bundesweit agierender Anbieter präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen auftritt, einen Vertreter eines bundesweit aktiven Interessenverbandes älterer Menschen sowie einem auf ministerieller Ebene eines Bundeslandes in zentraler Funktion tätigen für Seniorinnen und Senioren zuständigen Funktionsträger. Entsprechend der heterogenen Zusammensetzung der Befragten wurde der Interviewleitfaden kontextabhängig angepasst. Da zwei Interviewpartner bundesweit aktiven Organisationen angehören, wurde im Hinblick auf die Standorte aller Institutionen eine beträchtliche geographische und in Bezug auf die jeweiligen Tätigkeiten eine große fachliche Spannbreite erreicht. Vor dem Hintergrund der überschaubaren Zahl der Interviewten bleibt der Sättigungsgrad der erhobenen Daten hinter dem der empirischen Erkenntnisse aus den anderen untersuchten Lebenswelten zurück.

Im Nachgang zu einer Kontaktaufnahme per E-Mail wurden die Befragten telefonisch über die voraussichtlichen Themen der Interviews informiert und für die Teilnahme an der Untersuchung gewonnen. Dem Vorgehen in den anderen Settings entsprechend, wurden die telefonisch geführten Interviews mit den Expertinnen und Experten auf Band aufgezeichnet und im Nachgang transkribiert und analy-

siert. Die Interviewdauer lag zwischen 28 Minuten und 20 Sekunden und 51 Minuten und 48 Sekunden.

1.9.4 Die Praxis präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen in der freien Seniorenarbeit: Empirische Befunde

1.9.4.1 Zur Bedeutung, Wahrnehmung und systematischen Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit

Prävention und Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren ist weit verbreitet und wird in unterschiedlichsten Kontexten verwirklicht

Auf die Frage nach der Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit bestätigen alle vier Interviewten, dass sie entsprechenden Interventionen einen hohen Stellenwert einräumen. Sie untermauern ihre Antwort mit dem Verweis auf die Fülle an Projekten, Programmen und Angeboten sowie Leitlinien und Expertisen mit präventiven und gesundheitsförderlichen Inhalten. Verwiesen wird auf Netzwerke wie den Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, den bundesweiten Aktionsplan „In Form“, die nationalen Gesundheitsziele oder „Ausbildungsvorschriften für die Gesundheitsberufe“ sowie das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2009. Ebenfalls genannt werden gedruckte Ratgeber von Interessenverbänden sowie internetbasierte Plattformen, die Empfehlungen zusammenstellen und konkrete Projektbeispiele aufzeigen und operationalisieren. In Bezug auf die lokale Ebene werden die vielfältigen, im kommunalen Setting anzutreffenden Angebote (Wandergruppen, Ernährungskurse, Kurse zur Mundgesundheit sowie die krankenkassenfinanzierten Bewegungs- und Rückenkurse) und – häufig von den Landesvereinigungen für Gesundheit angestoßene – Modellprojekte genannt. Betont wird dabei deren soziale Teilhabe fördernder Charakter – nicht zuletzt seien viele Angebote in erster Linie als Freizeitangebote konzipiert. Der Mitarbeiter eines Anbieters für präventive und gesundheitsförderliche Interventionen verweist zudem auf den Expertenstandard Mobilitätsförderung des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), von dem er sich neue Impulse für Prävention und Gesundheitsförderung in Senioren- und Pflegeeinrichtungen erhofft. In Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit kommentiert eine kommunale Altenhilfeplanerin jedoch einschränkend:

„Die Seniorenkreisleiter würden sagen: Das hat für uns keine Bedeutung. Ich als Landkreis sage: Es hat eine sehr große Bedeutung – weil alle, die wir vor Stürzen bewahren, kommen später ins Heim“ (C13).

Die Befragte deutet an, dass sie – im Gegensatz zu den von ihr betreuten Seniorenkreisleiterinnen und -leitern – sich sehr wohl über die beispielweise sturzprä-

ventive Wirkung präventiver Intervention bewusst ist. Sie geht davon aus, dass die Aktivitäten auch dazu geeignet sind, den Heimeintritt vieler Seniorinnen und Senioren hinauszuzögern.

Der Vertreter eines Interessenverbandes für Senioren erinnert an die Entwicklung der letzten Jahre, in der die klassischerweise als „Kaffeenachmittage“ gestalteten Seniorenveranstaltungen zu Angeboten mit edukativen („[...] Bildungsveranstaltungen, also im weiteren Sinne, Theater, Kino [...]“ C16) und bewegungsfördernden sowie die soziale Teilhabe stärkenden Inhalten weiterentwickelt wurden.

Viele Akteure sorgen für Vielfalt bei den Angeboten

Werden die Interviewten gebeten Akteure zu benennen, die Prävention und Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene umsetzen, entsteht ein buntes Potpourri, das – abhängig vom jeweils unterschiedlichen Wirkungsbereich der Befragten – einen Eindruck von der Vielfalt der vor Ort engagierten Organisationen, Institutionen und Ehrenamtlichen vermittelt. Während der Vertreter eines Interessenverbandes für Senioren auf die Mitgliedsorganisationen verweist und die Rolle der Wohlfahrtsverbände, der Kommunen und der Volkshochschulen betont, berichtet die kommunale Altenhilfeplanerin von einem lokalen Bündnis für Gesundheitsförderung. Diesem gehören unter anderem Hausärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime und der Kreissportbund an. Letzterer sticht dabei als Geldgeber hervor, der immer dann einspringt, wenn es dem kommunalen „Gesundheitsförderer“ nicht gelungen ist die Krankenkassen mit einem Förderungsantrag von der Notwendigkeit eines Projektes oder einer Veranstaltung zu überzeugen. Der auf Landesebene für Seniorinnen und Senioren Zuständige berichtet von den Aktivitäten der Landesvereinigung für Gesundheit seines Bundeslandes und thematisiert die Rolle der Sportvereine und des Landessportbundes. Erwähnt werden die Aktivitäten von Ärztenverbänden wie der Landeszahnärztekammer, der Landesfachärztekammer sowie das Engagement der Universitäten die, wie einzelne Vertreter der Bundespolitik, die Seniorenarbeit als Thema entdeckt hätten. Im Zusammenhang mit den von ihm beobachteten, präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten in Pflegeheimen macht er deutlich, dass die Träger seines Erachtens nicht nur selbstlose Ziele verfolgen. Mit dem Argument „die Hemmschwelle zur stationären Pflegeeinrichtung ein Stückchen ab[zu]senken“ und „die Leute“ zu „Vorträgen, Kursen, sonst was [...] schon mal ins Haus [zu] locken“ und diese Veranstaltungen dann auch für Nutzerinnen und Nutzer aus dem „sozialen Nahraum“ zu öffnen, würde auch Marketing betrieben (C15). Inhaltlich würden die Angebote dem zu Erwartenden entsprechen und von Aerobic-Kursen, Sitzgymnastik und klassischem Seniorentanz dominiert – wobei Letzterer seiner Einschätzung nach zu 99% von „älteren Damen“ frequentiert werde. Darüber hinaus berichtet er von vielfältigen Angeboten von kommerziellen Fitnessstudios, die besonders attraktiv für jüngere Senioren seien, da sie sich dort mit „ihren Kumpels“ treffen und neben der gesundheitsfördernden Wirkung der sportlichen Aktivitäten ihr Bedürfnis nach sozia-

lem Austausch befriedigen können. Der zum Personal eines bundesweiten Präventionsprojektes gehörende Interviewte argumentiert mit dem Verweis auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialer Dienste sowie Ehrenamtliche, die vielerorts hinter den Angeboten stehen, häufig mangels einer entsprechenden Aus- oder Fortbildung jedoch nur begrenzt präventiv wirksam werden können.

Nicht überall verfügt die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit über etablierte Strukturen

Nach dem Stand der systematischen Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit gefragt, kommentiert ein Interviewter:

„Die schwierige (schmunzelt) Frage ist, ob sie immer die kriegen, die sie kriegen wollen. Sie haben ja so ein Präventionsdilemma“ (C16).

Der Verweis auf das als Präventionsdilemma (z.B. Frohlich und Potvin 2008; Bauer 2005) titulierte Phänomen, nimmt viele der auch von den anderen Interviewten vorgebrachten Problembeschreibungen vorweg. Demnach werden die präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen und Angebote insbesondere von solchen Individuen und Subpopulationen angenommen und nachgefragt, die sich ohnehin einem gesunden Lebensstil verpflichtet sehen. Oder anders ausgedrückt: Derzeit nehmen vor allem diejenigen Senioren an den präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen teil, deren Erkrankungsrisiko aufgrund ihrer guten psychischen und physischen Konstitution als relativ gering anzusehen ist. Entgegen der eigentlichen Intention von präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen können sich soziale Disparitäten im Hinblick auf die Verteilung von Gesundheitschancen hierdurch weiter verstärken.

Darüber hinaus berichten die Befragten von Ihren alltagsweltlichen Beobachtungen und Erfahrungen. Eine kommunale Altenhilfeplanerin beschreibt beispielsweise plastisch wie sie vergeblich versucht die lieb gewonnenen Routinen der klassischen Seniorenkreise zu modifizieren. Ihr zufolge werden bewegungsfördernde Elemente ([...] bevor sie Kaffee trinken zehn, zwanzig Minuten Bewegung. Mit Stuhl, ohne Stuhl, auf dem Stuhl, unter dem Stuhl, keine Ahnung [...]; C13) durchaus angenommen und geschätzt. Versuche, den obligatorischen und hochkalorischen Kuchen beispielsweise durch eine Möhrentorte oder einen gemeinsam zubereiteten Obstsalat zu ersetzen, scheitern jedoch („Wenn wir keinen Kaffee und Kuchen mehr haben, dann kommen die nicht mehr.“; C13).

Andere Interviewte nehmen die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung für Ältere als eher zufällig und nicht immer an den tatsächlichen Bedarfen orientiert wahr. Viele – teilweise geförderte – Aktivitäten im öffentlichen Bereich würden selbst bzw. von ehrenamtlich Engagierten organisiert und umgesetzt. Mangels entsprechender Schulungen sind die Inhalte der Angebote von den Präferenzen der ehrenamtlich Engagierten abhängig oder rein zufällig gewählt. In Se-

nioreinrichtungen durchgeführte Angebote seien häufig wenig konsistent, nicht auf den tatsächlichen Bedarf der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zugeschnitten und aufgrund der unregelmäßigen, ziellosen und zu seltenen Umsetzung („Nur einmal die Woche“; C16) wenig bis gar nicht wirksam. Allerdings – so wird betont – gelten diese negativen Befunde nur für die eigentlich avisierten bewegungsfördernden Elemente bzw. dem mit ihnen verknüpften gesundheitsförderlichen Nutzen, beispielsweise im Sinne einer Stärkung des Herz-Kreislauf-Systems. Die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern dennoch besonders geschätzten, positiven Effekte ergeben sich vor allem aus dem Gefühl der sozialen Integration während der Intervention. Die Maßnahmen – so scheint es – haben somit nicht unbedingt (eine direkt gesundheitsbezogene) präventive Wirkung, fördern jedoch die soziale Teilhabe und das Wohlbefinden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Handlungsbedarf: Es ist viel geschafft, aber wir sind noch nicht am Ziel

Die zur Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit Interviewten äußern sich anerkennend über den Schub, den die Entwicklung und Verbreitung präventiver und gesundheitsförderlicher Ansätze und Interventionen in den letzten Jahren und Jahrzehnten erfahren haben. Hiervon ausgehend erscheint der von den Befragten identifizierte Handlungsbedarf als eine realistische Bestandsaufnahme mit daraus resultierenden und skizzierten zukünftigen Entwicklungsschritten. Voraussetzung für effektive Prävention und Gesundheitsförderung im kommunalen Setting – hierauf weist ein Interviewter hin – ist eine koordinierte Altenhilfeplanung, die mit einer umfassenden Bestandsaufnahme im Hinblick auf die vor Ort vorhandenen Einrichtungen und Akteure beginnt.

Als Herausforderung wird beschrieben, dass Akteure und Zielgruppen den konzeptuellen Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung vielerorts noch nicht verinnerlicht haben. Viele Angebote auf kommunaler Ebene erscheinen wenig systematisch und verfehlen ihr Ziel – statt gezielte Prävention zu betreiben fördern die Aktivitäten das soziale Miteinander und die soziale Teilhabe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Derzeit fehle den Konzepten und ihrer Umsetzung vor Ort die nötige Stringenz. Dies wird auch darauf zurückgeführt, dass viele Leistungsträger und -erbringer noch nicht in Gänze verstanden hätten, dass Prävention und Gesundheitsförderung „[...] eine Investition in die Zukunft ist [...]“. Stattdessen würden sie Prävention und Gesundheitsförderung „[...] lediglich [als] eine Aufgabe in der Gegenwart [verstehen]“ (C12). Neben den Krankenversicherungen müssten auch die Kommunen den Wert präventiver und gesundheitsförderlicher Leistungen erkennen und dazu bereit sein Personal, finanzielle Mittel und Anlauf- oder Beratungsstellen bereit zu halten. Gleiches wird für andere Organisationen, Verbände und Institutionen auf kommunaler Ebene gefordert. Es ginge darum, Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verankern. Kommunen die Prävention und Gesundheitsförderung bereits als Querschnittsaufgabe angenommen haben – so wird berichtet – erhalten Lob von

PFG-Verbänden und Anbietern. Die sich hierzu äussernde Altenhilfeplanerin betont dabei, dass das Engagement ihres gesamten ländlich geprägten Landkreises besondere Würdigung erfährt, da sich Prävention und Gesundheitsförderung im kommunalen Setting ansonsten häufig auf urbane Lebenswelten konzentriert.

Auch der auf ministerieller Ebene tätige Interviewpartner verweist auf die Herausforderungen, präventive und gesundheitsförderliche Angebote für Seniorinnen und Senioren in der Fläche, das heißt im ländlichen Raum zu etablieren. Insbesondere wenn ältere Menschen nicht mehr alleine Autofahren können oder wollen, sei es entscheidend ihnen „in Pantoffelnähe, in Rollator-Nähe ein Angebot“ zu machen. Einige Senioreneinrichtungen und Pflegeheime in seinem Bundesland haben dies erkannt und versuchen Interessierte durch attraktive Angebote in ihre Räumlichkeiten zu locken:

„Da gibt es Träger, die machen sich über Mittagstischangebote für Senioren Gedanken und sagen: ‚Wir wollen die Leute erstmal zu uns kriegen‘. Dann kriegen sie frisch gekochtes, kostengünstiges Essen, was nicht so teuer ist wie in der Gaststätte, weil sie es sich nicht leisten können, was aber immer noch besser ist, als wenn sie daheim die Mikrowelle anwerfen, und sie sind unter Gleichgesinnten. Wenn die einmal unter Gleichgesinnten oder Gleichaltrigen sind, dann gemeinsam zu überlegen: ‚Was kann man miteinander anfangen? Wie kann man‘, sozusagen, ‚den Rest des Tages noch gemeinsam sinnvoll miteinander füllen?‘, das ist dann die zweite Stufe oder die zweite Herausforderung. Und dann erst an dritter Stelle, wenn man sozusagen die Leute ein Stückchen hat, gebunden hat, beschäftigt hat, dann kommt sozusagen dann der [...] pädagogische Anspruch: ‚Jetzt wollen wir euch noch erklären, was ihr Gutes für euch tun könnt, und wie sich das gesundheitlich auswirkt‘ (C15).

Der Interviewte berichtet von Einrichtungen, die Seniorinnen und Senioren schrittweise über interessante Ernährungs- und Freizeitangebote mit ihren präventiven und gesundheitsförderlichen Konzepten vertraut machen. Positiver Nebeneffekt sei zudem – hierauf weist der Befragte in seinen weiteren Ausführungen hin –, dass die Menschen aus ihrer sozialen Isolation und Einsamkeit geholt werden. Das Problem der Vereinsamungstendenzen wird auch von anderen Interviewten thematisiert. Strenge inhaltliche Vorgaben oder Qualitätsleitlinien für Interventionen würden hier nicht weiterhelfen oder können den Erfolg der Bemühungen auf lokaler Ebene gar konterkarieren. Leitlinien oder Richtlinien – so die Schlussfolgerung der Akteure – müssen dem vordringlichen Ziel, die Menschen aus ihrer Einsamkeit zu holen, untergeordnet werden. Wichtiger als inhaltliche Vorgaben sei es, die Menschen überhaupt zu erreichen. Ist der Zugang geschaffen, kann damit begonnen werden die Seniorinnen und Senioren für den gesundheitlichen Mehrwert präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen zu begeistern.

Dennoch: Dort wo Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren geschaffen werden, stoßen sie auf positive Resonanz. Allerdings braucht es einen langen Atem und viel Geduld die Maßnahmen zu verstetigen. Bewegungsförderung funktioniert am besten dann, wenn die bewegungsför-

dernden Elemente – quasi unbemerkt von den Rezipientinnen und Rezipienten – in alltägliche Routinen eingebettet werden. Stellen sich erste Trainingseffekte ein, wird es umso leichter Seniorenkreisleiterinnen und -leiter sowie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von der Sinnhaftigkeit der Maßnahmen zu überzeugen:

„Oder: ‚ich komme leichter die Treppe hoch, weil wir uns bewegen.‘ Also das sind schon so Rückmeldungen von einzelnen Seniorenkreisleitern. Die dann auch ganz stolz sind, dass das geklappt hat in ihrem Kreis“ (C13).

Die weiteren, unter dem Stichwort Handlungsbedarf beschriebenen Herausforderungen berühren vorwiegend die organisatorisch-konzeptionelle Ebene. Thematisiert wird der demographische Wandel und seine Auswirkungen auf die traditionell im kommunalen Raum vorzufindenden Angebote im Bereich Freizeit und Sport. Das Engagement von Sportbund und lokalen Sportvereinen wird von den Befragten geschätzt. Allerdings müssen sie den veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden. Den örtlichen Sportvereinen sollte es beispielsweise nicht mehr darum gehen, alle paar Monate „hundert Leute“ zu einer gemeinsamen Wanderung oder eine Langstreckenfahrradtour zu versammeln. Präventive Effekte seien hiervon nicht zu erwarten – vielmehr müsse der Fokus auf regelmäßige Aktivitäten gelegt werden und die unterschiedlichen Leistungsniveaus der Teilnehmerinnen und Teilnehmer berücksichtigen. Dabei geht es auch darum, alltagspraktische Fragen zu beantworten:

„Wie gehen die Sportvereine mit den älter werdenden Menschen in ihren Reihen um? Also was mache ich eigentlich, wenn in meiner Gymnastikgruppe ein Dementer ist? Schmeiß‘ ich den dann raus oder integriere ich den in meine Gymnastikgruppe? Das sind so die Herausforderungen, die mir da noch einfallen“ (C13).

Die Kommentierende schildert lebensnah, mit welchen Herausforderungen sich die Akteure im kommunalen Setting konfrontiert sehen. Konkret geht es um die Frage, wie beispielsweise dementiell Erkrankte in die vorgehaltenen Angebote inkludiert werden können.

Ein Beispiel für die gelungene Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im sozialen Nahraum beschreibt die Kooperation zwischen einem bundesweiten Anbieter von Präventionsmaßnahmen für Seniorinnen und Senioren und einer Wohnungsbau betreibenden „Siedlungsgesellschaft“. Im Rahmen eines Wohnungsbauprojekts für sozial schwache ältere und alte Menschen („Personen mit Wohnberechtigungsschein“; C12) nehmen die Bewohnerinnen und Bewohner seit 10 Jahren an einer zweimal in der Woche angebotenen Präventionsmaßnahme teil. Dabei wird besonderer Wert darauf gelegt, die Mieterinnen und Mieter zu befähigen, möglichst lange in ihrer vertrauten Wohnumgebung zu verbleiben und den Eintritt in ein Pflegeheim zu vermeiden. Hierzu stellt die Wohnungsbaugesellschaft kostenlose Übungsräume zur Verfügung und trägt darüber hinaus 50% der Teilnahmegebühren der Bewohnerinnen und Bewohner.

1.9.4.2 Die Wahrnehmung rechtlicher Regelungen für qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit

Der Leitfaden Prävention fördert Prävention und Gesundheitsförderung und wird als Herausforderung wahrgenommen

Die Befragten reagieren zurückhaltend auf die Frage nach rechtlichen Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit und ihrer Bewertung („Nein, also da ist mir konkret weiter erstmal nichts bekannt.“; C15). Angeführt wird der § 20 SGB V und die sich darüber eröffnenden Finanzierungsmöglichkeiten. Allerdings werden die hierzu im Leitfaden Prävention der GKV-Spitzenverbände formulierten Anforderungen als zu hoch wahrgenommen:

„Wenn Sie sich mal anschauen, sie müssen Krankengymnast, Physiotherapeut, Diplom-Sportlehrer sein, um so ein Angebot abhalten zu können. Und das Altenheim soll sie bezahlen. Dann wird die finanzielle Belastung für das Altenheim wiederum so groß, dass sich das wirtschaftlich nicht rechnet, weil ja das Altenheim zumindest immer noch in den Köpfen nichts dafür bekommt, dass Sie für die Bewohner präventiv arbeiten. Ihre Aufgabe ist ja Pflege. Das ist ja Reha und Therapie, aber das ist nicht Prävention und deswegen haben wir halt gesagt, wir greifen auf das Personal zurück, was eben in diesen Einrichtungen schon tätig ist“ (C12).

Der Befragte berichtet von Versuchen die Kosten für im Setting Pflegeheim erbrachte präventive Leistungen über die Krankenkassen abzurechnen. Die im Leitfaden Prävention gestellten Personalanforderungen können hier offenbar nur selten erfüllt werden. Dabei spielt jedoch eine Rolle, dass die Träger der Heime den – mittelfristig auch finanziellen – Nutzen derartiger Leistungen noch nicht voll erkannt haben und das Gefühl entsteht, ohne feste Aussicht auf Refinanzierung in Vorleistung treten zu müssen. Der Rückgriff auf in den Heimen vorhandenes Personal scheint das Problem nur bedingt zu lösen:

„Das absolut Negativste in dem Bereich, was wir erlebt haben und das auch nicht nur einmal, ist eben, dass zum Beispiel bei dem systematischen Angebot, was wir machen bei [Bundesweites Präventionsprogramm für Senioren]²⁷, Häuser eine Teilnahme abgelehnt haben, weil das Angebot, und das ist jetzt Zitat wortwörtlich, ‚den finanziellen Interessen des Hauses widerspricht‘“ (C12).

Das Management einiger Heime scheint nicht über die durch § 87a SGB XI gegebenen Möglichkeiten informiert, wonach die durch präventive Leistungen erreichte Neueinstufung in eine niedrige Pflegestufe über Bonuszahlungen seitens der Krankenkassen refinanziert werden kann. Entsprechend werden präventive Leistungen für die Bewohnerinnen und Bewohner als potentielle Bedrohung für die Gewinnaussichten der Häuser wahrgenommen. Die weiteren Ausführungen des Interviewten untermauern diese Einschätzung. Er berichtet von Aussagen, wonach die Neueinstufung in eine niedrige Pflegestufe durch die Medizinischen Dienste

²⁷ Zur Wahrung der dem Interviewten zugesagten Anonymität wurde der Name des genannten Programms maskiert.

der Krankenkassen von Heimleitungen mit der Notwendigkeit Personal zu entlassen gleichgesetzt wird. Bei der ablehnenden Haltung der Träger spielt das Argument – hierauf weist ein anderer Befragter hin –, dass das Personal für die Umsetzung präventiver Maßnahmen geschult werden muss und während dieser Zeiten nicht für die Routineversorgung zur Verfügung steht, ebenfalls eine gewichtige Rolle.

Auch andere Befragte erfahren die im GKV-Leitfaden Prävention vorgegebenen Standards als zu eng gefasst. Die unsicheren Erfolgsaussichten führen demnach dazu, dass auf eine Antragstellung verzichtet wird. Zudem erscheinen diese und andere Leitlinien kontextabhängig als nicht angemessen, da die Fixierung auf evaluierte bzw. qualitätsgesicherte Maßnahmen die kreative und die soziale Teilhabe fördernde Partizipation der Zielgruppen am Entwurf und der Ausgestaltung der Angebote unterbinden würde. Die Akteure befürchten, dass die vorgeschlagenen bzw. finanzierten Maßnahmen so gegebenenfalls an den tatsächlichen Bedarfen der jeweiligen Zielgruppen vorbeigeplant werden.

Ein im Hinblick auf den Leitfaden Prävention besonders kritischer Interviewpartner stellt auch der in Essen angesiedelten und vom Verband der Ersatzkassen e.V. sowie dem BKK Dachverband e.V. getragenen Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) schlechte Noten aus. Das dort tätige Personal – so der Kern seiner Aussagen – sei zu wenig fachlich geschult und halte sich zu starr an bürokratische Vorgaben – eine Erfahrung, die viele seiner Kolleginnen und Kollegen teilen würden und den Kommentaren in einschlägigen Internetforen entsprächen.

Ein Interviewter verweist bei der Frage nach gesetzlichen Grundlagen auf die in den Bereich der pflegerischen Versorgung zielenden Expertenstandards (Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz, Ernährungs-Management, Förderung der Mobilität) des DNQP und nennt darüber hinaus die Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) für die Gemeinschaftsverpflegung älterer Menschen. Zudem vermutet er bestehende Leitfäden und ähnlichen Vorgaben, die durch die Wohlfahrtsverbände und andere Träger von Senioreneinrichtungen erstellt und angewandt werden. Auch die nationalen Gesundheitsziele sowie Arbeitshilfen des Bundesgesundheitsministeriums („Aktiv werden für Gesundheit“; C13) werden genannt. Große Hoffnung auf Verbesserung verbinden einige Interviewte mit dem zwischenzeitlich verabschiedeten Präventionsgesetz.

Die Möglichkeit qualitätsorientierter Vorgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit wird kontrovers diskutiert

Qualitätsorientierte rechtliche Regelungen für Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit sind den Interviewten nicht präsent:

„Also ich meine, wenn Geld drin steckt, dann wird der Geldgeber immer irgendwie noch mal Rechenschaft verlangen. Aber ich kenne jetzt keine explizi-

ten Qualitätssicherungsregelungen in diesem offenen Bereich. Also kann ich jetzt nicht sagen“ (C16).

Das voranstehende Zitat steht exemplarisch für die Antworten auf die Frage nach Qualitätsvorgaben für den Bereich der freien Seniorenarbeit. Explizite rechtliche Regelungen für die Qualität der Angebote und Leistungen sind nicht existent bzw. den Akteuren nicht bekannt. Verwiesen wird auf qualitätsorientierte Richtlinien sowie etwaige Dokumentations- und Evaluationsanforderungen von Leistungsträgern und Finanziers.

Die im Sinne von Rechenschaftsberichten verstandenen Dokumentations- und Evaluationsanforderungen werden begrüßt, da auf diese Weise der Veruntreuung von (Förder-) Geldern entgegengewirkt und die Akteure gezwungen würden, ihre Angebote bewusst zu planen und dabei fachliche Standards zu berücksichtigen. Entsprechend positiv werden Bestrebungen beschrieben, die Partizipation von Seniorinnen und Senioren auf lokaler Ebene auch gesetzlich zu stärken („Seniorinnenmitwirkungsgesetz“). Gleichwohl wird vor einer Überregulierung gewarnt. Zu viele Qualitätsvorgaben könnten das ehrenamtliche Engagement in der freien Seniorenarbeit bremsen:

„Ich höre auch sehr oft, wenn ich mit Senioren rede, die sagen: ‚Naja, wenn wir erst einen fünfseitigen Rechenschafts- und Verwendungsnachweisbericht schreiben müssen, über das, was wir mit ein paar Hundert Euro getan haben, dann lassen wir es bleiben, und organisieren es lieber gleich selber und brauchen das nicht“ (C15).

Die häufig von ehrenamtlich Engagierten getragenen kommunalen Angebote – so die im vorab wiedergegebenen Zitat enthaltenen Hinweise – dürfen nicht durch zu starre Qualitätsmaßstäbe und Dokumentationsanforderungen abgewürgt werden. Schon jetzt gelten aufwändige Antragsverfahren und Dokumentationsanforderungen im Hinblick auf die verwendeten Fördergelder als Belastung und Hemmnis. Die ehrenamtlich Engagierten erleben die mit dem „Papierkrieg“ verbundenen Verfahren als unnötigen Stress. Dies insbesondere auch deshalb, weil für sie nicht nachvollziehbar ist, weshalb für Fördersummen von maximal wenigen hundert Euro im Jahr ein solcher administrativer Aufwand zu treiben ist. Gleichwohl weisen die Interviewten darauf hin, dass es völlig ohne Verwendungsnachweise auch nicht funktionieren würde. Da es sich um öffentliche Gelder handelt, muss deren sachgerechte Verwendung durch ein Mindestmaß an Kontrolle sichergestellt sein.

Positiv werden die inhaltlichen und qualitätsorientierten Leitlinien beispielsweise des Deutschen Turnerbundes (DTB) und des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) hervorgehoben. Wie darüber hinausgehende Qualitätssicherungsverfahren für die auf kommunaler Ebene verorteten Freizeit-, Sport- und Prävention und Gesundheitsförderung-Angebote sinnvollerweise aussehen könnten, bleibt den Befragten jedoch unklar. Dabei spielt auch eine Rolle, dass zu starre inhaltliche Vorgaben im Hinblick auf die innere Struktur der Angebote dem Interesse und

Engagement der freiwillig Engagierten sowie der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zuwiderlaufen:

„Es ist wie überall in der Gesellschaft – wenn jemand ein fertiges Programm vorgesetzt kriegt, und da mitmachen kann, oder auch nicht, führt das in aller Regel nicht dazu, dass diese Programme besonders kreativ funktionieren, und es führt in aller Regel auch nicht dazu, dass das von Menschen auf Dauer angenommen wird. Ich wünsche mir, wie [es] beispielsweise im Jugendhilfebereich üblich ist, zu sagen: Erstens, man muss die Leute dazu bringen, dass sie mitmachen, selber Ideen mitentwickeln und umsetzen. Es gibt nichts Schlimmeres, als wenn Sie Senioren sozusagen einen festen Plan vorlegen und sagen: ‚Das findet in nächsten halben Jahr an jedem Dienstag der Woche statt.‘“ (C15)

Sollen die Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf Dauer etabliert werden, muss den avisierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit gegeben werden die Angebote inhaltlich mit zu gestalten. Sonst laufen sie Gefahr nicht angenommen zu werden und werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer – wie der Befragte weiter ausführt – träge. Eine solche Entwicklung würde jedoch den Prinzipien der freien Seniorenarbeit entgegenstehen. Seinen Erfahrungen nach kommt es besonders darauf an, dass ältere und alte Menschen geistig und körperlich beweglich bleiben. Dies sei jedoch nur zu erwarten, wenn sie entsprechend gefordert werden. Qualitätssicherung – darauf weist ein anderer Interviewter hin – ist in der freien Seniorenarbeit nur über die Fort- und Weiterbildung von Gruppenleiterinnen und -leitern möglich. Die vor Ort engagierten müssten begleitet, und dürfen nicht alleine gelassen werden. Es kommt darauf an, immer als Ansprechpartner für Rückfragen und Rückkoppelung der Erfahrungen zur Verfügung zu stehen.

Als möglicher qualitätsorientierter Rahmen und geeigneter Ort zur Etablierung von kommunaler Prävention und Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren werden die im Zusammenhang mit dem Bundesmodellprojekt „Mehr Generationen Haus“ geschaffenen, generationsübergreifende Treffpunkte genannt. Dabei wird betont, dass sich Kommunen zu entsprechenden Projekten bekennen und sich an ihnen finanziell beteiligen müssen. Die Förderrichtlinien des Bundes würden zudem qualitative Beschreibungen bzw. Tätigkeitsberichte, Nutzer- und Veranstaltungszahlen sowie Aussagen zum Stand der Förderung des ehrenamtlichen Engagements vor Ort verlangen. Den Themen Alter und Pflege würde im Konzept der Mehrgenerationenhäuser zudem viel Aufmerksamkeit zuteil. Begrüßt werden darüber hinaus solche Internetdatenbanken, die evaluierte und qualitätsgesicherte sowie themenspezifische Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung beschreiben und als Handlungsleitfaden zur Verfügung stellen.

1.9.6 Diskussion und Fazit

Gesetzliche und qualitätsorientierte Grundlagen spielen – das haben die empirischen Daten deutlich gemacht – in der gegenwärtigen Praxis der im kommunalen Raum verorteten Prävention und Gesundheitsförderung für Ältere eine untergeordnete Rolle. Sie werden dann relevant, wenn es um leistungsrechtliche Bestimmungen bzw. die Möglichkeiten der Akquise finanzieller Förderung geht. Insbesondere für nicht professionelle, ehrenamtliche Akteure stellen die darin formulierten und mit der Antragsstellung verbundenen Anforderungen eine schwer zu überwindende Hürde dar. Zudem haben nicht alle Träger von Pflegeheimen und Senioreneinrichtungen den versorgungsrelevanten Mehrwert präventiver und gesundheitsförderlicher Leistungen für Ihre Zielgruppen erkannt; bzw. sähen ihre wirtschaftlichen Gewinnaussichten aufgrund der als zu hoch wahrgenommenen qualifikatorischen Anforderungen an das Personal geschmälert. Gleichwohl äußerten sich die im Rahmen dieser Untersuchung befragten Akteure positiv über die qualitätssichernde und Missbrauch vorbeugende Wirkung der Antragsverfahren, inhaltlichen Vorgaben und Dokumentationspflichten. Es deutet sich an, dass die zukünftige Definition der Antragsberechtigung bzw. die daran gebundene Vergabepraxis der GKV stärker zwischen professionellen und ehrenamtlichen Akteuren differenzieren sollte. Zu diskutieren ist ferner, inwieweit die ebenfalls gesundheitsrelevante Wirkung niedrigschwelliger und vornehmlich teilhabefördernder Interventionen berücksichtigt werden kann. An die Adresse der Fachwelt ist die Forderung zu formulieren, für realisierbare und an den Möglichkeiten und Bedarfen der im kommunalen Raum Aktiven orientierte Qualitätssicherungsinstrumente zur Verfügung zu stellen. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der hier dokumentierten Erfahrungen ist dabei besonders darauf zu achten, dass Leitlinien und Projektvorgaben den kommunalen Akteuren und ihren Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausreichend Gestaltungsspielraum lassen. Ausschließlich von außen vorgegebene Inhalte und Zielvorgaben können sich negativ auf die Motivation und Teilnahmebereitschaft auswirken.

Prävention und Gesundheitsförderung haben ihren Weg in die kommunale Versorgungs- und Angebotslandschaft gefunden. Vieles – so lassen sich die Kommentare und Statements der Interviewten interpretieren – wurde in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten richtig gemacht. Große Hoffnung verbindet sich mit den im Zuge der Verabschiedung des Präventionsgesetzes beschlossenen gesetzlichen Veränderungen. Deutlich wird jedoch auch, dass das Konzept von Prävention und Gesundheitsförderung im kommunalen Setting, die damit verbundenen Ziele und Strategien, noch nicht überall präsent und verstanden sind. Auch aus fachlicher Sicht wird es zukünftig also weiter darauf ankommen für die Etablierung von Prävention und Gesundheitsförderung im kommunalen Setting zu werben und ihre konzeptionelle Ausrichtung, sowie den gesundheitlichen Mehrwert auch in bisher nicht erreichten Bevölkerungsgruppen bekannt zu machen. Sowohl konzeptionell Tätige, als auch die vor Ort mit der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung Befassten müssen sich den mit dem demographischen

Wandel verbundenen Herausforderungen stellen und Wege aufzeigen, wie inklusive Strategien auch im Rahmen von kommunalen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten realisiert werden können.

Die große Vielfalt der von den Interviewten genannten Anbieter und Akteure im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung spiegelt die jeweils unterschiedlichen lokalen und föderalen Rahmenbedingungen wieder. Im Hinblick auf die Rezipientinnen und Rezipienten der präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen deutet sich an, dass sich die Bemühungen weiterhin auch und insbesondere auf die schwer erreichbaren Zielgruppen richten müssen. In Bezug auf die Konzepte und Inhalte von Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit wird es darauf ankommen, sich weniger auf projektartige bzw. maßnahmenorientierte Umsetzung zu konzentrieren. Der Fokus – diese Schlussfolgerung ist aus den geschilderten Erfahrungen der Interviewten zu ziehen – ist auf die präventive und gesundheitsförderliche Gestaltung der Alltagsroutinen und die strukturelle Integration von Prävention und Gesundheitsförderung in die Lebens-, Wohn-, , Arbeits- und Freizeitwelten zu legen. Im Zusammenhang mit Prävention und Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren ist eine, in einem umfassenden Assessment zu den lokalen Strukturen und Akteuren gründende, kommunale Altenhilfeplanung ein entscheidender Faktor. Prävention und Gesundheitsförderung ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu denken und zu konzipieren.

Auf Basis dieser Erkenntnisse lassen sich folgende Empfehlungen formulieren:

- Die Fachwelt ist aufgerufen sich verstärkt mit der Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren für Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit zu befassen. Dabei ist darauf zu achten, dass die zu entwickelnden Verfahren von ehrenamtlich Tätigen anwendbar sind und nicht zu einem Rückgang freiwilligen Engagements führen.
- Die konzeptuelle Fortentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren muss stärker auf die präventive und gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten, der kommunalen und quartiersspezifischen Strukturen und Routinen abzielen. Prävention und Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren ist daher verstärkt als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aller (kommunalen) Akteure zu denken. Dabei ist besonders darauf zu achten, dass die spezifischen Bedarfe der Zielgruppen berücksichtigt werden.
- Die konzeptuelle Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit muss sich verstärkt inklusiven Strategien öffnen.
- Das Konzept von Prävention und Gesundheitsförderung in der freien Seniorenarbeit sowie der gesundheitliche Mehrwert muss weiteren, bisher nicht erreichten Bevölkerungsschichten und Leistungsträgern zugänglich gemacht werden.

1.10 Literatur

- Arbeitskreis Gesundheit der vhs-Landesverbände (Hg.) (2001): Qualitätsbausteine für die Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Online verfügbar unter http://www.dvv-vhs.de/fileadmin/user_data/PDF/Arbeitsschwerpunkte/Praevention/Qualitaetsbausteine.pdf, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- ARL (2014): Umwelt- und Gesundheitsaspekte im Soziale Stadt. Ein Plädoyer für eine stärkere Integration, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- Bauer, U. (2005): Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Univ., Diss.--Bielefeld, 2004. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, R., Kortendieck, B. (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. Aufl.
- Bertelsmann Stiftung (2008): Kommunen schaffen Zukunft. Grundsätze und Strategien für eine zeitgemäße Kommunalpolitik.
- Buldrich, B., Lenz, I., Metz-Göckel, S., Müller, U., Schäfer, S. (2010): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. Aufl. Hg. v. Becker, R., Kortendieck, B. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss (Geschlecht und Gesellschaft, 35).
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit: VV Städtebauförderung 2014. Online verfügbar unter http://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/SharedDocs/Publikationen/StBauF/VVStaedtebaufoerderung2014_Liste.pdf;jsessionid=6BDFD1F93C88BBB3614CF15D128FE14F.live1042?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit (2015): VV zur Städtebauförderung 2015. Online verfügbar unter http://www.staedtebaufoerderung.info/StBauF/SharedDocs/Publikationen/StBauF/VVStaedtebaufoerderung2014_Liste.pdf;jsessionid=6BDFD1F93C88BBB3614CF15D128FE14F.live1042?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- Bundesverwaltungsamt (Hg.): Das CAF-Modell. Online verfügbar unter http://www.bva.bund.de/DE/Organisation/Abteilungen/Abteilung_VMB/CAF/Deutsches_CAFZentrum/05_caf_modell/caf_modell_node.html, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- Bundeszentrale für politische Bildung: Partizipation | bpb. Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/pocket-politik/16528/partizipation>, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- Burgi, M. (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos (Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, 15).
- Cordes, M. (2010): Gleichstellungspolitiken. Von der Frauenförderung zu Gender Mainstreaming. In: Buldrich, B., Lenz, I., Metz-Göckel S., Müller, U., Schäfer, S.: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. Aufl. Hg. v. Becker, R., Kortendieck, B. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss (Geschlecht und Gesellschaft, 35).

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Qualitätsverbund Qualifizierung. Online verfügbar unter <http://www.dguv.de/de/praevention/aus-weiterbildung/qvq/index.jsp>, zuletzt geprüft am 11.06.2015
- Diversity und Diversity Management | Unternehmensinitiative Charta der Vielfalt. Online verfügbar unter <http://www.charta-der-vielfalt.de/startseite.html>, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- DOSB (2015): Der Deutsche Olympische Sportbund : Qualitätskriterien. Online verfügbar unter <http://www.dosb.de/index.php?id=14027>, zuletzt aktualisiert am 19.05.2015, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- DOSB (2015): Der Deutsche Olympische Sportbund : SPORT PRO GESUNDHEIT. Online verfügbar unter <http://www.sportprogesundheit.de/de/sport-und-gesundheit/die-qualitaetssiegel/sport-pro-gesundheit/>, zuletzt aktualisiert am 19.05.2015, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- Frohlich, K.L., Potvin, L. (2008): Transcending the Known in Public Health Practice. In: *Am J Public Health* 98 (2), S. 216–221. DOI: 10.2105/AJPH.2007.114777.
- gesundheitsziele.de (2014): Gesundheitsziele der Länder. Online verfügbar unter <http://gesundheitsziele.de/>, zuletzt aktualisiert am 14.05.2014, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- GKV Spitzenverband (2014): Leitfaden Prävention.
- GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. In Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene. Hg. v. Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V. GKV Spitzenverband. Berlin.
- Hollbach-Grömig, B., Seidel-Schulze, A. (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene. Eine Bestandsaufnahme. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 33). Online verfügbar unter <http://www.bzga.de/pdf.php?id=4f48068af23e8cf87f21d794b268f266> zuletzt geprüft am 20.06.2015.
- Holleder, A. (2015): Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. In: *Gesundheitswesen* 77 (03), 161–167. DOI: 10.1055/s-0033-1361109.
- Kommunale Spitzenverbände/GKV-Spitzenverband: Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenkassen zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Praev_Gefoe_Kooperationsempfehlung_Komm_SpiV-GKV_Kommune.pdf, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: Familie als Setting der Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/familie-als-setting-der-gesundheitsfoerderung>, zuletzt geprüft am 11.06.2015.

- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: Good Practice-Kriterien in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/>, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- Kuhlmann, A., Koch, K. (2009): Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund. Dortmund.
- Landeshauptstadt München; Referat für Gesundheit und Umwelt: Rundum gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern.
- Luthe, E.-W. (2013): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Imprint: Springer VS.
- Merchel, J. (2013): Qualitätsentwicklung in der örtlichen Kinder- und Jugendhilfe. Orientierungshilfen zur Umsetzungen der Regelungen in §§79, 79a SGB VIII. Expertise im Auftrag des LWL-Landesjugendamtes Westfalen und des LVT-Landesjugendamtes Rheinland. Online verfügbar unter https://www.lwl.org/lja-download/pdf/Expertise_Umsetzung_79_und_79a_SGB_VIII.pdf, zuletzt geprüft am 11.06.2015
- Naegele, G. (2004): Gesundheitsförderung und Prävention für das höhere Alter – ein neues Handlungsfeld für die Sozialpolitik. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, S. 20–26.
- Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.) (2015): Gesundheitsregionen Niedersachsen |. Unter Mitarbeit von Schmidt. Online verfügbar unter http://www.ms.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=28254&article_id=119925&psmand=17, zuletzt aktualisiert am 29.05.2015, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- Stiegler, B. (2010): Gender Mainstreaming. Fortschritt oder Rückschritt in der Geschlechterpolitik? In: B Buldrich, I Lenz, S Metz-Göckel, U Müller und Sabine Schäfer: Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie. 3. Aufl. Hg. v. Ruth Becker und Beate Kortendieck. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss (Geschlecht und Gesellschaft, 35), S. 933.
- UVP Gesellschaft e.V. (2014): Leitlinien Schutzgut Menschliche Gesundheit. Für eine wirksame Gesundheitsfolgenabschätzung in Planungsprozessen und Zulassungsverfahren.
- Walter, U., Robra, B.-P., Schwartz, F. W. (2012). Prävention. In: F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M. L. Dierks, R. Busse & N. Schneider (Hrsg.). Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen (3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Aufl.) München: Elsevier.
- Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- Wright, M. (2008): Stufen der Partizipation. Online verfügbar unter <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html>, zuletzt geprüft am 11.06.2015.
- WHO Regionalbüro für Europa: Gesunde Städte - Gesunde Menschen. Eine starke bürgernahe Bewegung für Gesundheit. Online verfügbar unter <http://www.gesunde->

staedte-netzwerk.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/gesunde_staedte.pdf, zuletzt geprüft am 11.06.2015.

WHO (1986) Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt geprüft am 11.06.2016

Wolff, R. et al. : (o.J.): Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Dialogische Qualitätsentwicklung im kommunalen Kinderschutz. Praxis Leitfaden. National Zentrum Frühe Hilfen, online verfügbar unter: <http://bib.bzga.de/anzeige/publikationen/titel/Praxisleitfaden%20-%20Dialogische%20Qualit%C3%A4tsentwicklung%20im%20kommunalen%20Kinderschutz/>, zuletzt geprüft am 11.06.2015

Gesetze wie angegeben in der jeweils gültigen Fassung.

2. Ergebnisse Setting Kindertagesstätte

Rechtliche Regelungen und Ergebnisse der Experteninterviews

Schauermann L, Walter U

Medizinische Hochschule Hannover,

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Experteninterviews

Gaede-Illig C, Castedello U

Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin

2.1 Einleitung

Unter dem Begriff Kindertagesstätte (KiTa) werden in Deutschland Einrichtungen der Kindertagesbetreuung zusammengefasst. Sie werden in Abhängigkeit vom Alter der Kinder unterteilt in Kinderkrippe (Altersgruppe unter 3 Jahren) und Kindergarten (Altersgruppe 3 bis 6 Jahre). Bei der KiTa handelt es sich primär um Einrichtungen der institutionellen Betreuung von Kindern mit einem Erziehungs- und Bildungsauftrag auf freiwilliger Basis bei trägerspezifischen Verpflichtungen; eine Besuchspflicht wie für die Schule besteht nicht. Die freien Träger unterscheiden sich zwischen privat-gemeinnützig und privat-nichtgemeinnützig. Durch das Subsidiaritätsprinzip gilt in der Kindertagesbetreuung eine Arbeitsteilung zwischen freien und öffentlichen Trägern. Die öffentlichen Träger haben als örtliche und überörtliche Träger die rechtzeitige und ausreichende Bereitstellung von Angeboten der Kindertagesbetreuung zu gewährleisten (Lange 2007, S. 104).

Nach dem Statistischen Bundesamt (2015) besuchten am 01.03.2015 insgesamt 3.341.786 Kinder aller Altersgruppen (0-14 Jahren) Kindertageseinrichtungen in Deutschland. Davon waren mit 36,2% weniger Kinder in einer öffentlichen Einrichtung als mit 63,8% in einer Einrichtung freier Trägerschaft. Insgesamt besuchen mehr Kinder Einrichtungen in freier Trägerschaft als Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft. Im Alter von null bis unter drei Jahren (nur Krippe: 36.879 Kinder) besuchen nur 1,1% aller Kinder Betreuungseinrichtungen. Davon sind deutlich mehr Kinder in Einrichtungen freier Trägerschaft (75,5%) als in öffentlicher (24,5%). Anders ist es in der Altersgruppe von Zwei- bis unter Achtjährigen (ohne Schulkinder), von denen insgesamt 861.283 (25,8%) in Tageseinrichtungen betreut werden. Dabei ist auch in dieser Altersgruppe der Anteil an Kindern in KiTas in freier Trägerschaft höher (65,8%), als in öffentlicher Trägerschaft (34,2%) (Abbildung 11).

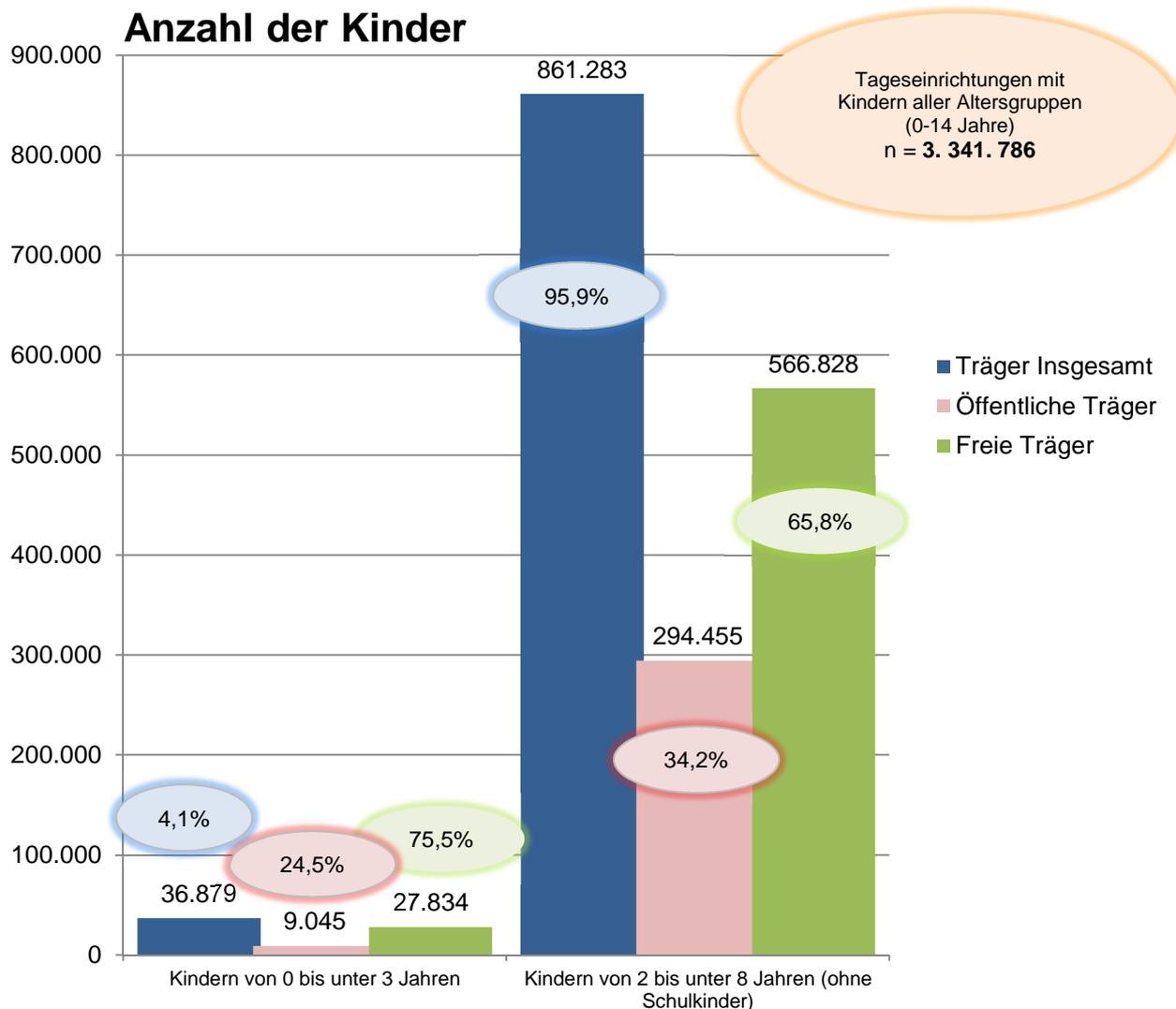


Abbildung 11: Kinder in Tageseinrichtungen nach Alter und Trägerschaft am Stichtag 01.03.2015, (Statistisches Bundesamt 2015)

Es bestehen deutliche Differenzen zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Verteilung der Trägerschaft des Paritätischen, der Diakonie und der Caritas (Abbildung 12). In Süddeutschland sind katholische Träger mit 30,1 % in Bayern und 21,6 % in Baden-Württemberg weit verbreitet. KiTas protestantischer Träger befinden sich vermehrt in norddeutschen Ländern. In Schleswig-Holstein trägt die Diakonie 31,7 % und in Bremen 21,9 % der KiTas. Privat-nichtgemeinnützige Träger sind meist nur regional vertreten z.B. in Hamburg mit 17,8 %, wo viele ehemalige KiTas in öffentlicher Trägerschaft in die „Hamburger Vereinigung“ überführt wurden (Bertelsmann Stiftung 2014).

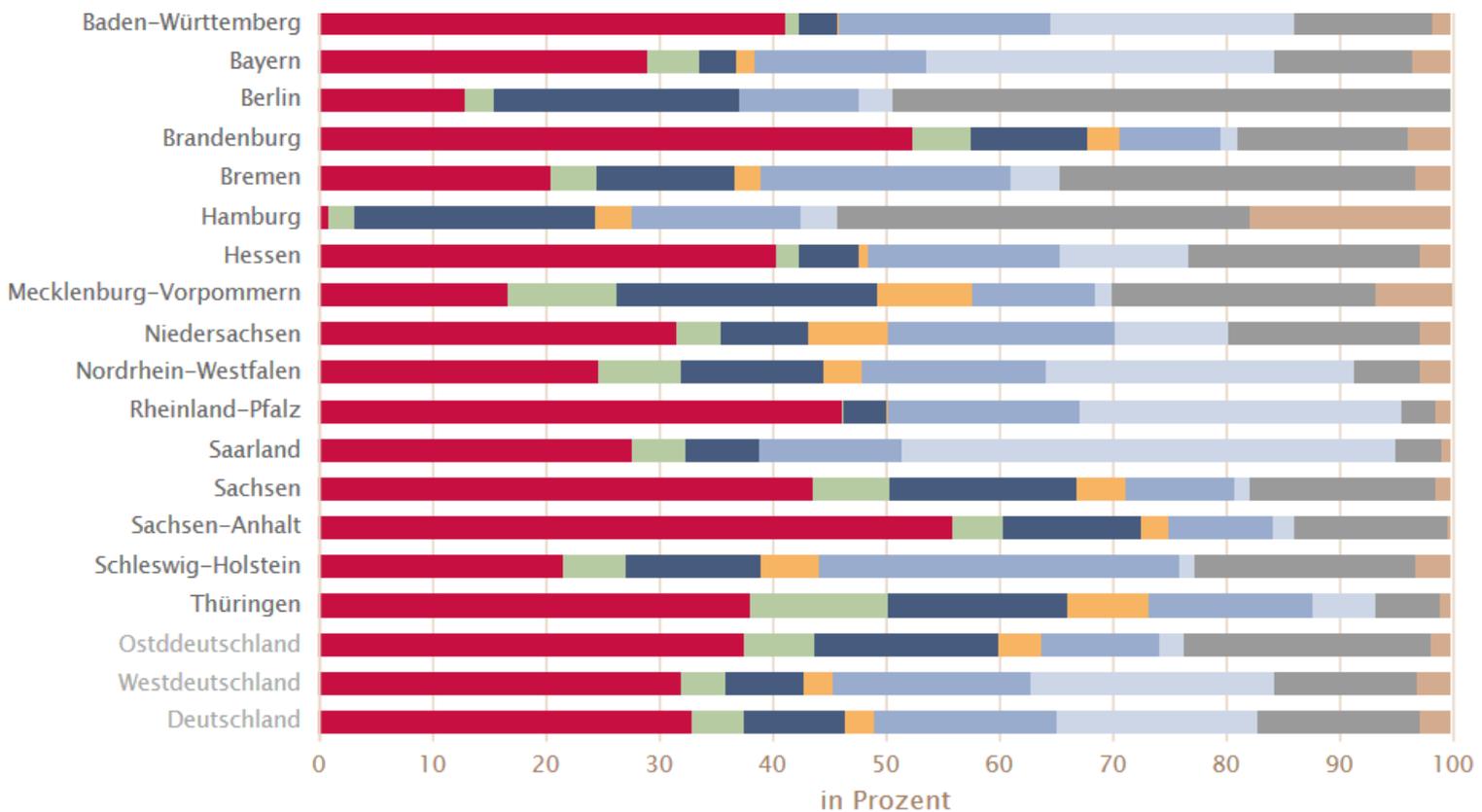


Abbildung 12: Kindertagesstätten nach Trägern; Ländermonitor Stichtag 01.03.2014, Anteil der KiTas nach Art des Trägers in % (Bertelsmann Stiftung 2014)



2.2 Methodik

Mittels Internetrecherche und Fachliteratur wurden die rechtlichen Regelungen und nachfolgenden Empfehlungen aller Gesetzesebenen (Supranational, Bund und Land) aller 16 Bundesländer zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Qualitätssicherung im Setting KiTa gesichtet und analysiert. Diese Recherche erfolgte im Zeitraum von Juli 2014 und Januar 2015. Nach diesem Zeitraum verabschiedete Regelungen, Aktualisierungen sind nicht berücksichtigt. Eine vollständige Erfassung kann trotz intensiver Sichtung nicht gewährleistet werden.

Expertinnen und Experten aus Landesministerien (n=2), privaten/öffentlichen (n=5) gemeinnützigen/kirchlichen Trägern (n=13) und der Wissenschaft (n=4) wurden mittels leitfadengestützten telefonischen und persönlichen Interviews (11/2014-02/2015) u.a. zu ihrer Wahrnehmung der Qualitätsroutinen befragt (Abbildung 13). Die Auswahl der Interviewten erfolgt nach den Kriterien des Expertenstatus für Kindertagesstätten durch den beruflichen Themenschwerpunkt (Prävention und Gesundheitsförderung sowie Qualitätssicherung), der Funktionsebene (keine Praktikerinnen und Praktiker) sowie der Trägerschaft. Der Leitfaden wurde je nach Fachgebiet und Funktionsebene des Interviewten (leicht) modifiziert. Eine erste Kontaktaufnahme erfolgte per E-Mail. Im Februar 2015 lagen 24 Interviews und eine schriftliche Stellungnahme vor. Die Interviews wurden transkribiert, softwaregestützt mit MAXQDA kodiert und ausgewertet. Die Interviews dauerten durchschnittlich 20-30 Minuten (min. 00:17:34, max. 01:15:39).

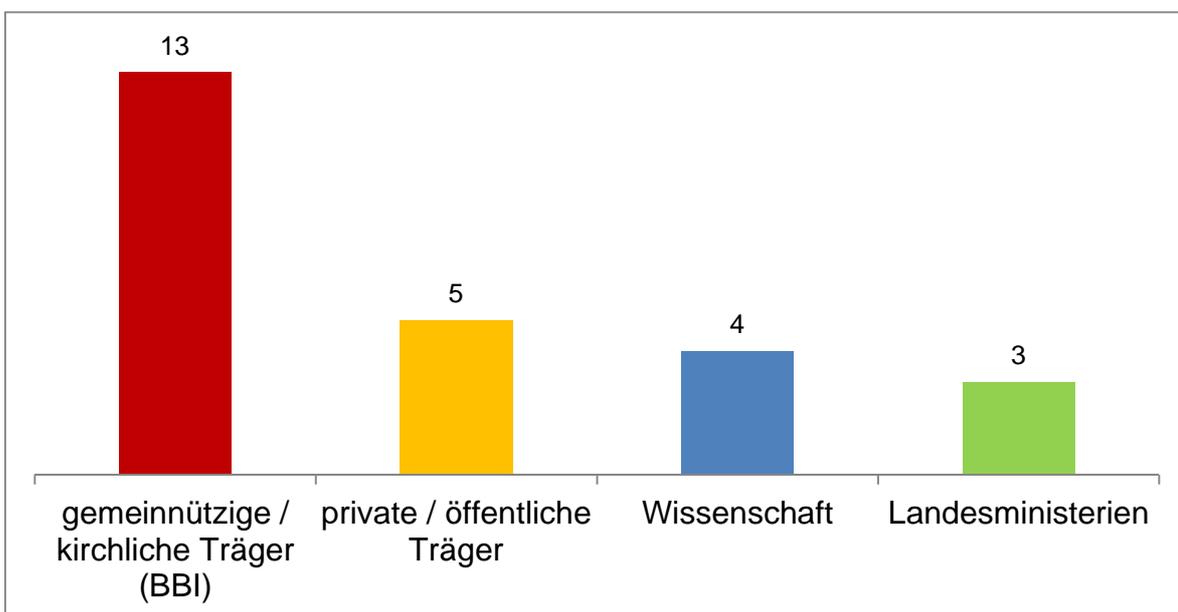


Abbildung 13: Interviewpartner (n=25) nach Tätigkeitsbereich

Um eine übergeordnete Sicht zur Qualitätssicherung und Prävention und Gesundheitsförderung im Setting KiTa zu erhalten, wurden drei Vertreter von Landesministerien (A09, A11, A12) und zwei Städtische Träger (A02, A10) befragt. Für die Abdeckung der öffentlichen Unternehmen in privater Trägerschaft wurden drei bundeslandübergreifende Träger (A04, A06, A08) ausgewählt und befragt. Über die überwiegend privaten Betreuungsplätze hinausgehend, bieten alle drei KiTa-Träger auch öffentliche und betriebliche Plätze an. Des Weiteren gehört auch nach dem Betreuungs- und Bildungsauftrag von Kindern im Alter von 0-6 Jahren die Beratung und Betreuung von Einrichtungen zu Ihrem Aufgabenprofil. Zudem wurden Expertinnen und Experten der Wohlfahrtsverbände befragt: für den freigemeinnützigen Bereich zwei Fachreferentinnen und Fachreferenten auf Bundesebene (BA01, BA05) sowie acht Fachreferentinnen und Fachreferenten (BA02-BA10) aus Landesverbänden. Weiterhin wurde ein Vertreter des Berliner Dach-

verbands für Kinder- und Schülerläden (BA11) sowie zwei für das Qualitätsmanagement zuständige KiTaleitungen kirchlicher Kindertageseinrichtungen (BA12-13) interviewt. Auch Expertinnen und Experten aus der Wissenschaft die sich mit der Lebenswelt KiTa befassen, wurden einbezogen. (A01, A07, A03, A05).

2.3 Gesetzliche Regelungen für die Kindertagesstätte

Die Lebenswelt KiTa wird in dieser Expertise unter dem Dachsetting der Kommune verortet, da eine Vielzahl von kommunal rechtlichen Regelungen, Empfehlungen und Verwaltungsvorschriften für die KiTa gelten. Im folgenden Kapitel werden die rechtlichen Regelungen und Empfehlungen in den 16 Bundesländern aufgezeigt und die Wahrnehmung durch Expertinnen und Experten dargelegt. Zum Abschluss werden die Erkenntnisse zusammengefasst und Empfehlungen formuliert. Die wichtigsten rechtlichen Regelungen auf Landes-, Bundes- und Supranationaler Ebene werden im folgenden Kasten dargestellt.

Auf supranationaler Ebene:

UN-Kinderrechts-Konvention

Auf Bundesebene:

Grundgesetz (GG),
Achstes Sozialgesetzbuch Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), Fünftes Sozialgesetzbuch Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V),
Bundeskinderschutzgesetz,
Infektionsschutzgesetz

Auf Landesebene:

Kindertagesstättengesetze der Länder (n=16)
nachgeordnete Bildungs-, Orientierungs- oder Erziehungspläne der Länder
ÖGD-Gesetze der Länder (Öffentlicher Gesundheitsdienst)

2.3.1 Supranationale Ebene

Mit der *UN-Kinderrechtskonvention*²⁸, welche 1992 in Deutschland in Kraft getreten ist, bekam das „Wohl des Kindes“ im Artikel 3 und die „Gesundheitsvorsorge“ mit dem „Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ im Artikel 24 einen hohen Stellenwert. Die Verpflichtungen der Vertragsstaaten definieren

²⁸ Die UN-Kinderrechtskonvention vom 20. November 1989 wurde von der Bundesrepublik Deutschland am 26. Januar 1990 unterzeichnet (Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 – BGBl. II S. 121). Am 6. März 1992 wurde die Ratifikationsurkunde beim Generalsekretär der Vereinten Nationen hinterlegt, welche am 5. April 1992 für Deutschland in Kraft getreten ist (Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 – BGBl. II S. 990).

sich im Absatz 2. Für den Bereich der Kindertagesstätte ist vor allem der Absatz 2e von Interesse: „Die Vertragsstaaten bemühen sich, die volle Verwirklichung dieses Rechts sicherzustellen, und treffen insbesondere geeignete Maßnahmen, um sicherzustellen, dass allen Teilen der Gesellschaft, insbesondere Eltern und Kindern, Grundkenntnisse über die Gesundheit und Ernährung des Kindes, die Vorteile des Stillens, der Hygiene und die Sauberhaltung der Umwelt sowie die Unfallverhütung vermittelt werden, dass sie Zugang zu der entsprechenden Schulung haben und dass sie bei der Anwendung dieser Grundkenntnisse Unterstützung erhalten“. Laut Bundeskinderschutzgesetz sollen die Träger eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung und Evaluation sicherstellen und Qualitätsmerkmale für die Sicherung der Rechte von Kindern in Einrichtungen und ihren Schutz vor Gewalt gewährleisten. Ähnliche Verpflichtungen finden sich auch in den Sozialgesetzbüchern (SGB V, SGB VIII, SGB XII) der Bundesrepublik Deutschland (Abbildung 14).



Abbildung 14: Auswahl der rechtlichen Regelungen (QS/PGF)

2.3.2 Bundesebene

Der Kindergartenbereich wird in Deutschland der Kinder- und Jugendhilfe zugeordnet, da die Kindertagesbetreuung ursprünglich aus der Fürsorge zur Unterstützung schwacher Familien entstand. Somit gibt der Bund mit dem SGB VIII²⁹ (Kinder- und Jugendhilfegesetz) den KiTas das Rahmengesetz vor und formuliert den Bildungsauftrag. Die Verantwortung dafür hat der Staat an die Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände übertragen. Die Finanzierung der Kindertagesstätten liegt zum größten Teil bei den Trägern selbst, dafür sind diese dem Bund gegenüber in ihrer Arbeit und deren Art und Weise der Umsetzung nicht eingeschränkt. Nach dem SGB VIII schließt der Träger mit den Eltern einen Betreuungsvertrag ab und beide Parteien einigen sich auf die Art und Weise der Betreuung in der jeweiligen Einrichtung und deren Konzeption (Diskowski 2012). Der *11. Bundesjugendbericht*³⁰ sieht erstmals für den Kinderbetreuungsbereich eine Neubestimmung der staatlichen Verantwortung in Form von finanziellen Leistungen zum Zwecke der Familienförderung und einer bedarfsgerechten Ausgestaltung der einzelnen Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe vor (BMFSFJ 2002, S. 10f, 78ff).

Auf Bundesebene wurde 1992 ein Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz erlassen, zum 01.01.1996 wurde dieser Rechtsanspruch konkretisiert und gilt für jedes Kind vom vollendeten dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt (§ 24 Abs. 1 SGB VIII). Seit dem 01.08.2013 besteht ein Rechtsanspruch auf Förderung in einer Tageseinrichtung oder in der Kindertagespflege für alle Kinder, die das erste Lebensjahr vollendet haben (§ 24 Abs. 2 SGB VIII). Zur Erfassung der in den Einrichtungen betreuten Kinder wurde 2005 das *Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz – KICK)*, verabschiedet. Dieses Gesetz enthält zahlreiche Ergänzungen und Erweiterungen für die Kinder- und Jugendhilfestatistiken. Eine wesentliche Änderung betrifft die Kindertagesbetreuung, bei der seit 2006 die in Einrichtungen betreuten Kinder, Kinder in mit öffentlichen Mitteln geförderter Kindertagespflege sowie Kindertagespflegepersonen erhoben werden. Für die Erfassung besteht eine Auskunftspflicht aller Akteure im Setting KiTa. Die Statistik der „Kinder und tätigen Personen in öffentlich geförderter Kindertagespflege“ ist in den §§ 98 bis 103 SGB VIII geregelt. Erhoben werden die in § 99 Abs. 7a SGB VIII enthaltenen Angaben, wie zum Beispiel a) Geschlecht, Geburtsmonat und Geburtsjahr sowie Schulbesuch, b) Migrationshintergrund sowie c) Betreuungszeit und Mittagsverpflegung (SGB VIII S. 143).

Die „Öffentliche Fürsorge“ wird im Grundgesetz (GG) Nr. 7 auf der Bundesebene durch das Kinder- und Jugendhilfegesetz (Art. 74 Abs. 1 SGB VIII) formuliert. Das

29 Das SGB VIII ist ein Instrument zur Vorbeugung, zur Hilfestellung und zum Schutz von Kindern und Jugendlichen. Das Gesetz verpflichtet die Jugendämter zur Hilfe und schafft den Rahmen für die Unterstützung von Sorgeberechtigten, Müttern sowie Vätern zum Wohle ihrer Kinder. Es soll Kindern und Jugendlichen Recht und Stimme verschaffen und Handwerkszeug sein für Fachkräfte und engagierte Menschen. Dazu sind alle gefordert.

30 http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/Elfter_Kinder_und_Jugendbericht.pdf (2002) Stand: 02.04.2015

Grundgesetz weist hier der öffentlichen Fürsorge unabhängig der einzelnen Ländergesetze die Gesetzgebungskompetenz für die Bundesrepublik Deutschland zu. Abweichend von der Grundregel, dass für die Gesetzgebung die Länder zuständig sind, fällt dem Bund durch die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz das Gesetzgebungsrecht zu. Macht der Bund davon Gebrauch, wie im Beispiel der „öffentlichen Fürsorge“, dann können die Länder in diesem Bereich grundsätzlich keine Gesetze mehr erlassen bzw. tritt schon bestehendes Landesrecht außer Kraft.

Eine vielfältige Trägerlandschaft ist auf der Bundesebene im SGB VIII § 3 Abs. 1 formuliert. Gewollt sind Träger mit unterschiedlichen Werteorientierungen, die vielfältige Inhalte, Methoden und Arbeitsformen anbieten, da die Autonomie des Trägers die Heterogenität des Angebots sichert und Chancen einer Weiterentwicklung des Systems bietet. Die Trägerpluralität ermöglicht den Eltern die Wahl zwischen unterschiedlichen Angeboten und stützt ihr Recht, die Grundrichtung der Erziehung zu bestimmen. Allerdings erschwert diese die Gewährleistung einer Kindertagesbetreuung mit vergleichbaren Standards.

Ein weiteres für KiTas relevantes Bundesgesetz ist das siebte Sozialgesetzbuch (SGB VII). Dieses bildet u.a. die Rechtsgrundlage für die gesetzliche Unfallversicherung für Kindertagesstätten. § 1 SGB VII legt die Aufgaben der Unfallversicherung für die Prävention, Rehabilitation und Entschädigung fest. Es enthält Regelungen zur Verhütung und zur finanziellen Entschädigung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation von Versicherten und zur Organisation der Unfallversicherungsträger. Kinder sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von öffentlichen/privaten Einrichtungen sind über die Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) bzw. gemeinnützige/kirchliche Träger über die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) entsprechend versichert. Um Gesundheitsgefahren zu verhüten hat die DGUV Vorschriften und Regeln für eine sichere Gestaltung von Räumen und Außenspielflächen in der „Unfallverhütungsvorschrift Kindertageseinrichtungen“ (Vorschrift 82)³¹ erlassen. Um den Schutz der Kinder sicherzustellen, enthält diese Vorschrift verbindliche Ziele zur sicheren und gesunden Gestaltung von Kindertageseinrichtungen. Konkretisiert wird die Vorschrift 82 in der DGUV Regel 102-002³² Kindertageseinrichtungen. Sie gibt Trägern, Architektinnen und Architekten sowie Planerinnen und Planern von Kindertageseinrichtungen Hinweise und Empfehlungen zur baulichen Gestaltung und Einrichtung von Kindertageseinrichtungen. Einige Bundesländer, wie Sachsen (§ 11) oder Brandenburg (§ 13), haben räumliche Anforderungen in ihren KiTa Landesgesetzen formuliert. Des Weiteren stehen allen Akteuren des Settings meist kostenlose Weiterbildungsangebote für Präventionsmaßnahmen zur Unfallverhütung sowie Vermeidung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren durch die jeweilige Landesunfallkasse zur Verfügung.

31 http://publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?FDOCUID=24366 (2007) (Stand: 27.08.2015)

32 http://publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?FDOCUID=24366 (2009) (Stand: 27.08.2015)

Eine zentrale Aufgabe des Staates ist es, den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren für ihr körperliches, geistiges und seelisches Wohl zu gewährleisten. Am 1. Januar 2012 ist hierzu das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) in Kraft getreten. Es steht für umfassende Verbesserungen im Kinderschutz in Deutschland. Es stärkt die Prävention zum Kinderschutz und alle Akteure, die sich für das Wohlergehen von Kindern engagieren. Die Evaluation des Gesetzes (2015) zeigt eine grundsätzliche Wirksamkeit und Verlässlichkeit des Kinderschutzes in Deutschland auf. Dennoch besteht laut Bundesregierung³³ weiterer Handlungsbedarf, u.a. dass die Voraussetzungen für eine engere Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen verbessert werden und die Einbindung von Akteuren, wie KiTas, Schulen und Polizeibehörden als Kooperationspartner verstärkt werden müssen. Mit diesen Optimierungen sollen keine finanziellen Lastenverschiebungen zwischen den Hilfe- und Sozialsystemen einhergehen (BMFSFJ 2015, S. 6). Im Jahr 2016 soll ein Gesetzesvorhaben zur Gesamtreform der Kinder- und Jugendhilfe angestoßen werden. Ziel ist es, die Kinder- und Jugendhilfe zu einem inklusiven, effizienten sowie dauerhaft tragfähigen und belastbaren Leistungssystem weiterzuentwickeln. Kinder und Jugendliche mit und ohne Behinderung sollen gemeinsam betreut werden können (BMFSFJ 2015).

2.3.3 Landesebene

Die Jugend- und Kultusministerkonferenz (JMK/KMK)³⁴ beschloss 2004 für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen einen gemeinsamen Rahmen für die Länder, die sämtlich spezifische KiTagesetze aufweisen. Dieses führte zur Einführung von Bildungsplänen in den Bundesländern. Ziel war es, die Unverbindlichkeit der Angebote in den Einrichtungen zu beenden und fachliche Empfehlungen und Vorgaben anzubieten. Die Pläne können **als Instrument der Qualitätsentwicklung** und der Schaffung von Bildungsstandards verstanden werden.

„Eine breite Verständigung der Länder über Ausformung und Umsetzung des Bildungsauftrags der Kindertageseinrichtungen im Elementarbereich stellt einen wesentlichen Fortschritt dar. Die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung frühkindlicher Bildungsprozesse ist zu groß, um ihre Förderung allein vom Engagement einzelner Personen in den Kindertageseinrichtungen oder einzelner Träger abhängig zu machen, auch wenn dies im Einzelfall noch so unterstützenswert ist“ (JMK/KMK 2004, S. 2).

Dieser JMK/KMK-Beschluss bietet einen Orientierungsrahmen, auf dessen Grundlage die KiTa-Einrichtungen unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten träger- bzw. einrichtungsspezifische Konzeptionen erstellen können. Innerhalb dieses Rahmens sollen und können die Bildungspläne der Länder ausdifferenziert und umgesetzt werden.

33 <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=222322.html> (Stand: 30.12.2015)

34 Gemeinsamer Rahmen der Länder für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen Beschluss der Jugendministerkonferenz vom 13./14.05.2004/ Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 03./04.06.2004

„Die Länder erstellen Rahmenpläne, die Förderbereiche für das zu realisierende Bildungsangebot benennen und die dadurch deren Bildungsauftrag konkretisieren. Die Länder bestimmen den Altersbereich der Kinder, für den diese Pläne gelten“ (JMK/KMK 2004, S. 3).

Die Länder haben sich auf zentrale Bildungsbereiche geeinigt, welche den kindlichen Bildungsprozess fördern und Bildungs- und Lebenschancen der Kinder in den Tageseinrichtungen verwirklichen sollen. Empfohlen wird folgende Bildungsbereiche zu berücksichtigen und zu fördern:

- Sprache, Schrift, Kommunikation
- Personale und soziale Entwicklung, Werteerziehung /religiöse Bildung
- Mathematik, Naturwissenschaft, (Informations-)Technik
- Musische Bildung/Umgang mit Medien
- **Körper, Bewegung, Gesundheit**
- Natur und kulturelle Umwelten.

Bei der Sichtung der rechtlichen Regelungen sowie der nachgeordneten Bildungs- und Erziehungspläne für die Kindertagesstätten auf Landesebene wird deutlich, dass in den letzten fünf Jahren zahlreiche Änderungen und Zusätze vorgenommen worden sind (siehe Tabelle 13). Die jüngsten *Bildungs- und Erziehungspläne* haben Berlin mit einer Neuauflage 2014, Hessen mit einer aktualisierten 6. Auflage 2014 und Sachsen-Anhalt mit einer Fortschreibung von 2014 der 2013 erschienen Erstaufgabe.

Tabelle 13: Überblick der rechtlichen Regelungen nach Bundesland und Änderung (Stand 05/2015)

Landesgesetzliche Vorgaben	Änderungen	Bildungs- und Erziehungspläne	Landesrahmenvertrag, Rahmenvereinbarung
2009 BW	2013 § 7 Pädagogisches Personal und Zusatzkräfte § 7a, § 7b	2011 „Orientierungsplan für Bildung und Erziehung in baden-württembergischen Kindergärten und weiteren Kindertageseinrichtungen“ <i>42 Seiten</i>	
2005 BY	2012 Inhaltsübersicht	2012 Bayrische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Kindertageseinrichtungen bis zur Einschulung“ (Leitlinien 2014) <i>504 Seiten</i> „Gemeinsam Verantwortung tragen. Bayerische Leitlinien für die Bildung und Erziehung von Kindern bis zum Ende der Grundschulzeit“ <i>72 Seiten</i>	
2009 BE	2008 Sprachförderung, 2009 Schutz und Wohl des Kindes	2014 „Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege“ (Aktualisierte Neuauflage) <i>181 Seiten</i>	2011 BE Rahmenvereinbarung bezugnehmend auf § 23 KitaFöG 2008 Qualitätsvereinbarung Tageseinrichtungen QVTAG
2004 BB	2014 § 8 Organisation der Kindertagesstätte	2005 Elementare Bildung Band 1-3 „Grundsätze und Praxis“ <i>182 Seiten</i> , Handlungskonzept und Instrumente <i>163 Seiten</i> , Umgang mit Differenzen: Entwicklungsbedarfe erkennen - Möglichkeiten fördern“, 2002 Grundsätze elementarer Bildung in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung im Land Brandenburg <i>33 Seiten</i>	
2012 HB		2012 „Rahmenplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich“ <i>44 Seiten</i> 2. unveränderte Auflage, 1. Auflage 2004, „Arbeit mit Kindern unter drei Jahren Grundlagen und Qualitätsstandards“ 20 Seiten 2011	

2004 HH	2014 HH §§ 9, 12, 26, 30, 31	2012 „Hamburger Bildungsempfehlungen für die Bildung und Erziehung von Kindern in Tageseinrichtungen“ <i>114 Seiten</i> Erste Auflage: 2005, 2. überarbeitete Auflage 2012	2009 HH Landesrahmenvertrag
2006 HE	2013 Artikel 1, 2	2014 „Bildung von Anfang an Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder von 0 bis 10 Jahren in Hessen“ <i>149 Seiten</i> (6. Auflage) Erstausgabe 2007	
2004 MV	2013 MV	2011 „Bildungskonzeption für 0- bis 10-jährige Kinder in Mecklenburg-Vorpommern - Zur Arbeit in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege“ <i>296 Seiten</i>	
2002 NI	2012, 2014 NI letzte berücksichtigte Änderung: §§ 4, 5, 16, 16 a und 23 geändert durch Artikel 11 „Fachliche Beratung, Modellvorhaben“ des Gesetzes vom 18.12.2014	2005 „Orientierungsplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich niedersächsischer Tageseinrichtungen für Kinder“ <i>60 Seiten</i> 2011 Ergänzung „Die Arbeit mit Kindern unter drei Jahren. Handlungsempfehlungen zum Orientierungsplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich niedersächsischer Tageseinrichtungen für Kinder“ Ergänzung und Vertiefung zum OP <i>64 Seiten</i>	
2007 NW	2012, 2014 z.B. § 8 Gemeinsame Förderung aller Kinder ; „§ 13 Frühkindliche Bildung“ „§ 13a Pädagogische Konzeption § 13b Beobachtung und Dokumentation § 13c Sprachliche Bildung	2010, 2011 gekürzter Nachdruck „Mehr Chancen durch Bildung von Anfang an – Entwurf – Grundsätze zur Bildungsförderung für Kinder von 0 bis 10 Jahren in Kindertageseinrichtungen und Schulen im Primarbereich in NW“ <i>92 Seiten</i>	

1991 RP	2013 § 1 Artikel 1	2004 „Bildungs- und Erziehungsempfehlungen für Kindertagesstätten in Rheinland-Pfalz“, 71 <i>Seiten</i> „Bildungs- und Erziehungsempfehlungen für Kindertagesstätten in Rheinland-Pfalz Kinder von 0-3 Jahren“ 22 <i>Seiten</i> 2011	
2008 SL	2011, 2013 SL Personalschlüssel, 2014 §§ 9 und 10 geändert durch Artikel 3	2006 „Bildungsprogramm für Saarländische Kindergärten“ 20 <i>Seiten</i> , „Handreichungen für die Praxis zum Bildungsprogramm für Saarländische Kindergärten“ 186 <i>Seiten</i> 2007	
2005 SN	2009, 2011, 2015 Rechtsbereinigt	2011 „Der Sächsische Bildungsplan – Ein Leitfaden für pädagogische Fachkräfte in Krippen, Kindergärten und Hort sowie für Kindertagespflege“ 212 <i>Seiten</i>	
2003 ST	2013 ST	2014 , Fortschreibung „Bildungsprogramm für Kindertageseinrichtungen in Sachsen-Anhalt Bildung: elementar – Bildung von Anfang an“ 153 <i>Seiten</i> , 2013 1. Auflage	
1991 SH	2014 SH § 23 Finanzierung von Baumaßnahmen geändert	2012 „Erfolgreich starten Leitlinien zum Bildungsauftrag in Kindertageseinrichtungen“ 5. Auflage 68 <i>Seiten</i> , Konzept zur Bildung und nachhaltigen Entwicklung (BfnE) in Schleswig-Holstein 125 <i>Seiten</i> , 2000	
2005 TH	2013 TH § 17 Art. 2 Bedarfsplanung	2010 „Thüringer Bildungsplan für Kinder bis 10 Jahren“ 172 <i>Seiten</i> , 2008 1. Auflage	

Die *KiTag*esetze und *Bildungspläne* unterscheiden sich hinsichtlich Entstehung und formal bzgl. Benennung, Umfang und Gestaltung. So umfasst beispielsweise der *Bayrische Bildungs- und Erziehungsplan* etwa 500 Seiten, der *Orientierungsplan für Bildung und Erziehung in baden-württembergischen Kindergärten und weiteren Kindertageseinrichtungen* dagegen 42 Seiten. Acht (BW: § 9, BE: § 1, HE: § 32, MV: § 1, SL: § 1, § 3, SN: § 2, ST: § 5, TH: § 6) von 16 Bundesländern greifen den *Bildungs- und Erziehungsplan* im *KiTag*esetz auf. Berlin hat beispielsweise seinen

Plan über die „Qualitätsvereinbarung Tageseinrichtungen“ (QVTAG) verpflichtend eingeführt. Für einige Einrichtungen sind die Pläne auf Grund des geringen Verbindlichkeitsgrads eher eine Orientierungshilfe und bieten eine Anstoßmöglichkeit für die Praxis.

Die meisten Bildungs- und Erziehungspläne zielen auf die Altersgruppe der Drei- bis Sechsjährigen, somit auf den Bereich der Kindertagesstätten. Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen greifen hingegen den Altersschwerpunkt von null bis zehn Jahren auf. Bremen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz haben speziell für Kinder von null bis drei Jahren zusätzliche Bildungs- und Erziehungsempfehlungen veröffentlicht.

Ergänzend zu den beschriebenen Landeskitagesetzen und deren nachgeordneten Bildungs- und Erziehungsplänen weisen die meisten Bundesländer für die Kindertagesstätten eine Vielzahl von Landesverordnungen, Verwaltungsvorschriften, Empfehlungen, Vereinbarungen und (Förder-) Richtlinien auf. Diese haben einen direkten oder indirekten Bezug zur Qualitätssicherung und/oder zur Prävention und Gesundheitsförderung. Zum Beispiel erließ Sachsen eine Empfehlung zum Qualitätsmanagement in Kindertageseinrichtungen und eine Förderrichtlinie zur Gewaltprävention. Verwaltungsvorschriften beziehen sich im Allgemeinen meist auf den Einsatz von pädagogischem Personal.

Die zentralen Aufgabenbereiche Bildung, Erziehung und Betreuung werden in einigen Bundesländern durch das jeweilige Bildungs- oder Kultusministerium gesteuert. In den meisten Bundesländern befasst sich aber das Familien- bzw. Sozialministerium mit den Kindertagesstätten. In den vergangenen Jahrzehnten ist somit ein Wandel im Aufgabenfeld der Kindertagesstätte von „Bewahranstalten“ hin zu „Einrichtungen der Bildung, Erziehung und Betreuung für Kinder“ zu verzeichnen (Bredereck, 2014, S. 21-22).

2.4 Prävention und Gesundheitsförderung

2.4.1 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

2.4.1.1 Allgemeine Vorgaben

Am 1. Januar 2012 trat das „Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen Bundeskinderschutzgesetz – BKiSchG“ in Kraft. Einen Schwerpunkt des BKiSchG bilden Änderungen des SGB VIII, mit denen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdungen weiter gestärkt und Beratungs- und Unterstützungsangebote insbesondere im Bereich der frühen Hilfen ausgebaut werden sollen.

Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag erschien 2013 der 14. Gesamtbericht zur Kinder- und Jugendhilfe. Mit der Zuleitung des Berichts samt ihrer Stellungnahme

an den Deutschen Bundestag und den Bundesrat kommt die Bundesregierung ihrer Verpflichtung nach § 84 SGB VIII nach.

Nach dem *14. Kinder- und Jugendbericht*³⁵ 2013 sind die Rahmenbedingungen für das Aufwachsen der nachfolgenden Generationen entscheidend zum Schutz und zur Förderung der Entwicklung in der (frühen) Kindheit verbessert worden:

„Entlang der Leitlinien schützen–fördern–beteiligen hat die Bundesregierung ihre Politik darauf ausgerichtet, Risiken und Gefährdungen zu minimieren, förderliche Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen zu schaffen sowie die Teilhabechancen junger Menschen und ihre aktiven Beteiligungsmöglichkeiten auszubauen. Sie orientiert sich damit auch an den Kerngedanken der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen“ (BMFSFJ 2013, S. 4).

Die allgemeinen Vorgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung richten sich auf der Bundesebene an den Träger, wobei der Fokus vor allem auf den Schutz z.B. vor Gewalt oder Infektionen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)³⁶ und die Unfallverhütung gerichtet ist (SGB VIII, SGB V). Für Gemeinschaftseinrichtungen (§ 33 IfSG) wie Kindertagesstätten gilt im IfSG eine Belehrungspflicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über gesundheitliche Anforderungen und ihrer Mitwirkungsverpflichtungen alle zwei Jahre (§ 35 IfSG) sowie eine Einhaltung der Infektionshygiene durch Vorlegen von Hygieneplänen in denen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festgehalten und durch das Gesundheitsamt überwacht werden (§ 36 IfSG).

Ein weiteres, für KiTas zukünftig relevantes Gesetz – das **Präventionsgesetz (PrävG)** zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention – wurde am **16.06.2015** im Bundestag verabschiedet. Der Bund nutzt dabei seine Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung. Mit diesem Gesetz soll der Lebensweltansatz gestärkt, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen weiterentwickelt sowie das Impfwesen gefördert werden. Mit dem Artikel 8 im PrävG wird im Infektionsschutzgesetz nach § 34 Absatz 10 der Absatz 10a eingefügt, welcher die Präventionsberatung der Ärztinnen und Ärzte zum Impfschutz als Voraussetzung für die Aufnahme in eine KiTa definiert.

„Bei der Erstaufnahme in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten gegenüber dieser einen schriftlichen Nachweis darüber zu erbringen, dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Wird

35 <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/14-Kinder-und-Jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (2013) (Stand: 09.12.2014)

36 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) IfSG Ausfertigungsdatum: 20.07.2000 Vollzitat: "Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt am 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert worden ist" „Mit dem Artikelgesetz wird das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) eingeführt, das verbindliche Netzwerkstrukturen für den Kinderschutz auf örtlicher Ebene festschreibt, frühe Hilfen zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz insbesondere durch den Einsatz von Familienhebammen unterstützt und die Voraussetzungen für die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung näher bestimmt.“

der Nachweis nicht erbracht, kann das Gesundheitsamt die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden. Weitergehende landesrechtliche Regelungen bleiben unberührt“ (IfSG Abs. 10a).

Beim Auftreten von Masern in einer Gemeinschaftseinrichtung wie einer KiTa können die zuständigen Behörden ungeimpfte Kinder vorübergehend ausschließen. Primärpräventive Beratungselemente der Früherkennungsuntersuchungen können für Kinder und Jugendliche definiert werden (§ 26 SGB V).

Im SGB V § 26 wird der Anspruch auf eine altersgerechte Früherkennungsuntersuchung gegeben, welcher im Rahmen der meisten KiTagesetze auf Landesebene verbindlich wird. Eine Aufnahme in eine Kindertagesstätte ist meist nur nach Durchführung oder Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung zu sogenannten U-Untersuchungen gestattet.

„(1) Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. [...] (3) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen der Länder auf eine Inanspruchnahme der Leistungen nach Absatz 1 hinzuwirken. Zur Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1 schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Stellen der Länder nach Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen“ (SGB V).

Die Verantwortungspflicht zu Früherkennungsuntersuchungen bei Besuch einer Einrichtung liegt somit bei den Eltern. Eine Ausnahme bilden die KiTa-Landesgesetze von Bremen (§ 12 Abs. 3 BremKTG) und Thüringen (§ 16 Abs. 2 ThürKitaG). Hier ist die einmal im Jahr angebotene Vorsorgeuntersuchung nicht an eine KiTaaufnahme gekoppelt. In Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein ist die Vorsorgeuntersuchung in keinem KiTagesetzen konkret formuliert. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Landesebene genauer dargestellt.

2.4.1.2 Landesebene

Vorsorgeuntersuchungen sind von allen Bundesländern in den *Ländergesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)* verankert. Zwei Bundesländer (BW: KiTaG § 4, ST: KiFöG § 18) haben der „Ärztlichen Untersuchung“ explizit einen eigenständigen Paragraphen mit entsprechender Titulierung im KiTagesetz gewidmet. Eine gesetzliche Verpflichtung auf der Landesebene zur ärztlichen Untersuchung eines Kindes formuliert z.B. Baden-Württemberg wie folgt:

„Jedes Kind ist vor der Aufnahme in eine Einrichtung oder in Kindertagespflege ärztlich zu untersuchen“ (BW KiTaG § 4).

Ein **Rauchverbot** auf dem Gelände und in den Räumen der Kindertageseinrichtungen zur **Gesundheitsvorsorge und Suchtvorbeugung** findet sich ergänzend zu den *Nichtraucherschutzgesetzen der Länder* in sieben Landeskitagesetzen: Brandenburg § 11(4), Berlin § 9 (4), Hessen § 25 (5), Mecklenburg-Vorpommern § 9 (4), Nordrhein-Westfalen § 10 (4), Sachsen § 7 (4) und Thüringen § 16 (3). Dieses ist überwiegend unter „Gesundheitsvorsorge“ verortet, eine Ausnahme bildet Hessen (allgemeine Vorgaben für Kindertagesstätten). Ausschließlich Mecklenburg-Vorpommern hat ergänzend zum Rauchverbot auch ein Alkoholverbot in die gesetzlichen Vorgaben mit aufgenommen. So heißt es:

„Aus Gründen der Gesundheitsvorsorge und der Suchtvorbeugung darf in den Kindertageseinrichtungen und den Räumen der Kindertagespflege nicht geraucht und keine alkoholischen Getränke zu sich genommen werden“ (MV § 9 Gesundheitsvorsorge Abs.4).

Die Analyse der *Kitagesetze der 16 Bundesländer* und deren nachgeordneten *Bildungs- und Erziehungspläne* hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung zeigt, dass dieser Bereich in Deutschland sehr heterogen aufgestellt ist. Prävention bzw. Gesundheitsförderung wird in keinem Bundesland wörtlich prominent als Begriff im Paragrafentitel verwandt. Jedoch führen acht Bundesländer „Gesundheitsvorsorge“ im Paragrafentitel (BE, BB, HB, HH, MV, NW, SN, TH). In den Gesetzestexten verwenden sechs Bundesländer „Gesundheitsvorsorge“, drei „Gesundheitsförderung“ und drei Bundesländer „Prävention“ als Begriff (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Prävention und Gesundheitsförderung als Begriffe in den jeweiligen Ländergesetzen (Stand: Januar 2015)

Begriff	Vorhanden	Nicht Vorhanden
Gesundheitsförderung im Paragrafentitel		BW, BY, HE, NI, RP, SL, ST, SH
Prävention im Paragrafentitel		BW, BY, BE, BB, HB, HH, HE, MV, NI, NW, RP, SL, SN, ST, SH, TH
Gesundheitsvorsorge im Paragrafentitel	BE: KitaFöG § 9 BB: KitaG § 11 HB: BremKTG § 12 HH: KibeG § 4 MV: KiföG M-V § 9 NW: KiBiz § 10 SN: SächsKitaG § 7 TH: ThürKitaG § 16	BW, BY, HE, NI, RP, SL, ST, SH
Gesundheitsförderung im Text	MV: KiföG M-V § 9 SL: SKBBG §§ 1,9 SN: SächsKitaG § 7	BW, BY, BE, BB, HB, HH, HE, NI, NW, RP, ST, SH, TH
Prävention im Text	BB.: KitaG § 11 HB: BremKTG § 12 MV: KiföG M-V § 9	BW, BY, BE, HH, HE, NI, NW, RP, SL, SN, ST, SH, TH
Gesundheitsvorsorge im Text	BB: KitaG § 11 HB: BremKTG § 12 HH: KibeG § 4 MV: KiföG M-V § 9 NW: KiBiz § 10 SL: SKBBG §§ 1, 9	BW, BY, BE, HE, NI, RP, SN, ST, SH, TH

Neben den genannten Begriffen Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsvorsorge, finden sich in den *Bildungs- und Erziehungsplänen der Länder* des Weiteren die Begriffe „Gesundheitsprävention“ (n=7), „(Primär)Prävention“ (n=10) und „Suchtprävention“ (n=5). Etwa die Hälfte der Bundesländer verwenden die Begriffe „Gesundheitsförderung“ bzw. „Gesundheitsvorsorge“ in ihren Plänen. Nur Bayern hat bisher die Prävention und Gesundheitsförderung klar im Titel des Bildungs- und Erziehungsplans verortet. Eine weitere Ergänzung zu den KiTagesetzen sind die Begriffe „Gesundheitsverhalten“ und „Gesunderhaltung“ in den Erziehungs- und Bildungsplänen.

In allen *Bildungs-, Erziehungs-, Rahmen-, Orientierungsplänen* etc. sind folgende Themen mit aufgenommen:

- Ganzheitliche Sprachförderung bzw. Sprachentwicklung
- Recht auf Förderung der Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit / Frühförderung, Entwicklungsförderung
- Vollwertige und gesunde Verpflegung (teilweise nach DGE) /richtige, gesunde Ernährung, positive Esskultur
- Körperliches Wohlbefinden, Bewegung, Gesundheit
- Körperliche, geistige und seelische Entwicklung fördern; Grundwissen über den Körper zu vermitteln, Gesundheitskompetenz erlangen
- Förderung der Chancengleichheit von Mädchen und Jungen sowie eine geschlechtersensible und geschlechtergerechte Erziehung und Bildung.

In die *KiTaLändergesetze* fanden diese Ziele allerdings nur vereinzelt Eingang. Bis auf Niedersachsen und Thüringen haben mittlerweile alle Bundesländer explizit eine ganzheitliche Sprachförderung bzw. Sprachentwicklung gesetzlich verankert. Die **Ernährung** wurde in vier und die **körperliche, geistige und seelische Entwicklung** in zehn KiTagesetzen aufgenommen. Die *Bildungs- und Erziehungspläne* definieren Bildungsbereiche. **Genderorientierung** wird in allen Plänen, wenn auch im unterschiedlichen Umfang, angesprochen. Der Bildungsbereich der **Körper- und Sexualitätsentwicklung und Sexualerziehung** ist nicht in allen Plänen enthalten, so haben Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen diesen Bildungsbereich nicht definiert.

2.4.2 Ergebnisse der Interviews

Für alle Interviewten hat die Prävention und Gesundheitsförderung eine **große Bedeutung**.

In den Interviews wird ein unterschiedlicher Gebrauch der Begrifflichkeiten deutlich. Während z.B. für die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen die Verwendung der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung selbstverständlich ist, sind diese Begriffe im allgemeinen Sprachgebrauch der KiTa-Fachkräfte nicht verankert. Wenn Ernährung und Bewegung in die Konzeption oder das Leitbild der KiTa aufgenommen werden, dann erfolgt dieses nach den Expertinnen und Experten nicht oder nur sehr selten unter dem Begriff Gesundheitsförderung.

„Also wie gesagt, das heißt jetzt nicht Prävention und Gesundheitsförderung. Sondern, man würde es in verschiedenen pädagogischen Arbeitsbereichen einzeln wiederfinden“ (A04).

Neben der betrieblichen Gesundheitsförderung, im Sinne von Mitarbeitergesundheit, werden insbesondere von den Fachreferentinnen und Fachreferenten der

Wohlfahrtsverbände Kinderschutz, Unfallverhütung sowie Hygiene als Prävention verstanden.

Bezüglich der rechtlichen Regelungen sprechen die Vertreter der Landesministerien eher die verschiedenen Bildungsbereiche mit deren gesetzlichen Verankerung, die städtischen und privaten Träger sowie die Fachreferenten für KiTas der Wohlfahrtsverbände dagegen eher die Bildungs- und Erziehungspläne an. Die gesetzlichen Regelungen bzw. Vorgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung stehen somit nicht im Hauptfokus der Träger. Präsen-ter und mehr im Alltag integriert sind die nachgesetzlichen Bildungs- und Erziehungspläne. Die Maßnahmen zur Ernährung und Bewegung werden nach Meinung eines städtischen Trägers sowie der freigemeinnützigen Träger aus Eigeninteresse und der Motivation des Trägers als Selbstverpflichtung verstanden, nicht als Umsetzung rechtlicher Regelungen: *„Wir machen das, weil wir das richtig finden“ (A02).*

Ergänzend erwähnt eine Fachreferentin, dass versucht wird einen ganzheitlichen Ansatz in den Einrichtungen umzusetzen. In der Regel wird versucht eine *„gesundmachende Kultur“ (BA08)* zu leben und zu fördern.

„Das heißt, die Kinder sind jeden Tag draußen. Wir haben große Außenspielgelände. [...] es ist uns auch wichtig unsere Kultur in den Häusern, also da versuchen wir auch zu begleiten, dass es eine gesundmachende Kultur ist. Also dass Wertschätzung läuft, dass Beziehung läuft, das Soziale, Solidarität läuft. Dass gelacht wird, dass gesungen wird, dass getanzt wird. Das ist lustvoll im Leben. Also Essen, Trinken, Feiern, Tanzen, ja, das ist Bestandteil unseres Selbstverständnisses. Also es sind nicht die Projekte, die dann uns erwecken, wie die Dornröschen im Schlaf, sondern das ist schon Selbstverständnis [...] Und das andere sind jetzt die Schmankerl, die wir mit draufsetzen, damit auch immer ein neuer Impuls kommt und auch Spaß ist an was Neuem“ (BA08).

In kirchlichen Einrichtungen wird Gesundheitsförderung und Prävention als Querschnittsthema verstanden, ist konzeptionell verankert und wird nach Aussage der Interviewten auch umgesetzt.

Ein Wissenschaftler bestätigt, dass für die Prävention und Gesundheitsförderung die Vorgaben im Landesbildungsplan zum **Bildungsbereich** Körper und Bewegung **relevant** sind. Nach Aussage eines weiteren Wissenschaftlers hat die Prävention und Gesundheitsförderung in den Einrichtungen eine „extrem heterogene“ Bedeutung. Laut eines Ministeriums wurde der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in den letzten Jahren ausgebaut. So wurde eine gesonderte Handreichung zum Themenkomplex Körper, Gesundheit, Ernährung und Bewegung erstellt, welche nach dem Interviewten in der Praxis sehr gut ankommt und dem Bereich Bewegung und Gesundheit eine hohe Bedeutung zukommen lässt. Allerdings haben Sprachförderung oder Inklusion im KiTa-Alltag eine wesentlich größere Bedeutung als Gesundheitsförderung.

„Dieser grundsätzliche Aspekt von Prävention, den ich immer so, aufgrund meines Wirkens, vor Augen habe, der spielt dem gegenüber eine marginale

Rolle [...] Man muss nüchtern sagen, dass dieses gesamte Thema Gesundheitsförderung in den Prioritäten nicht an erster Stelle steht. Schade, aber es ist so“ (A05).

Die Konkurrenz zwischen den einzelnen **Bildungsbereichen** in einer KiTa wird als enorm wahrgenommen:

„Die KiTa hat in den letzten zehn Jahren unglaublich viele sozial- und gesellschafts- und bildungspolitische Aufträge dazugekommen, [z.B.] Inklusion und Gleichstellung. [...] Das sollen die alles mal nebenher machen. Und jetzt kommt Gesundheit auch noch dazu. Das sind alles zusätzliche Aufgaben, die den KiTas reingeschoben werden. Die erleben dies als aufgedrängt und sachfremd gegenüber ihrer Kernkompetenz Entwicklungsförderung. Und deshalb werden sie auch solange wie möglich zögern und verhindern, solche zusätzlichen Verfahren oder Aufträge zu übernehmen“ (A03).

Die Interviewten des Ministeriums weisen darauf hin, dass **Bildung und Gesundheit** als Menschenrecht und als hohes Gesellschaftsgut angesehen werden müssen, welche untrennbar miteinander verbunden sind und zwei Seiten einer Medaille darstellen. Sie sehen Gesundheit als Voraussetzung und Resultat gelingender Bildungs- und Arbeitsprozesse. Es können, wie in anderen Lebenswelten auch, Gesundheitsrisiken entstehen, aber durch Aufklärung und Prävention verhindert oder minimiert werden.

„KiTas als chancenreicher Bildungsort für Gesundheitsprävention und -förderung und Ursprung vieler Gesundheitsprobleme (z.B. Übergewicht, Stressresistenz) in früher Kindheit – zugleich beste Chancen für deren nachhaltige Vermeidung!“ (A11)

Die KiTagesetze der Länder sind allen Befragten **bekannt**. Sie bewerten diese und deren nachgeordnete Bildungs- und Erziehungspläne als **relevant** für ihre Arbeit, da in diesen die Vorgaben zur Förderung der Kindergesundheit verankert ist. Eine Orientierung zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der KiTa ist damit gegeben. Im Gegensatz zu den KiTagesetzen der Länder wird der Öffentliche Gesundheitsdienst bezüglich Prävention oder Gesundheitsförderung nicht von allen Interviewten **wahrgenommen**.

„Der ÖGD hat allenfalls eine Rolle in Eingangsschuluntersuchungen. Ich wüßte nicht mal, dass er in U3 Untersuchungen eine Rolle spielt. Das sind auch alles Individualdaten, das heißt, die werden nicht der KiTa zurückgemeldet. Die Eltern können das freiwillig machen, müssen aber nicht. Es gibt also keine, sozusagen, systematische Kopplung zwischen Gesundheitsversorgung und KiTa“ (A03).

Nach Erfahrung eines Interviewten, klappt die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), wenn es um die Verhinderung von Krankheitsverbreitung geht, da es dafür klare Verfahrensrichtlinien und Meldepflicht gibt. In Berlin werden Eltern von der Charité angeschrieben, die mit ihren Kindern nicht an

der U-Untersuchung³⁷ teilgenommen haben. Für den Interviewten sind die U-Untersuchungen das Nachhaltigste was vom ÖGD gesetzlich im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit unterstützt wird.

Ein Experte weist darauf hin, dass eine Krankenkasse für ihr Sponsoring zum Setting gesunde KiTa nach SGB V § 20 zusätzlich eigene, konkretere Kriterien zum **Präventionsleitfaden der GKV** anlegt und finanzielle Anreize zur Umsetzung der gesunden KiTa vergibt.

„Das ist nicht einklagbar, die verwenden aber im Grunde die Leitfadenkriterien, und sie machen es natürlich schärfer als die übrigen Krankenkassen, weil da ja Geld drangeknüpft [ist]“ (A03).

Der **Leitfaden Prävention der Spitzenverbände** gilt für Projekte der Krankenkassen, wobei die Umsetzungspraxis von einzelnen Projekten als eher unklar angesehen wird. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind sich einig, dass die Angebote der Krankenkassen zur Unterstützung der Kitas in Projekten nicht bzw. eher zufällig wahrgenommen werden. Eine evidenzbasierte Bewertung der von den Krankenkassen initiierten Programme oder Projekte, die sich auf den Leitfaden stützen, gibt es meist nicht.

„Denn Sie wissen ja, die große Schwäche dieses Krankenkassenberichtssystems ist, jeder kreuzt mal schnell an, was er angeblich alles gemacht hat. Es wird nie nachgeprüft. Es kommen gigantische Zahlen heraus, [was] da alles erreicht worden sein soll. Die Qualität und Wirksamkeit der Projekte ist nirgendwo veröffentlicht. Angeblich wird ja die Hälfte von denen inzwischen evaluiert. Es gibt meines Wissens in den letzten zehn Jahren keine einzige Veröffentlichung über die Evaluation solcher Projekte außer einigen Leuchtturm-Evaluationen für, was weiß ich, Tiger-Kids oder Julinchen oder sowas, die aber nicht wirkungsbezogen sind, sondern eher prozessbezogen. Also, die Durchführung des Leitfadens Prävention hat einen sehr verfahrensartigen Charakter“ (A03).

Nach Meinung der Expertinnen und Experten weisen Praxis-Datenbanken zahllose **Projekte** auf, welche nie auf Qualität und Wirksamkeit geprüft worden sind. Ein Wissenschaftler vermutet, dass es auch im Bereich KiTa so ist. Eine Erhebung, bei der 2011 flächendeckend in Hamburg und repräsentativ in Deutschland 1.600 bis 1.700 Kitas befragt wurden, zeigt eine extreme Varianz in der Umsetzung von Projekten. Nach den Ergebnissen gibt es nur eine geringe Unterstützung von den Trägern, nur wenige systematische Projekte und keine Settingprojekte. Ein weiterer Wissenschaftler unterstreicht diese Ansicht und merkt an, dass Einrichtungen mit der Durchführung von Projekten nicht in eine „Projektitis“ verfallen sollten.

„Und dann gibt es Einrichtungen, die machen das gut und machen da engagiert mit, und das wird dann zum größeren Teil auch nachhaltig. Aber es ist keine Gesamtkonzeption da“ (A05).

Das Kindergartensystem ist laut einer Befragten kein System

37 <http://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/frueherkennung-u1-u9-und-j1/untersuchungen-u1-bis-u9/> (Stand: 05.02.2015)

„was präventiv denkt, sondern wir machen eigentlich erst was, wenn was passiert ist. Und dann geben wir Geld aus. Und ich denke, früh investieren ist besser als spät reparieren. Das scheint mir in der Gesundheitsvorsorge und in der Ernährung unabdingbar. Und da müssen wir schon nochmal ganz anders nachlegen. Aber wir haben immer eher auf Projekte gesetzt, die eine kurze Laufzeit hatten, aber nicht, sozusagen, auf ein ganzheitliches, präventives System. Da müssten wir nachlegen, auch in den Erziehungs- und Bildungsplänen, die einheitlich geregelt sein müssten, auch in den Standards“ (A01).

Viel wurde nach Meinung des Interviewten im Bereich der seelischen Gesundheitsförderung, der Resilienz gemacht.

„Wenn man [...] wirklich mal im Grundsätzlichen [...] die Prävention und Gesundheitsförderung betrachtet, gibt es da keine Gesamtstrategie. Schon für einzelne Einrichtungen nicht und natürlich schon gar nicht [...] für eine Kommune oder für eine Region, Landkreis oder so. [...] Also das sind Einzelinitiativen, die durchaus sinnvoll sind, aber, wie gesagt, in der Regel immer nur einen Bereich dessen umfassen, was wir unter Gesundheitsförderung verstehen. Und wie gesagt, es ist sehr oft projektgebunden und projektgesteuert. Und wenn dann diejenigen, die für dieses Thema brennen, die Einrichtung verlassen, dann besteht immer die große Gefahr, dass das Ganze versackt oder versandet“ (A05).

Die Befragten der Wohlfahrtsverbände merken an, dass in den Einrichtungen derzeit durch zu viele Hygienevorschriften und unzureichende finanzielle Ressourcen Kochkurse oder auch selbstständiges Kochen verhindert werden, so dass lediglich in Form von **Projekten** und der täglichen Mahlzeiten gesunde Ernährung vermittelt werden kann.

Die laufenden Angebote und Programme der Wohlfahrtsverbände bspw. zur Bewegung und Sprachbildung sollten vertieft und nicht immer wieder etwas Neues angeboten und implementiert werden. Die vorhandenen Angebote und Maßnahmen werden von den Befragten als sehr gut beurteilt, bräuchten aber mehr Zeit, um richtig wirken zu können. Zu oft wird durch die Einführung von neuen Programmen ein bestehendes, gut laufendes Angebot eingestellt.

„Vor allen Dingen, was wir nicht brauchen in der Praxis ist, dass jedes Jahr eine neue Sau durch das Dorf gejagt wird. Also hier ein Programm, dort ein Programm, hier zur Frühprävention, da zur Gesundheitsförderung, dort zur Sprachbildung, [...] Viel wichtiger ist es an dem, was wir haben aufzusetzen und das zu vertiefen und zu intensivieren. Und da weiter dran zu arbeiten [...]. Man kann nicht laufend auf Projektebene für drei Jahre, für zwei Jahre, für ein Jahr irgendwelche neuen Ideen in die Landschaft bringen, die dann überhaupt keine Zeit haben, dass dann so in die Tiefe zu bringen und wirklich umzusetzen“ (BA10).

Eine Wissenschaftlerin erachtet es für wichtig, dass sich die Einrichtungen nicht ausschließlich auf Zertifizierungen konzentrieren und sich ein Programm „überstülpen“, sondern in einer internen Evaluation den einrichtungsspezifischen Bedarf klären und danach handeln. Ihre bisherige Erfahrung bei der Koordination eines Gesundheitsprogramms ist,

„dass die KiTas eigentlich immer sagen: Ach Gott, wir haben schon so viel zu tun und jetzt kommt noch etwas Neues. Dass man dann sagt: Ja, aber guckt doch mal hin, wir tun hier etwas für euch. Das ist was, was die KiTa sehr stark motiviert, an dem Programm teilzunehmen, sagen wir es einfach mal so. Und daher widmen sich auch die pädagogischen Mitarbeiter der KiTas fortwährend meistens auch wirklich diesem Bereich. Aber wir haben eben auch durchaus Ziele, wo es sich um Bewegungsförderung der Kinder handelt oder aber darum, kindliche Bildungs- und Entwicklungsprozesse noch besser zu beobachten und zu dokumentieren“ (A07).

Die Befragten der Wohlfahrtsverbände, ein städtischer Träger und eine Wissenschaftlerin **bewerten** im Vergleich zu den anderen Befragten die Vorgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung als **positiv**.

„ich finde, [...] der Gesetzesrahmen bietet eigentlich genug notwendigen Schutz und Orientierung. Und wir sind froh, dass wir [...] bestimmte Bereiche eben selber gestalten können. Und auch da, in dem Bereich eine gewisse Flexibilität haben“ (A06).

Das 2014 aktualisierte Berliner Bildungsprogramm verstärkte die Prävention und Gesundheitsförderung erheblich und versucht ein vermehrtes Bewusstsein der Akteurinnen und Akteure dafür zu erzeugen.

„Ich denke, das ist schon ziemlich weitreichend, dass man jetzt wirklich bei den pädagogischen Mitarbeitern ansetzt. Und dann wird dieses Verständnis wirklich, [...] wenn quasi die pädagogische Fachkraft sich bewusst ist, inwiefern sie Gesundheit fördert und inwiefern sie Vorbild ist und inwiefern sie auch belastet ist, und was sie dann an die Kinder weiterträgt, dass sie halt nur dann die Kinder gut fördert, wenn sie selbst auch ein Bewusstsein dafür hat, für die Prävention und Gesundheitsförderung“ (A07).

Nach Aussagen der Fachreferentinnen und Fachreferenten ist Gesundheitsförderung im Sinne einer Querschnittsaufgabe in kaum einem anderen Bildungsprogramm so stark verankert wie in Berlin. Einige Befragte stellen das Berliner Bildungsprogramm als Besonderheit im Vergleich der Bundesländer heraus und schreiben diesem eine Vorreiterrolle zu.

Ein Interviewter eines Ministeriums kritisiert, dass es in Deutschland bislang keine einheitlichen Standards für die frühpädagogische Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie für die Praxis gibt. Ebenso ist keine bundesweite Umsetzung von Qualitätsstandards im Bereich der Gesundheitsbildung und -förderung gesichert. Es besteht zum einen Unsicherheit und zum anderen der Wunsch nach mehr Unterstützung und Orientierung im Bereich der Gesundheitsbildung und -förderung insbesondere bei Kindern in den ersten drei Lebensjahren (U3-Bereich).

Die rechtlichen Vorgaben werden von den Befragten der Wohlfahrtsverbände durch die Struktur aus Bundes- und Ländergesetzen sowie zusätzlichen Rahmenvereinbarungen und Leitlinien zum Teil als sehr komplex und auch schwer verständlich **bewertet**. Die Fachkräfte in den Einrichtungen erleben die Vorgaben und ständigen Neuerungen des Öfteren als überfordernd.

Von den Befragten werden **Probleme und Herausforderungen** für eine **systematische Umsetzung** der Prävention und Gesundheitsförderung im KiTa Alltag gesehen.

Hierzu zählen zum einen strukturelle Probleme, da jeder Träger und die Einrichtungen unterschiedlich aufgebaut sind und keine Verbindlichkeit für den Bildungsbereich Prävention und Gesundheitsförderung vorliegt. Zum anderen bestehen finanzielle und ideologische Probleme, da nicht jeder Träger und jede Einrichtung der Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber aufgeschlossen ist und keine gesundheitsförderliche Grundeinstellung der KiTa-Akteurinnen und Akteure gegeben ist.

„Aber wir führen diese Projekte ja zum Teil in unseren Einrichtungen durch und ich stelle fest, die versanden grundsätzlich nach einer gewissen Zeit, weil einfach die personellen Ressourcen das nicht stemmen können. Also die Leute vor Ort sind mit den täglichen Aufgaben einfach völlig ausreichend belastet. Alles andere ist nicht so angelegt, dass es eine nachhaltige Wirkung hat. Wenn zum Beispiel die Leitungskraft wechselt und die das Thema stark favorisiert hat und die nächste das nicht tut, dann ist das Thema spätestens nach einem Jahr aus der Einrichtung raus. Das haben wir gerade im Bereich Gesundheitsförderung oft im Zusammenhang zum Beispiel mit Suchtpräventionsprogrammen oder ähnlichen Dingen. Und das finde ich einfach ein bisschen kurzsichtig“ (A10).

Auch die Vertreterinnen der katholischen und evangelischen Einrichtungen merken kritisch an, dass die Finanzierung in der Regel allein bei den Trägern liegt. Damit fehlen die notwendigen Ressourcen, um entsprechenden Anforderungen auch gerecht zu werden. Generell besteht bei den freigemeinnützigen Einrichtungen eine große Bereitschaft zusätzlich präventive Angebote anzubieten und zu implementieren. Allerdings sind solche Maßnahmen mit Zusatzkosten verbunden, die derzeit nur unzureichend bis gar nicht abgedeckt sind. Die Sicherung der Finanzierung von präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten würde die Umsetzung zusätzlicher Maßnahmen enorm fördern. Derzeit handelt es sich bei solchen Maßnahmen um „Kann Projekte“ (BA10).

2.4.2.1 Handlungsbedarf

Alle Befragten sind sich einig, dass für die Prävention und Gesundheitsförderung ein Handlungsbedarf gegeben ist und unterbreiten Vorschläge zur Optimierung der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting KiTa. Zum einen sollte die **Verbindlichkeit der Vorgaben** zur Prävention und Gesundheitsförderung geklärt werden und eine **deutliche Verankerung** in den landesspezifischen Vorgaben gewährleistet werden.

„Ja, also was mich schon immer gestört hat, ist, dass man Bildungs- und Erziehungspläne macht, und die aber [...] dem Gutwill der Träger und der einzelnen Kindertageseinrichtung überlässt. Und das es keine bzw. nur eine geringe Verbindlichkeit gibt. Man muss diese gesetzliche Vorgabe erfüllen, aber

es findet nicht so viel statt, um das auch in eine Verbindlichkeit zu bringen. Das hat natürlich auch immer mit Finanzen zu tun. Wer anschafft zahlt, und so-lange der Bund nur empfiehlt oder das Land, muss letztendlich die Kommune zahlen und sagen: Wie wichtig ist mir das, und wie viel bin ich bereit da zu investieren“ (A10).

„Es gibt viele Informationshefte, auch von der BZgA, aber wenig, was eben dann über, aus meiner Sicht, über den Infektionsschutz und über die Lebensmittelhygiene hinaus wirklich klipp und klar gesetzlich geregelt ist. Und das wäre einfach auch schöner, wenn das mehr, wie ich schon vorhin sagte, verankert werden könnte in den Bildungsplänen oder Bildungsprogrammen“ (A04).

Zum anderen werden **Unterstützungsstrukturen** für eine systematische und durchgängige Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung gefordert. Des Weiteren wird der Vorschlag unterbreitet **multidisziplinäre Teams** in den Einrichtungen zu schaffen und **Koordinierungsstellen**, die bestimmte Vorhaben zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung gezielt begleiten. Als Beispiel werden die kommunalen Präventionsketten in Stadtentwicklungsgebieten, die auch eine Anschubleistung geben, genannt.

„Das ist ja häufig so, dass solche Wünsche nach mehr Austausch und Vernetzung daran scheitern, dass es niemanden gibt, der sagt, ich fühle mich dafür verantwortlich. Ich koordine, ich nehme das in die Hand, ich Sorge für einen gemeinsamen Termin, etc. [...] Wenn diese Vorhaltestrukturen weg sind, dann läuft das noch eine Weile und dann ist es aus. [...] es ist immer gut, wenn sich etwas verselbstständigt und von alleine trägt. Aber das ist einfach eine Erfahrung, dass, wenn es niemanden gibt, der sozusagen die Fäden in der Hand hält und noch mal daran erinnert, dass man bestimmte Verabredungen getroffen hat weil man etwas bewegen wollte in eine bestimmte Richtung. Daran auch wirklich zu arbeiten, dass da auch [nicht] wieder ein Stück verloren geht“ (A06).

Einige Befragte würden auf eine **gezielte Kontrolle** der bisherigen Vorgaben setzen, um die Prävention und Gesundheitsförderung systematisch in die Praxis zu integrieren.

„Das ist so, genau wie wenn man Hausaufgaben kriegt und keiner kontrolliert sie“ (A01).

Eine Chance, die Prävention und Gesundheitsförderung im Setting KiTa zu stärken, wird von einigen im neuen **Präventionsgesetz** gesehen, das zu Gesundheitsförderung im Setting verpflichtet.

Die Befragten sind sich einig, dass die Einrichtungen über einen längeren Zeitraum systematische Unterstützung z.B. bei **finanziellen und personellen Ressourcen**, als auch in der **Team- und Organisationsentwicklung** erhalten sollten.

Ein Interviewter weist darauf hin, dass die Regelungen und Vorgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung **Eingang in die Curricula der Ausbildung** finden müssen, einschließlich der Bachelor- und Masterstudiengänge zur Frühen Kindheit. Auch Angebote zur Fort- und Weiterbildung sowie zur Qualifizierung von Mul-

tiplikatorinnen und Multiplikatoren werden für nützlich erachtet. Inhaltlich wird der Bedarf für Fort- und Weiterbildungen insbesondere bei Themen zur Gesundheitsförderung (Bewegung und Ernährung) für Kinder unter drei Jahren und in der Elternbildungsarbeit gesehen. Der Transfer in die Praxis durch Inhouse-Fortbildungen und/oder Coaching wäre nach den Interviewten eine weitere Option zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung.

2.4.2.2 Struktur und Rahmenbedingungen

Alle Interviewten schreiben der Prävention und Gesundheitsförderung eine große Bedeutung zu. Nach mehrheitlichen Aussagen fehlt es dem Setting KiTa jedoch an **finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen** diese umzusetzen. Bei den finanziellen Ressourcen spielt auch die Trägerschaft keine große Rolle, denn die privaten Träger werden insgesamt nicht besser finanziert, sie erschließen sich nur andere Finanzquellen.

Die Expertinnen und Experten machen auf die erheblichen Unterschiede in der **Strukturqualität in Bezug auf die Fachkraft-Kind-Relation** in den einzelnen Bundesländern aufmerksam. Wenn ein KiTa-Träger mehrere Einrichtungen in Bundesländern hat, gelten unterschiedliche Landesgesetze und Verfahren zur Betriebszulassung oder Personalschlüssel.

Alle Befragten bemängeln den **Bildungsföderalismus**, der die bundeslandübergreifende Arbeit der Träger erschwert. Ein städtischer Träger formuliert dies in einem Satz:

„Ich persönlich halte den Bildungsföderalismus in unserer Republik für absolut fatal“ (A02).

Niedersachsen weist beispielsweise als Flächenland viele Kommunen und entsprechend viele Regelungen auf. Formal gäbe es gleiche Förderbedingungen, aber die Politik gibt durch verschiedene Parteien, wie CDU und SPD zusätzlich sehr unterschiedliche Vorgaben. Nach einem städtischen Träger besteht eine hohe Konkurrenz zwischen den Flächenlandkreisen und den größeren Städten in einem Bundesland bzgl. der Vergabe von Geldern. Positiv hervorgehoben wird Berlin:

„die Stadtstaaten haben es an der Stelle einfacher, weil die Ministerialbürokratie und die Kommunalbürokratie quasi eins ist. Das ist viel unkomplizierter. NRW hat es halt durch ein komplettes eigenes Gesetz, was sehr intensiv alles regelt, gemacht. Da hat es glaube ich ganz gut funktioniert. Aber bei uns bin ich mir da nicht sicher“ (A02).

Stadtstaaten haben gegenüber den **Flächenstaaten** mit mehreren Kommunen den Vorteil, dass alle Vorgaben meist einheitlich und somit auch leichter zu überprüfen sind.

„Der Vorteil in Hamburg ist sicherlich, [der] der kurzen Wege. Obwohl wir in unterschiedlichen Bezirken sind, ist [...] die Fachbehörde zuständig für die Rahmenbedingungen für ganz Hamburg. Und das macht es auch relativ einfach. Und wir haben hier auch eine Kultur, sage ich mal, geprägt, das ist die sogenannte VK, die Vertragskommission in Hamburg. Auf der Ebene sind Trägerverbände und die Fachbehörde, also die Stadt, an einem Tisch und verhandeln im Prinzip alle wesentlichen Fragen miteinander. [...] Das kann in den Kommunen sehr unterschiedlich sein. Also ich glaube, das ist auch, je nachdem, ob das Land zuständig ist oder die Kommune in den Ländern, sehr, sehr unterschiedlich“ (A06).

Stadtstaaten haben zudem den Vorteil, dass ein mögliches Programm oder eine Maßnahme leichter in die vorhandenen Strukturen integriert werden kann als bei Flächenstaaten mit meist unterschiedlichen Strukturen.

Um eine systematische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung zu fördern, sieht ein Interviewter eines Flächenlandes eine Möglichkeit in der Einführung von einheitlichen Leitlinien, welche verbindlich, aber unter Berücksichtigung der jeweiligen Kommunalstruktur umgesetzt werden sollten. Ein anderer Vertreter eines Flächenlandes sieht hingegen verbindliche gesetzliche Vorgaben als zielführender an.

Von einem Befragten eines Ministeriums wird kritisch angemerkt, dass eine gesetzliche Vorgabe zur Prävention und Gesundheitsförderung die Länder finanziell belasten würde. Auch die Tatsache, dass die KiTas kommunale Selbstverwaltungsangelegenheiten sind, würde es nicht leichter machen.

Im Vergleich der beiden befragten städtischen Träger fällt auf, dass der Vertreter eines norddeutschen Flächenstaats mehr Handlungsbedarf für die Prävention und Gesundheitsförderung in den KiTas sieht, als die Kollegin aus einem süddeutschen Flächenstaat. Die könnte eventuell daran liegen, dass die bayrische Kommune

„anscheinend immer noch mehr Geld hat, als andere Kommunen und damit Schwerpunkte setzt, wie zum Beispiel eine mindestens 50%ige Bioernährung in den Kindertagesstätten“ (A10).

Viele freigemeinnützige Einrichtungen bestätigen eine große Bereitschaft zur eigenständigen Versorgung und bedauern, dass Rahmenbedingungen wie die gesetzlichen Vorschriften, diese erschweren. Aus Platzmangel sind Küchen oft nicht vorhanden und die Finanzierung einer Köchin/Kochs ist nicht möglich. Entsprechend bieten eher wenige KiTas selbstgekochte Verpflegung an. Ein Großteil der Einrichtungen greift auf externes Catering zurück.

„[...] sondern Essen in der Einrichtung herstellen, hat ja auch noch über die Komponenten des Essens hinaus einen Erfahrungswert für Kinder, der gar nicht ersetzbar ist durch ein noch so tolles Catering-Essen. Und wenn ich das für wichtig halte und sage, also ich will sehen, dass die Kinder sehen, dass jemand in dem Topf rührt und dass die einen Bezug dazu haben, ja dann muss ich mich über geltende Vorschriften hinwegsetzen. Allein schon das

praktische Beispiel, [...] [ein] Kind hat im Hochsicherheitstrakt Küche nichts zu suchen“ (BA11).

2.5 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

2.5.1 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

2.5.1.1 Allgemeine Vorgaben

Auf der Bundesebene zielt Qualitätssicherung im Kinder- und Jugendhilfegesetz auf die Einrichtung und deren zu entwickelnde Konzeption ab. Das BKiSchG hat für die Weiterqualifizierung der Beratungs- und Unterstützungsangebote zusätzliche Anforderungen an die Qualitätsentwicklung im SGB VIII verankert (§ 79a). Zuständig für alle Leistungen und Aufgaben nach dem SGB VIII ist das Jugendamt. Es hat die Gesamtverantwortung, dass auf örtlicher Ebene die Aufgaben nach dem SGB VIII angemessen wahrgenommen werden und soll mit freien Trägern der Jugendhilfe, den Verbänden und Vereinen sowie mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten (BMFSFJ, 2013, S. 52). Das Jugendamt erteilt nach § 45 SGB VIII die Betriebserlaubnis für Kindertagesstätten. Es soll gewährleisten, dass genügend Einrichtungen zur Kinderbetreuung zur Verfügung stehen und eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung in allen Arbeitsfeldern erfolgt (§ 79a SGB VIII Abs. 2). Für die Qualitätssicherung in Kindertagesstätten ist der § 22a SGB VIII „*Förderung von Tageseinrichtungen*“ grundlegend, resultierend daraus wurden von den Trägern eine Vielzahl von Qualitätsmanagementsystemen aufgebaut.

„Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen die Qualität der Förderung in ihren Einrichtungen durch geeignete Maßnahmen sicherstellen und weiterentwickeln. Dazu gehören die Entwicklung und der Einsatz einer pädagogischen Konzeption als Grundlage für die Erfüllung des Förderungsauftrags sowie der Einsatz von Instrumenten und Verfahren zur Evaluation der Arbeit in den Einrichtungen“ (§ 22a SGB VIII).

Die Bundesgesetze schreiben die Einführung von Maßnahmen zur Sicherstellung und (Weiter)Entwicklung von Qualität im Allgemeinen vor. Die Vorgaben lassen hinreichend Raum zur Ausgestaltung z.B. hinsichtlich der Konzepte zur Qualitätssicherung. Eine Konzeptualisierung findet auf der Landesebene statt.

2.5.1.2 Leitlinien/Empfehlungen

Nach dem *14. Kinder- und Jugendbericht* „ist es der Bundesregierung ein besonderes Anliegen, dass die Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsangebote für Kinder in hoher Qualität bereitgestellt werden“ (BMFSFJ, 2013, S. 6). Entsprechend der Intention der Bundesregierung fordert die Kommission in ihrer Leitlinie 7 den Ausbau der Qualität, durch Aktivierung der Bildungspotenziale, Abbau von Benachteiligungen, Begrenzung von Gefährdungen sowie Förderung der Selbstständigkeit und Verbesserung der Start- und Teilhabechancen von Kindern und Ju-

gendlichen. Die Bundesregierung unterstützt finanziell die Weiterentwicklung der Qualität der frühkindlichen Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsangebote. Schwerpunkt bilden die Bereiche Sprachförderung, Kindertagespflege, qualitative Beratungsangebote vor Ort und Fachkräftegewinnung. Mit dem 10-Punkte-Programm der Bundesregierung soll die Qualität der Betreuung gestärkt und nach verlässlichen Mindeststandards geprüft werden. Das Ziel soll bundesweit bis 2020 erreicht werden. Dabei wird den Ländern Spielraum für landesspezifische Gestaltungen überlassen (BMFSFJ, 2013, S. 6f).

Auch der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.³⁸ (2013) greift in seiner Empfehlung³⁹ die Qualität in Kindertageseinrichtungen auf. Mit seinen Hilfestellungen für eine zukunftsfähige Umsetzung des Förderauftrages von Kindertageseinrichtungen gemäß §§ 1, 22 und 22a SGB VIII und der UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) möchte dieser Orientierungshilfen für die Praxis und Impulse für eine fachpolitische Auseinandersetzung geben. Es bedarf laut des Deutschen Vereins (2013, S. 2-28) u.a.:

- einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung und -sicherung, die sich vorrangig an den Bedarfslagen der Kinder orientiert, damit den vielschichtigen Anforderungen an Kindertageseinrichtungen fachlich und sachlich gerecht werden kann,
- einem dialogischen und partizipatorischen Prozess, der alle Beteiligten einbezieht, damit Qualität in ihrer „Ganzheitlichkeit“ (Erziehung, Bildung und Betreuung) bestmöglich zur Umsetzung des § 1 SGB VIII beiträgt,
- Ressourcen und Rahmenbedingungen, um Instrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung durch Rahmensetzung auf Landesebene sowie Übereinkünften der öffentlichen Träger bestimmen zu können,
- bundesweite Regelungen zur Qualitätssicherung im Setting KiTa zur besseren Vergleichbarkeit unabhängiger Träger, wobei an der Gesetzgebungskompetenz des Bundes festgehalten werden muss,
- eines gemeinsamen und übergreifendem Qualitäts- und Bildungsverständnisses,
- einer neu geführten Diskussion über die Auswirkungen der Föderalismusreform,
- einer Neujustierung des Finanzierungssystems,
- einer Verzahnung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch eine intensive, enge und zielorientierte Abstimmung aller Akteure.

38 Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist seit über 130 Jahren das gemeinsame Forum für alle Akteure in der sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts in Deutschland. Er ist überparteilich und weltanschaulich neutral, arbeitet konsensorientiert und mit hoher Fachlichkeit. Mit den Publikationen und Fachveranstaltungen informiert der Verein über aktuelle soziale Entwicklungen.

39 Die Empfehlungen wurden in der Arbeitsgruppe „Qualität in Kindertageseinrichtungen – § 22 a SGB VIII“ erarbeitet und nach Beratungen im Arbeitskreis „Familienpolitik“, im Fachausschuss „Soziale Berufe“ und im Fachausschuss „Jugend und Familie“ am 11. September 2013 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

Durch den bedarfsgerechten Ausbau der Kinderkrippen in Form des Tagesbetreuungsbausgesetzes (TAG), sollten bis zum Jahr 2010 insgesamt 230.000 zusätzliche Betreuungsplätze geschaffen werden. Der Fachausschuss Öffentlicher Gesundheitsdienst der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin hatte daraufhin in einem Positionspapier empfehlenswerte Standards zur öffentlichen Diskussion über fachlich geeignete und erforderliche Qualitätskriterien formuliert. Diese richteten sich allerdings nur an den U3-Bereich⁴⁰ und orientieren sich an den Qualitätskriterien (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität). Außer für den Bereich der „Beteiligung“ von Kindern und Jugendlichen vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010)⁴¹ lassen sich schwer weitere aktuelle und allgemeine Qualitätsstandards und/oder Empfehlungen für Kindertagesstätten auf der Bundesebene finden.

2.5.1.3 Landesebene

Die Qualitätssicherung wird auf der Landesebene und durch die Träger geregelt. Die aktuelle gesetzliche Situation auf Landesebene weist somit eine Vielzahl von unterschiedlichen Vorgaben auf. Des Weiteren gibt es sehr verschiedene Ansätze innerhalb des Qualitätsmanagements, die in Kindertageseinrichtungen zur Anwendung kommen (vgl. auch Dahle 2014).

Die hauptsächliche Finanzierung von Tageseinrichtungen obliegt den einzelnen Ländern (§ 74a SGB VIII). Diese führt zu einer zunehmenden Ungleichheit zwischen den Ländern, was z.B. bei der Personalausstattung (Fachkraft-Kind-Relation) deutlich wird. Tabelle 15 zeigt einrichtungsübergreifend die Fach-Kraft-Kind-Relation.

40 U3-Bereich: Kinder in den ersten drei Lebensjahren

41 BMFSFJ „Qualitätsstandards für Beteiligung von Kindern und Jugendlichen – Allgemeine Qualitätsstandards und Empfehlungen für die Praxisfelder Kindertageseinrichtungen, Schule, Kommune, Kinder- und Jugendarbeit und Erzieherische Hilfen“ (2010).

Tabelle 15: Personalschlüssel in Kindertageseinrichtungen der Gruppen mit Kindern im Alter von 2 bis < 8 Jahren (Statistisches Bundesamt 2015, S. 7)

Land	2012	2013	2014	2015
Baden-Württemberg	8,3	7,8	7,4	7,1
Bayern	8,8	8,8	8,8	8,6
Berlin	k.A.	k.A.	8,5	8,4
Brandenburg	11,1	10,9	11,0	11,0
Bremen	7,6	7,3	7,6	7,5
Hamburg	9,3	9,0	8,5	8,4
Hessen	9,6	9,5	9,5	9,4
Mecklenburg-Vorpommern	14,2	14,1	13,8	13,4
Niedersachsen	8,6	8,4	8,4	8,2
Nordrhein-Westfalen	9,0	8,9	8,6	8,3
Rheinland-Pfalz	8,6	8,3	8,2	7,9
Saarland	9,8	9,9	9,6	9,5
Sachsen	13,0	12,8	12,9	12,9
Sachsen-Anhalt	11,8	12,1	11,3	11,3
Schleswig-Holstein	8,8	8,7	8,6	8,3
Thüringen	10,6	10,3	10,6	10,6
Deutschland	9,3	9,1	9,0	8,7

k.A. = keine Angabe

Diese Tabelle verdeutlicht erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die Spannweite liegt bundesweit zwischen 1:7,1 in Baden-Württemberg und 1:13,4 in Mecklenburg-Vorpommern. Während die ostdeutschen Flächenländer größtenteils deutlich über dem Bundesmedian liegen, befinden sich die westdeutschen Flächenländer mit Ausnahme von Hessen und Saarland darunter. Der erstmalig für 2014 ermittelte Wert für Berlin (1:8,5) liegt über dem Bundesmedian und weist im Vergleich zu den ostdeutschen Flächenländern eine bessere Betreuungssituation aus.

Im Vergleich zum Jahr 2013 ist in 8 Bundesländern ein niedrigerer Personalschlüssel und gegenüber 2014 in 12 Bundesländern ein niedrigerer Personalschlüssel festzustellen. In Brandenburg (1:11,0), Sachsen (1:12,9), Sachsen-Anhalt (1:11,3) und Thüringen (1:10,6) blieb der Personalschlüssel gegenüber

dem Vorjahr unverändert. In Mecklenburg-Vorpommern war die rechnerische Verbesserung mit 0,4 am höchsten. In einigen Bundesländern regeln die Kommune oder der Träger die Personalausstattung selbst, wodurch sich Unterschiede innerhalb eines Bundeslandes ergeben können. Bei allen betrachteten Gruppenarten (Abbildung 15) ist eine leichte Verbesserung des Personalschlüssels festzustellen.

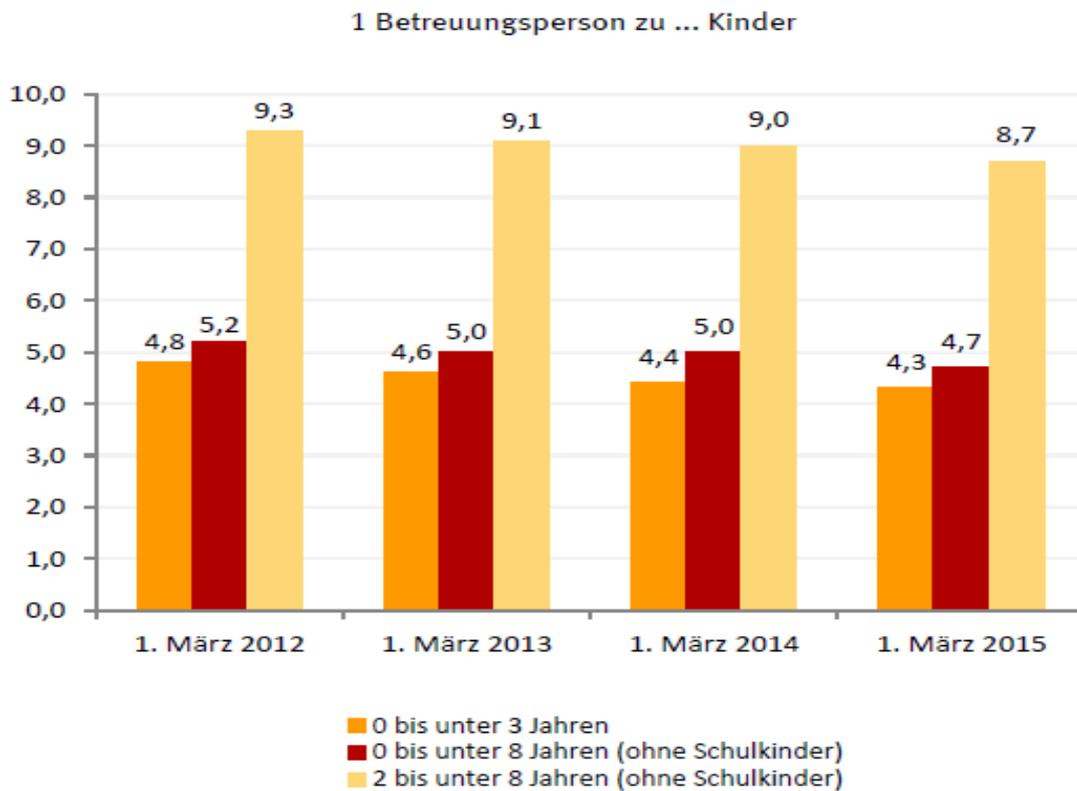


Abbildung 15: Personalschlüssel in Kindertageseinrichtungen in den Jahren 2012 bis 2015 nach Gruppenart (Statistische Bundesamt 2015)

Auch die Bertelsmann Stiftung analysierte – für Kinder im Alter von 3 Jahren bis zum Schuleintritt – die Entwicklung des Personalschlüssels in KiTas und konstatierte 2015 ebenfalls ein starkes Ost-West-Gefälle. Nach der Bertelsmann Stiftung haben sich die Personalschlüssel zwischen 2012 und 2014 in den meisten Bundesländern verbessert (siehe Abb. 16), auch wenn diese überall längst noch nicht kindgerecht und pädagogisch sinnvoll sind (Dräger 2015).

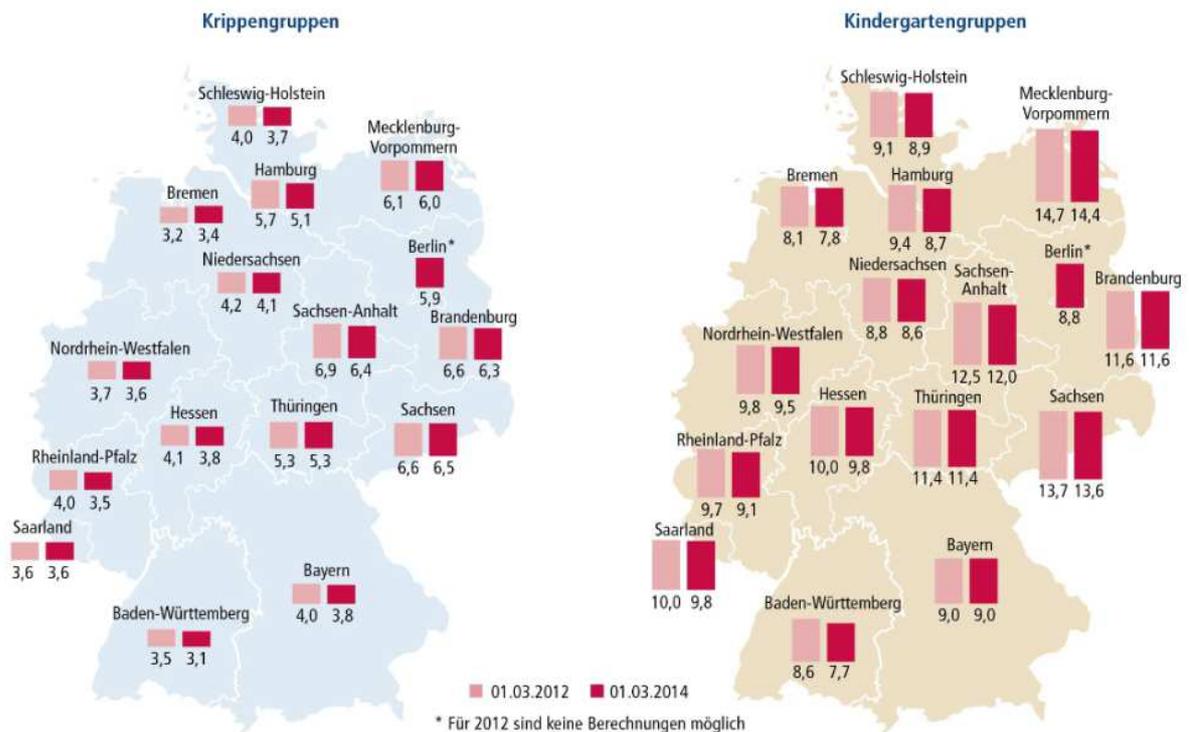


Abbildung 16: Entwicklung der Personalschlüssel in Krippen und Kindergartengruppen in KiTas – Personalschlüssel ohne Leitung als Median; Ländervergleich (Bertelsmann Stiftung 2015)

Nach einer Expertise von Viernickel und Schwarz (2009) ist davon auszugehen, dass die tatsächlich existierenden Fachkraft-Kind-Relationen in den Einrichtungen vielfach unter den gesetzlich festgelegten Personalschlüsseln liegen und in keinem Bundesland die notwendigen Mindeststandards bezüglich der Fachkraft-Kind-Relation erreicht werden. Damit kann in Frage gestellt werden, ob die in den Bildungsprogrammen formulierten Ansprüche an die frühkindliche Bildung in Kindertageseinrichtungen überhaupt eingelöst werden können (Viernickel & Schwarz 2009, S. 2).

Die Bertelsmann Stiftung (2014) empfiehlt in einem Bundes-KiTa-Gesetz festzulegen, für welchen bundesweit einheitlichen Standard der Bund Unterstützung leistet. Ohne stärkeres finanzielles Engagement des Bundes in der frühkindlichen Bildung sind Ausgaben für die meisten Bundesländer und Kommunen kaum zu schaffen. Es wird bei dem Personalschlüssel empfohlen, dass im U3-Bereich eine Erzieherin bzw. Erzieher für höchstens drei Kinder verantwortlich und für die Altersgruppe über drei Jahre der Personalschlüssel nicht höher als 1:7,5 sein sollte. Um die Personalschlüssel bundesweit den Empfehlungen der Bertelsmann Stiftung anzupassen, sind 120.000 zusätzliche Erzieherinnen und Erzieher erforderlich. Nach Berechnungen der Bertelsmann Stiftung sind hierzu jährlich zusätzliche Personalkosten von rund fünf Milliarden Euro erforderlich. Verglichen mit den der-

zeit im KiTa-Bereich anfallenden Personalkosten von rund 14 Milliarden Euro bedeutet dies einen Anstieg um mehr als ein Drittel (36%).

Nicht nur in der Festlegung des Personalschlüssels bestehen bundesweite Unterschiede. Lange gab es keine gemeinsamen Kriterien für Kindertagesstätten innerhalb eines Bundeslandes. Eine Vereinheitlichung wurde erstmals mit den Bildungsplänen der Länder geschaffen (JMK/KMK-Beschluss 2004, S. 51). Bildungspläne können nach Tietze (2004) in Anlehnung an die Konzeption pädagogischer Qualität als ein wichtiger Aspekt der **Orientierungsqualität** und somit als Qualitätsentwicklungsinstrument bezeichnet werden:

„Bildung tut Not. Bildungspläne sind aber noch keine Bildung. Als wichtiger Aspekt der Orientierungsqualität in den Einrichtungen stellen sie eine Rahmenbedingung für Bildungsprozesse dar. Sie müssen vor Ort mit Leben gefüllt werden. Dies geschieht nicht von alleine. Träger, Trägerverbände und Land sollten fachliche Hilfen bereitstellen, die Einrichtungen bei den Aufgaben der Umsetzung der Grundsätze zu unterstützen. Sonst bleibt der Plan ein Plan und die Wirklichkeit die Wirklichkeit. [...] Wir brauchen Bildungspläne als Elemente der Orientierungsqualität. Wir brauchen aber auch Verbesserungen bei der Strukturqualität, z.B. beim Erzieher-Kind-Schlüssel, und wir brauchen Verbesserungen bei der Prozessqualität im Bereich der konkreten Anregungen und bildenden Prozesse“ (Tietze, 2004).

Bei der Recherche nach rechtlichen Regelungen in der Lebenswelt KiTa auf Landesebene, finden sich die gängigen Qualitätsdimensionen *Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität* z.B. in den Bildungs- und Erziehungsplänen wieder.

In den *KiTagetzen der Länder* führen sechs Bundesländer Qualität oder Qualitätssicherung prominent im Titel auf. Bis auf vier Bundesländer (HE, NI, SH, SL) verwenden fast alle Bundesländer den Begriff Qualität im Text. Nur drei Bundesländer weisen einen eigenständigen Paragrafen zur **Qualitätsentwicklungsvereinbarung** auf (Berlin § 13 *Qualitätsentwicklungsvereinbarung QVTAG*, Hamburg § 17 *Qualitätsentwicklungsvereinbarung*, Mecklenburg-Vorpommern § 16 *Vereinbarungen über Leistung, Entgelt und Qualitätsentwicklung*). Berlin zeigt, dass ein Bildungsplan verbindlich eingeführt werden kann, da dieser an eine „Qualitätsvereinbarung Kindertagesstätten“ (QVTAG) gebunden ist. Mit der Unterschrift dieser Vereinbarung sind bestimmte Pflichten, wie z.B. regelmäßige Evaluation und Kontrolle, aber auch finanzielle Förderung vom Land verbunden. Die QVTAG regelt, dass alle Berliner KiTas alle fünf Jahre extern evaluiert werden.

Mehr als die Hälfte der Bundesländer haben eine **Evaluation** oder regelmäßige Überprüfung in den Gesetzestext mit aufgenommen. In den *Bildungs- und Erziehungsplänen* haben, bis auf das Saarland, alle Bundesländer eine Evaluation der eigenen Arbeit integriert. Mit Ausnahme von drei Bildungsplänen wird in allen Handreichungen ein Bezug zu den Qualitätsdimensionen *Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität* oder Qualitätskriterien hergestellt. Lediglich fünf Bundesländer führen eine Orientierung oder eine Zusammenarbeit mit der *Nationalen Qualitätsinitiative* in den Plänen an. Die „Nationale Qualitätsinitiative im System der Tages-

einrichtungen für Kinder“ wurde 1999 vom BMFSFJ gemeinsam mit zehn Bundesländern, kommunalen und freien Trägern ins Leben gerufen. Sie hatte zum Ziel, Instrumente zur Feststellung der Qualität der Arbeit in Tageseinrichtungen Krippen, Kindergärten und Horten zu entwickeln. In fünf Teilprojekten der „Nationalen Qualitätsinitiative“ wurden Qualitätskriterien für Kindertageseinrichtungen erstellt, geeignete Evaluationsverfahren entwickelt und praktisch erprobt.

Eine Studie des AQUA-Instituts (Schreyer et. al. 2014) erhob bundesweit die Qualität in KiTas (West n=1.220 und Ost n=257 ohne Berlin). „Die am häufigsten verwendete und verbindliche Maßnahme zur Qualitätserfassung der west- und ostdeutschen Träger sind Instrumente zur Selbstevaluation (50,7% vs. 59,9%). Instrumente zur Fremdevaluation werden in KiTas im Osten fast doppelt so häufig verbindlich eingesetzt wie im Westen (28,0% vs. 14,6%). Viele Träger berichten auch, ihre eigenen, selbst erstellten Qualitätshandbücher als verbindliche Maßnahmen festzulegen. Fast ein Viertel der befragten Träger (23,4%) in den westlichen Bundesländern und 9,7% in den östlichen Bundesländern schreiben ihren KiTas jedoch keine verbindlichen Maßnahmen zum Qualitätsmanagement vor [...]. Etwa ein Fünftel (22,2%) der Trägervertreter/innen machte genauere Angaben zur Art der Qualitätsmanagement-Maßnahme. Dabei wurden etablierte QM-Verfahren wie z.B. TQM oder DIN ISO relativ selten (14,5%) genannt. Trägerinterne Verfahren wie z.B. das KTK Gütesiegel oder das BETA-Qualitätshandbuch wurden mit Abstand am häufigsten von kirchlichen Trägern (38,4%) gewählt. Über alle Trägerarten hinweg entfallen die häufigsten Nennungen (41,3%) auf sonstige, aber nicht genauer bestimmbare QM-Maßnahmen. Hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Bundesländern fällt auf, dass in den östlichen Bundesländern etablierte QM-Maßnahmen mehr als viermal so häufig eingesetzt werden wie im Westen (36,6% vs. 8,5%).“ (Schreyer 2014, S.159)

Auch eine 2013 im Auftrag des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbands, der Diakonie und der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft durchgeführte Studie zeigt, dass die praktische Umsetzung von Qualitätsmanagement nur teilweise den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Knapp die Hälfte der Einrichtungen gibt an, ein Qualitätsmanagementsystem einzusetzen. Diese Tagesstätten verwenden sehr unterschiedliche Systeme. Viele Fachkräfte fühlen sich mit den zahlreichen neuen Anforderungen überfordert und wünschen sich mehr Zeit für mittelbare pädagogische Arbeit und eine bessere Vorbereitung und Weiterbildung, auch in Bezug auf das Thema der Qualität. Bei den 48% der Einrichtungen, die ein Qualitätsmanagementsystem verwenden, zeigt sich ein sehr heterogenes Bild. Jeweils 9% verwenden ein trägerinternes (und nicht weiter definiertes) System und 5% setzen ein Konzept nach DIN EN ISO 9000ff ein (Viernickel 2013, S. 56f).

2.5.2 Ergebnisse der Interviews

Die im Interviewleitfaden aufgeführten **Gesetze**, wie das bundesweit einheitliche Kinder- und Jugendhilfegesetz im SGB VIII oder die jeweiligen Ländergesetze mit nachgeordneten Bildungs- und Erziehungsplänen für den Bereich Qualitätssicherung, sind allen Befragten bekannt.

„Also SGB VIII ist klar, mit den einschlägigen Paragrafen, die gelten alle für uns. Bundeskinderschutzgesetz ist da ja inzwischen integriert [...] Und die Kindertagesstättengesetze der Länder, da kenne ich jetzt zufällig das eine oder andere ein bisschen. Das ist aber kein verbreitetes Wissen grundsätzlich bei unseren Kindertagesstätten“ (A02).

Ein Befragter nennt ergänzend zum länderspezifischen Kindertagesstättengesetz die nachgeordneten Durchführungsverordnungen, in denen sämtliche Standards für die KiTas geregelt sind. Der Fokus liegt hierbei auf der Strukturqualität, der Kinder- und der Raumanzahl, dem Fachkraft-Kind-Schlüssel und den finanziellen Ressourcen der Kommunen.

Bezogen auf die **Verbindlichkeit der Vorgaben** nennen die beiden Ministeriumsvertreter klare QM-Maßnahmen als Fördervoraussetzung für die Einrichtungen, wie z.B. die Anwendung der Beobachtungsbögen Seldak, Sismik und Perik, eine jährliche Durchführung von Elternbefragungen, die Vorlage einer KiTa-Konzeption auf Grundlage der gesetzlich festgelegten Grundsätzen und Ziele, welche sich an den Bildungs- und Erziehungsplan sowie den Bildungsleitlinien orientieren. Auch die zwei städtischen KiTa-Vertreter nennen die beim Ministerium verbindlich vorzulegende Konzeption zur finanziellen Förderung.

Eine unterschiedliche **Prüfung und Umsetzungspraxis** der Vorgaben zur Qualitätssicherung und -entwicklung zeigen die Stadtstaaten Berlin und Hamburg. Beide Stadtstaaten weisen eine verpflichtende Qualitätsentwicklungsvereinbarung bzw. einen Landesrahmenvertrag (siehe Kap. 2.1) auf, deren Einhaltung ebenfalls an die öffentliche Finanzierung geknüpft ist, wie die Interviewten erläutern:

"[...] wir sind ja ein öffentliches Unternehmen in privatrechtlicher Form, aber gleichzeitig Mitglied im Landesrahmenvertrag Hamburg zu Kindertagesstätten. Und die Hamburger Bildungsempfehlungen sind für uns schon auch verpflichtend. Wobei man sagen muss, die sind so komplex, wenn man [diese] sich anguckt, dass man sicherlich nicht alle Aufgabenfelder und Kompetenzbereiche, die da drin sind, immer alle zur gleichen Zeit bearbeiten kann. Aber das ist sozusagen unsere Orientierungsqualität“ (A06).

„Was die KiTas kennen ist das Berliner Bildungsprogramm [...]. Die QVTAG ist den Kitas bekannt, einfach als Grundlage für die KiTas beziehungsweise deren Träger, dass sie überhaupt finanziert werden öffentlicherseits“ (A07).

Im Vergleich zu den anderen bundesweiten Trägermodellen sieht ein Interviewter eines privatrechtlichen Unternehmens eine doppelte Prüfung der Qualität als positiv an: zum einen durch die Mitgliedschaft im Landesrahmenvertrag und die damit

verbundene Kontrolle der Fachbehörde des Ministeriums und zum andern durch die Freie Hansestadt Hamburg.

Alle Interviewten der drei privaten und zwei städtischen Träger geben an, dass die gesetzlichen Vorgaben in Ihrer KiTa-Praxis regional bzw. bundesweit umgesetzt werden. Eine Interviewperson beschreibt dies wie folgt:

„[...] wir sind ja sozusagen in verschiedenen Bundesländern, also bundesweit tätig, und da kann man als allererstes sagen, dass wir uns anhand der Bildungs- und Erziehungspläne der jeweiligen Bundesländer orientieren. Dann ist es so, dass wir auf Struktur-, Prozess- und auch Personalqualität natürlich achten. Und da ist uns ja von den Bundesländern auch vorgegeben, welchen Fachkraft-Kind-Schlüssel wir vorhalten müssen. Wir beraten natürlich nicht öffentliche Einrichtungen so, dass sie einen deutlich besseren Fachkraft-Kind-Schlüssel zum Beispiel vorhalten - aber das liegt ja dann immer nicht in unserem Ermessen, ob wir sozusagen das refinanziert bekommen, von der öffentlichen Hand“ (A08).

Ein Ministeriumsvertreter weist darauf hin, dass, ob und wie die vorhanden rechtlichen Vorgaben in den Einrichtungen umgesetzt werden, stark von der Qualifizierung und dem Engagement der Leitung abhängt:

„Also ganz, ganz unterschiedlich. Jede Einrichtung ist ja in der Pflicht da etwas auf den Weg zu bringen. Aber das hat natürlich unterschiedliche Art und Güte“ (A09).

Ein Wissenschaftler merkt an, dass die Erziehungs- und Bildungspläne in den meisten Bundesländern nur Empfehlungscharakter haben, und somit eine verbindliche Umsetzungspraxis nicht für alle Einrichtungen nachgewiesen werden kann.

Die Antworten der Befragten verdeutlichen, dass unterschiedlichste **Qualitätsmanagementsysteme** in der Praxis vertreten sind. Die Spanne reicht von mehreren evidenzbasierten Verfahren oder Zertifizierungen zur Qualitätssicherung und -entwicklung bis hin zu gar keinen oder eigenen, nicht evidenzbasierten Instrumenten oder organisationsspezifischen Qualitätsmanagement-Systemen.

Von den meisten Interviewten werden die Wohlfahrtsverbände mit ihren eigenen umfassenden Qualitätsmanagementsystemen genannt:

„Ob die jetzt tatsächlich genutzt werden, ist strittig. Nach meinen Forschungen nicht, aber wenigstens verfahrensartig sind die vorgeschrieben. Wer in so einem Verband drinnen ist, hat keine Alternative als das zu nutzen oder aus dem Verband auszutreten“ (A03).

Ein Großteil der Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände arbeitet mit integrierten Qualitätsmanagement-Systemen, die auf der DIN ISO oder dem EFQM basieren, interne und externe Audits enthalten und um organisationsspezifische Qualitätskriterien ergänzt werden. So nutzen die meisten KiTas organisations- bzw. verbandsspezifische Instrumente wie bspw. das AWO-Tandem System, KiQu/PQ-Sys, das KTK Gütesiegel oder das Diakonie Siegel. Die integrierten QM-Systeme gewährleisten die Berücksichtigung der rechtlichen Regelungen (Bsp. Berliner Bil-

dungsprogramm und QVTAG) als externe Anforderungen. Der QVTAG schlägt acht Aufgabenbereiche zur Qualitätsentwicklung vor, u.a. zur demokratischen Teilhabe sowie Aktualisierungen des Bildungsprogramms um Orientierungsqualität. Laut der Koordinatorin eines KiTa-Projekts dreht es sich bei der Qualitätssicherung in der QVTAG vor allem um die interne Evaluation.

„es gibt auch viele [...] Managementsysteme, die die Träger intern nutzen oder wo sie sich halt, gerade wenn jetzt, [...], ein Träger nicht nur aus dem pädagogischen Bereich kommt, findet man auch schon mal DIN EN ISO. [...] Ganz stark verbreitet ist ja auch die Kindergartenskala, die aber angebunden ist an die externe Evaluation, weil ja PädQUIS beziehungsweise EDUcert sind ja ein Anbieter, die die externen Evaluationen hier in Berlin anbieten. Und die sagen dann einfach: Naja, und wenn ihr jetzt hier noch quasi eine Schippe auflegt, dann könnt ihr auch noch gleich das Zertifikat für die Kindergartenskala machen. Das ist relativ breit gefächert, aber das ist schon so [...] das meiste. Und dadurch dass wir eine externe Evaluation hier machen mit den neun Anbietern, tut sich eigentlich keine Kita oder kein Kita-Träger das an, sich noch zusätzlich [...] vom Kronberger Kreis oder DIN EN ISO noch anzutun. Das ist ja auch immer sehr viel Arbeit für die Kitas“ (A07).

Die AWO pflegt beispielsweise die gesetzlichen Vorgaben und behördlichen Auflagen regelmäßig in ihr QM-System ein, wobei die vorgeschriebenen internen und externen Audits als interne und externe Evaluation der QVTAG anerkannt sind. Die Anforderungen der internen und externen Evaluation im Rahmen der QVTAG wurden in das QM-System der AWO (AWO-Tandem System) integriert und werden damit von allen Einrichtungen einheitlich gewährleistet. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass die integrierten Systeme der Wohlfahrtsverbände u.a. auch themenspezifische Fachstandards enthalten. So werden von den Verbänden Standards zur Partizipation und/oder Inklusion entwickelt und in die QM-Systeme integriert. Dieses Vorgehen wird ähnlich auch in anderen Wohlfahrtsverbänden umgesetzt. Damit wurde das verbands- und organisationsspezifische System an externe Anforderungen in Form von Standards und Kriterien angepasst.

Alle freigemeinnützigen Einrichtungen arbeiten mit einem Handbuch zum Qualitätsmanagement. Die Mehrheit der Verbände erarbeitet die Qualitätssicherung zusammen mit den Trägern und Einrichtungen (verbandsintern, aber trägerübergreifend) im Rahmen von Qualitätsdialogen oder Arbeitsgruppen. Über diese Gremien konnten in den letzten Jahren viele organisationsspezifische und eigens entwickelte Instrumente (bspw. Prozesslandkarten, Leitfäden, Maßnahmenpläne) zur Qualitätssicherung implementiert und erfolgreich eingesetzt werden. Zudem wird über Treffen der Transfer von Neuerungen und/oder Änderungen gesetzlicher Regelungen, Rahmenvereinbarungen o.ä. von den Verbänden in die Einrichtungen gewährleistet. Die Treffen werden ergänzt durch das Bereitstellen von Broschüren und Informationsmaterial zu aktuellen gesetzlichen Änderungen und bestehenden Verpflichtungen. Eine Ausnahme bildet der Dachverband Berliner Kinder- und Schülerläden e.V. (DaKS). Der Verband bietet seinen Mitgliedern kein einheitliches QM-System an, sondern empfiehlt seinen Mitgliedern die Materialien des

Landes Berlin und des Berliner KiTa-Instituts für Qualitätsentwicklung (BeKi) zu nutzen.

Auch die an den Dachverband des Diakonischen Werkes angeschlossenen evangelischen KiTas nutzen ein an der DIN EN ISO orientiertes QM-System. Dieses wird durch ein Handbuch sowie regelmäßige Arbeitstreffen und Fortbildungen unterstützt. Als eine Grundlage dienen die Standards aus dem Bundesrahmenhandbuch des Bundesverbandes. Die Entwicklung und Anwendung beruht auf Eigeninitiative der evangelischen KiTas und ist einrichtungsspezifisch. Von Seiten der Gemeinden bzw. Kirchenkreise existieren keine QM-Systeme:

„[...] aber hier im Kirchenkreis gibt es kein, das ist immer noch fremd, Fremdgebiet Qualitätsmanagement. [...] Und da leiden wir auch sehr drunter. [...] unsere Pfarrer machen kein Personalentwicklungsgespräch mit den Mitarbeiterinnen, ich krieg auch hier keins mit meinem Chef, also [dem] Superintendenten. Aber die Kitas machen das jetzt mittlerweile seit zehn Jahren mit ihren Mitarbeitern. [...] Also daran krankt das immer so ein bisschen, dass es auf der oberen Ebene nichts gibt. Aber es ist ein System, wo immer mehr Erzieherinnen und Leiterinnen auch sagen: ‚Klasse, wir haben. als wir wieder mal nicht einig waren, wir haben unsere Handbuchseite mit der und der Regulierung. oder wir letztes Mal das Gemeindefest oder das Kitafest raus. [...] Und es bringt uns auf eine andere Qualität. Also: dieses Pflänzchen ist aufgegangen. Hängt aber, sage ich mal, sehr mit meiner Person zusammen. Ich glaube, wenn ich weg bin, dann schläft das ein“ (BA13).

Die katholischen KiTas sind an den Caritasverband angegliedert und nutzen eigenverantwortlich das vom Verband entwickelte, an der DIN EN ISO orientierte QM-System. Auch hier wird mit einem QM Handbuch gearbeitet und die KiTas werden nach dem KTK Gütesiegel (katholische Tagesbetreuung für Kinder) extern evaluiert. Die Berücksichtigung rechtlicher Regelungen in dem QM-System erfolgt ähnlich wie bei den anderen Verbänden über Veranstaltungen und Informationen des Caritasverbandes sowie über Berufsleitungsrounds, in denen aktuelle Änderungen besprochen und ins System integriert werden. Auch werden in diesen Runden Fragen zur Finanzierung geklärt.

Einen verantwortlichen Mitarbeiter für Qualitätsmanagement haben die kirchlichen Einrichtungen nach Aussage der Interviewten nicht. Die Einhaltung der Qualitätsstandards sowie die Entwicklung und Anwendung der Vorgaben liegen im Arbeitsbereich der kirchlichen Einrichtungsleitung. Diese kommt dem Qualitätsmanagement in der Regel, auf Grund des zu hohen Arbeitsaufkommens, nur in der internen und externen Evaluation nach. Eine systematische Pflege des Systems erfolgt nicht:

„[...] das ist ein stetiger Prozess, der abhängig ist von den Dingen, die von außen kommen. Einen ganz eigenen Stellenwert hat es nicht nur, wenn wir die interne und die externe Evaluation haben. Da gibt es außer Qualitätsmanagement eben kaum einen anderen Punkt [...]“ (BA12).

Nach Aussage eines Wissenschaftlers sind die Wohlfahrtsverbände mit ihren Einrichtungen vor allem in Süddeutschland verbreitet. Ostdeutschland zeichnet sich

durch viele kleine Träger und vor allem Kommunen aus, die gar kein QM-System benutzen.

Über die Qualitätsmanagementsysteme der Wohlfahrtsverbände hinaus werden von den öffentlichen und privaten Trägern, der Wissenschaft und den Ministerien folgende Qualitätssicherungsverfahren für Kindertagesstätten genannt: PädQUIS/QUIK, DIN EN ISO 9000ff, Kindergarten-Gütesiegel, Kindertagesein-schätzskala (KES), Krippeneinschätzskala (KRIPS-R), Tagespflege-Skala (TAS), Kronberger Kreis, IQUE – Integrierte Qualitäts- und Personalentwicklung, EFQM – European Foundation für Quality Management und TQ-Trägerqualität. Nach einigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sind (KES), (KRIPS-R) und (TAS) die in Deutschland am besten abgesicherten Qualitätserfassungsinstrumente für KiTas.

„Die spielen aus meiner Sicht schon eine Rolle, weil es relativ systematisch betrieben wird, und ich auch einige kommunale Träger kenne, die ihre Ein-richtung nach dem System zertifizieren“ (A05).

Nach Meinung eines Wissenschaftlers gibt es neben der Nationalen Qualitätsinitiative relativ viel „Wildwuchs und lokalinitiativ“, welche überregional keine Bedeutung haben. Betont wird, dass es bei einem **städtischen Träger** ganz unterschiedliche Qualitätssicherungssysteme gibt z.B. DIN EN ISO Zertifizierungen oder Initiativen, um Qualität in Einrichtungen zu messen. Bei dem anderen interviewten **städtischen Träger** wird laut der Expertin von Qualitätszertifizierungen abgesehen. Es gibt aber inhaltliche Anforderungen für eine Förderung. Ergänzend zu den im Allgemeinen vorhandenen Unternehmens-, Träger- und Einrichtungskonzeptionen sowie Leitbildern wird die Qualität in den KiTa-Einrichtungen in allen drei Unternehmen in privater Trägerschaft unterschiedlich gesichert. So weist ein privater Träger ein bundesweit einheitliches Qualitätskonzept auf, welches durch DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert und durch die Nationale Qualitätsinitiative – PädQUIS und dem Nationalen Kriterienkataloges (NKK) regelmäßig mit internen und externen Audits geprüft und kontinuierlich weiterentwickelt wird. Ein anderen Unternehmen arbeitet laut des Experten nicht nach DIN EN ISO, sondern orientiert sich an der Strukturqualität und hat somit ein eigenes Qualitätssicherungssystem „Quasi – Qualität im Situationsansatz“, welches mit einem evidenzbasierten Evaluationsinstrument zur internen Evaluation nach einem dialogischen Verfahren genutzt wird:

„Das ist entwickelt worden von der Internationalen Akademie INA an der FU in Berlin. Die haben diesen Berliner Prozess auch durchgeführt, und wir haben, bevor wir das Instrument bei uns eingeführt haben, im Prinzip eine Qualitätsanalyse gemacht. Das heißt, ein Unternehmen von INA hat bei uns zwei Jahre lang eine IST-Bestandsaufnahme gemacht über die pädagogische Qualität, über verschiedene Dimensionen, Dokumentationen, Beobachtungen, Elternarbeit, als Partner Bildungsarbeit. Und wie laufen die Teamprozesse, wie organisiert sich eine Kita ihre Arbeit selbst. Und danach sind aus diesem zweijährigen Qualitätsentwicklungsprozess für uns vier Qualitätsversprechen entwickelt worden“ (A06).

Die vom Interviewten genannten Qualitätsversprechen beziehen sich (1) auf die Entwicklungswege der Kinder, (2) auf die Orientierungsqualität in Anlehnung an die Hamburger Bildungsempfehlungen, (3) auf Eltern als Partner, (4) auf Teamentwicklung und (5) auf das Qualitätsversprechen selbst und werden den Eltern gegeben, um zu verdeutlichen, dass es sich nicht nur um ein Dienstleistungsunternehmen, sondern auch um eine Bildungseinrichtung handelt. Der Interviewte betont die hierarchischen Strukturen, welche der Qualitätssicherung dienen sollen. So wird der Elternschaft durch eine Elternmitbestimmungsrichtlinie und Gesetzgebung eine tragende Rolle zugesprochen, da diese auch in Gremien bis auf Länderebene vertreten sind. Eine Elternbefragung und die Transparenz ihrer Ergebnisse sollten für jede Einrichtung verpflichtend sein.

Ein weiteres Unternehmen ist nicht nur Träger eigener bundesweiter Einrichtungen, sondern fungiert auch als Beratungsunternehmen. Für die Qualitätssicherung liegt keine DIN EN ISO Zertifizierung vor. Da noch kein passendes Zertifizierungsunternehmen gefunden wurde, wird bisher von Zertifizierungen für die Qualitätssicherung aus Kostengründen abgesehen. Es wurde im Unternehmen ein eigenes nicht evidenzbasiertes Qualitätsmanagementsystem entwickelt. Laut Äußerungen der Interviewten lässt sich das Verständnis von Qualitätsmanagement eher auf Einzelmaßnahmen zurückführen.

„Wir haben ein eigenes Qualitätsmanagement. [...] Qualitätsentwicklungsprozesse. Also, das muss man sich so vorstellen: dass sich das Team mit der Leitung und der Beraterin in einer Auftaktveranstaltung drei Qualitätskriterien raussuchen, also was für die Kita im Moment so Thema ist. Und daran wird dann einmal festgestellt, was derzeitiger Stand [ist], was ist Ziel, und welche Maßnahmen sind dafür notwendig. Und da arbeiten dann die Teams 18 Monate an dem Prozess. Ist ein Prozess abgeschlossen, beginnt automatisch der nächste Prozess [...] Das ist unser Qualitätsstandard, was ich Ihnen jetzt gerade aufgezählt habe - und das ist bindend für alle Mitarbeiter. Für alle Einrichtungen“ (A08).

Die Träger, die von einem interviewten Wissenschaftler beraten werden, nutzen gar keine Qualitätssicherungsverfahren:

„Gar keine. Also, wir führen welche ein. Aber tatsächlich ist es so, dass eben das eine Menge Zeit und Geld kostet und deshalb bisher gemieden worden ist, wo immer man konnte“ (A03).

Grundsätzlich werden die vorhandenen **Leitlinien und Empfehlungen** für die Qualitätssicherung in der KiTa als sehr heterogen eingeschätzt, da es keine einheitlichen Standards und sowohl träger- als auch länderspezifische Ausführungen gibt.

„Wenig Verbindlichkeit, was die tatsächliche Umsetzung betrifft. Und [es] wird zumeist in subjektiver Form abgefragt (z.B. in Fragebogenform oder Interviews), d.h. [es ist] wenig Objektivität vorhanden, was die tatsächliche Umsetzung der Regelungen, Leitlinien und Empfehlungen im Praxisfeld angeht“ (A11).

Auch die **Umsetzungspraxis** wird von fast allen Befragten als extrem unterschiedlich eingeschätzt. Die Ursachen werden differenziert begründet:

„Es gibt einen Teil Einrichtungen, die sehen das wirklich für sich als Entwicklungsinstrument. [...] Und dann gibt es den Teil Einrichtungen, die sehen das als lästig an. [...] Entweder kommen die Erbsenzähler, oder wir haben inhaltlich nichts davon“ (A05).

Ein Wissenschaftler ist der Meinung, dass die Umsetzung in den Gemeinden und bei den Trägern von der Stellung der ministeriellen Landesebene zum Qualitätsmanagement abhängt:

„Da steht drin (im Kinderförderungsgesetz - KiFöG), macht Qualitätsmanagement. Der Bildungsminister reist durch die Lande und versichert allen, dass man es nicht prüfen wird. Die Botschaft ist natürlich, wir nehmen hier unseren Rechtsstaat gar nicht so ernst und unsere eigenen Gesetze schon gar nicht und das kommt auch genauso an bei den Trägern“ (A03).

Zudem wird die beliebige Finanzierung für die Wahrnehmung der Vorgaben genannt:

„Immer nur in den Kommunen oder Trägern, die dafür Geld ausgeben und sagen, eine Qualitätssicherung und Qualitätsfeststellung ist es uns wert“ (A01).

Die Interviewte glaubt, dass evtl. Angst durch Kontrolle bei den Trägern eine Rolle spielen könnte, welche mit generellen Regelungen zur Qualitätssicherung nicht vorhanden wäre.

„Wenn es etwas Selbstverständliches ist, dann wird auch die Angst schwinden, dann ist es einfach so“ (A01).

Nur eine Expertin nennt keine Bedingungen oder Einschränkungen in der Umsetzung der Vorgaben. Die Rückmeldungen aus der Praxis zur internen und externen Evaluation durch Anbieter sind ihrem Erachten nach „sehr, sehr gut“ (A07).

Auch die Fachreferenten der Wohlfahrtsverbände bestätigen, dass nach anfänglicher Abwehr Qualitätssicherung inzwischen große Zustimmung unter den Mitarbeiter/innen und Einrichtungsleiter/innen findet. So spiegeln Evaluationen und Qualitätssicherungsinstrumente die durchgeführten Maßnahmen wieder, geben in gewisser Weise Feedback und werden als Entwicklungsinstrumente angenommen.

Bei der **Bewertung der Vorgaben** durch die Befragten wird deutlich, dass ausschließlich dort, wo Qualitätsentwicklungsvereinbarungen verpflichtend implementiert sind wie in Hamburg und Berlin, von den Befragten positive Bewertungen ausgesprochen wurden.

„Und alle anderen haben das bisher nicht [...] Und deshalb ist es eben auch schwer, Qualität zu überprüfen in unserem System, weil wir gar keine verbindlichen Standards haben, was ich eigentlich einen Skandal finde. Wir haben weder, was die Gruppenstärke betrifft, Standards, noch auf die Erzieher-Kind-

Relation, noch auf die Qualifizierung des Personals. Und [wir] haben 16 verschiedene Bildungspläne mit einer ganz unterschiedlichen Philosophie“ (A01).

Die Vertreterinnen der kirchlichen Einrichtungen **bewerten** die bestehenden rechtlichen Regelungen und Verpflichtungen als gut, da diese helfen die eigene Arbeit zu reflektieren und somit ein ständiger Diskussions- und Entwicklungsprozess besteht. Die Vorgaben stehen somit in keinem Konflikt zu den täglichen Arbeitsaufgaben. Generell hat die Einführung von Qualitätssicherung dort zu einer verbesserten Arbeit und insbesondere auch Sprachfähigkeit der Fachkräfte geführt. Die inhaltliche Ausgestaltung, Entwicklung und Anwendung ist dennoch sehr komplex und führt so auch teilweise zu Überforderung in der Umsetzung.

Ein Landesministerium und ein kooperierendes wissenschaftliches Institut **bewerten** die Vorgaben zur Qualitätssicherung eher skeptisch und merken ein unterschiedliches Begriffsverständnis an:

„Vorgaben zur Qualitätssicherung werden von der pädagogischen Praxis durchaus skeptisch betrachtet; Fachkräfte befürchten, dass einheitliche Vorgaben nicht der Vielfalt und Breite des Arbeitsfeldes Kita gerecht werden. Allgemein gibt es nicht das „Qualitätsverständnis“, vielmehr existieren im Praxisfeld Kita viele unterschiedliche Definitionen darüber, was gute pädagogische Qualität ausmacht. Weiter ist das Qualitätsverständnis auch abhängig/geprägt vom jeweiligen pädagogischen Ansatz/ Grundausrichtung der Kita. Hinzu kommt, dass neben prozessualen auch strukturelle Bedingungen (z.B. ErzieherIn-Kind-Schlüssel, hohe Personalfuktuation, wenig unmittelbare Zeiten) berücksichtigt werden müssen; diese „äußeren“ Rahmenbedingungen (im Gegensatz zu den „inneren“, „weichen“ Rahmenbedingungen) erschweren die Umsetzung der Vorgaben zur Qualitätssicherung. Oft müssen die Rahmenbedingungen aus Sicht der Fachkräfte „stimmen“ und/oder als unveränderbar akzeptiert werden, bevor Vorgaben zur Qualitätssicherung umgesetzt und als „Chance“ für Veränderung und Entwicklung akzeptiert werden können“ (A11).

2.5.2.1 Handlungsbedarf

Bezüglich der Vorgaben zur Qualitätssicherung und -entwicklung sehen von den 11 Befragten aus öffentlichen und privaten Trägern, der Wissenschaft und von Ministerien 9 einen akuten Handlungsbedarf. Lediglich die Interviewten aus den beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg, wo verpflichtende Qualitätsentwicklungsvereinbarungen vorliegen, konstatieren keinen Bedarf. Dagegen weisen mehrere Fachreferenten der Wohlfahrtsverbände und kirchlichen Einrichtungen auf einen akuten Handlungsbedarf trotz integrierter QM-Systeme sowie festen Strukturen und Abläufen in den Einrichtungen und Verbänden hin.

Zwei der befragten Expertinnen und Experten formulieren, dass Deutschland in der Qualitätssicherung im internationalen Vergleich deutlich „hinterherhinkt“. Sie sind der Meinung, dass es nicht den einzelnen Trägern überlassen werden sollte, wie Qualität gesichert wird. Die von den Interviewten genannten Empfehlungen und ihre mögliche Umsetzung zur Qualitätssicherung fasst Tabelle 16 zusammen.

Tabelle 16: Empfehlungen zur Qualitätssicherung

Empfehlungen
<ul style="list-style-type: none">• Qualitätsstandards vereinheitlichen• Rahmenbedingungen verbessern• Fachkraft-Kind-Relation verbessern• Qualifikation der Erzieherinnen und Erzieher verbessern• Klarere Strukturierung stärken• Qualitätsbewusstsein in den KiTas wecken• Handhabbare Instrumente zur Qualitätseinschätzung entwickeln• Qualitätsverständnis an Rechten und Bedürfnissen von Kindern ausrichten• Fachkräfte entlasten• Aus der Verantwortung der einzelnen Länder heraus kommen• Finanzierung verbessern
Umsetzung durch
<ul style="list-style-type: none">• Stärkere Verantwortung beim Bund mit einheitlichen Vorgaben zur QS für alle formulieren• Einheitliches Kindertagesstättengesetz schaffen• Mehr Klarheit in der Verbindlichkeit der gesetzlichen Vorgaben geben• Verpflichtende Bildungs- und Erziehungspläne im Gesetz verankern• Einheitliche Bildungsprogramme konzipieren• Bundesqualitätsgesetz schaffen

Die in der Tabelle aufgeführten Empfehlungen finden sich in den folgenden Aussagen wieder:

„So wie wir das SGB VIII für alle haben, wäre es doch schön, wenn es deutsche Bildungsempfehlungen gäbe, und die werden allgemeingültig evaluiert und nicht Bundesland abhängig“ (A04).

„Ich denke es sind zwei Faktoren [...]. Das eine, dass man die gesetzlichen Grundlagen für eine Einrichtung abstimmt. Und das könnte schon bundesländerweit abgestimmt sein. Und das zweite ist einen Unterschied setzen zwischen Empfehlung und Verbindlichkeit und dann eben im Hinblick auf die Finanzierung. Ansonsten ist das eine Farce“ (BA12).

Es bedarf mehr

„verbindliche Standards und verbindliche Überprüfungsverfahren, (sowie) mehr politische Steuerung, weniger Beliebigkeit, und gesetzlich verbindliche Standards zwischen Bund, Länder und Kommune über einen Staatsvertrag“ (A01).

Um dies so umsetzen zu können, muss die Politik, so die Befragte, Richtlinien und Leitlinien für Standards erlassen, damit nicht die Erzieherinnen und Erzieher allein die Leidtragenden sind, wenn bestimmte Vorgaben nicht erfüllt werden können. Eine Verankerung in bestehende Gesetze wird von zwei Interviewten folgendermaßen eingeschätzt:

„Ja, in unserem Kinder- und Jugendhilferecht wäre [die Qualitätssicherung] schon zu verankern, absolut. [...] Aber Länder und Kommunen wehren sich im Moment dagegen, weil sie sagen: Wer bezahlt das dann? Also ohne dass der Bund die Finanzierung regelt von Qualitätssicherung, wird es keine Qualitätssicherung generell flächendeckend in Deutschland geben“ (A01).

„[...] in diesem ganzen großen System [wo wir] jede Menge Anschlussmöglichkeiten haben. Sie müssen nur entsprechende Standards verankern. [...] Aber das ist eben [die] Entscheidung des jeweiligen Trägers und nicht irgendwelcher übergeordneter Instanzen“ (A03).

Ein Experte eines Landesministeriums hält eine gesetzliche Vorgabe für den Qualitätsbereich für fraglich, da die Träger bereits ihre eigenen Systeme zur Qualitätssicherung auf den Weg gebracht haben.

„was Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung angeht, würden wir jetzt gesetzliche Vorgaben machen und [dann] müsste das umgesetzt werden, dann würde das natürlich Zusatzkosten verursachen und große Unruhe [...] in die Kitas bringen, die ja sowieso schon stark belastet sind, gerade die Leitungspersonen. Und natürlich [würden] auch wieder Kosten auf das Land zukommen. Deswegen werden wir uns da in diesem Bereich sehr, sehr vorsichtig erstmal unterhalb der gesetzlichen Ebene bewegen. Das heißt, indem wir da jetzt Fördermittel reinsteuern, diese fünf Millionen und einen Fördererlass auf den Weg bringen, werden wir versuchen [...] die Systeme da ein wenig weiter aneinander heranzuführen. Also dass wir Eckpunkte festlegen, die in jedem Qualitätsmanagement, jedem Qualitätssicherungsverfahren vorhanden sein sollten, aber das eben immer im Konsens. Also freie Träger, die in der Landesarbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen sind und kommunale Landesverbände“ (A09).

2.5.2.2 Struktur und Rahmenbedingungen

In den Interviews über die rechtlichen Regelungen und deren Wahrnehmung im Setting KiTa werden für die Qualitätssicherung einige Herausforderungen formuliert. Die rechtlichen Regelungen werden von den freigemeinnützigen Trägern zum Teil als widersprüchlich bewertet. So stehen Anforderungen aus dem Bildungsprogramm, bspw. bezüglich der Ausstattung und Gestaltung der Räumlichkeiten, oft in Konflikt mit den Brandschutzvorgaben. Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler weisen auf das sich **ändernde Verständnis von KiTa-Aufgaben** in den vergangenen Jahrzehnten hin. Während früher die Arbeit am Kind und deren Betreuung im Vordergrund stand, kommen heute viele Aufgaben wie Dokumentation und Qualitätsentwicklung hinzu. Die KiTa ist damit mit Aufgaben und umzusetzenden Themen gesättigt.

„[...] gerade [der] quantitative Ausbau ist meines Erachtens nach auch ein ganzes Stückweit zu Lasten der Qualität gegangen. Und es hat ja die NUB-BEK-Studie⁴² auch sehr deutlich gezeigt, dass letztendlich im Schnitt die Qualität der Einrichtungen nicht besser ist als vor 15 oder 20 Jahren [...]. Man kann natürlich andersrum argumentieren. Man kann froh sein, trotz dieses Ausbaus, dass die Qualität nicht noch gesunken ist. Aber, da sind wir im Moment an einer Stelle wo, wo das System zu kippen droht“ (A05).

Entgegen der Meinung der Fachreferentinnen und Fachreferenten der Wohlfahrtsverbände führt dieser Wandel nach einem befragten Wissenschaftler dazu, dass die Erzieherinnen und Erzieher

„[...] das manchmal gar nicht so richtig einsehen oder den Sinn dahinter manchmal noch nicht verstehen. [...] wozu man das tut, wie wichtig es ist, seine Arbeit einfach zu reflektieren. Und dass eben Qualitätsentwicklung für das Team etwas ist“ (A07).

Einige Interviewte machen bezüglich der Standards in den Einrichtungen auf ein großes **Nord-Süd und Ost-West-Gefälle** aufmerksam. Ihrer Einschätzung nach ist der Süden Deutschlands mit einer besserer **Finanzkraft** und somit besseren Rahmenbedingungen, z.B. bezüglich der **Fachkraft-Kind-Relation** ausgestattet. Alle Befragten sehen ein großes Defizit bei der Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Auffallend ist, dass finanzielle Aspekte besonders von Interviewten im Norden Deutschlands angesprochen werden, nicht von Personen aus den südlichen Bundesländern. Dieses mag mit der finanziellen Situation der Kommunen verbunden sein. Ein Experte eines Landesministeriums merkt kritisch an, dass eine gesetzliche Vorgabe jeglicher Art Kosten für die Länder verursacht. Ein Wissenschaftler formuliert dazu nachstehende Aussage:

„Sie könnten natürlich Mittel bereitstellen in einem Bundesmodellprojekt. Der Bund darf nicht direkt in die Qualität der Kitas reinregieren. So wenig, wie er in die Qualität der Schulen und Hochschulen reinregieren darf. Das heißt, der Bund arbeitet traditionell dann immer mit milliardenschweren Förderprogrammen, mit denen er die Einrichtung zur Kooperation verlockt, die wiederum von den Ländern dann nicht unterbunden werden darf. Da würde es aber vor allem auch darum gehen, dass das, ja, politische Ungleichgewichte zur Folge hat. Denn die Liga, also die Wohlfahrtsverbände, haben einen Entwicklungsvorsprung. Die machen bereits Qualitätsmanagement. Die anderen machen es nicht. Wenn der Bund jetzt Qualitätsmanagement fördert auf einem sehr basalen Niveau, dann fördert er auch die, die es bisher nicht machen zu Lasten der Wohlfahrtsverbände. Das ist eigentlich nicht gesetzestreu. Denn im SGB VIII steht ja auch, dass die öffentliche Jugendhilfe die freien Träger fördern und unterstützen soll und nicht umgekehrt. Also weiß ich nicht, ob das durchsetzbar wäre. Müsste man gucken. Aber da gäbe es schon verschiedene Handlungsansätze, die man verfolgen könnte“ (A03).

42 „NUBBEK - Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit.“ Mehrere Institute und Einzelwissenschaftler stellen im Rahmen einer multizentrischen Studie belastbares empirisches Grundlagen- und Anwendungswissen bereit, um gegebene und sich abzeichnende Verhältnisse und Fragestellungen wissenschaftlich zu analysieren und empirisch basiert die Gestaltung einer frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung der Kinder und die Unterstützung von Familien in ihrer Erziehungsaufgabe zu erweitern (www.nubbek.de).

Mit Blick auf das Communiqué⁴³ vom 6. November 2014 könnte im Laufe der nächsten Jahre für die Qualitätssicherung in Kindertagesstätten einiges verbessert werden.

Zum einen erfolgt die Qualitätssicherung hauptsächlich für die Weiterentwicklung des eigenen Handels in der KiTa-Einrichtung und zum anderen für die Außenwirkung sowie zur Transparenz gegenüber der Elternschaft. Dabei ist ein unterschiedliches Verständnis von QS in den Gesprächen wahrzunehmen, was auf eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung in den Kindertagesstätten hindeutet. Auffällig ist zum Beispiel, dass die Expertinnen und Experten der Wissenschaft bevorzugt Instrumente und Verfahren zur pädagogischen Prozess-, Struktur- und Orientierungsqualität, wie z.B. PädQUIS und die öffentlichen und privaten Träger keine eigenen, wie bei den Wohlfahrtsverbänden weit verbreitete QM-Systeme oder DIN EN ISO Zertifizierungen nennen.

Ein Experte spricht das Verhalten und die Außenwirkung des Gesetzgebers an. Die in den KiTagesetzen verankerte Umsetzung des Qualitätsmanagements wird seiner Meinung nach weder begleitet noch geprüft. Die implizite Botschaft ist, dass der eigene Rechtsstaat die Gesetze gar nicht so ernst nimmt. Dieses kommt seiner Meinung nach genauso bei den Trägern an. *„Entsprechend haben die Träger sich so Sachen ausgedacht:*

„Kleine Gemeinde hat kein Qualitätsmanagementsystem, weiß, sie muss eins einführen und sagt den Kitas, kauft euch irgendein Kriteriensystem. Kostet 20 Euro oder 30 Euro bei Ebay. Sucht euch eins aus und macht das in den nächsten zwanzig Jahren. Also, macht jedes Jahr vielleicht mal eine Dimension. Elternzusammenarbeit, so ein bisschen Bewegung. Wie ist das Außen- gelände? Guck die mal durch, was man das so machen kann. Macht eine Selbstevaluation. Zwanzig Jahre habt ihr Zeit. Das ist natürlich jetzt eine Kari- katur von Qualitätsmanagement, aber die ist symptomatisch für dieses Feld, in dem unglaubliche Mengen von Erwartungen und Anforderungen einfach von der Politik reingedrückt worden sind mit einem riesigen Betrug. Der Be- trug besteht darin, dass man so getan hat, als könnte man mal kurz U3 um das Doppelte ausbauen, ohne mehr Personal einzustellen. Hoppla! Wir haben ja jetzt genügend Räume und genügend Kinder, aber wo sind denn die Erzie- herinnen? Na dann nehmen wir doch irgendwelche Hilfskrankenschwestern. Und das ist natürlich im Feld sehr angekommen und das senkt die Akzep- tanzbereitschaft oder überhaupt die Akzeptanz für neue Verfahren, neue An- sätze enorm. Dieses bilden sie mit einer einfachen Bestandsaufnahme der rechtlichen Vorgaben überhaupt nicht ab. Der Staat hat hier als Steuerungs- instanz strategisch versagt. Das ist zum Teil ein Problem des Föderalismus. Aber zum Teil wirklich auch ein Effekt von politischer Böswilligkeit. Ich denke, das ist ein Betrug. Die wussten ganz genau, wenn man ausbaut, braucht man Personal. Das haben sie halt dann vergessen. Ach, so ein Pech. So dumm sind nicht mal Berufspolitiker. Und das weiß auch jeder“ (A03).

43 Die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Manuela Schwesig, und die Fachministe- rinnen und Fachminister der Länder haben sich auf der Konferenz zur frühen Bildung am 6. November 2014 auf einen Prozess zur Entwicklung gemeinsamer Qualitätsziele in der Kindertagesbetreuung geeinigt. Das gemeinsam unterzeichnete Communiqué benennt wichtige Bereiche, für die konkrete Qualitätsziele verabre- det werden sollen. Hierzu zählen u. a. der Personalschlüssel, die mittelbare pädagogische Arbeitszeit und die Leitungszeit, aber auch Fragen der Qualifizierung der Fachkräfte oder die Gesundheitsförderung.

2.6 Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung

2.6.1 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

Für die KiTa liegen bislang keine gesetzlichen Regelungen für die Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung vor. Spezifische Vorgaben zur Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung hängen vom Träger und dem Interesse und Engagement der Einrichtungsleitung ab. Ist eine Einrichtung nicht in einem gesundheitsförderlichem Projekt oder Programm zertifiziert, dann findet meist keine gezielte Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung in der KiTa statt.

Mit dem **neuen Präventionsgesetz** PrävG werden die Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, insbesondere in der KiTa verpflichtet. Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen wird die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach § 20a SGB V ab dem Jahr 2016 insbesondere mit der Entwicklung krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und wissenschaftlicher Evaluation beauftragt.

2.6.2 Ergebnisse der Interviews

Fast allen Befragten sind die spezifischen Verfahren und Instrumente zur Qualitätssicherung der Prävention und Gesundheitsförderung **nicht bekannt**.

„Also es ist – ich will es nicht ausschließen, dass das vor Ort läuft – aber nichts, was, was wir selber machen. Man muss ja sehen, dass wir ein mehrstufiges System haben, einen mehrstufigen Aufbau, und wir [...] ganz an der Spitze stehen und natürlich nur in Teilen wissen, was dann auf der Kitaebene läuft oder auch auf der Ebene der kommunalen Träger“ (A09).

„Okay, wir benutzen keins. So etwas machen wir nicht. Ist mir nicht bekannt“ und eine Umsetzung in den Einrichtungen ist keine Pflicht. „Aber ob sie es tun, ist ihre Sache“ (A02).

Die befragten Wissenschaftler und wenige Fachreferentinnen und Fachreferenten kennen einige der angegebenen Systeme und Verfahren zur Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Wissenschaftler sowie die Fachreferenten der Wohlfahrtsverbände benennen zusätzlich das „Audit Gesunde KiTa“, welches bisher in ca. 8 Bundesländern punktuell als gesundheitspezifisches Einzelverfahren eingesetzt wird. Neben den angewendeten und organisations- bzw. verbandsspezifischen Instrumenten und Verfahren der Wohlfahrtsverbände sind das „Audit Gesunde KiTa“ sowie die DGE Qualitätsstandards bekannt. Allerdings werden die DGE Standards weniger als Qualitätssicherungsinstrument

gesehen, sondern inhaltlich als Orientierungshilfe genutzt. Diese auch als Qualitätssicherungsinstrument einzusetzen wird für die freigemeinnützigen Träger ausgeschlossen, da wie beschrieben Qualitätsmanagement-Systeme angewendet werden. Weitere Verfahren und Instrumente zur qualitätsgesicherten Gesundheitsförderung sind nicht bekannt. Auch erfolgt keine gesonderte Qualitätssicherung von gesundheitsfördernden Programmen.

Eine **systematische Umsetzung** von Qualitätssicherungsverfahren in der Prävention und Gesundheitsförderung findet in den Kindertageseinrichtungen nicht statt. Externe Zertifizierungen für die gesamte KiTa oder Teilbereiche wie Bewegung tragen über ihre eindeutigen Vorgaben und Evaluation zur Qualitätssicherung auch für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bei. Bei Einrichtungen ohne externe Zertifizierung erfolgen dagegen von Seiten der öffentlichen und privaten Trägerschaft meist keine Programme oder Standards zur Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung.

„[Wir sind] DGE FitKid zertifiziert sind. Das heißt, wir werden jedes Jahr sozusagen in dem Bereich durch die DGE zertifiziert. Es gibt ein Audit mit einer Auswahlstichprobe. Und das sind 55 Einrichtungen, die jedes Jahr nach einem Losverfahren ausgewählt werden. Und wenn die dann das Audit mit 80 % bestanden haben, dann wird das Zertifikat auf alle Kitas übertragen. Und das wird jährlich wiederholt“ (A06).

Wenn Einrichtungen eine Zertifizierung oder ein Gütesiegel in dem Bereich Gesundheit haben, dann findet nach den Expertinnen und Experten auch eine Prüfung und evtl. Qualitätssicherung statt. Wie gut diese Bewertung bzw. Evaluation ist, kann allerdings nicht eingeschätzt werden.

Als mögliche Nachteile von Qualitätssicherungsverfahren für einen spezifischen Bereich, wie die Prävention und Gesundheitsförderung, werden Zeit, finanzielle Ressourcen und die zu den normalen KiTa-Aufgaben zu leistenden Anforderungen genannt.

„Der größte Nachteil ist, glaube ich, es ist ein Zusatzverfahren. Das heißt, Sie haben die Standard Qualitätsmanagementverfahren, in der Regel die DIN EN ISO oder sowas, und dann kommt oben drauf, on top noch die zusätzliche Qualitätssicherung für Gesundheit. [...] es gibt wenige Einrichtungen, die das für sich allein stehen lassen können. Wenn Sie bei einem Wohlfahrtsverband sind, hat es gar keinen Sinn. Dann haben Sie nämlich wirklich zwei Verfahren im Haus und zwei relativ ausgereifte, die beißen sich und das ist aufwendig und das macht das Team nicht mit. Also da gibt es ein Problem, spezialisierte Verfahren einzuführen, obwohl dieses Verfahren eigentlich das gesamte Leistungsspektrum der Kita umfasst. Aber es ist halt wirklich für Kitas mit dem von vornherein gewählten Schwerpunkt Gesundheit attraktiv“ (A03).

Eine Wissenschaftlerin denkt, dass es speziell für Berlin **Anschlussmöglichkeiten** geben würde, die Qualität der Prävention und Gesundheitsförderung mit generischen Verfahren zu sichern. Die Anbieter der externen Evaluation könnten z.B. wenn das Präventionsgesetz in Kraft tritt, die Prävention und Gesundheitsförderung stärker in den Fokus nehmen und eine Verankerung im Berliner Bildungspro-

gramm wäre für Sie denkbar. Die Anschlussfähigkeit generischer Verfahren und Instrumente kann von den befragten Experten der kirchlichen Einrichtungen nicht eingeschätzt werden. Dafür gibt es viel zu viele Instrumente, Verfahren und Materialien, die zunächst gesichtet und bewertet werden müssten.

Aus den Aussagen der Expertinnen und Experten ergibt sich folgender **Handlungsbedarf**. Alle Interviewpersonen monieren eine unzureichende finanzielle und personelle Ressourcenverteilung, um Prävention und Gesundheitsförderung qualitativ gesichert zu verstetigen. Ergänzend führen einige Interviewpartner an, dass sie verstärkt Elternbildung forcieren und Gesundheitsförderung im Elternhaus verankern würden, jedoch auch hier die Mittel für umfangreiche Maßnahmen (gemeinsame Bewegungsangebote, Kochkurse usw.) nicht ausreichen. Daher muss meist auf Elternvorträge ausgewichen werden. Viele Expertinnen und Experten der Wohlfahrtsverbände sehen in der Elternbildung und -bindung, vor allem bezogen auf die Gesundheitsförderung, ein nicht genutztes Potential. Für zwei Experten wäre es wünschenswert Gesundheitsförderung generell als Haltung zu befördern und nicht als Auflage oder Projekt zu sehen und die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

"[...] Das wäre so einfach Veränderungen herbeizuführen, wenn ich nur die Rahmenbedingungen verändere. Da brauche ich manchmal nicht das nächste Projekt, ich weiß ja wie es geht. Ich weiß, wie ich dazu komme, dass ich Kinder gut aufwachsen lassen kann. Das sind ja alles Fachleute. Aber nicht, wenn ich keine Zeit habe. Wenn ich keine Zeit habe mit den Kindern Obst und Gemüse zu schneiden, dann kommt das Obst und Gemüse nicht zu den Kindern" (BA08).

Ein Experte erachtet eine Übernahme der Qualitätsprüfung von Seiten des Trägers für gut. Zusätzlich befürwortet er für die Einrichtungen ein Curriculum zur Qualitätssicherung.

„Ich würde mal behaupten, dass ganz viel gemacht wird, aber es nicht jeder sofort, so ähnlich wie ich, unter diese Überschrift packen würde. Und wenn man das hat, muss man sich angucken, wie diese Qualität, die es da offensichtlich gibt, auch gesichert werden kann. Wobei ich da, aber das schwingt glaube ich in diesem Gespräch immer mit, weniger ein Freund bin von sehr vergleichenden Systematiken. Sondern eher von selbstevaluierenden, motivierenden und an der täglichen Arbeit orientierten Konzepten bin" (A02).

„Also ich fände es sehr wichtig, wenn es eine Qualitätssicherung gäbe in dem Bereich, weil das wirklich, so, wie ich es vorher schon einmal gesagt habe, sehr willkürlich ist, was die einzelnen Kitas daraus machen. Und das meine ich jetzt nicht böse. Die machen da keinen Unsinn oder so, aber es bleibt einfach viel zu sehr den Leuten vor Ort überlassen, in dem Bereich was zu tun. Und das ist davon abhängig, was in den Einrichtungen bereits für Rahmenbedingungen und auch für Fähigkeiten vorhanden sind. Und da fände ich es gut, wenn es etwas gäbe, was man abrufen könnte, was einen da unterstützt, sei es in Form von Materialien, sei es in Form von Fortbildungen, solche Dinge" (A10).

Nach wissenschaftlicher Meinung ist die Grundproblematik, dass es eine Reihe von Erfassungsinstrumenten gibt, welche allerdings sehr defizitorientiert sind. Eine Anpassung wäre hier wünschenswert. Eine Wissenschaftlerin und die Fachreferentinnen und Fachreferenten empfehlen eine **engere Kooperation, Zusammenarbeit und Austausch aller Akteure** im Setting KiTa (Verantwortliche aus Politik, Verwaltung, Wissenschaft und Praxis) zur Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung. Dadurch sollen begleitende Angebote und Beratungen vor Ort für eine strukturierte Umsetzung wissenschaftlicher Expertisen ermöglicht werden.

„Ich denke, dass so alle Professionen eng zusammenarbeiten sollten, sowohl der Gesundheitsbereich als auch der Bildungsbereich, gemeinsam mit den Kindertagesstätten und den Kita-Trägern. Dann schafft man eine große Offenheit und dann kann man gemeinsam was [...] bewegen“ (A07).

Von den freigemeinnützigen Trägern wird ein unzureichender Austausch mit der Praxis und der Wissenschaft beklagt. Die von der Wissenschaft entwickelten Instrumente und Programme haben deren Meinung nach oft zu wenig Praxisbezug.

Fragen zur Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung konnten von allen Interviewten, unabhängig von ihrem Fachgebiet, nur vage beantwortet werden. Lediglich die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zeigten eine Reflexion und Auseinandersetzung mit diesem Bereich. Spezifische Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung ist für die KiTa (noch) nicht gegeben, da die alltägliche Praxis andere Aufgaben verlangt.

2.7 Fazit und Empfehlungen

Die rechtlichen Regelungen für die Prävention und Gesundheitsförderung sowie für die Qualitätssicherung werden von den Interviewten als äußerst komplex und zum Teil als undurchsichtig und heterogen wahrgenommen. Die Kenntnis der gesetzlichen Vorgaben beschränkte sich meist auf den eigenen Wirkungskreis und ist abhängig von der Funktion der Befragten. In den Einrichtungen besteht eine große Fülle an Empfehlungen und organisationsspezifischen Vorgaben sowie Möglichkeiten zur Umsetzung der Prävention und Gesundheitsförderung.

Für eine einfache und vergleichbare Umsetzungspraxis bedarf es einer gemeinsamen Begriffsklärung und bundesweit einheitliche Standards. Die Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendhilfe zeigen, dass eine deutliche Formulierung von Vorgaben unter expliziter und prominenter Nennung des Qualitätsbegriffs und entsprechender Komposita eine Sensibilisierung bewirken kann. Des Weiteren sollten mehr Ressourcen im finanziellen, zeitlichen und personellem Bereich bereitgestellt werden. Länder- und trägerspezifisch variiert die Ausgestaltung der Qualitätssicherung hinsichtlich Fokus, Umfang und Routinen (zum Beispiel verbandseigene Qualitätsmanagementsysteme, Evaluationen, Zertifizierungen). Prävention und Gesundheitsförderung wird häufig als zusätzliche Aufgabe interpretiert und auf-

grund einer weitgehend fehlenden rechtlichen Verpflichtung in Abhängigkeit von persönlichem Engagement und vorhandenen Kapazitäten durchgeführt.

Vorgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Qualitätssicherung sollten in vorhandene Systeme integriert, für übergreifende Strukturen anschlussfähig sein und nicht in Konkurrenz zu anderen Aufgabenbereichen stehen. Eine besondere Herausforderung besteht dabei für die Flächenstaaten, da momentan innerhalb eines Bundeslandes unterschiedliche Strukturvorgaben gelten können. Eine Orientierung kann Berlin mit der QVTAG geben, da die rechtlichen Vorgaben und deren Umsetzungspraxis einheitlich festgelegt und als klares Regelwerk akzeptiert ist. Sind verpflichtende Maßnahmen z.B. in der Qualitätssicherung implementiert, werden diese als Routine wahrgenommen und kein akuter Handlungsbedarf konstatiert. Ein Vorteil ist allerdings eine Stadtstaatenstruktur.

Wenn Bildungs- und Erziehungspläne nicht nur Orientierungsrahmen, sondern verbindlichen Charakter hätten, wäre eine systematische Umsetzung der Prävention und Gesundheitsförderung durch den in den Plänen definierten Bildungsbe- reich „Körper, Bewegung, Gesundheit“ gegeben. Soweit noch nicht erfolgt, ist Ge- sundheitsförderung als Begriff und im salutogenen Verständnis in den zentralen rechtlichen Regelungen auf Bundes- und Landesebene zu verankern. Bereits vor- handene Vorgaben sollten auf Anschlussfähigkeit überprüft, modifiziert und gege- benenfalls konkretisiert werden.

Eine gute und strukturierte Zusammenarbeit zwischen Akteurinnen und Akteuren der Wissenschaft und der Praxis wird zum Teil als unzureichend definiert. Ein in- tensiverer Austausch zu entwickelten Verfahren und Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Qualitätssicherung im Setting KiTa sollte ei- nen klareren Praxisbezug haben. Alle Professionen sollten durch einen regelmä- ßigen und gegenseitigen Austausch sowie einer Reflexion voneinander profitieren.

Der Artikel 74 konkurrierende Gesetzgebung (Grundgesetz) definiert die Gebiete die bundesrechtlich geregelt werden können. Die öffentliche Fürsorge gehört in Nr. 7 auch dazu. Um bundesweit einheitliche Standards zur Qualitätssicherung oder für die Prävention und Gesundheitsförderung gesetzlich zu implementieren, wäre nur eine Verankerung im Art. 74 GG möglich. Dies impliziert allerdings, dass alle Kindertagesstätten dem Bereich der Fürsorge zugeordnet werden müssten. Was dem Anspruch und dem Interesse der Länder tangieren würde, da ihnen die Ge- setzgebungskompetenz für diesen Bereich genommen würde. Kindertagesstätten sollen deren Interesse nach dem Bildungsbereich zugeordnet sein, denn Bildung ist Länderhoheit. Eine Diskussion darüber zeigt auch die Uneinigkeit der Länder bei der Zuordnung der KiTagesetze zum Ministerium. So sind zum Beispiel die Ki- Tagesetze von Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz nicht dem Bildungsministeri- um, sondern dem Ministerium für z.B. Soziales, Familie und Integration unterstellt.

2.8 Literatur

- Bertelsmann Stiftung (2015): Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme 2015. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2015/august/trotz-positivem-trend-zu-wenig-personal-in-kitas/> (Stand: 25.08.2015).
- Bertelsmann Stiftung (2015): KiTas nach Träger. <http://www.laendermonitor.de/uebersicht-grafiken/indikator-31-kitas-nach-traeger/indikator/69/indcat/27/indsubcat/67/index.nc.html> (Stand: 09.10.2015).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2015): Bericht der Bundesregierung Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht – Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): 11. Kinder- und Jugendbericht. Berlin.
- Bredereck, M. (2014): Die Bildungs- und Erziehungsempfehlung für Kindertagesstätten in Rheinland-Pfalz – ein wirksames Qualitätsentwicklungsinstrument? Eine deskriptive Fallstudie (Hrsg.) Lenhart, V., Buhl, M., Hertel, S., Sliwka, A. Heidelberger Studien zur Bildungswissenschaft, Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaft, Frankfurt am Main, Band 66.
- Dahle, L. (2014): Qualitätsmanagement in Kindertagesstätten - Zur aktuellen Situation und zu möglichen Perspektiven. In: Herausgeber: M. R. Textor Kindergartenpädagogik – Online Handbuch. Unter: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/2306.html> (Stand: 12.04.2015).
- Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2013): Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Fragen der Qualität in Kindertageseinrichtungen. Berlin.
- Deutscher Bildungsserver Nationale Qualitätsinitiative (1999): <http://www.bildungsserver.de/Nationale-Qualitaetsinitiative-im-System-der-Tageseinrichtungen-fuer-Kinder-3768.html> (Stand: 14.04.2015).
- Deutscher Bundestag (2015): Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) 18. Wahlperiode 11.03.2015.
- Diskowski, D. (2012): Bildungspläne für die Kinderbetreuung. Fremdkörper in den Rechts- und Verantwortungsstrukturen der Kinder- und Jugendhilfe. Vorlesung im Schloss am 15.05.2012. <http://www.nifbe.de/component/themensammlung/?view=item&id=181:bildungsplaene-fuer-die-kita-betreuung-detlef-diskowski&catid=118:bildungsplaene> (Stand: 18.06.2015).
- Horacek, U. et al. (2008): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zu Qualitätskriterien institutioneller Betreuung von Kindern unter 3 Jahren (Krippen). Unter: <http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-krippen-lang-2008.pdf> (Stand: 14.04.2015).
- Lange, J. (2007): Strukturmerkmale von Kindertageseinrichtungen, In: Deutsches Jugendinstitut/ Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg.) (2007): Zahlenspiegel 2007. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. München/Dortmund.

- Schreyer, I., Krause, M., Brandl M., Nicko, O. (2014): AQUA-Studie - Arbeitsplatz und Qualität in Kitas Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. http://www.aqua-studie.de/Dokumente/AQUA_Endbericht.pdf (Stand: 13.02.2015).
- Statistisches Bundesamt (2014): Der Personalschlüssel in Kindertageseinrichtungen. Methodische Grundlagen und aktuelle Ergebnisse; Wiesbaden Dezember 2014.
- Statistisches Bundesamt (2015): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 01.03.2015. Wiesbaden.
- Tietze, W. (2004): Bildungspläne allein sind noch keine bessere Bildung. Unter: http://www.mbjs.brandenburg.de/media_fast/4113/Bildungsplaene_sind.pdf (Stand: 03.05.2015).
- UN-Kinderrechtskonvention (1989): Artikel 3 Wohl des Kindes; Artikel 24 Gesundheitsvorsorge.
- Viernickel, S., Nentwig-Gesemann, I., Nicolai, K., Schwarz, S., Zenker, L. (2013): Forschungsbericht: Schlüssel zu guter Bildung, Erziehung und Betreuung - Bildungsaufgaben, Zeitkontingente und strukturelle Rahmenbedingungen in Kindertageseinrichtungen (Hrsg.): Der Paritätische Gesamtverband, Diakonisches Werk der EKD e. V., Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft. Berlin.
- Viernickel, S., Schwarz, S. (2009): Expertise: Schlüssel zu guter Bildung, Erziehung und Betreuung – Wissenschaftliche Parameter zur Bestimmung der pädagogischen Fachkraft-Kind-Relation – (Hrsg.): Der Paritätische Gesamtverband, Diakonisches Werk der EKD e. V., Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft. 2. korrigierte Auflage Berlin.
- Gesetze wie angegeben in der jeweils gültigen Fassung.

3. Ergebnisse Setting Schule

Rechtliche Regelungen und Ergebnisse der Experteninterviews

Kruckenberg B, Walter U

Medizinische Hochschule Hannover,

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

3.1 Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland wurden im Schuljahr 2013/14 insgesamt 11,1 Millionen Schülerinnen und Schüler an 44 438 Schulen unterrichtet. Dabei besuchten 8 420 087 Schülerinnen und Schüler die 33 810 allgemeinbildenden Schulen (destatis 2013). Artikel 7 des Grundgesetzes beschreibt die Verantwortung des Staates für das Schulwesen: „(1) Das gesamte Schulwesen steht unter der Aufsicht des Staates“. Die Bildungshoheit liegt allerdings in der Zuständigkeit der Länder. Die Schullandschaft ist dementsprechend von föderaler Heterogenität geprägt. Schon bei den Formulierungen des Rechts auf Bildung zeigen sich deutliche Unterschiede. So sichert beispielsweise das Land Berlin allen Menschen das Recht auf Bildung zu⁴⁴, während die Bayrische Verfassung den Schulbesuch für Begabte vorsieht⁴⁵. Allen Bundesländern gemeinsam ist die Dreigliedrigkeit des Schulsystems. Im Primarbereich für Kinder von ca. 6 bis 10 Jahren gibt es in allen Bundesländern Grundschulen und Förderschulen. Im Bereich der Sekundarstufe I für Kinder ab 10/11 Jahren und Jugendliche bis zum Ende der Vollzeitschulpflicht besteht eine große Vielfalt an Schulformen: von Haupt- und Realschulen (als Schulformen mit zwei Bildungsgängen zusammen geführt in Oberschulen oder Realschule plus), Schulformen mit drei Bildungsgängen (integrierte und kooperative Gesamtschulen, Stadtteilschulen) bis zum Gymnasium. Die Sekundarstufe II kann in Gymnasien, Gesamtschulen und beruflichen Gymnasien absolviert werden und endet mit dem Erreichen der Hochschul- oder Fachhochschulreife (nach 12 oder 13 Schuljahren). Die Schulgesetze aller Bundesländer sehen eine Unterscheidung der Schulen in allgemeinbildende und berufsbildende Schulen in öffentlicher Trägerschaft und in freier/ privater Trägerschaft vor. Das Hauptaugenmerk der aktuellen Recherche lag auf den allgemeinbildenden Schulen.

Einbezogen wurden folgende rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen auf supranationaler, Bundes- und Landesebene:

44 Artikel 20 (1) Jeder Mensch hat das Recht auf Bildung. Das Land ermöglicht und fördert nach Maßgabe der Gesetze den Zugang eines jeden Menschen zu den öffentlichen Bildungseinrichtungen, insbesondere ist die berufliche Erstausbildung zu fördern.

45 Artikel 128 (1) Jeder Bewohner Bayerns hat Anspruch darauf, eine seinen erkennbaren Fähigkeiten und seiner inneren Berufung entsprechende Ausbildung zu erhalten.

(2) Begabten ist der Besuch von Schulen und Hochschulen, nötigenfalls aus öffentlichen Mitteln zu ermöglichen.

Auf supranationaler Ebene:

UN-Kinderrechts-Konventionen

UN-Behindertenkonvention

Auf Bundesebene:

SGB V

SGB VII

Bundeskinderschutzgesetz

Infektionsschutzgesetz

KMK-Empfehlungen/ Bildungsstandards

Auf Landesebene:

Schulgesetze der Bundesländer (n=16)

ÖGD-Gesetz (n=16)

Schulqualitätsrahmen (n=14)/ Bildungspläne

Nachgeordnete Erlasse und Verwaltungsvorschriften der Länder

3.1.1 Vorgaben auf supranationaler und nationaler Ebene

Die Bundesrepublik Deutschland ratifizierte 1990 das UN Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention 1989). Grundlegende Prinzipien sind das Recht auf Leben, das Recht auf Gleichbehandlung, der Vorrang des Kindeswohls und die Achtung der Meinung respektive des Willens der Kinder. Die Konvention sichert Kindern ebenfalls ein Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit zu:

Artikel 24: Gesundheitsvorsorge (1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. und ein Recht auf Bildung zu.

Obwohl in der Formulierung die Behandlung von Krankheiten und die Wiederherstellung von Gesundheit im Vordergrund stehen, können auch gesundheitsfördernde Inhalte zum Erreichen eines Höchstmaßes an Gesundheit mitgedacht werden. Im Zusammenhang von Chancengleichheit und Gesundheit kann ein weiteres wichtiges Recht von Kindern – das Recht auf Bildung (Art. 28 UN-Behindertenrechtscharta) – gesehen werden:

Artikel 28: Recht auf Bildung; Schule; Berufsausbildung (1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf Bildung an; um die Verwirklichung dieses Rechts auf der Grundlage der Chancengleichheit fortschreitend zu erreichen, werden sie insbesondere a) den Besuch der Grundschule für alle zur Pflicht und unentgeltlich machen; b) die Entwicklung verschiedener Formen

der weiterführenden Schulen allgemeinbildender und berufsbildender Art fördern, sie allen Kindern verfügbar und zugänglich machen.

Mit der Unterzeichnung der Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtscharta) im Jahr 2007 verpflichtet sich Deutschland u.a. behinderten Kindern Chancengleichheit in einem inklusiven Schulsystem zu ermöglichen⁴⁶. Schulen und Strukturen müssen so verändert/ umgestaltet werden, dass behinderten Kindern ihr Recht auf Teilhabe und Einbezug von Anfang an ermöglicht werden kann. So wird bspw. in Artikel 9 ein unbeschränkter Zugang durch Beseitigung von Zugangshindernissen auch für Schulen gefordert. Das unbeschränkte Recht auf Bildung ist Inhalt des § 24 (2) der UN-Behindertenrechtscharta:

*Bei der Verwirklichung dieses Rechts stellen die Vertragsstaaten sicher, dass
a) Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden und dass Kinder mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom unentgeltlichen und obligatorischen Grundschulunterricht oder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen werden.*

Mit der Ratifizierung verpflichtet sich Deutschland die gesetzlichen Regelungen auf Bundes- und Länderebene zu schaffen. Für den Schulbereich wurden in der Folge entsprechende Passus in die Schulgesetze der Länder implementiert. Hier das Beispiel aus Niedersachsen:

NschG § 4 Inklusive Schule (1) Die öffentlichen Schulen ermöglichen allen Schülerinnen und Schülern einen barrierefreien und gleichberechtigten Zugang und sind damit inklusive Schulen. Welche Schulform die Schülerinnen und Schüler besuchen, entscheiden die Erziehungsberechtigten (§ 59 Abs. 1 Satz 1). (2) In den öffentlichen Schulen werden Schülerinnen und Schüler mit und ohne Behinderung gemeinsam erzogen und unterrichtet.

46 Die Konvention ist in Deutschland seit März 2009 in Kraft.

Exkurs Inklusion

Mit der UN-Behindertenrechtscharta ist Inklusion (lateinisch includere – einschließen, einfügen), das Recht auf gleichberechtigte Teilhabe, im Artikel 24 als Menschenrecht festgeschrieben worden. Bezogen auf die Schule ist das Ziel, allen Kindern einen unbeschränkten, barrierefreien Zugang zu Bildung/ Schulen zu ermöglichen; in einem selbstverständlichen Miteinander sollen Kinder mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf erzogen und gebildet werden. Mit ihrem Positionspapier „*Pädagogische und rechtliche Aspekte der Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in der schulischen Bildung*“ (2010) und der daran anknüpfenden Empfehlung zur „*Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen*“ (2011) bekennen sich die Kultusminister der Länder zum Ziel eines unbeschränkten Zuganges zu Bildung für Menschen mit Behinderung. Inklusion wird definiert als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die einer progressiven Realisierung bedarf. Im inklusiven Unterricht muss innere und äußere Differenzierung ermöglicht werden, d.h. neben gemeinsamen Anforderungen muss auch individuellen Lernbedürfnissen Rechnung getragen werden.

Ziel der im März 2000 von den Staats- und Regierungschefs der Europäischen Union beschlossenen Lissabon-Strategie war es, die Europäische Union innerhalb von 10 Jahren zum dynamischsten und wettbewerbsfähigsten Wirtschaftsraum der Welt zu entwickeln. Ein besonderes Augenmerk lag dabei auf dem Bildungsbe- reich, als einem wichtigen Einflussfaktor für eine prosperierende Wirtschaft. In die- sen Kontext sind die *Schlussfolgerungen des Rates zu Effizienz und Gerechtigkeit in der allgemeinen und beruflichen Bildung (2006)* und die Mitteilung der Kommissi- on zu „*Bessere Kompetenzen für das 21. Jahrhundert: eine Agenda für die euro- päische Zusammenarbeit im Schulwesen (2008)*“ zu stellen. Unter Hinweis auf die Tatsache, dass es im Zugang auf qualitativ hochwertige Bildung noch keine Chan- cengleichheit gibt (Mitteilung der Kommission 2008, S. 4), wird in dieser Agenda gefordert, an den Schulen Gesundheit und Wohlbefinden von Schülerinnen/ Schü- lern und Schulpersonal zu fördern. Mit der Forderung nach Partizipation aller Be- teiligten (ebd., S. 6), sowie einer systematischen/ periodischen Evaluation (ebd., S. 11), sind sowohl Aspekte der Gesundheitsförderung als auch der Qualitätsent- wicklung in der Agenda einbezogen.

Das Prinzip der föderalen Bildungshoheit ist in der Konzeption des Grundgesetzes (GG) der Bundesrepublik Deutschland begründet. Implizites Ziel des Gesetzes im Verfassungsrang war es, die gesetzgeberische Gewichtung der Länder (zu Lasten des Bundes) zu erhöhen – es gilt der Grundsatz der Länderzuständigkeit, mit Ausnahme der Bereiche, in denen dem Bund die Gesetzgebungskompetenz zu- gewiesen wird (Art. 73 GG), bspw. Verteidigung Post- und Zollwesen. Im Artikel 7 GG ist die Aufsicht des Staates über das Schulwesen festgelegt:

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Art. 7 (1): Das gesamte Schulwesen steht unter der Aufsicht des Staates

Die übrige Gesetzgebung im Schulwesen obliegt den Ländern. Es kann daher nicht verwundern, dass die Vielfalt der normativen Vorgaben und die Varianz der verwendeten Begriffe annähernd so groß sind wie die Zahl der Bundesländer.

3.2 Methodik

Die Identifizierung der gesetzlichen Regelungen erfolgte mittels Internet-Recherche. Hauptinhalt der Recherche waren die Schulgesetze der Länder und die entsprechenden Verwaltungsverschriften der Länder, sowie Leitlinien und Empfehlungen etc. zu Qualitätssicherung sowie zu Prävention und Gesundheitsförderung für die Lebenswelt Schule. Relevante Datenbanken wurden ergänzend genutzt, bspw. die Datenbanken des Deutschen Bildungsservers sowie der KMK-Konferenz. Berücksichtigt wurden außerdem Vorgaben und Regelungen von Kosten- und Leistungsträgern für die Schulen. Auf Grund zeitlicher Limitationen konnten für Schulen in freier Trägerschaft nur Teilaspekte der normativen Vorgaben, wie bspw. die Einbeziehung der freien Schulen in die verbindlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung und Prävention/ Gesundheitsförderung betrachtet werden.

Aus den gleichen Gründen konzentrierte sich die Recherche im Bereich Prävention/ Gesundheitsförderung auf normative Vorgaben zu den Bereichen Drogen-, Sucht- und Gewaltprävention sowie Schulverpflegung. Rechtliche Vorgaben zu den Themen Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit sowie Gesundheit der Lehrkräfte konnten nicht mitbetrachtet werden. Zur Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Bildungsplänen wurden exemplarisch die Bildungspläne der Fächer Sachunterricht, Biologie und Sport gesichtet.

Zur Stützung und Validierung der Recherche werden mit ausgewählten Expertinnen und Experten (n=11) aus dem gesamten Bundesgebiet leitfadengestützte Interviews geführt. Die Expertengespräche mit Funktionsträgerinnen und Funktionsträgern sollten geführt werden auf der Ebene der Länderministerien oder der ihnen angeschlossenen Qualitätsinstitute. Bei der Auswahl der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner auf ministerieller Ebene musste aufgrund der limitierten Gesamtzahl der Interviews eine Auswahl unter den Bundesländern getroffen werden. Ausgewählt wurden Bundesländer, in denen dem aktuellen Stand der Recherche entsprechend in Gesetzen und Empfehlungen überdurchschnittlich viel oder wenig Qualitätssicherung und Prävention/ Gesundheitsförderung verankert war. Zudem sollten ein bis zwei Wissenschaftlerinnen oder Wissenschaftler und Vertreter von Trägern/ Verbänden befragt werden. Vertreter der Schulen in freier Trägerschaft konnten nicht für ein Interview gewonnen werden. Insgesamt wurden für das Setting Schule 11 Interviews durchgeführt, davon erfolgten 9 Gespräche telefonisch und zwei Interviews im persönlichen Gespräch. Neben 9 Vertreterinnen und Vertretern aus Länderministerien (davon eine Person gleichzeitig in Schulleitungsfunktion) wurden ein Wissenschaftler und ein Vertreter eines Trägers befragt. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 19 und 63 Minuten.

Die Recherche der supranationalen und nationalen rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen erfolgte im Zeitraum zwischen August 2014 und Januar 2015. Bedingt durch die zeitliche Begrenzung kann trotz intensiver Sichtung eine vollständige Durchsicht aller relevanten Vorgaben nicht gewährleistet werden. Ebenso werden nach Januar 2015 erfolgte Aktualisierungen nicht berücksichtigt, wie z.B. die Novellierungen mehrerer Länder zur Inklusion.

Die Relevanz der nachfolgend dargestellten normativen Grundlagen konnte in den Gesprächen mit Expertinnen und Experten bestätigt werden.

3.3 Qualitätssicherung

3.3.1 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

Schulische Qualitätssicherung ist fast durchgehend in den Schulgesetzen der Bundesländer beschrieben und verpflichtend verankert. Sie wird begriffen als ein fortlaufender Prozess, in dem in wiederkehrenden Zyklen Qualität von Schulen erfasst, analysiert und weiterentwickelt werden soll. Die Schulgesetze der Bundesländer, entstanden zwischen 1965 (Saarland) und 2013 (Sachsen-Anhalt), unterliegen regelmäßigen Novellierungen. Die im Recherchezeitraum verfügbaren Fassungen sind zwischen 2009 (HB) und 2014 (BY, BE, BB, HH, HE, NW, SL, SH) novelliert worden.

Die verbindlichen Vorgaben der Schulgesetze werden in den meisten Bundesländern ergänzt durch Schulqualitätsrahmen, Referenzrahmen oder Orientierungsrahmen als Handlungsleitfaden zur Qualitätssicherung und -entwicklung, empfehlenden, handlungsleitenden Charakter haben (s. Tab. 17).

Tabelle 17: Schulgesetze, Schulqualitätsrahmen und Qualitätsinstitute

Bundesland	Schulgesetz	Erstellungsjahr/ Änderung	Schulqualitätsrahmen	Erstellungsjahr	Landesinstitut
Baden-Württemberg	Schulgesetz für Baden-Württemberg (SchG)	1983/ 2012	Orientierungsrahmen zur Schulqualität, 44 Seiten	2007	Landesinstitut für Schulentwicklung, Stuttgart
Bayern	Bayrisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen BayEUG	2000/ 2014	Qualitätsrahmen für offene Ganztagschulen, 15 Seiten	2013	Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (ISB), München
Berlin	Schulgesetz für das Land Berlin (SchulG)	2004/ 2014	Handlungsrahmen Schulqualität in Berlin, 50 Seiten	2013	Landesinstitut für Schule und Medien (LISUM), Ludwigsfelde
Brandenburg	Gesetz über die Schulen im Land Brandenburg Brandenburg. Schulgesetz- BbgSchulG	2002/ 2014	Orientierungsrahmen Schulqualität in Brandenburg, 56 Seiten	2008	Landesinstitut für Schule, Bremen
Bremen	Bremisches Schulgesetz (BremSchulG)	2005/ 2014	Bremer Orientierungsrahmen Schulqualität, 42 Seiten	2007	Institut für Bildungsmonitoring und Qualitätsentwicklung (IfBQ)
	Bremisches Schulverwaltungsgesetz (BremSchVwG)	2005/ 2009			
Hamburg	Hamburgisches Schulgesetz (HmbSG)	1997/ 2014	Orientierungsrahmen Schulqualität, 50 Seiten	2012	Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (LI), Institut für Bildungsmonitoring und Qualitätsentwicklung (IfBQ)
Hessen	Hessisches Schulgesetz HSchG	2005	Hessischer Referenzrahmen Schulqualität (HRS), 120 Seiten	2011	Institut für Qualitätsentwicklung; jetzt: Landesschulamt und Lehrkräfteakademie, Wiesbaden
Mecklenburg-Vorpommern	Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern SchulGM-V	2010/2012			Institut für Qualitätsentwicklung (IQMV), Schwerin
Niedersachsen	Niedersächsisches Schulgesetz NSchG	1998/ 2013	Orientierungsrahmen Schulqualität in Niedersachsen, 20 Seiten	2014	Niedersächsisches Landesinstitut für schulische Qualitätsentwicklung (NLQ), Hildesheim
Nordrhein-Westfalen	Schulgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen NRW – SchulG	2005/ 2014	Referenzrahmen Schulqualität NRW, 98 Seiten	2014	Qualitäts- und Unterstützungsagentur - Landesinstitut für Schule, Soest
Rheinland-Pfalz	Schulgesetz SchuG	2004/ 2010	Orientierungsrahmen Schulqualität für Rheinland-Pfalz, 38 Seiten	2008	Agentur für Qualitätssicherung, Evaluation und Selbstständigkeit von Schulen, AQS, Bad Kreuznach
Saarland	Schulordnungsgesetz SchoG	1965/ 2014	Orientierungsrahmen zur Schulqualität (Entwurf), 15 Seiten	2012	Landesinstitut für Pädagogik und Medien, Saarbrücken
	Schulmitbestimmungsgesetz SchumG	1974/ 2012			
Sachsen	Schulgesetz für den Freistaat Sachsen SchulG	2010	Schulische Qualität im Freistaat Sachsen: Kriterienbeschreibung, 31 Seiten	2010	Sächsisches Bildungsinstitut (SBI), Radebeul
Sachsen-Anhalt	Schulgesetz des Landes Sachsen-Anhalt SchulG LSA	2013	Qualitätsrahmen schulischer Arbeit in Sachsen-Anhalt, 9 Seiten	2013	Landesinstitut für Schulqualität und Lehrerbildung Sachsen-Anhalt (LISA)

Schleswig-Holstein	Schleswig-Holsteinisches Schulgesetz SchulG	2007/ 2014			Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein (IQSH)
Thüringen	Thüringer Schulgesetz ThürSchulG	2003/ 2013	Schulischer Qualitätsrahmen, 2 Seiten	2004	Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (Thillm), Bad Berka

Eine zentrale Säule im Bereich der schulischen Qualitätssicherung stellt die Sicherung der pädagogischen Qualität dar. Grundlegende Anforderungen sind länderübergreifend durch die Bildungsstandards der KMK-Konferenz definiert, die „zur Entwicklung und Vergleichbarkeit der Qualität schulischer Bildung im föderalen Wettbewerb der Länder“ einen Bestandteil eines umfassenden Systems der schulischen Qualitätssicherung darstellen (Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz 2004). Zusätzlich haben alle Bundesländer eigene Bildungspläne formuliert, die, differenziert nach Fächern, Schultypen und Klassenstufen, Anforderungen, Inhalte und Zielsetzungen definieren. Als zusätzliche Qualitätsroutinen sind Vergleichsarbeiten (in Niedersachsen bspw. in den Schuljahrgängen 3 und 8) und zentrale (Abitur) Prüfungen anzusehen.

3.3.1.1 Landesebenen

Mit Ausnahme von Baden-Württemberg werden die Schulen in den Schulgesetzen als selbstständig bzw. selbstverwaltet (u.a. Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein) oder eigenverantwortlich (u.a. Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Thüringen) definiert.

Die Verantwortung für die schulische Qualitätssicherung und -entwicklung liegt bei der Schulleitung unter Einbeziehung schulischer Gremien wie Schulvorstand oder Gesamtkonferenz. In Thüringen ist die Schulkonferenz lediglich in Kenntnis zu setzen.

Zur Qualitätssicherung erstellen die Schulen ein Schulprogramm (in Bayern Schulentwicklungsprogramm, BayEUG Art.2 (4)), in dem Leitideen und Konzepte für die Umsetzung des Bildungsauftrages sowie die verschiedenen Anforderungsbereiche festgeschrieben und Entwicklungsziele verankert werden. In den Bundesländern Bremen und Mecklenburg-Vorpommern müssen die Schulprogramme durch die zuständige Behörde genehmigt werden (BremSchulG § 9, SchulGM-V § 39a), während in den übrigen Ländern der Schulvorstand oder die Gesamtkonferenz die Programme verabschieden.

In den Bundesländern Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen ist die Erstellung eines Schulprogrammes nicht vorgesehen. Das Schulgesetz von Rheinland-Pfalz formuliert stattdessen die Festlegung von Zielen (SchoG § 23), während im Schulgesetz des Saarlandes von einer Verpflichtung zur stetigen Sicherung der Qualität gesprochen wird (SchoG § 1). In Thüringen werden auf Grund der Ergebnisse der Evaluationen Zielvereinbarungen zur Qualitätsentwicklung mit dem Schulamt getroffen (ThürSchulG § 40b). In Baden-Württemberg wird schulische Qualitätsentwicklung mittels Zielvereinbarungen zwischen Schulaufsicht und Schulen realisiert.

In allen Schulgesetzen sind evaluierende Qualitätsroutinen zur weiteren Sicherung und Entwicklung der Qualität vorgesehen. Dabei wird unterschieden zwischen der inneren/ internen Evaluation, die von der Schule selbst durchgeführt wird und der äußeren/ externen Evaluation. Einzige Ausnahme stellt das Saarland dar – im Schulgesetz des Saarlandes sind keine expliziten Regelungen zur inneren oder äußeren Evaluation im Schulgesetz verankert.

Für die schulinterne Überprüfung ist in den Schulgesetzen eine (nicht näher definierte) Regelmäßigkeit oder Kontinuität vorgesehen; hier das Beispiel aus Berlin:

(1) Die Schulen und die Schulaufsichtsbehörde sind zu kontinuierlicher Qualitätssicherung verpflichtet. Die Qualitätssicherung schulischer Arbeit erstreckt sich auf die gesamte Unterrichts- und Erziehungstätigkeit, die Organisation der Schule, das Schulleben sowie die außerschulischen Kooperationsbeziehungen (Schulgesetz Berlin § 9).

Vorgaben zu Umfang und Inhalt der Überprüfungen sind in den Schulgesetzen nicht ausgeführt. Die Nutzung eines Qualitätsmanagementsystems zur inneren Evaluation wird nur im hessischen Schulgesetz gefordert.

Die Arbeit mit dem Schulprogramm sowie die interne Evaluation werden in den Bundesländern Berlin (*Ausführungsvorschriften zur Erstellung der Schulprogramme und zur internen Evaluation; AV Schulprogramm 2008*) und Mecklenburg-Vorpommern (*Verordnung zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in den Selbstständigen Schulen (Schulqualitätsverordnung – QualiVO M-V 2009)*) vertiefend dargelegt.

Die externe Überprüfung der Schulen erfolgt durch die Schulaufsichtsbehörde (u.a. Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen) oder durch ländereigene Institute zur Qualitätsentwicklung, die, beauftragt durch das Schulgesetz oder die Schulbehörden, die Schulinspektionen durchführen (u.a. Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein). Im Bundesland Bremen werden die externen Evaluatoren direkt von der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit beauftragt.

Die Schulgesetze ergänzende länderspezifische Verordnungen und Erlasse führen die externe Evaluation näher aus; bspw. in Baden-Württemberg (*Verordnung des Kultusministeriums über die Evaluation von Schulen (EvaluationsVO 2008)*), in Brandenburg (*Verwaltungsvorschriften über die Schulvisitation im Land Brandenburg 2012*), in Niedersachsen (*Erlass Schulinspektion 2014*) und in Thüringen (*Leitfaden zur externen Evaluation Thüringer Schulen 2013*).

3.3.1.2 Schulqualitätsrahmen

Mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein sind seit 2004 in den meisten Bundesländern Kriterienkataloge zur schulischen Qualitätssicherung und -entwicklung erstellt worden. Unter vergleichbaren Titeln, wie bspw. „Handlungsrahmen Schulqualität“ (BE), „Referenzrahmen“ (HE, NW), „Schulqualitätsrahmen“ (BY, ST, TH), „Kriterienbeschreibung schulische Qualität“ (SN) oder „Orientierungsrahmen Schulqualität“ (BW, BB, HB, HH, NI, RP, SL (nur Entwurf)) (s. Tab. 1), bilden sie für jedes Bundesland eine Sammlung von Qualitätskriterien, die an qualitätsgesicherte Arbeit der Schulen des jeweiligen Bundeslandes gestellt werden. Sie sind eingeteilt in die verbreiteten Kategorien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (bspw. Orientierungsrahmen Schulqualität Baden-Württemberg) oder hierarchisch aufgefüchert von Qualitätsbereiche, über Qualitätsdimensionen zu Qualitätskriterien (bspw. Orientierungsrahmen Schulqualität in Brandenburg).

Dabei sind deutliche Unterschiede in Umfang, Inhalt und Schwerpunktsetzung zwischen den verschiedenen Qualitätsinstrumenten festzustellen. Im Hinblick auf den Umfang reicht die Spanne von einem zweiseitigen Konzept in Thüringen bis zu einer 120-seitigen Handreichung in Hessen. Die Varianz der Implementierung von Inhalten zur Prävention und Gesundheitsförderung ist ähnlich groß wie die Zahl der Bundesländer. So sind im *Qualitätsrahmen schulischer Arbeit in Sachsen-Anhalt* keine präventiven Inhalte auffindbar und Gesundheit nur im Bereich der Schulorganisation als „Abbau von Gesundheitsgefährdungen“ (Qualitätsrahmen 2013, S.7) verortet. Im Entwurf des *Orientierungsrahmens zur Schulqualität des Saarlandes* findet sich das Stichwort „Gesundheit“ gar nicht; gefragt wird lediglich nach den Maßnahmen zur Prävention, die die Schule ergriffen hat. Der *Referenzrahmen Schulqualität NRW* verortet dagegen Gesundheit und Prävention in mehreren Dimensionen der Schulqualität und formuliert ausführlich ein umfassendes Gesundheitsverständnis (Referenzrahmen Schulqualität NRW 2014, S.76). Im *Hessischen Referenzrahmen Schulqualität* sind Prävention und Gesundheitsförderung vielfältig verankert, gleichermaßen im Hinblick auf die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern und für Lehrerinnen und Lehrer. Gesundheitsförderung wird als Schwerpunkt der Erfüllung des Bildungsauftrages und notwendiger Beitrag zu gutem Schulklima definiert und die Erstellung von Konzepten zur Gesundheitsförderung vorgeschlagen (Hessischer Referenzrahmen Schulqualität 2011, S.69).

Niedersachsen ist das einzige Bundesland in dem der Orientierungsrahmen Schulqualität als Grundlage schulischer Qualitätsentwicklung mit einem aktuellen Erlass aus 2014 (*Erlass Orientierungsrahmen Schulqualität in Niedersachsen*) in Kraft gesetzt wurde.

In Mecklenburg-Vorpommern, einem der Bundesländer ohne Schulqualitätsrahmen, regelt eine Verordnung die Qualitätssicherung mittels Schulprogrammarbeit und interner Evaluation (*Verordnung zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssiche-*

runge in den Selbstständigen Schulen - Schulqualitätsverordnung – QualiVO M-V 2009).

Für die **Schulen in freier Trägerschaft** sind die Regelungen zur Qualitätssicherung in aller Regel nicht verbindlich. In den Bundesländern Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen hat zwar der Bildungsauftrag auch für die Schulen in freier Trägerschaft Gültigkeit. Allerdings sind hier keine Regelungen zur Sicherung der Qualität enthalten. Eine Ausnahme stellt Sachsen-Anhalt dar: Hier sind die Schulen in freier Trägerschaft in die Regelungen zur Qualitätssicherung ausdrücklich mit einbezogen (SchulGLSA § 11a (6)). In Bayern können die Schulen in freier Trägerschaft sich mittels einer Vereinbarung mit der Schulbehörde der Qualitätsroutine der externen Evaluation anschließen (BayEUG Art.113c).

Die Nutzung eines Qualitätsmanagementsystems zur Unterstützung der schulischen Qualitätssicherung und -entwicklung ist für die allgemeinbildenden Schulen nur in Hessen vorgeschrieben. Für Berufsschulen sind dagegen in den Bundesländern Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland die Nutzung eines Qualitätsmanagementsystems verbindlich vorgeschrieben.

3.3.1.3 Bundesländer

Baden-Württemberg

Die Regelungen zur Qualitätssicherung im Schulgesetz von Baden-Württemberg (SchuG 1983/ 2012) sind weniger umfangreich als in anderen Bundesländern. Die Erstellung eines Schulprogrammes, zur Festschreibung von Leitideen und Grundsätzen zur Verwirklichung des Bildungsauftrages, ist bspw. nicht vorgesehen. Zur Sicherung und Entwicklung der Schulqualität sieht das Schulgesetz eine regelmäßige Selbstevaluation vor, die in der Verantwortung der Schulleitung liegt. Das Landesinstitut für Schulentwicklung ist zuständig für die Fremdevaluation (SchuG § 114). Mit der *Verordnung des Kultusministeriums über die Evaluation von Schulen (EvaluationsVO 2008)* werden die Schulen zur schulinternen Qualitätsdokumentation in Form eines Schulportfolios verpflichtet, zu dessen Erstellung 2011 eine erläuternde Handreichung (Schulische Qualitätsdokumentation – Schulportfolio 2011) veröffentlicht wurde.

Aus dem Jahr 2007 datiert der Orientierungsrahmen zur Schulqualität, als Handlungsgrundlage für Qualitätssicherung und -entwicklung an den Schulen:

Schulentwicklung braucht Selbstevaluation, das heißt, eine systematische Datenerhebung und Datenauswertung, beispielsweise in Form einer Bestandsaufnahme der schulischen Qualität oder als Evaluation von durchgeführten Maßnahmen, die einen Bezug zu den Zielen oder zum Leitbild haben (Orientierungsrahmen 2007, S.4).

Bayern

Mit dem Ziel der Qualitätssicherung und -entwicklung geben sich die eigenverantwortlichen Schulen des Freistaates ein Schulentwicklungsprogramm (BayEUG Art. 2 (4)). Die Entscheidung darüber trifft das Schulforum (entspricht Schulvorstand in anderen BL, BayEUG Art. 69). Die Qualität schulischer Arbeit wird durch regelmäßige schulinterne Evaluation gesichert. Die externe Überprüfung durch die Schulaufsichtsbehörden erfolgt in angemessenen Abständen, unter Einbeziehung des Staatsinstituts für Schulqualität (BayEUG Art. 113c). Die Schulen in freier Trägerschaft können sich dieser Qualitätsroutine anschließen (s.o., BayEUG § 113c (1)). Im *Qualitätsrahmen für offene Ganztagschulen* ist ein Rahmengerüst von Basisstandards der schulischen Qualität beschrieben, sowie entsprechende Weiterentwicklungsvorschläge. Die Basisstandards sollen den Schulen, die eine Genehmigung als offene Ganztagschule anstreben, als Grundlage des Genehmigungsverfahrens dienen.

Berlin

Als eigenverantwortliche Schule (SchulG § 7) gibt sich die Schule auf der Grundlage des Bildungsauftrages ein Schulprogramm (SchulG § 8). Die Verantwortung für die regelmäßige Überprüfung des Schulprogramms durch interne und externe Evaluation (SchulG §§ 4 (8),9) liegt bei der Schulleitung (SchulG § 69), während die Schulkonferenz (SchulG § 76) über die Instrumente zur Evaluation (SchulG § 79) entscheidet. Über die Regelungen des Schulgesetzes hinaus wird die Qualitätssicherung in der Verordnungen *Schulische Qualitätssicherung und Evaluationsverordnung (SchulQualSiEvalVO 2013)* vertiefend dargelegt. Bei der Ausgestaltung des Schulprogrammes werden die Schulen durch die *Ausführungsvorschriften zur Erstellung der Schulprogramme und zur internen Evaluation (AV Schulprogramm 2008)* unterstützt.

Analog den Empfehlungen anderer Bundesländer soll der *Handlungsrahmen Schulqualität in Berlin (2013)* den Schulen als Grundlage für Qualitätssicherung und -entwicklung dienen (HR SQ 2013, S. 4). Im Sinne der Partizipation sollen alle an Schule Beteiligten an schulischer Qualitätsentwicklung als gemeinsames Ziel mitwirken. Im Rahmen von Qualitätssicherung und -entwicklung ist dem Qualitätsbereich „Lehr und Lernprozesse“ ein besonderes Gewicht einzuräumen.

Brandenburg

Als selbstständige Schule (BbgSchulG § 7(1)) legen die Schulen des Landes Brandenburg ihre

„Ziele und Schwerpunkte ihrer Arbeit mit dem Ziel fest, diese in einem Schulprogramm für die Sicherung und Entwicklung der Qualität schulischer Arbeit zusammenzuführen“ (BbgSchulG § 7(2)).

Das Schulprogramm wird auf Vorschlag der Lehrerkonferenz von der Schulkonferenz beschlossen (BbgSchulG § 91) und regelmäßig durch innere und äußere

Evaluation überprüft (BbgSchulG § 7 (2)). Die Verantwortung für Qualitätssicherung und -entwicklung liegt bei der Schulleitung (BbgSchulG § 71), während die Lehrkräfte- und Fachkonferenzen über die Inhalte der inneren Evaluation befinden (BbgSchulG §§ 85,87). Die externe Evaluation wird durch die Schulbehörde veranlasst (BbgSchulG § 7 (2)) und in *Verwaltungsvorschriften über die Schulvisitation im Land Brandenburg (2012)* vertiefend beschrieben. Als „Landkarte“ und Hilfestellung für die Schulen dient der *Orientierungsrahmen Schulqualität* aus dem Jahr 2008, der Schulqualität in 6 Qualitätsbereichen, 27 Qualitätsmerkmalen und 90 Qualitätskriterien beschreibt.

Bremen

Im Bremischen Schulgesetz (BremSchulG) von 2005 werden in § 9 die Schulen als eigenständige Schulen mit Selbstverwaltung definiert. In Wahrnehmung ihrer pädagogischen und sozialen Verantwortung entwickelt die Schule ein Schulprofil, das in einem Schulprogramm festgeschrieben wird. Das Programm wird durch die Schulkonferenz beschlossen (BremSchuVwG § 33) und muss von der zuständigen Senatorin für Bildung und Wissenschaft genehmigt werden (BremSchulG § 9). Die Qualitätssicherung erfolgt durch interne und externe Evaluation. Die Schulkonferenz und die Gesamtkonferenz entscheiden über Art und Umfang der internen Evaluation (BremSchuVwG §§ 33,36). Die Verantwortung für die innere Qualitätssicherung trägt die Schulleitung, während die externe Evaluation und Qualitätssicherung in der Verantwortung der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit liegt (BremSchulG § 9 (1)). Auffällig im Bremer Schulverwaltungsgesetz ist die explizite Forderung nach Zusammenwirken der Mitglieder aller Schulgremien, um die Qualitätsentwicklung durch größtmögliche Konsens-Bildung zu fördern, die im Bremer Schulverwaltungsgesetz enthalten ist (BremSchuVwG § 25). Der *Bremer Orientierungsrahmen Schulqualität* soll zwar als verbindliche Grundlage verstanden werden, möchte mit seiner Konzeption aber auch unterschiedliche Ausgangslagen und Strukturmerkmale der Schulen des Landes berücksichtigen (Orientierungsrahmen 2007, 5). Die Schulen in freier Trägerschaft sind in Bremen dem öffentlichen Bildungsauftrag verpflichtet (BremSchulG § 1 (2)), im Detail aber nicht den Regelungen der Qualitätssicherung, die in § 9 beschrieben sind.

Hamburg

Im Rahmen der selbstverantworteten Schule sorgen Schulleiterinnen und Schulleiter für die „Erstellung, Einhaltung, Auswertung und Weiterentwicklung des Schulprogramms“ (HmbSG § 89 (3)), das regelmäßig evaluiert wird (HmbSG § 51). In der Entscheidungsbefugnis der Schulkonferenz liegt das Schulprogramm und die innerschulische Qualitätsentwicklung (HmbSG §§ 52, 53). Zur Sicherung und Entwicklung der Qualität wird die schulinterne Evaluation ergänzt durch die externe Evaluation, die Schulinspektion, über deren Ergebnisse die Schulbehörde informiert wird. Daraus folgende Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit den Schulen dienen der weiteren Qualitätsentwicklung (HmbSG § 85). Der Hamburger *Orientierungsrahmen Schulqualität (2012)* versteht sich als normatives Rahmenwerk und

beschreibt, „*was in Hamburg unter einer guten Schule verstanden wird*“ (Orientierungsrahmen Schulqualität 2012, 8). In drei Qualitätsdimensionen „Führung und Management“, „Bildung und Erziehung“ und „Wirkung und Ergebnisse“ werden den Schulen die Kriterien von Schulqualität verdeutlicht. Ergänzend zum Schulqualitätsrahmen hat das Institut für Bildungsmonitoring und Qualitätsentwicklung 2008 eine zweiteilige Handreichung zum Thema *Schulinternes Qualitätsmanagement - Orientierung und Anleitung* veröffentlicht.

An den hamburgischen Berufsschulen ist die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems verbindlich vorgeschrieben (HmbSG § 76). Für die Schulaufsicht an den beruflichen Schulen ist das Hamburger Institut für Berufliche Bildung (HIBB) zuständig. Als Leitlinien gibt es ein Konzeptpapier zur *Qualitätssicherung und -entwicklung für Berufliche Schulen* aus 2007.

Hessen

Als selbstständige Schulen (HSchG § 127) legen die hessischen Schulen in Verwirklichung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags ihre Ziele in einem Schulprogramm fest (HSchG § 3), das im Sinne von Qualitätsentwicklung durch Vernetzung bei kooperierenden Schulen aufeinander abgestimmt sein soll (HSchG § 127b). Die Gesamtkonferenz hat das Vorschlagsrecht für das Schulprogramm (HSchG § 133), während die Schulkonferenz das Entscheidungsrecht inne hat (HSchG § 129). Das Schulprogramm dient als Grundlage für die einmal jährlich durchzuführende schulinterne Überprüfung mit Hilfe eines Qualitätsmanagementsystems (HSchG § 127d (11)), die in der Verantwortung der Schulleitung liegt (HSchG §§ 88, 127b). Neben der inneren Evaluation findet eine Schulinspektion (externe Evaluation) durch die Schulaufsichtsbehörden statt (HSchG § 98).

Seit 2011 dient der *Hessische Referenzrahmen Schulqualität*, ähnlich wie in anderen Bundesländern, als Grundlage schulischer Entwicklung. Gegliedert in sieben Qualitätsbereiche wird die Zielsetzung der umfangreichen Handreichung wie folgt definiert:

„Um auf der Basis erweiterter Eigenverantwortung der Schule interne und externe Evaluation betreiben zu können, ist es wichtig, Schulqualität zu definieren und sich darauf zu verständigen, was unter „guter Schulqualität“ zu verstehen ist“ (Hessischer Referenzrahmen Schulqualität 2011, 4).

Mecklenburg-Vorpommern

Die selbstständigen Schulen des Landes Mecklenburg-Vorpommern werden mit den „Grundsätzen für die Verwirklichung des Auftrages der Schulen“ (SchulGM-V § 4) zu kontinuierlicher Qualitätssicherung und -entwicklung verpflichtet. Die Schulen konzipieren ein Schulprogramm, über das die Schulkonferenz entscheidet. Die Schulbehörde genehmigt das Schulprogramm, das durch interne und externe Evaluation regelmäßig überprüft und weiterentwickelt wird (SchulGM-V § 39a). Im Verantwortungsbereich des Schulleiters sind die Fortentwicklung des Schulpro-

grammes und die Verpflichtung zur internen Evaluation angesiedelt (SchulGM-V § 101). Im Gegensatz zu fast allen anderen Bundesländern gibt es in Mecklenburg-Vorpommern keinen Schulqualitätsrahmen. Mit im Vergleich zu den Qualitätsrahmen erhöhten rechtlichen Verbindlichkeit steht das Schulprogramm als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung stattdessen im Mittelpunkt der *Verordnung zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in den Selbstständigen Schulen (Schulqualitätsverordnung – QualiVO M-V 2009)*. Enthalten sind zusätzlich ergänzende Ausführungen zu wichtigen Qualitätsroutinen wie der internen und externen Evaluation der Schulen und Vergleichsarbeiten.

§ 1(1) Die Schule ist zu einer kontinuierlichen und eigenverantwortlichen Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung auf der Basis eines Schulprogrammes unter Beachtung der Wahrung der Bildungschancen aller Schüler verpflichtet (Quali VO M-V 2006).

Mit der Qualitätsverordnung werden die beruflichen Schulen zur Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems und zur Erstellung eines Qualitätshandbuchs (anstelle eines Schulprogrammes) verpflichtet (QualiVO M-V 2009). Die Schulen in freier Trägerschaft sind nicht verbindlich in die Regelungen zur Qualitätssicherung eingebunden.

Niedersachsen

Im Rahmen der eigenverantwortlichen Schule geben sich die niedersächsischen Schulen ein Schulprogramm, das im Rahmen der jährlichen internen Evaluation schulischer Arbeit weiterentwickelt wird (NSchG § 32). Die Entscheidung über das Schulprogramm trifft die Gesamtkonferenz (NSchG § 34), während die Gesamtverantwortung für die Qualitätsentwicklung bei der Schulleitung liegt (NSchG § 43). Die externe Evaluation ist in § 123a beschrieben und in einem aktuellen Erlass (*Erlass Schulinspektion 2014*) ausgeführt. Sie wird durchgeführt vom *Niedersächsischen Landesinstitut für schulische Qualitätsentwicklung (NLQ)*. Mit dem Ziel schulischer Qualitätsentwicklung als Handlungsgrundlage zu dienen, ist der *Orientierungsrahmen Schulqualität 2014* in einer überarbeiteten dritten Fassung erschienen. Seine Funktion als Grundlage schulischer Qualitätsentwicklung ist in einem aktuellen Erlass festgeschrieben (*Erlass Orientierungsrahmen Schulqualität in Niedersachsen 2014*).

Nordrhein-Westfalen

Als selbstständige Schule legt jede Schule in Nordrhein-Westfalen ihre Ziele in einem Schulprogramm fest, das regelmäßig durch interne und externe Evaluation überprüft und fortgeschrieben wird (NRW-SchulG § 3). Verantwortlich für die Erfüllung des Bildungsauftrages und die Sicherung der Qualität ist der Schulleiter (NRW-SchulG § 59 (2)), während die Schulkonferenz über das Schulprogramm und geeignete Maßnahmen der Qualitätssicherung befindet (NRW-SchulG § 65 (2)). Anknüpfend an das *Qualitätstableau NRW (2006)* wurde der *Referenzrahmen*

Schulqualität (2014) konzipiert. Er ist definiert als Orientierungshilfe für die Schulen

Der Referenzrahmen dokumentiert, was unter »guter Schule« in allen schulischen Handlungsfeldern verstanden wird. Dabei greift er Forschungsergebnisse ebenso auf wie Aspekte der aktuellen Schulqualitätsdiskussion und gesellschaftlicher Debatten über die Anforderungen an Schule (Referenzrahmen 2014, 4).

und stellt sich selbst in engen Zusammenhang zum „Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung“, einem Konzept von Peter Paulus, Leuphana-Universität Lüneburg (Paulus, Michaelsen-Gärtner 2008), das u.a. den engen Zusammenhang zwischen Bildungserfolg und Gesundheit (-förderung) deutlich herausstellt.

Rheinland-Pfalz

Als selbständige Schulen sind die Schulen in Rheinland-Pfalz für Qualitätssicherung und -entwicklung verantwortlich (im Besonderen die Schulleitung) und zu regelmäßiger interner Evaluation verpflichtet (SchuG § 23). Die Koordination der Qualitätsroutine liegt bei der Gesamtkonferenz. Als partizipativer Aspekt ist anzusehen, dass der Elternrat ins Benehmen gesetzt werden muss (SchuG § 28). Die externe Evaluation wird durch die Schulbehörde veranlasst und mit Hilfe der Agentur für Qualitätssicherung durchgeführt (SchuG § 97). Als Grundlage der Qualitätsentwicklung soll der *Orientierungsrahmen Schulqualität für Rheinland-Pfalz* von 2008 den Schulen, unter Berücksichtigung ihrer individuellen Situation, Orientierung zur Sicherung der Qualität und Anregung zu deren Weiterentwicklung bieten (Orientierungsrahmen 2008, S. 5).

Saarland

Die Schulgesetzgebung im Saarland ist stärker untergliedert als in anderen Bundesländern. Neben dem *Schulordnungsgesetz (1996/ 2014)*, das unter anderem den Bereich der Qualitätssicherung behandelt, gibt es ein *Schulmitbestimmungsgesetz (1974/ 2012)* und ein *Schulpflichtgesetz*, sowie eine allgemeine *Schulordnung*. Die Schulen des Saarlandes sind im pädagogischen Bereich eigenverantwortlich (SchoG § 17). Der Bildungsauftrag verpflichtet sie „zur stetigen Entwicklung und Sicherung der Qualität ihrer Bildungs- und Erziehungsarbeit“ (SchoG § 1 (4)). Im Gegensatz zu anderen Bundesländern müssen die Schulen des Saarlandes kein Schulprogramm zur Festschreibung von Leitideen und Zielen erstellen. Die Verantwortung für die Erfüllung des Bildungsauftrages und damit für die Sicherung der Qualität liegt beim Schulleiter (SchoG § 21). Eine Verantwortung, die auch im Entwurf des *Orientierungsrahmens zur Schulqualität* von 2012 betont wird. Die Bestimmungen des Schulmitbestimmungsgesetzes zu den Aufgaben der verschiedenen Konferenzen beinhalten keine Vorgaben zur Qualitätssicherung oder -entwicklung. Im Gegensatz zu den anderen Bundesländern sehen die saarländischen Schulgesetze keine expliziten Regelungen zur inneren und äußeren Evaluation vor. § 20e des Schulordnungsgesetzes sieht lediglich für Schülerinnen

und Schüler und Lehrkräfte eine Mitwirkungsverpflichtung an durch die Schulaufsichtsbehörde veranlassten Maßnahmen der Qualitätssicherung vor (SchoG § 20e).

Sachsen

Als eigenverantwortliche Schule entwickelt jede Schule ein Schulprogramm (SchulG § 1), das von der Schulkonferenz bestätigt wird (SchulG §43). Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität wird das Schulprogramm regelmäßig intern durch die Schule und extern durch die Schulaufsicht, unterstützt durch das Sächsische Bildungsinstitut, evaluiert (SchulG §§ 1(3), 59a). Zur Unterstützung schulinterner Entwicklungsprozesse dient die *VwV Unterstützungssystem Schulentwicklung (2011)*, in der auch Angebote zur Supervision vorgesehen sind. Unter Leitung der Sächsischen Bildungsagentur wird interessierten Schulen in zwei durch die Europäische Union geförderten Projekten⁴⁷, Unterstützung zum Aufbau eines schulischen Qualitätsmanagement-Systems angeboten im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Sachsen.de Schule und Ausbildung, online verfügbar). Als handlungsleitendes Rahmengerüst zur Qualitätssicherung dient die *Schulische Qualität im Freistaat Sachsen: Kriterienbeschreibung*:

Die Anforderungen und Erwartungen an die Ergebnisse schulischer Arbeit sind im gesetzlich fixierten Erziehungs- und Bildungsauftrag festgelegt. Die Anforderungen an die Prozesse, die innerhalb der Schulen zur erfolgreichen Erfüllung des Erziehungs- und Bildungsauftrages führen, lassen sich aus wissenschaftlichen Erkenntnissen ableiten. Die vorliegende Beschreibung der Kriterien schulischer Qualität dient der Herstellung dieses Konsenses, auf dessen Grundlage Qualitätsentwicklung zukünftig erfolgen soll (Kriterienbeschreibung 2010, 3).

Sachsen-Anhalt

Die selbstständigen Schulen von Sachsen-Anhalt sind zu kontinuierlicher Qualitätssicherung verpflichtet (SchulG LSA § 11a). Die Schulen erstellen ein Schulprogramm, das kontinuierlich fortzuschreiben ist und von der Gesamtkonferenz beschlossen wird. (SchulG LSA § 24 (4)). In der Verantwortung der Schule liegt die Qualitätssicherung mittels schulinterner Evaluation. Die externe Evaluation als zweiter Teil der Qualitätssicherung obliegt dem *Landesinstitut für Schulqualität und Lehrerbildung Sachsen-Anhalt* (SchulG LSA §§ 11a, 82). Als einziges Bundesland schließt Sachsen-Anhalt die Schulen in freier Trägerschaft in diese Qualitätsroutinen verpflichtend mit ein (SchulG LSA § 11a (6)). Als Grundlage für die interne und externe Evaluation dient der 2013 veröffentlichte *Qualitätsrahmen schulischer Arbeit in Sachsen-Anhalt*. Basierend auf dem Grundgedanken der „Guten Schule“ beschreibt der Handlungsleitfaden Qualitätsbereiche, die von wesentlicher Bedeutung für Sicherung und Entwicklung schulischer Qualität sind.

47 Projekt „ESF-QM1“ für allgemeinbildende Schulen und Projekt „ESF-QM2“ für berufsbildende Schulen

Schleswig-Holstein

Als selbstständige Schule (SchulG § 3) geben sich die Schulen in Schleswig-Holstein ein Schulprogramm, das von der Schulkonferenz beschlossen und regelmäßig überprüft wird (SchulG §§ 3, 63). Die Schulleitung ist verantwortlich für die Fortentwicklung der Qualität (SchulG § 33), während die Schulkonferenz über die Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung beschließt, als Folgerung aus den Ergebnissen der externen Evaluation (SchulG § 63). Zur Entwicklung und Sicherung der Qualität schulischer Arbeit unterhält das Land ein Institut für Qualitätsentwicklung (IQSH, SchulG § 134). Schleswig-Holstein gehört zu den wenigen Bundesländern, die den Schulen keinen Schulqualitätsrahmen als Hilfestellung oder Orientierung anbieten.

Thüringen

Die Thüringer Schulen sind eigenverantwortlich. Sie sichern ihre Qualität durch regelmäßige interne Evaluation. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern ist Qualitätssicherung nicht dem Verantwortungsbereich der Schulleitung zugeordnet (ThürSchulG § 33), sondern die Schulkonferenz ist in Kenntnis zu setzen. Eine Orientierungshilfe stellt der zweiseitige *Schulischer Qualitätsrahmen (2006)* dar. Zusätzlich werden die Schulen in angemessenen Zeiträumen im Rahmen einer externen Evaluation überprüft. Im Thüringer Schulgesetz ist keine fortlaufende Arbeit mit einem Schulprogramm vorgesehen. Stattdessen werden Zielvereinbarungen zur Qualitätsentwicklung mit dem Schulamt getroffen (ThürSchulG § 40b). Zur Ausgestaltung der externen Evaluation gibt es seit 2013 einen *Leitfaden zur externen Evaluation Thüringer Schulen (2013)*.

3.3.2 Ergebnisse der Interviews

Die Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews mit Expertinnen und Experten aus den Länderministerien, der Wissenschaft und den Trägern werden im Folgenden dargestellt. Einleitend soll die Lebenswelt Schule über die enge Verflechtung der vielen in Schule Beteiligten mit dem folgenden Zitat anschaulich beschrieben werden:

„Also das ist schon ein ganz besonderes Setting, wenn man Schule anguckt, weil eben diese Trennung zwischen Lehrkräften und deren Gesundheit, und Schülern und deren Gesundheit nicht voneinander zu trennen sind. [...] Da habe ich ein ganz, ganz enges Geflecht. Und da habe ich immer die Wechselwirkung. Und in dem Moment, wo ich für einen was tue, drehe ich automatisch an ganz vielen, anderen Schräubchen mit. Und das spüren Schulen zunehmend“ (B11).

Relevante **rechtliche Regelungen** zur schulischen Qualitätssicherung und -entwicklung, die über die Schulgesetze hinausgehen, wurden in den Gesprächen mit den Vertreterinnen und Vertretern aus den Länderministerien nur vereinzelt

ergänzend benannt, bspw. wurde aus einem Bundesland die Wichtigkeit der landeseigenen Qualitätsentwicklungsverordnung hervorgehoben (B09). Von den Interview-Partnerinnen/-Partner aus den Ministerien der Länder wurden als **Qualitätssicherungsinstrumente** in erster Linie die innere und äußere Evaluation benannt. Dabei wurde besonders hervorgehoben, dass die Schulinspektion (als äußere Evaluation der Schulen) ein Instrument sei, dem die Schulen sich nicht entziehen können (B11).

Aus zwei Bundesländern wurde auf die sogenannten Zielvereinbarungen verwiesen. Sie werden aus den Ergebnissen der Schulinspektion zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität zwischen den Schulen und der Schulaufsicht formuliert (B12, B03). Als weitere Instrumente der Qualitätssicherung wurden Vergleichsarbeiten und zentrale Prüfungen sowie Bildungs- und Rahmenpläne benannt. Die Funktion des Schulprogrammes als „zentrales Handlungskonzept für die Schulentwicklung“ wurde von einem Ministerium besonders hervorgehoben (B11). Weitere Qualitätssicherungsinstrumente, die von den Interviewpartnern als praxisrelevant benannt wurden, sind die Instrumente der (schulischen) Selbstevaluation SEIS und IQES und die Balanced Scorecard.

Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner aus mehreren Bundesländern betonten die sinnvolle Ergänzung von rechtlichen Regelungen durch praktische Unterstützungsangebote seitens des Landes oder der Schulaufsicht. So stehen bspw. in Mecklenburg-Vorpommern Beratungslehrerinnen und -lehrer für Prävention (B09) oder in Baden-Württemberg Fachberaterinnen und -berater für Schulentwicklung den Schulen als unterstützend zur Verfügung (B10). Die **Bewertung** der normativen Vorgaben durch die Expertinnen und Experten aus den Länderministerien war überwiegend positiv; die gesetzlichen Vorgaben seien hilfreich und ausreichend. Mehrfach hervorgehoben wurde die zentrale Bedeutung des Bildungsauftrages:

„Ganz zentral noch mal, dass bei den Schulen der Bildungs- und Erziehungsauftrag im Vordergrund steht. Und das man sich deswegen sehr genau überlegen muss, wenn man zu spezifischen Feldern kommt, wie Gesundheitsförderung und Prävention, was natürlich ein Querschnittsthema ist, ganz klar. Dass man dort zur Qualitätssicherung nicht völlig neue Verfahren entwickeln muss, sondern andockt an das, was Schule sowieso schon macht“ (B03).

Dabei wurde in einem Gespräch nachdrücklich betont, dass es sinnvoll sei, Qualitätssicherung als Teil des Bildungsauftrages und im Verantwortungsbereich der Schulleitung zu verankern (B03).

Unterschiedlich waren die Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten zu den Schulqualitätsrahmen. Positiv hervorgehoben wurde bspw. die Funktionalität der Qualitätsrahmen; die Qualitätsrahmen seien geeignet als „Bezugsgröße für die Entwicklung und Qualitätssicherung von Schule“ (B07), vereinfachten die Vorbereitung auf die Schulinspektion und trügen zum Erreichen guter Ergebnisse bei (B06). Allerdings gäbe es auch negative Aspekte. So würde der gro-

ße Umfang, den die Schulqualitätsrahmen teilweise haben, abschreckend wirken und den sinnvollen Einsatz des Qualitätssicherungsinstrument behindern (B01). In einem Gespräch wurde die (bundeslandspezifische) Festschreibung des Schulqualitätsrahmens als unterstützendes Instrument der Qualitätssicherung durch einen ministeriellen Erlass hervorgehoben (B11).

Die **Umsetzung der Vorgaben** in den Schulen wurde von Seiten der Expertinnen und Experten aus den Länderministerien nur wenig kommentiert. Allerdings wurde der Vorteil weitgefasster rechtlicher Vorgaben betont. Damit würde den einzelnen Schulen die Möglichkeit gegeben, die Regelungen der individuellen Situation der Schule entsprechend auszugestalten und situationsangemessen umzusetzen (B10). In einem Gespräch mit einem Vertreter aus der Wissenschaft wurde auf die Belastung der Schulen durch Qualitätsentwicklung hingewiesen:

„[...] dass natürlich Schulen sehr stark unter der Last, gewissermaßen, leiden, beständig Qualitätsentwicklung betreiben zu müssen“ (B01).

In Bestätigung der Aussage verwies ein weiterer Interviewpartner zusätzlich auf Restriktionen durch begrenzte Ressourcen:

„Aber wenn ich beobachte, auch in meiner Umgebung, wie weit Qualitätssicherung in der Schule betrieben wird, komme ich zu dem Ergebnis, dass kaum Ressourcen dafür vorhanden sind Denn die werden benötigt, um den Betrieb überhaupt im Laufen zu halten, vor allen Dingen vor dem Hintergrund der zahlreichen Änderungen, Innovationen, Scheininnovationen, die jede Woche die Schulen in Atem halten Von daher ist es quantitativ kaum möglich, das kann ich auch aus eigenem Erleben sagen“ (B07).

Aus den befragten Ministerien der Bundesländer wurde weit überwiegend kein **Handlungsbedarf** für weitere rechtliche Regelungen gesehen. Die Vorgaben seien ausreichend und gäben den Schulen gute Möglichkeiten, sie individuell auszufüllen (B10). Ständige Änderungen der rechtlichen Vorgaben seien überdies nicht zielführend, da vorhandene Regelungen zunächst in Ruhe genutzt und ausreichend evaluiert werden müssten (B11).

Die Verortung von Qualitätssicherung als Schulleitungsaufgabe wurde von mehreren Gesprächspartnerinnen und -partnern als sinnvoll erachtet. Entsprechende Schulungen für die Schulleitungen sowie Zuweisung von Zeitkontingenten sind als notwendige Ergänzung zu betrachten:

„Wenn Schulleitungen für die Qualitätssicherung zuständig, wirklich zuständig sein sollen, das umsetzen sollen, müssen sie nicht nur für diese Aufgabe geschult sein [und] die gängigen Instrumente kennen. Sondern sie müssen auch Zeitfenster dafür zur Verfügung bekommen“ (B07).

Von verschiedenen Gesprächspartnern wurde darauf hingewiesen, dass mit Ergebnissen der Schulinspektion „gehandelt“ werden sollte, um aus Qualitätssicherung auch eine Qualitätsentwicklung zu vollziehen:

„Es geht dann auch immer noch mal wieder darum, dass Schulen auch ermuntert werden, mit Ergebnissen, die sie haben können, im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren, das sie die auch nutzen. [...] Parallel vielleicht im Rahmen der Ergebnisse der Schulinspektion, Rückmeldung bekommen, dass das Lernklima verbesserungswürdig ist. Also auch dann mit solchen Rückmeldungen, ja konstruktiv umzugehen“ (B03).

3.3.3 Zusammenfassung der Interviews

Als maßgebliche Qualitätsroutinen zur Sicherung und Weiterentwicklung schulischer Qualität wurden die interne und externe Evaluation sowie das Schulprogramm, als zentrales Handlungskonzept, in den Fokus gestellt. Dabei kann die Effektivität der Schulinspektion verbessert werden, indem Defizite, die auffallen, evaluierend begleitet werden, wie es in einigen Bundesländern durch die Formulierung von Zielvereinbarungen vorgesehen ist.

Die befragten Ministerien beurteilen den Umfang der rechtlichen Regelungen zu schulischer Qualitätssicherung überwiegend als ausreichend. Es wird kein Handlungsbedarf für weitere rechtliche Regelungen gesehen. Dagegen wurde von den Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Trägern gewünscht, Qualitätssicherung mehr Gewicht zu verleihen, indem sie, die zentrale Bedeutung des Bildungsauftrages nutzend, möglichst als Schulleitungsaufgabe hier verortet wird.

Die Schulqualitätsrahmen, sinnvoll als unterstützendes Instrument der schulischen Qualitätssicherung, könnten ggf. praxisorientiert verschlankt werden, um den begrenzten zeitlichen Ressourcen, die den Schulen zur Verfügung stehen, Rechnung zu tragen.

3.4 Prävention und Gesundheitsförderung

Die Gesetzeslandschaft im Setting Schule ist geprägt durch das föderale System der Bundesrepublik Deutschland, mit sechzehn eigenen Schulgesetzen und nachfolgenden Verwaltungsvorschriften. Bedeutende supranationale Vorgaben sind vor allem zwei UN-Konventionen, das *Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention 1989)* und das *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtscharta 2006)*. Relevante nationale Vorgaben sind die Sozialgesetzbücher V und VII sowie das Infektionsschutzgesetz.

3.4.1 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

Die für Deutschland gültige Sozialgesetzgebung wurde in zwölf Sozialgesetzbüchern zwischen 1976 (SGB I: Allgemeiner Teil, sozialrechtliche Grundpositionen) und 2005 (SGB XII: Sozialhilfe) zusammengefasst. Das SGB V umfasst die Regelungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung. Relevante schulbezogene Vorgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung enthalten die §§ 20 und 21 SGB V. § 20 verpflichtet die Krankenkassen zu Leistungen der Primärprävention, mit dem Ziel, den allgemeinen Gesundheitszustand der Versicherten zu verbessern und dazu beizutragen, die sozial bedingte Ungleichheit gesundheitlicher Chancen zu vermindern.

SGB V § 20 Prävention und Selbsthilfe (1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

In Entsprechung der 1983 in die WHO-Strategie „Gesundheit für alle“ implementierten Forderung nach einer Verbesserung der oralen Gesundheit durch Verminderung des dmft/ DMFT - Index, ist die im § 21 SGB V verankerte Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche zu verstehen:

SGB V § 21 Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) (1) Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu fördern und sich an den Kosten der Durchführung zu beteiligen. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. In Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, werden die Maßnahmen bis zum 16. Lebensjahr durchgeführt. Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

Ausführende Regelungen finden sich in den Gesetzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder. Die Bundeszahnärztekammer gab 2000 eine Leitlinie als Orientierungshilfe heraus (Förderung der Mundgesundheit durch Gruppenprophy-

laxe, Leitfaden der Bundeszahnärztekammer, 2000), die Ziele und Inhalte der Gruppenprophylaxe beschreibt (und die Bereitschaft der Zahnärzteschaft zur Mitwirkung an der öffentlichen Gesundheitspflege betont).

Die Gesetzliche Unfallversicherung wird im SGB VII geregelt. Mit dem § 14 wird den Unfallversicherungsträgern die Aufgabe der Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie von Arbeitsunfällen zugewiesen und somit auch eine Zuständigkeit für die Schulen.

SGB VII § 14 Grundsatz (1) Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.

Die Vorbeugung von übertragbaren Krankheiten ist Hauptinhalt des Anfang 2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetzes (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen IfSG 2000), indem Infektionen frühzeitig erkannt und ihre Weiterverbreitung bestmöglich unterbunden werden sollen. Zu diesem Zweck ist die Einschränkung von Grundrechten, bspw. das Recht auf körperliche Unversehrtheit, teilweise erlaubt. Für die Schulen relevant ist die Forderung nach Erhebung eines Impfstatus jeden Kindes während der Schuleingangsuntersuchung (IfSG § 34). Zusätzlich sind Schulen und Kitas in die Regelungen zu Beschäftigungsverboten einbezogen. So ist es Personen, die an bestimmten Infektionen (bspw. Scharlach oder Windpocken) erkrankt sind, untersagt, in Gemeinschaftseinrichtungen, zu denen auch die Schulen gehören, tätig zu sein (IfSG § 34). Die verpflichtende Einbindung der Schulen in die Regelungen zur Infektionshygiene (IfSG § 36) sind vor allem für den Bereich der Schulverpflegung als relevant anzusehen:

IfSG § 36 Einhaltung der Infektionshygiene (1) Folgende Einrichtungen legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt: 1. die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen.

Ziel des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG 2011) ist es, „das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu schützen und ihre körperliche und geistige Entwicklung zu fördern“ (BKisSchG § 1(1)), was die Schulen in die gemeinschaftliche Verantwortung den Kindern gegenüber einbindet. Die Schulen, als Teil der staatlichen Gemeinschaft, sind auch in die Aufgabe, die Eltern in ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen (BKisSchG § 1(3)), einbezogen.

3.4.1.1 Landesebenen

Die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und damit auch der Kinder und Jugendlichen gehört zu den zentralen Aufgaben des Öffentlichen

Gesundheitsdienstes, die in den jeweiligen **ÖGD-Gesetzen** beschrieben sind. Über die Aufgaben hinaus, die sich eher im kommunalen Setting verorten lassen (siehe dort), sind die Schulen vielfach einbezogen. So wird der Öffentliche Gesundheitsdienst bspw. zur gesundheitlichen Beratung der Schulen oder zur hygienischen Überwachung der Schulen verpflichtet. Tabelle 18 gibt einen Überblick über die Paragraphen mit inhaltlichem Bezug zu den Schulen in den Gesetzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Tabelle 18: Gesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Bundesland	Gesetz	Erstellungs- jahr / Letzte Änderung	Regelungen mit Schulbezug
Baden-Württemberg	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG)	1994/ 2012	§ 8 Schulgesundheitspflege, Jugendzahnpflege
Bayern	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheits- und Veterinär-dienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz - GDVG)	2003/ 2013	Art. 14 Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Berlin	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG)	2006/ 2011	§ 1 Aufgabenstellung § 8 Gesundheitshilfe
Brandenburg	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG)	2008/ 2014	§ 6 Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Bremen	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG)	1995 2014	§ 14 Kinder- und Jugendgesundheitspflege
Hamburg	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz - HmbGDG)	2001/ 2014	§ 7 Kinder und Jugendliche
Hessen	Hessisches Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD)	2007/ 2014	§ 10 Kinder- und Jugendgesundheit
Mecklenburg-Vorpommern	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern (Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst - ÖGDG M-V)	1994/ 2014	§ 15 Kinder- und Jugendärztlicher Dienst § 16 Zahnärztlicher Dienst
Niedersachsen	Niedersächsisches Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD)	2006	§ 5 Kinder- und Jugendgesundheit
Nordrhein-Westfalen	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes	1997/ 2013	§ 12 Kinder- und Jugendgesundheit

	Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW)		§ 13 Kinder- und Jugendzahn-gesundheit
Rheinland-Pfalz	Landesgesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGdG)	1995/ 2010	§ 7 Überwachungsaufgaben der Gesundheitsämter
Saarland	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG -)	1999/ 2010	§ 8 Kinder- und Jugendgesundheitspflege
Sachsen	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG)	1991/ 2008	§ 9 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Sachsen-Anhalt	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt (Gesundheitsdienstgesetz - GDG LSA)	1997 2014	§ 9 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Schleswig-Holstein	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG) -	2001/ 2011	§ 5 Gesundheitsförderung § 7 Kinder- und Jugendgesundheit
Thüringen	Verordnung über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten	1990/ 1998	

Ein umfassender Auftrag zur lebensraumbezogenen Prävention, der explizit Schulen (und Kindertagesstätten) mit einbezieht, ist im niedersächsischen Gesetz verankert:

NGöGD § 5 Kinder- und Jugendgesundheit (1) 1 Die Landkreise und kreisfreien Städte schützen und fördern besonders die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. 2Dazu sollen sie insbesondere gemeinsam mit Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen zielgruppen- und lebensraumbezogen auf die Prävention und auf eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hinwirken.

Eine explizite Berücksichtigung der Schulen im kommunalen Auftrag der Gesundheitsförderung ist im GDG von Schleswig-Holstein formuliert:

GDG § 5 Gesundheitsförderung Die Kreise und kreisfreien Städte stellen sicher, dass ihre Planungen und Maßnahmen auch auf anderen in Betracht kommenden Handlungsfeldern, insbesondere in den Bereichen Siedlungsentwicklung, Wohnen, Schule, Jugend, Menschen im Alter, Verkehr, Umwelt, Arbeitswelt und Soziales, die Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich der Gesundheitsziele nach § 4 Abs. 1 angemessen berücksichtigen (Gesundheitsförderung).

In 14 Bundesländern sind die Schuleingangsuntersuchungen (BW, BY, BB, HE, MV, NI, NW, SN, ST, SL) bzw. schulärztliche Untersuchungen (BW, BE, HB, HE,

HH, MV, NI, SN, ST, SL, SH) als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gesetzlich verankert. In den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Thüringen sind die Regelungen zu ärztlichen Untersuchungen in die Schulgesetze implementiert. In Berlin und Hamburg sind Regelungen sowohl im ÖGD-Gesetz als auch im Schulgesetz verankert. Mit Bezug auf SGB V § 21 Gruppenprophylaxe sind regelmäßige zahnmedizinische Untersuchungen zur Vorbeugung von Mund-, Zahn- und Kiefererkrankungen oder zahnmedizinische Beratung in fast allen Gesetzen des ÖGD vorgesehen (nicht in BY, RP, TH). Im Rheinland und in Thüringen sind zahnmedizinische Untersuchungen im Schulgesetz verankert. In Berlin und Hamburg sind Regelungen sowohl im ÖGD-Gesetz als auch im Schulgesetz verankert. Tabelle 19 fasst die verwendeten Begriffe und schulrelevanten Aufgaben aus den Gesetzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zusammen:

Tabelle 19: schulbezogene präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben in Gesetzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (n=16)

Aufgaben	Bundesland
Schulgesundheitspflege	BW, BY, HE (n=3)
Schuleingangsuntersuchungen	BW, BB, HE, MV, NI, NW, SN, ST, SL (n=9)
Schulärztliche Untersuchungen	BW, BE, HB, HE, HH, MV, NW, SN, ST, SL, SH (n= 11)
Gruppenprophylaxe/Zahnmedizinische Vorsorge und Beratung/ Zahnärztliche Untersuchungen	BW, BE, BB, HB, HH, HE, MV, NW, NI, SN, ST, SL, SH (n=13)
Gesundheitsförderung/ Gesundheitsschutz in Schulen/ Vorbeugung gesundheitlicher Störungen - Beratung zu GF - Unterstützung von GF	BY, HH, HE, NW, SL, SH (n=6)
Hinwirkung auf Prävention (lebensraumbezogen)	NI
Beratung zu übertragbaren Krankheiten/ Impfungen	HB, MV, NW (n=3)
(Hygienische) Überwachung von Schulen	BW, BB, MV, RP, SN, ST, SL, TH (n=8)
Betreuung behinderter Kinder im Schulbereich	BE

In knapp der Hälfte der Bundesländer ist in den Gesetzen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Auftrag verankert, die Schulen in gesundheitlichen Fragen beratend zu unterstützen (bspw. zu übertragbaren Krankheiten) oder Beratung zur Gesundheitsförderung anzubieten. Beispielhaft sei der Passus aus Hessen zitiert:

HGöGD § 10 Kinder- und Jugendgesundheit - (1) Die Gesundheitsämter schützen und fördern die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. [...] Die Gesundheitsämter beraten Schülerinnen und Schüler, deren Sorgeberechtigte und die Schulen zu gesundheitlichen Fragen, die den Schulbesuch betreffen.

In zwei Bundesländern (Rheinland-Pfalz, Thüringen) beschränken sich die schulbezogenen Aufgaben des ÖGD auf die Überwachung der Schulen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes. Exemplarisch hier die Formulierung aus Thüringen:

GesDV TH 1998 § 6 Überwachungsaufgaben Die Gesundheitsämter überwachen [...] 5. Schulen und soziale Gemeinschaftseinrichtungen.

Ähnliche Regelungen, die Überwachung der Schulen betreffend, finden sich in den Gesetzen in Baden-Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt.

Im Sinne der föderalen Bildungshoheit hat jedes Bundesland ein eigenes **Schulgesetz**, nachfolgend auch unterschiedliche Verwaltungsvorschriften (Bildungspläne, Richtlinien, Erlasse und Richtlinien). Daraus folgend ist die Gesetzeslandschaft im Schulbereich heterogen, sowohl im Hinblick auf die Variabilität der verwendeten Begriffe, als auch in Bezug auf die unterschiedliche Verortung und Gewichtung vor allem von Gesundheitsförderung und Prävention in den Gesetzen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen der Bundesländer.

Eine Verankerung von **Gesundheitsförderung im Bildungsauftrag** ist in knapp der Hälfte der Bundesländer gegeben (s.u.). Dabei reichen die zum Teil weit gefassten Formulierungen von gesunder Lebensführung (Berlin, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen), über Verantwortung für die eigene Gesundheit (Brandenburg) bis zu eigenverantwortlichem Gesundheitshandeln (Bremen) (Hervorhebungen durch Verfasser):

Berlin:

SchulG § 3 Bildungs- und Erziehungsziele ... (2) Die Schülerinnen und Schüler sollen insbesondere lernen... 7. Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sporttreiben zu entwickeln (3) Schulische Bildung und Erziehung sollen die Schülerinnen und Schüler insbesondere befähigen,... 7. ihre körperliche, soziale und geistige Entwicklung durch kontinuierliches Sporttreiben und eine gesunde Lebensführung positiv zu gestalten sowie Fairness, Toleranz, Teamgeist und Leistungsbereitschaft zu entwickeln.

Brandenburg:

BbgSchulG § 4 Ziele und Grundsätze der Erziehung und Bildung... (5) Bei der Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Werthaltungen fördert die Schule insbesondere die Fähigkeit und Bereitschaft der Schülerinnen und Schüler [...] ihre Verantwortung für die eigene Gesundheit, für den Erhalt der Umwelt und die Sicherung der natürlichen Lebensgrundlagen zu begreifen und wahrzunehmen, [...]

Bremen:

BremSchulG § 5 Bildungs- und Erziehungsziele... (2) Die Schule soll insbesondere erziehen: [...] 4. zum Bewusstsein, für Natur und Umwelt verantwortlich zu sein, und zu eigenverantwortlichem Gesundheitshandeln [...]

Hamburg:

HmbSG § 2 Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule (1) [...] Es ist Aufgabe der Schule, die Schülerinnen und Schüler zu befähigen und ihre Bereitschaft zu stärken, [...] - das eigene körperliche und seelische Wohlbefinden

ebenso wie das der Mitmenschen wahren zu können und - Mitverantwortung für die Erhaltung und den Schutz der natürlichen Umwelt zu übernehmen.

Niedersachsen:

NSchG § 2 Bildungsauftrag der Schule ... Die Schülerinnen und Schüler sollen fähig werden, [...] für die Erhaltung der Umwelt Verantwortung zu tragen und gesundheitsbewusst zu leben, [...]

Nordrhein-Westfalen:

NRW SchulG § 2 Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule ... (6) Die Schülerinnen und Schüler sollen insbesondere lernen [...] 8. Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sport zu entwickeln, sich gesund zu ernähren und gesund zu leben [...]

Sachsen-Anhalt:

SchulG LSA § 1 Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schule ... (2) In Erfüllung dieses Auftrages ist die Schule insbesondere gehalten, ... 7. die Schülerinnen und Schüler zu verantwortlichem Handeln in einer von zunehmender gegenseitiger Abhängigkeit und globalen Problemen geprägten Welt für die Bewahrung von Natur, Leben und Gesundheit zu befähigen [...]

In den Schulgesetzen von Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen wird dagegen in den Bildungsaufträgen von Verantwortung für oder Bereitschaft zum Erhalt von Natur und Umwelt gesprochen.

Einen wichtigen Stellenwert unter den Vorgaben für die Schulen nehmen die **Bildungspläne** ein. Sie dienen zur Sicherung der Bildungsqualität und zur Definition vergleichbarer Unterrichtsinhalte innerhalb und zwischen den Bundesländern. Die Bildungspläne werden in jedem Bundesland differenziert nach Fächern, Schultypen und Klassenstufen. Im Rahmen der Recherche wurden aufgrund der thematischen Nähe exemplarisch die Fächer Sachkunde (Grundschule), Biologie und Sport betrachtet. „Gesundheit“ ist in diesen Bildungsplänen als Thema nahezu durchgehend zu finden, allerdings in unterschiedlichen Begriffen und Kontexten (z.B. gesundheitsorientiertes Handeln, gesundheitsbewusstes Leben, Gesundheitsbildung oder gesunde Ernährung und gesundheitsbewusstes Sporttreiben).

Ein für Prävention und Gesundheitsförderung relevanter Bereich ist das Themenfeld Bewegung und Sport. Ausführende Erlasse sind bspw. in den Bundesländern Niedersachsen (Bestimmungen für den Schulsport 2011) und Hessen (Organisation des Schulsports in Hessen 2014) formuliert.

Eigene **Paragrafen zu Prävention und Gesundheitsförderung** sind in den Schulgesetzen nicht vorhanden. Eine wörtliche Erwähnung des Begriffs „Gesundheitsförderung“ findet sich nur in den Schulgesetzen von Berlin und Hamburg - als übergeordnetes Aufgabengebiet und in den Paragrafen zur Schulgesundheitspflege. Prävention ist explizit in den Schulgesetzen von Berlin, Brandenburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Thüringen verankert, im Kontext von sozialpädagogischem Förderbedarf.

Direkte gesundheitliche Bezüge sind in den Regelungen zur Sexualerziehung (fast alle BL), Familienerziehung (BW, BAY) und Geschlechtererziehung (BW) gegeben. Im jüngsten der Schulgesetze, dem Gesetz von Sachsen-Anhalt, sind keine Regelungen zur Sexualerziehung implementiert.

Bestandteil der Paragraphen zur **Schulgesundheitspflege**, die sich allen Schulgesetzen durchgehend finden, sind vorwiegend die verbindlichen Schuleingangsuntersuchungen, schulärztliche und -zahnärztliche Untersuchungen, sowie Aspekte der Gesundheitsvorsorge bzw. der Vorbeugung gesundheitlicher Gefährdungen. Beispielhaft sei der Paragraf aus dem hessischen Schulgesetz vorgestellt:

Hessen:

HSchG § 149 Schulgesundheitspflege [...] Die Schulgesundheitspflege umfasst den schulärztlichen und den schulzahnärztlichen Dienst. Ihre Aufgabe ist es, in Zusammenarbeit mit der Schule und den Eltern die gesundheitliche Entwicklung der Schülerinnen und Schüler durch Vorsorge zu fördern, gesundheitlichen Gefährdungen vorzubeugen und Maßnahmen zur Behebung gesundheitlicher Störungen einzuleiten. Zur Schulgesundheitspflege gehören auch vorschulische Untersuchungen, soweit diese für eine spätere schulische Entscheidung notwendig sind.

Darüber hinaus werden in den Schulgesetzen von Berlin und Hamburg explizit gesundheitsförderliche Inhalte, bspw. gesunde Ernährung, Suchtprophylaxe (Berlin) oder Vorbeugung gesundheitlicher Gefährdungen (Hamburg) unter Schulgesundheitspflege verortet:

Berlin:

SchulG § 52 Schulgesundheitspflege, Untersuchungen (1) Die Schulgesundheitspflege umfasst die Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954), in der jeweils geltenden Fassung und die Maßnahmen der schulärztlichen und schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen sowie die sonstige Gesundheitsförderung in der Schule, insbesondere Fragen der gesunden Ernährung und die Suchtprophylaxe. (Unterstreichung durch Verfasser)

Hamburg:

HmbSchG § 34 Schulärztliche, schulzahnärztliche, schulpsychologische und sonderpädagogische Untersuchungen [...] (3) Schülerinnen und Schüler werden schulärztlich und schulzahnärztlich betreut, um gesundheitlichen Gefährdungen vorzubeugen, bereits vorliegende Erkrankungen und Behinderungen zu erkennen sowie bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen Hilfestellung zu geben.[...] Die Sorgeberechtigten werden über das Ergebnis aller schulärztlichen Untersuchungen informiert und auf notwendige oder empfehlenswerte Maßnahmen der Gesundheitsförderung hingewiesen.(Unterstreichung durch Verfasser)

Zur ausführlicheren Regelung der schulärztlichen und -zahnärztlichen Untersuchungen finden sich in mehreren Bundesländern spezifische Ausführungsverord-

nungen, bspw. in Mecklenburg-Vorpommern (*Verordnung über kinder- und jugendärztliche sowie -zahnärztliche Untersuchungen 1996, Schulgesundheitspflege-Verordnung - SchulGesPfIVO M-V*), Sachsen (*Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus über die Schulgesundheitspflege 2005, Schul-GesPfIVO*) und Schleswig-Holstein (*Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben 2008, SchulÄAufgV SH*). Die Verordnung im Freistaat Bayern (*Verordnung zur Schulgesundheitspflege 2008, Schulgesundheitspflegeverordnung – SchulgespfIV*) beschreibt die Schuleingangsuntersuchungen, enthält aber auch Unterstützungsangebote in Sinne einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Strukturen und des Umfeldes:

SchulgespfIV § 12 Unterstützung der Schulen 1 Die unteren Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz unterstützen im Rahmen ihrer Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention die Schulen in der Gestaltung gesundheitsförderlicher Verhältnisse, bei Maßnahmen und Angeboten für Schülerinnen und Schüler sowie Lehrkräfte und sonstige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schule.

Präventive und gesundheitsförderliche Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen in Schulgesetzen

Eine weitere Verankerung von Prävention bzw. Gesundheitsförderung im Rahmen von Schulverpflegung, Sucht- und Gewaltprävention, Rauch- und Alkoholverboten ist in den **Schulgesetzen** nur vereinzelt gegeben.⁴⁸ Dagegen sind Regelungen zu sonderpädagogischer Förderung und schulpsychologischer Beratung/ Betreuung von Schulen, Eltern oder Schülern durchgehend in den Schulgesetzen verankert. Die schulpsychologischen Beratungsstellen sind hauptsächlich bei den Schulaufsichtsbehörden verortet und können bei Bedarf unterstützend zugezogen werden.

Ausführende **Erlasse** mit präventiven Bezügen, bspw. zur Sucht-, AIDS- und Gewaltprävention finden sich in den meisten Bundesländern; eine zusammenfassende Darstellung ist in Tabelle 20 eingefügt. Für die Bundesländer Brandenburg und Nordrhein-Westfalen ließen sich keine entsprechenden spezifischen Erlasse finden.

48 Diese Themen finden sich natürlich auch in Lehrplänen und Curricula (hier nicht betrachtet)

Tabelle 20: nachgeordnete rechtliche Regelungen mit präventiven Inhalten

Erlasse	BW	BY	BE	HB	HH	HE	MV	NI	RP	SL	S	SA	SH	TH
Ernährung			x	x	x			x	x					x
Alkohol-Prävention								x				x	x	
Sucht-Prävention	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	
Rauch-Verbot			x					x					x	
Gewaltprävention	x						x	x						
AIDS-Prävention		x								x				
Schulpsychologie								x		x				
Sexualerziehung		x							x	x		x		
Unfallverhütung/ Erste Hilfe			x					x	x	x		x		

Auf die Verankerung von präventiven Inhalten zu Schulverpflegung, Sucht- und Gewaltprävention sowie Rauch- und Alkoholverboten in rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen wird im Folgenden näher eingegangen.

Schulverpflegung in Schulgesetzen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

Vorgaben zur **Schulverpflegung** (die im Verantwortungsbereich des jeweiligen Schulträgers liegt) sind in fünf Bundesländern (Brandenburg, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen) in die Schulgesetze implementiert. Einzig im Schulgesetz von Thüringen ist ein Bezug zur gesunden Ernährung hergestellt (ThürSchG § 38, s.u.). Im Hinblick auf qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung ist die Forderung nach Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung des in der Schule angebotenen Mittagessens im Schulgesetz von Berlin außergewöhnlich.

Brandenburg

BbgSchulG § 113 Schulspeisung Die Schulträger haben im Benehmen mit den Schulen dafür zu sorgen, das... an den Schultagen, außer an Sonnabenden, an einer warmen Mittagsmahlzeit zu angemessenen Preisen teilnehmen können.

Berlin

*SchulG § 19 Ganztagschulen, ergänzende Förderung und Betreuung ... (2)
...An Ganztagschulen soll ein Mittagessen angeboten werden.*

SchulG § 78 Verfahrensgrundsätze, Ausschüsse ... (2) Die Schulkonferenz kann zur Beratung und Entscheidung ... Ausschüsse bilden. Wird an einer Schule ein Mittagessen angeboten oder ist ein solches Angebot geplant, so bildet die Schulkonferenz der Schule einen Mittagessensausschuss. Der Ausschuss dient insbesondere 1. der Unterstützung der Schulkonferenz bei der Stellungnahme zu der Auswahl des Essensanbieters, 2. der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle des Mittagessens, (geändert durch Gesetz über die Qualitätsverbesserung des Schulmittagessens 2013); (Unterstreichung durch Verfasser)

Mecklenburg-Vorpommern

SchulGM-V § 39 Ganztagsangebote und Ganztagschulen ... (5) Den Schülerinnen und Schülern soll ein Mittagessen und Schulmilch angeboten werden. Die Schulträger entscheiden in eigener Verantwortung, in welcher Höhe sie die Erziehungsberechtigten an den Kosten der Ganztagsbetreuung und Schulspeisung beteiligen

Sachsen-Anhalt

SchulG LSA § 72a Schulspeisung - Die Schulträger sollen im Benehmen mit dem Schülerrat und dem Schulelternrat schultäglich eine warme Vollwertmahlzeit für alle Schülerinnen und Schüler vorsehen

Thüringen

ThürSchulG § 38 Schulkonferenz (5) Schulkonferenz entscheidet über ... 6. die Pausenverpflegung unter Berücksichtigung der Grundsätze einer gesunden Ernährung (Unterstreichung durch Verfasser)

Beachtenswert sind in diesem Zusammenhang die *Verwaltungsvorschrift Schulbetrieb (2010)* aus Brandenburg und der niedersächsische *Erlass über die Arbeit in der öffentlichen Ganztagschule (2014)*, die explizite Forderungen nach gesundheitsfördernder Ernährung enthalten:

Brandenburg

VVSchulB Abschnitt IV, Gesundheitsfürsorge § 24 (2) Die Schulkonferenz achtet bei ihrer Entscheidung über die Grundsätze für ein Warenangebot zum Verkauf gemäß § 91 Absatz 1 Nr. 7 des Brandenburgischen Schulgesetzes darauf, dass die angebotenen Speisen und Getränke zu einer gesundheitsfördernden Ernährung beitragen. (VVSchulB 2010)

Niedersachsen

Die Arbeit in der Ganztagschule ... 2.10 In der Ganztagschule wird ein warmes Mittagessen angeboten. In Ergänzung zu den Aufgaben der Eltern hat die Schule auch die Aufgabe, eine gesundheitsbewusste Ernährung zu fördern. Das Angebot von Getränken und Esswaren in der Schule soll deshalb abwechslungsreich und für eine gesunde Ernährung geeignet sein. (Rd.Erlass des MK vom 1.8.2014, 2.10)

Zur Qualitätssicherung der **Schulverpflegung** stehen verschiedene Leitlinien und Empfehlungen zur Verfügung. Von besonderer Bedeutung sind dabei die *DGE Qualitätsstandards für die Schulverpflegung (2013)*, die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Land-

wirtschaft und Verbraucherschutz erstellt wurden. Ihr Ziel ist es, die Qualitätssicherung und -verbesserung der Schulverpflegung⁴⁹ zu fördern:

„Die Kindheit hat entscheidenden Einfluss auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten und damit auch auf das Körpergewicht und den Gesundheitszustand im späteren Leben. Die Schulverpflegung kann und muss einen Beitrag zur Förderung der geistigen und körperlichen Entwicklung der Kinder leisten“ (DGE-Qualitätsstandards 2013, S. 6).

Mit der Handreichung wird den Verantwortlichen, also vor allem Schulträgern und Caterern, eine Hilfestellung/ Anleitung geboten, um qualitätsgesichert eine ausgewogene, vollwertige Verpflegung in den Schulen anbieten zu können. Die Empfehlung bietet eine praxisnahe Anleitung zur Auswahl der Verpflegung, zur Speiseplanung und zur Speiseherstellung. Außerdem werden Hinweise für die optimale Gestaltung der Rahmenbedingungen in den Schulen gegeben. Ausführlich widmet sich die Handreichung den hygienischen Aspekten der Schulverpflegung. Mit der angebotenen Zertifizierung „Schule + Essen = Note1“ wird den Schulen die Möglichkeit geboten, Grundlagen und Prozesse der Schulverpflegung zu evaluieren und zu verbessern.

Als ein weiterer Baustein des Nationalen Aktionsplanes wurden in allen Bundesländern *Vernetzungsstellen zur Schulverpflegung* eingerichtet. Ihre Hauptaufgabe ist es, die Schulen bei der Umsetzung der DGE-Qualitätsstandards zu unterstützen (Flyer Vernetzungsstellen Schulverpflegung in den Bundesländern 2012). Die Ansprüche an gesunde Schulverpflegung werden in einer Handlungsempfehlung formuliert:

Die Kita- und Schulverpflegung muss geeignet sein, die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu fördern. Sie muss nachhaltig produziert werden, Kinder und Jugendliche ansprechen und den rechtlichen Vorgaben entsprechen (Handlungsempfehlungen der Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung in den Bundesländern 2014, S. 3).

Die Handlungsempfehlung weist nachdrücklich auf die Verantwortung des Bundes hin. In Wahrnehmung dieser Verantwortung wird der Bund aufgefordert, Länder und Kommunen durch Investitionen darin zu unterstützen, gesundheitsfördernde Schulverpflegung anbieten zu können:

Auch in Zukunft muss der Bund seine Verantwortung wahrnehmen und Bundesländer und Kommunen durch Programme, Institutionen und Investitionen zur Förderung gesundheitsförderlicher Verpflegungsangebote in Kitas und Schulen unterstützen (Handlungsempfehlungen der Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung in den Bundesländern 2014, S. 4).

Weitreichend sind die Forderungen an die Bundesländer, sowohl die DGE-Qualitätsstandards zur Schulverpflegung als auch ein Leitbild der gesundheitsfördernden Schulverpflegung in die Bildungsgesetze zu implementieren:

⁴⁹ Die DGE-Qualitätsstandards sind Teil des Nationalen Aktionsplanes „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“

Die DGE-Qualitätsstandards für die Schulverpflegung und für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder müssen in gesetzlichen Regelungen und/oder Verträgen mit den Trägern verankert werden.

Das Leitbild einer nachhaltigen und somit gesundheitsfördernden Kita- und Schulverpflegung muss in den Bildungsgesetzen und Bildungsprogrammen aller Bundesländer verankert werden (ebd.).

Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang auch die *Richtlinie Verbraucherbildung (2010)* aus Rheinland-Pfalz, die die Bedeutung des Wissens um gesunde Ernährung für Schülerinnen und Schüler betont und ausführliche Vorschläge zur Implementierung in den Unterricht macht:

Ernährung gesundheitsförderlich gestalten: Die Schülerinnen und Schüler sind bereit und in der Lage, sich mit dem Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit auseinanderzusetzen und Verantwortung für sich und andere zu übernehmen (Richtlinie Verbraucherbildung 2010, S. 29).

Sucht, Drogen und Gewaltprävention in Schulgesetzen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

Verbindliche Vorgaben mit präventiven Inhalten zur Sucht-, Drogen oder Gewaltprävention finden sich nur vereinzelt in den Schulgesetzen (B, HB, SA, TH).

Im Schulgesetz von Berlin wird **Suchtprävention** unter den übergeordneten Erziehungsaufgaben aufgeführt. Als präventiven Inhalt beschreibt das Schulgesetz von Schleswig-Holstein den Auftrag der Schulen, die Schüler zu einem Leben ohne Suchtmittel zu befähigen:

SchulG § 4 Pädagogische Ziele [...] (10) Die Schule trägt vorbildhaft dazu bei, Schülerinnen und Schüler zu einer Lebensführung ohne Abhängigkeit von Suchtmitteln zu befähigen (Unterstreichung durch Verfasser).

Sucht- oder Drogenberatung als präventive Aufgabe der Schule ist in den Schulgesetzen von Bremen (BremSchVwG § 14), Sachsen-Anhalt (SchulG SA § 38) und Thüringen (ThürSchulG § 53) festgeschrieben. Im Vergleich zu anderen Bundesländern wird der Prävention im Schulgesetz von Thüringen besonderes Gewicht verliehen. Neben der Verpflichtung zur Beratung sind die Schulen in Thüringen gehalten ein Gesundheitskonzept zu entwickeln, das eine Schwerpunktsetzung in der Prävention von Drogen-, Alkohol- und Tabakkonsum verlangt.

Rauch- und Alkoholverbote in Schulgesetzen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

Nicht in allen Schulgesetzen sind **Rauch- und Alkoholverbote** verankert. Als übergeordnetes Gesetz wurde 2007 das *Gesetz zum Schutz vor den Gefahren*

des *Passivrauchens* (*Nichtraucherschutzgesetz, 2007*) verabschiedet⁵⁰. In dessen Folge verabschiedeten alle Bundesländer zeitnah eigene, ausführende Gesetze, deren Regelungen die Schulen in aller Regel einschließen. Während sich in den meisten Bundesländern die Regelungen auf die Schulgebäude beziehen, ist in den Nichtraucherschutzgesetzen von Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt zusätzlich das Schulgelände als Nichtraucherbereich mit einbezogen.

Nordrhein-Westfalen

§ 3 Rauchverbot SchG NRW 2007 (1) Das Rauchen ist nach Maßgabe dieses Gesetzes in den Einrichtungen nach § 2 Nummern 1 bis 8 verboten. Für Erziehungs- und Bildungseinrichtungen im Sinne von § 2 Nr. 3 Buchstaben a) und b) gilt das Rauchverbot, abweichend von § 1 Abs. 1 Satz 1, auf dem gesamten Grundstück. Für Schulen im Sinne von § 2 Nr. 3 Buchstabe a) gilt das Rauchverbot überdies für schulische Veranstaltungen außerhalb des Schulgrundstücks ...

Rheinland-Pfalz

§ 5 Rauchfreie Schulen N RauchSchG RP (1) Alle Gebäude oder Gebäudeteile, in denen 1. Schulen im Sinne des § 6 des Schulgesetzes einschließlich der in § 6 Abs. 2 des Schulgesetzes genannten Schulen, 2. Ersatz- oder Ergänzungsschulen in freier Trägerschaft im Sinne des § 1 des Privatschulgesetzes einschließlich der in § 1 Abs. 2 des Privatschulgesetzes genannten Schulen oder [...] untergebracht sind, sowie das zu den Schulen oder Schülerheimen gehörende Schulgelände und schulische Veranstaltungen sind rauchfrei. Satz 1 gilt für in den betreffenden Gebäuden oder Gebäudeteilen als Wohnung oder Wohnraum genutzte Räumlichkeiten nur, wenn dort Schülerinnen oder Schüler wohnen.

Sachsen-Anhalt

§ 3 Allgemeines Rauchverbot N RauchSchG 2007 (1) Zur Wahrung des Nichtraucherschutzes ist in Gebäuden im Sinne dieses Gesetzes das Rauchen grundsätzlich verboten. Bei allgemeinbildenden Schulen nach § 2 Nr. 3 und bei Tageseinrichtungen nach § 4 Abs. 2 des Kinderförderungsgesetzes und Räumen, die der Tagespflege nach § 4 Abs. 3 des Kinderförderungsgesetzes dienen, gilt dies auch für Grundstücke, auf denen sie errichtet sind.

In die Schulgesetze der Länder Berlin (SchulG § 52 (4)), Nordrhein-Westfalen (NRW-SchulG § 54 (6)) und Thüringen (ThürSchulG § 47 (2)) sind **Rauchverbote** direkt implementiert.

Berlin

SchulG § 52 Schulgesundheitspflege, Untersuchungen [...] (4) Im Schulgebäude und auf dem Schulgelände darf nicht geraucht werden.

50 als Folge der Unterzeichnung des Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (*WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO FCTC 2003*) und in der Erkenntnis der durch Studien belegten gesundheitsschädigenden Wirkung des Passivrauchens

Nordrhein-Westfalen

NRW-SchulG § 54 Schulgesundheit (6) Das Rauchverbot an Schulen bestimmt sich nach den Vorschriften des Nichtraucherschutzgesetzes.

Thüringen

ThürSchulG § 47 Gesundheits- und Sexualerziehung [...] (2) Das Rauchen ist im Schulgebäude und auf dem Schulgelände untersagt.

Durch die Verortung von Rauchverboten an prominenter Stelle in den Bildungsaufträgen der Schulgesetze in Brandenburg (BbgSchulG § 4 (3)), Hessen (HSchuG § 3 (9)) und Schleswig-Holstein (Schleswig-Holstein (SchulG § 4 (10)) wird ihre Relevanz unterstrichen:

Brandenburg

BbgSchulG § 4 Ziele und Grundsätze der Erziehung und Bildung (3) [...] In der Schule und auf dem Schulgelände sowie bei schulischen Veranstaltungen außerhalb der Schule ist das Rauchen während des Schulbetriebs verboten.

Hessen

HSchG § 3 Grundsätze für die Verwirklichung [...] (9) Die Schule ist zur Wohlfahrt der Schülerinnen und Schüler und zum Schutz ihrer seelischen und körperlichen Unversehrtheit, geistigen Freiheit und Entfaltungsmöglichkeit verpflichtet. [...] Rauchen ist im Schulgebäude und auf dem Schulgelände nicht gestattet.

Schleswig-Holstein

SchulG § 4 Pädagogische Ziele [...] (10) Die Schule trägt vorbildhaft dazu bei, Schülerinnen und Schüler zu einer Lebensführung ohne Abhängigkeit von Suchtmitteln zu befähigen. Für alle Schulen gilt daher ein Rauch- und Alkoholverbot im Schulgebäude, auf dem Schulgelände.

In Niedersachsen untersagt der Erlass *Rauchen und Konsum alkoholischer Getränke in der Schule* den Gebrauch dieser Substanzen in der Schule, auf dem Schulgelände und bei schulischen Veranstaltungen.

Alkoholverbote sind explizit nur in den Schulgesetzen von Hamburg (HbgSG § 31), Nordrhein-Westfalen (NRW-SchulG § 54(5)), Schleswig-Holstein (SchulG § 4 (10)) und Thüringen (ThürSchulG § 51 (6)) verankert.

Hamburg

HbgSG § 31 Beaufsichtigung, Weisungen, Hausordnung, Videoüberwachung [...] (3) Das Mitführen von Waffen, unerlaubten Betäubungsmitteln [...] und das Mitführen von alkoholischen Getränken ist an Schulen und auf schulischen Veranstaltungen grundsätzlich untersagt. [...] Ausnahmen vom Verbot alkoholischer Getränke im Einzelfall bedürfen der Genehmigung der Schulleitung.

Nordrhein-Westfalen

NRW-SchulG § 54 Schulgesundheit [...] (5) Der Verkauf, der Ausschank und der Genuss alkoholischer Getränke im Zusammenhang mit schulischen Veranstaltungen sind auf dem Schulgrundstück sowie außerhalb des Schulgrundstücks untersagt. Über Ausnahmen von Satz 1 entscheidet die Schul-

konferenz, die bei ihrer Entscheidung insbesondere die Vorbildwirkung zu berücksichtigen hat. Für branntweinhaltige Getränke und sonstige Rauschmittel ist keine Ausnahme möglich.

Schleswig-Holstein

SchulG § 4 Pädagogische Ziele [...] (10) Die Schule trägt vorbildhaft dazu bei, Schülerinnen und Schüler zu einer Lebensführung ohne Abhängigkeit von Suchtmitteln zu befähigen. Für alle Schulen gilt daher ein Rauch- und Alkoholverbot im Schulgebäude, auf dem Schulgelände und bei schulischen Veranstaltungen außerhalb der Schule.

Thüringen

ThürSchulG § 51 Pädagogische Maßnahmen und Ordnungsmaßnahmen [...] (6) Der Besitz, Handel und Genuss von Rauschmitteln und alkoholischen Getränken ist den Schülern innerhalb der Schulanlage untersagt.

Als übergeordnete Empfehlungen für alle Bundesländer sind die Beschlüsse der **Konferenz der Kultusminister** anzusehen. Für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sind vor allem die Beschlüsse „*Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen*“ (2011) und die „*Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule*“ (2012) relevant. Vor allem die KMK-Empfehlung aus 2012, wiewohl nur eine Empfehlung⁵¹, verdeutlicht und betont bundesweit die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für die Schulentwicklung:

Gesundheitsförderung und Prävention sind integrale Bestandteile von Schulentwicklung. Sie stellen keine Zusatzaufgaben der Schulen dar, sondern gehören zum Kern eines jeden Schulentwicklungsprozesses (KMK-Empfehlung 2012, 1.2).

Neben der Verhaltensprävention soll die Verhältnisprävention gleichberechtigt beachtet werden, unter Beachtung partizipatorischer Prinzipien. Im Fokus steht dabei die Förderung der Lebenskompetenzen der Schülerinnen und Schüler und die Stärkung der Gesundheitsressourcen aller an Schule Beteiligten (KMK-Empfehlung 2012, 1.2). Des Weiteren werden den Schulen Möglichkeiten zur Umsetzung aufgezeigt und Anregungen zur Vernetzung der Schulen mit ihrem Umfeld gegeben.

51 Zur Rechtsstellung der KMK-Konferenz: unter diesen verfassungsrechtlichen Gegebenheiten haben die Kultusminister der Länder ihre 1948 vereinbarte Ständige Konferenz auch nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland nicht nur als eine gemeinsame Interessenvertretung, sondern zuvörderst als Instrument der Selbstkoordinierung der Länder verstanden und fortgeführt. Das bedeutet über die gegenseitige Information hinaus die Aufgabe, bei allen Maßnahmen, deren Wirkung über die Landesgrenzen hinausgeht, sich mit den anderen Ländern nach Möglichkeit abzustimmen, nicht mit der Absicht von Gleichförmigkeit, sondern mit dem Ziel, ein Mindestmaß an Gemeinsamkeit und Vergleichbarkeit des Bildungswesens im Bundesgebiet zu schaffen bzw. zu wahren. Andererseits konnte die Kultusministerkonferenz aus verfassungsrechtlichen Gründen nie ein Ersatz-Bundeskultusministerium abgeben und wollte dies auch zu keiner Zeit. Ihre Beschlüsse sind keine Beschlüsse eines Verfassungsorgans mit der daraus folgenden Rechtswirkung; nur wenige Beschlüsse wurden in die Form gegenseitig rechtlich verpflichtender Staatsabkommen gebracht. Gleichwohl entfalteten die Beschlüsse und Vereinbarungen als politische Verpflichtung und als Richtschnur des Handelns der einzelnen Länder ihre Wirksamkeit. (<http://www.kmk.org/wir-ueber-uns/gruendung-und-zusammensetzung/rechtsgrundlagen.html>)

3.4.1.2 Bundesländer

Baden-Württemberg

Im Bildungsauftrag des Schulgesetzes von Baden- Württemberg sind Prävention und Gesundheitsförderung im engeren Sinne nicht verankert. Die Schüler sollen im Sinne sozialer Verantwortung zu „sozialer Bewährung“ und „Eigenverantwortung“ erzogen werden (SchulG § 1 (2)).

Eigenständige Paragrafen mit Bezug zu Gesundheit sind § 91 SchulG zur Schulgesundheitspflege und § 100b SchulG zur Familien- und Geschlechtserziehung. Verpflichtende Schuleingangsuntersuchungen sind im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG § 8) verankert.

In den untersuchten Bildungsplänen der Fächer Sachkunde, Biologie und Sport sind Themen der Prävention und Gesundheitsförderung verankert. So gehören bspw. Gesundheitserziehung und Suchtprävention sowie Konfliktbewältigung und Gewaltprävention zu den zentralen Themen und Aufgabe im Bildungsplan der Grundschulen (Bildungsplan 2004 Grundschule, S. 18).

Im *Orientierungsrahmen zur Schulqualität* sind zum Themenfeld Prävention und Gesundheitsförderung Inhalte zum Gesundheitsschutz für Lehrkräfte und ein gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld implementiert. Weitere auf Gesundheitsförderung bei Schülern bezogene Inhalte fehlen.

Baden-Württemberg gehört zu den sechs Bundesländern, die am Schulobstprogramm der EU für 6 bis 10 jährige Kinder teilnehmen.

Das Präventionskonzept des Landes Baden Württemberg „stark, stärker, wir“ gliedert sich in die Teilbereiche Gewaltprävention, Gesundheitsförderung und Suchtprävention. Eine ausführliche Handreichung gibt interessierten Schulen eine umfangreiche Hilfestellung zur Erstellung eines entsprechenden Konzeptes, mit dem Ziel Präventionsarbeit in schulische Qualitätsentwicklung zu integrieren. Interessant der Hinweis auf Netzwerkarbeit als (erfolgversprechender) Teil schulischer Qualitätsentwicklung:

Schulische Prävention ist, um wirksam sein zu können, in Anlehnung an Dan Olweus immer gleichzeitig auf drei sozialen Ebenen verankert, der Schulebene, der Klassenebene und der individuellen Ebene. Dabei zielt sie sowohl auf das gesundheitsförderliche Verhalten jedes Einzelnen (Verhaltensprävention) als auch auf die Schaffung von in diesem Sinne förderlichen Strukturen (Verhältnisprävention) ab. Sie bezieht außerschulische Netzwerkpartner mit ein und ist Bestandteil der schulischen Qualitätsentwicklung (stark. stärker. Wir 2013, S. 9).

Zur Begleitung der Schulen gibt es in Baden-Württemberg ca. 150 Präventionsbeauftragte, die bei den oberen Schulaufsichtsbehörden verortet sind. Als Rechtsgrundlagen mit präventiven Inhalten sind drei Verwaltungsvorschriften zu nennen:

die *VwV Suchtprävention in der Schule (2000)*, die *VwV Gewaltvorfälle von 2012*⁵² zum Thema Gewaltprävention, sowie die *VwV Prävention und Gesundheitsförderung (2014)*, in der unter Einbeziehung von Aspekten der partizipativen Qualitätsentwicklung der Zusammenhang zwischen Qualitätssicherung und Prävention/ Gesundheitsförderung verdeutlicht wird:

Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule sind als kontinuierlicher und langfristiger Prozess anzulegen. Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen finden im Rahmen der Qualitätsentwicklung statt und werden somit zielgerichtet, systematisch und nachhaltig im Schulleben verankert. Sie sind, um wirksam sein zu können, immer gleichzeitig auf drei sozialen Ebenen verankert: der Schulebene, der Klassenebene und der individuellen Ebene. Alle am Schulleben beteiligten Personengruppen (Schülerschaft, Lehrkräfte, Eltern, Jugendsozialarbeit an Schulen) werden bei der Umsetzung des Präventionskonzepts einbezogen (VwV Prävention und Gesundheitsförderung 2014, 1.2).

Bayern

Inhalte zu Prävention und Gesundheitsförderung sind im Schulgesetz des Freistaates Bayern über die Familien- und Sexualerziehung (BayEUG Art. 48) verankert. Die Schuleingangsuntersuchungen sind, basierend auf Artikel 14 des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes, im Art. 80 geregelt; gemäß Art. 92 BayEUG sind die Ersatzschulen in die Regelungen zur Schulgesundheitspflege verpflichtend eingebunden.

Gesundheitserziehung wird einer gemeinsamen Bekanntmachung der Bayerischen Staatsministerien für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst und für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit zur *Schulgesundheitspflege (1996)* als gemeinsame Aufgabe der Schule (in fächerübergreifendem Unterricht) und des Schularztes definiert.

Gesundheitsförderung ist in Bayern als fächerübergreifendem Erziehungsziel definiert und somit seine Bedeutung als übergeordnetes Thema betont. In den betrachteten Bildungsplänen der Fächer Sachkunde, Biologie und Sport ist Gesundheitsförderung durchgehend implementiert. Präventive Inhalte bieten die Richtlinien zur AIDS-Prävention (1989), zur Suchtprävention (1991) und zur Familien- und Sexualerziehung (2002). Der bayrische *Qualitätsrahmen für offene Ganztagschulen (2013)* fordert für die Schulen Gesundheitserziehung als übergeordnetes Erziehungsziel, sowie eine ausgewogene Ernährung unter Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte. Bayern nimmt am EU-Schulobstprogramm teil.

Berlin

Als gesundheitsfördernder Bezug ist im Bildungsauftrag des Landes Berlin verankert, dass Schüler zu gesunder Lebensführung befähigt werden sollen:

52 Bezug: Winnenden 2009

ihre körperliche, soziale und geistige Entwicklung durch kontinuierliches Sporttreiben und eine gesunde Lebensführung positiv zu gestalten sowie Fairness, Toleranz, Teamgeist und Leistungsbereitschaft zu entwickeln (SchulG § 3).

Im Paragrafen zur Schulgesundheitspflege, der auch für die freien Schulen Gültigkeit hat, ist Gesundheitsförderung explizit als Aufgabe definiert (SchulG § 52). Erwähnenswert ist die Betonung der Zuständigkeit für Fragen der gesunden Ernährung, die sich auch im *Gesetz über die Qualitätsverbesserung des Schulmittagessens* (2013) widerspiegelt, das sich dem Thema ausführlich widmet und unter anderem die Installation eines Mittagessens-Ausschusses zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle des Mittagessens fordert. Von der Vernetzungsstelle Schulverpflegung, die in diesem Jahr für ihre Arbeit mit dem Dr. Rainer Wild-Preis geehrt wird für ihr Bemühen Qualitätsstandards für eine gesunde Ernährung in schulischen Einrichtungen zu entwickeln, gibt es zahlreiche Unterstützungsangebote.

Zu den Themen Suchtprophylaxe und Rauchverbot gibt es ministerielle Rundschreiben. Auch in Berlin ist Gesundheit als übergreifendes Thema in den betrachteten Bildungsplänen verortet/ gewichtet.

Im *Handlungsrahmen Schulqualität in Berlin* (2013) wird Gesundheitsförderung als Schwerpunkt des Bildungsauftrages und damit als besonderer gesellschaftlicher Auftrag definiert (Handlungsrahmen Schulqualität 2013, Kap.2 ff.). Erwähnenswert ist das Landesprogramm Gute Gesunde Schule Berlin, das in einer ausführlichen Handreichung sein Ziel beschreibt, eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Unterricht und Schulleben fördern zu wollen:

Der Gesundheitsaspekt soll kein zusätzliches Handlungsfeld für Schule sein, sondern die Schulen entwickeln Unterricht und Schulleben mit einem besonderen Augenmerk auf deren gesundheitsförderliche Gestaltung (Curriculum für die gute gesunde Schule 2013, S. 6).

Brandenburg

Gesundheitsförderung ist im Bildungsauftrag des Landes Brandenburg über die Übernahme von Verantwortung der Schüler für ihre Gesundheit implementiert:

(5) Bei der Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Werthaltungen fördert die Schule insbesondere die Fähigkeit und Bereitschaft der Schülerinnen und Schüler, ... 13. ihre Verantwortung für die eigene Gesundheit, für den Erhalt der Umwelt und die Sicherung der natürlichen Lebensgrundlagen zu begreifen und wahrzunehmen (BbgSchulG § 4(5)).

Basierend auf dem *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (BbgGDG 2008)* werden die verbindlichen schulärztlichen und -zahnärztlichen Untersuchungen (bspw. Schuleingangsuntersuchungen) in § 45 Schulgesundheitspflege beschrieben. In den betrachteten Bildungsplänen ist Gesundheit als übergeordnetes/ fächerübergreifendes Thema implementiert.

Im Unterschied zu anderen Bundesländern fanden sich für Brandenburg keine Er-lasse mit präventiven Inhalten. Als präventive Aspekte werden im *Orientierungs-rahmen Schulqualität (2008)* gesundheitsförderliche Arbeits- und Umfeldbedin-gungen gefordert. Die *VV Schulbetrieb (2010)* versteht Gesundheitsförderung als gemeinsame Aufgabe von Eltern und Schule:

Die Schule sorgt in Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen für die zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung notwendigen materiellen, hygie-nischen und pädagogischen Voraussetzungen. Sie trägt gemeinsam mit den Eltern zu einer gesundheitsfördernden Lebensweise der Schülerinnen und Schüler bei und unterstützt deren gesundheitliche Betreuung durch die Ge-sundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte (VVSchulB 2010, Ab-schnitt IV, 23).

Zusätzlich sind Rauch- und Alkoholverbote im Abschnitt IV „Gesundheitsförde-rung“ implementiert. Auffallend ist, dass der Schulkonferenz die Verantwortung für ein gesundes Essensangebot zugewiesen wird:

(2) Die Schulkonferenz achtet bei ihrer Entscheidung über die Grundsätze für ein Warenangebot zum Verkauf gemäß § 91 Absatz 1 Nr. 7 des Brandenbur-gischen Schulgesetzes darauf, dass die angebotenen Speisen und Getränke zu einer gesundheitsfördernden Ernährung beitragen. (VVSchulB 2010, Ab-schnitt IV, 24 (2)).

Das Schulgesetz verpflichtet die Schulen zur Ausgabe einer warmen Mittagsmahl-zeit für Schülerinnen und Schüler bis Klasse 10 (BbgSchulG § 113).

Bremen

In den Bildungs- und Erziehungszielen des Schulgesetzes ist folgende Forderung verankert, mit Geltung auch für die Privatschulen des Landes:

(2) Die Schule soll insbesondere erziehen:... 4. zum Bewusstsein, für Natur und Umwelt verantwortlich zu sein, und zu eigenverantwortlichem Gesund-heitshandeln (BremSchulG § 5).

Sexualerziehung (BremSchulG § 11) und Schuleingangsuntersuchungen (Brem-SchulG § 36 (4)) sind im Schulgesetz verankert, während die Schulgesundheits-pflege, mit dem Ziel die „gesundheitliche Entwicklung der Schülerinnen und Schü-ler durch Vorsorge zu fördern“ im Bremischen Schulverwaltungsgesetz festge-schrieben ist (BremSchVwG § 17 (1)), basierend auf § 14 Kinder- und Jugendge-sundheitspflege des *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen*. Entsprechend der eigenen Definition von Prävention und Gesundheits-förderung als Querschnittsaufgabe (lt. eigener Aussage in Länderumfrage), ist Prävention und Gesundheitsförderung in den betrachteten Bildungsplänen als übergeordnetes/ fächerübergreifendes Thema implementiert.

Im *Bremer Orientierungsrahmen Schulqualität (2007)* wird Wert auf die gesund-heitsförderliche Ausgestaltung der Räume (Orientierungsrahmen 2007, 20) und

Gesundheitsförderung im Personalmanagement (Orientierungsrahmen 2007, 36) gelegt.

Präventive Aspekte finden ihren Niederschlag in der *Richtlinie zur Suchtprävention* (2014), in dem für jede Schule ein Suchtpräventionskonzept gefordert wird, und in der *Richtlinie über Mittagsmahlzeiten* in Schulen (1997, nicht auffindbar).

Das Bundesland Bremen nimmt am EU Schulobst- und Schulmilchprogramm teil.

Hamburg

Gesundheitsförderung ist im Bildungsauftrag der Hansestadt Hamburg verankert, indem die Schülerinnen und Schüler zur Wahrung des eigenen Wohlbefindens befähigt werden sollen:

das eigene körperliche und seelische Wohlbefinden ebenso wie das der Mitmenschen wahren zu können und - Mitverantwortung für die Erhaltung und den Schutz der natürlichen Umwelt zu übernehmen (HmbSG § 2 (1)).

Beachtenswert ist, dass im Hamburgischen Schulgesetz Gesundheitsförderung als besondere Bildungs- und Erziehungsaufgabe definiert wird (HmbSG § 5 (2)), mit der Möglichkeit das Thema fächer- oder jahrgangsübergreifend zu unterrichten. Dementsprechend ist Gesundheitsförderung auch als übergreifendes Aufgabengebiet in den Bildungsplänen verankert.

§ 7 Kinder und Jugendliche im *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg* (HmbGDG 2001) sieht eine Beratung von Schulen und Eltern in gesundheitlichen Fragen vor. Die schulärztlichen Untersuchungen (HmbSG § 34) sind auch für die Schulen in freier Trägerschaft verbindlich. Sexualerziehung ist explizit im Schulgesetz verankert (HmbSG §§ 5,6).

Das Schulgesetz sieht eine Alkohol- und Drogenverbot vor (HmbSchG § 31 (3)). Inhalte zum Thema Suchtprävention sind im Orientierungsrahmen Schulqualität sowie der Senatsdrucksache *Grundlagen und Ziele der Suchtprävention für junge Menschen in Hamburg* (2014) verankert.

Unter Berücksichtigung des Lebensweltansatzes gibt es seit 2010 im Hamburg den „Pakt für Prävention – gesund aufwachsen in Hamburg“. Die Ausgestaltung von Hamburger Gesundheitszielen wurde in vier Foren bearbeitet, u.a. im „Forum Gesunde Schule“. Als Grobziel wurde definiert:

Die Schule selbst ist ein Ort gesundheitsförderlicher Gestaltung. Sie bezieht dabei alle in der Schule Tätigen ein. Gesundheitsmanagement wird in der Schule umgesetzt und unterstützt den Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule (Gesund aufwachsen in Hamburg 2011).

Im Rahmen dieses Programmes gibt es für interessierte Schulen eine Ausschreibung „Gesunde Schule in Hamburg“.

Hessen

Im hessischen Schulgesetz ist Gesundheits- und Sexualerziehung in § 6 als besondere Bildungs- und Erziehungsaufgabe definiert, die fächerübergreifend unterrichtet werden soll (HSchG § 6). Schulgesundheitspflege ist einerseits im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD § 10) und darauf fußend im Schulgesetz (HSchG § 149) verankert.

Der Bereich Prävention wird, basierend auf § 2 HSchG, im Erlass zur Suchtprävention (1997) und Erlass zu Arbeitsschutz, Sicherheit und Gesundheitsschutz an Schulen (2002) behandelt.

In der Erkenntnis, dass Gesundheitsförderung ein wichtiger Aspekt eines guten Schulklimas ist (HRSQ, S.21) werden in dem umfangreichen Referenzrahmen an vielen Stellen gesundheitsförderliche Aspekte angesprochen, bspw. für Umfeldbedingungen und Lehrgesundheit. Unter der *Qualitätsdimension V1 „Pädagogische Grundhaltung“* (Qualitätsbereich V Schulkultur) wird die Erarbeitung eines Gesundheitskonzeptes empfohlen, mit dem Ziel, die physische und psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler zu fördern. Mit dem Grundlagenpapier *„Schule und Gesundheit“*, das in zweiter Auflage 2012 für den Zeitraum bis 2016 zur weiteren Ausgestaltung des gesundheitsbezogenen Schulentwicklungsprozesses fortgeschrieben worden ist, wird die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in Hessen betont:

Zentrales Ziel bleibt die Steigerung der Bildungsqualität durch eine Stärkung der schulischen Gesundheitsqualität. Erfahrungen zeigen, dass Schulen, die der Gesundheitsförderung eine zentrale Bedeutung im schulischen Alltag einräumen, ihre Qualität entscheidend verbessern können (Schule und Gesundheit 2012-2016, S. 6).

Mecklenburg-Vorpommern

Prävention und Gesundheitsförderung werden im Bildungsauftrag des Landes nicht explizit benannt. Unter einem weiter gefassten Verständnis im Sinne von Nachhaltigkeit ist folgender Passus zu sehen:

(3) Die Verbundenheit der Schülerinnen und Schüler mit ihrer natürlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Umwelt ... (SchulGM-V § 2 (3)).

Gesundheits- und Sexualerziehung werden als Aufgabengebiete mit Fächerübergreifend definiert. Basierend auf dem *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg-Vorpommern* (ÖGDG M-V 1994, §§ 15, 16) wird die Schulgesundheitspflege als Verpflichtung zu besonderen Untersuchungen definiert (SchulGM-V § 58).

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es keinen Schulqualitätsrahmen. Mit der Verwaltungsvorschrift *Gesundheitserziehung, Sucht und Gewaltprävention an den Schulen des Landes Mecklenburg-Vorpommern* (2007) wird den Schulen eine deutlich präventive Zielvorgabe auferlegt:

Das Ziel muss eine rauchfreie, drogenfreie und gewaltfreie Schule sein. Diese Zielsetzung ist in den Schulprogrammen und Hausordnungen zu verankern (VwV Gesundheitserziehung 2007, 1).

Außerdem werden Ziele und Aufgaben der Gesundheitserziehung und Sucht- und Gewaltprävention definiert. Die Verortung von Gesundheitsbeauftragten sowohl in den staatlichen Schulämtern als auch in jeder Schule wird postuliert und ihre Aufgabengebiete umrissen. Hierzu zählen bspw. die Koordination der Gesundheitserziehung sowie der Sucht- und Gewaltprävention an den Schulen oder die Beratung von Lehrerinnen und Lehrern sowie der Schulleitung.

In den betrachteten Bildungsplänen ist Prävention und Gesundheitsförderung als übergeordnetes Aufgabengebiet enthalten. Auch Schulfahrten dienen laut Schulfahrtenerlass der Förderung der Gesundheitserziehung. An dem Landesprogramm „Gesunde Schule“ nehmen zur Zeit rund 90 der 330 Schulen des Landes teil. Zudem gibt es ein (anspruchsvolles) Zertifizierungssystem „Audit Gesunde Schule“.

Niedersachsen

Gesundheitsförderung ist in den Bildungsauftrag des Landes Niedersachsen implementiert mit der Aufgabe, die Schüler zu einem gesundheitsbewussten Leben zu befähigen:

[...] Die Schülerinnen und Schüler sollen fähig werden, ... für die Erhaltung der Umwelt Verantwortung zu tragen und gesundheitsbewusst zu leben, (NSchG § 2 (1)).

Über das *Niedersächsische Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (NGÖGD)* und § 56 des Schulgesetzes sind die Schuleingangsuntersuchungen geregelt. Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitserziehung finden sich (ähnlich wie in anderen Bundesländern) als übergeordnete Themen in den betrachteten Bildungsplänen. Nach Aufhebung des sogenannten „Müslierrlasses“ von 1991 ist Schulverpflegung geregelt über einen Passus im *Erlass über die Arbeit in der öffentlichen Ganztagschule*, der die Schulen zur Förderung gesundheitsbewusster Ernährung verpflichtet:

In der Ganztagschule wird ein warmes Mittagessen angeboten. In Ergänzung zu den Aufgaben der Eltern hat die Schule auch die Aufgabe, eine gesundheitsbewusste Ernährung zu fördern. Das Angebot von Getränken und Esswaren in der Schule soll deshalb abwechslungsreich und für eine gesunde Ernährung geeignet sein (Rd. Erlass des MK vom 1.8.2014, 2.10).

Für den Bereich Prävention liegen in Niedersachsen Erlasse zur Gewaltprävention (Sicherheits- und Gewaltpräventionsmaßnahmen in Schulen in Zusammenarbeit mit Polizei und Staatsanwaltschaft - 2010), zu Brandschutz- und Evakuierungen (Erste Hilfe, Brandschutz und Evakuierung in Schulen - 2008) und für den Schulsport (Bestimmungen für den Schulsport - 2011). Beachtenswert ist der Erlass Rauchen und Konsum alkoholischer Getränke in der Schule (2005) in zweierlei Hinsicht. Zum einen wurde mit diesem Erlass schon 2005 ein allgemeines Rauch-

verbot ausgesprochen und damit alle nachfolgenden Diskussionen um E-Zigaretten u.ä. umschifft. Zum anderen wird im Sinne einer qualitätsgesicherten Prävention ein jährlich zu überprüfendes Präventionskonzept gefordert.

Im aktuell überarbeiteten *Orientierungsrahmen Schulqualität* (2014) ist die Gewichtung von Prävention und Gesundheitsförderung gegenüber der vorherigen Version verstärkt worden. Gesundheitsförderung wird als „Ziel und Grundprinzip“ allen schulischen Handelns beschrieben und die Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung als fächerübergreifende Aufgabe in das schulinterne Curriculum gefordert (Orientierungsrahmen, S. 14)⁵³.

Nordrhein-Westfalen

Gesundheitsförderung ist im Bildungsauftrag des nordrhein-westfälischen Schulgesetzes des Schulgesetzes mit folgender Formulierung verankert:

(6) Die Schülerinnen und Schüler sollen insbesondere lernen ...8.Freude an der Bewegung und am gemeinsamen Sport zu entwickeln, sich gesund zu ernähren und gesund zu leben (NRW-SchulG § 2 (6)).

Im Rahmen der Schulgesundheitspflege (NRW-SchulG § 54) sind ärztliche (wie bspw. die Schuleingangsuntersuchungen) und zahnärztliche Untersuchungen vorgesehen; ein Rauch- und Alkoholverbot ist implementiert. Als Bezug ist das *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW 1997 § 12 Kinder- und Jugendgesundheit)* anzusehen. Der *Referenzrahmen Schulqualität* (2014) verortet das Thema „Gesundheit und Bewegung“ vielfältig. Gefordert wird die Gestaltung der schulischen Arbeit und Prozesse im Sinne eines umfassenden Gesundheitsverständnisses:

Die Gestaltung der schulischen Arbeit und der Prozesse ist geprägt von einem umfassenden Gesundheitsverständnis (Referenzrahmen 2014, 67).

Beispielhaft werden die Durchführung von Präventionsmaßnahmen, die Rhythmisierung des Tagesablaufes, Kooperation mit externen Partnern zur Gesundheitsbildung und ein gesundes Essensangebot angeregt:

Das Ernährungsangebot in der Schule entspricht den Standards einer gesunden und ausgewogenen Ernährung (Referenzrahmen 2014, 67).

In den betrachteten Bildungsplänen der Fächer Sachkunde, Biologie und Sport sind gesundheitliche Inhalte implementiert, bspw. „gesunde Ernährung“.

Besondere Beachtung verdient das Landesprogramm *Bildung und Gesundheit*. Es ist laut Aussage des Ministeriums ein hochschwelliges Angebot für interessierte Schulen, die sich zur gesundheitsfördernden Schule weiterentwickeln wollen. An dem modular aufgebauten Zertifizierungsprogramm, das in Kooperation mit meh-

⁵³ Aus dem Ministerium wurde erläutert, dass Gesundheit überall mitzudenken sei: „Es muss immanent gedacht werden, und ist deswegen im Orientierungsrahmen, genauso wie im Kernaufgabenmodell, überall mit [...] gedacht, [...], ohne dass da [...] jedes Mal das Wort Gesundheit steht“ (B11, A18).

rerer Krankenkassen und der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen stattfindet, haben bisher ca. 300 der 6000 Schulen des Landes teilgenommen. Im Fokus des Programmes steht die integrierte Gesundheits- und Qualitätsentwicklung der Schulen, definiert als Aufgabe der Schulleitungen. Vernetzung und Kooperation innerhalb der Schulen, aber auch mit anderen Schulen und Partner wird ein hoher Stellenwert zugemessen.

Eine gute gesunde Schule ist demzufolge eine Schule, die Unterricht und Erziehung, Lehren und Lernen, Führung und Management sowie Schulkultur und Schulklima durch geeignete Maßnahmen gesundheitsförderlich gestaltet und so die Bildungsqualität insgesamt verbessert. Gleichzeitig verwirklicht sie die spezifischen Gesundheitsbildungsziele, die zu ihrem Bildungs- und Erziehungsauftrag gehören. Darüber hinaus nutzt die Schule auch das präventive und gesundheitsförderliche Potential originär pädagogischer Maßnahmen (z. B. der individuellen Förderung und der Inklusion) für die Erhöhung der Gesundheitsqualität der schulischen Akteure und des Systems Schule als Ganzes (Konzept des Landesprogramms „Bildung und Gesundheit NRW 2013, S. 3).

Bedingt durch begrenzte Ressourcen eines so intensiven Unterstützungsprogrammes können nicht alle Schulen des Landes teilnehmen.

Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz ist Schulgesundheitspflege beschrieben im *Landesgesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGdG § 1 1995)*, in § 64 des Schulgesetzes sowie im Abschnitt 12 der übergreifenden *Schulordnung* des Landes. Im Bildungsauftrag ist ein Passus zur Sexualerziehung implementiert, der durch die *Richtlinie Sexualerziehung (2006)* ergänzt wird.

Das Thema Gesundheit ist in den betrachteten Bildungsplänen vorwiegend in Kombination enthalten, z.B. als Körper & Gesundheit, Gesundheit & Krankheit, Gesundheit & Ernährung. Beachtenswert ist die *Richtlinie Verbraucherbildung (2010)*, die die Bedeutung des Wissens um gesunde Ernährung für Schülerinnen und Schüler betont und ausführliche Vorschläge zur Implementierung in den Unterricht macht:

Ernährung gesundheitsförderlich gestalten: Die Schülerinnen und Schüler sind bereit und in der Lage, sich mit dem Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit auseinanderzusetzen und Verantwortung für sich und andere zu übernehmen (Richtlinie Verbraucherbildung 2010, S. 29).

Zudem nimmt das Land Rheinland-Pfalz am EU-Schulobstprogramm teil. Der Suchtprävention widmet sich die Verwaltungsvorschrift *„Suchtprävention und Verhalten bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten“* von 2011.

Der *Orientierungsrahmen Schulqualität (2008)* empfiehlt ein gesundheitsförderndes und -erhaltendes Arbeitsumfeld für Mitarbeiter und Unterstützungsangebote zum Thema Gesundheitsförderung für Schülerinnen und Schüler, wie z.B. Bewe-

gungsangebote, Informationen über gesunde Ernährung, Suchtgefahren und Sexualität.

Saarland

Im Saarland sind die gesetzlichen Regelungen, die den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung betreffen, im *Schulordnungsgesetz (1996/ 2014)* verortet, während die Regelungen für den Bereich Qualitätssicherung im Wesentlichen im *Schulmitbestimmungsgesetz (1974/ 2012)* enthalten sind.

Die verpflichtende Schuleingangsuntersuchung ist im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst verankert (ÖGDG § 8). Im Schulordnungsgesetz ist, ähnlich wie in anderen Bundesländern, Schulgesundheitspflege (SchoG § 20) und Sexualerziehung, die zusätzlich in einem ergänzenden Erlass ausgeführt wird, verankert (SchoG § 15). Der Bereich Prävention wird im Erlass zur Suchtprävention und im Rundschreiben Maßnahmen zur AIDS-Prävention vertieft. Im Entwurf des *Orientierungsrahmens zur Schulqualität (2012)* sind für den Bereich Prävention/ Gesundheitsförderung lediglich Sucht- und Gewaltprävention erwähnt.

In den betrachteten Bildungsplänen der Fächer Biologie, Sport und Sachkunde fanden sich durchgehend (zum Teil fächerübergreifend) gesundheitsfördernde Inhalte, bspw. zum Thema Gesundheit und Ernährung oder Gesundheit und Sexualität.

Sachsen

Im Bildungsauftrag des Schulgesetzes des Freistaates Sachsen sind Aspekte von Prävention oder Gesundheitsförderung nicht wörtlich implementiert. In einem weit gefassten Zusammenhang von Gesundheit mit Nachhaltigkeit, ökologischer Verantwortung oder Lebensorientierung sind Inhalte auffindbar. Die KMK-Empfehlung ausführend veröffentlichten Kultus-, Innen- und Sozialministerium 2013 ein *Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention*.

Die schulärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen sind, basierend auf § 11 des Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG) und § 26a SchulG, in der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus über die Schulgesundheitspflege (SchulGesPflVO 2005) beschrieben. Suchtprävention wird in der Handreichung zu Suchtmittelkonsum und -gefährdung behandelt. In den betrachteten Bildungsplänen der Fächer Sachkunde, Sport und Biologie ist Gesundheit auch als fächerverbindender Bereich definiert.

Sachsen-Anhalt

Im Sinne von Gesundheitsförderung fordert der Bildungsauftrag des Schulgesetzes von Sachsen-Anhalt von den Schulen, die Schülerinnen und Schüler zur Bewahrung von Gesundheit zu befähigen:

[...] die Schülerinnen und Schüler zu verantwortlichem Handeln in einer von zunehmender gegenseitiger Abhängigkeit und globalen Problemen geprägten Welt für die Bewahrung von Natur, Leben und Gesundheit zu befähigen, (SchulG LSA § 1 (2, 7)).

Im *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG LSA)* sind im § 9 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst die Schuleingangsuntersuchungen sowie die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gemäß SGB V § 21 beschrieben. Der Schwerpunkt des Paragraphen zur Schulgesundheitspflege im Schulgesetz liegt auf der Sucht- und Drogenberatung, zu der die Schulbehörde verpflichtet ist (SchulG LSA § 55). Die Handreichung der Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt zum *Umgang mit Suchtmittelkonsum und Suchtgefährdung in der Schule* bietet ausführliche Erläuterungen zum Thema.

Im Sinne von gesunder Ernährung fordert das Schulgesetz von Sachsen-Anhalt für Schülerinnen und Schüler eine tägliche warme Vollwertmahlzeit:

Die Schulträger sollen im Benehmen mit dem Schülerrat und dem Schulelternrat schultäglich eine warme Vollwertmahlzeit für alle Schülerinnen und Schüler vorsehen. Dabei soll ein sozial angemessener Preis gewährleistet werden. In besonderen Fällen sind Freitische zur Verfügung zu stellen (SchulG LSA § 72a).

In den betrachteten Bildungsplänen fanden sich durchgehend gesundheitsbezogene Inhalte, bspw. im LP Sport „Verantwortung für die eigene Gesundheit“ oder im LP Sachkunde „gesundheitsfördernde Lebensweise“.

Der *Qualitätsrahmen schulischer Arbeit in Sachsen-Anhalt (2013)* fordert zum Thema Gesundheitsförderung einzig bei der Schulorganisation den Abbau von Gesundheitsgefährdungen zu berücksichtigen (Qualitätsrahmen schulischer Arbeit in Sachsen-Anhalt 2013, S. 7).

Schleswig-Holstein

Im Bildungsauftrag des Schulgesetzes von Schleswig-Holstein sind deutlich präventive Inhalte implementiert. Neben der Festschreibung der Sexualerziehung als pädagogisches Ziel (SchulG § 4 (9)) ist die Schule aufgefordert die Schülerinnen und Schüler zu einem Leben ohne Abhängigkeit von Suchtmitteln zu befähigen. Schulgesundheitspflege ist gesondert in der *Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben* (SchulÄAufgV SH 2008) geregelt.

Im *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG 2001)* sind die regelmäßigen Zahnuntersuchungen in KiTa und Schule festgeschrieben (GDG § 7). Auch Gesundheitsförderung im Bereich der Schulen gehört laut GDG zum Aufgabenbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Es sollen Maßnahmen initiiert und koordiniert werden (GDG § 5).

Ernährungs- und Gesundheitserziehung ist in den betrachteten Lehrplänen als Querschnittsaufgabe verankert.

Das Institut für Qualitätsentwicklung (IQSH) bietet für Schulen Unterstützungsprogramme, bspw. zur Sucht- oder Gewaltprävention an. Außerdem wird für interessierte Schulen ein Zertifikatskurs „Pädagogische Prävention“ angeboten, im Zeitumfang von 60 Stunden für zwei Lehrer pro Schule.

Thüringen

Im Bildungsauftrag des Freistaates Thüringen sind Aspekte der gesundheitsfördernden Prävention nicht unmittelbar implementiert. In einem weiter gefassten Zusammenhang werden die Schulen aufgefordert, die Schülerinnen und Schüler zur Achtung vor Mensch und Natur zu erziehen:

Die Schule erzieht zur Achtung vor dem menschlichen Leben, zur Verantwortung für die Gemeinschaft und zu einem verantwortlichen Umgang mit der Umwelt und der Natur. Sie ... weckt das Verantwortungsgefühl für alle Menschen in der Welt (ThürSchG § 2 (1)).

Schulgesundheitspflege ist über § 55 ThürSchulG geregelt unter Einschluss der Schulen in freier Trägerschaft (ThürSchulG § 55 (4)). Die *Verordnung über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (1998)* sieht lediglich eine Überwachung der Schulen durch die Gesundheitsämter vor (GesDV TH 1998 § 6). Gesundheitserziehung als fächerübergreifendes Thema für Schullandheimaufenthalte wird in *Richtlinien des Thüringer Kultusministeriums für Schülerfahrten Unterrichtsgänge, Schulwanderungen, Schullandheimaufenthalte und Studienfahrten (1993)* angeregt.

Beachtenswert ist der § 47 „Gesundheits- und Sexualerziehung“ des thüringischen Schulgesetzes. Es wird ein „umfassendes Konzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise“ gefordert, dass regelmäßig überprüft und fortgeschrieben werden soll – ein Beispiel für qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung an Schulen. Als Schwerpunkt des Konzeptes werden die Prävention von Drogen, Tabak und Alkoholkonsum definiert (ThürSchulG § 47). Die *Hinweise zur Erstellung eines Schulkonzeptes zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise an Thüringer Schulen* sollen den Schulen als Anleitung zur Erstellung des Konzeptes dienen.

Die Schulkonferenz entscheidet über die Pausenverpflegung unter Berücksichtigung von Grundsätzen der gesunden Ernährung (ThürSchulG § 38 (5)). Außerdem nimmt Thüringen am EU-Schulobstprogramm teil (TH-SchulobstRL 2010).

In den betrachteten Bildungsplänen sind gesundheitliche Inhalte implementiert. Ergänzend bietet das Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien (THILLM) Empfehlungen für fächerübergreifende Gesundheitserziehung an.

3.4.2 Ergebnisse der Interviews

Im Folgenden werden die Ergebnisse aus den leitfadengestützten Interviews mit Expertinnen und Experten aus den Länderministerien und aus den Bereichen Wissenschaft und Träger dargestellt.

Zur Frage nach der **Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung** in den Schulen wurde von den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ministerien durchweg die hohe Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung als integraler Bestandteil von Schulentwicklung betont:

„Und bei uns ist Gesundheitsförderung, Prävention und Qualitätsentwicklung wirklich [...], im Sinne von Schulentwicklung gesehen [...], integraler Bestandteil“ (B08).

„Wir müssen Gesundheitsförderung und Prävention als Querschnittsthema erkennen, was nicht ein Add on ist, sondern was [die] Schulentwicklung positiv beeinflussen kann. Und das können Schulen mitunter nicht alleine leisten, da brauchen sie Unterstützung“ (B08).

Auch in den Gesprächen mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Verbänden wurde die hohe bzw. die wachsende Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule, als einem der zentralen Setting für Gesundheitsförderung (B01, A9) wiederholt hervorgehoben, unter Verweis auf den kausalen Zusammenhang von Bildung und Gesundheit:

„dass Investition in Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention so-gleich auch Investition in Bildungsqualität sind. [...] Und das führt, glaube ich, auch zunehmend, nicht nur auf Seiten der Schulen, sondern [auch] auf Seiten der Schulpolitik oder Bildungspolitik dazu, dass Gesundheitsförderung [...] stärker wahrgenommen wird. Und stärker integriert wird. [Dieses hat] hier eine sehr hohe Bedeutung“ (B01).

Als Bestätigung ihrer hohen Bedeutung wurden in anderen Interviews Prävention und Gesundheitsförderung als wichtiges Element einer guten Schule definiert (B04) und ihnen eine maßgebliche Rolle bei der Erfüllung des Bildungsauftrages zugesprochen:

„[...] viele werden feststellen, dass sehr wohl die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblich eine Rolle spielt zur Erfüllung des Bildungs- und Erziehungsauftrages“ (B09).

Dabei ist es wichtig zu berücksichtigen, dass eine generelle Aussage schwer zu treffen sei, da die Spannbreite des Engagements der Schulen sehr breit sei:

„[...] Schulen, bei denen es [Prävention und Gesundheitsförderung] insgesamt eine sehr hohe Bedeutung hat, die dem Thema sehr viel Bedeutung beimessen und auch schon seit Jahren sehr professionell dran arbeiten, [sind] auch sehr nachhaltig. Und es gibt Schulen, die das immer noch ansehen [...] als etwas, was nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fällt, was beim El-

ternhaus angesiedelt ist und nicht in der Schule. Also das ist die ganze Spannweite, der wir uns gegenüber sehen“ (B10).

Leider haben noch nicht alle Schulen den Nutzen von Gesundheitsförderung für sich entdeckt, wie ein Gesprächspartner bedauernd feststellte. Ergänzend berichtete einer der anderen Experten, dass gerade bei den Gymnasien einen Nachholbedarf im Bereich Prävention festzustellen ist:

„Was wir jetzt merken ist, dass die Gymnasien sehr stark nachfragen und da jetzt offensichtlich einen Nachholbedarf haben und sich wirklich auch jetzt stärker mit Prävention auseinander setzen“ (B13).

Als weiteres Problem wurde die Tatsache erkannt, dass die Thematisierung Gesundheit in den Schulen vielfach in den Hintergrund gestellt wird. Ursächlich verantwortlich sind der zunehmende Zeit- und Leistungsdruck, etwa durch schulpolitische Umstrukturierungen:

„[...] je stärker der Leistungsdruck oder der gefühlte Leistungsdruck ist, desto weniger Platz ist dann für ein Thema wie Gesundheit“ (B06).

„[...] diese ganzen Veränderungsprozesse führen auch zum Teil dazu, dass man sich eben sehr konzentriert auf den eigentlichen Unterricht und so ein wichtigeres Thema wie Gesundheit dann möglicherweise außen vor lässt. Oder nach hinten stellt in der Prioritätenliste“ (B06).

Die **Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung** in Rechtsnormen wurde in den Gesprächen vielfältig beleuchtet. In mehreren Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Ministerien wurde die Verankerung von präventiven und gesundheitsförderlichen Inhalten in den Bildungsaufträgen der Schulgesetze als Bestätigung der hohen Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung hervorgehoben (B03, B13).

Die Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Bildungsplänen wurde in mehreren Interviews thematisiert:

„[...] in den einzelnen Lehrplänen der Fächer taucht natürlich Gesundheit und Gesundheitsförderung auch immer wieder in unterschiedlichen Kontexten auf“ (B08).

„Wir werden auch in den neuen Bildungsplänen [...] eine Leitperspektive haben, die da heißt Prävention und Gesundheitsförderung. Das heißt, diese beiden Themen müssen sich durch den ganzen Bildungsplan in allen Stufen wiederfinden“ (B10).

Allerdings merkten Vertreter aus Wissenschaft und Verbänden kritisch eine nicht durchgehende bzw. nicht ausreichende Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Schulgesetzen an:

„Eine Schule soll Bildung produzieren und Bildungsqualitäten herstellen, und da gehört Gesundheit bislang nicht dazu. Und nur einige Schulgesetze integrieren diesen Aspekt ja auch in ausreichendem Maße“ (B01).

Aus den Ministerien mehrerer Bundesländer wurden ergänzend als relevante Rechtsgrundlagen zahlreiche Erlasse und Richtlinien mit gesundheitsförderlichen und präventiven Inhalten erwähnt.

Die DGE Qualitätsstandards zur Schulverpflegung wurde in mehreren Gesprächen als relevante Empfehlungen im Bereich der Schulverpflegung benannt.

Als **beteiligte Akteure** im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule wurden von den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern die Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften, die Unfallkassen sowie die Landesvereinigungen genannt. Ein weiterer wichtiger Akteur bei der systematischen Umsetzung von Gesundheitsförderung ist der Öffentliche Gesundheitsdienst, für den eine zu geringe Beteiligung konstatiert wurde (B01). Als wichtige Akteure wurden aus einem norddeutschen Bundesland auf die Beratungslehrerinnen und -lehrer für Prävention und Gesundheitsförderung verwiesen, die an den Schülern unterstützend tätig sind (B09).

Im Rahmen der Interviews stellten die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern aus den Länderministerien verschiedene **Landesprogramme** vor, die einen Überblick über die gesundheitsfördernden Angebote für Schulen gaben.

In einer Kooperation zwischen mehreren Krankenkassen und dem zuständigen Ministerium ist in *Nordrhein-Westfalen* das Landesprogramm „Bildung und Gesundheit“ (BuG) entstanden, an dem z. Zt. ca. 300 Schulen teilnehmen. Es ist laut Aussage eines Experten ein hochschwelliges Angebot, an dem sich die Schulen nur mittels eines Beschlusses der Schulkonferenz beteiligen können und sich mit der Teilnahme bspw. zu regelmäßigen Evaluationen angelehnt an den Referenzrahmen verpflichten. Es wird ihnen eine Unterstützung in Form von Multiplikatoren angeboten, die bei den Bezirksregierungen verortet sind und von den Schulen angefordert werden können (B08). Eine besondere Nachhaltigkeit könnte erreicht werden, wenn die am BuG-Programm beteiligten Schulen weitere Schulen mittels Netzwerkarbeit profitieren lassen:

„Handlungsbedarf in dem Sinne ja, nach Wegen zu suchen, wie wir noch mehr Schulen von den Ergebnissen, von den positiven Ergebnissen dieses Landesprogramms Bildung und Gesundheit profitieren lassen können. Und da ist das Stichwort im Moment ganz klar auch Netzwerkarbeit“ (B08).

In *Hamburg* wurden im Rahmen des Senatsprogramms „Pakt für Prävention“ Empfehlungen für das Handlungsfeld Schule entwickelt. Zusätzlich können Schulen sich an der Ausschreibung „Gesunde Schule“ beteiligen, die in Zusammenarbeit mit der „Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung“ erarbeitet wurde. Mecklenburg-Vorpommern bietet das Landesprogramm „Gute Gesunde Schule“ an, dem „sich immer mehr Schulen anschließen, um Gesundheitsförderung und Prävention direkt in ihre Schulprogramme zu implementieren.“ (B09).

In *Hessen* gibt es ein Zertifizierungssystem zur „Gesundheitsfördernden Schule“. Zur Erreichung des vierjährigen Zertifikats, müssen die Schulen mehrere Module, mit Inhalten wie z. B. „Bewegung und Wahrnehmung“, „Sucht- und Gewaltprävention“ oder „Ernährung und Verbraucherbildung“ absolvieren. An den 900 der 2200 Schulen des Landes, die die Zertifizierung durchlaufen haben, konnte nach Meinung unseres Gesprächspartners eine erhöhte Wahrnehmung für Prävention festgestellt werden.

Vergleichbare Möglichkeiten der Zertifizierung gibt es in Schleswig-Holstein mit dem neu angebotenen „Zertifikats-Kurs Pädagogische Prävention“. Das Angebot zur Schulung von Lehrkräfte-Tandems, das von den Schulen sehr gut angenommen wird, umfasst sechs Module mit insgesamt 60 Stunden zu verschiedenen präventiven Themenfeldern, z. B.: Sucht- oder Gewaltprävention (B13).

Allerdings kann durchaus ein Problem entstehen, wenn das hohe Anforderungsprofil, das mit einer Zertifizierung geschaffen wird, in der Praxis teilweise nicht eingehalten werden kann:

„Und die Gefahr hinter solchen Zertifizierungen sehe ich wirklich so, dass man damit unter Umständen einen ganz hohen Maßstab legt. Den man vielleicht in der Praxis dann doch nicht so richtig einlösen kann. Und dann, [...] im Wunsch einer super Präsentation nach außen die konkreten, zu bewältigenden Schwierigkeiten in der Schule ein bisschen aus dem Blick verlieren kann“ (B03).

In der **Bewertung der Vorgaben** zu Prävention und Gesundheitsförderung beleuchteten die befragten Expertinnen und Experten unterschiedliche Aspekte.

In der positiven Beurteilung der *Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule* der Kultusministerkonferenz, die 2012 mit Hilfe aller Bundesländer erarbeitet wurde, waren sich alle befragten Expertinnen und Experten einig und hoben ihre Wichtigkeit nachdrücklich hervor:

„Wir sind also davon überzeugt, das kann ich für die ganze Arbeitsgruppe sagen, [...] dass diese KMK-Empfehlung das widerspiegelt, was heute im Bereich der Gesundheitsförderung wissenschaftlich fundiert ist, beziehungsweise auch was für Schule als wichtig erachtet werden muss. Wir haben ein Stück weit abgehoben auf Schulklima, Schulentwicklungsmaßnahmen und nicht auf einzelne Komponenten, die natürlich auch einen Ausschlag geben, und die man auch beheben muss, falls Defizite vorherrschen. Aber auch das Schulklima und die Schulentwicklungsmaßnahmen sind [...] entscheidend dafür, wie gesundheitsförderlich an einer Schule gearbeitet wird. Und das betrifft Schüler, Lehrer als auch nicht-pädagogisches Personal. Nichtsdestotrotz ist es eine Empfehlung, die KMK wird sich auf nichts anderes verständigen“ (B12).

Die Empfehlung sei geeignet als Checkliste und Handlungsempfehlung, indem sie einen Rahmen für gutes Gesundheitsmanagement beschreibe (B03). Herausgestellt wurde die Betonung des Zusammenhanges zwischen Bildungserfolg und Gesundheitsförderung in der KMK-Empfehlung:

„Es ist so, das geht ja aus der KMK-Empfehlung hervor, [...] dass die Bereiche Bildungserfolg und gesundheitsförderliches Verhalten mit den entsprechenden Rahmenbedingungen, das das natürlich auch zusammenhängt. Und wir das auch im Rahmen von Schulentwicklung und Unterrichtsentwicklung uns zusammen anschauen“ (B03).

„Wir haben ja die Empfehlung der KMK 2012, die diesen Aspekt des Zusammenwirkens von Gesundheit und Bildung sehr viel stärker herausstellt, als die letzte Empfehlung“ (B01).

Im Hinblick auf den unterschiedlichen Stand der Bundesländer im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ergänzte ein Gesprächspartner aus einem Länderministerium:

„[...] für diese Länder, die dort noch nicht so stark die [Gesundheitsförderung] im Fokus haben, ist dieses Papier natürlich auch eine ganz wichtige politische Legitimierung. Und [für] andere Länder, da zählt sicherlich Nordrhein-Westfalen mit einigen anderen Ländern dazu, ist dieses Papier ein Stück weit auch Bestätigung dessen, was dort auf den Weg gebracht wurde“ (B08).

Neben der Möglichkeit die Inhalte der KMK-Empfehlung im Rahmen der eigenverantwortlichen Schule direkt in den Schulalltag implementieren zu können, begrüßte ein Gesprächspartner die Einbeziehung von Aspekten der Vernetzung und des sozialen Nahraums in die KMK-Empfehlung (B07).

Die Adressaten der bekannten Präventionsaufträge in den Sozialgesetzbüchern V und VII sind die Kranken- und Unfallkassen. Von einem wissenschaftlichen Experten wurde vermutet, dass sich die Schulen durch sie nicht angesprochen fühlen würden und sie daher nicht als Bezugspunkt der eigenen Arbeit verstehen.

Der gleiche Experte beschrieb es als Problem, dass sich aus der unterschiedlichen Art der Verankerung von Gesundheitsförderung („zum Teil auch in sehr basaler Form“, B01) in den Schulgesetzen, keine einheitliche Festlegung des genauen Handlungsbedarfes ableiten lässt:

„Wenn ich bei den Schulgesetzen der Bundesländer beginne. Dann haben wir grundsätzlich das Problem, dass Gesundheitsförderung und Prävention [...] auf unterschiedliche Art und Weise in den Schulgesetzen verankert ist. Und ich habe ja gerade gesagt, es gibt eben keine richtige rechtliche Bindung. Schulen werden zwar dazu angehalten, genau das umzusetzen, aber [es] passiert halt nichts, wenn sie es nicht machen. [...] Es gibt halt keine einheitliche Festlegung hinter der Frage, was genau zu tun ist“ (B01).

Damit ist der Grad der Umsetzung von Gesundheitsförderung stark abhängig von der Bereitschaft der einzelnen Schulleitung, sich dem Thema zu widmen:

„[...] wenn man es etwas überspitzt formuliert, liegt es in der Person des einzelnen Schulleiters, des einzelnen Schulleitungsteams, inwieweit Dinge umgesetzt werden. Nicht unbedingt am rechtlichen Rahmen“ (B01).

In einem Interview wurde im Sinne eines sich wandelnden Verständnisses zur Vielfalt der verwendeten Begriffe für Prävention und Gesundheitsförderung in den Schulgesetzen angemerkt:

„[...] zum Teil steht da ja noch Gesundheitserziehung drin, daran kann man schon erkennen am Vokabular, dass das [...] dann Bereiche oder Regionen sind, wo dieser integrierte Ansatz der Gesundheitsförderung noch nicht so durchgedrungen ist“ (B08).

Ein Gesprächspartner aus Niedersachsen bedauert die aus seiner Sicht unzureichende Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Schulqualitätsrahmen.

Zur Frage nach der **Umsetzung der Vorgaben** bestätigte ein norddeutsches Ministerium den vorhandenen Erlassen im Gesundheitsbereich eine gute Akzeptanz, was vor allem in der Tatsache begründet sei, dass im Allgemeinen ein Konsens bezüglich der Zielsetzung gesundheitsbezogener Erlasse im Schulbereich bestünde:

„[...] vielleicht haben wir [...] den ganz großen Vorteil, dass alle mit unseren Zielen eigentlich immer einverstanden sind, oder die auch immer mit tragen [...]“ (B11).

Von einem Vertreter aus der Wissenschaft wurde angemerkt, dass nur ein begrenzter Teil der Schulen umfassende Ansätze der Gesundheitsförderung umsetzt

„[...] obgleich wir relativ wissen, was man machen muss in Schulen, um Gesundheitsförderung zu implementieren und nachhaltig zu verankern.[...] hat sich herausgestellt, dass nur kleiner begrenzter Anteil von Schulen wirklich sehr umfassende Ansätze der Gesundheitsförderung wirklich umsetzt“ (B01).

Aus einem Ministerium wurde darauf hingewiesen, dass im Kontext von eigenverantwortlicher bzw. selbstverantworteter Schule der Grad der Integration von Gesundheitsförderung in das Schulleben, den Schulalltag und das Schulprogramm durch die Schule bzw. die Schulleitung zu bestimmen ist; die Behörden können nur einen Rahmen vorgeben. (B08)

Über den Zusammenhang von Schule und salutogenem Verständnis äußerte sich ein anderer Gesprächspartner:

„Wenn keine Gesundheitsförderung in den Schulen systemisch stattfindet, kann keine Gesundheit bei Lehrkräften und bei Schülern entstehen. Gesundheit ist nicht alles, dieser Spruch fällt mir dabei ein, den Herr Paulus immer so gerne benutzt, aber ohne Gesundheit geht nichts. Der Ansatz der Salutogenese macht klar, welche Bedeutung die Prävention hat. [...] das System Schule ist aber eigentlich ein krankmachendes System, weil es nicht präventiv arbeitet, sondern es arbeitet eher immer im Nachgang, immer an Defiziten orientiert. Also genau das Gegenteil von der Salutogenese“ (B07).

Spezifischer **Unterstützungsbedarf** wurde in Gesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern aus mehreren Ministerien ausgemacht. So wünschte sich eine Expertin

für die Schulen ein Unterstützungssystem, mit guten Materialien, guten Fortbildungen und einer Implementierung von gesundheitsförderlichen Inhalten in die Ausbildung der Lehrkräfte. Der Wunsch von Seiten der Lehrerinnen und Lehrer nach Fortbildungen mit gesundheitlichen Bezügen wurde aus einem anderen Bundesland bestätigt.

Aus einem anderen Bundesland wurde vorgeschlagen, die Schulen zu ermuntern, nach Erstellung eines Gesamtkonzeptes eine zielgerichtete, dem Schultyp angepasste Unterstützung anzufordern (B03). Ähnlich äußerte sich ein Interviewpartner aus einem anderen Ministerium mit dem Wunsch nach einer *gezielten* Unterstützung der Bedarfe der einzelnen Schule (im Gegensatz zum „Gießkannenprinzip“, B12). Einen anderen Bedarf der Schulen, die Unterstützung bei der Entscheidung für passgenaue qualitätsgesicherte Maßnahmen für die einzelne Schule, machte ein mitteldeutsches Ministerium aus (B08). Neue Möglichkeiten einer kontinuierlichen externen Unterstützung der Schulen erhofft sich einer der befragten Experten:

„Also erst recht mit dem Präventionsgesetz im Rücken, wo wahrscheinlich genug Geld für so was da sein wird. Das kann ich mir vorstellen, dass [es] ein Weg ist, über die externe Unterstützung quasi im fortlaufenden Prozess zu bleiben. Nicht nur einen Impuls zu geben, zu sagen, jetzt ernährt euch mal ordentlich, und rhythmisiert euch anders. Sondern quasi eine Prozessbegleitung zu haben, nicht was Unterrichtsqualität angeht, sondern was Gesundheit der Lehrkräfte und der Schüler angeht. Das fände ich sinnvoll“ (B07).

In Gesprächen wurde vielfach auf **Netzwerkarbeit**, als einen entscheidenden Aspekt der Unterstützung zur Umsetzung von Prävention hingewiesen – und zwar sowohl zwischen den Schulen als auch mit außerschulischen Partnern.

„Unterstützungssysteme haben wir zum Glück mit guten, außerschulischen Partnern. Das könnten wir mit dem schulischen Bereich - also schulimmanenten Mitteln - gar nicht machen. Wenn da nicht so Gruppen wären, wie die AIDS-Hilfe zum Beispiel, die jetzt spezielle Themen besetzen würden, oder Landesstelle für Suchtfragen, die dann mit den Suchtbeauftragten die Schulen unterstützen, oder die Vernetzungsstelle Schulverpflegung, die dann beim Thema Schulverpflegung eben die Hilfestellung auch für die Träger geben. Also wir haben ja Gott sei Dank ganz viele unterschiedlichste, sehr gute Träger. Oder, bei den Zähnen [...] [den] Verband der Jugendzahnpflege. Das sind alles gut eingespielte Partner, die wir haben“ (B11).

„Im Gesundheitsbereich ist die Vernetzung [das] A&O“ (B11).

„Wir selbst sind natürlich sehr vernetzt, wenn es um die Prävention geht. Wir sind vernetzt [mit] der ProFamilia, wir sind vernetzt mit den Fachstellen Sexuelle Gewalt zum Beispiel oder das Präventionsbüro [...]. Wir sind vernetzt mit der Landesstelle Suchtgefahren“ (B13).

„[...] in der Gewaltprävention sind wir auch mit der Landespolizei vernetzt. Das heißt, wir sind sehr vernetzt. Und das ist eine sehr befruchtende Arbeit mit den Vernetzungspartnern, die dann auch wiederum regional in die Schu-

len gehen. Also das ist glaube ich für die Schlussfrage nochmal wichtig. Prävention und Gesundheitsförderung lebt von dieser [...] wirklich gelebten Kooperation und Vernetzung“ (B13).

In den Gesprächen mit Expertinnen und Experten aus den Länderministerien wurde überwiegend kein **Handlungsbedarf** für weitere rechtliche Regelungen gesehen – die Regelungen wurden als ausreichend bewertet. Angeregt wurde allerdings eine verstärkte Wertschätzung der Schulen:

„Was wir noch stärker ausbauen sollten ist die Möglichkeit, den Schulen gegenüber Wertschätzung zu bringen. Also positive Entwicklung dadurch zu fördern, dass man sie öffentlich macht. Und dass man sie, die Schulen dafür [...], ich sage mal belohnt. Also eine Möglichkeit gibt, das auch wertschätzend nach außen darzustellen“ (B04).

„Handlungsbedarf besteht in der Art und Weise, dass [...] die Schulen noch mehr Lust darauf bekommen, Gesundheitsförderung und Prävention als Querschnittsthema stärker in ihre eigene Schulentwicklung einzubeziehen“ (B08).

Aus einem Ministerium wurde Handlungsbedarf darin gesehen, die landesspezifischen Vorgaben (bspw. Verwaltungsvorschriften) zu überarbeiten. Ziel sollte es sein, diese an die KMK-Empfehlung, deren bundesweite Wichtigkeit einstimmig betont wurde, anzupassen (B09).

Dagegen wünschten die Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Wissenschaft/ Träger/ Praxis eine stärkere Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in die Schulgesetze. Als eine geeignete Möglichkeit wurde die verbindliche Verankerung im Schulprogramm beschrieben:

„Ich denke, dass Prävention und Gesundheitsförderung in jedem Schulprogramm [eine] übergreifende Klammer sein müsste, weil das Schulprogramm nun mal die Ressourcen von Menschen organisiert. Von daher müssen die Ressourcen immer wieder angesprochen und gestärkt werden. Das wäre Gesundheitsförderung als übergreifende Klammer. Prävention und Gesundheitsförderung müsste in jedem Schulprogramm stehen, das könnte man fest eindrucken“ (B07).

Mehrere Experten vertraten die Ansicht, dass Prävention und Gesundheitsförderung stärker in die Qualitätsroutine der Schulinspektion implementiert werden sollte:

„Das heißt, Gesundheit muss in die Qualitätsverfahren, in die bildungspolitisch vertretbaren Bildung/ Qualitätsverfahren [rein]. Das muss zum Beispiel in die Schulinspektion etc. oder in die Qualitätstableaus [...] rein“ (B01).

Dabei wurde, im Hinblick auf die Qualitätsroutine der externen Evaluation, auf das Problem hingewiesen, dass Schulen, die sich der Gesundheitsförderung nicht oder nur in geringem Umfang widmen, keine Konsequenzen zu fürchten hätten (B01).

Da „die Gesundheitsförderung und Prävention eben ein absolutes Querschnittsthema ist“ (B08), wurde eine stärkere Implementierung von Gesundheitsförderung und Qualitätsentwicklung in die Schulqualitätsrahmen in Gesprächen sowohl von Vertreterinnen und Vertretern der Länderministerien als auch aus dem Bereich der Wissenschaft als wünschenswert definiert:

„Ich wünschte mir im Schulgesetz und eigentlich auch im Orientierungsrahmen, dass [Gesundheitsförderung] noch stärker herausgearbeitet würde. Es ist zurzeit so ein bisschen Interpretation. Da taucht Gesundheit grundsätzlich auf, gesunde Lebensführung. Da wünschte ich mir noch mehr Klarheit, mehr Eindeutigkeit, vielleicht auch ein Stück mehr Verbindlichkeit“ (B01).

Aus einem Ministerium wurde betont (B09), dass die Wichtigkeit von Verhältnisprävention unbedingt gleichrangig neben der Verhaltensprävention stehen müsse. Von einem Gesprächspartner mit Praxisbezug wurden verschiedene praxisorientierte Vorschläge unterbreitet. Eine stärkere Rhythmisierung des Schulalltages, verpflichtende Erholungspausen auch für Lehrkräfte und eine stärkere Betonung der gesunden Schulverpflegung seien wünschenswert (B07). Im Rahmen der Ganztagschule, in der Schülerinnen und Schüler genauso wie Lehrerinnen und Lehrer den Hauptteil ihrer wachen Zeit verbringen, kommt schulischer Gesundheitsförderung eine wachsende Bedeutung zu. Es sollte darüber nachgedacht werden, Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (bspw. Vorsorge-Untersuchungen) und der Gesundheitsförderung (bspw. logopädische oder ergotherapeutische Unterstützung) in die Zeit des Schulaufenthaltes einzubeziehen. Ein anderer Gesprächspartner regte eine spezielle Qualifizierung von Schulleitern für den Bereich Gesundheitsförderung an (B06).

Der niedersächsische Bildungsauftrag fordert, junge Menschen zu gesundheitsbewusster Lebensweise zu befähigen (NSchG § 2). In einem Gespräch wurde darauf hingewiesen, dass die Erfüllung dieses Auftrages umso besser gelänge, je gesundheitsfördernder das „System Schule“ im Ganzen wäre, auch im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Berufszufriedenheit (von Lehrerinnen und Lehrern) auf der einen und Schulqualität und Schulleistungen (von Schülerinnen und Schülern) auf der anderen Seite (B07).

3.4.3 Zusammenfassung der Interviews

Von allen befragten Expertinnen und Experten wurde nachdrücklich die hohe Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für die Schulen (als integraler Bestandteil von Schulentwicklung) unter Verweis auf den wechselseitigen Zusammenhang von Gesundheit und Bildungserfolg betont.

Von maßgeblicher Bedeutung (von größter Verbindlichkeit) für die konzeptionelle Arbeit der Schulen sind die Inhalte der Bildungsaufträge der Schulgesetze, die Grundlage der Zielformulierungen der Schulprogramme bilden. Die uneinheitliche Verankerung von Gesundheitsförderung in den Bildungsaufträgen, aus der sich

kein einheitlicher Handlungsbedarf ableiten lässt, ist daher als problematisch bzw. hinderlich anzusehen. Ziel sollte eine verstärkte bzw. durchgehende Verankerung von präventiven und gesundheitsförderlichen Inhalten in die Bildungsaufträge der Schulgesetze sein, gefolgt von einer durchgehenden Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung in die Schulprogramme.

Gleiches gilt für die länderspezifischen Schulqualitätsrahmen. Als zentrale Instrumente schulischer Qualitätssicherung sollten Inhalte zu Prävention und Gesundheitsförderung durchgehend implementiert werden.

Von zentraler Bedeutung ist die Empfehlung der Kultusministerkonferenz „*Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule*“ (2012) indem sie neben der expliziten Betonung des Zusammenhanges von Gesundheitsförderung und Bildungserfolg einen länderübergreifenden Handlungsrahmen formuliert.

Die hohe Bedeutung von Netzwerkarbeit, sowohl zwischen den Schulen als auch mit außerschulischen Partnern, als wichtigen Bestandteil erfolgreicher Realisierung von Gesundheitsförderung in den Schulen, wurde nachdrücklich betont (ein Aspekt, der auch in der KMK-Empfehlung implementiert ist).

3.5 Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung

3.5.1 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

In den **Schulgesetzen** der Bundesländer sind verbindliche Vorgaben zu qualitätsgesicherter Prävention und Gesundheitsförderung kaum zu finden. Als Ausnahme ist das Schulgesetz von Thüringen anzusehen. Hier wird die Erstellung eines Gesundheitskonzeptes und dessen regelmäßige Überprüfung gefordert.

ThürSchulG § 47 Gesundheits- und Sexualerziehung (1) Die Schule hat durch geeignete Maßnahmen die Gesundheitserziehung zu unterstützen. Sie entwickelt ein umfassendes Konzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise. Ein Schwerpunkt des Konzepts ist die Prävention des Konsums von illegalen Drogen sowie von Tabak und Alkohol. Die in den Lehrplänen festgeschriebenen Bildungsinhalte zur Gesundheitserziehung sind fächerübergreifend und über den Unterricht hinaus zu vermitteln. Gesunde Lebensweise ist an jeder Schule aktiv zu gestalten. [...] (3) Das Konzept zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise ist von den Schulen regelmäßig auf seine Wirksamkeit zu überprüfen und fortzuschreiben. Dabei erhält die Schule die Unterstützung des zuständigen Staatlichen Schulamts. (Unterstreichung durch den Verfasser).

Für die Erstellung des Gesundheitskonzeptes wird den Schulen durch die „*Hinweise zur Erstellung eines Schulkonzeptes zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise an Thüringer Schulen*“ des Thüringer Schulportals Hilfestellung ge-

boten. Als Themenfelder des Gesundheitskonzeptes werden u.a. „gesunde Ernährung“, „Sucht-, Drogenprävention“, „Gewaltprävention“, „Gesundheits- und Sexualerziehung“ und „Bewegung“ benannt.

Qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung findet sich vereinzelt in **Verwaltungsvorschriften** der Bundesländer. Die Verwaltungsvorschrift *Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule (2014)* aus Baden-Württemberg fordert im Rahmen schulischer Qualitätsentwicklung ein Präventionskonzept unter Einbindung aller am Schulleben beteiligten Personengruppen (Partizipation):

1.2 Umsetzung von Prävention in der Schule Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule sind als kontinuierlicher und langfristiger Prozess anzulegen. Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen finden im Rahmen der Qualitätsentwicklung statt und werden somit zielgerichtet, systematisch und nachhaltig im Schulleben verankert. Sie sind, um wirksam sein zu können, immer gleichzeitig auf drei sozialen Ebenen verankert: der Schulebene, der Klassenebene und der individuellen Ebene. Alle am Schulleben beteiligten Personengruppen (Schülerschaft, Lehrkräfte, Eltern, Jugendsozialarbeit an Schulen) werden bei der Umsetzung des Präventionskonzepts einbezogen (Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule, VvV 2014).

Der niedersächsische *Erlass Rauchen und Konsum alkoholischer Getränke in der Schule (2012)* fordert unter partizipativer Einbeziehung von Schülerinnen und Schülern sowie Eltern ein Präventionskonzept, mit dem Ziel des Schutzes vor den vielfältigen Folgen des Alkohol- und Tabakkonsums. Zur Qualitätssicherung und -entwicklung muss das Konzept jährlich neu beschlossen werden.

[...] 2. Die Schule entwickelt unter Einbeziehung der Schülerschaft und der Erziehungsberechtigten ein Präventionskonzept mit dem Ziel, die heutige und zukünftige Generation vor den gesundheitlichen, gesellschaftlichen, umweltrelevanten und wirtschaftlichen Folgen des Tabak- und Alkoholkonsum sowie des Passivrauchens zu schützen. Der Schulelternrat muss dem Konzept zustimmen. 3. Das Präventionskonzept ist jährlich neu zu beschließen. In Schulen mit einem Schulprogramm ist das Präventionskonzept in die Schulprogrammentwicklung aufzunehmen [...] (Rauchen und Konsum alkoholischer Getränke in der Schule, RdErl. d. MK v. 7. 12. 2012).

Die Implementierung von Empfehlungen zu qualitätsgesicherter Prävention und Gesundheitsförderung in die **Schulqualitätsrahmen** ist kaum gegeben. Einzig im *Hessischen Referenzrahmen Schulqualität (2011)* wird die Erstellung eines Konzeptes zur Gesundheitsförderung angeregt, das periodisch überprüft werden soll (HRS 2011, Kriterium V.1.5).

3.5.2 Ergebnisse der Interviews

In den Interviews wurden verschiedene **Verfahren** zu qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung benannt (Auswahl): Referenzrahmen Schulischer Gesundheitsförderung (Paulus), Qualitätsraster gute gesunde Schule (Hamburg) und das

Q-GPS Verfahren (Dadaczynski, Wittenriede). Zu dem letzteren settingspezifischen Qualitätssicherungsverfahren für Prävention und Gesundheitsförderung wurde allerdings kritisch angemerkt, dass es für die Schulen wegen seines Umfangs eher nicht geeignet sei (sondern eher für Kostenträger) (B06, A55, A60). Als Beispiel für qualitätsgesicherte Leitlinien im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wurde die Leitlinie des GKV-Spitzenverbandes genannt.

Aus den Bundesländern wurden verschiedene länderspezifische Programme und Projekte benannt (Auswahl): Klasse 2000, Lions Quest und aus Niedersachsen die „Bewegte, gesunde Schule“, ein durch das Kultusministerium gefördertes Projekt.

Als relevante **rechtliche Regelungen** wurden der niedersächsische Erlass Rauchen und Konsum alkoholischer Getränke in der Schule (2005) benannt. Er steht für ein jährlich zu überprüfendes und damit qualitätsgesichertes Präventionskonzept von den Schulen (B11). In Baden-Württemberg wurde mit der aktuellen Verwaltungsvorschrift *Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule (2014)* das Ziel verfolgt, Qualitätssicherung und Prävention /Gesundheitsförderung zusammen zu führen (B10).

Unter den Expertinnen und Experten aus den Länderministerien war die **Bewertung der Vorgaben** durchweg positiv. Die Vorgaben wurden als ausreichend, hilfreich und geeignet für die (eigene) Weiterentwicklung beurteilt.

Dagegen sahen andere Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner die Regelungen durchaus kontrovers. Die Anschlussfähigkeit der gesundheitsfördernden Programme sollte laut Ansicht eines Interview-Partners verbessert werden:

„Aber das ist genau auch die Kritik daran. Sie sind eben nicht anschlussfähig an das, was Schule tagtäglich macht. Die berücksichtigen eben nicht, wie Gesundheitsförderungsprogramme gestaltet werden müssen, wenn sie erfolgreich in der Schule umgesetzt werden [sollen]. Und deswegen würde ich sagen, die generischen Verfahren, wenn sie in [der] Schule eingesetzt werden, müssen auch eine spezifische Ausrichtung auf das Setting Schule aufweisen“ (B01).

Als eines der grundlegenden Probleme wurde in einem Interview das Nicht-Ineinandergreifen von bildungspolitischen und gesundheitspolitischen Vorgaben definiert:

„Selbst wenn ich jetzt gute Handlungsempfehlungen für den Bereich Gesundheitsförderung [und] Prävention hätte, dann führt das nicht zwingend dazu, dass Schulen sich stärker damit beschäftigen. Sondern es wird erst dann funktionieren, wenn das gewissermaßen ein abgestimmtes Vorgehen ist, zwischen Bildungs- und Gesundheitspolitik“ (B01).

In den Gesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Länderministerien wurde kein **Handlungsbedarf** für weitere rechtliche Regelungen zu qualitätsgesi-

cherter Prävention und Gesundheitsförderung gesehen. Im Hinblick auf das Präventionsgesetz formulierte ein anderer Interview-Partner:

„Von daher wäre zu hoffen, dass mit [der] Novellierung oder mit Herausgabe eines Präventionsgesetzes auch die Qualitätsbestimmungen gewissermaßen vereinheitlicht werden und damit natürlich auch verbindlich [werden]. Für alle vereinheitlicht werden“ (B01).

3.6 Fazit und Empfehlungen

Die wechselseitige kausale Beziehung zwischen Gesundheit(sförderung) und Bildungserfolg ist durch langjährige Grundlagenforschung (u.a. Paulus et al – Leuphana-Universität) inzwischen unbestritten. Dieser Zusammenhang, der auch und vor allem in der aktuellen KMK-Empfehlung zu Prävention und Gesundheitsförderung verdeutlicht wird, muss als ausreichender Grund angesehen werden, Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt und durchgehend in die Bildungsgesetze der Bundesländer zu implementieren.

„Gesundheitsförderung und Prävention sind integrale Bestandteile von Schulentwicklung. Sie stellen keine Zusatzaufgaben der Schulen dar, sondern gehören zum Kern eines jeden Schulentwicklungsprozesses“ (KMK-Empfehlung 2012, 1.2).

Qualitätssicherung in der Schule ist fast durchgehend in den Schulgesetzen der Bundesländer enthalten und verpflichtend verankert. Sie wird als ein fortlaufender Prozess begriffen, in dem in wiederkehrenden Zyklen Qualität von Schulen erfasst, analysiert und weiterentwickelt werden soll.

In den meisten Bundesländern sind die Schulen selbst- bzw. eigenverantwortlich. Qualitätssicherung liegt im Verantwortungsbereich der Schulleitung, des Schulvorstandes oder der Gesamtkonferenz. Zur Qualitätssicherung erstellen die Schulen ein Schulprogramm, in dem Konzepte zur Erfüllung des Bildungsauftrages formuliert, Leitideen verankert und Entwicklungsziele definiert werden. Zur weiteren Sicherung und Entwicklung der Qualität sind in allen Schulgesetzen evaluierende Qualitätsroutinen vorgesehen. Dabei wird unterschieden zwischen der inneren oder internen Evaluation, die von der Schule selbst durchgeführt wird, und der äußeren oder externen Evaluation. Die externe Überprüfung der Schulen erfolgt durch die Schulaufsichtsbehörde oder durch länder eigene Institute zur Qualitätsentwicklung, die durch das Schulgesetz oder die Schulbehörden hierzu beauftragt werden. Die durchgehende Implementierung dieser ineinandergreifenden Qualitätsroutinen ist als wünschenswertes Ziel anzusehen.

Unter variablen Titeln wie bspw. *Schulqualitätsrahmen* oder Orientierungsrahmen Schulqualität werden die verbindlichen Vorgaben der Schulgesetze in den meisten Bundesländern durch Kriterienkataloge zur schulischen Qualitätssicherung ergänzt. Allen gemeinsam ist das Ziel, den Schulen eine handlungsleitende Orientie-

rung bzw. ein gemeinsames Rahmengerüst zur Überprüfung und Weiterentwicklung der schulischen Qualität an die Hand zu geben. Die Schulqualitätsrahmen, sinnvoll als unterstützendes Instrument der schulischen Qualitätssicherung, sollten ggf. praxisorientiert verschlankt werden, um den begrenzten zeitlichen Ressourcen, die den Schulen im Kontext regelmäßiger Umstrukturierungen zur Verfügung stehen, Rechnung zu tragen.

Als maßgebliche Qualitätsroutinen zur Sicherung und Weiterentwicklung schulischer Qualität wurden die interne und externe Evaluation sowie das Schulprogramm, als zentrales Handlungskonzept, in den Fokus gestellt. Eine Stärkung schulischer Qualitätssicherung sollte an den maßgeblichen Instrumenten ansetzen. Die Effektivität der Schulinspektion könnte verbessert werden, indem Defizite, die auffallen, evaluierend begleitet werden, wie es in einigen Bundesländern durch die Formulierung von Zielvereinbarungen vorgesehen ist.

Die befragten Ministerien beurteilen den Umfang der rechtlichen Regelungen zu schulischer Qualitätssicherung überwiegend als ausreichend. Es wird kein Handlungsbedarf für weitere rechtliche Regelungen gesehen. Dagegen wurde von anderen Expertinnen und Experten gewünscht, Qualitätssicherung mehr Gewicht zu verleihen, indem sie die zentrale Bedeutung des Bildungsauftrages nutzend, möglichst als Schulleitungsaufgabe hier verortet wird.

Für die Schulen in freier Trägerschaft sind die Regelungen zur QS in aller Regel nicht verbindlich. Zwar hat der Bildungsauftrag in fünf Bundesländern auch für die Schulen in freier Trägerschaft Gültigkeit; es sind hier aber keine QS-Regelungen enthalten. Eine Ausnahme stellt Sachsen-Anhalt dar: Hier sind die Schulen in freier Trägerschaft in die Regelungen zur Qualitätssicherung ausdrücklich mit einbezogen (SchulGLSA § 11a (6)).

Von entscheidender Bedeutung für die pädagogische Arbeit der Schulen sind die impliziten Forderungen des *Bildungsauftrages*, die die Grundlage der Konzeption der Schulprogramme, einem weiteren wichtigen Instrument schulischer Qualitätssicherung, darstellen. Eine Verankerung von **Prävention und Gesundheitsförderung** ist nur in der Hälfte der Bildungsaufträge gegeben, in teilweise weit gefassten Formulierungen. Eine durchgehende explizite Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in den Bildungsaufträgen der Schulgesetze sollte oberstes Ziel sein – auch im Hinblick darauf, dass nur so eine bundesweit einheitliche Definition des abzuleitenden Handlungsbedarfes erfolgen kann. Als Folge sollten sich eine Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung in die Schulprogramme, die auf den Bildungsaufträgen fußen, sowie eine verstärkte Einbeziehung von Prävention und Gesundheitsförderung in die Qualitätsroutine der externen Evaluation ergeben.

Eigene Paragraphen zu Prävention und Gesundheitsförderung sind in den Schulgesetzen nicht vorhanden. Wörtlich als Begriff erwähnt wird Gesundheitsförderung nur in den Schulgesetzen von Berlin und Hamburg. Als Beispiel für qualitätsgesi-

cherte Gesundheitsförderung findet sich im Schulgesetz von Thüringen die Forderung nach einem Gesundheitskonzept, das regelmäßig überprüft und fortgeschrieben werden soll (ThürSchulG § 47). Direkte gesundheitliche Bezüge sind in den Regelungen zur Sexualerziehung, Familienerziehung oder Geschlechtererziehung sowie den Regelungen zur Schulgesundheitspflege gegeben, die sich in den Schulgesetzen nahezu durchgehend finden. Eine weitere Verankerung von Prävention bzw. Gesundheitsförderung ist in den Schulgesetzen vereinzelt im Rahmen der Schulverpflegung, der Sucht- und Gewaltprävention gegeben.

Eine Verankerung von Vorgaben zur (von den Schulträgern zu gewährleistenden) *Schulverpflegung*, ist nur in sechs Bundesländern gegeben. Nur vereinzelt sind dabei Vorgaben zur gesunden Ernährung enthalten. Im Kontext der aktuellen Diskussion um die Qualität des angebotenen Essens in deutschen Schulen⁵⁴, sollten die DGE-Qualitätsstandards entsprechend den Forderungen der Vernetzungsstellen Schulverpflegung in die Bildungsgesetze implementiert werden.

Sucht- oder Drogenberatung als präventive Aufgabe der Schule ist in den Schulgesetzen von Bremen, Sachsen-Anhalt und Thüringen festgeschrieben. Vielfach sind präventive Inhalte in länderspezifischen Erlassen und Richtlinien formuliert. In diesem Zusammenhang als vorbildlich anzusehen ist das Schulgesetz von Thüringen, das verschiedene präventive Inhalte verortet hat. Vor allem wird von den Schulen die Erstellung und regelmäßige Überprüfung eines Gesundheitskonzeptes mit deutlich präventiven Inhalten verlangt. Ähnliche Regelungen sind in Niedersachsen in einem Erlass formuliert.

Regelungen zum *Nichtraucherschutz bzw. Rauchverbote* sind ebenfalls bedingt durch übergeordnete Gesetzgebung durchgehend verankert. In der Folge des bundesweiten Gesetzes zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens (Nichtraucherschutzgesetz, 2007) verabschiedeten alle Bundesländer zeitnah eigene, ausführende Gesetze. In diese Regelungen sind die Schulen in aller Regel eingeschlossen. Die Schulgesetze der Bundesländer Brandenburg, Hessen und Schleswig-Holstein verorten Rauchverbote an prominenter Stelle in den Bildungsaufträgen. Eine vergleichende Bewertung des Grades der Verbindlichkeit zwischen Nichtraucherschutzgesetzen und Implementierung in die Schulgesetze ist an dieser Stelle nicht möglich. Wünschenswert erscheint indes eine durchgehende Einbeziehung nicht nur der Schulgebäude sondern auch der Schulgelände in die Regelungen, wie bspw. in Niedersachsen. *Alkoholverbote* sind explizit in den Schulgesetzen von Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Thüringen verankert. Auch hier sollte eine durchgehende Verankerung in den Bildungsgesetzen das Ziel sein.

Gesundheit ist auch Unterrichtsgegenstand. So ist in fast allen analysierten Bildungsplänen (der Fächer Sachkunde, Sport und Biologie) Gesundheit verankert,

⁵⁴ Kleine Anfrage: Ausbau der Schulverpflegung (25.3.2015, Deutscher Bundestag Drucksache 18/4491 und ZDF zoom: Schulessen: mangelhaft; 15. April 2015).

allerdings mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten (z.B. gesundheitsorientiertes Handeln, gesundheitsbewusstes Leben, Gesundheitsbildung) und unterschiedlichen Kontexten (z.B. gesunde Ernährung). Zu verstärken sind Ansätze, wie schon in einigen Bundesländern geschehen, Gesundheit(sförderung) als übergeordnetes Thema möglichst breit und fächerübergreifend zu implementieren.

Empfehlungen

Aus der Analyse der relevanten Gesetze, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen sowie den Ergebnissen der Interviews mit Expertinnen und Experten lassen sich folgende Empfehlungen formulieren:

- Gesundheitsförderung ist als Begriff und im salutogenen Verständnis in den zentralen rechtlichen Regelungen auf Bundes- und Landesebene durchgehend stärker zu verankern. Bereits vorhandene Vorgaben sollten überprüft, modifiziert und gegebenenfalls konkretisiert werden.
- Zur Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung als schulische Querschnittsaufgabe ist deren durchgehende Implementierung in die Bildungsaufträge der Schulgesetze aller Bundesländer erforderlich.
- Eine daran anknüpfende durchgehende Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in die Schulprogramme sollte folgen. Ein weiterer wichtiger Schritt wäre durchgehend ein verbindlicher Einbezug von Prävention und Gesundheitsförderung in die Qualitätsroutine der externen Evaluation.
- Die Schulen in freier Trägerschaft sollten in die Regelungen zu Qualitätssicherung und Gesundheitsförderung verbindlich einbezogen werden.
- Schulen können eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung aus eigenen Mitteln/ Kräften kaum mehr darstellen – es werden entweder Stundenzuweisungen, zusätzliche Prävention und Gesundheitsförderung-Stellen und/oder externe Unterstützung benötigt.

3.7 Literatur

- Bayrisches Staatsministerium für Bildung, Kultus, Wissenschaft und Kunst (Hrsg.) (2013): Qualitätsrahmen für offene Ganztagschulen, zuletzt geprüft am 26.03.2015.
- Behörde für Schule und Berufsbildung, Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) (2008): Schulinternes Qualitätsmanagement. Orientierung und Anleitung. Hamburg, zuletzt geprüft am 15.04.2015.
- Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) (Hrsg.) (2012): FlyerVernetzungsstellenSchulverpflegung, zuletzt geprüft am 04.06.2015.
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (Hrsg.) (2000): Förderung der Mundgesundheit durch Gruppenprophylaxe. Leitfaden der Bundeszahnärztekammer. Baustein zum Gesamtkonzept, zuletzt geprüft am 13.05.2015.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2013): DGE Qualitätsstandards für die Schulverpflegung, zuletzt geprüft am 16.03.2015.
- Die Arbeit in der Ganztagschule, RdErl. d. MK v. 1.8.2014 - 34-81005 – VORIS 22410 – Die Senatorin für Bildung und Wissenschaft, Bremen (Hrsg.) (2007): Der Bremer Orientierungsrahmen Schulqualität, zuletzt geprüft am 19.03.2015.
- Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012).
- Erlass Orientierungsrahmen Schulqualität in Niedersachsen - Orientierungsrahmen Schulqualität in Niedersachsen als Grundlage der Qualitätsentwicklung an allgemein bildenden Schulen, RdErl. d. MK v. 16.07.2014 – 31-81 821-1 – VORIS 22410
- Hessisches Kultusministerium (Hrsg.): Schule & Gesundheit Hessen 2012—2016. Grundlagen – Strategien – Meilensteine 2013, zuletzt geprüft am 23.03.2015.
- Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.10.2011) <http://www.kmk.org/wir-ueberuns/gruendung-und-zusammensetzung/rechtsgrundlagen.html>.
- Institut für Qualitätsentwicklung (Hrsg.): Hessischer_Referenzrahmen_Schulqualität. Qualitätsbereiche, Qualitätsdimensionen und Qualitätskriterien 2011, zuletzt geprüft am 23.03.2015.
- Kultusministerium Brandenburg (2008): Orientierungsrahmen Schulqualität Endversion 2008. Qualitätsbereiche und Qualitätsmerkmale guter Schulen, zuletzt geprüft am 16.03.2015.
- Kultusministerium Thüringen (Hrsg.) (2006): Der schulische Qualitätsrahmen als Orientierungshilfe, zuletzt geprüft am 10.04.2015.
- Kultusministerium Thüringen (Hrsg.) (?): Hinweise zur Erstellung eines Schulkonzeptes zur Gesunderhaltung und gesunden Lebensweise an Thüringer Schulen 2007 (?), zuletzt geprüft am 10.06.2015.
- Kultusministerkonferenz (2011): Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen, zuletzt geprüft am 16.03.2015.
- Landesinstitut für Schulentwicklung Baden-Württemberg (Hrsg.) (2011): Schulische Qualitätsdokumentation. Schulportfolio, zuletzt geprüft am 01.06.2015.
- Landesinstitut für Schulqualität und Lehrerbildung Sachsen-Anhalt (LISA) (Hrsg.) (2013): Qualitätsrahmen schulischer Arbeit in Sachsen-Anhalt, zuletzt geprüft am 10.04.2015.

- Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt: Umgang mit Suchtmittelkonsum und Suchtgefährdung in der Schule, zuletzt geprüft am 24.06.2015.
- Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben. Vom 16. Juli 2008. Stand: letzte berücksichtigte Änderung: Ressortbezeichnungen ersetzt (Art. 9 LVO v. 16.03.2015, GVOBl. S. 96).
- Leitfaden der Bundeszahnärztekammer - Förderung der Mundgesundheit durch Gruppenprophylaxe, Baustein zum Gesamtkonzept „Prophylaxe ein Leben lang“ 2000 Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012).
- Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur (Hrsg.): Richtlinie Verbraucherbildung. an allgemeinbildenden Schulen in Rheinland-Pfalz 2010, zuletzt geprüft am 30.03.2015.
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.): Orientierungsrahmen zur Schulqualität. für allgemein bildende Schulen in Baden-Württemberg 2007, zuletzt geprüft am 23.03.2015.
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.): stark. stärker. Wir Prävention an Schulen in Baden-Württemberg. Eine Handreichung für Schulen 11/2013, zuletzt geprüft am 26.03.2015.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2014): Referenzrahmen Schulqualität NRW, zuletzt geprüft am 13.04.2015.
- Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (2014): Orientierungsrahmen Schulqualität in Niedersachsen, zuletzt geprüft am 30.03.2015.
- Pakt für Prävention – 2. Zielkonferenz „Gesund aufwachsen in Hamburg!“ (Hrsg.) (2011): Gesund aufwachsen Schule Ziele 20-03-11, zuletzt geprüft am 15.04.2015.
- Paulus, P. Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule, zuletzt geprüft am 15.04.2015.
- Paulus, P., Michaelsen-Gärtner, B. (2008): Referenzrahmen schulischer Gesundheitsförderung, Gesundheitsqualität im Kontext der Schulqualität, Handreichung mit Indikatorenliste und Toolbox. Zuletzt geprüft am 20.05.2015.
- Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule, Verwaltungsvorschrift vom 10. Dezember 2014.
- Richtlinie Verbraucherbildung an allgemeinbildenden Schulen in Rheinland-Pfalz, 2010.
- Sächsisches Bildungsinstitut (2010): Schulische Qualität im Freistaat Sachsen: Kriterienbeschreibung. Sachsen, zuletzt geprüft am 16.04.2015.
- Schulgesundheitspflege, Gemeinsame Bekanntmachung der Bayerischen Staatsministerien für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst und für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, vom 4. April 1996.
- Schulinspektionen in Niedersachsen, RdErl. d. MK v. 16.7.2014
- Schulisches Qualitätsmanagement an berufsbildenden Schulen (orientiert an EFQM), RdErl. d. MK v 14.10.2011 - 41 – 80 101/6-1/11 (SVBl. 11/2011 S.445) - VORIS 22410.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister (2012): Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012, zuletzt geprüft am 10.04.2015.

- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft (2013): Handlungsrahmen Schulqualität in Berlin, zuletzt geprüft am 26.03.2015.
- Steuerungsgruppe des Landesprogramms „Bildung und Gesundheit“: Konzept des Landesprogramms „Bildung und Gesundheit NRW“ 2013, zuletzt geprüft am 30.04.2015.
- Thüringer Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur (Hrsg.) (2013): Leitfaden zur externen Evaluation Thüringer Schulen, zuletzt geprüft am 10.04.2015.
- Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung der Bundesländer (Hrsg.) (2014): Handlungsempfehlungen der Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung in den Bundesländern, zuletzt geprüft am 07.05.2015.
- Verordnung des Kultusministeriums über die Evaluation von Schulen (EvaluationsVO), vom 10. Juni 2008.
- Verordnung über kinder- und jugendärztliche sowie -zahnärztliche Untersuchungen (Schulgesundheitspflege-Verordnung - SchulGesPfIVO M-V), vom 10. Juli 1996
- Verordnung zur Schulgesundheitspflege (Schulgesundheitspflegeverordnung - SchulgespfIV), vom 20. Dezember 2008.
- VwV Unterstützungssystem Schulentwicklung vom 14. September 2011 (SächsABl. S. 1452), die durch die Verwaltungsvorschrift vom 17. April 2014 (SächsABl. S. 690) geändert worden ist, zuletzt enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 14. Dezember 2015 (SächsABl.SDr. S. S 407).
- www.ls-suchtfraegen-lsa.de/data/.../schulbroschure_neuaufgabe_2011.pdf (2008): Umgang mit Suchtmittelkonsum und Suchtgefährdung in der Schule, zuletzt geprüft am 15.04.2015.
- Gesetze wie angegeben in der jeweils gültigen Fassung.

4. Ergebnisse Setting Pflegeheim

Rechtliche Regelungen und Ergebnisse der Experteninterviews

Weber J, Walter U

Medizinische Hochschule Hannover,

Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

Experteninterviews

Gaede-Illig C, Castedello U

Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin

4.1 Einleitung

Die Versorgung im Pflegeheim stellte lange Zeit die einzige alternative Wohnform für betreuungs- und pflegebedürftige Menschen dar. Wenn der durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste unterstützte Verbleib in der Häuslichkeit nicht mehr tragfähig war, blieb den Betroffenen häufig keine andere Wahl. Seit einigen Jahren existieren außer der vollstationären Langzeitversorgung jedoch weitere, teilweise betreute bzw. mit pflegerischen Versorgungsangeboten ausgestattete Wohnformen. Hierzu zählen Angebote der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege ebenso wie eine breite Palette betreuter, gemeinschaftlicher oder unter der Bezeichnung Servicewohnen firmierende Wohnalternativen (z.B. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2001; Naegele et al. 2006; Kricheldorf 2008; Wonneberger 2011). In der Bedeutungszunahme dieser Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen kommt der Wunsch vieler älterer Menschen nach einem Verbleib in der vertrauten Umgebung oder dem gemeinschaftlichen Wohnen mit ihnen nahestehenden Menschen zum Ausdruck (Gierse, Wagner 2012).

In Deutschland leben mindestens 2,6 Millionen pflegebedürftige Menschen. Von diesen sind 83% 65 Jahre oder älter und 37% 85 Jahre oder älter. Insgesamt sind ca. 1,4 Millionen Hochaltrige unter den Betroffenen. Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden von Angehörigen oder ambulanten Pflegediensten zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt 2015). 29 % bzw. rund 764.000 der von Pflegebedürftigkeit Betroffenen werden in vollstationären Pflegeeinrichtungen betreut. Weit über die Hälfte der in Pflegeheimen Versorgten (59%) weisen erhebliche Einschränkungen der Alltagskompetenz auf. Nur 25% der in der Häuslichkeit Gepflegten sind hiervon betroffen. Die Bewohner der Pflegeheime zeichnen sich zudem durch ein wesentlich höheres Lebensalter aus. So sind 50% der Heimbewohnerinnen und -bewohner über 85 Jahre alt (Häuslichkeit: 31%) (Statistisches Bundesamt 2015).

Da der Gesundheitszustand pflegebedürftiger Heimbewohner bislang nicht regelmäßig statistisch erfasst wird, lassen sich weitergehende Aussagen hierzu nur unter Vorbehalt treffen. Nach dem 2006 veröffentlichten ersten Bericht der Bundesregierung über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und

Bewohner stellen Pflegebedürftige mit der Pflegestufe II die größte Nutzergruppe in der Heimversorgung dar. Ob sich die im Jahr 2006 ebenfalls abzeichnende relative Abnahme des Anteils Pflegebedürftiger mit der Pflegestufe III (BMFSFJ 2006) anhält, darf vor dem Hintergrund des sich in immer spätere, meist von Multimorbidität gekennzeichnete Lebensphasen verschiebenden Heimeintritts bezweifelt werden.

Von den insgesamt 13.000 voll- bzw. teilstationären Pflegeheimen befinden sich 54% in frei gemeinnütziger Trägerschaft (Dez. 2013), was einer Zahl von rund 7.100 Pflegeheimen entspricht. Pflegeheime werden somit in Deutschland mehrheitlich von den Wohlfahrtsverbänden geführt. Der Anteil privatwirtschaftlich betriebener Heime liegt bei 41%. Nur 5% der Heime werden von einem öffentlichen Träger betrieben (Statistisches Bundesamt 2015).

Durchschnittlich werden 63 Pflegebedürftige pro Heim betreut. Fast alle Heime (94%) bieten vollstationäre Dauerpflege an (848.000 der insgesamt 903.000 Heimplätze). Die übrigen Heime beschränken ihr Angebot auf Kurzzeit- bzw. Tages- und Nachtpflege (Statistisches Bundesamt 2015).

62 % der 685.447 in den deutschen Pflegeheimen Beschäftigten arbeiten auf Basis von Teilzeitverträgen. 27% können eine staatlich anerkannte Ausbildung in einem Pflegeberuf vorweisen (Statistisches Bundesamt 2015).

Bereits vor zehn Jahren hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens mehrfach angemahnt, die präventiven und gesundheitsförderlichen Potentiale der Pflege stärker zu nutzen (SVR 2003, 2005, 2007). Das Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ aus dem Jahr 2009 unterstrich die damit verbundenen Forderungen (SVR 2009). Auf die von Walter (2003) im Hinblick auf die Verwendung der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention bzw. verwandter Termini konstatierten babylonische Sprachverwirrung in den Sozialgesetzbüchern bezugnehmend, spürte Bartholomeyczik (2006) der möglichen Bedeutung der Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte für die Pflege nach. Dabei kommt sie zu dem Schluss, dass präventives Handeln seit jeher Teil pflegerischer Verrichtungen war und ist und verweist beispielhaft auf die pflegerischen (Dekubitus-, Sturz-, usw.) Prophylaxen sowie die präventiven Anteile der Expertenstandards. Dennoch ruft sie die Pflege auf, ihre Begrifflichkeiten zu klären und einen Diskurs über die Bedeutung gesundheitlicher Ressourcen im Rahmen pflegerischer Versorgung zu beginnen. Schaeffer und Buescher (2009) diskutieren die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung und empfehlen, vor dem Hintergrund des auch von ihnen festgestellten Mangels an präventiven und gesundheitsförderlichen Strategien, unter dem Stichwort Resilienzförderung eine durch ein intensives gesundheitliches Monitoring der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen geleitete Konzeptualisierung pflegerischer Prävention und Gesundheitsförderung. Als konkrete Handlungsfelder zur Stärkung der Gesundheits- und Bewältigungsressourcen der Bewohnerinnen und

Bewohner von Pflegeheimen werden die sozialen Netzwerke bzw. die Vermeidung sozialer Isolation der Bewohnerinnen und Bewohner, die Verbesserung ihrer Gesundheitskompetenz durch Edukation sowie die Förderung des Wohlbefindens, der gesunden Ernährung und Bewegung vorgeschlagen.

Zwischenzeitlich hat die Konzeptualisierung und modellhafte Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung an Dynamik gewonnen. Es lassen sich – insbesondere im Hinblick auf Interventionen der Bewegungsförderung – Konzepte identifizieren, deren differenzierte inhaltliche Beschreibungen und Wirksamkeitsnachweise es erlauben, ihre praktische Anwendung zu empfehlen (Horn et al. 2013). Auch verpflichtet das im Juni 2015 verabschiedete Präventionsgesetz die Gesetzlichen Krankenversicherungen zur Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Kontext der stationären Langzeitversorgung und bietet zusätzliche finanzielle Anreize für deren Umsetzung.

Weitestgehend unklar bleibt jedoch, inwieweit Prävention und Gesundheitsförderung strukturell in der Praxis der Heimversorgung angekommen ist. Im Sinne einer Bestandsaufnahme befasst sich die vorliegende Untersuchung mit den vorhandenen gesetzlichen Grundlagen, den leistungsrechtlichen Bestimmungen und Finanzierungsmöglichkeiten, ihrer Wahrnehmung und Umsetzung durch die in den Heimen agierenden Akteure sowie deren Wahrnehmung der weitreichenden rechtlichen Regelungen für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der stationären Langzeitversorgung.

4.2 Methodik

Die Recherche der für Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) sowie Qualitätssicherung in der vollstationären Langzeitversorgung relevanten rechtlichen Grundlagen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen erstreckte sich auf die in Tabelle 21 dargestellten Gesetzeswerke.

Tabelle 21: Einbezogene Normen, sortiert nach Ebenen

Auf supranationaler und EU Ebene:

- UN-Behindertenrechtskonvention
- Richtlinie 2005/36/EG über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen innerhalb der Europäischen Union

Bundesebene:

- Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung
- Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung,
- Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)
- Zwölftes Sozialgesetzbuch (SGB XII) – Sozialhilfe

- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG)
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG)
- Infektionsprävention in Heimen – Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI)
- Qualitätsprüfungsrichtlinien der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen, Empfehlungen relevanter Verbände

Landesebene:

- Rahmenverträge gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege (n=16)
- Heimgesetze der Länder (n=16) sowie deren Durchführungsverordnungen (n=11)

ÖGD-Gesetze der Länder (n=16)

Auf supranationaler Ebene wurde die UN-Behindertenrechtskonvention als für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim relevantes Gesetzeswerk identifiziert. Im Hinblick auf qualitätsorientierte Vorgaben fand sich hier keine Entsprechung. Andererseits wurde auf EU-Ebene nur die Richtlinie 2005/36/EG über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen innerhalb der Europäischen Union als für die Qualität der im Pflegeheim erbrachten Leistungen bedeutendes Regelwerk erkannt. Für die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim konnten keine relevanten Vorgaben der Europäischen Union recherchiert werden.

Die Recherche und Berichtslegung für diese Studie wurden von der Verabschiedung des als Artikelgesetz angelegten Präventionsgesetzes flankiert. Die Analyse der bis zum 01.01.2016 geltenden und für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim relevanten Teile des SGB V und des SGB XI wurde daher auf die entsprechenden Neuerungen ausgedehnt. Die für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen bedeutsamen Änderungen werden in einem gesonderten Abschnitt thematisiert.

Im Hinblick auf die recherchierten Gesetze, Verwaltungsvorschriften und Leitlinien ergeben sich Limitierungen aufgrund der vorgefundenen Begriffsvielfalt. Die vorgefundenen Komposita und synonym verwendeten Bezeichnungen erschwerte das vergleichend-bewertende Vorgehen insbesondere im Hinblick auf die föderalen Vorgaben zu Qualitätsentwicklung und -sicherung, aber auch in Bezug auf rechtliche Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Die nachstehende Analyse der rechtlichen Regelungen stellt dennoch eine Zusammenstellung der (für die Themen Prävention und Gesundheitsförderung sowie Qualitätssicherung) relevantesten Vorgaben dar.

Die Auswertung der rechtlichen Regelungen und nachgeordneten Vorgaben wurde durch eine empirische Untersuchung ergänzt. Um die Wahrnehmung der rechtlichen Regelungen sowie den Stand der Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung einschätzen zu können, wurden qualitative Experteninterviews mit Funktionsträgerinnen und Funktionsträger von öffentlichen, gemeinnützigen und privaten Verbänden und Trägern, Ministerien und ihnen nachgeordneten Behörden, den Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen sowie der Wissenschaft geführt. Der verwendete Interviewleitfaden wurde in Abhängigkeit von der Funktionsebene und Zuständigkeit der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sukzessive angepasst. Bei der Auswahl der Gesprächspartner wurde versucht, eine möglichst große geographische Streuung zu erreichen. Inhaltlich sollten sich die Experten und Expertinnen durch ihr Fachwissen im Bereich Gesundheit bzw. Prävention und Gesundheitsförderung und/oder Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Pflegeheim auszeichnen.

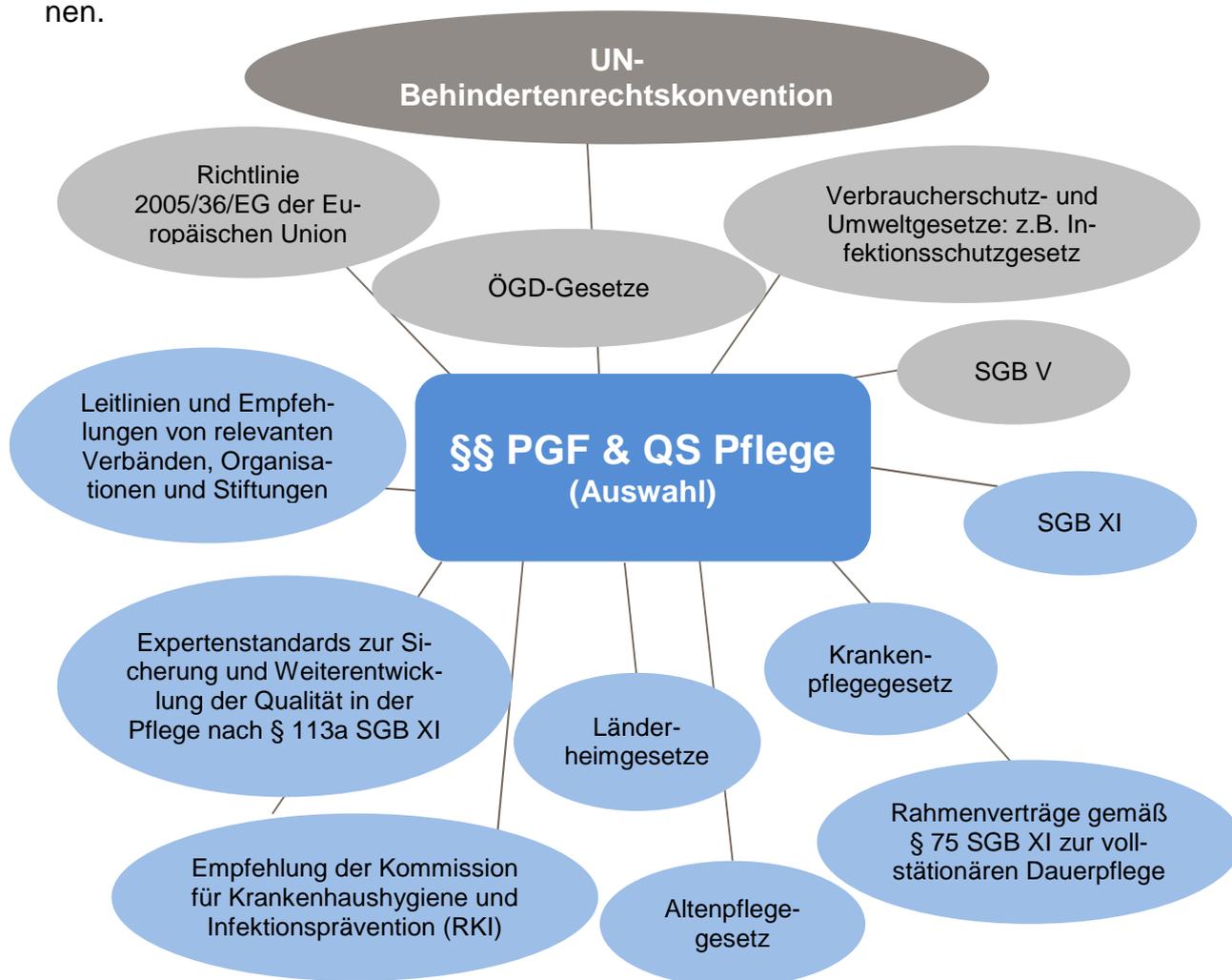


Abbildung 17: Auswahl der rechtlichen Regelungen (QS/PGF)

Die Akquise der Interviewpartnerinnen und -partner erfolgte per E-Mail. In einigen Fällen wurden telefonische Voranfragen gestellt – beispielsweise um die thematisch zuständige Fachkraft eines Trägers oder einer Behörde zu identifizieren. Ins-

gesamt wurden 16 Interviews geführt und auf Band aufgezeichnet. Unter den befragten Expertinnen und Experten waren zwei auf ministerieller Ebene, zwei in einer nachgeordneten Behörde und drei bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen, ein bei einem Verband privater Träger, zwei bei privaten Trägern sowie drei bei Wohlfahrtsverbänden, ein bei einem privat-gemeinnützigen Träger sowie zwei in der Wissenschaft Tätige. Die Interviewdauer bewegte sich zwischen 15 Minuten 16 Sekunden und 56 Minuten und 39 Sekunden. Der Mittelwert lag bei 36 Minuten und 34 Sekunden.

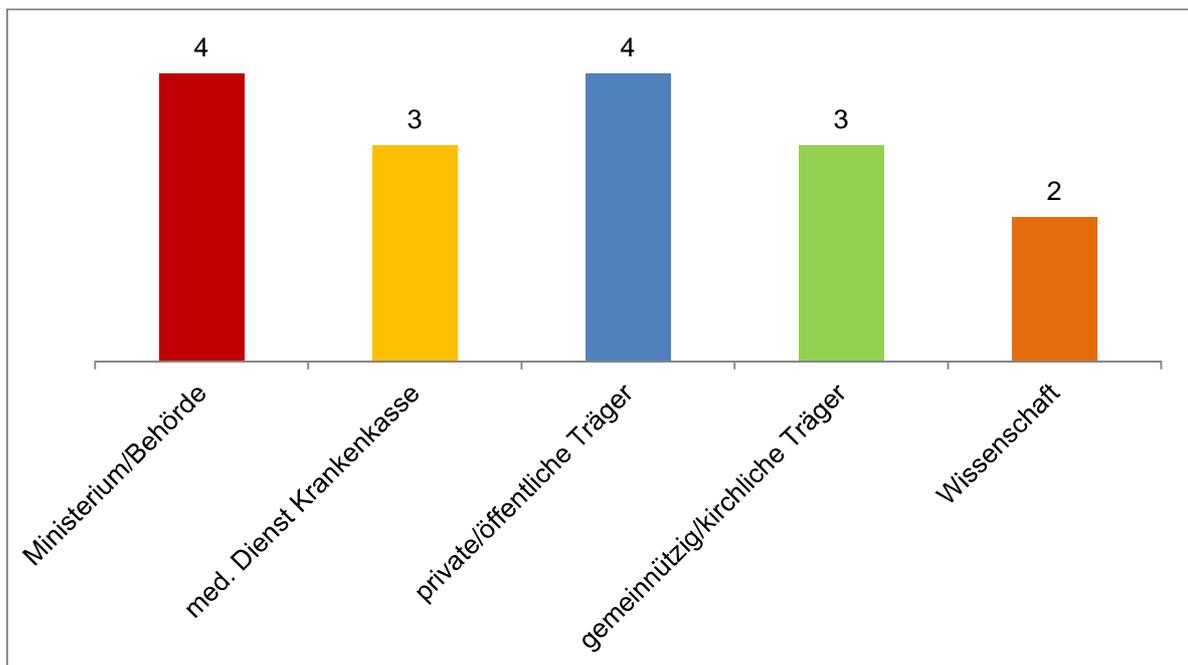


Abbildung 18: Interviewpartner (n=16) nach Tätigkeitsbereich

Insgesamt 16 von 32 Interviewanfragen wurden abgelehnt bzw. nicht beantwortet. Als Gründe wurden mehrheitlich zeitliche Beschränkungen oder selbsteingeschätzte, nicht ausreichende Fachkompetenz angeführt. Insbesondere im Bereich der privaten Träger wurden mehrere Interviewanfragen aus prinzipiellen Gründen abgelehnt. Bei einigen Behörden bedurfte es mehrfacher Erinnerungen bzw. Aushandlungsprozesse unter mehreren potentiellen Interviewpartnern, bevor ein Interviewtermin vereinbart werden konnte. Die nicht durchgeführten Interviews verteilen sich auf sieben private und zwei kommunale bzw. öffentliche Träger, drei private und einen kommunalen Trägerverband, jeweils einen MDK, einen Ministeriums- sowie einen Vertreter eines Verbandes aus dem Bereich der Interessenvertretung von Nutzerinnen und Nutzern des Versorgungssystems.

4.3 Rechtliche Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen

4.3.1 Supranationale Vorgaben

4.3.1.1 UN-Behindertenrechtskonvention

Das unter dem Namen UN-Behindertenrechtskonvention bekannte „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung“ wird zu den Menschenrechtsübereinkommen der Vereinten Nationen gezählt. Auf supranationaler Ebene verortet, stellt es das weitreichendste, durch seine Ratifizierung durch den Deutschen Bundestag im Jahr 2009 auch in Deutschland wirksame Regelwerk über die Rechte behinderter Menschen und deren Schutz dar. Die Konvention reklamiert und bekräftigt die Geltung der allgemeinen Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen und ergänzt deren Perspektive. Zweck der Konvention ist es, so

„[...] den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderung zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern“ (Artikel 1, UN-Behindertenrechtskonvention).

Hierzu setzt die Konvention Impulse und stellt Forderungen, die auf nahezu alle Lebensbereiche abzielen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention nimmt keinen expliziten Bezug auf die in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung lebenden und betreuten Menschen. Ihr zentrales Motiv ist es, Menschen mit Behinderungen die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Die besondere Relevanz der Konvention für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen ergibt sich aus dem Umstand, dass die genannte Zielgruppe besonders häufig von Behinderungen betroffen ist bzw. diese in vielen Fällen als ursächlich für die Betreuungs- und/oder Pflegebedürftigkeit der gelten müssen.

Als ein im Kontext der hier vorgelegten Untersuchung zur Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim besonders bedeutsamer Abschnitt der Konvention ist der Artikel 9 anzusehen. Dieser hält die Vertragsstaaten dazu an, Maßnahmen mit dem Ziel zu ergreifen,

„[...] Menschen mit Behinderung den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, zu gewährleisten“ (Artikel 9, UN-Behindertenrechtskonvention).

Damit angesprochen sind auch die Förderung von Zugängen bzw. der Abbau hemmender Barrieren und die Unterstützung der Teilhabe am öffentlichen bzw. gesellschaftlichen Leben von Menschen, die beispielsweise aufgrund altersbedingter, degenerativer Prozesse oder anderweitig erworbener Behinderungen im

Pflegeheim versorgt werden. Unter der Überschrift „Persönliche Mobilität“ (Artikel 20) werden die Vertragsstaaten darüber hinaus verpflichtet, Maßnahmen zu treffen, „[...] um für Menschen mit Behinderungen persönliche Mobilität mit größtmöglicher Unabhängigkeit sicherzustellen [...].“

Die Artikel 14, 15 und 16 fordern die Vertragsstaaten dazu auf, die persönliche Freiheit und Sicherheit aller Behinderten sicherzustellen und sie vor Folter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung und Strafe bzw. vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu schützen. Artikel 19 garantiert Menschen mit Behinderung eine unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft. Diese Rechte sollen über die Schaffung gleicher Wahlmöglichkeiten im Hinblick auf die individuelle Entscheidung, wie ein Individuum in der Gemeinschaft leben will, für Menschen mit Behinderung verwirklicht werden.

Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention widmet sich der Gesundheit und hält fest, dass die *Vertragsstaaten* „[...] das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung [...]“ anerkennen. Darüber hinaus verpflichtet er die Staaten dazu, geeignete Maßnahmen zu treffen, um den „[...] Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation [...]“ für Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten. Damit wird ihnen ein Recht auf rehabilitative (und tertiärpräventive) Leistungen zugesprochen. Auch die Wahrnehmung von Versorgungsleistungen durch Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung, die von Behinderungen betroffenen sind, kann so im Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention betrachtet werden.

Darüber hinaus fordert Artikel 25, Menschen mit Behinderung Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen, die „[...] speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden [...]“. Dieses kann (tertiär-) präventive Leistungen mit einschließen, „[...] durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen [...]“.

Schließlich greift Artikel 26 Rehabilitation erneut auf. Dem Titel „Habilitation und Rehabilitation“ folgend, werden die Vertragsstaaten in Absatz 1 dazu angehalten, auch unter Rückgriff auf die Unterstützung von anderen Menschen mit Behinderung, Maßnahmen zu treffen, die geeignet sind „[...] um Menschen mit Behinderung in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit [und] umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten [...] zu bewahren.“ Um diese Ziele zu erreichen, sollen die Vertragsstaaten, unter anderem auf dem Gebiet der Gesundheit, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme organisieren, stärken und erweitern.

4.3.2 Vorgaben auf Bundesebene

4.3.2.1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung

Der § 11 (Leistungsarten) des SGB V sichert allen Versicherten Anspruch auf Leistungen zur (Absatz 1) „[...] *Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung zu [...].*“ Absatz 2 sieht zudem einen Leistungsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und andere ergänzende Leistungen vor. Die Leistungen werden jedoch nur gewährt, wenn sie notwendig sind um „[...] *Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.*“ Gleichzeitig werden Leistungen der aktivierenden Pflege, die nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit notwendig werden, im Zuständigkeitsbereich der sozialen Pflegeversicherung verortet.

Bereits vor der zum 01.01.2016 wirksamen Neufassung des § 20 SGB V (Prävention und Selbsthilfe) verpflichtete dieser alle Krankenkassen dazu, Leistungen der primären Prävention satzungsmäßig vorzusehen. Letztere sollen dazu geeignet sein, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und „[...] einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“ Seit 2000 waren die Krankenkassen verpflichtet, einen jährlichen – und in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches (SGB IV) anzupassenden – Betrag für primärpräventive Leistungen vorzusehen (2006: 2,74 €/Versicherten; 2014: 4,16 €/Versicherten). Im Zuge des Präventionsgesetzes wurde dieser deutlich erhöht (7 €) und auch Lebenswelten älterer Menschen explizit einbezogen.

Grundsätzlich stehen diese und weitere (z.B. Schutzimpfungen, § 20d) von der Gesetzlichen Krankenversicherung gewährten präventiven, gesundheitsförderlichen und rehabilitativen Inhalte bzw. Leistungen auch den Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen zur Verfügung.

Auch die im vierten Abschnitt des SGB V aufgeführten Leistungen zur Früherkennung (Sekundärprävention) von Krankheiten (§ 25 Gesundheitsuntersuchungen, § 25a Organisierte Früherkennungsprogramme) stehen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern offen, soweit die definierten Teilnahmekriterien zutreffen.

Entsprechend dem Grundsatz „Reha vor Pflege“ ist die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit eines der Anliegen der in § 40 geregelten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Demnach können „[...] *rehabilitative Leistungen auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches [...]*“ erbracht werden. Ihren Bewohnerinnen und Bewohnern steht zudem – wie allen andern Leistungsberechtigten – ein Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung zu, sollten ambulante bzw. mobile Rehabilitationsleistungen nicht geeignet sein, die medizinischen Ziele zu verwirklichen. Die für den Bereich der Rehabilitation zu konstatierende enge Verzahnung der Sozialgesetzbücher V und XI wird

auch im SGB XI explizit. Unter der Überschrift „Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation“ werden die Pflegekassen in § 5 SGB XI Absatz 1 dazu angehalten, bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, „[...] dass *frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.*“ Absatz 2 verpflichtet die Leistungsträger des Weiteren dazu, auch nach „*Eintritt der Pflegebedürftigkeit*“ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie ergänzende Leistungen mit dem Ziel zu erbringen, „[...] die *Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.*“ Der präventive Charakter der zu erbringenden Rehabilitationsleistungen wird somit offenbar. Ihr Ziel unterscheidet sich jedoch von der definitionsgemäß mit Prävention verbundenen Absicht, Selbstständigkeit zu erhalten und Erkrankungen (gezielt) vorzubeugen. Der durch das SGB V und das SGB XI gewährte Vorrang von medizinischer Rehabilitation vor Pflege bezieht sich auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und schließt ihre Überwindung sowie die Minderung ihrer negativen Folgen ein.

Die leistungsrechtliche Relevanz des SGB V für im Rahmen stationärer Langzeitversorgung betreute Menschen ergibt sich zudem aus dem § 39a. Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, können einen Zuschuss zur Finanzierung der von ihnen in Anspruch genommenen stationären oder ambulanten Hospizleistungen erhalten. Der Bezug zu der hier im Fokus stehenden Versorgung im Pflegeheim ist nicht zuletzt deshalb gegeben, weil mittlerweile viele Heime über Palliativ- und Hospizstationen verfügen oder entsprechende Leistungen in ihr Serviceportfolio aufnehmen konnten. Eine ganzheitlich ausgerichtete Versorgung unterstützt Pflegebedürftige, auch in einer durch unheilbare Krankheit oder den nahen Tod gekennzeichneten Lebensphase, im Umgang mit Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden sowie psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen. In diesem Sinne ist davon auszugehen, dass eine palliative Versorgung, die ein durch Würde, dem Gefühl der Geborgenheit und des relativen Wohlbefindens gekennzeichnetes Erleben des finalen Lebensabschnittes ermöglicht, dem Charakter nach als gesundheitsförderlich zu bezeichnende Leistungen integriert.

4.3.2.2 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung (SGB XI) stellt das für die stationäre Langzeitversorgung zentrale Gesetzeswerk da. Bis zum Inkrafttreten der Neufassung des SGB XI am 01.01.2016 wurde Prävention und Gesundheitsförderung in den für die stationäre Langzeitversorgung relevanten Paragraphen nicht explizit bzw. nur indirekt erwähnt oder als Aufgabe der Pflege angesprochen (z.B. Unterstützung pflegender Angehöriger).

Der auch nach der Einführung des Präventionsgesetzes geltende § 7 Absatz 1 SGB XI verpflichtet die Pflegekassen jedoch dazu, *„[...] die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.“*

Pflegeeinrichtungen sind nach dem ebenfalls weiterhin geltenden § 11 SGB XI verpflichtet, die ihre Leistungen in Anspruch nehmenden Pflegebedürftigen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu versorgen. Ob hieraus eine Verpflichtung zur Erbringung präventiver und gesundheitsförderlicher Leistungen erwächst, hängt so auch davon ab, inwieweit beispielsweise die pflegerischen Expertenstandards entsprechende Anteile integrieren. Weiterhin sollen Inhalt und Organisation der im Pflegeheim erbrachten Leistungen unter Achtung der Menschenwürde eine „humane und aktivierende Pflege“ gewährleisten (§ 11 Absatz 1 SGB XI). § 28 SGB XI definiert die Leistungsarten und Grundsätze und untermauert im vierten Absatz erneut die Verpflichtung zu einer aktivierenden Ausrichtung der Pflegemaßnahmen. Erklärend wird dazu ausgeführt, dass diese *„[...] zum Ziel haben, vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.“* Neben einer aktivierenden Pflege, die auf die (Wieder-) Befähigung zur selbstständigen Ausführung der Aktivitäten des täglichen Lebens zielt, werden somit auch psychosoziale Aspekte der Versorgung thematisiert. Namentlich soll die Gefahr von Vereinsamung präveniert werden. Die Konzeptualisierung der aktivierenden Pflege erstreckt sich an dieser Stelle damit offensichtlich auch auf klassisch primärpräventive Aspekte, ohne dabei den Terminus Prävention aufzugreifen.

In diesem Kontext ist auf § 87a SGB XI (Berechnung und Zahlung des Heimentgeltes) hinzuweisen, der Pflegeeinrichtungen eine Bonuszahlung von 1597 € seitens der Pflegekassen zusichert. Bedingung für die Auszahlung ist, dass eine Bewohnerin oder ein Bewohner innerhalb der ersten sechs Monate des Heimaufenthaltes, als Folge aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen, von einer höheren in die nächst niedrige Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit eingestuft werden konnte. Die mit der Gewährung der Bonuszahlung verknüpften Bedingungen verdeutlichen, dass das Konzept der aktivierenden Pflege auch hier das Vorhandensein von Pflegebedürftigkeit bzw. die durch Krankheit oder Behinderung bedingte Bewilligung einer Pflegestufe zur Voraussetzung macht. Von wenigen Ausnahmen abgesehen ist das Konzept der aktivierenden Pflege somit an vorhandenen, körperlichen oder geistigen Defiziten anstatt einem primärpräventiven Ansatz orientiert.

Im Rahmen des § 87b SGB XI wird Pflegeheimen die Möglichkeit eröffnet, für Heimbewohner sowie Versicherte mit einem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung, welcher nicht das Ausmaß der Pfl-

gestufe I erreicht, zusätzliche leistungsrechtliche Zuschläge zu vereinbaren. Zuschlagsberechtigt sind nach § 45a Absatz 2 SGB XI zudem Personen, bei denen vor dem Hintergrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder einer psychischen Erkrankung, Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt wurden, die mit einer dauerhaften und erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz einhergehen. § 87b SGB XI zeigt die Voraussetzung auf. Aufgrund einer ausbleibenden inhaltlichen Konkretisierung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung für die anspruchsberechtigten Bewohnerinnen und Bewohner, kann jedoch auch hier kein Auftrag zur Durchführung von Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim konstatiert werden.

Der § 5 SGB XI formuliert den Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation vor Pflege. So forderte Absatz 1 die Pflegekassen dazu auf, bei den zuständigen Leistungserbringern darauf hinzuwirken, „[...] dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.“ Das Präventionsziel wurde dabei über die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit definiert. Leistungsrechtlich wurde dieser Grundsatz allerdings kaum untermauert. Erst im Zuge der Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Juni 2015 konnten hier Veränderungen verwirklicht werden. Dessen ungeachtet erscheint die in Absatz 2 formulierte Verpflichtung zur umfassenden Erbringung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation unter Präventionsgesichtspunkten von größerer Bedeutung. Die angesprochenen Rehabilitationsleistungen haben das Ziel, (bereits vorhandene) Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhindern.

Unter dem Titel „Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten verpflichtet“ § 18a SGB XI die Pflegekassen zur Mitteilung einer umfassenden und begründeten Rehabilitationsempfehlung für die pflegebedürftigen Versicherten. Ziel ist es, Transparenz über den mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit einhergehenden medizinischen Rehabilitationsbedarf herzustellen. Die Übermittlung des Rehabilitationsbedarfs an den zuständigen Rehabilitationsträger erwirkt ein entsprechendes Antragsverfahren.

4.3.2.3 Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)

Das am 18.06.2015 vom Deutschen Bundestag verabschiedete *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention* ist als Artikelgesetz konzipiert und nimmt so Änderungen und Ergänzungen in bestehenden Gesetzeswerken vor.

Neben Kindertageseinrichtungen, Schulen und Betrieben werden stationäre Pflegeeinrichtungen explizit als eine der Lebenswelten hervorgehoben, in denen ab dem Inkrafttreten des Gesetzes am 01.01.2016 durch eine zielgerichtete Neu-

strukturierung der finanziellen Grundlagen der Krankenkassen und der Pflegekassen Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden soll.

Für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sind die Modifizierungen des fünften und des elften Sozialgesetzbuches dabei von besonderer Bedeutung.

Für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim relevante Änderungen im SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung

Unter dem Titel „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung“ erfährt der § 20 SGB V eine Neufassung in der die Krankenkassen dazu verpflichtet werden, satzungsmäßig „[...] Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten und gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) [...]“ vorzusehen. Die weiteren Ausführungen verpflichten den Spitzenverband Bund der Krankenkassen dabei die nationalen Gesundheitsziele – z.B. „Gesund älter werden“ – zu berücksichtigen und machen Angaben zur Art und Finanzierung der zu erbringenden Leistungen.

Die Neufassung des § 20a SGB V präzisiert die Beschreibung der zu erbringenden „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten“ und beschreibt unter Absatz 1 Lebenswelten unter anderem als soziale Systeme der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Absatz 3 verpflichtet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dazu, die Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung (u.a.) in den Lebenswelten älterer Menschen und im Hinblick auf die Entwicklung, Implementierung und Evaluation krankenkassenübergreifender Leistungen zu unterstützen.

Der neugefasste § 20d SGB V verpflichtet die Krankenkassen zur Entwicklung einer Nationalen Präventionsstrategie, die laut dem neu geschaffenen § 20e SGB V von der zu konstituierenden Nationalen Präventionskonferenz weiterentwickelt und dabei durch das ebenfalls zu gründende Präventionsforum beraten werden soll. Darüber hinaus wird den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Trägern der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, im ebenfalls ergänzten § 20f SGB V der Abschluss gemeinsamer Rahmenvereinbarungen auf Landesebene aufgetragen. Die darin enthaltenen Leistungen sollen sich an den unter § 20 Absatz 4 SGB V sowie den in den §§ 20a bis 20c SGB V gemachten Angaben orientieren. Im Hinblick auf die Pflegekassen sind zudem die im SGB XI enthaltenen leistungsrechtlichen Vorgaben relevant.

Der Gesetzgeber geht von zusätzlichen Mehrausgaben von 220 bis 240 Millionen Euro für die Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) ab dem Jahr 2016 aus.

Für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim relevante Änderungen im SGB XI – Soziale Pflegeversicherung

Die Verabschiedung des Präventionsgesetzes geht mit weitreichenden Ergänzungen und Änderungen des § 5 SGB XI einher. Unter dem Titel „Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation“ wird den Pflegekassen zukünftig aufgetragen, „[...] Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte [zu] erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen.“

Damit wird den Pflegekassen erstmalig ein gesetzlicher Auftrag zur Anregung und Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Leistungen im Pflegeheim erteilt. Um die Qualität entsprechender Maßnahmen zu gewährleisten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, insbesondere im Hinblick auf „[...] Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele [...]“ auf unabhängigen Sachverstand zurückzugreifen.

Absatz 2 des neugefasten § 5 SGB XI sieht (analog zum § 20 SGB V) vor, dass die Pflegekassen für jeden Versicherten 0,30 € für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung jährlich ausgeben. Die Pflegekassen werden angehalten und dazu aufgefordert, bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, „[...] dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“ (§ 5 SGB XI, Absatz 2). Damit bleibt die Abwendung von Pflegebedürftigkeit weiterhin ein zentrales Motiv der Prävention und Gesundheitsförderung.

Im Rahmen des Präventionsgesetzes erfährt der präventive Versorgungsauftrag eine bedeutende Ergänzung. Parallel zu den Bemühungen Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, und im Sinne eines erweiterten präventiven Leistungsspektrums, müssen die Pflegekassen fortan darauf hinwirken, bereits eingetretene, „[...] Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie ihre Verschlimmerung zu verhindern.“ (§ 5 SGB XI, Absatz 6) Damit wird die Verminderung von Pflegebedürftigkeit besonders betont und gestärkt.

Der § 18 SGB XI regelt das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Durch die im Zuge des Präventionsgesetzes vorgenommenen Änderungen ist der MDK verpflichtet ergänzende Angaben dazu zu machen, ob in der Einrichtung des Anspruchsberechtigten Beratungsbedarf im Hinblick auf Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach dem § 20 SGB V besteht. Die weiterhin zu dokumentierende Rehabilitationsempfehlung wird künftig durch eine Präventionsempfehlung ergänzt.

Der die Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards regelnde § 113a SGB XI wird um die Feststellung erweitert, dass deren Entwicklung mit dem Ziel

verbunden ist, „[...] auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen.“ Diese Ergänzung birgt das Potential, dass den präventiven und gesundheitsförderlichen Aspekten, die in den Expertenstandards enthaltenen sind, bei zukünftigen Entwicklungsarbeiten noch größere Aufmerksamkeit zuteil wird.

Die den Gesetzestext begleitende Kommentierung geht im Hinblick auf die in § 5 SGB XI beschriebene zusätzliche Präventionsleistung von jährlichen Mehrausgaben von rund 21 Millionen Euro für die Soziale Pflegeversicherung aus.

4.3.2.4 Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG)

Das zuletzt im Juli 2015 aktualisierte Krankenpflegegesetz adressiert in dem die Ausbildungsziele definierenden § 3 explizit präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen. Bezugnehmend auf pflegewissenschaftliche, medizinische und von weiteren Bezugswissenschaften zur Verfügung gestellte Erkenntnisse werden die Ausbildungsträger dazu verpflichtet, den Auszubildenden die notwendigen fachlichen, personalen, sozialen und methodischen „[...] Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten [zu] vermitteln. Die Pflege [...] ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten.“

Nach § 3 Absatz 2 sollen die Auszubildenden ferner dazu befähigt werden, Menschen und ihre „Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ zu beraten. Auch sind ihnen die notwendigen Fähigkeiten zur Mitwirkung an der Erbringung rehabilitativer Maßnahmen zu vermitteln. Somit sollen Pflegekräfte im Rahmen ihrer Ausbildung auf die Durchführung präventiver Maßnahmen zur Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen vorbereitet werden. Von einem generellen Präventions- oder Gesundheitsförderungsauftrag für die werdenden Pflegekräfte ist vor diesem Hintergrund dennoch nicht auszugehen. Die in § 1 KrPflG dokumentierte und mit dem Inkrafttreten des vierten Krankenpflegegesetzes im Jahr 2004 wirksam gewordene Erweiterung der Berufsbezeichnungen Krankenpflegerin und Krankenpfleger bzw. Kinderkrankenpflegerin und Kinderkrankenpflege zu Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger spiegelt jedoch ein verändertes professionelles Pflegeverständnis wieder. Das vormals auf die Kompensation bereits eingetretener physischer oder psychischer Einschränkungen der zu Pflegenden fokussierte berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte in Deutschland hat in den letzten Dekaden salutogene Aspekte sowie für Beratung und Prävention erforderliche Kompetenzen sukzessive integriert.

4.3.2.5 Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG)

Dem Krankenpflegegesetz ähnlich, greift auch das letztmalig im August 2015 aktualisierte Altenpflegegesetz bei der Definition der Ausbildungsziele präventive und gesundheitsförderliche Kompetenzen auf. Demzufolge soll die „Ausbildung in der Altenpflege [...] die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere: [...]

3. die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte, [...]
5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung, [und...]
9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte [...]" (§ 3, Absatz 1).

In der Altenpflegeausbildung kommt der Ausbildung von Kompetenzen, die eine große Schnittmenge mit den im Rahmen präventiver und gesundheitsförderlicher Strategien benötigten Fähigkeiten aufweisen, ein hoher Stellenwert zu. Die Altenpflegekräfte sollen so auf die Umsetzung einer Versorgung vorbereitet werden, die beratende, aktivierende, vorsorgende, rehabilitative und die soziale Teilhabe fördernde Strategien berücksichtigt – dabei jedoch nur Teilaspekte anderer Betreuungs- und Pflegeleistungen darstellen. Prävention und Gesundheitsförderung wird allerdings nicht explizit genannt und als eigenständige Aufgaben der zukünftigen Altenpflegerinnen und -pfleger systematisiert. Dementsprechend lässt sich auch kein Durchführungsauftrag für Prävention und Gesundheitsförderung ableiten.

4.3.3 Vorgaben auf Landesebene

4.3.3.1 Rahmenverträge gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege

Die für alle 16 Bundesländer verfügbaren und zwischen den Gesundheitsministerien, den Spitzenverbänden der Pflegekassen, den Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen in den Ländern geschlossenen Rahmenverträge zur vollstationären Dauerpflege weisen eine vergleichbare Gestaltung auf und lassen nicht zuletzt aufgrund der vielfach identischen Formulierungen inhaltliche Überschneidungen erkennen. Dies gilt auch im Hinblick auf die in den Verträgen angesprochenen Bezüge zu Prävention und Gesundheitsförderung. Tabelle 22 stellt exemplarisch einige dieser zentralen Begrifflichkeiten vor.

Übereinstimmend beschreiben die von den Heimen individuell zu gewährenden Hilfen das Ziel, die Bewohnerinnen und Bewohner durch Beaufsichtigung oder An-

leitung bzw. der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Aktivitäten des täglichen Lebens (wieder) in die Lage zu versetzen, diese eigenständig durchzuführen. Die hierzu eingeleiteten Maßnahmen sollen dazu geeignet sein, Pflegebedürftigkeit zu mindern sowie ihre Verschlimmerung und das Entstehen von Sekundärerkrankung zu verhindern. Neben der als obligatorisch beschriebenen aktivierenden Pflege sind in den Verträgen Angaben zur Gestaltung der Hilfen zur Ernährung, der Mobilität, der sozialen Betreuung und der Behandlungspflege enthalten. Unter präventiven und gesundheitsförderlichen Gesichtspunkten sind dabei die Hilfen zur Mobilität hervorzuheben. Diese sollen Beweglichkeit fördern, vor Selbst- und Fremdgefährdung schützen, Bewegungsdefizite ausgleichen und Sekundärerkrankungen wie Kontraktoren vermeiden. Leistungen der sozialen Betreuung bzw. Hilfen bei der persönlichen Lebensführung werden mit der Vermeidung von Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität verknüpft und haben ebenfalls zum Ziel, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und zu mindern. Die Pflegeeinrichtungen werden zudem verpflichtet, den individuellen Präventions- und Rehabilitationsbedarf ihrer Bewohnerinnen und Bewohner an die jeweils zuständige Pflegekasse zu übermitteln.

Tabelle 22: Die stationäre Langzeitversorgung betreffende Prävention und Gesundheitsförderung Dimensionen der Rahmenverträge gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI (Stand: Januar 2015)

Dimension (PGF)	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI (n=16)
Aktivierende Pflege	BY, HB, HE, HH, NI, RP, SH, TH
Mobilität (fördern und Einschränkungen vorbeugen)	BB, BE, BW, HB, HE, HH, MV, NI, RP, SH, SL, SN, ST, TH
Prophylaxen	BB, BE, BY, HB, HE, HH, MV, NI, SH, SL, SN, ST, TH
Mitteilung zu Präventionsbedarf an Kostenträger	BB, BE, BW, HB, HH, MV, NI, RP, SH, SL, SN, ST, TH
Vorbeugung vor (Kontraktoren und Sekundär-) Erkrankungen	BB, BW, BY, HB, HE, HH, MV, NI, RP, SH, SL, SN, ST, TH

4.3.3.2 Landesheimgesetze

Die *Heimgesetze der Länder* enthalten keinen konkreten Präventions- und/oder Gesundheitsförderungsauftrag für Pflegeheime. Dennoch weisen die in den Heimgesetzen formulierten Anforderungen und enthaltenen Begrifflichkeiten Schnittmengen mit präventiven und gesundheitsförderlichen Strategien auf. Tabelle 23 enthält eine Zusammenschau der in den hier besprochenen Heimgesetzen und den im folgenden Abschnitt behandelten Gesetzen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst vorzufindenden PGF Bezüge.

Darüber hinaus fordert lediglich das *Hamburgische Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG)* die Leistungserbringer explizit zur „Förderung der Gesundheit der Nutzerinnen und Nutzer“ auf. Das nordrheinwestfälische Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) zielt auf eine „gesundheitsförderliche Betreuung“ und fordert

eine „dreijährige förderliche Ausbildung“ des Personals. Hervorzuheben ist der § 8 des nordrheinwestfälischen Heimgesetzes, der ein Unikum innerhalb der Heimgesetze darstellt. Unter dem Titel „Gewaltprävention, freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen“ werden die Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter verpflichtet, „geeignete Maßnahmen zum Schutz der Nutzerinnen und Nutzer vor jeder Form der Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschließlich ihrer geschlechtsspezifischen Aspekte [...]“ zu treffen.

Abgesehen vom Hessischen, enthalten alle Heimgesetze Vorgaben zur Verhütung von Unfällen und der Abwendung von Gefahren für die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner und/oder die öffentliche Sicherheit. Alle Bundesländer verpflichten die Heime zur Erstellung und Umsetzung individueller Hilfs- und/oder (heilpädagogischer) Förderpläne. Im Rahmen der Zweckdefinition der Gesetze wird der Anspruch formuliert, die Selbständigkeit, die Selbstbestimmung, die Selbstverantwortung sowie die Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben zu fördern. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt somit auf dem Erhalt sozialer Teilhabeoptionen.

Tabelle 23: Die stationäre Langzeitversorgung betreffende Dimensionen von Prävention und Gesundheitsförderung der Landesheimgesetze und der Gesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Stand: Januar 2015)

Dimensionen PGF	Landesheimgesetze(n=16)	ÖGD Gesetze (n=16)
Gemäß der Zweckdefinitionen der Gesetze sollen diese die Selbständigkeit, Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und/oder Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben fördern bzw. fördert das jeweilige Gesetz alle oder einige der genannten Bezüge sowie die Lebensqualität.	BE, HB, BW, BY, HE, HH, NI, NW, SH, SN, ST, TH (n=12)	
Zweck des Gesetzes: Förderung der Gesundheit	HH (n=1)	
gesundheitsfördernde Betreuung	NW (n=1)	
Heilpädagogische Förderung als Anforderung an die Heime	BE, BY, NI, SL, ST (n=5)	
Förderung der individuellen Lebensgestaltung	BR (n=1)	
Förder- und Hilfspläne müssen erstellt und vorgehalten werden	BB, BE, BW, BY, HE, NW, SH, SL, SN, ST (n=10)	
Abwendung von Gefahren, Verhütung von Unfällen	BB, BE, BY, HB, HH, MV, NI, NW, RP, SL, SN, ST, TH (n=13)	
Gewaltprävention	NW (n=1)	
Förderung und Schutz der Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung vulnerabler Zielgruppen		HB, HH, RP, SH (n=4)

4.3.3.3 Landesgesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Nur vier der in allen Bundesländern vorhandenen Gesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) enthalten Vorgaben für Prävention und Gesundheitsförderung, die im weitesten Sinne auch für die im Pflegeheim Versorgten gelten (vgl. Tabelle 23). In drei Gesetzen wird die Zielgruppe der Älteren und Alten dabei explizit genannt. Ein direkter Bezug zum Pflegeheim wird hingegen nur in Bremen hergestellt. Das *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen (ÖGDG)* nimmt in § 16 die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für ältere Menschen in den Blick. Demzufolge beteiligt sich der ÖGD an der „Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung für ältere Menschen“ und wirkt darauf hin, dass „[...] die Angebote im ambulanten, heimstationären, krankenhausstationären, rehabilitativen und sozialen Bereich mit dem Ziel aufeinander abgestimmt werden, gesundheitlich beeinträchtigte ältere Menschen zu befähigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben.“

Nach dem *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Hamburg (Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz - HmbGDG)* zählt „[...] die Förderung und der Schutz der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen [...]“ zu den Aufgaben und Leistungen von „besonderer Bedeutung“. (§ 2, Absatz 2) Diesen Anspruch aufgreifend, wird der Öffentliche Gesundheitsdienst in § 3 u.a. zur Zusammenarbeit mit den Trägern der Gesundheitsförderung angehalten. Dabei wird ihm aufgetragen, eine initiiierende und koordinierende Funktion wahrzunehmen. Unter dem Titel „Gesundheitsförderung und Prävention“ fordert § 6 den Öffentlichen Gesundheitsdienst und seine Kooperationspartner dazu auf, die Bürgerinnen und Bürger bei der Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit zu unterstützen und sich für die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen einzusetzen. Aufgabe des ÖGD ist es zudem, die Bürgerinnen und Bürger über die Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung aufzuklären und sie zur Mitwirkung bei der Vorbeugung von Krankheiten zu ermutigen. Diesen, sich auf alle Einwohnerinnen und Einwohner Hamburgs erstreckenden Auftrag ergänzend, führt § 9 (Ältere Menschen) aus, dass der ÖGD zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit von älteren Menschen Beratungs- und Betreuungsangebote vorzuhalten hat, um ihre Selbstbestimmung und eigenständige Lebensführung zu unterstützen.

Im *Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG)* des Landes Schleswig Holstein werden die Kreise und kreisfreien Städte unter der Überschrift „Gesundheitsförderung“ (§ 5) dazu aufgefordert, bei ihren Planungen und Maßnahmen „[...] insbesondere in den Bereichen Siedlungsentwicklung, Wohnen, Schule, Jugend, Menschen im Alter, Verkehr, Umwelt, Arbeitswelt und Soziales, die Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einschließlich der Gesundheitsziele nach § 4 Abs. 1 angemessen [zu] berücksichtigen (Gesundheitsförderung).“ Hierzu dürfen „[...] sie gesundheitsfördernde Aktivitäten initiieren, unterstützen und koordinieren und die Bevölkerung oder benachteiligte Gruppen durch Information, Beratung und Aufklärung über Gesundheitsrisiken,

gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Verhältnisse unterrichten und sie zu gesundheitsbewusstem Verhalten aktivieren.“

In Rheinland-Pfalz definiert § 5 die „Allgemeinen Aufgaben und Schwerpunktaufgaben der Gesundheitsämter“ und erklärt, neben dem gesundheitlichen Monitoring der Bevölkerung, die Beratung der für die „[...] Gesundheitsversorgung zuständigen Stellen über den Bedarf an Angeboten zur Gesundheitsförderung [...]“ zu den Pflichten des ÖGD gehörend. Inhaltlich wird die Beratungstätigkeit explizit mit gesundheitsbezogenen, präventiven Zielen verbunden. Die Beratung umfasst insbesondere Angebote der: „1. aufklärenden Gesundheitsberatung der Bevölkerung in Fragen der körperlichen und seelischen Gesundheit (Primärprävention), 2. Beratung über Vorsorge und Krankheitsfrüherkennung (Sekundärprävention) und 3. Beratung über Maßnahmen zur Versorgung und Rehabilitation chronisch Kranker (Tertiärprävention).“

Die ÖGD-Gesetze in Hamburg, Schleswig-Holstein und Rheinland Pfalz stellen so keinen direkten Zusammenhang zur Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der stationären Langzeitversorgung her. Ältere und Alte werden jedoch deutlich als eine Zielgruppe für gesundheitsförderliche und gesundheitsbezogene präventive und beratende Maßnahmen genannt.

4.3.4 Leitlinien und Empfehlungen

4.3.4.1 Prävention und Gesundheitsförderung als pflegerische Handlungsfelder aus Sicht des DBfK

Unter dem Titel „Handlungsfelder der Pflege. Gesundheitsförderung und Prävention“ stellte der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2011 vier zukunftsweisende, potentielle Handlungsfelder für Pflegefachpersonen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention vor: Familiengesundheitspflege, Schulgesundheitspflege, Public Health Nursing sowie Primärprävention nach dem SGB V. Dargelegt sind jeweils Aufgaben und Zielgruppen, leistungsrechtliche Verortung sowie Qualifizierungs- und Finanzierungsmöglichkeiten. Ausgangspunkt ist die breitgefassete Aufgabendefinition des International Council of Nursing die im Jahr 2005 für die professionelle Pflege veröffentlicht wurde. Demnach gehören die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheit und die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy) zum Aufgabenspektrum professionell Pflegenden. Mit Verweis auf Hassler (2006) betont der (DBfK 2011, S. 5 f) DBfK den stattfindenden Paradigmenwechsel, der dadurch zum Ausdruck kommen würde, dass das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz professionelle Pflegefachpersonen erstmals mit Prävention und Gesundheitsförderung in Verbindung bringen.

Wie die oben vorgenommene Analyse der genannten Gesetzeswerke gezeigt hat, ist einer solch positiven Bewertung nur bedingt zuzustimmen, da sich die Bezüge zur Prävention und Gesundheitsförderung auf die Ausbildungsziele beschränken.

Weiterhin hervorgehoben werden die umfassenden Beratungsleistungen, die im Rahmen der aktuellen Sozialgesetzgebung heute als Aufgaben der Pflege beschrieben werden. Ausgehend von einem historischen Exkurs zu den Wurzeln der Begrifflichkeiten sowie den Definitionen von Prävention und Gesundheitsförderung legt der DBfK die in den einschlägigen Gesetzeswerken vorgesehenen und von den Pflegeberufen zu erbringenden Beratungsleistungen dar. Im Mittelpunkt steht dabei die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen im Hinblick auf die Organisation von pflegerischer Versorgung im Rahmen der leistungsrechtlichen Bestimmungen sowie das Care- und Casemanagement als innovative Tätigkeitsfelder der professionellen Pflege (DBfK 2011).

Das Handlungsfeld der Familiengesundheitspflege wird vom DBfK (2011, S. 16 ff) als ein Tätigkeitsfeld beschrieben, dessen Fokus auf der familienzentrierten Gesundheitsförderung und Prävention sowie der aufsuchenden (präventiven) Versorgung im häuslichen Umfeld liegt. Zielgruppen entsprechender Interventionen sind gesundheitlich, sozial und/oder wirtschaftlich benachteiligte Einzelpersonen, Familien und Gruppen, Kinder und Jugendliche, Frauen mit Risikoschwangerschaften, alleinerziehende Mütter und Väter, Familien mit Migrationshintergrund, alleinstehende ältere Personen sowie chronisch kranke, pflegebedürftige und/oder behinderte Personen und ihre Familien. Aufgrund fehlender Finanzierungsgrundlagen in den Sozialgesetzbüchern wird die Familiengesundheitspflege in regionalen Versorgungskonzepten, kommunalen Strukturen und projektbezogenen oder integrierten Versorgungskonzepten verortet. Ein Zusammenhang mit der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen wird nicht hergestellt.

Das Handlungsfeld Public Health Nursing wird vom DBfK (2011, S. 26ff) als Tätigkeitsbereich der öffentlichen Gesundheitsförderung angesehen und außerhalb von Versorgungseinrichtungen verortet. Mögliche Einsatzorte sind Gesundheitsämter, Beratungseinrichtungen, Volkshochschulen, Familienbildungsstätten, Schulen, Kindergärten und Betriebe. Die Public Health Nurse wird als eine/r der Familiengesundheits- sowie der Schulgesundheitspflege übergeordnete Akteur/in beschrieben, die/der aus pflegerischer Perspektive Daten für die Gesundheitsberichterstattung sammelt und aufbereitet, Gesundheitsförderungskonzepte entwickelt und sich in entsprechende Programme einbringt. Das Aufgabenfeld reicht von bedürfnisorientierten Gesundheitsinterventionen für einzelne Gruppen, Gesundheitsbildung, -aufklärung und -beratung, der Unterstützung von Netzwerken wie „Gesunde Stadt“ oder „Rauchfreies Krankenhaus“, der Initiierung, Begleitung und Evaluation von Gesundheitsprojekten und -programmen, der betrieblichen Gesundheitsförderung bis zur Förderung der Selbsthilfekompetenz z.B. von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Ein expliziter Bezug zu den Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen wird trotz der Nennung von Betagten als mögli-

che Zielgruppe nicht hergestellt. Allerdings werden Pflegeheime – neben Krankenhäusern und Wohnstätten für Senioren – als Einrichtung beschrieben, in der eine Public Health Nurse tätig sein kann.

Primärprävention als pflegerisches Handlungsfeld nach dem fünften Sozialgesetzbuch nimmt Bezug auf den vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen erstellten „Leitfaden Prävention“ und die darin beschriebenen Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach den §§ 20 und 20a SGB V. Die Tätigkeitsbereiche von Pflegefachpersonen werden insbesondere im Bereich von Maßnahmen des Stressmanagements und der Suchthilfe gesehen. Die Angebote können jedoch alle vom GKV-Spitzenverband als relevant beschriebenen gesundheitlichen Risiken umfassen und von entsprechend qualifizierten Pflegekräften in freiberuflicher Tätigkeit, als Komm-Angebote konzipiert und durchgeführt werden (DBfK 2011, S. 30 ff). Ein Bezug zu den Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Langzeitversorgungsrichtungen wird vom DBfK in dieser Veröffentlichung nicht hergestellt. Vor dem Hintergrund der durch das Präventionsgesetz vorgenommenen Veränderungen bleibt abzuwarten, wie sich der DBfK zukünftig positionieren wird.

4.4 Qualitätsentwicklung und -sicherung im Setting Pflegeheim

Im Gegensatz zu den vorab analysierten rechtlichen Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim, sind die nachfolgend behandelten Regelungen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im Pflegeheim breit und explizit in allen relevanten Gesetzeswerken verankert. Mit Blick auf die Praxisrelevanz der Vorgaben ist zudem von einem hohen Umsetzungsgrad auszugehen. Auf den unterschiedlichen Ebenen vorliegende Regelungen und Empfehlungen werden nachstehend dargelegt und hinsichtlich ihre Bedeutung für die Qualitätssicherung im Pflegeheim analysiert.

4.4.1 Vorgaben der Europäischen Union

4.4.1.1 Richtlinie 2005/36/EG über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen innerhalb der Europäischen Union

Die Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlamentes und Rates vom November 2013 beschreibt Änderungen der Richtlinie 2005/36/EG über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen innerhalb der Europäischen Union. Zentrales Anliegen ist die Definition berufsgruppenbezogener, qualifikatorischer Mindeststandards für den Bereich der so genannten reglementierten Berufe (Artikel 31, Absatz 7). Im Hinblick auf die formale Qualifikation von Pflegekräften und unabhängig vom organisatorischen Rahmen der Ausbildung (Hochschule vs. Berufs-

schule) fordert dieser u.a. den Erwerb der notwendigen Kompetenzen, um „[...] die Qualität der Krankenpflege eigenverantwortlich sicherzustellen und zu bewerten [sowie] die Pflegequalität im Hinblick auf die Verbesserung der eigenen Berufspraxis als Krankenschwestern und Krankenpfleger, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, zu analysieren [...]“ (EU-Parlament und EU-Rat 2005).

4.4.2 Bundesebene

4.4.2.1 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung

Von besonderer Bedeutung für die Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen ist der § 119b SGB V. Dieser regelt die ambulante (medizinische) Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen und gestattet diesen den Abschluss von Kooperationsverträgen mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungsanbietern. Nach Absatz 2 sollen die auf Bundesebene agierenden Trägerverbände der Pflegeheime und Verbände der Pflegeberufe sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie die Landesverbände der Krankenkassen Qualitätsanforderungen vereinbaren, die eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen gewährleisten.

Darüber hinaus enthält das SGB V umfangreiche Vorgaben für die Qualitätsentwicklung im Rahmen der ambulanten und stationären medizinischen Vorsorge und Akutversorgung sowie die in den ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und psychiatrischen Einrichtungen erbrachten Leistungen. Für die im Rahmen der stationären Langzeitversorgung betreuten Bewohnerinnen und Bewohner werden diese dann relevant, wenn sie die entsprechenden Versorgungseinrichtungen bzw. -leistungen in Anspruch nehmen.

4.4.2.2 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung

Das SGB XI stellt das für die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen zentrale Gesetzeswerk da. Es enthält umfangreiche Regelungen zur Qualitätssicherung in der stationären Langzeitversorgung.

Der § 72 erklärt den Abschluss eines Versorgungsvertrages zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Träger einer Einrichtung zur Bedingung für den Betrieb eines Pflegeheimes. Die Verträge beschreiben die im Rahmen des Versorgungsauftrages von der Pflegeeinrichtung zu erbringenden Pflegeleistungen nach Art, Inhalt und Umfang und dürfen nur mit Trägern abgeschlossen werden, die „eine Leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung bieten“ und die relevanten arbeitsrechtlichen Bestimmungen erfüllen. Der Abschluss eines Vertra-

ges ist ferner nur dann erlaubt, wenn die Pflegeeinrichtungen sich verpflichten ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 113 einzuführen und die Expertenstandards nach § 113a anzuwenden. Grundsätzlich dürfen die Verbände der Pflegekassen jedoch nur Versorgungsverträge mit Pflegeeinrichtung abschließen, die den Anforderungen des § 71 genügen. Letzterer beschreibt in Absatz 2 und 3 diejenigen Standards, die als qualitätsorientierte Anforderungen die Voraussetzungen für den Betrieb einer Pflegeeinrichtung darstellen. Demnach sind stationäre Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegeheime im Sinne des Gesetzes nur als solche zu bezeichnen, so sie selbstständig wirtschaftende Einrichtungen sind in denen Pflegebedürftige (1.) unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft gepflegt werden und (2.) darüber hinaus ganztätig untergebracht und gepflegt werden können. Nach Absatz 3 kann als verantwortliche Pflegekraft nur eingesetzt werden, wer den Abschluss einer dreijährigen Ausbildung in einem Pflegeberuf nachweisen kann und über eine, in den zurückliegenden acht Jahren erworbene, Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren nachweisen kann.

Ergänzend zu den Versorgungsverträgen, die zwischen den Trägern und den Landesverbänden der Pflegekassen abzuschließenden sind, regelt § 75 SGB XI die unter Beteiligung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie des Landesverbandes der privaten Krankenversicherung zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen auf Landesebene zu schließenden Rahmenverträge. Ziel der Verträge ist die Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Absatz 2 und 3 machen dementsprechend umfangreiche Angaben zu den durch die Rahmenverträge zu regelnden Sachverhalte. Beginnend mit der Klärung des Inhaltes von Pflegeleistungen, den allgemeinen Bedingungen ihrer Erbringung und Finanzierung, Maßstäben und Grundsätzen für eine am Versorgungsauftrag orientierte wirtschaftliche, leistungsbezogene personelle und sächliche Ausstattung, den Vorgaben zur Überprüfung der erbrachten Leistung und entsprechender Sanktionsoptionen, der Einbettung der Einrichtungen in die jeweils vorhandenen lokalen Versorgungsstrukturen und den Möglichkeiten der Beteiligung ehrenamtlicher Helfer an der Versorgung der Heimbewohnerinnen und -bewohner, sollen demnach Angaben zum Personalschlüssel und dem zahlenmäßigen Verhältnis von Fach- und sonstigen Betreuungskräften enthalten sein. Die Rahmenverträge gemäß § 75 SGB XI beschreiben somit qualitätsdefinierende Mindeststandards und strukturelle Vorgaben, deren Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung sowie für Qualitätssicherung in der stationären Langzeitversorgung in der vorliegenden Untersuchung thematisiert werden.

Ein weiteres, die Qualitätsstandards einer Einrichtung betreffendes Vertragswerk sind die im § 84 geregelten Bemessungsgrundsätze. Absatz 1 beschreibt die auf den Bemessungsgrundsätzen basierenden Pflegesätze als die Entgelte, die von den Heimbewohnerinnen und -bewohnern bzw. ihren Kostenträgern für die teil- oder vollstationären Pflege- und sozialen Betreuungsleistungen der Pflegeheime

gezahlt werden. Absatz 5 stellt darüber hinaus fest, dass die Pflegesatzvereinbarung auch die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzulegen hat. Neben dem voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis sind dies insbesondere Art, Inhalt und Umfang der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen sowie die, ebenfalls im Hinblick auf den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis, individuell vorzuhaltende, nach Berufsgruppen gegliederte personelle Ausstattung.

Unter dem Titel „Qualitätsverantwortung“ weist § 112 SGB XI den Pflegeeinrichtungen die Verantwortung für die Qualität ihrer Leistungen zu und schließt dabei ausdrücklich die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ein. Im Hinblick auf die Beurteilung der Qualität der erbrachten Leistungen wird auf die nach § 113 SGB XI vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale verwiesen. Absatz 2 verpflichtet zugelassene Pflegeeinrichtung zur Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen, zur Durchführung eines Qualitätsmanagements im Sinne der Vereinbarungen nach § 113 SGB XI sowie zur Anwendung der Expertenstandards nach § 113a SGB XI. Die Einrichtungen werden zudem verbindlich zur Mitwirkung an den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI aufgefordert. Darüber hinaus werden (Absatz 3) die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie dem Prüfdienst der privaten Krankenversicherung im Zusammenhang mit Fragen der Qualitätssicherung zu erbringende Beratungsleistung für Pflegeheime als obligatorische Aufgabe definiert. Ziel der Beratung muss es demnach sein, Qualitätsmängel vorzubeugen und die eigenverantwortliche Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität durch die Träger zu stärken.

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege- Weiterentwicklungsgesetz) im Jahr 2008 wurden die zentralen Akteure und Verbände⁵⁵ im Rahmen der Einführung des § 113 SGB XI zur Vereinbarung von Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität, die Qualitätssicherung und die Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege aufgefordert. Gemäß § 113 SGB XI sollten die zu vereinbarenden Maßstäbe und Grundsätze auch Vorgaben für die Entwicklung eines einrichtungsinternen und auf die stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichteten Qualitätsmanagement beinhalten. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Anforderungen (Absatz 1):

„[...] eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation [...] regeln [und dabei nicht] über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß hinausgehen [dürfen,...].“

Zudem sei (Absatz 1a):

⁵⁵ Namentlich waren dies der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und unabhängige Sachverständige.

„[...] dass indikatoren gestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben.“

Mit dem Entwicklungsauftrag einhergehend wurden die Maßstäbe und Grundsätze als für die Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich erklärt. Die so vereinbarten Maßstäbe und Grundsätze stellen heute eine zentrale Grundlage für die Entwicklung der trägerspezifischen Qualitätssicherungsinstrumente dar. Sie dienen den Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen sowie den Heimaufsichtsbehörden als Basis für die Umsetzung ihres Prüfauftrages.

Der ebenfalls im Rahmen des Pflege- Weiterentwicklungsgesetzes eingeführte § 113a SGB XI regelt die verbindliche Einführung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege. Dem Gesetzestext zufolge haben die Expertenstandards das Ziel, für ihren jeweiligen Themenbereich zu einer Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse beizutragen. Der § 113a SGB XI räumt den zentralen Verbänden und Akteuren ein weitreichendes Vorschlagsrecht zu den thematischen Inhalten der zu entwickelnden Expertenstandards ein. Der Beschluss zu ihrer Entwicklung oder Aktualisierung ist im Einvernehmen der Vertragsparteien zu treffen und muss im Rahmen der durch den § 113a SGB XI beschriebenen, weitreichenden Verfahrensordnung umgesetzt werden.

Die rechtlichen Regelungen für die Umsetzung der Qualitätsentwicklungs- und -sicherung im Rahmen der stationären Langzeitversorgung flankierend, regelt § 114 SGB XI unter dem Titel „Qualitätsprüfungen“ die von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung sowie dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vorzunehmenden Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen. Maßstab für die Prüfungen der Pflegeheime ist die Erfüllung der im SGB XI spezifizierten bzw. darin gründenden, vertraglich vereinbarten Qualitätsvorgaben.

„Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden.“

Den § 114 SGB XI ergänzend werden in den §§ 114a und 115 SGB XI umfangreiche Vorgaben über die Durchführung der Qualitätsprüfungen bzw. dem Umgang mit ihren Ergebnissen bereitgestellt. Der § 117 SGB XI regelt darüber hinaus die Zusammenarbeit der Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienste der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der priva-

ten Krankenversicherung e. V. mit den mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeeinrichtungen.

4.4.2.3 Zwölftes Sozialgesetzbuch (SGB XII) – Sozialhilfe

Der § 13 SGB XII des zwölften Sozialgesetzbuches erlaubt die Finanzierung von Leistungen der Sozialhilfe in stationären Einrichtungen und definiert diese als Orte, „[...] die der Pflege [und/oder] der Behandlung [...]“ dienen. Hierauf bezugnehmend schränkt § 75 SGB XII die Kostenübernahme durch die Sozialhilfeträger ein. Demnach „[...] ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über [...] Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung) [und über] die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung) besteht.“ Darüber hinaus sollen die Träger der Sozialhilfe die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen prüfen.

4.4.2.4 Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG)

Das Krankenpflegegesetz regelt die Voraussetzungen für den Erwerb und das Führen der Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpflegerin“, „Gesundheits- und Krankenpfleger“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“, „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“. Detailliert dargelegt sind Ziele, Dauer und Struktur der sowie die Voraussetzungen für den Zugang zur Pflegeausbildung.

Neben Vertragspflichten von Ausbildungsträgern und Pflegeschülerinnen und -schülern, werden die Anforderungen für die Ausübung des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes in Deutschland geregelt. Somit beschreibt das Krankenpflegegesetz die qualifikatorischen und formellen Voraussetzungen, die als Rahmen für die Erbringung professioneller Pflegeleistungen dienen und über die Definition von Mindeststandards Einfluss auf deren Qualität nehmen. So soll nach § 3 Absatz 2 KrPflG die Ausbildung die zukünftigen Pflegekräfte dazu befähigen Aufgaben der „[...] Evaluation der Pflege [und der] Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege [...] eigenverantwortlich durchzuführen.“

4.4.2.5 Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG)

Im Altenpflegegesetz werden die Voraussetzungen für die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Altenpflegerin“ bzw. „Altenpfleger“ und damit zur Erbrin-

gung Altenpflegerischer Dienstleistungen geregelt. Hierzu zählen auch die zu erfüllenden formalen und qualifikatorischen Anforderungen an die aus Deutschland und anderen Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraumes stammenden Altenpflegekräfte. Darüber hinaus regelt das Altenpflegegesetz den formalen Rahmen der Altenpflegeausbildung, beschreibt deren Inhalte und enthält die Rechte und Pflichten der Ausbildungsträger und Auszubildenden.

Die Ausbildung in der Altenpflege soll zur Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung befähigen (vgl. § 3 Absatz 1 AltPflG).

4.4.3 Landesebene

4.4.3.1 Rahmenverträge gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege

Der § 75 SGB XI gibt den Landesverbänden der Pflegekassen auf, „[...] unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. [...]“ Rahmenverträge mit den im jeweiligen Bundesland ansässigen „[...]“ Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen [...]“ abzuschließen. Die Rahmenverträge haben gemäß § 75 SGB XI Absatz 1 das Ziel, „[...] eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen.“

Die Verträge regeln u.a. Umfang und Inhalt der Pflegeleistungen sowie die Bedingungen ihrer Erbringung. Sie schreiben die Höhe der Vergütung durch die Leistungsträger fest und machen Angaben zu der personellen und sächlichen Ausstattung, die von den Trägern in den Einrichtungen vorzuhalten ist. Dies erstreckt sich auch auf die Angabe des Verhältnisses der Anzahl von Pflegefach- und Betreuungskräften zur Anzahl der Heimbewohner. Ferner werden die Bedingungen der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege, der Zugang der Prüfbehörden zu den Pflegeeinrichtungen, die Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die vorgesehenen Einzugsbereiche der Heime benannt. Darüber hinaus wird der Rahmen abgesteckt, innerhalb dessen die Selbsthilfe sowie ehrenamtliche Helfer sich an der Versorgung der zu Pflegenden in der häuslichen Umgebung sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beteiligen können. Mit einem expliziten Verweis auf § 33 SGB V wird zudem klargestellt, dass die in den Rahmenverträgen gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI vorgenommene Regelung der sächlichen Heimausstattung den in § 23 SGB V formulierten Anspruch auf medizinische Heil- und Hilfsmittel nicht einschränkt.

Die Rahmenverträgen gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI nutzen bereits die einführenden Paragraphen um einen Qualitätsbezug herzustellen und den Inhalt der in den Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung zu erbringenden, allgemeinen Pflegeleistungen zu skizzieren. Demnach sind die Heime verpflichtet, die Durch-

führung und Organisation der Pflege am allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse auszurichten. Die Pflegeleistungen sind darüber hinaus in „Form der aktivierenden Pflege und unter Berücksichtigung der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gem. § 113 Abs. 1 SGB XI zu erbringen.“ In einigen Rahmenverträgen wird die Bedeutung des Verweises auf die Maßstäbe und Grundsätze gem. § 113 SGB XI durch seine Wiederholung in den die Qualitätsmaßstäbe definierenden Paragraphen unterstrichen.

Neben detaillierten Ausführungen zu den Inhalten der vorzuhaltenden Versorgungs-, Hilfe-, Betreuungs- und Pflegeleistungen verpflichten die Rahmenverträge aller Bundesländer die Pflegeeinrichtungen ferner dazu, ein ebenfalls auf den § 113 SGB XI zurückgehendes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die hierauf basierende Pflegedokumentation – so führen die Rahmenverträge unter Verwendung nahezu identischer Formulierungen weiter aus – ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen, muss den Verlauf und Stand des Pflegeprozesses zu jeder Zeit ablesbar machen und ist nur dann vollständig, wenn eine Pflegeanamnese, eine Pflegeplanung, ein Pflegebericht, entsprechende Leistungsdaten und die Stammdaten der Patienten enthalten sind. Die so geschaffene, umfangreiche Informationsbasis ermöglicht den Heimaufsichtsbehörden Einblick in die Prozessqualität der Heime zu nehmen. Die genannten Vorgaben ergänzend, verpflichten die Rahmenverträge Baden-Württembergs, Mecklenburg-Vorpommerns, Hessens, des Saarlandes und Thüringens die Einrichtungen zur Anwendung der pflegerischen Expertenstandards sowie (in Mecklenburg-Vorpommern und dem Saarland) zur Berücksichtigung des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen gemäß § 114 SGB XI. Der Hessische Rahmenvertrag spezifiziert die mit dem Pflegeprozess verbundenen Anforderungen im Rahmen einer beigefügten Anlage. Die Rahmenverträge des Landes Berlin stellen zudem unmissverständlich klar, dass die Einrichtungen – ungeachtet des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen – für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich sind. Einige Rahmenverträge gewähren den Medizinischen Diensten der Krankversicherungen zudem das Recht, als flankierende Maßnahme der Qualitätssicherung jederzeit Kontakt mit den Mitgliedern der Heimbeiräte aufzunehmen.

Besonders Auffällig ist zudem die im Vergleich der Rahmenverträge vorzufindende, verschiedene Qualitätsbezüge betreffende begriffliche Vielfalt. Tabelle 24 bildet eine Auswahl der in den unterschiedlichen Vertragswerken vorgefundenen Qualitätsbegriffe und Begriffskomposita ab.

Tabelle 24: Die Qualitätsdimension betreffende Begriffe und Begriffskomposita der Landesheimgesetze und der Rahmenverträge gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI (Stand: Januar 2015)

Bezüge Qualität	Landesheimgesetze(n=16)	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI (n=16)
Zweck des Gesetzes: ...eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern	BB, BE, BW, HE, HH, MV, NI, NW, RP, SH, SL, SN, ST, TH (n=14)	BB, BE, BW, HB, HE, HH, MV, NI, NW, SH, SL, SN, ST, TH (n=14)
Anforderungen an den Betrieb eines Heims: dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität ...gesichert sind,..., Qualitätsanforderungen	BB, BY, HB, HE, MV, NI, SL, SN, ST, TH (n=10)	BB (n=1)
Anforderungen an den Betrieb eines Heims: ... ein Qualitäts- und Beschwerdemanagement betreiben..., Qualitätsmanagement	BW, BY, HE, HH, MV, NI, NW, RP, SH, SL, ST, TH (n=12)	BB, BE, BW, HE, HH, MV, NI, SL (n=8)
Qualitätssicherung	BB, BE, BW, BY, HE, HH, MV, NW, SH, SL, SN, ST, RP (n=13)	BB, BE, BW, BY, HB, HE, HH, MV, NI, NW, RP, SH, SL, ST, TH (n=15)
Qualitätsentwicklung	BE, BW, HH, RP, SL, SN, ST, TH (n=8)	
Qualitätssicherungsmaßnahmen	BE, BW, BY, HB, HE, MV, SL, SN, ST, TH (n=10)	
Ergebnisqualität	BY, HB, HH, RP, SH (n=5)	
Prozessqualität	BY, HB, RP, SH (n=4)	
Qualitätsstandards	HB (n=1)	
Qualitätsverbesserung	HB (n=1)	
Qualitätsziele	NW (n=1)	
Qualitätsnachweise	BB, BE, HE (n=3)	
Qualitätsinstrumente	NW (n=1)	
Qualitätsüberwachung	MV (n=1)	
Pflegequalität	BY, NW, SL (n=3)	
Qualitätsprüfung	BB, HE, NW, SL (n=4)	BE, BY, HB, HE, MV, NW, SH, SL, TH (n=9)

Bezüge Qualität	Landesheimgesetz(n=16)	Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI (n=16)
Qualitätsmaßstäbe	RP (n=1)	BB, BE, BW, BY, HB, HH, MV, RP, SH, SL, SN, ST, TH (n=13)
Qualitätsmerkmale	BY, SN (n=2)	BW, BY, HE, NI (n=4)
Qualitätsbereich	BY (n=1)	
Qualitätsindikatoren	BY, RP (n=2)	
Qualitätsvereinbarung		BW, HB, HE, MV, NW, RP, SH, SL, SN, ST, TH (n=11)
Qualitätsmängel		NW (n=1)
Qualitätsverantwortung		MV (n=1)
Qualitätsbeauftragter		BE (n=1)
qualitätsgerechte Pflege		SN (n=1)
Qualitätsrichtlinie		BW, ST (n=2)
qualitätsgerecht		BY, TH (n=2)
Qualitätsgrundsätze		HE (n=1)

4.4.3.2 Landesheimgesetze

Bezüglich Qualitätsentwicklung und -sicherung orientieren sich die verschiedenen Heimgesetze der Länder an dem bis zur Föderalismusreform im Jahr 2006 bundesweit geltenden Bundesheimgesetz. Mit dem Inkrafttreten des im Juni 2014 verabschiedeten *Thüringer Gesetz über betreute Wohnformen und Teilhabe (Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz –ThürWTG)* verlor das Bundesheimgesetz auch im zuletzt verbliebenen Bundesland seine Gültigkeit.

Die Heimgesetze der Länder sind dem Ordnungsrecht zuzuordnen. Nahezu alle normativen Vorgaben haben – im engeren oder weiteren Sinne – qualitätsdefinierenden Charakter. In den zweck- bzw. zielbestimmenden Abschnitten der Gesetze wird herausgestellt, dass die Leistungserbringer dazu verpflichtet sind, eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern. Dessen ungeachtet sollen in den folgenden Ausführungen jedoch insbesondere diejenigen Vorgaben diskutiert werden, die einen klaren inhaltlichen Bezug zur (Umsetzung von Maßnahmen der) Qualitätsentwicklung und -sicherung in der stationären Langzeitversorgung erkennen lassen.

Alle Landesheimgesetze enthalten Vorgaben zum Betrieb eines Pflegeheimes. So sind die Leistungen „nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse“ zu erbringen. (Qualitäts-) Anforderungen werden (nahezu) durchgängig definiert über

- die Sicherstellung der Wahrung der Würde, Interessen und Bedürfnisse der Bewohner,
- einer am Betreuungsbedarf orientierten und – wo notwendig – durch die erforderlichen Hilfen unterstützten Lebensgestaltung der Bewohnerinnen und Bewohner,
- die Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, der Selbstbestimmung, der Selbstverantwortung und der gesellschaftlichen Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner
- die sozial- und heilpädagogische Förderung,
- die unter Achtung der Menschenwürde zu leistende, humane und aktivierende Pflege,
- die am fachlich allgemein anerkannten Stand orientierte Qualität des Wohnens, die hauswirtschaftliche Versorgung, die Verpflegung und Betreuung,
- die ärztliche und gesundheitliche Betreuung,
- die Sicherstellung der Förderung der Eingliederung behinderter Volljähriger, die Erstellung entsprechender Förder- und Hilfspläne sowie die Dokumentation ihrer Umsetzung,
- die Sicherstellung und Dokumentation einer geplanten Pflege (Pflegeplanung),
- den Infektionsschutz und die Einhaltung von Hygienevorschriften durch das Personal,
- die ordnungsgemäße Aufbewahrung von Arzneimitteln und eine entsprechende Schulung der Mitarbeiter sowie
- die Sicherstellung eines von der jeweiligen Heimleitung verantworteten Heimbetriebs.

Alle Heimgesetze verpflichten die Betreiber die zum Betrieb eines Heimes erforderliche Zuverlässigkeit zu gewährleisten, für das Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl persönlich und fachlich geeigneter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sorgen sowie ein Qualitäts- und ein Beschwerdemanagement zu betreiben. Dabei gleichen sich die Formulierungen der verschiedenen Ländergesetze weitgehend. Eine vergleichende Betrachtung der landesspezifischen Vorgaben offenbart jedoch auch vielfältige Unterschiede und variiierende Schwerpunktsetzungen in Bezug auf weiterführende qualitätsorientierte Vorgaben für die in den Heimen zu erbringenden Leistungen. Die nachstehend vorgenommene Analyse zeigt einige der bestehenden Differenzen auf.

Die Heimgesetze sprechen mehrheitlich allgemein von „Bewohnerinnen und Bewohner“ von Pflegeeinrichtungen. Das *Hamburgische Heimgesetz* konkretisiert dagegen bereits in seinem einführenden Paragraphen die Zielgruppe als ältere,

behinderte und auf Betreuung angewiesene Menschen und bezeichnet diese als „Nutzerinnen und Nutzer“ von Wohn- und Betreuungsformen. Zweck des Gesetzes ist es, deren Rechte zu stärken, eine am Normalprinzip orientierte Wohn- und Betreuungsqualität sicherzustellen und ihnen eine gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen. Die Zweckbeschreibung des nordrhein-westfälischen Heimgesetzes nimmt ebenfalls ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen in den Blick und soll „[...] die Transparenz über Gestaltung und Qualität von Betreuungsangeboten fördern [...]“ (§ 1 Absatz 1). Es gilt zudem, ältere und pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner vor Gewalt, Ausbeutung und Missbrauch zu schützen (§ 1 Absatz 2). Der Schutz der Nutzerinnen und Nutzer von Betreuungs- und Pflegeeinrichtung erfährt somit auch hier besondere Aufmerksamkeit.

Übereinstimmend stellen das Bremische und das Hamburger Heimgesetz in ihren Zweckbestimmungen keinen expliziten Zusammenhang mit dem Vorliegen von Pflegebedürftigkeit her. Die genannten Bundesländer weichen in diesem Punkt von den Zweckdefinitionen der Mehrheit der Landesheimgesetze ab. Das Bremische Heimgesetz betont dabei den Verbraucherstatus der Bewohnerinnen und Bewohner und legt den Schwerpunkt seiner Funktion auf deren Schutz. Die Zielbeschreibung des Gesetzes schließt – wie bei acht weiteren Heimgesetzen von Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt – dabei die Achtung der Kultur, der Religion sowie der sprachlichen und sexuellen Identität ein. Das bayerische, sächsische sowie das Heimgesetz Sachsen-Anhalts machen die Förderung der interkulturellen Kompetenzen der Betreuungs- und Pflegekräfte zu einer ergänzenden Qualitätsanforderung für den Betrieb einer Einrichtung.

Die Gewährung größtmöglicher Transparenz über die vom Verbraucher zu erwartende Versorgungsqualität ist ein Motiv, welches sich – unter anderem – im *Gesetz über Wohnformen und Teilhabe des Landes Sachsen-Anhalt (Wohn- und Teilhabegesetz - WTG LSA)* besonders deutlich widerspiegelt. Der § 8 macht unter dem Titel „Transparenz, Veröffentlichungspflicht und Informationen für Verbraucher“ dezidierte Angaben zu der von den Trägern stationärer Einrichtungen transparent und nach Art, Inhalt, Umfang und Preis darzustellenden Leistungsangebote. Bewohnern und Bewohnerinnen der Einrichtungen wird darüber hinaus das Recht zugesprochen, an den sie betreffenden Pflege-, Hilfe-, und Förderplänen mitzuwirken sowie Einsicht in die entsprechenden Unterlagen nehmen zu können. Ferner sind sie über Informations-, Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten zu informieren. Der Paragraph verpflichtet die Heimaufsichtsbehörden zudem zur Erstellung von Qualitätsberichten und macht detaillierte Angaben zu deren Inhalt sowie den damit verbundenen Veröffentlichungspflichten.

Die *Heimgesetze Berlins* (§ 11, Voraussetzungen der Leistungserbringung) und *Brandenburgs* (§ 8, Zusätzliche Qualitätsanforderungen) nehmen Bezug auf die Sozialgesetzbücher XI und XII und wollen sichergestellt wissen, dass die darin vorgegebenen Qualitätsmaßstäbe und Expertenstandards eingehalten werden. Neben den auch in anderen Heimgesetzen zu findenden Anforderungen (s.o.) wird

im Berliner Heimgesetz zudem eine personenzentrierte und an feste Bezugspersonen gebundene Betreuung und Pflege gefordert. Das die Pflege- und Betreuungsleistungen erbringende Personal wird darüber hinaus zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen verpflichtet. Auffällig sind zudem die in § 16 verorteten, im Vergleich besonders detailliert erscheinenden Vorschriften zu den Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten. Sie finden sich in ähnlich ausgeprägter Form auch im thüringischen Heimgesetz.

Der 14 § des *Hamburgischen Heimgesetzes* verlangt unter dem Titel „Personal- und Qualitätsmanagement“ die Führung eines Personal- und Qualitätsmanagements, das auf die Erhaltung und Entwicklung der Leistungsfähigkeit der Beschäftigten ausgerichtet ist sowie die Leistungen der Wohneinrichtung kontinuierlich verbessert. Weitere Vorgaben betreffen die Aufbau- und Ablauforganisation, das Beschwerdemanagement, Dienst- und Fallbesprechungen, die Entwicklung und Anwendung von Verfahrensstandards, das Informationsmanagement sowie das Monitoring der Lebensqualität der Nutzer. Ferner verpflichtet Absatz 2 zu regelmäßigen, im zweijährigen Turnus durchzuführende Mitarbeiterbefragungen.

Ähnlich detaillierte Anforderungen an Personal- und Qualitätsmanagement bietet das nordrhein-westfälische Heimgesetz, das die entsprechenden Vorgaben jedoch unter die allgemeinen Anforderungen an die Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter subsumiert. Das für die Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter obligatorische Qualitätsmanagement „[...] umfasst:

1. eine Beschreibung der Qualitätsziele,
2. eine verbindliche und dokumentierte Festlegung von Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Maßnahmen für die Entwicklung und Sicherung von Qualität,
3. ein verbindliches Konzept für die Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten,
4. ein Verfahren zur regelmäßigen Evaluation der Zufriedenheit der Beschäftigten,
5. eine Beschreibung der Kernprozesse des Betriebes und
6. eine geeignete Dokumentation der Maßnahmen.“ (§ 4 Absatz 3)

Die genannten Vorgaben werden zudem durch umfangreiche Anforderungen zur Qualität, Qualifizierung und Eignung der in den Einrichtungen tätigen Betreuungsbzw. Fach- und Leitungskräfte ergänzt, die von den Leistungsanbieterinnen und -anbietern regelmäßig zu überprüfen sind. Die mit den Personalanforderungen verbundenen Dokumentationspflichten erstrecken sich so auch auf die Festlegung von Zuständigkeiten von Fachkräften, die Art und Umsetzung fachlicher Standards, den Prozess der Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Ausführung der betreuenden Tätigkeiten sowie deren Überwachung. Das Heimgesetz Nordrhein-Westfalens zeichnet sich darüber hinaus durch detaillierte Angaben und Regelungen zur Durchführung behördlicher Qualitätssicherung aus.

Eine auffällige Besonderheit des *hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP)* ist die mit den Anforderungen an den Betrieb einer Ein-

richtung verknüpfte Verpflichtung zur qualifizierten Umsetzung des Betreuungs- und Pflegeprozesses für Betreuungs- und Pflegebedürftige. Der über seine Nennung hergestellte Bezug zu dem, das pflegerische Handeln prozesshaft strukturierende, zentralen Instrument zur Sicherung der Qualität professionellen Pflegehandelns erscheint vor dem Hintergrund der hier bearbeiteten Fragestellung von besondere Bedeutung.

Auch das *bayerische Heimgesetz* bezieht sich bei der in Artikel 3 vorgenommenen Formulierung der „Qualitätsanforderungen an den Betrieb“ auf den Pflegeprozess und fordert seine am Pflegebedürftigen orientierte Umsetzung und Dokumentation. Das Brandenburgische, das Hamburger und das Berliner Heimgesetz verpflichten die Leistungsanbieter zur Dokumentation individueller Pflege- und Betreuungsprozesse. Brandenburg erlaubt den Bewohnerinnen und Bewohnern diese aktiv mitzugestalten sowie Einsicht in die entsprechenden Aufzeichnungen zu nehmen. Nordrhein-Westfalen beschränkt die Durchführungserlaubnis für die Planung, Überwachung und Steuerung von Pflege- und Betreuungsprozessen auf ausgebildete Fachkräfte.

Die Heimgesetze in Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, dem Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig Holstein machen die Vorlage eines einrichtungsspezifischen Konzeptes zur expliziten Voraussetzung für den Betrieb einer Einrichtung. Ergänzend zu den (oben genannten und) auch in anderen Bundesländern gestellten Anforderungen verpflichten die Heimgesetze, Brandenburgs, Bremens und Hessens die Träger die Weiterentwicklung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu gewährleisten. In Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein verpflichten die Heimgesetze die Heimaufsichtsbehörden diese zu überprüfen. Die so vorgenommene Differenzierung stellt eine Spezifizierung der Qualitätsanforderungen dar.

Demgegenüber bleibt beispielsweise die im Bremer Heimgesetz ebenso zu findende Verpflichtung zur Sicherstellung einer „[...] ausreichenden Qualität der hauswirtschaftlichen Versorgung [...], [...] der Qualität des Wohnens und des Aufenthalts [...]“ (§ 12 Absatz 2) hinter der in den Gesetzen anderer Länder formulierten Anforderung zur Erbringung einer am „allgemeinen Stand fachlicher Erkenntnisse orientierte Versorgung“ zurück.

Die Prüfungspflichten und -befugnisse der Heimaufsichtsbehörden werden von allen Heimgesetzen in eigenen Paragraphen geregelt. Sie sind in einigen Gesetzen mit dem Titel „Qualitätssicherung“ überschrieben. Demzufolge sind sowohl angemeldete wie unangemeldete Prüfungen zulässig und die Heime im Hinblick auf das Gewähren von Einsicht in die Geschäftsunterlagen und Räumlichkeiten zur Kooperation verpflichtet. Geregelt wird zudem die Begutachtung Pflegebedürftiger Bewohner, der von ihrer Einwilligung abhängige Zutritt zu den von ihnen bewohnten Räumlichkeiten und die Befragung von Bewohnervertretung und Personal. Im Rahmen der Darstellung der Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten werden

die Betreiber der Heime dazu verpflichtet, die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung- und -sicherung zu dokumentieren.

Die Heimgesetze der Länder verpflichten die Heimaufsichtsbehörden – im Einklang mit den Vorgaben der §§ 112 und 114a SGV XI – dazu, die Betreiber von Pflegeheimen beratend bei der Behebung festgestellter Mängel zu unterstützen und die Träger der Sozialhilfe – mit denen Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 des SGB XII – an der Beratung zu beteiligen. Für den Fall, dass die von den Behörden geleistete Unterstützung bei der Beseitigung von Mängeln nicht erfolgreich ist, stellen die Gesetze den Prüfbehörden Sanktionsoptionen zur Verfügung. Die Prüfbehörden werden zudem verpflichtet, bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben mit den Pflegekassen, deren Landesverbänden und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen sowie den Trägern der Sozialhilfe zusammen zu arbeiten und Doppelprüfungen zu vermeiden. In einigen Heimgesetzen wird das Bestreben des Gesetzgebers, die Prüflast der Einrichtungen zu minimieren, dabei besonders deutlich. So werden beispielsweise die Heimaufsichtsbehörden in § 23 des Bremer Heimgesetzes dazu angehalten, bei der Prüfung einer Einrichtung die ihnen vorliegenden Kenntnisse über die Qualität der Pflege- und Betreuungseinrichtungen, zeitnah durchgeführte Prüfungen des MDK sowie der Träger der Sozialhilfe, als auch die seitens der Träger gemachten Aussagen zum aktuellen und zukünftigen Stand der Erfüllung der Prüfanforderungen zu berücksichtigen. Schleswig Holstein und Bayern ergänzen die im § 20 des *Selbstbestimmungsstärkungsgesetzes - SbStG* bzw. im Artikel 11 des *Gesetz[es] zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz - PflWoqG)* befindlichen Vorgaben zum Prüfgeschehen in den Heimen um die Möglichkeit, die jährlichen Regelprüfungen über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren auszusetzen. Voraussetzung hierfür ist, dass der MDK oder die Träger der Sozialhilfe das Heim bereits geprüft, oder der Träger anhand nachprüfbarer Unterlagen nachweisen kann, den Gesetzeszweck über einen längeren Zeitraum erfüllt zu haben und dieses auch für die zukünftig sicherstellen zu können. Ähnliche – wenngleich weniger umfangreiche – Ausnahmeoptionen von der jährlichen Prüfverpflichtung bietet beispielsweise das Berliner Heimgesetz.

Das *Bremische Heimgesetz* legt – wie bereits angedeutet – besonderen Wert auf den Verbraucherschutz und erweitert den Beratungsauftrag der Heimaufsichtsbehörde in diesem Sinne. Der § 9 äußert sich ausführlich zu den von der Behörde vorzuhaltenden, wettbewerbsneutralen und kostenträgerunabhängigen Beratungsangeboten für die Verbraucher. Demzufolge hat diese die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Interessenvertretung über ihre Rechte und Pflichten zu informieren und zu beraten. Der Informations- und Beratungsauftrag erstreckt sich ferner auf die Interessentinnen und Interessenten an wohnformspezifischen Angeboten der Leistungsanbieter sowie die mit der Planung und dem Betrieb der Einrichtungen befassten Mitarbeiter. Auch das Verfassen von einrichtungsbezogenen, vergleichbaren und in allgemein verständlicher Sprache verfassten Prüfberichten sowie das Erstellen eines Verzeichnisses über die in Bremen vorhandenen

Einrichtungen wird zu den Aufgaben der Behörde gezählt. Der Gedanke des Verbraucherschutzes wird auch von anderen Heimgesetzen (z.B. Brandenburg) aufgegriffen. Dem Bremer Heimgesetz ähnelnd, werden die Heimaufsichtsbehörden zur Beratung der Verbraucherinnen und Verbraucher bzw. der Bewohnerinnen und Bewohner verpflichtet.

Das Land Brandenburg ergänzt die im Gesetzestext des dortigen Heimgesetzes vergleichsweise kurzgehaltene Beschreibung der Strukturanforderungen für die Zulassung eines Heimbetriebes mit einer eigens für diesen Bereich erlassenen Verordnung über die Anforderungen an die Strukturqualität in Einrichtungen und ihnen gleichgestellten Wohnformen nach dem *Brandenburgischen Pflege- und Betreuungswohngesetz (Strukturqualitätsverordnung - SQV)*. Neben allgemeinen Grundsätzen über die Einrichtungen und ihnen gleichgestellten Wohnformen umfasst die sich über 15 Paragraphen erstreckende Verordnung detaillierte Angaben zu den qualifikatorischen Voraussetzungen sowie den Aufgaben von Leitungskräften im Heimbetrieb. Ähnlich präzise werden die an Beschäftigte und sonstige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Fachkräfte gestellten Anforderungen beschrieben. Geregelt werden zudem die sich mit der Anwesenheit von Fachkräften verbindenden professionellen Aufgaben und Pflichten, die Fort und Weiterbildung des Personals sowie die persönlichen Ausschlussgründe vom Dienst in einer Einrichtung. Die das Personal betreffenden Anforderungen werden um Angaben zu Wohnflächen und Ausstattung sowie den Räumlichkeiten zur besonderen Nutzung ergänzt. Gegenstand der Verordnung sind zudem die Bewegungsfreiheit der Bewohner, die sanitäre Ausstattung der Einrichtungen sowie der Zugang der Bewohnerinnen und Bewohner zu Kommunikations- und Informationsmedien.

4.4.3.3 Landesgesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Nur vier der in allen 16 Bundesländern vorhandenen Gesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst enthalten Vorgaben, die einen direkten Bezug zur Umsetzung von Qualitätsentwicklung und -sicherung in den Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung herstellen.

Nahezu alle ÖGD-Landesgesetze definieren die (hygienische) Überwachung „öffentlicher und privater teilstationärer und stationärer Einrichtungen, in denen durch medizinische, pflegerische oder sonstige Hilfeleistungen Krankheiten oder Behinderungen festgestellt, geheilt oder gelindert“ werden als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. In einigen Bundesländern (z.B. Nordrhein-Westfalen) finden sich das Landesgesetz ergänzende und diese Aufgaben spezifizierende Durchführungsverordnungen. Nur in wenigen Fällen werden die Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung namentlich genannt. Das Land Mecklenburg-Vorpommern betont beispielsweise den hygieneorientierten Überwachungsauftrag für „Pflegeheime und sonstige Einrichtungen für alte Menschen“ und schließt dabei unter anderem „Heime, Tagestätten und gleichartige Einrichtungen für Behinderte“ ein. In

Sachsen-Anhalt bezieht sich der Gesetzgeber in dem die Aufgaben der Hygieneüberwachung beschreibenden Abschnitt des ÖGD-Gesetzes auf „stationäre Einrichtungen für ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen“, während das Saarland „Altenheime und Pflegeheime“ als unter Hygieneaspekten zu überwachende Einrichtungen nennt.

Der bereits ausgeführte § 9 des Hamburger Gesundheitsdienstgesetzes gibt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst auf, durch die Unterstützung regionaler Qualitätszirkel und/oder Pflegekonferenzen „[...] zur Einhaltung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards in der ambulanten und stationären Pflege [...]“ beizutragen. Der mit dem Titel „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement“ versehene § 22 hält den ÖGD ergänzend dazu an, in „[...] der Zusammenarbeit mit anderen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten [...] auf eine Kooperation in Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements [...] hinzuwirken.“

Neben den die Überwachung der Hygienestandards regelnden Vorgaben zählt die Sicherstellung qualifikatorischer, sowie das Führen der Berufsbezeichnung und die Erlaubnis zur Berufsausübung betreffender Standards in Bezug auf die in den stationären Einrichtungen tätigen Pflegekräfte und Angehörigen anderer Heilberufe zu den Aufgaben der Öffentlichen Gesundheitsdienste. Insbesondere die ÖGD Gesetze in Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt halten hierzu detaillierte Angaben vor. Den Öffentlichen Gesundheitsdiensten eröffnet sich so die Möglichkeit, über die Sicherstellung und Überwachung fachlicher Kompetenzen Einfluss auf die Qualität der in den Pflegeheimen erbrachten Leistungen zu nehmen.

4.4.4 Leitlinien und Empfehlungen

4.4.4.1 Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut

Der § 114 SGB XI gibt den Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen auf, im Rahmen der Qualitätsprüfungen in den Heimen zu prüfen, „[...] ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht.“ Damit erhalten die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) auch im Hinblick auf die Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Langzeitversorgungseinrichtungen verbindlichen Charakter. Die von der KRINKO entwickelten Richtlinien sind in fünf Kategorien – die verschiedenen Evidenzgraden entsprechen – unterteilt. Kategorie IV beschreibt dabei Anforderungen, die gesetzliche Bestimmungen zur Grundlage haben. Tabelle 25 gibt die aktuell geltenden Kategorien und ihre Definitionen wieder.

Tabelle 25: Kategorien und Kategoriedefinitionen für die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)

Kategorie IA: Diese Empfehlung basiert auf gut konzipierten systematischen Reviews oder einzelnen hochwertigen randomisierten Studien.
Kategorie IB: Diese Empfehlung basiert auf klinischen oder hochwertigen epidemiologischen Studien und strengen, plausiblen und nachvollziehbaren theoretischen Ableitungen.
Kategorie II: Diese Empfehlung basiert auf hinweisenden Studien/Untersuchungen und strengen, plausiblen und nachvollziehbaren theoretischen Ableitungen.
Kategorie III: Maßnahmen, über deren Wirksamkeit nur unzureichende oder widersprüchliche Hinweise vorliegen, deshalb ist eine Empfehlung nicht möglich.
Kategorie IV: Anforderungen, Maßnahmen und Verfahrenshinweise, die durch allgemein geltende Rechtsvorschriften zu beachten sind.

(Die Kategorien in der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention - Aktualisierung der Definitionen. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention 2010)

Im Einzelnen umfassen die Hygienerichtlinien derzeit folgende Bereiche:

- Reinigung, Desinfektion, Sterilisation
- Lebensmittel, Wasser, Luft
- Abfallbeseitigung
- Betriebsorganisation in speziellen Bereichen
- Hygienemanagement
- Erfassung und Bewertung nosokomialer Infektionen
- Bekämpfung und Kontrolle von multiresistenten Keimen
- Zahnmedizin (RKI 2015)

Die Empfehlungen der KRINKO werden unter anderem von den Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen aufgegriffen (s.u.) und in das Prüfinstrumentarium der MDK Heimprüferinnen und -prüfer integriert.

4.4.4.2 Qualitätsprüfungsrichtlinien der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen

Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien-QPR; MDS 2014) bilden, gemeinsam mit dem dazugehörigen Erhebungsbogen, die Grundlage der von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen (MDK) in den Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung durchzuführenden Qualitätsprüfungen.

Die QPR stellen den weiteren Ausführungen zum Geltungsbereich – dem Prüfauftrag, der Durchführung der Prüfungen, der Eignung der Prüfer sowie den ausführlichen Angaben zu den Prüfinhalten und ihrem Umfang – eine Zieldefinition voran. Demnach wollen die QPR [...] auf der Basis der bisherigen Erfahrungen mit den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Prüfung der Qualität der Pflege und Versorgung in den Pflegeeinrichtungen weiter verbessern und [...] sichern“ (MDS 2014, S. 10).

Die Heimprüfungen werden von den Medizinischen Diensten der Krankenkassen durchgeführt. Laut QPR bedarf es hierzu eines schriftlichen Auftrages der Landesverbände der Pflegekassen. Die Prüfungen sind als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung durchzuführen. Aus dem Prüfauftrag muss folglich hervorgehen, welche Art der Prüfung vorgesehen ist, welchen Umfang die vorgesehene Prüfung haben soll, welche Sachverhalte eine Anlassprüfung auslösen, wie die Pflegekassen einzubinden und welche Prüfmodalitäten zu beachten sind. Der QPR ist darüber hinaus zu entnehmen, dass Qualitätsprüfungen grundsätzlich unangemeldet vorzunehmen und von, aus entsprechend qualifizierten Pflegefachkräften zusammengesetzten, Prüfteams durchzuführen sind (MDS 2014, S. 10).

Aus der, in den QPR enthaltenen, Beschreibung der Prüfinhalte lässt sich unter anderem entnehmen, dass die „[...] Regelprüfung [...] sich insbesondere auf wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen [bezieht]. Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung erstreckt werden“ (MDS 2014, S. 14). Dieser allgemeinen Beschreibung der Regelprüfung folgt eine Auflistung der zu prüfenden, spezifischen Versorgungsleistungen. Genannt werden allgemeine Pflegeleistungen, die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsmaßnahmen, Leistungen der Unterkunft und Verpflegung sowie sonstige Zusatzleistungen. Ebenfalls erwähnt werden die Hygieneempfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (MDS 2014, S. 14).

Die QPR macht darüber hinaus Angaben zu den, der Qualitätsprüfung zugrundeliegenden gesetzlichen und nachgeordneten Vorgaben, beschreibt die im Hinblick auf die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen zu prüfende Stichprobe und die, bei konkreten und begründeten Anhaltspunkten, zu prüfenden speziellen Pflegesituationen. Geregelt wird ferner die Kooperation mit den Heimaufsichtsbehörden, das Vorgehen bei Abrechnungsprüfungen und die Prüfberichterstattung (MDS 2014).

Die QPR werden durch die Transparenzvereinbarungen gemäß § 115 Absatz 1a SGB XI – Pflege Transparenzvereinbarung stationär (PRVS) (MDS 2014, S. 133 ff) – ergänzt, die zwischen dem GKV-Spitzenverband, den auf Bundesebene agierenden Trägervereinigungen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenver-

bände und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vereinbart wurden. Die Transparenzvereinbarungen bilden die Grundlage der Pflege-Transparenzberichte, welche „[...] die Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie deren Qualität für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet sowie in anderer geeigneter Form [...]“ (MDS 2014, S. 135) veröffentlichen. Die Pflege-Transparenzberichte gründen in den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDS 2014).

Als der QPR nach § 114 SGB XI sowie den Transparenzvereinbarungen gemäß § 115 SGB XI übergeordneter Rahmen gelten die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie des Medizinische Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und unabhängigen Sachverständigen nach § 113 SGB XI vereinbarten gemeinsamen und einheitlichen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in der vollstationären Pflege (MDS 2011).

Die Maßstäbe und Grundsätze (MDS 2011) beschreiben die zu berücksichtigenden bzw. zu prüfenden Qualitätsparameter über die Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität. Ihrer inhaltlichen Beschreibung wird eine Zieldefinition vorangestellt, die sich auf Leistungen bezieht, die gemäß der §§ 2 und 4 SGB XI von vollstationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Die Zieldefinition umfasst Aspekte der unabhängigen Lebensführung, die Wahrung der Privat- und Intimsphäre sowie die Würde der zu betreuenden und zu pflegenden Menschen. Sie nimmt deren Lebensqualität, Zufriedenheit und Lebensgewohnheiten in den Blick und fordert eine auf die Wiedergewinnung und Erhaltung der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtete Pflege, Betreuung, Unterkunft und Verpflegung. Angesprochen bzw. als Ziele definiert werden zudem eine an den Bewohnerinnen und Bewohnern ausgerichtete und Wahl- und Mitsprachemöglichkeiten bietende Tages- und Alltagsstruktur, eine am anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse, bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbrachte Pflege sowie eine an den individuellen Bedürfnissen der Bewohner ausgerichtete Versorgung, die auch religiöse und kulturspezifische Aspekte berücksichtigt sowie den besonderen Belangen von Kindern und Jugendlichen Rechnung trägt (MDS 2011).

Das von den Pflegeeinrichtungen durchzuführende Qualitätsmanagement soll die „organisierten Maßnahmen zur Steuerung der vereinbarten Leistungserbringung und ggf. deren Verbesserung“ beschreiben. Es soll die wesentlichen Managementprozesse weiterentwickeln und sicherstellen, dass die vom Träger erbrachten

Leistungen in der vereinbarten Qualität erbracht werden, an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner sowie den fachlichen Erfordernissen orientiert und die jeweiligen Verantwortlichkeiten nachvollziehbar sind. Darüber hinaus finden sich Angaben zu den für das Qualitätsmanagement vorzuhaltenden personellen und sonstigen Ressourcen, dem prozesshaften Ablauf des Qualitätsmanagements sowie zur Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner (MDS 2011).

Die in den Maßstäben und Grundsätzen enthaltene Beschreibung der zu überprüfenden Strukturqualität beinhaltet eine Definition der Struktur der vollstationären Pflegeeinrichtung. Sie macht Angaben zu den Informationspflichten der Einrichtungen sowie den personellen Strukturforderung im Hinblick auf die verantwortlichen Pflegefachkräfte, deren Ausbildung, Berufserfahrung und Qualifizierung. Weitere Vorgaben beziehen sich auf die sonstigen Pflege- und Betreuungskräfte, deren Fort- und Weiterbildung sowie die räumlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung (MDS 2011).

Für die Angaben zur Prozessqualität wird die Vorlage eines Pflegekonzeptes von den Einrichtungen gefordert, welches auf pflegewissenschaftlichen Theorien und Modellen sowie praktischen Erfahrungen basiert und im Pflegeprozess umgesetzt werden muss. Ferner finden sich Angaben zum Einzug und der Eingewöhnung neuer Bewohnerinnen und Bewohner, der Pflegeplanung und Dokumentation, der Organisation der Pflege im Rahmen von Pflegeteams sowie zur Unterkunft und Verpflegung. Ausführliche Angaben zur sozialen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner bilden einen weiteren Schwerpunkt der prozessqualitätsorientierten Grundsätze (MDS 2011).

Schließlich wird die Ergebnisqualität als die Wirkung der Pflege, der sozialen Betreuung sowie der Unterkunft und der Verpflegung definiert, die sich im erreichten Pflegezustand der Bewohnerinnen und Bewohner manifestiert. Die Auflistung möglicher Kriterien zur Messung der Ergebnisqualität mündet in der Verpflichtung der Träger, im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements Maßnahmen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorzusehen (MDS 2011).

4.4.5 Zusammenfassendes Fazit

Die identifizierten und analysierten rechtlichen und nachgeordneten Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen können nur bedingt als Grundlage für primärpräventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen im Pflegeheim herangezogen werden. Die Vorgaben der auf supranationaler Ebene verorteten UN-Behindertenrechtskonvention zielen auf die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen, verpflichten die ratifizierenden Staaten Menschen mit Behinderungen vor allen Formen der Gewalt zu schützen und ihnen Zugang zu gesundheitlichen und rehabilitativen Versorgungsleistungen zu verschaffen. Abgesehen von sekundär- und tertiärpräventiven Inhalten liegt der Schwerpunkt der Konvention auf der Realisierung sozialer Teilhabe.

Mit dem im Juni 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz verändern sich die im SGB V und XI enthaltenen rechtlichen Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim. Primärpräventive und gesundheitsförderliche Leistungen werden im SGB V nun explizit genannt und zur satzungsgemäßen, in den Lebenswelten der Versicherten zu erbringenden Leistung der Krankenkassen erklärt. Lebenswelten werden unter anderem als soziale Systeme der medizinischen und pflegerischen Versorgung definiert. Darüber hinaus erteilt das SGB XI den Pflegekassen erstmalig den Auftrag, die Erbringung präventiver und gesundheitsförderlicher Leistungen für die in Pflegeheimen versorgten Versicherten anzuregen und zu unterstützen. Erstmals werden finanzielle Mittel aus der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt, deren Höhe im Hinblick auf die einzelnen Versicherten jedoch gering ausfällt. Die Vermeidung, Überwindung und Verhinderung der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit bleiben auch nach der Reformulierung zentraler Paragraphen bedeutende Motive für die Erbringung rehabilitativer Leistungen. Inwieweit die ergänzte, auf gesundheitsbezogene Prävention gerichtete Perspektive Wirkung entfalten kann, bleibt abzuwarten. Die Medizinischen Dienste der Krankenkassen sind zukünftig gehalten, ihre bislang zu formulierende Rehabilitationsempfehlung durch eine Präventionsempfehlung zu ergänzen. In Bezug auf die Expertenstandards wird eine zukünftig stärkere Betonung präventiver und rehabilitativer Aspekte angeregt.

Die präventiv ausgerichteten Leistungen des SGB V konzentrierten sich bislang auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Ihr Anliegen ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und der Erhalt von Teilhabeoptionen sowie die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

Das SGB XI stellt aus leistungsrechtlicher Perspektive das für die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung bedeutendste Gesetzeswerk dar. Auch hier lag das Hauptaugenmerk der Bestimmungen und Leistungen – unter präventiven und gesundheitsförderlichen Gesichtspunkten – bislang auf der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und dem Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen. Primärpräventive Bezüge ließen sich bisher nur über die an die Leistungserbringer gerichtete Aufforderung zur Erbringung aktivierender Pflege und der Berücksichtigung der psychosozialen Bedürfnisse ihrer Klientinnen und Klienten ableiten. Die darüber hinausreichende und über § 87a SGB XI eröffnete Möglichkeit der Akquise von bewohnerspezifischen Bonuszahlungen für präventive Leistungen, scheint in der aktuellen Praxis der Heimversorgung nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Mangels inhaltlicher Vorgaben scheinen auch die über individuelle Zuschläge finanzierten Maßnahmen für Bewohnerinnen und Bewohner mit erhöhtem Betreuungsbedarf keine ausreichende Basis für die umfassende Durchführung präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen darzustellen.

Das SGB XI enthält umfangreiche Regelungen zur Qualitätssicherung die in Pflegeheimen Versorgte betreffen. Der § 72 SGB XI regelt den Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen den Pflegekassen und Trägern und erklärt die Einfüh-

zung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI sowie die Anwendung der Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege nach § 113a SGB XI zur notwendigen Bedingung. Über diese und weitere qualitätsorientierte Vorgaben hat das SGB XI dazu beigetragen, die Qualität der pflegerischen Versorgungsleitungen mit präventiven, gesundheitsförderlichen und rehabilitativen Bezügen und Inhalten zu gewährleisten und zu verbessern.

Der § 114 des SGB XI gibt den Medizinischen Diensten der Krankenversicherungen auf, im Rahmen der Qualitätsprüfungen in den Heimen zu kontrollieren, „[...] ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht.“ Damit erhalten die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) auch im Hinblick auf die Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Langzeitversorgungseinrichtungen verbindlichen Charakter.

Die in den Rahmenverträgen zur vollstationären Dauerpflege gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI enthaltenen, präventions- bzw. gesundheitsförderungsrelevanten Vorgaben beziehen sich auf die Befähigung zur selbstständigen Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens, die Vermeidung und Minderung von Pflegebedürftigkeit und Sekundärerkrankungen durch aktivierende Pflegemaßnahmen sowie Hilfen bei der Ernährung, der Mobilität und der sozialen Betreuung. Letztere sollen insbesondere die Prävention von psychosozialen Problemen und Pflegebedürftigkeit unterstützen. Die mit der Verabschiedung des Präventionsgesetzes einhergehende Erweiterung des Versorgungsauftrages der Krankenkassen kann eine entsprechende Anpassung der Rahmenverträge auf Länderebene notwendig machen.

Unter dem Titel „Qualitätsverantwortung“ weist § 112 SGB XI den Pflegeeinrichtungen die Verantwortung für die Qualität ihrer Leistungen zu und schließt dabei ausdrücklich die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ein. Sollte sich die in einer Einrichtung der stationären Langzeitversorgung erbrachte Pflegequalität zukünftig – wie oben angedeutet – auch über den Implementierungsgrad von Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung definieren, werden die Träger der Heime diesen Inhalten bei der Organisation Ihrer Einrichtungen und des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (noch) größere Aufmerksamkeit schenken müssen.

Dieser Befund lässt die Interpretation zu, dass auch die in den Rahmenverträgen gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI enthaltenen Vorgaben zur Qualitätssicherung, Pflegedokumentation und Heimprüfung präventive und gesundheitsförderliche Inhalte zukünftig stärker gewichtet werden. Gleiches gilt für Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in der in der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien-QPR), als dem zentralen Prüfinstrument der Medizinischen Dienste der Kranken-

versicherung, sowie den Transparenzvereinbarungen gemäß § 115 Absatz 1a SGB XI, die als Grundlage der Pflege-Transparenzberichte dienen.

Als der QPR sowie den Transparenzvereinbarungen übergeordneter Rahmen gelten die gemeinsamen und einheitlichen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in der vollstationären Pflege nach § 113 SGB XI.

Die gemeinsamen und einheitlichen Maßstäbe und Grundsätze definieren die zu berücksichtigenden bzw. zu prüfenden Qualitätsparameter über die Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität und stellen deren inhaltlicher Beschreibung eine Zieldefinition für die in Bezug auf die §§ 2 und 4 des SGB XI von vollstationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen voran. Es bleibt zu hoffen, dass Prävention und Gesundheitsförderung, wie vom Präventionsgesetz als kassenübergreifende Leistungen definiert, als Teil der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zukünftig Eingang in Zieldefinition der gemeinsamen Maßstäbe und Grundsätze finden. Dabei eröffnet sich im Rahmen der Vorgaben zur Strukturqualität die Möglichkeit, trägerübergreifende Anforderungen an präventive und gesundheitsförderliche Kompetenzen und Qualifikationen bzw. entsprechende Fort- und Weiterbildungen des Personals zu definieren. Mit den ebenfalls bereits vorhandenen Anforderungen an die Prozessqualität, nach denen Einrichtungen ein auf pflegewissenschaftlichen Theorien und Modellen sowie praktischen Erfahrungen basierendes Pflegekonzept vorhalten müssen, verbindet sich die Chance, Prävention und Gesundheitsförderung, einem ganzheitlichen Ansatz folgend, als Teil der Träger- und einrichtungsinternen Versorgungsorganisation zu verankern. Ein solches Vorgehen könnte die Berücksichtigung präventiver und gesundheitsförderlicher Pflegemaßnahmen, die über die Anwendung pflegerischer Prophylaxen und aktivierender Pflege hinausgehen, in der Pflegeplanung, -organisation und -dokumentation fördern. Damit einhergehend würden präventive und gesundheitsfördernde Inhalte Teil des ebenfalls in den Maßstäben und Grundsätzen verankerten Qualitätsmanagements, dessen Ziel die Überprüfung des Pflegezustandes der Bewohnerinnen und Bewohner und die stetige Verbesserung der Versorgung ist.

Unter präventiven und gesundheitsförderlichen Gesichtspunkten ist zu hoffen, dass zukünftige Versorgungsverträge die nach § 20a SGB V – mit Unterstützung der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung – zu entwickelnden, kassenübergreifenden präventiven Leistungen integrieren werden. Ein solcher Schritt könnte die ebenfalls erwähnte Implementierung der Leistungen auf der Ebene der Lebenswelten – und damit explizit auch in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 5 SGB XI) – unterstützen. Die in § 5 SGB XI angesprochene Qualität sowie die hier und in § 20a SGB V erwähnte Evaluation dieser Leistungen weist zudem darauf hin, dass der Gesetzgeber qualitätsorientierten Aspekten im Rahmen der Neuerungen des Präventionsgesetzes große Bedeutung beimisst.

Die mit dem Präventionsgesetz (§ 113a SGB XI) ebenfalls einhergehende Verpflichtung, bei der Entwicklung und Aktualisierung der qualitätssichernden Exper-

tenstandards – ungeachtet bereits vorhandener Pflegebedürftigkeit – präventiven und rehabilitativen Zielen mehr Gewicht zu verleihen, unterstreicht die hervorgehobene Bedeutung von qualitätsorientierten Aspekten.

Das Krankenpflegegesetz nimmt über die im Rahmen der Ausbildungen zu erwerbenden Kompetenzen bedingt Einfluss auf die Versorgungspraxis, die durch beruflich Pflegende gestaltet wird. Vor diesem Hintergrund sind die in den Ausbildungszielen des Krankenpflegegesetzes enthaltenen Vorgaben zum Erwerb krankheitsverhütender, präventiver, rehabilitativer, gesundheitsförderlicher sowie zu gesundheits- und krankheitsbezogener Beratung befähigender Kompetenzen zu begrüßen. Auch die in den Ausbildungszielen des Altenpflegegesetzes enthaltenen Vorgaben zum Erwerb von Kompetenzen die zur eigenverantwortlichen Durchführung von geriatrischen Rehabilitationskonzepten, Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, der Ernährungsberatung und der Förderung sozialer Teilhabe befähigen, enthalten Bezüge zur Prävention und Gesundheitsförderung. Als rechtliche Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim können die Vorgaben jedoch nicht herangezogen werden.

In Bezug auf qualitätsorientierte Aspekte verpflichtet das Krankenpflegegesetz die Ausbildungsträger dazu, die Auszubildenden zur eigenverantwortlich durchzuführenden Evaluation sowie der Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege zu befähigen. Das Altenpflegegesetz konstatiert hingegen, dass die Ausbildung zur Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung befähigen soll.

Im Hinblick auf die 16 Heimgesetze der Länder ist festzuhalten, dass sich nur wenige explizit mit Gesundheitsförderung und Prävention befassen. Fast alle Heimgesetze enthalten Vorgaben zur Verhütung von Unfällen und der Abwendung von Gefahren. Die von den Heimen für die Bewohner zu erstellenden individuellen Hilfs- und Förderpläne legen ihren inhaltlichen Schwerpunkt auf die Bewahrung sozialer Teilhabeoptionen. Im Heimgesetz Nordrhein-Westfalen wird die Gewaltprävention thematisiert. Inwieweit die mit dem Präventionsgesetz einhergehenden Veränderungen des SGB V und XI Eingang in die Heimgesetze der Länder finden, bleibt abzuwarten. Aufgrund seines breiten und explizit auf Lebenswelten gerichteten Ansatzes ist jedoch auch hier mit Veränderungen zu rechnen.

Dabei sind die Heimgesetze der Länder dem Heimordnungsrecht zuzuordnen. Die Leistungserbringer werden übereinstimmend dazu verpflichtet, eine dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechende Qualität des Wohnens und der Betreuung zu sichern. Alle Landesheimgesetze verknüpfen die Erlaubnis zum Betrieb eines Heimes mit qualitätsorientierten Bedingungen, wie die Verpflichtung ein Qualitäts- und Beschwerdemanagement zu betreiben. Darüber hinaus regeln sie Prüfungspflichten und -befugnisse der Heimaufsichtsbehörden.

Ebenfalls in allen Bundesländern vorhanden sind Landesgesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Dabei wird Gesundheitsförderung im heimstationären

Kontext nur in Bremen angesprochen. Daneben sind das Hamburger und das Schleswig-Holsteinische ÖGD-Gesetz hervorzuheben, da sie neben verhaltens- auch verhältnispräventive Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick nehmen. Auch das Land Rheinland Pfalz zählt Prävention und Gesundheitsförderung zu den Aufgaben des ÖGD. In Hamburg, Bremen und Schleswig Holstein wird die Zielgruppe der Älteren und Alten im Zusammenhang mit Prävention und Gesundheitsförderung ausdrücklich genannt.

Die ÖGD-Landesgesetze definieren die (hygienische) Überwachung „öffentlicher und privater teilstationärer und stationärer Einrichtungen, in denen durch medizinische, pflegerische oder sonstige Hilfeleistungen Krankheiten oder Behinderungen festgestellt, geheilt oder gelindert“ werden, als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Über diese qualitätsorientierten Vorgaben nehmen die Öffentlichen Gesundheitsdienste Aufgaben der Infektionsprävention wahr. Zudem wird die Sicherstellung qualifikatorischer, sowie das Führen der Berufsbezeichnung und die Erlaubnis zur Berufsausübung betreffende Standards in Bezug auf das in den stationären Einrichtungen tätige Personal zu den Aufgaben des ÖGD gezählt. Ähnlich wie im Hinblick auf die Kranken- und Altenpflegegesetze festgestellt, nehmen die ÖGD Gesetze durch die Überwachung qualifikatorischer Mindeststandards Einfluss auf die Qualität der pflegerischen Versorgung und stellen so sicher, dass das in den Einrichtungen tätige Personal zur Umsetzung von Pflegemaßnahmen mit gesundheitsförderlichen und Präventiven Bezügen in der Lage ist.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) stellt Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen Kontexten als zukünftige Handlungsfelder für Pflegekräfte dar. Konkretisierungen bzw. als Leitlinien für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim nutzbare Angaben vom DBfK sind bislang nicht verfügbar.

4.5 Ergebnisse der Interviews

4.5.1 Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim

4.5.1.1 Zur Bedeutung, Umsetzung und systematischen Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Pflegeheim

Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung hat großes Potential

Der im Rahmen der stationären Langzeitversorgung durchgeführten Prävention und Gesundheitsförderung wird von den befragten Expertinnen und Experten mehrheitlich ein hoher und weiter wachsender Stellenwert zugesprochen.

Die Analyse der Äußerungen einiger Interviewpartnerinnen und -partner offenbarte jedoch Unschärfen bei der jeweiligen Konzeptualisierung von Prävention und Ge-

sundheitsförderung, die auch bei der Beantwortung entsprechender Nachfragen durch den Interviewer nicht immer aufgelöst wurden. In der Gesamtschau ist so nicht abschließend erkennbar, ob sich die positiven Einschätzungen einzelner Expertinnen und Experten auf die gesetzlich geforderte aktivierende Pflege und pflegerische Prophylaxen oder auf darüber hinausgehende präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen im Pflegeheim beziehen. Einige der nachstehend dokumentierten Beobachtungen der interviewten Experten und Expertinnen führen zudem zu der Frage, ob und inwieweit die in der stationären Langzeitversorgung tätigen Pflegekräfte PGF in ihr professionelles Selbstverständnis und das darauf beruhende Handeln übernommen oder lediglich als Möglichkeit zur Erfüllung der Auflagen der Prüfbehörden begriffen haben.

Die Beobachtungen einer befragten Pflegewissenschaftlerin weisen auf Letzteres. Ihr zufolge ist auf der Trägerebene ein Bewusstsein für die Potentiale präventiver und gesundheitsförderlicher Strategien entstanden. Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen würden vielerorts jedoch unsystematisch und häufig von nicht ausreichend geschulten Betreuungskräften umgesetzt. Die aktuelle Herausforderung bestehe zudem darin, dass

„viele professionelle Akteure gar nicht wissen, was Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Pflegebedürftigkeit bedeutet. Dass sie sich gar nicht vorstellen können, wie Präventionsmaßnahmen umgesetzt werden sollten [...]“ (C11).

Demnach bestehen bei vielen professionell Pflegenden Unsicherheiten darüber, was konkret Prävention und Gesundheitsförderung für Pflegebedürftige leisten kann. Von einem defizitorientierten, auf die Kompensation geistiger oder körperlicher Funktionseinschränkungen ihrer Klienten ausgerichteten Pflegeverständnis geprägt, schätzen sie die gesundheitliche Situation ihrer Klienten häufig negativer ein als die Bewohnerinnen und Bewohner selbst. Wer in den Zuständigkeitsbereich des SGB XI fällt – so beschreibt die befragte Wissenschaftlerin die Haltung vieler professionell Pflegenden im Heim –, der befindet sich im letzten Abschnitt der Versorgung. Die Vorstellung wirksamer präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen für diese Nutzergruppe erscheine vielen professionell an der Versorgung Beteiligten daher als abwegig. Auch innovationsfreudigen Einrichtungen fällt es so schwer, geeignete Maßnahmen für ihre Bewohnerinnen und Bewohner zu identifizieren. Deutlich wird dabei auch, dass die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis von vielen professionell Pflegenden als Herausforderung wahrgenommen wird. Letzteres ist dadurch zu überwinden – so das Resümee der hier Interviewten –, dass den beruflich Pflegenden die Transferarbeiten abgenommen und ihnen adäquate und auf das Erreichen bestimmter Effekte zugeschnittene Instrumente der Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt werden.

Für einige Interviewpartnerinnen und -partner sind sekundär- und tertiärpräventive sowie rehabilitative Ansätze in der stationären Pflege von größerer Relevanz als primäre Prävention und Gesundheitsförderung. Sie verweisen darauf, dass die zu

Pflegenden in Heimen mehrheitlich von akuten oder chronischen, geistigen oder körperlichen Erkrankungen oder altersbedingten degenerativen Einbußen betroffen sind, der politisch geförderte Trend zu ambulanter Versorgung und Verbleib in der Häuslichkeit jedoch dazu führen, dass viele alte und hochaltrige Menschen erst in ihrem letzten Lebensabschnitt in die stationäre Versorgung übersiedeln. Häufig mündet dieser Abschnitt zeitnah in der Sterbephase. Über die Hälfte der sich in die Obhut einer Langzeitpflegeeinrichtung begebenden Menschen versterben innerhalb der ersten sechs Monate ihres Heimaufenthaltes.

Andere Befragte stellen die dennoch vorhandenen Ressourcen und Aktivierungspotentiale in den Vordergrund. Sie weisen darauf hin, dass mobilitätsfördernde und sturzpräventive Maßnahmen die Autonomie der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner stärken und deren Lebensqualität entscheidend stabilisieren und verbessern können.

In einem zunehmend von Mechanismen des freien Wettbewerbes beeinflussten Pflegemarkt wächst die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere auch deshalb – so wird aus den Äußerungen einiger Expertinnen und Experten deutlich –, weil sie von Trägern und Betreibern der Pflegeheime als werbewirksame Marketingfaktoren bei der Kundenakquise eingesetzt werden können. Zudem werden sie von Trägern als wirksame Strategien zur Stabilisierung der gesundheitlichen Situation der Heimbewohnerinnen und Bewohner erkannt. Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim werden so auch als eine Möglichkeit erachtet, die zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Betreibern bestehenden Geschäftsbeziehungen durch ihre zeitliche Ausdehnung zu optimieren.

Mit Verweis auf aktuelle Studien betonen einige Befragte Wirksamkeitsnachweise für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen für alte und hochaltrige Heimbewohnerinnen und -bewohner. Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung wird – ob als Teil aktivierender, mobilisierender oder prophylaktischer Pflegemaßnahmen bzw. im Rahmen primärer, sekundärer oder tertiärpräventiver sowie rehabilitativer Ansätze – von diesen Interviewpartnerinnen und -partnern ein großes Potential zugeschrieben. Den von wenigen Expertinnen und Experten geäußerten Zweifeln an der Effektivität und Angemessenheit präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Pflegeheim steht eine größere Gruppe von Expertinnen und Experten gegenüber, die von deren Umsetzbarkeit und Effektivität überzeugt sind.

Die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim bedarf einer Systematisierung

Das Thema Prävention und Gesundheitsförderung hat – das machen die Äußerungen der Interviewpartnerinnen und -partner deutlich – die stationäre Langzeitversorgung erreicht. Abgesehen von Modellprojekten, konzentriert sich ihre flächendeckende Umsetzung bis dato auf präventive und gesundheitsförderliche An-

teile obligatorischer Pflegeverrichtungen sowie auf organisierte Betreuungsangebote für Bewohnerinnen und Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Regelmäßige Mitarbeiterschulungen und die Thematisierung der Expertenstandards im Rahmen der Ausbildung von Pflegekräften, beeinflussen die Entwicklung positiv.

Nach den interviewten Expertinnen und Experten werden Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflegeheim bislang allerdings nicht systematisch umgesetzt. Dafür verantwortlich – so lassen sich die Aussagen der Befragten interpretieren – scheinen insbesondere die knappen personellen Ressourcen der Pflegeeinrichtungen. Präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen, die über die aktivierenden und prophylaktischen Inhalte der Expertenstandards hinausgehen, werden vorwiegend im Rahmen von Betreuungsangeboten realisiert. Letztere werden häufig jedoch nicht von Pflegekräften, sondern von (externen bzw. hierfür engagierten) Betreuungskräften, Ergotherapeuten und Sozialpädagogen geplant und umgesetzt. Der präventive bzw. gesundheitsförderliche Zuschnitt der Aktivitäten ist dabei abhängig von den identifizierten Bedarfen der Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Kompetenzen und Interessen des durchführenden Personals. Den Pflegekräften – so die Erfahrungsberichte – fehlen aufgrund ihrer anderweitigen Verpflichtungen und genereller Personalknappheit die notwendigen zeitlichen Ressourcen, um präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten in ihr professionelles Handeln zu integrieren.

Trotz großem Interesse und vielerorts vorhandener Motivation – so die Beschreibung einiger Interviewter – scheitern die Pflegekräfte in ihrem Bestreben Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen an den Herausforderungen, die mit ihren alltäglichen dienstlichen Verpflichtungen einhergehen.

Der Frage, inwieweit der Implementationsgrad der Expertenstandards an den jeweils verhandelten bzw. zur Verfügung stehenden Personalschlüssel gebunden ist, muss an anderer Stelle nachgegangen werden. Größeren Einrichtungen scheint es aufgrund ihres größeren Personalstammes mitunter leichter zu gelingen „aus dem Pflegeschlüssel heraus, [...] Zeit zu rekrutieren [...]“ (C04) und Pflegekräften die zur Durchführung präventiver und gesundheitsförderlicher Aktivitäten nötigen Zeitfenster einzuräumen. Die Unterstützungsangebote solcher Einrichtungen umfassen begleitende bzw. beratende Leistungen.

Von der professionellen Pflege wird Prävention und Gesundheitsförderung in Form aktivierender Maßnahmen in die alltäglichen Verrichtungen der Grundpflege integriert. Beispielhaft genannt werden kontrakturpräventive und mobilisierende Kurzinterventionen, die in Form bewegungsfördernder Übungen im Rahmen alltäglicher Handlungen und unter Anleitung der Pflege von den Bewohnerinnen und Bewohnern umgesetzt werden:

„Da ist auch [ein] breites Spektrum. Also. Ich sage mal die Bewegungsförderung als Beispiel beginnt morgens beim Wecken und den nachfolgenden Tätigkeiten [...]. Wir haben da auch den Auftrag, was auch Sinn macht. Gerade

bei Kontrakturen. Sie können [...] nicht jemanden einfach aus dem Bett pfriemeln und sagen, stell dich mal hin, ich wasche dich jetzt. Sondern der geht noch ein paar Schritte, macht eine bestimmte Abfolge von Bewegungen zur Mobilisation. Es gibt so eine drei Minuten-Intervention, wo alle Gelenke mal durchbewegt werden. Das ist quasi das, was Pflege mit leistet. In vielen kleinen, einzelnen Geschichten und unzähligen täglichen Maßnahmen“ (C01).

Der vorab zitierte Vertreter eines Verbandes privater Träger beschreibt plastisch, wie Prävention als Teil des Pflegehandelns und im Rahmen der professionellen Routinen umgesetzt wird. Dem gesetzlichen Auftrag zur aktivierenden Pflege folgend, integrieren Pflegekräfte mobilisierende Aktivitäten in die Maßnahmen der Grundpflege. Beispielhaft verweist der Interviewpartner auf die kontrakturpräventive Wirkung von Kurzinterventionen, die fast unmerklich in den Tagesablauf der Bewohnerinnen und Bewohner eingepasst werden können.

Andere Beispiele beschreiben mobilisierende und sturzpräventive Gruppenaktivitäten, die von Aufklärungs- und Beratungsangeboten begleitet werden. Art und Ausgestaltung der Angebote scheinen – wie zuvor beschrieben – in starker Abhängigkeit von den persönlichen Kompetenzen und Präferenzen des durchführenden Personals zu stehen.

Einige Interviewte weisen darauf hin, dass die gesetzliche Verpflichtung zur Finanzierung von rehabilitativen Leistungen von den Krankenkassen nur teilweise wahrgenommen wird. Die zögerliche Umsetzung findet ihren Ausdruck darin, dass Rehabilitationsanträge häufig ablehnend beschieden werden:

„Wirklich so durch eigene Mittel, durch eigenes Engagement, weil es gibt ja nichts, was jetzt angeboten wird. Wir haben einen Bewohner, der kommt nach Oberschenkelhalsfraktur, wenn sie Pech haben, mit abgelehnter Reha wieder. Und dann obliegt es den Mitarbeitern aus der Pflege jetzt hier, gemeinsam mit dem Hausarzt, im günstigsten Fall zu entscheiden, was können wir jetzt tun? Dann gibt es Krankengymnastik, die kommt vielleicht zwei Mal in der Woche, wenn sie Glück haben. [...] Alles andere lastet auf den Schultern der Pflege“ (C04).

Der zitierte Interviewpartner beschreibt einen für ihn typischen Fall aus dem Arbeitsalltag eines Pflegeheims. Dabei wird ein Bewohner mit abgelehntem Antrag auf Rehabilitation aus dem Akutkrankenhaus in das Pflegeheim entlassen. In der Folge sind Träger und Personal der stationären Langzeitversorgung immer häufiger mit rehabilitativen bzw. sekundär und tertiärpräventiven Aufgaben konfrontiert, denen sie sich personell und fachlich nicht gewachsen sehen.

Einige Interviewte weisen darauf hin, dass sich hinter vielen als präventiv oder gesundheitsfördernd beschriebenen Maßnahmen Aktivitäten verbergen, die zuvor unter der Bezeichnung Beschäftigungsmaßnahme konzipiert und als Freizeitangebot vermarktet wurden. Präventive oder gesundheitsfördernde Effekte, so die geäußerte Kritik, sind hingegen lediglich ein Nebenprodukt, mit denen eine systematische Prävention und Gesundheitsförderung nicht zu ersetzen ist. Als eine zentrale Aufgabe wird daher die Konzeption und Entwicklung pflegespezifischer

Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen und deren Integration in professionelle Handlungsrountinen genannt.

Die unzureichende systematische Umsetzung der Prävention und Gesundheitsförderung ist den befragten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zufolge auch auf das diesbezüglich nicht ausreichend geschulte Personal der Einrichtungen zurückzuführen.

„Das wurde auch nicht geklärt, also aktivierende Pflege [...], das kann alles sein und nix“ (C11).

Unsicherheiten in Bezug auf die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von Pflegebedürftigkeit scheinen demnach weit verbreitet. Vielen professionell Pflegenden ist das präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten innewohnende Potential nicht bewusst – darauf weisen Vertreterinnen und Vertreter der Pflegewissenschaft hin. Auch fällt es ihnen schwer, entsprechende Maßnahmen von aktivierender und mobilisierender Pflege abzugrenzen. Ein Teil der Verunsicherung mag – dahingehend äußern sich einige der Befragten – darauf zurückzuführen sein, dass viele Pflegekräfte die gemeinsam mit den Pflegebedürftigen durchgeführten Prophylaxen nicht mit präventivem Handeln gleichsetzen. Begründend wird auf das kompensatorisch ausgerichtete professionelle Selbstverständnis vieler Pflegekräfte verwiesen. Professionelles pflegerisches Handeln sei hierzulande traditionell auf das von Krankheit, Behinderung oder Hilfsbedürftigkeit gezeichnete Individuum fokussiert.

Mit dem Anspruch, präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten für Bewohnergruppen zu planen und umzusetzen – so die geäußerte Schlussfolgerung – sehen sich Pflegekräfte zudem mit einer Aufgabe konfrontiert, die nicht ihren traditionellen, am Individuum ausgerichteten Tätigkeiten entspricht. Soll die professionelle Pflege zukünftig vermehrt Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung übernehmen, so wird dies nur gelingen, wenn ihr konzeptionell und methodisch ausgereifte Konzepte zu Verfügung stehen.

Im Gegensatz zu den wissenschaftlichen Expertinnen und Experten wird die Frage nach der systematischen Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim von den Vertreterinnen und Vertretern von Ministerien, nachgeordneten (Aufsichts-) Behörden und des MDK mit Verweis auf die gesetzlich definierten und finanzierten Standards beantwortet. Demnach wird Prävention und Gesundheitsförderung – nicht zuletzt in Abhängigkeit von den jeweils implementierten Qualitätsroutinen – im Rahmen der von der Pflege durchgeführten Prophylaxen und den Vorgaben der Expertenstandards realisiert. Das hierfür zur Verfügung stehende Personal, die (kontinuierliche) Schulung der Mitarbeiter sowie die zunehmende Thematisierung der pflegerischen Expertenstandards im Rahmen der Ausbildung von Pflegekräften, werden dabei als zentrale und die Umsetzung der Maßnahmen potentiell befördernde Einflussgrößen gesehen.

Vorgaben für Prävention und Gesundheitsförderung werden als Orientierung bietender Rahmen erkannt

Die Interviewpartnerinnen und -partner sehen die gesetzlichen und nachgeordneten Vorgaben zur Prävention und Gesundheitsförderung als Orientierung gebende Grundlagen und das Versorgungsgeschehen rahmende Instrumente. Da rechtlich unverbindliche Leitlinien und Empfehlungen nicht Teil des behördlichen Prüfgeschehens sind, kann ihre Bedeutung im Versorgungsgeschehen nur indirekt und auf Basis von Beobachtungen beurteilt werden.

4.5.1.2 Die Wahrnehmung rechtlicher Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim durch die befragten Akteure

Die flächendeckende Implementation von Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim bedarf zusätzlicher finanzieller Ressourcen und einer lebensweltangemessen konzeptuellen und rechtlichen Rahmung

Hinsichtlich der Beurteilung der vorhanden rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen sind die interviewten Akteure uneins. Einige warnen vor einer weiteren Ausdifferenzierung der Vorgaben, da sie eine Überregulierung und den damit einhergehenden Verlust individueller, an den Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientierter Gestaltungsspielräume befürchten. Andere Befragte bescheinigen dem Gesetzgeber, sich nicht ausreichend um Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung zu bemühen. Mit Verwunderung wird die geringe Resonanz auf die sich mit dem § 87 a SGB XI bietende Möglichkeit Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen zu refinanzieren registriert. Einige Hinweise deuten darauf hin, dass Träger und Heime das finanzielle Risiko scheuen, das mit den in Vorausleistung zu erbringenden Leistungen verbunden ist. Dessen ungeachtet wird die anreizinduzierte Förderung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen in der stationären Langzeitversorgung von vielen Interviewten als wegweisend beschrieben. Vertreter von Trägern und Verbänden äußern sich hingegen kritisch zum derzeitigen Stand der gesetzlichen Regelungen und bemängeln die fehlenden Möglichkeiten der Refinanzierung präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen.

Sowohl die Vertreter privatwirtschaftlicher und öffentlicher organisierter Träger, als auch die interviewten Wissenschaftler kritisieren die mangelnde Integration rechtlicher Regelungen in die relevanten Gesetzeswerke und sprechen sich für eine Konkretisierung der Refinanzierungsoptionen aus.

Auch die interviewten Vertreterinnen und Vertreter der Wohlfahrtsverbände fordern eine Verbesserung der gesetzlichen Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim. Mit Blick auf den (zum Zeitpunkt der Interviewführung) aktuellen Entwurf für ein Präventionsgesetz wird aus den Reihen der Wohlfahrtsverbände die Forderung erhoben, die entsprechende finanzielle Grundlage zu stärken. Bei einer Aufstockung der Mittel – so die Befragten –, sei jedoch dar-

auf zu achten, dass dies nicht „[...] zu Lasten dessen, was der Versicherte zum Schluss, am Monatsende in der Hand hat um Pflege zu bezahlen [...]“ (BC01) geht. Prävention und Gesundheitsförderung sollte ihnen zufolge weder mit Mitteln der Pflegeversicherung finanziert, noch unmittelbar mit dem Ziel der Abwendung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit verknüpft werden.

Der (zum Zeitpunkt der Datenerhebung) zur Diskussion stehende Entwurf zum Präventionsgesetz wird von den befragten Expertinnen und Experten kritisch betrachtet. Dabei verzichten die Befragten auf extreme Positionen. Der Entwurf wird so weder ausschließlich positiv noch komplett negativ konnotiert. Die Befragten bedauern, dass für die Leistungen des Gesetzes auf die Ressourcen der Pflegeversicherung zurückgegriffen werden soll. Auch wird befürchtet, dass das Präventionsgesetz in der Pflege und Altenhilfe keine Verbesserungen zur Folge haben wird, da der (der zum Zeitpunkt der Interviewführung aktuelle) Gesetzesentwurf „[...] auch erst greift, wenn die Menschen schon pflegebedürftig sind [...]“ (BC01) und dieses nicht der eigentliche Ansatz von Prävention sein könne. Deshalb – so die Fachreferentinnen und -referenten einiger Wohlfahrtsverbände – sollten zukünftige Regelungen an einem früheren Zeitpunkt im individuellen Versorgungsgeschehen ansetzen und die Möglichkeit bieten, bereits vor dem Einsetzen von Pflegebedürftigkeit präventive Maßnahmen zu ergreifen.

Beruflich Pflegenden wird ein professionelles Interesse an der Umsetzung der gesetzlich geforderten aktivierenden Pflege unterstellt („Sowas haben sie gelernt und sowas möchten sie ja eigentlich auch machen.“; C02). Die Ausführungen der Befragten betonen jedoch das nicht kongruente Verhältnis von gesetzlichen Vorgaben, dem professionellem Selbstverständnis der Pflegenden sowie den zeitlichen und personellen Ressourcen die der Pflege zur Umsetzung aktivierender, präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen zur Verfügung stehen. So ist die personelle Ausstattung der Pflege aus Kostengründen in der Mehrzahl der Heime an den gesetzlich vorgegebenen und durch Versorgungsverträge konkretisierten Mindestanforderungen orientiert. Dem entsprechend ist den befragten Expertinnen und Experten zufolge auch die Versorgungspraxis in vielen Einrichtungen im Hinblick auf die Qualitätssicherung und Prävention und Gesundheitsförderung darauf ausgerichtet, die von den Prüfbehörden kontrollierten Vorgaben zu erfüllen. Für darüber hinausreichende präventive oder gesundheitsförderliche Aktivitäten fehlen finanzielle und personelle Ressourcen. Große Einigkeit besteht daher in der Forderung nach einer besseren Finanzierungsgrundlage für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen und für das zu deren Durchführung benötigte Personal. Mit Blick auf die aktuellen Vorgaben zur Qualitätssicherung sowie zur Prävention und Gesundheitsförderung bringt ein Befragter die beschriebene Problematik wie folgt auf den Punkt:

„[...] es kommt mir manchmal so vor, [als] wenn Sie die Betriebsanleitung von einem Ferrari haben, aber es steht halt eben nur ein Dacia vor Ihrer Türe. Das heißt, Sie können die Betriebsanleitung lesen und verstehen, aber Sie können ja gar nicht die Leistung, die in dieser Betriebsanleitung beschrieben ist dann mit dem, was Sie zur Verfügung haben dann auch an den Start bringen“ (C1).

Der Interviewpartner vergleicht die gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung sowie Prävention und Gesundheitsförderung mit der Betriebsanleitung eines Sportwagens, der als Mittel zur Umsetzung nur ein Mittelklassemodell gegenüber steht. Demnach erlaubt der derzeit über die Pflegesätze zu finanzierende Personalschlüssel keine adäquate Implementierung.

Einzelne Interviewte sprechen sich für eine stärkere Integration rehabilitativer Maßnahmen in das Leistungsportfolio der Heime sowie eine Erweiterung der Vergütungsoptionen in diesem Bereich aus. Die aktuelle Praxis, wonach entsprechende Maßnahmen, wie bei nicht-institutionalisierten bzw. ambulant versorgten Pflegebedürftigen, einer ärztlichen Verordnung bedürfen, empfinden einige Befragte als wenig zielführend. Besonders Einrichtungen, die über eigenes therapeutisches Personal verfügen, sollte es ihrer Meinung nach ermöglicht werden ihren Bewohnerinnen und Bewohnern rehabilitative Angebote zu unterbreiten.

Dem entsprechend ist die Frage nach der Akzeptanz zusätzlicher rechtlicher Regelungen im Bereich qualitätsgesicherter Prävention und Gesundheitsförderung für die befragten Expertinnen und Experten unmittelbar mit der Forderung nach einer besseren finanziellen Ausstattung der Heime verbunden. Unabhängig davon, ob im Rahmen aktivierender Pflege oder als Teil der in den Expertenstandards definierten professionellen Routinen, wird Prävention und Gesundheitsförderung bis dato als zusätzliche Aufgabe für die Pflege interpretiert. Dies gilt auch für Maßnahmen und Verrichtungen die im Rahmen der Expertenstandards umgesetzt werden sollen. Der in der Erprobung befindliche „Expertenstandard Mobilitätsförderung“ wird dennoch begrüßt und mit Spannung erwartet. Gefordert werden Finanzierungsmöglichkeiten für nach Leistungsvermögen gestaffelte Gruppenangebote. Die Verpflichtung zur Implementation der pflegerischen Expertenstandards wird übereinstimmend als Erfolgsgeschichte interpretiert. Besonders die unmittelbare Berücksichtigung der Rückmeldungen der Praktikerinnen und Praktiker sowie der Ergebnisse internationaler Pflegeforschung werden als maßgeblich für den Erfolg gesehen.

Veränderungsbedarf identifizieren die befragten Expertinnen und Experten im Hinblick auf die Hygienevorschriften, die in der Akut- und Langzeitversorgung gleichermaßen gelten, jedoch mit unterschiedlichen Abrechnungsmöglichkeiten hinterlegt sind. Ebenfalls kritisiert werden zu knapp bemessene Zeit- und Vergütungskontingente für körpernahe, aktivierende und mobilisierende Pflegemaßnahmen. Dabei wird darauf hingewiesen, dass der Pflegeaufwand bei einem Bewohner mit Aktivierungs- bzw. Mobilisierungsbedarf die Einstufung in die jeweils nächsthöhere Pflegestufe rechtfertigt. Die Befragten sprechen sich daher für einen flexibleren Umgang mit den als Finanzierungsgrundlage dienenden Pflegestufen aus. Entgegen der jetzigen Praxis sollte die jeweilige Einstufung der sich verändernden gesundheitlichen Verfassung der Heimbewohnerinnen und -bewohner Rechnung tragen. Die vorgebrachte Kritik lässt sich so in der Forderung nach einer lebensweltangemesseneren Gestaltung rechtlicher Regelungen und Vergü-

tungsoptionen für präventiv und gesundheitsförderlich wirkende Versorgungsmaßnahmen zusammenfassen.

Die interviewten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gehen davon aus, dass für eine flächendeckende Implementation von Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung ein erweiterter gesetzlicher und konzeptueller Rahmen erforderlich ist. Die sich (zum Zeitpunkt der Datenerhebung) mit der Aussicht auf ein Präventionsgesetz verbindende Option zur Integration präventiver und gesundheitsförderlicher Aufgaben in das Leistungsspektrum der Pflege wird ausdrücklich begrüßt. Es wird jedoch davor gewarnt, bei der konzeptuellen Rahmung auf die Erfahrung und pflegepraktische Expertise professionell Pflegenden zu verzichten. Gefordert wird ein partizipativer Ansatz, der die Ergebnisse der Pflegeforschung integriert. Ein solches Vorgehen eröffnet nach Ansicht einiger Interviewpartner die Möglichkeit der Implementation einer von der professionellen Pflege getragenen Prävention und Gesundheitsförderung in die Strukturen der stationären Langzeitversorgung.

Vertreterinnen und Vertreter der Wohlfahrtsverbände schließen sich der Forderung nach einer partizipativen Konzeptentwicklung an. Ihnen zufolge muss das

„[...] einfache, starre Denken, was es bisher gab in der Politik, egal ob Bund oder Land oder Kommunalpolitik und auch der Verbände [...] und die daraus resultieren Strukturen müssen aufgebrochen und mal über den Tellerrand geschaut werden [...]“ (BC03).

Die Befragten votieren für die Schaffung übergreifender Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote, die von unterschiedlichen Akteuren (KiTAs, Stadtteilzentren, Pflegeheime) gleichermaßen für die jeweiligen Adressaten der Betreuungs- und Pflegeleistungen genutzt werden können. Die damit verbundenen Ziele beschreiben sie mit der Bündelung von Kosten und der damit einhergehenden Nutzung freiwerdender Ressourcen. Denn

„[...] für so einen präventiven Ansatz braucht es mehr als Pflegeeinrichtungen. Da müssen alle mit am Tisch sitzen und gemeinsam diskutieren. Ärzte, Apotheken, Gesundheitseinrichtungen und eben nicht nur Pflegeeinrichtungen, sondern auch [...] Fitness-Studios oder Physiotherapiezentren, Ärztezentren müssen alle mit an einen Tisch“ (BC03).

Diesbezüglich werden von den Befragten erste Erfolge wahrgenommen. Dennoch – so resümieren die Referentinnen und Referenten der Wohlfahrtsverbände – bedürfen entsprechende Projekte weiterhin intensiver Arbeit und Engagements. Bei der Entwicklung ebensolcher Strategien sind die Spezifika einzelner Settings und lokale Besonderheiten zu berücksichtigen. Ausgehend von bundeseinheitlichen Leitlinien muss sich die Konzeptentwicklung daher an den jeweils unterschiedlichen örtlichen Gegebenheiten orientieren.

Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim kann auf unterschiedlichen Ebenen realisiert werden

Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung kann nach den interviewten Expertinnen und Experten über unterschiedliche Strategien erreicht werden. Neben der expliziten Forderung nach zusätzlichen finanziellen Ressourcen wird der Wunsch nach einer kontinuierlichen Schulung der mit den präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geäußert. Dabei geht es den Interviewten insbesondere darum, die sich nach wie vor einem traditionellen – vorwiegend auf die Kompensation körperlicher oder geistiger Einschränkungen der Pflegebedürftigen ausgerichteten – Pflegeverständnis verbunden fühlenden Pflegekräften mitzunehmen und die Werte und Potentiale an der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen orientierter Versorgungskonzepte zu vermitteln. Dringend angemahnt wird eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen professioneller Pflegekräfte in der stationären Langzeitversorgung. Konkret gefordert werden zusätzliche Mittel um die Personaldecke der Heime zu stärken. Der von Stress und Zeitmangel sowie – in einigen Einrichtungen – durch den Einsatz von Zeitarbeitskräften geprägte Arbeitsalltag der Pflegekräfte sollte zudem durch eine Reduzierung der administrativen Belastungen entzerrt werden. Die so freiwerdenden Zeitfenster könnten – so die Hoffnung der Interviewten – für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung sorgen. Die derzeit unter der Leitung des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES GmbH) beginnende flächendeckende Umsetzung des Projektes „Effizienzsteigerung in der Pflegedokumentation“, das darauf abzielt den Dokumentationsaufwand von Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung sowie ambulanter Pflegedienste bundesweit zu verringern, wird ausdrücklich begrüßt.

Angeregt wird ein auf gesundheitliche Ressourcen fokussiertes, kontinuierliches Monitoring der Bewohnerinnen und Bewohner. Vorab definierte Ziele könnten im Zusammenspiel mit den Ergebnissen gesundheitlicher Assessments als Wirksamkeitsnachweise dienen und so dabei helfen die gewonnen Erkenntnisse für andere Bewohner nutzbar zu machen.

Einige Befragte sprechen sich dafür aus, die ihrer Meinung nach zu sehr auf Mobilität orientierte Ausrichtung präventiver und gesundheitsförderlicher Strategien zu erweitern. Mit Blick auf die steigende Zahl demenziell erkrankter Heimbewohner werden insbesondere neuropsychologische Präventionsstrategien („Gedächtnisprechstunde“, „spielerische Verbesserung von kognitiven Leistungen“; C02) und der Einsatz elektronischer Medien („Tablet-PCs“; C02) angemahnt.

4.5.2 Qualitätsentwicklung und -sicherung im Pflegeheim

4.5.2.1 Zur Bedeutung, Wahrnehmung und Umsetzung der qualitätsorientierten Vorgaben für die Weiterentwicklung und Sicherung der Versorgungsqualität im Setting Pflegeheim

Die Entwicklung trägerspezifischer QS-Instrumente orientiert sich unmittelbar an den gesetzlichen Vorgaben

Nach den interviewten Expertinnen und Experten orientiert sich die trägerspezifische Entwicklung von Instrumenten der Qualitätsentwicklung und -sicherung unmittelbar an den gesetzlichen Vorgaben bzw. den

„[...] externen Anforderungen [...] aus den verschiedenen Blickwinkeln [wie beispielsweise dem der] Gesundheitsämter, [dem der] Wohn- und Teilhabegesetzgebungen der einzelnen Bundesländer, [der] QPR, also SGB XI, [der] Quartierentwicklungsrichtlinien oder [der] EQVs [...]“ (C09; EQVs = Externe Qualitätsvergleiche).

Die rechtlichen Regelungen bzw. die auf sie zurückgehenden Prüfkriterien der Heimaufsichtsbehörden, die Qualitätsprüfungsrichtlinien der Medizinischen Dienste der Krankenkassen sowie die gemeinsamen und einheitlichen Maßstäbe und Grundsätze bilden die Basis der Qualitätsinstrumente der Träger. Auf diese Weise wird sichergestellt – so die erklärenden Ausführungen der Interviewten –, dass sich die entwickelten Instrumente und die von ihnen geleitete Versorgungspraxis im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bewegen. Das Risiko den entsprechenden Auflagen nicht zu entsprechen kann so minimiert werden.

Die Mehrheit der Qualitätssicherungsinstrumente basieren auf der ISO EN 9001. Weiterhin erwähnt werden EFQM, TQM und der PDCA-Zyklus. Während größere Träger bei der Instrumentenentwicklung auf geschultes Personal und eigene Qualitätsabteilungen zurückgreifen können, nehmen Träger ohne entsprechende Ressourcen die Unterstützung der Trägerverbände und deren QM-Beauftragte in Anspruch.

Die in den Einrichtungen vorhandenen und an den gesetzlichen Vorgaben orientierten Systeme werden – so führen die interviewten Expertinnen und Experten aus – zudem durch träger- und verbandsspezifische Kriterien oder auch eigens entwickelte Qualitätsmanagementsysteme (z.B. PQ-Sys, AWO-Tandem, Diakonie Gütesiegel Pflege, DRK Grundsätze) ergänzt. Der Elaborationsgrad der Instrumente ist dabei abhängig von der Größe der Träger und den jeweils zur Verfügung stehenden Ressourcen. Von den Prüfbehörden wird kontrolliert, ob ein entsprechendes Instrument vorgehalten und implementiert ist, und ob dieses die gesetzlichen Vorgaben berücksichtigt. Die in der Praxis vorzufindenden Qualitätssicherungsinstrumente stellen in den Augen eines interviewten Wissenschaftlers vorwiegend sprachlich vereinfachte Übersetzungen der „gemeinsamen Maßstäben und Grundsätze“ dar. Seinen weiteren Ausführungen zufolge haben sich letztere, obwohl sie bereits einige Jahre existieren, wenig verändert und bieten aus Sicht der Einrichtungen weiterhin einen sicheren Rahmen für die gesetzeskonforme Leistungserbringung.

Die vorhandenen rechtlichen Regelungen zur Entwicklung und Sicherung der Qualität sehen die Expertinnen und Experten grundsätzlich als geeignet an. Allerdings werden sie von den privaten und freigemeinnützigen Trägern als sehr umfangreich und nicht im Einklang mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen wahrgenommen.

Im Einzelnen spiegelt die Bewertung der Wahrnehmung und Umsetzung der Qualitätsvorgaben die voneinander abweichenden Perspektiven der mit ihrer Umsetzung bzw. Prüfung befassten Akteure wieder.

Die Umsetzung der rechtlichen und nachgeordneten Vorgaben ist vielerorts von Herausforderungen und Missverständnissen geprägt

Die mit der Prüfung der Pflege- und Versorgungsqualität befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Prüf- und Heimaufsichtsbehörden bestätigen, dass die in den rechtlichen Regelungen definierten formalen Voraussetzungen von nahezu allen Einrichtungen erfüllt werden. Mit Bedauern wird jedoch darauf verwiesen, dass die vorgehaltenen Instrumente der Qualitätssicherung häufig nicht als Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgungsqualität wahrgenommen und genutzt werden. Träger und Personal würden die Einhaltung der Qualitätsvorgaben vielmehr als notwendige Voraussetzung zur Erfüllung der Prüfkriterien der Aufsichtsbehörden begreifen. Anstatt die Versorgung an den pflegfachlichen Notwendigkeiten auszurichten – so die Heimprüferinnen und -prüfer –, werden in Einzelfällen Pflegemaßnahmen aufgrund gesetzlicher Vorgaben umgesetzt, ohne dass damit ein versorgungsrelevanter Mehrwert für den oder die Bewohnerinnen und Bewohner entsteht.

„Es wird [...] für die Heimaufsicht und für den MDK dokumentiert, so sind die Aussagen. Aber es wird oftmals auch in der täglichen Arbeit nicht genutzt“ (C07).

Von den Medizinischen Diensten ausgesprochene, generelle Empfehlungen zum Einsatz spezifischer Assessment- und Monitoringverfahren werden vielerorts als Verpflichtung interpretiert und unabhängig vom eigentlichen Pflegebedarf formal angewandt. Ihre Ergebnisse werden jedoch nicht zur Verbesserung der Versorgung genutzt. Das Verhältnis von Trägern und Einrichtungen auf der einen sowie Prüfbehörden und Qualitätsvorgaben auf der anderen Seite, scheint – diesen Schluss lassen die Ausführungen der Prüferinnen und Prüfer zu – vielerorts von Missverständnissen geprägt. Kleinere Einrichtungen mit einer überschaubaren Bewohnerzahl nehmen die Dokumentations- und Qualitätssicherungsvorgaben vielfach als ausufernde Belastung wahr („Zumeist sind das dann aber kleinere Hausbetriebe, die auf diesem Wege sind.“; C022). In größeren Einrichtungen scheinen die Qualitätsvorgaben und -standards von den Mitarbeitern als von außen „übergestülpt“ und nicht an den vorhandenen Bedarfen orientierte Vorgaben wahrgenommen zu werden. Ihr potentieller Wert für die eigene Arbeit – so die Wahrnehmung der MDK-Befragten – wird nicht erkannt. Die darin zum Ausdruck kommende mangelnde Identifikation mit den Qualitätssicherungsvorgaben seitens der professionell Pflegenden wird als Herausforderung beschrieben.

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Prüfbehörden beschreiben die zunehmend von Fachfremden, d.h. von keiner der einschlägigen Berufsgruppen im Gesundheitswesen angehörenden Personen, geführten Pflegeeinrichtungen als Herausforderung. Nach den Erfahrungen der In-

interviewten werden die Qualitätsvorgaben in Einrichtungen, in denen die Betreiber „nicht aus der Pflege kommen“ häufig als überflüssige bürokratische Hürde abgelehnt. Die pflegerische Versorgung wird dabei immer mehr zu einem Produkt, dessen qualitative Mindeststandards durch die rechtlichen Regelungen und die Vorgaben der Prüfbehörden beschrieben sind. Ob der darin gründende Zuschnitt der Versorgung mit den Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner übereinstimmt, wird von den sich hierzu äussernden Interviewpartnerinnen und -partnern bezweifelt. Die von einigen Befragten konstatierte mangelnde Identifikation der Pflegekräfte mit den Qualitätssicherungsvorgaben kann das Problem verschärfen.

Vorhandene rechtliche Regelungen und Qualitätsvorgaben müssen harmonisiert und weiterentwickelt werden

Die Befragten weisen darauf hin, dass die politisch beförderte Diversifizierung von Wohn- und Versorgungsoptionen für ältere Menschen eine Nachjustierung der ordnungsrechtlichen Vorgaben erfordert. Den Expertinnen und Experten zufolge müssen sich die ordnungsrechtlichen Regelungen sowie die behördliche Prüfin-tensität- und -frequenz zukünftig stärker am jeweiligen Schutzbedarf der in den Wohnformen lebenden Menschen ausrichten. Die Befragten wünschen sich zudem besser an die Rahmenbedingungen des Pflegeheims ausgerichtete Versorgungsrichtlinien, die derzeit häufig noch im Kontext des stationären Akutbereichs entwickelt werden. So wird beispielsweise für die, aus der Akutversorgung stam-menden Hygienevorschriften angemahnt, diese stärker an das Normalprinzip, d.h. an den hygienischen Anforderungen des alltäglichen Lebens im häuslichen Alltag, anzupassen. Gefordert wird so eine lebensweltangemessene Differenzierung der Vorgaben.

Vertreterinnen und Vertreter privater Verbände und Träger äußern sich positiv zu den aus ihrer Sicht Orientierung stiftenden und die Qualitätsentwicklung beför-dernden rechtlichen Regelungen. Begründend wird darauf verwiesen, dass es sich bei den genannten Vorgaben um die Regelungen handelt, die den Mitarbeitern der prüfenden Institutionen wenig Interpretationsspielraum bieten und somit als bere-chenbar gelten. Sie lassen zudem erkennen, dass der Erfüllung der Qualitätsprü-fungsrichtlinie sowie den Vorgaben anderer Prüfbehörden besondere Aufmerk-samkeit entgegen gebracht wird, um das Risiko von Sanktionen möglichst auszu-schließen.

Bei der Anwendung der gesetzlichen Vorgaben entstehen Spannungen, wenn die auf Bundesebene geregelten leistungsrechtlichen mit den auf Landesebene fest-geschriebenen ordnungsrechtlichen Bestimmungen kollidieren. Der Einschätzung eines befragten Ministeriumsmitarbeiters zufolge ist der Ursprung dieser Span-nungen in der unterschiedlichen Zielsetzung der Regelwerke zu suchen:

„Da gibt es unvermeidliche Konflikte, weil ja diese beiden rechtlichen Instru-mente, also das Leistungs- und das Ordnungsrecht, sehr unterschiedliche Aufträge haben. Das Leistungsrecht geht ja davon aus, zu kontrollieren, das

machen die Pflegekassen über die MDKen, [...] ob die nach dem Leistungsrecht gewährten Leistungen auch entsprechend bei den Versicherten ankommen“ (C03).

Während die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen damit beauftragt sind, die Gewährung der den Versicherten zustehenden Leistungen zu überprüfen und Verstöße zu ahnden, fokussieren die Prüfbehörden der Länder auf die Kontrolle der Einhaltung ordnungsrechtlicher Bestimmungen. Der Kern des Prüfauftrages der Landesprüfbehörden lässt sich – den Aussagen des Interviewten zufolge – mit dem Attribut „Verbraucherschutz“ versehen. Letzteres – so wird betont – geschieht unabhängig von der Frage der Finanzierung der Leistungen und im Rückgriff auf ein, im Vergleich zu den MDKen differenzierteres Sanktionsinstrumentarium. Der unterschiedliche Ansatz bzw. die sich unterscheidenden Stoßrichtungen der Prüfaufträge sorgen unter Vertretern der Verbände und Träger für Irritationen und Verärgerung.

Das skizzierte Problem verschärft sich dann, wenn die Prüfrichtlinien einzelner Behörden gleiche Sachverhalte unterschiedlich bewerten.

Das von den Medizinischen Diensten eingesetzte Prüfinstrumentarium wird auch von den damit agierenden MDK-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als zu oberflächlich kritisiert. Die bereits vorhandenen bzw. implementierten Expertenstandards werden als Orientierung bietende Standards zur Sicherung und Überprüfung der Pflegequalität begrüßt. Ein auf ministerieller Ebene tätiger Interviewpartner verweist jedoch auf die in den Prüfleitlinien sowie den Qualitätsstandards bestehenden Lücken:

„Also im Bereich der Pflege haben wir einige Expertenstandards. Zu anderen Bereichen fehlen sie halt noch, aber wir haben da wenigstens etwas. Im Bereich der sozialen Betreuung [und] der Teilhabe fehlt das zum Beispiel. Und das was wir haben ist dann auch teilweise nicht [...] konkret genug. Das gilt [...] für die Rahmenverträge nach 75 SGB XI, die [sich] zu bestimmten Fragen [...] halt nicht verhalten“ (C08).

Ebenfalls bemängelt wird die Abwesenheit bzw. mangelnde Spezifität von Regelungen und Vorgaben zu den Versorgungsbereichen Betreuung und soziale Teilhabe, beispielsweise in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI. Die Klärung der mit diesen Aufgaben verbundenen personellen Ausstattung der Heime wird angemahnt.

Die interviewten Expertinnen und Experten sprechen sich mehrheitlich für eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes in den Heimen aus. Entsprechende Bestrebungen der Bundesregierung werden überwiegend begrüßt. Der Fokus des Dokumentationsgeschehens sollte zukünftig – hierauf weist der Mitarbeiter eines Ministeriums hin – auf die tatsächlich notwendigen Inhalte gelegt werden. Dies kann – so der Befragte weiter – auch dazu führen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Heimen befähigt werden müssen, besser zwischen wichtigen und weniger wichtigen, bzw. zwingend dokumentationsrelevanten und weniger

bedeutenden Informationen zu unterscheiden. Auch die Häufigkeit der Prüfzyklen ist zu überdenken:

„[...] wenn wir natürlich Mängel feststellen, dann arbeiten wir ganz eng beratend mit den Einrichtungen und verfolgen gemeinsam mit der Einrichtung [das Ziel], dass diese Mängel natürlich auch entsprechend bearbeitet und abgestellt werden. Das heißt also, das macht auch definitiv Sinn. Aber es ist natürlich die Frage, ob eine Pflegeeinrichtung regelmäßig zweimal im Jahr sowohl durch [den] MDK als auch durch die, durch unsere Behörde als auch eventuell noch durch die Gesundheitsämter, sage ich mal, besucht und geprüft wird. Also, es ist dann manchmal auch ein bisschen ein Prüf-Wahn, der da entsteht“ (C17).

In der Kritik stehen insbesondere die durch Mehrfachprüfungen verursachten Belastungen für die Heime. Gefordert wird so eine Harmonisierung der Prüfvorgaben und -termine. Einige Interviewpartner halten die häufig von den Vertretern der Träger geäußerte Kritik an den Doppelungen der Prüfungen und dem damit verbundenen zeitlichen und administrativen Aufwand für politisch motiviert und übertrieben. Mit dem Verweis auf eigene Bemühungen um eine bessere Koordination der Prüfungen wird die Kritik relativiert. Beispielhaft wird auf die gemeinschaftlichen Bestrebungen der Prüfbehörden und Institutionen verwiesen, die von den unterschiedlichen Qualitätsvorgaben verursachte Belastung der Heime durch eine untereinander abgestimmte Auslegung zu reduzieren. Vor dem Hintergrund des verbindlichen gesetzlichen Prüfauftrages hat die diesbezügliche Flexibilität jedoch enge Grenzen.

Generelle Kritik wird an dem als unübersichtlich wahrgenommen Nebeneinander von unterschiedlichen rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen geübt. Selbst beruflich mit den Vorgaben befasste Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fällt es schwer die Übersicht zu behalten und alle Richtlinien zu berücksichtigen. Zudem wird bemängelt, dass den umfangreichen und in den letzten Jahren stetig erweiterten Qualitätssicherungsvorgaben keine Refinanzierungsoptionen gegenüberstehen. Die Äußerungen der Fachreferentinnen und Fachreferenten der Wohlfahrtsverbände schließen sich diesen Kritikpunkten an und bezeichnen die existierenden rechtlichen Regelungen als „[...] ausdifferenziertes, externes Anforderungsprofil [...]“ (BC01). Die Vorgaben werden von ihnen als realitätsfern und – entgegen den bereitgestellten Ressourcen – als zu umfangreich bewertet. Die Vertreter der Wohlfahrtsverbände verknüpfen ihre Kritik daher mit der Forderung, die rechtlichen Regelungen mit entsprechenden Refinanzierungsoptionen zu verbinden. Ihren Aussagen zufolge war es den Einrichtungen bisher möglich, die Anforderungen „irgendwie“ zu erfüllen. Eine Folge der Entwicklung sei jedoch, dass an „[...] anderen Ecken und Enden gespart werden musste [...]“ (BC03) und Lohnangleichungen ausgeblieben sind.

Einzelne Interviewte äußern Kritik an einer zu starken Fokussierung auf die rechtlichen Regelungen und die externe Qualitätsprüfung. Demnach wird der über die Expertenstandards sowie trägerinternen Qualitätsstandards und Referenzkonzept-

te realisierbaren fachlichen Qualitätsentwicklung zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Vor dem Hintergrund dieser Beobachtung sei jedoch zu bedenken, dass die Qualität in den Heimen entsteht und die entsprechenden Diskussionen vor Ort und mit den lokalen Mitarbeitern geführt werden müssen. Qualität – so das Resümee eines Befragten – lässt sich nicht anhand von Vorgaben und Richtlinien in die Einrichtungen hineinprüfem.

4.5.2.2 Handlungsbedarf

Auf weitere Vorgaben kann zugunsten der Konkretisierung und Anwendung vorhandener Regelungen verzichtet werden

Vor dem Hintergrund der tiefgreifenden und breiten gesetzlichen Verankerung von Qualitätsmanagement und -sicherung sowie des hohen Implementationsgrades entsprechender Strukturen und Instrumente sehen die befragten Expertinnen und Experten keinen unmittelbaren Bedarf für weitergehende, spezifische gesetzliche Regelungen für Prävention und Gesundheitsförderung. Abhängig vom Elaborationsgrad einzelner Bestimmungen sprechen sie sich jedoch für eine Konkretisierung der rechtlichen Regelungen aus.

Damit wird auf die bereits erwähnte Harmonisierung („Angleichung von Prüfkatalogen“; A70) der von den Heimaufsichtsbehörden und sonstigen Prüfinstitutionen genutzten Prüfkataloge hingewiesen. Von den Expertinnen und Experten wird gefordert, dass zunehmend versorgungsrelevante Aspekte wie Teilhabe-, Selbstbestimmungs- sowie Mitwirkungs- und Mitbestimmungsoptionen sowie die Anforderungen zur Wohnqualität stärker berücksichtigt und die Vorgaben ausdifferenziert werden.

Ebenso wird von einem Teil der Befragten eine stärkere Berücksichtigung des Verbraucherschutzauftrages der Behörden angemahnt. Dabei geht es primär jedoch nicht um die Schaffung zusätzlicher, sondern vielmehr um die konsequentere Anwendung der vorhandenen Sanktionsoptionen als Reaktion auf wiederholt festgestellte Mängel in den Heimen.

Das Prüfgeschehen ist transparenter zu gestalten und an einem einheitlichen Qualitätsbegriff auszurichten

Im Sinne einer transparenten und für Außenstehende bzw. die Rezipientinnen und Rezipienten von Prüfberichten nachvollziehbaren Gestaltung der Qualitätskontrollen in den Heimen, machen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste der Krankenkassen auf die nur schwer nachvollziehbare Aufteilung der Prüfkriterien zwischen den verschiedenen Prüfinstanzen aufmerksam. Andere Befragte fordern zur Qualitätssicherung in den Heimen eine Konkretisierung und stärkere Berücksichtigung pflegfachlicher Aspekte. Für ebenfalls überprüfenswert halten die befragten Ministeriumsmitarbeiter die Transparenz- bzw. Prüfkriterien des MDK. Sie fordern eine Konkretisierung rechtlicher Regelungen zur Qualitäts-

sicherung, die sich am „[...] jeweils anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse [...]“ (C08) orientiert. Als ein die Qualität der in Pflegeheimen erbrachten Leistungen unterstützendes Instrument werden die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelten und aktualisierten Expertenstandards hervorgehoben. Der damit geleistete fachliche Beitrag zur Qualitätsentwicklung wird betont – ersetzt jedoch nicht die Verständigung auf einen einheitlichen bzw. übergreifenden Qualitätsbegriff, der den Befragten dringend erforderlich scheint.

„Eine vernünftige Personalstruktur insgesamt für diese Einrichtung und eben einen Qualitätsbegriff zu entwickeln, der auch die Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt“ (C17).

Abgesehen von pflegefachlichen Aspekten muss dieser, dem partizipativen Ansatz folgend, insbesondere die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtungen integrieren.

Pflegequalität wird vor Ort und von den professionell Pflegenden geschaffen

Die häufig kritische mediale Berichterstattung und der gesellschaftliche Diskurs über die in den Pflegeheimen erbrachten Versorgungsleistungen führen bei einigen Expertinnen und Experten zu der Forderung die in den Heimen beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Diskussion um Qualitätsstandards verstärkt einzubeziehen. Ebenfalls angesprochen wird der zunehmende Fachkräftemangel, der z.T. auf die schlechte gesellschaftliche Reputation der Heime zurückgeführt wird. An die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste richtet sich die Forderung, ihren in den Heimen tätigen Kolleginnen und Kollegen auf Augenhöhe zu begegnen. In Bezug auf das Pflegepersonal sprechen sich die Interviewten für eine Stärkung des internen Qualitätsmanagements sowie für eine Entlastung und verbesserte Beteiligung und Förderung des Heimpersonals aus. Aus Sicht der Pflege beinhaltet dies auch, verlorengangene Kompetenzen zurück zu fordern „[...] mehr Kompetenz zurück an die Pflegenden [...]“ (BC01).

Die genannten Forderungen können jedoch nicht unabhängig von einer gesamtgesellschaftlich zu führenden Diskussion um den Wert der Pflege sowie die sich darüber definierende personelle Ausstattung der Heime gesehen werden. Die möglichen Folgen einer verfehlten pflegepolitischen Weichenstellung werden wie folgt beschrieben:

„Ansonsten sind wir nämlich in der Situation, auch mit dem normalen Pflege-schlüssel, dass wir zwar [theoretisch] durchaus eine vernünftige Pflege leisten können, aber in der Praxis ist es so, dass, wenn dann noch Erkrankungen in der Schicht [hinzu]kommen, etc., viel von der Qualität doch auf dem Rücken der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausgetragen wird. Und das die [...] eigentlich permanent über ihre Grenze gehen um [...] die Qualität zu leisten, die sie leisten möchten und das ist natürlich langfristig eine große Gefahr. Weil wir dann wiederum bei diesem Thema Burnout sind und das ist ja so, dass also die Verweildauer in dieser Berufsgruppe relativ gering ist. Also nur

wenige Jahre durchschnittlich und das ist natürlich auch ein großes Problem. Weil oftmals ja die Besten dazu neigen, einen Burnout zu bekommen“ (C17).

Aus Sicht der Befragten halten die derzeitigen Personalvorgaben den praktischen Anforderungen in den Heimen nicht stand. So führt der krankheitsbedingte Ausfall einzelner Pflegekräfte zu einer Überlastung der im Dienst verbleibenden Kolleginnen und Kollegen. Damit einhergehend steigt die Gefahr von überlastungsbedingten Erkrankungen.

Einzelne Befragte empfehlen die Stärkung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und die Reduzierung externer, normierender Vorgaben auf einige qualitätsorientierte Kernbereiche. Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass Qualität in den Einrichtungen erzeugt und nicht von außen in sie hineingetragen werden kann, sollten diese Kernrichtlinien zudem dazu geeignet sein, die einrichtungsinterne Qualitätsentwicklung und -sicherung zu befruchten.

Das Prüfinstrumentarium muss die pflegfachlichen Einschätzungen der Prüferinnen und Prüfer berücksichtigen

Aufgrund positiver Erfahrung mit nachgeordneten Regelungen bei der Verhandlung von Qualitäts- und Personalanforderungen sprechen sich einige Mitarbeiter des MDK gegen eine zu starre gesetzliche Normierung aus. Die aktuelle Qualitätsprüfungsleitlinie wird von ihnen kritisiert, weil sie den persönlichen bzw. pflegfachlichen Einschätzungen der Prüferinnen und Prüfer nicht genug Raum lässt.

„Also für uns spezifisch wäre es schön, wenn wir so ein bisschen mehr Handlungsspielraum hätten. Also sprich, [...] in der Qualitätsprüfungsrichtlinie, stehen ja Fragen drin und da gibt es eben auch Anweisungen, was die [Heime] vorhalten müssen, damit [sie die Anforderungen] erfüllen. [...] Und manchmal [...] müssten wir eigentlich rein pflegfachlich, wenn wir den Versicherten gesehen haben, eigentlich müsste man die Hände über [dem] Kopf [zusammen] schlagen und sagen: Nein, so geht das nicht‘. Aber dadurch [,] dass sie bestimmte Dokumentationen vorlegen (..) und [...es...] bei manchen Fragen [...] ausreicht, den Versicherten oder die Pflegefachkraft zu fragen: ‘Ja‘, was machen Sie denn dann?’ Und dann müssen wir ja dem Glauben schenken und das auch mit einem ‘ja‘ bewerten“ (C06).

Werden die in der QPR abgefragten formalen Kriterien erfüllt, müssen die MDK Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch dann positive Bewertungen über die vorgefundene Pflegequalität vergeben, wenn dies aus pflegfachlichen Erwägungen nicht zu rechtfertigen ist.

4.6 Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim

Der Fokus ist auf die Konzept- und Qualitätsentwicklung zu richten

Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung stieß im Rahmen dieser Untersuchung bei den Interviewten auf verhaltene Resonanz. Das nachstehende Zitat eines befragten Wissenschaftlers hat entsprechend exemplarischen Charakter.

*„Nein, also wie gesagt, ich finde den Bereich konzeptionell noch zu wenig durchdacht und damit ist auch die Qualitätssicherung schwierig. Mir wäre die Qualitätsentwicklung erst mal lieber, dann kann man auch etwas sichern“
(C10).*

Im Hinblick auf den jetzigen Stand der Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim muss der Fokus der Bemühungen demnach auf der konzeptuellen Entwicklung wirksamer Interventionen und der Qualitätsentwicklung liegen. Weitere zentrale Aussagen der Befragten werden im Folgenden dargestellt.

4.6.1 Zur Bedeutung, Wahrnehmung und Umsetzung von Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim

Die Expertenstandards können zum Wegbereiter einer qualitätsgesicherten, präventiv und gesundheitsförderlich ausgerichteten pflegerischen Versorgung werden.

Die Frage nach genutzten Qualitätssicherungsverfahren für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung wird von einem Interviewpartner mit Verweis auf die pflegerischen Expertenstandards beantwortet. Insbesondere die darin enthaltene Verpflichtung zu Aufklärung und Patienten- bzw. Bewohneredukation wird als präventives Pflegehandeln hervorgehoben. Die Expertenstandards gelten so als Instrument zur Sicherung von Qualität, wie als Vehikel zur Implementation gesundheitsförderlicher Routinen und pflegewissenschaftlicher, evidenzbasierter Inhalte – worauf ein weiterer Interviewpartner hinweist. Erfolg und Misserfolg der Maßnahmen – so ein anderer Befragter – könne hingegen mit Hilfe der bereits implementierten QS-Verfahren (Sturzprotokolle, Ernährungsstatus etc.) überwacht werden.

Demgegenüber differenziert ein befragter Wissenschaftler und hebt, auf die Expertenstandards bezugnehmend, ebenfalls deren Anschluss- bzw. Integrationsfähigkeit für präventives Handeln hervor. Gesundheitsförderliche Inhalte werden, so seine dennoch kritische Einschätzung, durch die Expertenstandards zwar nicht behindert, aufgrund des großen konzeptuellen Entwicklungsbedarfs entsprechender Ansätze im Bereich Pflege bis dato jedoch auch nicht befördert.

Im Hinblick auf die Wahrnehmung und Umsetzung von Vorgaben zur Implementation qualitätsgesicherter Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim kommentiert ein Mitarbeiter eines privaten Pflegeheimträgers:

„Also, die Klienten kommen immer später mit einem immer höheren Pflegebedarf in die stationären Pflegeeinrichtungen und somit ist natürlich die Chance, dort überhaupt noch zu aktivieren, Gesundheitsfürsorge und -vorsorge zu betreiben, immer geringer. Aber dennoch gibt es natürlich auch bei diesen Klienten immer noch ein gewisses Potenzial. Und die Frage ist, wie versteht man Prävention und Gesundheitsförderung an dieser Stelle. Wenn ich einen Bewohner, der zu uns kommt, und der vollständig immobil ist, wieder soweit reaktivieren kann, dass er mobilisiert werden kann, das wären Maßnahmen auch wieder im Grundpflegerischen Bereich, vielleicht mit Unterstützung oder sogar ganz selbstständig dahin führen kann. Wenn ich mich mit einem adipösen Bewohner auseinandersetze, der Gewichtsreduktion oder Ähnliches betreibt durch unsere Beratung, dann ist das ja auch eine Maßnahme und ein Anteil zur Gesundheits- und Prävention und ich glaube, man muss da kritisch darauf sehen, wie verstehe ich Gesundheits- oder Prävention und Gesundheitsförderung. Aber dass es auf jeden Fall eine Grenze ist, die wir in der Praxis haben“ (C09).

Der Interviewte gibt die stetig älter werdende Bewohnerstruktur in Pflegeheimen zu bedenken, da die Betroffenen häufig erst dann aus der Häuslichkeit in eine stationäre Einrichtung wechseln, wenn ihre gesundheitliche Situation bereits von einem hohen Pflegebedarf gekennzeichnet ist. Ausgehend von dieser Beobachtung stellt der Interviewte die Frage nach dem Ansatz und Ziel präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Rahmen der stationären Langzeitversorgung. Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim – so der Tenor der schließlich vom Befragten formulierten Antwort – müsse die individuellen Ausgangslagen der Pflegeheimbewohner berücksichtigen und beschränken sich häufig auf sekundär- und tertiärpräventive Ansätze. Deren Ziel ist die gesundheitliche Stabilisierung und die Wiedererlangung von (begrenzter) Handlungsautonomie.

Qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung gilt als zusätzliche Aufgabe der Pflege und bedarf zusätzlicher finanzieller Ressourcen

Die Akzeptanz zusätzlicher Vorgaben zur Durchführung qualitätsgesicherter Prävention und Gesundheitsförderung ist – den Aussagen der hier interviewten Vertreterinnen und Vertreter privater Träger und Verbände zufolge – eng an die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel bzw. Refinanzierungsmöglichkeiten gebunden. Ihre Aussagen zu einer Weiterentwicklung von allgemeinen Qualitätssicherungsvorgaben für die stationäre Langzeitversorgung wiederholend machen sie deutlich, dass Prävention und Gesundheitsförderung als notwendige, aber zusätzliche Intervention der Pflege verstanden wird, deren Umsetzung zusätzliches Personal erfordert. Die entsprechenden Aussagen werden mit Verweis auf historische Entwicklungen untermauert. Demnach wurden der Pflege in den letzten Dekaden im Bereich Beratung und Begleitung zusätzliche Aufgaben zugesprochen, ohne dabei die Personalschlüssel und Vergütungsoptionen anzupassen. Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der Pflege wird somit als zusätzliche Anforderung bzw. Belastung wahrgenommen, der kein Ausgleich in Form zusätzlicher personeller bzw. finanzieller Ressourcen gegenübersteht.

Grundsätzlich wird von den befragten Wissenschaftlern der größte Handlungsbedarf im Bereich der konzeptuellen Entwicklung für, von Pflegekräften durchgeführte, Prävention und Gesundheitsförderung, gesehen. Dabei gilt es zu entscheiden, welche gesundheitlichen Risiken präveniert bzw. welche gesundheitlichen Ressourcen gefördert werden sollen. Die Frage nach den Instrumenten zur Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität wird vor diesem Hintergrund als nachrangig erachtet.

Im Hinblick auf zusätzliche rechtliche Regelungen sollten – dieser Hinweis kommt aus den Reihen der Vertreter der Wohlfahrtsverbände – Verbände und Vertreter der Praxis früher in die Gespräche und Überlegungen einbezogen werden. Zukünftig ist eine bessere Kommunikation zwischen Ministerien und Verwaltung auf der einen, sowie Verbänden und Einrichtungen auf der anderen Seite wünschenswert.

4.6.2 Anschlussfähigkeit

Die implementierten Qualitätssicherungsinstrumente werden als Anschlussfähig für Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben.

Die interviewten Vertreter privater Träger und Verbände als auch der Wissenschaft bestätigen die Anschlussfähigkeit der bereits eingesetzten QS-Instrumente. Denkbar erscheinen ihnen sowohl die Integration vorhandener generischer Instrumente als auch die Entwicklung eigener Parameter, die in Erweiterung der bereits implementierten Routinen eingeführt werden könnten.

Die interviewten Vertreterinnen und Vertreter von Ministerien, Behörden und des MDK beurteilen die Anschlussfähigkeit der existierenden Qualitätssicherungsinstrumente ebenfalls positiv. Vorbehaltlich entsprechender Anpassungen und Weiterentwicklungen der vorhandenen Systeme legen die Befragten vielmehr Wert darauf, dass das Qualitätsmanagement der Heime mit Leben gefüllt und nicht nur vorgehalten wird, um den Anforderungen der Prüfbehörden zu genügen. Die größte Herausforderung vermuten die Befragten in der Operationalisierung der mit Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim verbundenen Zielvorgaben.

Auch die MDK Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind hinsichtlich neuer gesetzlicher Vorgaben für die Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim äußerst zurückhaltend. Wichtiger als rechtliche Regelungen ist für sie, den Pflegekräften entsprechende Qualitäts- bzw. Ergebnisindikatoren, etwa nach Vorbild des Neuen Begutachtungsassessment (NBA), zur Verfügung zu stellen, und sie im Umgang mit diesen schulen. Die bisherigen Erfahrungen mit der modellhaften Implementation des NBA geben demnach Anlass zur Hoffnung, dass die darin gewählte Form der Operationalisierung der einzelnen Indikatoren zukunftsweisend ist. Eine an den Heimprüfverfahren beteiligte Mitarbeiterin spricht sich dezidiert gegen zusätzliche rechtliche Vorgaben aus und will stattdessen die

pflegefachlichen Kompetenzen der Pflegekräfte sowie darin gründende Einschätzungen des Bedarfs an (präventiven und gesundheitsförderlichen) Pflegemaßnahmen wieder verstärkt in das Zentrum des Pflegehandelns gerückt sehen.

„Assessments ja, um [...] so eine gewisse Sicherheit zu haben, aber den pflegefachlichen Blick eben - weshalb man auch ein Examen gemacht hat und auch qualifiziert ist, das nicht aus dem Blick verlieren“ (C06).

Unterstützt durch Assessmentinstrumente (z.B. „Braden-Skala“; C06) sind die Pflegekräfte aus der Sicht der Interviewten aufgrund ihrer Nähe zu den Bewohnern besonders gut in der Lage individuelle Risikoabschätzungen vorzunehmen.

4.7 Diskussion und Fazit

In den vorab präsentierten und verdichteten empirischen Daten lassen sich mehrere übergeordnete Argumentationsstränge identifizieren und darauf aufbauend Handlungsnotwendigkeiten und Empfehlungen ableiten und formulieren.

Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim

Die befragten Expertinnen und Experten bescheinigen der Prävention und Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert und bestätigen das damit verbundene Potential für die zukünftige Gestaltung der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung. Obwohl sich der Zeitpunkt des Eintritts in ein Pflegeheim in immer spätere Lebensabschnitte verschiebt, die zudem häufig von Multimorbidität und damit einhergehender Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet sind, wird die positive Wirkung von Prävention und Gesundheitsförderung für die Bewohnerinnen und Bewohner erkannt und – in einem zunehmend kompetitiven Pflegemarkt – als Marketingfaktor genutzt bzw. genutzt werden können.

Prävention und Gesundheitsförderung ist im Pflegeheim angekommen. Von einer flächendeckenden bzw. systematischen Umsetzung von – über aktivierende Pflege und prophylaktische Maßnahmen hinausgehende – Prävention und Gesundheitsförderung ist die Versorgungspraxis jedoch noch weit entfernt. Mehrere und auf verschiedenen Ebenen angesiedelte Faktoren scheinen hierfür (mit-) verantwortlich.

Sowohl unter den im Rahmen dieser Untersuchung Befragten, als auch – diese Einschätzung lassen die Ausführungen der Interviewten zu – unter professionellen Pflegekräften, scheint Verunsicherung im Hinblick auf die Konzeptualisierung von Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim zu herrschen. Notwendig ist deshalb eine konzeptuelle Klärung, inhaltliche Differenzierung und Operationalisierung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Pflegeheim. Dabei geht es auch um die Bestimmung des Verhältnisses von Prävention und Gesundheitsförderung zu den traditionellen pflegerischen Verrichtungen wie der

aktivierenden Pflege und den pflegerischen Prophylaxen. Zu diskutieren ist zudem, wie präventive und gesundheitsförderliche Ansätze und Strategien noch stärker in die professionellen Handlungsrouninen der Pflege – und anderer, im Pflegeheim tätiger Berufsgruppen – integriert werden können. Es deutet sich an, dass die Entwicklung und Weiterentwicklung der Expertenstandards dabei hilfreich sein kann.

Sollen professionell Pflegende diejenigen Akteure sein, die Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim federführend umsetzen, müssen ihnen ausge-reifte, nachweislich wirksame und auf die Lebenswelt Pflegeheim und seine Be-wohnerinnen und Bewohner zugeschnittene Konzepte sowie Möglichkeiten, eige-ne Kompetenzen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen, zur Verfügung gestellt werden. Die zunehmende Thematisierung entsprechender Inhalte im Rahmen der Pflegeausbildungen ist zu begrüßen, reicht jedoch nicht aus um Prävention und Gesundheitsförderung in der Versorgungspraxis der Pfl-egeheime die nötige Dynamik zu verleihen.

Zu beachten ist, dass die professionelle Pflege in Deutschland traditionell an der Versorgung von Individuen orientiert und auf die Kompensation krankheits- oder behinderungsbedingter Einbußen ihrer Patienten ausgerichtet ist. Die Konzeption und Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung – ob für Individuen oder Gruppen – stellen somit neue Handlungsfelder für die Pflege dar. Um diese ausfüllen zu können, muss den Pflegekräften die Möglichkeit eröffnet werden ent-sprechende Kompetenzen zu erwerben. Die Konzeptentwicklung muss einem par-tizipativen Ansatz folgen. Ihre Ergebnisse sollten – auf Grundlage bundeseinheitli-cher Leitlinien – ausreichend Flexibilität bieten, um lokale Bedarfe und Besonder-heiten berücksichtigen zu können.

Eine solche Strategie kann jedoch nur erfolgreich sein, wenn der Pflege die not-wendigen personellen Ressourcen und entsprechende Zeitfenster zur Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen zur Verfügung gestellt wer-den. Dabei geht es auch darum die Attraktivität der Pflegeberufe zu verbessern und die Motivation zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken.

Damit sind die ordnungs- und leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen für Prä-vention und Gesundheitsförderung angesprochen. Diese werden von den hier be-fragten Expertinnen und Experten unterschiedlich beurteilt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass vorhandene Regelungen als Orientierung bietender Rah-men erkannt werden. Angemahnt wird jedoch eine verbesserte Integration ent-sprechender Vorgaben in die bestehenden Gesetzeswerke, ohne dabei ein an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen ausgerichtetes Vorgehen zu verhindern. Möglich erscheint eine stärkere Einbettung präventiver und gesundheitsförderlicher Strategien in die oh-nehin obligatorisch umzusetzenden Expertenstandards. Der Versuch, Prävention und Gesundheitsförderung anreizinduziert zu stärken wird begrüßt, bleibt aber –

den Aussagen der hier Befragten zufolge – in der Praxis hinter den Erwartungen zurück. Es deutet sich an, dass diesbezüglich Nachjustierungsbedarf besteht.

Prävention und Gesundheitsförderung wird als zusätzliche Aufgabe für die Pflege interpretiert. Die befragten Akteure nehmen die Heimversorgung mehrheitlich als unterfinanziert und die Versorgungspraxis an der Erfüllung der gesetzlichen Mindeststandards orientiert wahr. Die Akzeptanz zusätzlicher rechtlicher Regelungen bzw. eine Verpflichtung zu mehr Prävention und Gesundheitsförderung wird so von zusätzlichen finanziellen Mitteln abhängig gemacht. Vorhandene rechtliche Grundlagen, insbesondere im Hinblick auf Hygienevorschriften und die Pflegestufen, werden als zu starr und unflexibel und zu wenig auf die Lebenswelt Pflegeheim zugeschnitten wahrgenommen.

Qualitätssicherung im Pflegeheim

Die in der stationären Langzeitversorgung vorzufindenden Qualitätssicherungsinstrumente scheinen mehrheitlich einen träger- oder einrichtungsspezifischen Zugschnitt zu haben und auf der ISO EN 9001 Norm zu basieren. Entwicklung und Ausrichtung der Instrumente orientieren sich – diesen Schluss lassen die hier geführten Experteninterviews zu – primär an der Erfüllung der rechtlichen Regelungen bzw. der gesetzlichen Mindestanforderungen. Vorhandene gesetzliche Vorgaben zu Qualitätsentwicklung und -sicherung in der stationären Langzeitversorgung werden von den Akteuren als grundsätzlich geeignet angesehen. Die von den Interviewten dennoch geäußerte Kritik berücksichtigt die, mit beruflichen Inhalten und Aufgaben verknüpften, unterschiedlichen Interessenlagen.

Kritik und Forderungen der Vertreterinnen und Vertreter von Trägern und Trägerverbänden konzentrieren sich auf eine – insbesondere im Hinblick auf die Hygienerichtlinien – lebensweltangemessenere und am Normalprinzip ausgerichtete Gestaltung der Qualitätsvorgaben. Generell angemahnt werden eine Harmonisierung der Regelungen und Prüfkataloge, und dies insbesondere in den Bereichen, in denen sich leistungsrechtliche und ordnungsrechtliche Vorgaben widersprechen bzw. gleiche qualitätsrelevante Sachverhalte unterschiedlich bewerten. Die durch Doppelprüfungen entstehenden Belastungen für die Heime werden abgelehnt, auch wird eine Verringerung der Prüflast verlangt. Gefordert wird zudem eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes. Entsprechende Bestrebungen auf Bundesebene werden deshalb ausdrücklich begrüßt. Ob diese in der Lage sein werden die beschriebene Überlastung des Heimpersonals zu reduzieren, bleibt zu beobachten.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Prüfbehörden halten die träger- und verbandsseitigen Klagen im Hinblick auf Doppel- und Mehrfachprüfungen hingegen für übertrieben und politisch motiviert. Sie verweisen auf die eigenen Bemühungen im Hinblick auf die Abstimmung von Prüfterminen und die einheitliche Interpretation der Qualitätsvorgaben.

Die bestehenden Qualitätsvorgaben werden – besonders vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren vom Gesetzgeber vorgenommenen Erweiterungen – von einigen Befragten als zu umfangreich erlebt. Dabei wird darauf hingewiesen, dass den weitreichenden Qualitätssicherungsvorgaben keine angemessenen Vergütungsoptionen gegenüberstehen. Auch würden gleiche Qualitätsmaßnahmen im stationären Akutbereich besser vergütet als in der Langzeitversorgung.

Weitestgehend einig sind sich die Akteure daher, wenn es um die Frage nach zusätzlichen rechtlichen Regelungen für die Qualitätsentwicklung und die Qualitätssicherung im Pflegeheim geht. Diese werden mehrheitlich für nicht notwendig erachtet. Einzelne, bereits vorhandene Vorgaben bedürfen jedoch einer weiterführenden Konkretisierung und Differenzierung. Beispielhaft genannt werden die Bereiche soziale Teilhabe, die Selbstbestimmungs- und Mitwirkungsoptionen sowie die Anforderungen zur Wohnqualität. Auch die Vertreterinnen und Vertreter des MDK unterstützen die Forderung nach einer Konkretisierung der Vorgaben. Zudem wollen sie pflegfachlichen Gesichtspunkten wieder mehr Bedeutung verschaffen und sprechen sich für die Schaffung eines einheitlichen Qualitätsbegriffs aus.

Ihr eigenes Prüfinstrumentarium nehmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MDK in Teilen als zu oberflächlich wahr. Nicht immer können offensichtliche Mängel in der Versorgungsqualität adäquat abgebildet werden. Zu wenig berücksichtigt scheinen die Versorgungsbereiche Betreuung und soziale Teilhabe. Gleichzeitig sprechen sich die MDK Prüferinnen und Prüfer gegen eine zu starke Normierung aus. Sie fordern, dass ihre eigene pflegfachliche Einschätzung bei der Bewertung der Pflegequalität stärkere Berücksichtigung findet. Derzeit müssen sie einzelnen Heimen aufgrund der Erfüllung formeller Vorgaben eine positive Bewertung der Pflegequalität ausstellen, auch wenn dies aus der Perspektive der – zumeist aus der Pflege stammenden – Heimprüferinnen und Heimprüfer nicht zu rechtfertigen ist.

Im Hinblick auf die Einschätzung der Umsetzung qualitätsorientierter rechtlicher Regelungen bestätigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Prüfbehörden bzw. der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen, dass die gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung erfüllt werden und sich grundsätzlich positiv auf die Qualitätsstandards bzw. die in den Einrichtungen erbrachte Qualität der Leistungen auswirken. Bei ihnen entsteht jedoch häufig der Eindruck, dass Träger und Personal sich nur bedingt mit den Vorgaben, Instrumenten und Zielen der Qualitätssicherung identifizieren. Den weiteren Angaben zufolge werden die Qualitätsinstrumente nicht überall dazu genutzt, die Versorgungsqualität der Einrichtungen zu verbessern, sondern lediglich als Mittel zur Erfüllung der Prüfkriterien der Aufsichtsbehörden gesehen. Dabei werden Pflegemaßnahmen umgesetzt, ohne dass ein versorgungsrelevanter Mehrwert entsteht. Den Befragten zufolge verschärft sich die Problematik dort, wo Investoren als Träger bzw. Management von Pflegeheimen auftreten, die keinen professionellen Bezug zu einem Gesundheitsberuf aufweisen. Vor diesem Hintergrund erscheint die aus der Wissenschaft er-

hobene Forderung, die einrichtungsinterne Qualitätsentwicklung und -sicherung zu stärken besonders nachvollziehbar. Mit ihr verbunden ist die Erkenntnis, dass Qualität in den Einrichtungen entsteht und nicht durch externe Normen erzeugt werden kann. Der Fokus sollte sich daher stärker auf trägerinterne Qualitätsstandards, die Entwicklung von Referenzkonzepten und die Implementierung der Expertenstandards richten.

Eine entsprechende Diskussion ist jedoch nicht ohne das in den Heimen beschäftigte Personal zu führen. Sollen Qualitätsstandards auf Akzeptanz stoßen, muss ihre Entwicklung das Fach- und Erfahrungswissen der vor Ort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigen, und ist Ihnen auf Augenhöhe zu begegnen. Nur so ist damit zu rechnen, die als schlecht wahrgenommene Reputation der Heimversorgung verbessern zu können und die Identifikation des Personals mit den Qualitätsvorgaben zu erhöhen. Dazu gehört auch, die personelle Ausstattung der Heime zu verbessern und die direkt mit der Betreuung und Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner betrauten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu entlasten und ihre Beteiligung und Förderung zu stärken.

Qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim

Die Diskussion um spezifische Qualitätssicherungsinstrumente für Prävention und Gesundheitsförderung erscheint den befragten Expertinnen und Experten, im Hinblick auf den aktuellen Stand der Implementation entsprechender Maßnahmen, als verfrüht. Der Fokus, darüber sind sich die Interviewten einig, muss in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung derzeit auf die Konzept- und Qualitätsentwicklung gelegt werden. Prävention und Gesundheitsförderung wird als zusätzliche Versorgungsaufgabe wahrgenommen, deren Umsetzung zusätzlicher finanzieller Ressourcen bedarf. Entsprechend wird die Akzeptanz einer gesetzlichen Verpflichtung zur Durchführung von Prävention und Gesundheitsförderung von zusätzlichen Mitteln und einer besseren personellen Ausstattung der Heime abhängig gemacht. Den Expertenstandards wird eine mögliche Schlüsselrolle bei der Implementierung präventiver und gesundheitsförderlicher, professioneller Routinen zugesprochen. Vorbehaltlich der Integration entsprechender Inhalte könnten diese für die Verankerung von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Versorgungspraxis sorgen. Qualitätssichernde Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung – so eine weitere Forderung – muss im Rahmen eines partizipativen Verfahrens und unter Beteiligung von Verbänden und Praktikern entwickelt werden. Allerdings gehen die befragten Expertinnen und Experten davon aus, dass die bereits vorhandenen und implementierten Instrumente der Qualitätssicherung anschlussfähig für Prävention und Gesundheitsförderung sind.

Empfehlungen

Aus den im Rahmen der Experteninterviews generierten empirischen Daten und der voranstehenden Diskussion lassen sich folgende Empfehlungen ableiten:

- Die Konzeptentwicklung für Prävention und Gesundheitsförderung ist voranzutreiben. Dabei ist zu klären, welche Bedeutung pflegerische Prophylaxen und aktivierende Pflege zukünftig haben und wie Prävention und Gesundheitsförderung in die professionellen Handlungs- und Versorgungsroutinen integriert werden kann. Zu prüfen ist ferner, welche Rolle den pflegerischen Expertenstandards dabei zukommen kann.
- Beruflich Pflegenden muss der Erwerb präventiver und gesundheitsförderlicher Kompetenzen ermöglicht, ihre personellen Ressourcen gestärkt und ihre Arbeitsbedingungen verbessert werden.
- Die gesetzliche Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung muss konkretisiert, gestärkt und mit zusätzlichen finanziellen Ressourcen ausgestattet werden. Vorhandene und zusätzliche rechtliche Regelungen müssen die spezifischen Bedarfe der Heimversorgung berücksichtigen. Die Wirkung anreizinduzierter Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegeheim ist zu überprüfen.
- Von zusätzlichen rechtlichen Regelungen für die Qualitätssicherung ist vorerst abzusehen. Wo notwendig, müssen vorhandene Vorgaben konkretisiert und differenziert werden. Die Prüfkataloge der Heimaufsichtsbehörden und Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen sind zu harmonisieren.
- Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement ist zu stärken. Die Diskussion um zukünftige Qualitätsstandards sollte sich verstärkt partizipativer Methoden bedienen.
- Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung muss unter Beteiligung der relevanten Akteure entwickelt werden. Dabei sind der hohe Elaborations- und Implementierungsgrad sowie die konstatierte Anschlussfähigkeit vorhandener Qualitätssicherungsinstrumente zu berücksichtigen.

Auch wenn mit dem Präventionsgesetz zwischenzeitlich eine verstärkte rechtliche Verankerung und eine (erste) Finanzierungsgrundlage gelegt wurde, bleiben zentrale Empfehlungen bestehen. Die Bewertung der Wirksamkeit der vom Gesetzgeber vorgenommenen Stärkung der rechtlichen Grundlagen von Prävention und Gesundheitsförderung, ihre Verankerung in den Lebenswelten älterer Menschen und die Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Ressourcen bleibt eine der Zukunft vorbehaltene Aufgabe.

4.8 Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft 11 (3), S. 210-223.
- BMFSFJ (2006): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- DBfK (2011): Handlungsfelder für die Pflege. Gesundheitsförderung und Prävention. Hg. v. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Berlin. Online verfügbar unter <http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Praevention-Handlungsfelder-der-Pflege-2011-08-23.pdf>.
- Die Kategorien in der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention - Aktualisierung der Definitionen. Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (2010). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 53 (7), S. 754-756.
- EU-Parlament; EU-Rat (2005): Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates der Europäischen Union über die Anerkennung von Berufsqualifikationen. Hg. v. DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT UND DER RAT DER EUROPÄISCHEN UNION. Amtsblatt der Europäischen Union (L 255/22). Online verfügbar unter <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=DE>.
- Gierse, C., Wagner, M. (2012): Gemeinschaftliche Wohnprojekte - Eine Wohnform für alle sozialen Lagen und Lebensalter? In: Zeitschrift für Sozialreform 58 (1), S. 59–82.
- Horn, A., Kleina, T., Vogt, D., Koch, M., Schaeffer, D. (2013): Bewegungsfördernde Interventionen als Option für Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. Anlagenband. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Hg. v. IPW. Institut für Pflegewissenschaft and der Universität Bielefeld.
- Kricheldorf, C. (2008): Neue Wohnformen und gemeinschaftliches Wohnen im Alter. In: Sylvia Buchen und Maja S. Maier (Hg.): Älterwerden neu denken. Interdisziplinäre Perspektiven auf den demografischen Wandel. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden, S. 237–248.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2001): Betreutes Seniorenwohnen. Musterverträge und qualitative Mindeststandards. Köln: KDA.
- MDS (2011): Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege vom 27. Mai 2011. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Online verfügbar unter http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011_06_09_MuG_stationaer.pdf.
- MDS des GKV-Spitzenverbandes (2014): Grundlagen der Qualitätsprüfung nach den §§ 114 ff SGBXI in der stationären Altenpflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und GKV-Spitzenverband. Köln. Online verfügbar unter http://www.mds-ev.de/media/pdf/2014_Pruefgrundlagen_stationaer.pdf.
- Naegele, G., Heinze, R., Hilbert, J., Enste, P., Scheiders, K. (2006): Wohnen im Alter. Hg. v. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. Institut für Arbeit und Technik. Ruhr-

- Universität Bochum. Dortmund (Seniorenwirtschaft in Deutschland). Online verfügbar unter http://www.sowi.rub.de/mam/content/heinze/heinze/trendreport_wohnen.pdf.
- RKI (2015): Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO). Robert Koch Institut (RKI). Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission_no_de.html, zuletzt geprüft am 30.06.2015.
- Schaeffer, D., Buescher, A. (2009): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42 (6), S. 441–451.
- Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Hg. v. Statistisches Bundesamt.
- SVR (2003): Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung; Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Drucksache 15/530. Hg. v. Deutscher Bundestag. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf>.
- SVR (2005): Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Drucksache 15/5670. Hg. v. Deutscher Bundestag. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/056/1505670.pdf>.
- SVR (2007): Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Drucksache 15/5670. Hg. v. Deutscher Bundestag. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin. Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>.
- SVR (2009): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Drucksache 16/13770. Hg. v. Deutscher Bundestag. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>.
- Walter, U. (2003): Babylon im SGB? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern. In: Sozialer Fortschritt : unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik 52 (10), S. 253-261.
- Wonneberger, E. (2011): Neue Wohnformen. Neue Lust am Gemeinsinn? Freiburg im Breisgau: Centaurus Verl. (Beiträge zur gesellschaftswissenschaftlichen Forschung, 25). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-86226-067-6>.
- Gesetze wie angegeben in der jeweils gültigen Fassung.

5. Ergebnisse des Qualitätsmanagements

Gaede-Illig C, Castedello U

Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin

5.1 Einleitung

Bereits 2003 haben sich die in der BAG FW zusammengeschlossenen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege auf einen „gemeinsamen Referenzrahmen für ein Qualitätsmanagement, der jeweils verbändespezifisch umgesetzt werden soll“ verständigt.

„Transparenz, Nachweisbarkeit, Verbindlichkeit und Wirksamkeit des jeweiligen Dienstleistungsangebots sollen hierdurch für den gesamten Bereich der Freien Wohlfahrtspflege durch die Beachtung gemeinsamer Referenzpunkte unterstützt und gesichert werden.“ Dazu zählen: „Leitbildorientierung, Orientierung am persönlichen Nutzen, Gemeinwesen- und Bürgerorientierung, Mitarbeiterorientierung, Dienstleistungsorientierung, Vertragspartnerschaft, Ressourcenorientierung und schließlich Management der Qualität.“⁵⁶

Beim Qualitätsmanagement handelt es sich um sog. „integrierte Managementsysteme“, deren Ziel es ist, die Sicherung der Wettbewerbs- und damit Überlebensfähigkeit innerhalb ökonomisch, politisch und technologisch instabiler Umwelten zu gewährleisten. Die dauerhafte Aufrechterhaltung der eigenen Wettbewerbsfähigkeit ist dabei eine der wichtigsten strategischen Aufgaben des Managements. Dazu wurde und wird weiterhin ein Qualitätsmanagement implementiert, das die Lernfähigkeit der Organisation sicherstellt. Ein solches „organisationales Lernen“ stellt die Nutzung, Veränderung und Weiterentwicklung des innerhalb der Organisation existierenden Wissensbestandes und damit der organisationalen Wissensbasis in den Mittelpunkt. Diese Qualitätsmanagementsysteme beruhen auf der DIN EN ISO Normenreihe sowie des EFQM. Sie sind an die jeweiligen Erfordernisse der Organisationen angepasst. Die Einführung des Qualitätsmanagements auf Basis der Norm verpflichtet die Organisation, ihre Strukturen, Prozesse und Ergebnisse in einem Qualitätsmanagement-Handbuch (QMH) zu dokumentieren, eine Person zum Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) zu qualifizieren und sich regelmäßig extern auditieren zu lassen (Zertifizierung).

⁵⁶ Boeßenecker, Karl-Heinz u. Vilain, Michael (2013): Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege. Eine Einführung in Organisationsstrukturen und Handlungsfelder sozialwirtschaftlicher Akteure in Deutschland. 2. Auflage. S. 47

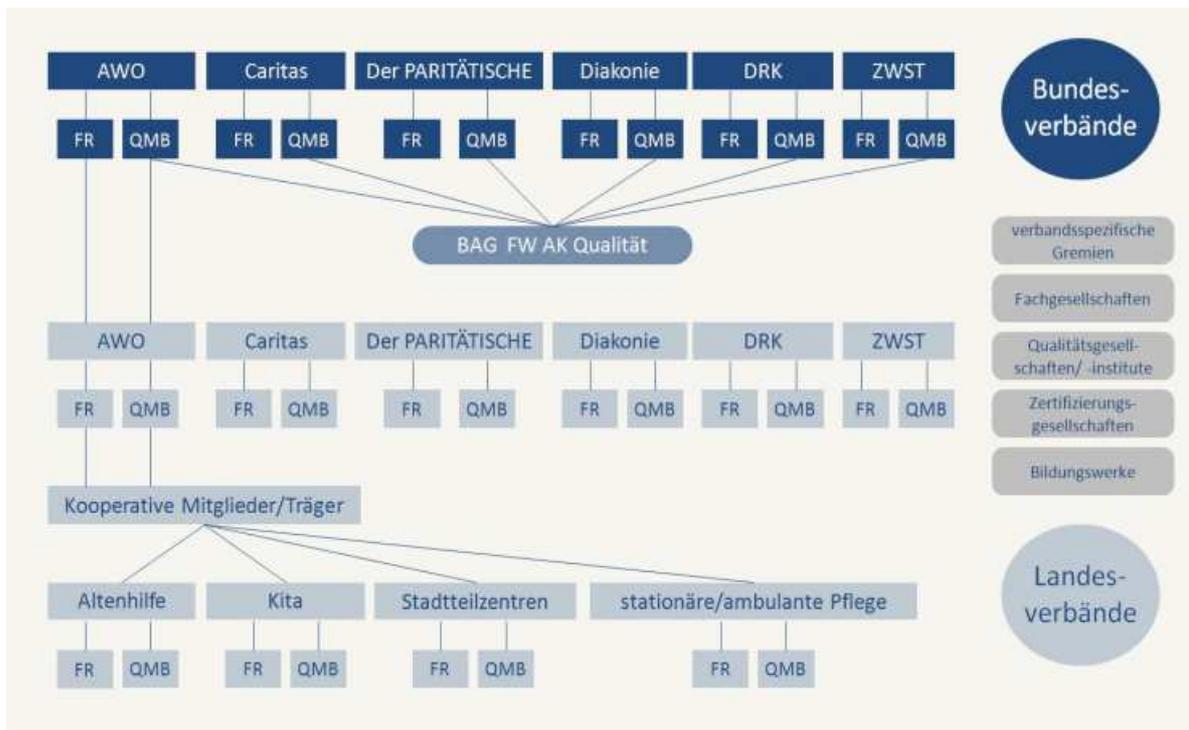


Abbildung 19: Strukturen der Wohlfahrtsverbände

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben verbandspezifische QM-Systeme entwickelt und implementiert. Seit über 12 Jahren sind diese Systeme in der Anwendung. Auf Grund dieser langjährigen Anwendung sind im freigemeinnützigen Sektor Strukturen und Systeme entstanden, die fest verankert sind und somit genutzt werden müssen. Diese Strukturen sind zum Einen abbildbar in den spezifischen Qualitätsmanagement-Systemen (DIN ISO, EFQM), welche sich durch gesamte Organisationen sowie Landes- und Bundesverbände ziehen als auch zum Anderen in den komplexen z.T. hierarchischen Strukturen (Personal) der Organisationen und Verbände.

Im Umgang und Einsatz von Instrumenten und Verfahren zur qualitätsgesicherten Gesundheitsförderung sowie für eine erfolgreiche Implementierung von Gesundheitsförderung müssen diese Strukturen und Systeme zukünftig erheblich mehr beachtet werden als in der Vergangenheit. Die Bedeutung qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung sowie deren Möglichkeit zur Implementierung in die beschriebenen Strukturen und Systeme wurden im Folgenden untersucht.

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Methodik

Durch leitfadengestützte, telefonische und persönliche Experteninterviews wurden Informationen zu den in den Verbänden vorhandenen Qualitätsmanagementsy-

stemmen und deren Anbindung an mögliche Ansätze zur Gesundheitsförderung zusammengetragen. Für die Auswahl der Interviewpartner wurden die Strukturen der Verbände aufgegriffen und sowohl auf Bundesebene als auch in den Landesverbänden Berlin, neben den Fachreferenten der betreffenden Lebenswelten, ebenso die Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) interviewt. Unter QMB werden alle Mitarbeiter, Stabsstellen, Abteilungsleiter usw. zusammengefasst, die für Qualität und Qualitätsmanagement zuständig sind. Das beschriebene, „doppelgleisige“ Vorgehen war vorteilhaft, da die QMB die Entwicklungen in den Fachgebieten immer dann zur Kenntnis nehmen und bewerten, wenn diese Auswirkungen auf die QM-Systeme haben (könnten). Die QMB betrachten die lebensweltspezifischen Kontexte stets aus Sicht des QM-Systems und greifen solche Veränderungen auf, die für das QM-System Konsequenzen haben. Die fachliche Zuständigkeit für die Weiterentwicklung von Konzepten in den Lebenswelten obliegt dagegen den Fachreferenten.

Im Rahmen des Projektes konnten bis Februar 2015 insgesamt 6 Qualitätsmanagementbeauftragte (4 aus Bundesverbänden, 2 aus Landesverbänden) interviewt werden. Ergänzend wird ein Interview mit einem QMB, welches als Pre-Test diente, in die Auswertung und Ergebnispräsentation aufgenommen. Die durchschnittliche Interviewdauer lag bei 45 Minuten. Die Interviews wurden transkribiert und softwaregestützt mit MAXQDA ausgewertet.

5.2.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Prävention wird grundsätzlich als wichtig angesehen und gewinnt zunehmend an Bedeutung. Dennoch findet sich das Thema derzeit nur vereinzelt in einigen Trägerkonzepten wieder.

Auch wird deutlich, dass zwar Maßnahmen, die derzeit angeboten und umgesetzt werden, durchaus präventiven Charakter haben, jedoch nicht explizit als Prävention und Gesundheitsförderung gekennzeichnet sind. Ähnlich verhält es sich mit der Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in den integrierten QM-Systemen und den dazugehörigen QM Handbüchern. Auch finden sich nur wenige explizite Nennungen, wie bspw. ein QM-Siegel zu Suchthilfe und Frauenvorsorge oder Normen zu Themen wie Ernährung und Bewegung in Kitas. Alle Interviewpartner halten die Implementierung und Umsetzung von Standards der Prävention und Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in die QM-Systeme für uneingeschränkt notwendig.

Ein Gelingen sehen sie durch die Sensibilisierung aller Beteiligten für das Thema sowie über eine gemeinsame und kooperative Weiterentwicklung (Wissenschaft und Praxis) und Implementierung (Verbände, Verwaltung und Politik) von Prävention und Gesundheitsförderung in die QM-Systeme.

„[...] Wir können solche Dinge nur über gemeinsames Planen und auch Umsetzen organisieren und bei dem Planen wird allzu oft nur im eigenen Tellerbezirk gedacht, und nicht über den Tellerrand hinaus [...]“ (BE05).

Darüber hinaus werden leistungsrechtliche Grundlagen und die Bereitstellung ausreichender finanzieller Ressourcen als Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung und Umsetzung gefordert. Die Forderung nach leistungsrechtlichen Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung zeigt, dass die vorliegenden rechtlichen Regelungen größtenteils als nicht ausreichend bewertet werden. Im Allgemeinen werden die rechtlichen Regelungen als lückenhaft, unsystematisch und für die Praxis wenig nutzbar bewertet. So werden sie als unstrukturiert und für die Basis schwer anwendbar beschrieben.

„Es ist natürlich eine Fülle an Anforderungen, häufig auch recht unübersichtlich und ich weiß nicht, ob alle unsere Einrichtungen das immer zur Genüge umsetzen können auch. Manchmal nicht gar Überforderung oder Überlastung, also gerade wenn ich jetzt im Bereich Altenhilfe und Pflege reingucke, ja schon, ich sage mal, ein Stück weit gebrannte Kinder und dann kommt jetzt auch noch die Gesundheit und Schutz und so weiter, [...]“ (BE02).

„[...] zehn Seiten auf einem engsten Papier gedruckt - [...] und da waren die ganzen gesetzlichen Forderungen aufgeführt, ja. Abstrus. Die kann man nicht mal auswendig lernen, und die kannten nicht mal ein Drittel, die kannten vielleicht zehn Prozent dieser Ganzen, [...]. Und wir hatten gestern noch das Thema, dass ein großer Teil im Fachreferat immer wieder Anrufe kommen, genau zu diesem Sollminimumstandard, den aber keiner versteht beziehungsweise der gar nicht in der Fülle realisierbar ist. [...] Und ich glaube: Je einfacher etwas ist, desto größer die Anschlussfähigkeit, und dann kann ich es auch in QM-System integrieren. Ich muss den Sinn erkennbar machen“ (BE06).

Bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung werden die rechtlichen Regelungen zusammenfassend eher als unzureichend charakterisiert. Derzeit besteht aus Sicht der Interviewten hier keine politische Schlagkraft für dieses Thema. Weiterhin wird bemängelt, dass die vorhandenen Regelungen meist erst greifen *„wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist“* und das wo ja bekannt ist, dass *„... aus medizinischer Sicht, Vorsorge ist eigentlich immer besser wie hinterher dann, ich sage mal, Messer rausholen und dann wieder korrigieren [...] vermisste hier ganz deutlich eine starke Betonung der Prävention, weil ich ja dann hinterher, wenn die Präventionsmaßnahmen wirken vorausgesetzt so, dann spare ich das ja dann hinterher wieder, ich sage mal, bei den kurativen, bei den wiederherstellenden Maßnahmen, [...] Ja, dass man hier mehr Augenmerk oder mehr Schwerpunkt oder mehr Aktivitäten oder Engagement darauf verwendet, ja“ (BE02).*

Darüber hinaus wird von allen Interviewpartnern die mangelnde Refinanzierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen beklagt.

„[...] Das Problem sind einfach die Ressourcen, die den Trägern zur Verfügung stehen, das alte Thema, letztlich“ (BE06).

Nicht zuletzt wird auch das Problem der fehlenden Nachhaltigkeit von einigen Interviewpartnern angemerkt.

5.2.3 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Die unter dem Dach der Wohlfahrtsverbände (AWO, Diakonie, PARITÄTISCHE, Caritas, DRK, ZWST) angesiedelten Organisationen wenden integrierte QM-Systeme an, die an der DIN EN ISO Normenreihe sowie dem EFQM orientiert und um organisations- und verbandsspezifische Kriterien/Normen ergänzt wurden (bspw. AWO-Tandem System, PQ-Sys, Diakonie-Siegel). In arbeitsfeldspezifischen QM-Handbüchern und/oder verbandseigenen Leitlinien finden sich verbands- und organisationsspezifische Rahmenbedingungen wie bspw. Leitbilder und Qualitätskriterien, ergänzt um Ausführungen zu einer wertorientierten, verbandsspezifischen Unternehmenskultur.

„Also, wir setzen oder wir nehmen die DIN ISO als Basis, also neuntausend-eins, so und haben noch darüber hinaus noch zusätzliche Anforderungen formuliert, die jetzt [...]spezifisch sind, und ich sage mal, aus der weltanschaulich religiösen, ja, Richtung kommen. ... Also, so sollte so eine Kombination von beidem“ (BE02).

Diese Ergänzungen der DIN ISO durch verbandsspezifische Werte und Normen stellen auch ein Alleinstellungsmerkmal dar und dienen darüber hinaus der Wettbewerbsfähigkeit.

„Wir brauchen unser eigenes QM-Konzept, und das ist ein unternehmensbezogenes Konzept oder ein organisationsbezogenes Konzept. [...] Die AWO hat sich 1999 entschieden, [...] für ein sogenanntes Tandemmodell, also die Verbindung eines QM-Modelles angelehnt an die DIN ISO 9001/9004, die Verknüpfung mit verbandseigenen Qualitätskriterien, verbindlichen, sodass wir heute von der normativen Seite der DIN ISO sprechen, und von der normativen Seite der AWO-Qualitätskriterien“ (BE05).

„Der wesentliche Punkt bei den Kriterien ist, dass die DIN EN ISO 9001 inhaltlich nicht gefüllt ist, sondern sie ist und bleibt auf einer normativen Beschreibung und die AWO-Qualitätskriterien sind die fachlichen Kriterien, die für die Umsetzung der Dienstleistungserbringung in den Bereichen Kita, Wohnungslosenhilfe, Hilfen zur Erziehung differenzieren, Pflege die praktisch in Arbeitsgemeinschaften differenziert wurden, so dass an der Basis diese als Standards umgesetzt werden, so dass ein möglichst einheitlicher Standard über die Bundesrepublik Deutschland hinaus über das Zertifizierungsverfahren gewährleistet werden kann“ (BE01P).

In regelmäßigen Audits werden die Mitgliedsorganisationen/kooperativen Mitglieder bzw. Untergliederungen entsprechend zertifiziert. In einigen Fällen, insbesondere in der Lebenswelt Kita, wird die Zusammenarbeit der Verbände mit externen Zertifizierungsstellen über Kooperationsverträge (bspw. BeKi Berliner Kita Institut für Qualitätsentwicklung) geregelt, so dass die verschiedenen externen Anforderungen beider Systeme miteinander kompatibel sind.

Die Einhaltung von rechtlichen Regelungen und weiterer Verpflichtungen gegenüber den Kostenträgern werden als „externe Anforderungen“ über die integrierten QM-Systeme sichergestellt. In Arbeitsgruppen und/oder Qualitätszirkeln sowie über Trägergespräche und Ausführungen in den QM Handbüchern werden die

Verpflichtungen, die sich aus den externen Anforderungen ergeben, fachgerecht aufgearbeitet und in die QM-Handbücher implementiert. Der „kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP)“ sowie jährlich zu erstellende Qualitätsberichte als integrierter Teil des Qualitätsmanagementsystems stellen eine Aktualisierung im Fall von Änderungen sicher.

„Ja. Also wir haben in den Jahren, seit wir jetzt mit diesem System arbeiten, eine enge Verzahnung von fachlicher Arbeit und Management, Qualitätsmanagement, aufgebaut. [...] Wir haben/ Alle drei Jahre allerspätestens wird eine [...] Norm auch wieder aufgerufen, wenn bis dahin nicht aus der Fachgruppe ohnehin schon die Anforderung kam „da gibt es eine neue, wichtige Regelung, die müssen wir in diese Norm aufnehmen“ (BE05).

„[...] dass für die fachspezifischen Qualitäts-Checks sich die Referenten der Landesverbände zusammengesetzt haben, und mit ihrer Expertise, die ja letztendlich auch auf gesetzlichen Grundlagen basiert, versucht haben, Fragen hinsichtlich Qualitätsentwicklung zusammenzufassen, und zu strukturieren, und daraus einen Check zu entwickeln. Also das basiert auf Fachlichkeit letztendlich [...]“ (BE06).

„Beim Bundesverband laufen alle wesentlichen Punkte, die im Rahmen von gesetzlichen Änderungen über länderspezifische, aber vor allen Dingen auch bundesspezifische Regelungen, so zusammen, dass nachher in den Arbeitsgemeinschaften keine verloren gehen“ (BE01P).

Darüber hinaus finden Lehrgänge und Weiterbildungen für Träger und deren verantwortliche Mitarbeitern statt. Häufig werden entsprechende Qualifizierungen von den Bildungswerken der Verbände beziehungsweise von eigenen Qualitätsgesellschaften angeboten.

Die publizierten „generischen und settingspezifischen Qualitätssicherungsinstrumente- und verfahren für Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention“ sind nahezu unbekannt. Zu einzelnen Verfahren wie bspw. „quint-essenz“ liegen Kenntnisse vor. Im Ergebnis werden diese Verfahren als nicht praxisnah, da mit überflüssigen Elementen befrachtet, bewertet. Als Begründung wird durchweg angeführt, dass diese Verfahren neben fachspezifischen Standards häufig Normenelemente aufweisen, die bereits integraler Bestandteil der eigenen QM-Systeme sind. Darüber hinaus erfordern einzelne Verfahren eigene Zertifizierungen. Eine Anschlussfähigkeit an die Strukturen der Verbände ist über diese Instrumente kaum gegeben – so die gleichlautenden Aussagen.

„Ich weiß natürlich, dass es verschiedenste Verfahren gibt, die in unterschiedlicher Tiefe wissenschaftlich evidenzbasiert überprüft worden sind. Im momentanen Stadium würde ich sagen, also mir sind keine bekannt. [...]Es wäre aber bestimmt sinnvoll, das eine oder andere möglicherweise zu nutzen. Wenn man da aber hinkommen möchte, müsste man mit Sicherheit auch über Schulung, Fort- und Weiterbildung gehen bei den jeweiligen Verantwortlichen“ (BE01P).

5.2.4 Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung

Aus den Ausführungen zu Beginn der Ergebnisdarstellung geht hervor, dass Prävention und Gesundheitsförderung zwar eine große Bedeutung zugesprochen wird, eine Umsetzung und Anwendung in Form von Normen und zertifizierten Programmen derzeit allerdings noch nicht vorliegt. In einigen QM-Systemen und hier insbesondere in den QM Handbüchern und/oder Rahmenhandbüchern finden sich vereinzelt Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung. Beispielsweise werden in der AWO-Norm Kita in Form der Qualitätskriterien „Ruhe/Bewegung“ oder „Ernährung/Mahlzeiten“ Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen aus den Konzepten übernommen und in Form von eigenen Normen in den QM-Systemen abgebildet. Ähnlich erfolgt dies mit Aspekten der „Sturzprophylaxe“ in Einrichtungen der Altenhilfe und in Pflegeeinrichtungen. Insgesamt wird von allen befragten Expertinnen und Experten bestätigt, dass Prävention und Gesundheitsförderung in den Systemen noch unzureichend verankert ist und hier Verbesserungspotential besteht.

Allerdings wird im gleichen Atemzug angemerkt, dass eine Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung in die QM-Systeme grundsätzlich zusätzlicher finanzieller Ressourcen bedarf, die derzeit weder von den Verbänden noch von den Trägern der Angebote aufgebracht werden können. Eine Umsetzung ist daher, wenn überhaupt, derzeit nur im Ansatz und nur vereinzelt möglich und verdankt sich dem besonderen Engagement einzelner Akteure.

Eine zusätzliche und nachhaltige Förderung der Maßnahmen ist aus Sicht der Verbände daher unverzichtbar. Die Förderung wäre eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Gesundheitsförderung und Prävention als Querschnittsthemen in die QM-Systeme integriert werden könnten. Die von den Verbänden implementierten QM-Systeme haben bundesweite Geltung bzw. wirken in Form bundesweiter Empfehlungen auf ihre Nutzer ein. Würde Gesundheitsförderung bspw. als Querschnittsthema in die AWO-Qualitätskriterien implementiert, so wären alle AWO Einrichtungen bundesweit gehalten, diese Standards und Normen tatsächlich anzuwenden und umzusetzen. Damit wäre qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung flächendeckend implementiert.

„[...] wenn es eine solche Forderung in der AWO Norm geben würde, dann müsste es ein Querschnittsthema sein, welches sich in allen Bereichen konzeptionell dann auch wirklich ausformuliert wieder findet. [...] wenn es gelingt im Landesverband und später auch im Bund und anderen Landes- und Kreisverbänden Gesundheitsförderung als Querschnittsthema in die [...] Norm einzubauen, wäre das eben eine systematische Umsetzung! Wenn es drin steht, dann werden sich die jeweiligen Bereiche damit beschäftigen, dann werden Standards, entweder weil sie vorgegeben sind, auf die Übertragbarkeit hin überprüft oder es werden auch eigene Standards mit entwickelt, die dann wiederum ihre Wirkung in der Einrichtung entfalten“ (BE01P).

Dies gilt in der Form von Empfehlungen ebenso für die anderen Verbände.

Als Quintessenz lässt sich festhalten, dass eine Anschlussfähigkeit der vorhandenen Qualitätssicherungsinstrumente- und verfahren der Gesundheitsförderung nur unter den folgenden Voraussetzungen bei allen Verbänden möglich wäre:

- Die Qualitätssicherungsverfahren müssen auf den vorhandenen, integrierten QM-Systemen aufsitzen und die in den Systemen vorhandenen Platzhalter aufgreifen und ergänzen. Das ist quasi die Grundbedingung für die Anschlussfähigkeit und Nachhaltigkeit.
- Die Verfahren dürfen keine zusätzliche Zertifizierung bedingen.
- Es ist von besonderer Bedeutung, dass diese qualitätsgesicherten Instrumente keine Normenelemente enthalten und modular so aufgebaut sind, dass sie ohne großen zusätzlichen Aufwand von den Projekten und Trägern genutzt werden können.
- Die Verfahren müssen im Baukastensystem angeboten werden. Die Instrumente und Verfahren müssen als einzelne Module anwendbar sein.

„[...] also es sollte A kein eigenes QM-System sein, sondern ähnlich einem Lego-Baukasten, so wo verschiedene Module beinhalten, [...] die Einrichtungen haben in der Regel schon ihr eigenes QM-System, [...] wenn ich jetzt nochmal ein neues QM-System etabliere, [...] dann resultiert für mich daraus ein doppelter Aufwand. So, ich habe einmal mein eigenes System zu bedienen, dann dieses andere Gesundheits [...] und im Worst Case habe ich dann auch noch zwei Zertifizierungsverfahren parallel am Laufen. Das heißt, einmal muss ich für die Zertifizierung meines QM-Systems viel Geld ausgeben, und dann muss ich nochmal viel Geld für die Zertifizierung in Sachen Gesundheit auch und deswegen wäre es jetzt wichtig, dass eben Bausteine oder Anforderungen formuliert werden, die ich in mein System integrieren kann [...] das wäre das, was uns wichtig ist und was uns auch die Arbeit erleichtert“ (BE02).

„[...] sondern sie muss so aufgebaut sein, dass ich Elemente daraus in mein System übernehmen kann. Sie muss gar nicht zwingend als System daher kommen, [...] ja eigentlich der Unterschied: Wir haben das Managementsystem und wir sind interessiert an Instrumenten. [...]Aber wenn wir dazu noch gute Instrumente an die Hand bekommen [...] das ist fantastisch. Das wäre die optimale Kooperation zwischen den Verbänden und den Organisationen, als den Dienstleistern, die es umsetzen müssen, und den Fachwissenschaftlern, die im Methodischen, aber im instrumentell-methodischen, zuliefern können“ (BE05).

Abschließend fordern die Qualitätsmanagementbeauftragten der Wohlfahrtsverbände eine bessere Kommunikation und einen stärkeren Austausch zwischen Wissenschaft, Politik und Verwaltung.

„Menschen in Fachzeitschriften vergessen, dass das Leben in der sozialen Dienstleistungsproduktion anders läuft und die kennen sie nicht und da fehlt die Anschlussfähigkeit, das ist Lebensunwirklichkeit“ (BE06).

„Was mir immer wieder fehlt im Rahmen der Hochschularbeit, ist ein tatsächlicher Qualitätsdialog der Hochschulen mit der Qualität der sozialen

Träger. [...] Gerne würde ich in diesem Qualitäts-Fachaustausch mit den dortigen Verantwortlichen kommen. Es gibt immer mal wieder, wie gesagt, kleine Ansätze, die auch fachspezifisch oder auch manchmal unter Qualitätsgesichtspunkten zu sehr schönen Ergebnissen kommen“ (BE01P).

Zukünftig sollten die Praxiserfahrungen der Verbände in die Entwicklungen von Instrumenten der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung von Anfang an systematisch mit einbezogen werden. So sollten Innovationen, die aus der Praxis selbst entwickelt wurden, stärker berücksichtigt werden. Nur zusammen mit Praktikern können wissenschaftlich basierte Instrumente und Verfahren entwickelt werden, die dann in den vorhandenen QM-Systemen Anwendung finden können und direkt anschlussfähig sind. Sowohl die Entwicklung als auch die Implementierung und Umsetzung bedarf zusätzlicher finanzieller und personeller Ressourcen.

Vor allem – und darauf wurde immer wieder hingewiesen – sollten die Verbände mit ihren seit über einem Jahrzehnt bewährten Qualitätsmanagementsystemen bei der Entwicklung von qualitätsgesicherten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung frühzeitig und systematisch einbezogen werden.

5.3 Zusammenfassung und Empfehlungen

Es besteht Einvernehmen, dass Gesundheitsförderung und Prävention zukünftig integraler Bestandteil der QM-Systeme sein sollten. Dennoch wird deutlich, dass dieses Themenfeld derzeit auf der Ebene einzelner Angebote und Maßnahmen nur unzureichend abgedeckt und es insbesondere in den QM-Systemen kaum bzw. gar nicht verankert ist. Dies ist auf die bis heute fehlende leistungsrechtliche Verankerung der Gesundheitsförderung zurückzuführen. Hier werden klare leistungsrechtliche Grundlagen und weitere Refinanzierungsmöglichkeiten gefordert. Ab dem Zeitpunkt, in dem rechtliche Regelungen zu Prävention und Gesundheitsförderung vorliegen, würden diese als externe Anforderungen quasi automatisch in die QM-Systeme implementiert – dies folgt zwingend aus der Logik der QM-Systeme. Alle Experten sehen Prävention und Gesundheitsförderung als eine Querschnittsaufgabe; Gesundheitsförderung sollte also nicht neben den anderen Angeboten stehen, sondern quer dazu und auf alle Fachbereiche einwirken. Die Umsetzung einer solchen Strategie wird als eine langfristige Aufgabe gesehen. Die Implementierung muss dabei in enger Kooperation mit allen Akteuren durchgeführt werden.

Die Wohlfahrtsverbände als auch deren Mitgliedsorganisationen/kooperative Mitglieder bzw. Untergliederungen wenden integrierte QM-Systeme an, welche auf der DIN ISO Normenreihe und dem EFQM basieren und um organisations- und verbandspezifische Kriterien und Normen ergänzt sind. Die generischen und settingspezifischen Qualitätssicherungsinstrumente- und verfahren der Gesundheitsförderung und Prävention sind nahezu unbekannt. Auch werden sie als nicht anschlussfähig an die QM-Systeme bewertet, da sie zahlreiche Normenbestandteile

beinhalten und damit eine Implementierung erschweren, wenn nicht unmöglich machen. Zusätzlich machen einige der genannten Verfahren Zertifizierungen erforderlich, was zu zusätzlichen Kosten führt und eine Implementierung geradezu ausschließt.

Eine Anschlussfähigkeit der vorhandenen Qualitätssicherungsinstrumente- und verfahren der Gesundheitsförderung ist prinzipiell möglich, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

In einem ersten Schritt müssen die Strukturen der Verbände von den Entwicklern dieser Verfahren insofern aufgegriffen werden, als dass vorliegende QM-Systeme inklusive der darin implementierten fachspezifischen Vorgaben und Normen (vorhandene Instrumente und Verfahren) mit den dafür verantwortlichen Stellen der Verbände (Mitarbeitern für Qualität und Qualitätsmanagement der Einrichtungen) auf ihre Kompatibilität zu dem bestehenden Systemen der Qualitätssicherung geprüft werden. Diese Prüfung bedingt eine Analyse des vorhandenen Qualitätsmanagement-Systems. Im Ergebnis müssen ausgewählte Qualitätskriterien stehen, die Platzhalter enthalten und eine Anbindung an qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung ermöglichen. Das zu integrierende Instrument als Gegenstück darf dabei keine ISO-Normen enthalten, sondern muss einzig und allein aus fachlich gesicherten und möglichst evidenzbasierten Verfahren der Gesundheitsförderung bestehen.

Beispielhaft können evidenzbasierte Bewegungsprogramme für Kinder (Bewegungskindergarten) genannt werden, deren charakterisierende Elemente (Kooperationen mit Sportvereinen, tägliche Bewegungsangebote, Sporträume, usw.) in Form von Fachstandards in die Qualitätskriterien der Qualitätsmanagement-Systeme integriert werden. Ein weiteres Beispiel können die derzeit schon häufig Anwendung findenden DGE-Standards zur gesunden Ernährung sein. Diese dienen vielen Kitas als Grundlage für ihre Ernährungskonzepte. Werden diese Standards im Qualitätsmanagement-System verankert, erfolgt qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung.

Im Setting Pflegeeinrichtungen und Senioreneinrichtungen könnten bspw. die Standards und Richtlinien zur körperlichen Aktivität (ACSM-Guidelines, mind. 30 Min. an mind. 5 Tagen/Woche moderat oder mind. 20 Min. an mind. 3 Tagen/Woche mit hoher Intensität körperlich aktiv sein, plus mind. 2 Tage/Woche Krafttraining und Gleichgewicht) als Aspekte der Gesundheitsförderung in die Qualitätskriterien der integrierten Systeme aufgenommen und so qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung implementiert und umgesetzt werden. Auch können Projekte guter Praxis wie „Mach mit – bleib fit“ oder die „Alzheimer Angehörigen Initiative“ sowie die Inhalte von Begegnungsstätten mit ihren gesundheitsfördernden Aspekten in die Qualitätsmanagement-Systeme eingearbeitet werden.

Bedeutend ist, dass weniger die Verfahren und Instrumente anschlussfähig an die Qualitätsmanagement-Systeme gemacht werden müssen, als vielmehr die Imple-

mentierung von Gesundheitsförderung in die Qualitätskriterien der Qualitätsmanagement-Systeme erfolgen muss. Darüber hinaus müssen die vorhandenen Strukturen in den Wohlfahrtsverbänden, Berufs- und Fachverbänden, Landesvereinigungen und vielen weiteren Organisationen aufgegriffen und für die Implementierung qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung genutzt werden. Dieses Projektergebnis aufgreifend und der resultierenden Empfehlung folgend, erarbeitet die BzgA auf Bundesebene zusammen mit den Wohlfahrtsverbänden, den Berufs- und Fachverbänden sowie den Landesvereinigungen im Rahmen von Anschlussprojekten mögliche Implementierungsstrategien und Umsetzungsverfahren.

6. Zusammenfassung und übergreifende Empfehlungen

Kruckenberg B, Schauer mann L, Volkenand K, Weber J, Walter U
Medizinische Hochschule Hannover,
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,
Gaede-Illig C, Castedello U
Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH, Berlin

Zusammenfassung

Die Analyse der rechtlichen Regelungen, Verwaltungsvorschriften und Empfehlungen für die Qualitätssicherung sowie Prävention und Gesundheitsförderung verdeutlicht die erheblichen Unterschiede in den betrachteten Lebenswelten. Historisch und in fachlichem Verständnis begründet differieren die verwendeten Begriffe. In KiTa, Schule und Pflegeheim findet seit längerem eine (verbindliche) Qualitätssicherung statt. Länder- und trägerspezifisch variieren ihre Ausgestaltung hinsichtlich Fokus, Umfang und Routinen (zum Beispiel verbandseigene Qualitätsmanagementsysteme, Evaluationen, Zertifizierungen). Prävention und Gesundheitsförderung wird häufig als zusätzliche Aufgabe interpretiert und aufgrund einer weitgehend fehlenden rechtlichen Verpflichtung in Abhängigkeit von persönlichem Engagement und vorhandenen Kapazitäten durchgeführt. Für die Lebenswelt Kommune/ Stadtteil/Quartier gilt letztere Aussage gleichermaßen, allerdings sind hier keine übergreifenden Qualitätsroutinen für Prävention und Gesundheitsförderung vorhanden. Als Ausnahme kann die Gesundheitsberichterstattung auf Länderebene gesehen werden. Der (Qualitäts-) Anspruch an die eigene Arbeit wird settingübergreifend von den befragten Expertinnen und Experten hervorgehoben. Die Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendhilfe zeigen, dass eine deutliche Formulierung von Vorgaben unter expliziter und prominenter Nennung des Qualitätsbegriffs und entsprechender Komposita eine Sensibilisierung bewirken kann. In allen Settings bekunden die Interviewten ein großes Interesse an Prävention und Gesundheitsförderung und betonen deren gesamtgesellschaftliches Potenzial und nachhaltige Wirkung. Wo Qualitätsentwicklung und -sicherung bereits zur täglichen Praxis gehören, besteht die Überzeugung, dass Prävention und Gesundheitsförderung in die vorhandenen Strukturen integrierbar ist. Die Interviews aus den einbezogenen Lebenswelten divergieren hinsichtlich der Bewertung bezüglich einer gesetzlichen Durchführungsverpflichtung von Prävention und Gesundheitsförderung. Die politische und finanzielle Unterstützung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie von Qualitätsentwicklung und -sicherung wird allerdings ausnahmslos als wünschenswert erachtet.

Empfehlungen

Qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung in den einzelnen Lebenswelten gezielt stärken

Prävention und Gesundheitsförderung verbindlich verankern und stärken

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

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

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung stärken

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

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

Qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung in den einzelnen Lebenswelten gezielt stärken

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

6. Die Praxis der projektbasierten Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt KiTa muss zugunsten einer nachhaltigen Implementierung in vorhandene (pädagogische) Konzepte, Qualitätsmanagementsysteme, Routinen und Strukturen kontinuierlich weiterentwickelt werden.

7. Zur Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung als schulische Querschnittsaufgabe ist ihre durchgehende Implementierung in die Bildungsaufträge der Schulgesetze und/oder die Schulqualitätsrahmen der Bundesländer erforderlich. Ergänzend sollte Prävention und Gesundheitsförderung in die Qualitätsroutine der externen Evaluation einbezogen werden.

8. Die freien Schulen sollten in die Regelungen zu Qualitätssicherung und Gesundheitsförderung verbindlich einbezogen werden.

9. Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung sollte durch eine Optimierung der finanziellen Anreizstruktur und ihre Integration in die professionellen pflegerischen Handlungsroutinen gestärkt werden. Die angestrebte Verringerung des Dokumentationsaufwandes kann diesen Prozess sinnvoll unterstützen. Vorbehaltlich einer Harmonisierung des Prüfgeschehens sowie der Konkretisierung entsprechender Ausführungsbestimmungen sind zusätzliche Qualitätsvorgaben nicht erforderlich.

10. Qualitätsgesicherte Prävention und Gesundheitsförderung ist systematisch in die Konzepte der freien Seniorenarbeit zu integrieren.