



Kevin Dadaczynski / Heinz Witteriede

Das Q^{GPS}-Verfahren

Qualitätsentwicklung
gesundheitsbezogener Programme
in Schulen

Vandenhoeck & Ruprecht



Kevin Dadaczynski / Heinz Witteriede

Das Q^{GPS}-Verfahren:

Qualitätsentwicklung gesundheitsbezogener
Programme in Schulen

Mit 3 Abbildungen und 10 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Mit Unterstützung von:



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-525-40448-5

ISBN 978-3-647-40448-6 (E-Book)

© 2013, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen /
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Vorwort	7
1 Einleitung	10
2 Zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung in Schulen	12
3 Das Q^{GPS}-Verfahren und seine Anwendungsbezüge	16
3.1 Was ist das Q ^{GPS} -Verfahren?	16
3.2 Welchen Nutzen verspricht das Q ^{GPS} -Verfahren?	20
3.3 Wer soll das Q ^{GPS} -Verfahren anwenden?	21
3.4 Wie wurde das Q ^{GPS} -Verfahren entwickelt?	21
4 Qualitätsverständnis und Qualitätsmodell des Q^{GPS}-Verfahrens ...	24
4.1 Qualitätsperspektiven und -philosophien	24
4.2 Bestimmung zentraler Qualitätsbegriffe	26
4.3 Qualitätsrelevante Referenzsysteme	31
4.4 Qualitätsrelevante Entwicklungs- und Bewertungsdimensionen	34
4.5 Zusammenfassendes Verständnis des Q ^{GPS} -Verfahrens	35
5 Die Qualitätscheckliste des Q^{GPS}-Verfahrens	38
6 Hinweise zur Anwendung des Q^{GPS}-Verfahrens	43
6.1 Allgemeine Anwendungshinweise	43
6.2 Das Bewertungsverfahren	46
6.3 Erstellen einer Ergebnismeldung	49
6.4 Potenzielle Probleme bei der Anwendung und Lösungswege	51

7	Instruktionen zur Arbeit mit den Q^{GPS}-Indikatoren	53
7.1	Konzeptqualität	55
7.2	Strukturqualität	69
7.3	Prozessqualität	76
7.4	Ergebnisqualität	83
8	Exemplarische Anwendung des Q^{GPS}-Verfahrens: MindMatters	98
8.1	Beschreibung des Programms	98
8.2	Gesamtbewertung	100
8.3	Detailbewertung	100
8.4	Ergebnisrückmeldung	104
9	Evaluation des Q^{GPS}-Verfahrens	108
9.1	Ziele und Stichprobe	108
9.2	Methodik	109
9.3	Analyse	111
9.4	Ergebnisse: Interrater-Reliabilität, Bewertung und Anwendungserfahrung	113
9.5	Zusammenfassende Bewertung der Qualität des Q ^{GPS} -Verfahrens	117
10	Glossar	121
11	Literatur	132
12	Stichwortverzeichnis	142

Vorwort

Schulen sind in erster Linie Bildungseinrichtungen. Allerdings können sie als Organisationen in erheblichem Umfang zum Wohlbefinden und zur Gesundheit aller in ihr arbeitenden, lernenden und lehrenden Menschen beitragen. Gesundheit erhält deshalb inzwischen im Bildungskontext einen zunehmend zentralen Stellenwert, sowohl als Grundlage für gelingendes Lehren und Lernen als auch als eine Zielsetzung von Bildung.

Vor diesem Hintergrund erscheint es nur folgerichtig, dass die Kultusministerkonferenz in ihren »Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule« vom 15.11.2012 festgestellt hat, dass Gesundheitsförderung und Prävention integrale Bestandteile von Schulentwicklung sind. Damit wird auch wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung getragen, die deutliche Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen, Gesundheit und Bildungserfolg belegen. Des Weiteren empfiehlt die Kultusministerkonferenz, die Kompetenzen und die Ressourcen außerschulischer Partner zu nutzen und regionale oder landesweite Kooperationen zu schließen.

Unbestritten ist zudem auch, dass der Qualitätssicherung im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention ein zunehmend höherer Stellenwert beigemessen werden muss. So gilt bereits seit vielen Jahren, dass die in § 20 SGB V festgelegten Mittel der Gesetzlichen Krankenkassen nur für solche Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen verwendet werden dürfen, die den vereinbarten Qualitätskriterien entsprechen. Für individuelle Maßnahmen wie Präventionskurse in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Entspannung/ Stressbewältigung existieren bereits erprobte Qualitätsprüfungsverfahren, die insbesondere von den Krankenkassen bei der Anerkennung von Angeboten und Anbietern von Präventionsmaßnahmen zum Einsatz kommen. Für gesundheitsbezogene Programme in Schulen werden bislang verschiedene setting- oder programmbezogene Verfahren mit unterschiedlichem Fokus eingesetzt. Es gibt allerdings bisher kein Verfahren, das Programme und Projekte konkret hinsichtlich ihrer Qualität in Bezug auf das Setting Schule bewertet. Bei dem nun von Kevin Dadaczynski und Heinz Witteriede entwickelten Verfahren zur

Qualitätsentwicklung gesundheitsbezogener Programme in Schulen (Q^{GPS}) handelt es sich erstmals um ein settingspezifisches Verfahren, mit dem der Nutzen gesundheitsförderlicher und präventiver Programme für die Gesundheits- und Bildungsqualität von Schulen im Sinne des Ansatzes der guten gesunden Schule bewertet werden kann. Die Autoren orientieren sich dabei an den Dimensionen Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Sie gehen davon aus, dass die Qualität von Projekten und Programmen für Schulen und damit die Aussicht auf eine erfolgreiche Programmdurchführung wesentlich davon abhängen, in wie weit spezifische schulische Anforderungen und Bedarfe erfüllt werden.

Das Q^{GPS}-Verfahren wurde von Gesundheitsfachkräften der AOK Niedersachsen und der Unfallkasse Nordrhein Westfalen erprobt und anschließend auf der Grundlage dieser Anwendererfahrungen von den Autoren zur vorliegenden Version weiterentwickelt. Entstanden ist daraus ein praxistaugliches Instrument zur qualitativen Bewertung von gesundheitsbezogenen Programmen in Schulen.

Auftraggeber für die Entwicklung des Q^{GPS}-Verfahrens waren die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen und die Kooperationspartner von »die initiative – Gesundheit – Bildung – Entwicklung« (www.dieinitiative.de): die AOK Niedersachsen, die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., das Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Leuphana Universität Lüneburg, der Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover, die Landesunfallkasse Niedersachsen sowie die Bertelsmann Stiftung. Für die beteiligten Sozialversicherungsträger, die oftmals auch Kostenträger von gesundheitsbezogenen Programmen in Schulen sind, ist die Entwicklung eines solchen Qualitätsverfahrens wichtig. Einerseits ist es erforderlich, mit einem handhabbaren Instrument selbst eine qualitative Einordnung existierender Programme vornehmen zu können – nicht zuletzt als Grundlage für Entscheidungen zur Kostenübernahme. Andererseits besteht die Absicht, mit den zugrunde liegenden Kriterien auch einen eigenen Beitrag zur qualitativen Weiterentwicklung von gesundheitsbezogenen Programmen zu leisten. Bereits seit vielen Jahren ist die AOK Niedersachsen an Aktivitäten zur Qualitätssicherung und -entwicklung beteiligt. So gehört sie zu den Gründungsmitgliedern von »die initiative – Gesundheit – Bildung – Entwicklung«, die sich ausdrücklich die Verbesserung von Gesundheits- und Bildungsqualität zum Ziel gesetzt hat. Darüber hinaus ist die AOK Niedersachsen maßgeblich an der niedersachsenweiten Umsetzung von Gesundheitsmanagement in Schulen im Rahmen des Programms »gesund leben lernen« beteiligt und hat die Evaluation des Einsatzes der Balanced Scorecard in Schulen unterstützt.

Die Unfallkasse Nordrhein Westfalen engagiert sich im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags für die Realisierung guter gesunder Schulen in Nordrhein-West-

falen. Sie unterstützt Schulen in ihrer gesundheitsförderlichen Schulentwicklung durch Programme (z. B. MindMatters), Schulentwicklungsberatung und -begleitung und Qualifizierungsangebote, insbesondere für schulische Führungskräfte. Sie ist mit verschiedenen Krankenkassen und dem nordrhein-westfälischen Ministerium für Schule und Weiterbildung Träger des Landesprogramms »Bildung und Gesundheit«. Zudem zeichnet die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen jährlich nordrhein-westfälische Schulen, die Gesundheit und Sicherheit in die Entwicklung ihrer Qualität im besonderen Maße integrieren, mit dem Schulentwicklungspreis »Gute gesunde Schule« aus.

Wir sind überzeugt, dass dieses Buch und das darin beschriebene Verfahren, einen wirksamen und nachhaltigen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung in der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention leisten wird und dazu beitragen kann, diese noch wirksamer zu gestalten. Für ihren Einsatz und ihre Arbeit gebührt den Autoren dieses Buchs unser Dank.

Dr. h. c. Heinz Hundeloh

Leiter des Bereichs Bildungseinrichtungen der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen und des Fachbereichs Bildungseinrichtungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)

Horst Rauland

Geschäftsführer Gesundheitsmanagement Prävention bei der AOK Niedersachsen

1 Einleitung

Gesundheitsförderung und Prävention sind in den letzten fünfundzwanzig Jahren zu einem bedeutenden Handlungsfeld im deutschen Gesundheitswesen geworden. Diese Entwicklung geht auf die 1986 in Ottawa verabschiedete gleichnamige Charta der Weltgesundheitsorganisation zurück. Hiermit einhergehend haben auch Themen wie Qualität, Evaluation oder Evidenzbasierung eine beachtliche Konjunktur erfahren. War es in der Anfangsphase der Gesundheitsförderung ausreichend überhaupt gesundheitsförderliche Aktivitäten zu initiieren (Ruckstuhl et al., 2001), werden entsprechende Maßnahmen heute vermehrt an anerkannten Qualitätsanforderungen gemessen.

So haben die unterschiedlichen Akteure und Zielgruppen zunehmend klare Erwartungen und Bedürfnisse bezüglich der durch sie finanzierten, entwickelten und genutzten gesundheitsrelevanten Interventionen (Kolip u. Müller, 2009; Rosenbrock, 2004). Während die jeweiligen Träger wollen, dass die von ihnen eingesetzten Mittel gewinnbringend und unter der Maßgabe eines möglichst günstigen Ressourcenverbrauchs eingesetzt werden, erhoffen sich die Anbieter¹, dass die durch sie entwickelten Maßnahmen wie geplant umgesetzt und von der Zielgruppe angenommen sowie die intendierten Ziele erreicht werden. Die Nutzer hingegen erwarten, dass sich die von ihnen aufgebrauchte Zeit und investierten Mühen bezahlt machen und ihnen ein positives Nutzenverhältnis erwächst.

Grundsätzlich gilt hierbei, dass sich die Qualität solcher Interventionen nur unter Rückgriff auf den jeweiligen Kontext angemessen bestimmen lässt. Daher wurden in der Vergangenheit bereits erste Qualitätsverfahren und -instrumente entwickelt, bei denen der Kontext einen zentralen Stellenwert einnimmt (siehe u. a. BKK, 1999; Paulus u. Michaelsen-Gärtner, 2008; Peters et al., 2004). So ist auch dieses Verfahren von der Auffassung geprägt, dass die Qualität einer gesundheitsrelevanten Intervention im Setting Schule von dem Aus-

1 In jenen Fällen, in denen eine geschlechtsneutrale Formulierung nicht möglich war, wurde das maskuline Genus verwendet, womit selbstverständlich immer das weibliche Geschlecht mit gemeint ist.

maß bestimmt wird, inwieweit diese an den spezifischen schulischen Bedingungen, Merkmalen, Aufgabenstellungen und Zielsetzungen ausgerichtet ist.

Ein Beispiel soll diese Position veranschaulichen: Schulen kommt ein genuiner Bildungs- und Erziehungsauftrag zu. Diesen zu verwirklichen ist eine ihrer gesellschaftlichen Kernaufgaben. Das Thema Gesundheit ist dabei nicht von prioritärer Bedeutung, sondern wird für Schulen oftmals erst im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen zur Gesundheitsbildung relevant (Michaelsen-Gärtner u. Witteriede, 2010). Werden entsprechende Interventionen jedoch vor dem Hintergrund der Fragestellung reflektiert, inwiefern Gesundheit einen Beitrag zur Verwirklichung des Bildungs- und Erziehungsauftrags von Schulen leisten kann, so wird Gesundheit nicht als Selbstzweck betrachtet, sondern erhält seine Legitimation über den der Schule genuin zugrunde liegenden Zweck². Es ließen sich eine Reihe weiterer Beispiele anfügen, wie die spezifischen schulischen Organisationsmerkmale und -routinen (z. B. Zeitpläne, curriculare und außercurriculare Angebote sowie Zuständigkeiten). Erweisen sich die Merkmale der Intervention als inkompatibel mit denen des Durchführungssettings (Zeitplan, Fächer, Zielgruppen etc.), so kann dies erhebliche Realisierungsschwierigkeiten und somit letztlich qualitative Einbußen der Intervention zur Folge haben. Vor diesem Hintergrund scheint es angezeigt, ein spezifisches Qualitätsverfahren für das Setting Schule zu entwickeln. Während sich die derzeit für dieses Setting verfügbaren Qualitätsinstrumente und -verfahren vorrangig auf die Qualität der Organisation selbst konzentrieren, stellen Ansätze zur Bestimmung der Qualität von schulischen Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention bisher eher die Ausnahme dar (siehe z. B. Dadaczynski et al., 2010; Peters et al., 2004). Das Q^{GPS}-Verfahren setzt genau hier an. Es fokussiert auf gesundheitsbezogene Programme in Schulen.

In diesem Manual sind das Verfahren und seine Anwendungsbezüge detailliert dargestellt sowie Instruktionen zur Anwendung und Auswertung gegeben. Die Beschreibung der zentralen Qualitätsbegriffe und des zugrunde liegenden Qualitätsmodells dienen der Herstellung von größtmöglicher Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Ein Beispiel verdeutlicht, wie das Qualitätsverfahren in der Praxis eingesetzt werden kann. Um die Anwendung zu erleichtern und eine größtmögliche Reliabilität zu erreichen, wurden eine ausführliche Beschreibung der Qualitätsmerkmale sowie detaillierte Vorgaben für deren Bewertung angefertigt. Zusätzlich sind zentrale Fachbegriffe in einem Glossar erläutert. Daneben stehen auf den Internetseiten www.qgps.de und www.v-r.de eine am Computer ausfüllbare Version der Q^{GPS}-Checkliste sowie weitere Informationen zur Verfügung.

2 Die Orientierung am Bildungs- und Erziehungsauftrag ist der zentrale Ausgangspunkt des Ansatzes der guten gesunden Schule (Paulus, 2003).

2 Zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung in Schulen

Da Schulen primär Bildungs- und Erziehungsinstitutionen sind, gilt es zunächst, Argumente zu sammeln, warum sie auch ein geeigneter Ort für die Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention sein können. Obgleich viele Schulen Gesundheitsförderung und Prävention bereits als Teil eines umfassenden, an den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen orientierten Bildungsauftrags verstehen, gibt es ebenso eine Reihe von Schulen, welche Gesundheit als eher nachrangiges Themenfeld betrachten. Begründet werden solche Prioritätensetzungen oftmals damit, dass es sich Schulen im Zuge der zunehmenden Leistungsorientierung nicht leisten können, außercurriculare Themen wie Gesundheit zu bedienen. Gesundheit bzw. die in gesundheitsbezogene Maßnahmen investierte Zeit wird somit als Gefährdung für die Erreichung von Bildungszielen gesehen.

Vor allem in den letzten Jahren sind jedoch eine Reihe von Forschungsarbeiten entstanden, welche belegen, dass Gesundheit und Bildung nicht losgelöst voneinander zu betrachten sind. Dabei können im schulischen Kontext grundlegend drei Zusammenhangshypothesen unterschieden werden:

1. **Bildung hat einen Einfluss auf Gesundheit:** Grundannahme ist hier, dass sich ungünstige Schulergebnisse (z. B. eine schlechte Note in einer Klassenarbeit) negativ auf das gesundheitliche Befinden von Schülerinnen und Schülern auswirken können. In der Tat finden sich in der Forschung einige Befunde, die diese Hypothese bestätigen können. So gehen Roeser, Eccles und Stroebe (1998) davon aus, dass Erlebnisse von Schulversagen negative Gefühlszustände wie Angst, Hoffnungslosigkeit oder Frustration hervorrufen können, welche die Entstehung von psychischen Problemen begünstigen. Diese durch schlechte Schulnoten ausgelösten Stress- und Angstzustände können nach Krampen (1986) in verschiedene adaptive wie auch maladaptive Bewältigungsformen münden (z. B. positive Leistungsvorsätze, aber auch Selbstbeschuldigung, Resignation, Aggression nach außen). Daneben finden sich ebenfalls Befunde zu eher weit gefassten Bildungsparametern. So kommt Bilz

- (2008) in einer Auswertung der Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC-Studie) in Sachsen zu dem Ergebnis, dass emotionale Auffälligkeiten der Schülerinnen und Schüler neben dem Sozialklima ebenfalls durch die schulischen Lernbedingungen (z. B. schulische Überforderung und wahrgenommene Unterrichtsqualität) bestimmt werden. Dieser Einfluss zeigte sich nicht nur im Querschnitt, sondern ebenfalls über einen Verlauf von vier Jahren (d. h. Schüler, die sich in der Klassenstufe 5 durch die Lernbedingungen überfordert fühlten, wiesen in der Klassenstufe 9 auch mehr emotionale Auffälligkeiten auf).
2. *Gesundheit hat einen Einfluss auf Bildung*: An dieser Stelle geht es um die Frage, ob Gesundheit je nach Ausprägung einen positiven oder negativen Einfluss auf Bildungsparameter haben kann. So könnte angenommen werden, dass sich Kinder und Jugendliche mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z. B. Angst oder Depression) weniger auf den Unterricht konzentrieren können und in der Folge auch schlechtere Schulergebnisse erzielen. Auch hierfür finden sich mittlerweile eine Vielzahl von Studien, welche jedoch mehrheitlich im außereuropäischen Raum durchgeführt wurden. So kommen Suhrcke und de Paz Nieves (2011) in einer aktuellen Übersichtsarbeit zu dem Ergebnis, dass gesundheitliche Risikoverhaltensweisen (Nikotinkonsum, Fehlernährung), Übergewicht und Schlafstörungen einen negativen Einfluss auf die Schulleistung und weitere Bildungsergebnisse haben, während sich für die körperliche Aktivität ein positiver Zusammenhang belegen ließ. Eine aktuelle deutschsprachige Übersicht der internationalen Befundlage findet sich bei Dadaczynski (2012a), welcher die Ergebnisse von 39 Längsschnittstudien in den Themenbereichen Übergewicht, körperliche Aktivität und psychische Gesundheit zusammenfasst. Während sich für Übergewicht/Adipositas ein moderater Zusammenhang mit Schulnoten sowie dem Bildungsstand belegen ließ, verweisen die Befunde auf einen positiven Einfluss von körperlicher Aktivität/körperlicher Fitness auf die schulische Leistung sowie auf die Anzahl schulischer Fehlitage. Mit Blick auf die psychische Gesundheit finden sich die stärksten Zusammenhänge für ADHS, während für den Bereich Angst bislang kaum Studien vorliegen, welche aussagekräftige Schlüsse zulassen.
 3. *Drittvariablen beeinflussen den Zusammenhang von Gesundheit und Bildung*: Neben direkten Einflüssen wird ebenfalls davon ausgegangen, dass der Zusammenhang von Gesundheit und Bildung durch eine oder mehrere Drittvariablen beeinflusst wird. Von zentraler Bedeutung erweist sich hierbei unter anderem der sozioökonomische Status, welcher im Zusammenhang mit Gesundheit, aber auch dem Bildungserfolg steht. So weisen ver-

schiedene Studien darauf hin, dass der Zusammenhang von Übergewicht und Bildung nach Kontrolle des Sozialstatus deutlich geringer ausfällt oder gar an Signifikanz verliert (z. B. Datar, Sturm u. Magnabosco, 2004). Zudem scheint das Ausmaß an Stigmatisierung von Übergewichtigen (z. B. auch durch Lehrkräfte, Puhl u. Lattner, 2007) sowie psychische Probleme infolge von Übergewicht stärker mit Bildungsparametern in Zusammenhang zu stehen als Übergewicht selbst (siehe z. B. Crosnoe, 2007). Weitere wichtige Drittvariablen, welche in diesem Zusammenhang diskutiert werden, sind unter anderem personale und soziale Ressourcen (Selbstwertgefühl, soziale Unterstützung, siehe Suhrcke u. de Paz Nieves, 2011).

Diese hier in Kurzform skizzierten Befunde belegen eindrücklich, dass Gesundheit und Bildung aufeinander bezogen sind und somit auch in der Schulpraxis³ nicht isoliert behandelt werden sollten. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, so die Befundlage, kann sich positiv wie auch negativ auf bildungsrelevante Indikatoren wie Schulnoten, Abwesenheit von der Schule sowie auch den Schulabschluss oder die Aufnahme eines Hochschulstudiums auswirken. Damit bestätigen die Ergebnisse grundsätzlich den seit einigen Jahren in Deutschland verfolgten Ansatz der guten gesunden Schule (Paulus, 2010). Im Gegensatz zum Vorgängermodell der Gesundheitsfördernden Schule geht es hier viel stärker um den Anspruch, mittels gesundheitsbezogener Interventionen einen positiven Einfluss auf die Erziehungs- und Bildungsqualität von Schulen zu nehmen. Dieser Anspruch ist entsprechend der vorgestellten Studien durchaus gerechtfertigt. Somit lässt sich die eingangs dargestellte Sorge einiger Schulen, dass die in gesundheitsfördernde Maßnahmen investierte Zeit zu Lasten des Bildungserfolgs geht, nicht teilen. Ganz im Gegenteil: Gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen können Schulen in ihrem Kernanliegen, gute Schulergebnisse zu erzielen, wesentlich unterstützen. Dies setzt jedoch voraus, dass gesundheitsbezogene Maßnahmen mit dem Bildungsauftrag und den Qualitätszielen von Schulen verknüpft werden. Nur wenn Schulen den Eindruck gewinnen, dass Gesundheit nicht als Selbstzweck, sondern als Motor für Schulqualität dient, werden sie eher bereit sein, entsprechende Maßnahmen durchzuführen und langfristig zu verankern. Damit einhergehend gilt ebenso,

3 So kommt auch das Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland in seinem aktuellen Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen zu der Erkenntnis: »Studien belegen, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen, Gesundheit und Bildungserfolg besteht« (2012, S. 2) und: »Gesundheitsförderung und Prävention sind integrale Bestandteile von Schulentwicklung. Sie [...] gehören zum Kern eines jeden Schulentwicklungsprozesses« (2012, S. 3).

dass gesundheitsbezogene Maßnahmen im Rahmen ihrer Evaluation nicht nur eine Gesundheits-, sondern ebenfalls eine Bildungswirksamkeit nachzuweisen haben. Dass dies tatsächlich gelingen kann, darauf verweisen erste internationale Evaluationsbefunde (Murray et al., 2007; Singh et al. 2012). Können Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention die genannten Anforderungen erfüllen, so ist ein wichtiger Schritt in Richtung einer nachhaltigen und erfolgversprechenden schulischen Gesundheitsförderung gegangen. Schulen, so die Quintessenz dieses Kapitels, können sowohl aus bildungsbezogener als auch aus gesundheitsbezogener Perspektive durchaus als bedeutsame Orte für die Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention gelten.

3 Das Q^{GPS}-Verfahren und seine Anwendungsbezüge

3.1 Was ist das Q^{GPS}-Verfahren?

Das Q^{GPS}-Verfahren stellt ein Instrument zur Qualitätsentwicklung gesundheitsbezogener Programme in Schulen dar. Gegenüber den bislang verfügbaren Qualitätsinstrumenten fokussiert das Q^{GPS}-Verfahren vor allem auf die Passung des Programms mit dem Lern-, Lebens- und Arbeitsraum Schule (zur Begründung der settingspezifischen Fokussierung siehe Kapitel 1). Daraus resultiert, dass in der Bewertung dieser Programme nicht nur die Gesundheits-, sondern auch die Bildungsperspektive und deren Zusammenspiel berücksichtigt werden.

Infobox 1: Gesundheitsbezogenes Programm

Mit dem Begriffskomplex des gesundheitsbezogenen Programms in Schulen ist der Gegenstand dessen, was hinsichtlich seiner Qualität bewertet werden soll, bestimmt. Dabei werden ausschließlich bereits entwickelte und dauerhaft verfügbare Programme bewertet, die dem Erreichen zuvor definierter Ziele mit Gesundheits- und Bildungsrelevanz dienen (siehe Kapitel 2), nicht jedoch Programme, die sich noch im Entwicklungsstadium befinden⁴. Einzuschließende Programme adressieren: a) unterschiedliche Themen wie Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, sozial-kommunikative Kompetenz, pädagogische Kompetenz etc., und b) eine oder mehrere der in Schule lernenden und arbeitenden Personengruppen (Schüler, Lehrpersonal und pädagogische Mitarbeiter). Zentrale Strategien gesundheitsbezogener Programme sind: a) verhaltensbasierte Ansätze (Beeinflussung individueller Wissensbestände, Einstellungen und Verhaltensweisen), b) verhältnisbasierte Ansätze (Beeinflussung struktureller und physischer Rahmenbedingungen und Prozesse) sowie deren Kombination.

4 Solchen Programmen kann die Checkliste des Q^{GPS}-Verfahrens als Orientierung dienen (siehe Kapitel 5).

Qualität wird dabei als ein ganzheitliches Konstrukt verstanden. Die Bestimmung der Qualität von gesundheitsbezogenen Programmen in Schulen kann sich folglich nicht allein durch den Rückgriff auf die Ergebnisse (Wirkungen) beschränken, sondern muss ebenfalls Aspekte der Konzept-, Struktur- und Prozessdimension in den Blick nehmen (siehe ausführlich Kapitel 4).

In einem ersten Schritt der Operationalisierung des Q^{GPS}-Verfahrens sind diesen vier Qualitätsdimensionen insgesamt acht Qualitätsbereiche zugeordnet worden. Jeder Bereich stellt dabei eine qualitätsrelevante Unterkategorie dar, die in einem zweiten Schritt durch ein Set spezifischer Qualitätsmerkmale differenziert wurde. Diese insgesamt 32 Merkmale sind in Form von Fragen formuliert. Zur Beantwortung dieser Fragen stehen standardisierte Auswertungshilfen zur Verfügung. Diese Qualitätsindikatoren erlauben eine standardisierte Feststellung des Erfüllungsgrades der jeweiligen Qualitätsanforderung, welche mit der Vergabe von Punkten verbunden ist (siehe ausführlich Kapitel 6). Zur Veranschaulichung ist die dem Verfahren zugrunde liegende »Qualitätskette« (Qualitätsdimension → Qualitätsbereich → Qualitätsmerkmal → Qualitätsindikator) in Abbildung 1 dargestellt.

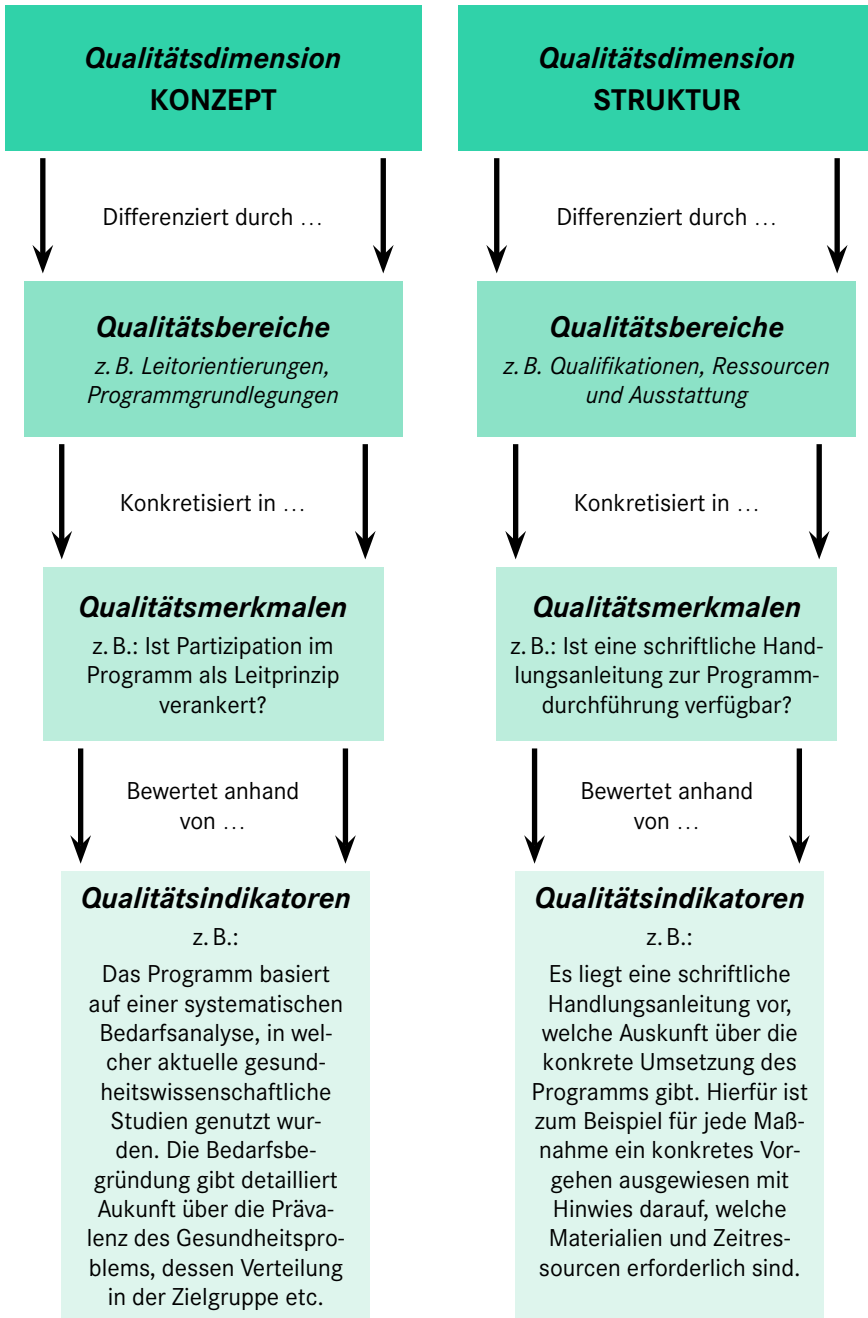
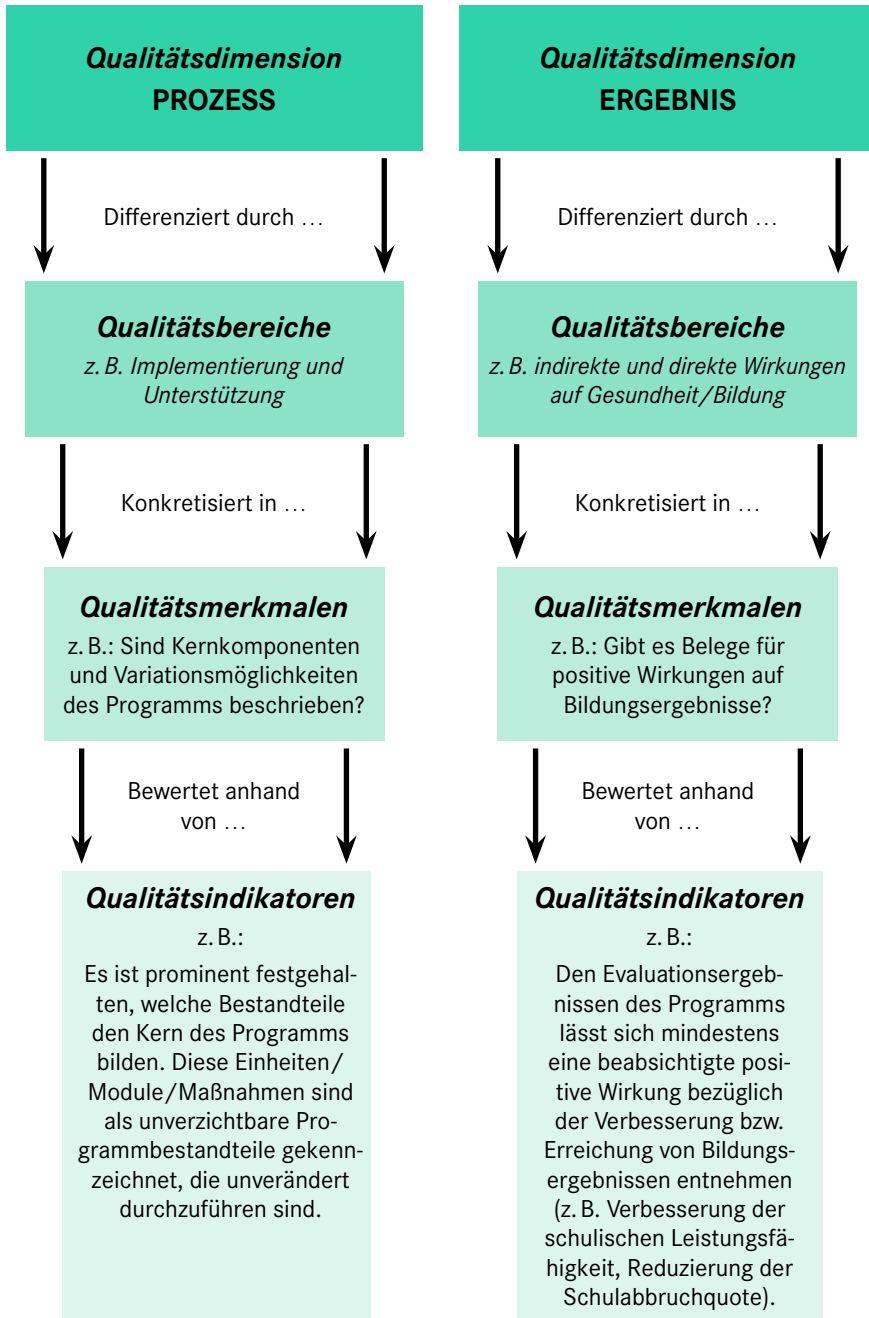


Abbildung 1: Hierarchischer Aufbau des Q^{GPS}-Verfahrens (die Q^{GPS}-Qualitätskette)



3.2 Welchen Nutzen verspricht das Q^{GPS}-Verfahren?

Mit dem Q^{GPS}-Verfahren werden eine Reihe von aufeinander aufbauenden und sich ergänzenden Zielvorstellungen verfolgt, welche im Folgenden skizziert werden:

- Allgemein sollen die im Q^{GPS}-Verfahren formulierten Qualitätsanforderungen eine *systematische Bewertung* gesundheitsbezogener Programme in Schulen ermöglichen. Auf Grundlage standardisierter Qualitätsindikatoren und eines differenzierten Bewertungssystems lassen sich die Qualitätsergebnisse unterschiedlicher Programme objektiv miteinander vergleichen.
- Die Ergebnisse der Qualitätsbewertung sollen zu einer *Steigerung der Transparenz* der Qualität gesundheitsbezogener Programme im Setting Schule beitragen. Eine erhöhte Sichtbarkeit kann unter anderem dadurch hergestellt werden, dass die Qualitätsergebnisse (nach Zustimmung der jeweiligen Anbieter) frei verfügbar gemacht werden (z. B. online). Besonders gut bewertete Programme können zudem durch die Vergabe eines Zertifikats in ihrer Sichtbarkeit hervorgehoben und wertgeschätzt werden.
- Über die Herstellung der Transparenz soll ebenfalls ein Beitrag zur *Verbesserung der Handlungsfähigkeit* von Akteuren im Gesundheits- und Bildungswesen geleistet werden. So können Schulen auf Basis der Qualitätsergebnisse angemessener entscheiden, ob und welches Programm sie einsetzen. Ebenso bieten die Qualitätsergebnisse zum Beispiel Kranken- und Unfallversicherungen eine Entscheidungsgrundlage hinsichtlich einer möglichen Finanzierung eines Programms.
- Mit dem Ziel einer *kontinuierlichen Qualitätsentwicklung* sollen Programme, die mit Hilfe des Q^{GPS}-Verfahrens bewertet wurden, konkrete Entwicklungsimpulse zu ihrer Optimierung erhalten. Hierfür ist es notwendig, dass jeder Programmanbieter eine detaillierte Rückmeldung zu den Stärken und Schwächen seines Angebots erhält. Mit Hilfe dieser differenzierten Rückmeldung sollen die Anbieter motiviert werden, ihr Programm gezielt zu optimieren (siehe Kapitel 6.3). Dies kann durch die Vergabe eines Zertifikats gefördert werden. Auf Basis regelmäßiger Neubewertungen kann dann überprüft werden, welche Qualitätsentwicklung das Programm in der Zwischenzeit geleistet hat.
- Das Q^{GPS}-Verfahren kann weiterhin dazu beitragen, potenziellen Programmentwicklern eine grundlegende *Orientierung für die Entwicklung neuer Programme* zu geben. Diese können systematisch nachvollziehen, welche Bausteine ein qualitätsvolles Programm enthalten sollte und welche Aspekte somit bei der Entwicklung, Implementation und Evaluation zu berücksichtigen sind.

3.3 Wer soll das Q^{GPS}-Verfahren anwenden?

Als Instrument der Qualitätsentwicklung kann das Q^{GPS}-Verfahren in zweierlei Hinsicht angewendet werden.

Zum einen kann es in Form einer Fremdevaluation eingesetzt werden. Dabei wird die Qualitätsbewertung entsprechender Programme von einer neutralen und fachlich qualifizierten Außenperspektive vorgenommen. Hierzu gehören unter anderem Kranken- und Unfallversicherungsträger, Verbände und Vereinigungen, Beratungsstellen, aber auch ministerielle Behörden und wissenschaftliche Einrichtungen. Eine weitere relevante Zielgruppe sind darüber hinaus Schulen, welche oftmals vor dem Problem stehen, angesichts der Vielzahl der ihnen von externer Stelle angebotenen Programme ein für sie geeignetes Angebot auszuwählen. Somit ist das Q^{GPS}-Verfahren vor allem für jene Schulen interessant, welche bereits Erfahrungen in der schulischen Gesundheitsförderung haben und sich optimalerweise bereits auf dem Weg zu einer guten gesunden Schule befinden. Dabei ist zu betonen, dass die korrekte Anwendung des Q^{GPS}-Verfahrens ausreichend Kenntnisse und Erfahrungen in der (schulischen) Gesundheitsförderung und Prävention voraussetzt, womit die Anwenderinnen und Anwender im Bedarfsfall zunächst zu schulen sind.

Zum anderen ist das Q^{GPS}-Verfahren auch grundsätzlich im Rahmen der Selbstevaluation einsetzbar. Dabei bewerten Programmanbieter und potenzielle Entwickler ihr Programm mit Hilfe des vorliegenden Manuals in Eigenregie, ohne Rückmeldung von einer qualifizierten Außenstelle einzuholen. Eine anschließende bzw. begleitende Programmbewertung durch mit dem Verfahren vertraute externe Qualitätsprüfer ist allerdings ausdrücklich empfohlen, um einen Abgleich von Fremd- und Selbstevaluation zu ermöglichen. Eine detaillierte Anleitung zur Anwendung des Verfahrens findet sich in Kapitel 6.

3.4 Wie wurde das Q^{GPS}-Verfahren entwickelt?

Das Q^{GPS}-Verfahren wurde im Auftrag von »die initiative – Gesundheit – Bildung – Entwicklung in Niedersachsen« in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum für psychische Gesundheit in Erziehung und Bildung (kogeb) über einen Zeitraum von drei Jahren entwickelt. Im Zuge der Verfahrensentwicklung sind umfangreiche Literaturrecherchen und -analysen durchgeführt worden. Berücksichtigt wurden hierbei nicht nur Evaluationsbefunde zur Wirksamkeit von schulischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, sondern

ebenfalls Publikationen, welche Auskunft über Gelingensbedingungen für die Implementation entsprechender Maßnahmen, insbesondere im Setting Schule, geben. Leitend war hierbei die Auffassung, dass sich die Qualität von gesundheitsbezogenen Programmen in Schulen nicht nur aus inhaltlichen Gestaltungsaspekten ergibt (Konzeptdimension), sondern vor allem auch von der Art und Weise seiner Umsetzung (Prozessdimension) und seiner hierfür erforderlichen Voraussetzungen (Strukturdimension) bestimmt wird. Vor diesem Hintergrund wurden im Wesentlichen die folgenden Quellen für die Entwicklung des Q^{GPS}-Verfahrens verarbeitet:

- *Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Maßnahmen der (schulischen) Gesundheitsförderung* (z. B. Bühler u. Heppekausen, 2005; Catalano et al., 2004; Durlak u. Weissberg, 2007; Greenberg et al., 2001; Lister-Sharp et al., 1999; Nation et al., 2003; Schick, 2010; Stewart-Brown, 2006; Wells et al., 2003);
- *Erkenntnisse zur Implementation von Maßnahmen der (schulischen) Gesundheitsförderung* (z. B. Barry et al., 2005; Durlak u. DuPre, 2008; Dusenbury et al., 2005; Elliot u. Mihalic, 2004; Gottfredson u. Gottfredson, 2002; Han u. Weiss, 2005, Kam et al., 2003; Mihalic, 2004);
- *Befunde zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung* (z. B. Basch, 2011; Dadaczynski, 2012a; Datar et al., 2004; Griebler et al., 2009; Hascher, 2004; Judge u. Jahns, 2007; Murray et al., 2007; Roeser et al., 1998; Shore et al., 2008; Singh et al., 2012, Suhrcke u. de Paz Nieves, 2011; Taras, 2005);
- *Indikatoren zur Qualitätssicherung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention* (z. B. Ader et al., 2001; Eichhorn et al., 2007; Trojan, 2001; Ruckstuhl et al., 1998, 2001; Walter et al., 2001);
- *Bereits entwickelte internationale und nationale Instrumente und Verfahren zur Bewertung der Qualität gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen* wie das European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIPH) (Aaro et al., 2005); quint-essenz (Ackermann et al., 2009); Leitfaden für Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Ernährung, Bewegung und Umgang mit Stress (BZgA, 2012); Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (BZgA, 2010); Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche (BZgA, 2005); Qualität in der Prävention (QIP) (Kliche et al., 2004); Qualitätssicherungsinstrument für die landesweite Gesundheitsinitiative »Gesund.Leben.Bayern« (Loss et al., 2007); Preffi (Mollemann et al., 2003);
- *Schulbezogene Qualitätssicherungs- und Entwicklungsinstrumente*: a) mit Fokus auf Bildung, zum Beispiel Referenzrahmen Schulqualität (IQ – Hes-

sisches Kultusministerium, 2007); Orientierungsrahmen für Schulqualität in Niedersachsen (Niedersächsisches Kultusministerium, 2006); Selbstevaluationsinstrument für Schulen – SEIS (Stern et al., 2008); b) mit Fokus auf Gesundheit, zum Beispiel HEPS Quality Checklist (Dadaczynski et al., 2010), SchoolBeat Checklist (Peters et al., 2004); c) mit Fokus auf Gesundheit – Bildung, zum Beispiel Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen – IQES (Brägger u. Posse, 2007); Referenzrahmen schulische Gesundheitsförderung (Paulus u. Michaelsen-Gärtner, 2008), Selbsteinschätzung zur Schulentwicklung mit psychischer Gesundheit – Selbst 1.0 (Witteriede u. Michaelsen-Gärtner, 2012).

4 Qualitätsverständnis und Qualitätsmodell des Q^{GPS}-Verfahrens

Bevor das Q^{GPS}-Verfahren eingehender vorgestellt und seine Anwendung beschrieben wird, werden in diesem Kapitel die theoretischen Grundlagen erläutert. Im folgenden Abschnitt werden daher zunächst die derzeit diskutierten Qualitätsperspektiven und -philosophien skizziert, bevor der Blick auf die in der Qualitätsdiskussion zentralen Begriffe, Elemente und Referenzsysteme gelenkt wird. Schließlich wird ein dynamisches Qualitätsmodell vorgestellt, welches dem entwickelten Qualitätsverfahren zugrunde liegt.

4.1 Qualitätsperspektiven und -philosophien

Die Qualität bzw. Güte einer Intervention ist nach Lehmann und Töppich (2002) keine objektiv definierbare Größe, sondern wird auch immer von wertabhängigen Erwartungen derjenigen beeinflusst, die den qualitativen Wert der Sache zu bestimmen haben. Somit kann die Qualität ein und derselben Sache aus unterschiedlichen Perspektiven auch unterschiedlich bewertet werden. Für die Qualitätsdiskussion wird daher vorgeschlagen, zwischen den verschiedenen Sichtweisen zu differenzieren und aus diesen entsprechende Indikatoren abzuleiten (Christiansen, 1999; Kolip u. Müller, 2009; Øvretveit, 1996). Im Wesentlichen lassen sich die folgenden drei Perspektiven unterscheiden:

- *Die Perspektive der Adressaten/Nutzer* berücksichtigt die Sichtweise derjenigen, für welche das Angebot intendiert ist. Von Interesse ist, inwieweit die Maßnahme an den Wünschen und Bedürfnissen der Nutzer ausgerichtet ist und inwiefern die Erwartungen dieser Gruppe letztlich auch erfüllt werden. Im Setting Schule sind dies neben den Kindern und Jugendlichen vor allem auch die Lehrkräfte, Schulleitungen sowie das nicht unterrichtende Personal. Zu den qualitätsbestimmenden Merkmalen zählen hierbei unter

anderem die Zufriedenheit und Bedürfnisbefriedigung oder auch das Ausmaß der wahrgenommenen Einbeziehung der Nutzer.

- *Die Perspektive der Mittelgeber/Träger* fokussiert die Sicht der Finanziers, wobei von besonderem Interesse ist, ob die eingesetzten Ressourcen für die durchzuführenden Maßnahmen auch angemessen sind und im Verhältnis zu dem erwarteten und erreichten Gewinn stehen. Neben der Frage von Effizienz geht es den Mittelgebern letztlich auch darum, dass die anvisierten Ziele und Wirkungen mit Hilfe der durch sie finanzierten Intervention erreicht werden. Vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen und öffentlicher Haushaltsmittel hat diese Perspektive in den letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung erfahren.
- *Die Perspektive der Experten/Anbieter* berücksichtigt schließlich die Sicht der Programmentwickler und -durchführenden. Im Vordergrund steht hier vor allem die Frage, ob die Maßnahme in der Art und Weise geplant und durchgeführt wird, dass sie die angestrebten Ziele auch erreicht. Dies umfasst unter anderem die Qualität der eingesetzten Methoden und deren angemessenen Einsatz und das Ausmaß, in dem die Intervention theoretisch fundiert ist, weshalb diese Perspektive auch unter der Bezeichnung »technische Qualität« diskutiert wird (Christiansen, 1999).

Wie mit Fragen der Qualität, das heißt ihrer Bestimmung, Gewährleistung und Optimierung umgegangen wird, hängt neben den hier dargestellten Perspektiven wesentlich auch von der zugrunde liegenden Qualitätsphilosophie ab. Als eine Art »geistiger Überbau« (Simon, 2001, S. 115) kann hierunter ein grundlegendes Verständnis von Qualität oder eine prinzipielle Haltung verstanden werden, welche für den Umgang mit Qualitätsfragen handlungsleitend ist. Ruckstuhl et al. (2001) unterscheiden hierbei die folgenden zwei Qualitätsphilosophien:

- Das so genannte *Erfüllungsparadigma* fokussiert vor allem auf die Verwirklichung zuvor definierter Anforderungen (siehe Kapitel 4.2). Werden diese erfüllt, so weist die zu bestimmende Sache eine zufriedenstellende Qualität auf, wobei erst bei Nichterfüllung von Qualitätsstandards Maßnahmen zur Mängelbeseitigung initiiert werden.
- Im Gegensatz dazu orientiert sich das *Optimierungsparadigma* weniger an der einmaligen Erfüllung gesetzter Anforderungen, sondern zielt vielmehr auf die kontinuierliche Verbesserung von Strukturen und Prozessen, wobei ein umfassendes Verständnis von Qualität zugrunde gelegt wird.

Gesundheitsförderung und Prävention, gerade in Schulen, sind in den letzten Jahren zu bedeutenden Handlungsfeldern im deutschen Gesundheitswesen geworden. Doch wie ist die Qualität von Programmen in diesem Bereich zu bewerten? Inwieweit werden die spezifischen Bedingungen und Zielsetzungen des Settings in der Entwicklung und Realisierung berücksichtigt? Dieses Buch stellt ein Verfahren vor, das auf die Qualität gesundheitsbezogener Programme in Schulen fokussiert. Es beinhaltet grundlegende Informationen zum Aufbau des Q^{GPS}-Verfahrens, Anleitungen und Materialien zu dessen Anwendung sowie ein Praxisbeispiel zur Veranschaulichung.

Die Autoren

Kevin Dadaczynski, Diplom-Gesundheitswirt, M. Sc., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften der Leuphana Universität Lüneburg.

Dr. Heinz Witteriede ist Professor für die Fachgebiete Soziale Arbeit und Gesundheitswissenschaft an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn.

ISBN: 978-3-525-40448-5



9 783525 404485

www.v-r.de