



Anbieter: Partizipation der
Adressatinnen und
Adressaten

Projekte und AG der KGK:
Partizipation der Anbieter

KGK: Partizipation der
Mitglieder

Partizipative Qualitätsentwicklung in Kontexten einer Kommunalen Gesundheitskonferenz. Ein Modellprojekt zur Erprobung partizipativer Strategien im Kreis Gütersloh.

Gesundheitsförderung

Infektionsschutz

Gesundheitsdaten

Pharmazie

Gesundheitswirtschaft

Versorgung

Partizipative Qualitätsentwicklung in Kontexten einer Kommunalen Gesundheitskonferenz.

Ein Modellprojekt zur Erprobung partizipativer Strategien an der „Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung an Offenen Ganztagschulen“ im Kreis Gütersloh.

Impressum

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Autoren

Sabine Baum, Kreis Gütersloh
Manfred Dickersbach, LZG.NRW
Claudia Hornberg, Universität Bielefeld
Christel Kunz, Kreis Gütersloh
Annika Roth, Universität Bielefeld
Mareike Rübeler, Universität Bielefeld
Michael T. Wright, Institut für soziale Gesundheit (ISG), Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Namensbeiträge geben die Meinungen der Verfasser wieder. Sie entsprechen nicht unbedingt der Auffassung des Herausgebers.

Layout und Verlag
LZG.NRW

Bildnachweis

Titelbild: © „Kreise der Partizipation in der Arbeit der KGK“ nach Michael T. Wright

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Bielefeld, Mai 2017

ISBN 978-3-88139-206-8

1. Partizipative Qualitätsentwicklung im kommunalen Setting – zur Einführung in das Modellprojekt 7
Manfred Dickersbach, LZG.NRW
2. Ausgangslage und Motivation zur Implementierung eines Projektes im Rahmen der partizipativen Qualitätsentwicklung 11
Christel Kunz, Sabine Baum, Kreis Gütersloh
3. Wie kann Partizipative Qualitätsentwicklung die Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen unterstützen? Schlussfolgerungen aus einem Modellprojekt im Kreis Gütersloh 21
Michael T. Wright, Institut für soziale Gesundheit (ISG), Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
4. Das Modellprojekt „Partizipative Qualitätsentwicklung an der „Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung an Offenen Ganz-tagsschulen“ im Kreis Gütersloh – wichtige Ergebnisse der Evaluation 27
Annika Roth, Mareike Rüweler, Claudia Hornberg, Universität Bielefeld
5. Zur Übertragung der Projektergebnisse auf andere Arbeitskontexte der KGK 45
Christel Kunz, Kreis Gütersloh; Manfred Dickersbach, LZG.NRW

1.

Partizipative Qualitätsentwicklung im kommunalen Setting – zur Einführung in das Modellprojekt

Manfred Dickersbach, LZG.NRW

Partizipation ist als Handlungsprinzip aus dem Kontext der Gesundheitsförderung nicht mehr wegzudenken. Gesundheitsförderliche Programme unter Mitwirkung der betroffenen Zielgruppen zu entwickeln, das Wissen der Betroffenen zu nutzen, Ihnen Gestaltungsräume und Eigenverantwortung zuzubilligen und so die Identifikation mit dem Programm und die Motivation zur Umsetzung geplanter Maßnahmen zu stärken – dies alles sind mittlerweile Standards einer qualitätsorientierten Gesundheitsförderung, die insbesondere in der Arbeit mit benachteiligten Zielgruppen von herausragender Bedeutung sind. Aber auch ganz grundsätzlich wird Partizipation zunehmend als unverzichtbares Qualitätsmerkmal gesundheitsförderlicher Programme verstanden, was sich in zahlreichen Qualitätsinstrumenten zur Gesundheitsförderung – von Quint-Essenz über KeQ und QuiG bis hin zu den Good Practice-Kriterien des Kooperationsverbunds „Gesundheitliche Chancengleichheit“ – niederschlägt. Gesundheitsförderung muss nicht nur für die, sondern in mindestens gleichem Maße mit den betroffenen Menschen gemacht werden – das ist eine unverzichtbare Voraussetzung für Akzeptanz und Nachhaltigkeit jeder gesundheitsförderlichen Maßnahme.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass sich mit der „Partizipativen Qualitätsentwicklung“ ein Qualitätsinstrument ganz dem Thema Partizipation in der Gesundheitsförderung widmet. Partizipation ist hier nicht nur Absicht und Ziel, sondern stellt sich als differenziertes Konzept dar, das in mehreren Stufen umsetzbar und variabel adaptierbar ist, das mit einem umfassenden Methodenkoffer unterlegt ist und in vielfältigen Praxiskontexten erprobt wurde. Dieses Konzept der „Partizipativen Qualitätsentwicklung“ wurde im Rahmen eines mehrjährigen Forschungsprojekts von 2005 bis 2009 entwickelt, in Zusammenarbeit zwischen Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. und der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung. Es stellt an sich keine grundsätzlich neue Idee dar, sondern baut auf langjährigen internationalen Entwicklungen auf, die hier für Deutschland und insbesondere für den Bereich der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung nutzbar gemacht werden.

Die Partizipative Qualitätsentwicklung (PQE) hat ihre Wurzeln in den 60er Jahren, als erstmals Bürgerbeteiligung und -mitbestimmung als wesentliche Erfolgsfaktoren in der Stadt- und Quartiersentwicklung konstatiert wurden (Arnstein, 1969). Auch das der PQE zugrundeliegende Stufenmodell der Partizipation wurde hier in den Grundzügen bereits formuliert. Mit der Ottawa-Charta von 1986 wurde die Selbstbestimmung der Menschen dann zu einem zentralen Anliegen der Gesundheitsförderung (WHO Europe, ohne Datum). Partizipation – besonders im Sinne von Teilhabe und Mitbestimmung – gehört damit von Beginn an zu den konzeptionellen Grundpfeilern der Gesundheitsförderung, in großer inhaltlicher Nähe zum Anliegen der gesundheitlichen Chancengleichheit, dem Bestreben, sozial bedingte Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern, sowie dem Anliegen, alle Menschen zu befähigen, ihr größtmöglichstes Gesundheitspotential zu verwirklichen (empowerment) und die Rahmenbedingungen zu schaffen, dies auch zu ermöglichen.

Die PQE greift mit ihrer Orientierung an der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung besonders dieses Anliegen der gesundheitlichen Chancengleichheit und die besondere Hinwendung zu sozial benachteiligten Zielgruppen auf. Diese Menschen zeigen in der Regel die größten gesundheitlichen Defizite; Gesundheit wird hier dennoch oft nicht als persönlicher Wert wahrgenommen, hat im Lebensalltag mit seinen oft existentiellen Anforderungen nicht die oberste Priorität. Gerade hier, in den Lebenswelten benachteiligter Menschen, ist die Mitwirkung der Betroffenen und ihre Identifikation mit dem Anliegen Gesundheit eine unverzichtbare Voraussetzung für die Akzeptanz und dauerhafte Verankerung gesundheitsförderlicher Programme und Strukturen. Gleichzeitig stellt sie aber aus den genannten Gründen eine besondere Herausforderung dar: Benachteiligte Zielgruppen mit schwierigen Lebensbedingungen und oft kaum lösbaren Alltagsproblemen kommen nicht von selbst auf das Thema Gesundheit und auf die Idee, hier gestalten und mitwirken zu wollen – wenn nicht überhaupt ein Gestaltungswille und das Zutrauen in die eigene Gestaltungsfähigkeit gerade bei diesen Gruppen erst einmal geschaffen und aufgebaut sein wollen.

Die PQE stellt sich dieser Herausforderung, indem sie die Partizipation der Endnutzer, der letztlich betroffenen Zielgruppen zu ihrem zentralen Anliegen macht. Sie ist strikt basisorientiert, weist dem praktischen Handeln, dem Erfahrungswissen und der Lebensweltkompetenz der Betroffenen eine große Bedeutung zu. Die Idee der „praxisbasierten Evidenz“ – als bewusst geschaffener Gegensatz zur evidenzbasierten Praxis, die als Top-down-Modell in ihrer Gültigkeit und Anwendbarkeit für die Gesundheitsförderung grundsätzlich in Frage gestellt wird – gibt diesem Anliegen einen konzeptionellen Rahmen.

Mit dem Gütersloher Modellprojekt zur PQE im Rahmen der „Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung an Offenen Ganztagschulen“ wird nun ein anderer Handlungsrahmen zum Anwendungsbereich für die PQE und ihre diversen methodischen Instrumente gemacht. Die Koordinationsstelle ist im weiteren Umfeld der Kommunalen Gesundheitskonferenz Gütersloh (KGK) angesiedelt, eines Koordinationsgremiums, in dem die wesentlich Verantwortung tragenden Institutionen des Gesundheitswesens vor Ort zusammengeführt sind. Sie wurde auf eine Empfehlung der KGK hin ins Leben gerufen (2009), ist in den Räumlichkeiten der „Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle im Kreis Gütersloh“ (BIGS) untergebracht und ist damit Teil der Kommunalverwaltung des Kreises Gütersloh. Ihre zentrale Zielsetzung ist es, die Themen Ernährung und Bewegung stärker in den Alltag der Kinder an Offenen Ganztagschulen zu integrieren und die Träger des Offenen Ganztags in diesem Anliegen zu unterstützen. Das Ganztagskonzept bietet hierfür insbesondere über die Nachmittagsangebote vielfältige Ansatzpunkte.

Diese Zielsetzung bringt es mit sich, dass die Koordinationsstelle mit einer Vielzahl von professionellen Partnern zusammenarbeitet. Neben den Trägerorganisationen des Offenen Ganztags sind dies

z. B. die Vernetzungsstelle Schulverpflegung, mehrere Krankenkassen, die Schulaufsicht, verschiedene Experten zu den Themen Bewegung und Ernährung und die Bürgerstiftung. Der Arbeitsansatz der Koordinationsstelle ist also eher multiplikatorenbezogen; die eigentlich von den Maßnahmen der Koordinationsstelle Betroffenen – die Kinder und ihre Eltern – sind in die Arbeitsprozesse und die Kommunikationsstruktur der Koordinationsstelle nur mittelbar einbezogen.

Wenn nun die PQE in diesem für sie eher untypischen Arbeitskontext angewandt wird, stellen sich grundsätzliche Fragen:

- Eignet sich dieses sehr basisorientierte Qualitätsinstrument der Gesundheitsförderung auch für die Anwendung in einem Verwaltungskontext?
- Werden der grundsätzliche Ansatz der PQE und die eingesetzten Instrumente von den Partnern in diesem Kontext akzeptiert und konstruktiv angewendet?
- Gelingt es, Partizipation als Wert und Ziel in diesem Kooperationskontext zu vermitteln und Kooperationspartner für die gemeinsame Arbeit an verbesserter Partizipation zu gewinnen?
- Ist die verbesserte Partizipation ein Schlüssel zur Verbesserung der Kooperation und der gemeinsamen Arbeitsergebnisse?
- Profitieren in diesem Sinn auch die Endnutzer – die Kinder und ihre Eltern – von einer verbesserten Partizipation im Kontext der Koordinationsstelle?
- Von welchen Faktoren ist eine erfolgreiche Anwendung der PQE in Kommunalverwaltungen abhängig? Welche Erfolgsvoraussetzungen können an andere Nutzer weitergegeben werden?

Das Modellprojekt wurde vom Land NRW gefördert und von 2012 bis 2014 im Kreis Gütersloh durchgeführt; die Dokumentation hat dabei auch noch nachfolgende Entwicklungen im Blick. Projektpartner waren der Kreis Gütersloh und das Landeszentrum Gesundheit NRW, über Beauftragung durch den Kreis Gütersloh des Weiteren Prof. Dr. Michael T. Wright (Katholische Fachhochschule Berlin) für die wissenschaftliche Begleitung und Prof. Dr. Claudia Hornberg (Universität Bielefeld) für die Evaluation. Das Projekt ist von grundsätzlich landesweiter Relevanz – über den spezifischen Gütersloher Kontext hinaus. In nahezu allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Nordrhein-Westfalen gibt es Kommunale Gesundheitskonferenzen, jeweils mit Arbeitsgruppen und/oder ähnlichen angegliederten Substrukturen. Viele gesundheitsförderliche Projekte und Aktivitäten in den Kommunen werden von den Gesundheitskonferenzen angestoßen oder im Rahmen Ihrer Arbeitsgruppen und der von ihnen angestoßenen Prozesse umgesetzt. Inwiefern Grundsätze der partizipativen Qualitätsentwicklung hier bereits realisiert wurden und/oder zu einem Mehrwert der Arbeit beitragen können, ist eine spannende, aber noch weitgehend offene Frage.

In den folgenden Beiträgen dieses Bandes wird den oben gestellten Fragen nachgegangen. Mögliche Antworten werden formuliert. Dabei ist die kurze Laufzeit des Projekts zu berücksichtigen und die Erwartungshaltung auf einen in einem guten Jahr zu erreichenden Ergebnishorizont auszurichten. Für alle Beteiligten war die PQE mit ihren Instrumenten eine neue Erfahrung, das Thema Partizipation in der Arbeit der Koordinationsstelle zuvor noch nicht in dieser Tiefe und einem so direkten Bezug zur eigenen Arbeitsrealität ausgeleuchtet worden. Umso spannender aber sind die eingeleiteten Prozesse – und die Auswirkungen auf das eigene Kooperationsverhalten, der konstruktiv-kritische Blick auf Arbeitspartnerschaften, auf Konventionen, Potentiale sowie genutzte oder auch ausgelassene Möglichkeiten. Ohne hier Ergebnisse vorwegnehmen zu wollen, kann festgestellt werden, dass alle Beteiligten diese Prozesse mit Gewinn geplant, vorbereitet bzw. durchlaufen haben und dass die Mit-

arbeit an diesem Modellprojekt mit einem hohen Maß an Engagement, aber auch an Freude bei der Erschließung neuer Horizonte und Möglichkeiten verbunden war.

Literatur:

Arnstein, Sherry R. (1969) "A Ladder of Citizen Participation," Journal of the American Planning Association, Vol. 35, No. 4, July 1969, pp. 216-224.

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (WHO Europe) http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

2.

Ausgangslage und Motivation zur Implementierung eines Projektes im Rahmen der partizipativen Qualitätsentwicklung

Christel Kunz, Sabine Baum, Kreis Gütersloh

Die Koordination der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene ist in NRW gesetzlich verankert und stellt eine Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dar. In Verbindung mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGKs) werden landesweit gesundheitsförderliche Maßnahmen und Projekte angestoßen und durchgeführt. Das Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) unterstützt die KGKs in der kommunalen Praxis und bietet Workshops und Fortbildungen sowie Fachtagungen an. Auch für die Evaluation und Qualitätssicherung von gesundheitsförderlichen Projekten der KGKs werden durch das LZG.NRW praxistaugliche Methoden und Konzepte vermittelt.

Ein Workshop des LZG.NRW am 21. Juni 2011 machte auf das Instrument der Partizipativen Qualitätsentwicklung (PQE) aufmerksam. Hier wurde eine Einführung in die praktische Arbeit mit diesem Instrument gegeben.

Da sich z. T. Parallelen zur bisherigen Praxis der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Kreis Gütersloh aufzeigen ließen, stieß das Instrument PQE bei der Geschäftsstelle der KGK auf großes Interesse. In der Arbeitsweise und den Projekten der KGK gab es zwar bereits Erfahrungen mit der Partizipation der Beteiligten und von Zielgruppen, aber diese waren eher punktueller Natur und nicht systematisch in die Qualitätsentwicklung integriert.

Weil die Methoden der PQE jeweils auf das eigene Projekt zugeschnitten werden müssen, bildete die Praxiserprobung der PQE eine große Herausforderung. Das jetzt durchgeführte und hier dokumentierte wissenschaftlich begleitete Praxisprojekt erforderte die Bereitschaft, sich mit offenen Gestaltungs- und Anpassungsprozessen auseinanderzusetzen. Bei der Entscheidung für die Erprobung der PQE war von vornherein klar, dass Zeit und Mühe in zusätzliche partizipative Prozesse und Mechanismen investiert werden mussten.

Mit der modellhaften Erprobung war vor allem die Erwartung verbunden, dass sich aus den Ergebnissen nicht nur Hinweise für die Weiterentwicklung der Arbeitsweise der Koordinationsstelle, sondern auch für die Arbeitsweise der KGK insgesamt ergeben und sich damit der Ressourceneinsatz lohnen würde.

Zur Veranschaulichung der Rahmenbedingungen wird im folgenden Abschnitt zunächst die Struktur der Gesundheitskonferenzen in NRW beschrieben

1. Struktureller Rahmen der Gesundheitskonferenzen in NRW

In Nordrhein-Westfalen wurde 1991 die Landesgesundheitskonferenz als Anstoß zu einer neuen Kultur gemeinsamen Handelns im Gesundheitswesen ins Leben gerufen. Zu den wichtigsten Aufgaben gehört der regelmäßige Austausch zwischen allen Beteiligten über gesundheitspolitische Themen von grundsätzlicher landespolitischer, aber auch bundespolitischer Bedeutung. In ihr sind alle wichtigen Akteure des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen vertreten.

Die Landesgesundheitskonferenz ist somit ein gemeinsames gesundheitspolitisches Instrument aller Akteure im Gesundheitswesen. Ihr Anliegen ist es, Abstimmung und Zusammenarbeit der maßgeblichen Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens zu verbessern.

Als in Nordrhein-Westfalen am 1.1.1998 das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst als Teil des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Kraft trat, wurde u.a. auch die Einführung der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) als Pflichtaufgabe der Kommunen gesetzlich verankert.

Die KGK stellt somit – analog zur Landesgesundheitskonferenz – ein zentrales kommunalpolitisches Instrument zur Abstimmung und Zusammenarbeit aller wesentlich an der Gesundheitsversorgung Beteiligten dar. Auf diese Weise dient sie der Verbesserung der Kommunikation und Koordination der zahlreichen Akteure des Gesundheitswesens auf kommunaler Ebene.

Dabei steht die Beratung gemeinsam interessierender Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene im Vordergrund, insbesondere Bedarfsabschätzungen und Verfahrensfragen mit dem Ziel von Handlungsempfehlungen – soweit dazu Bedarf besteht. Kommunikation und Koordination der zahlreichen Akteure des Gesundheitswesens können so verbessert, gesundheitliche Angebote – durch Abstimmung und zielgerichtete Bündelung – effektiver und effizienter gestaltet werden. Darüber hinaus kann eine verstärkte Zusammenarbeit und Abstimmung auch mit anderen politischen Bereichen erreicht werden.

Da die Mitglieder der KGK in der Regel mit eigener Entscheidungskompetenz ausgestattet sind, können die in der KGK einvernehmlich beschlossenen Handlungsempfehlungen von allen Beteiligten - in Selbstverpflichtung – umgesetzt werden.

Nahezu flächendeckend haben sich zwischenzeitlich in den Kreisen und kreisfreien Städten in NRW die KGKs fest etabliert und blicken auf Erfahrungen aus mehr als 15 Jahren zurück.

Wenn viele Kooperationspartner sich auf gemeinsame Handlungen und Strategien einigen sollen, insbesondere durch die sog. Selbstverpflichtung der Beteiligten, bietet Partizipation im Allgemeinen und das PQE-Konzept im Besonderen eine wichtige methodische Komponente, die gestalterische Verantwortung delegiert, alle Beteiligten gleichberechtigt einbindet und die Motivation zur Mitarbeit und die Erfolgsaussichten der Kooperation erhöht. Für die beschriebenen Strukturen und Ziele der KGK trifft dies in besonderem Maße zu.

Die Partizipation der Mitglieder und Beteiligung von externen Experten bildet eine wesentliche Grundlage für die Konferenzgestaltung und die Arbeit in den Arbeitsgruppen. Sie führt die Handlungspotentiale der einzelnen KGK-Partner, ihre Zielgruppenkontakte und ihre gestalterischen Ideen zusammen. Hierbei ist das sogenannte „lokale Wissen“ von besonderer Bedeutung: Der partizipative Ansatz will besonders diese lokale Diversität stärken und die Potentiale vielfältiger Perspektiven, Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten erschließen.

2. Struktur und Arbeitsweise der Kommunalen Gesundheitskonferenz im Kreis Gütersloh

Übergeordnetes Ziel der KGK ist die enge Abstimmung und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller in der Kommune wesentlich an der Gesundheitsversorgung Beteiligten.

Abbildung 1: Struktur der Kommunalen Gesundheitskonferenz



Die Abbildung 1 zeigt die bestehenden sowie die bereits beendeten Arbeitsgruppen (schraffiert) der Gesundheitskonferenz. Im Rahmen der Handlungsempfehlungen, die von den Arbeitsgruppen erarbeitet und von der Gesundheitskonferenz verabschiedet wurden, konnten eine Vielzahl von Projekten und Maßnahmen initiiert werden.

In der Abbildung werden zur Veranschaulichung nur diejenigen Projekte dargestellt, die organisatorisch der Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz angegliedert wurden.

Bei diesen Projekten handelt es sich zum einen um die Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle des Kreises Gütersloh (BIGS), die im Jahr 2001 in den Räumlichkeiten der Stadtbibliothek Gütersloh eröffnet und zwischenzeitlich dauerhaft etabliert wurde. Als weiteres Projekt wurde die Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung (in der Darstellung mit einem roten Rahmen versehen) an die Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz angegliedert.

Zur Umsetzung der Handlungsempfehlung „Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich Bewegung und Ernährung“ erfolgte 2008 der gesundheitspolitische Beschluss, eine zunächst befristete Koordinationsstelle einzurichten (vgl. Kreis Gütersloh, Gesundheitsbericht 2007; Beschluss des Kreistages des Kreises Gütersloh am 25.02.2008, DS-Nr.: 2156).

Zwischenzeitlich, mit Beschluss des Kreisausschusses vom 22. September 2014, konnte die Koordinationsstelle fest etabliert werden. Die zugrundeliegende befristete Stelle wurde mit Wirkung vom 1. Mai 2015 in eine unbefristete Stelle umgewandelt. In der Beschlussvorlage wurde in besonderer Weise auf das PQE-Projekt und die in der Folge erreichte Optimierung der Arbeit der Koordinationsstelle hingewiesen.

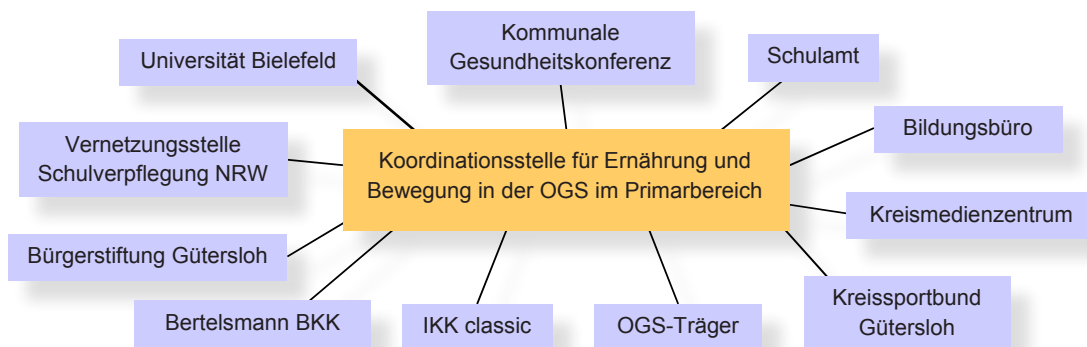
3. Beschreibung der Kooperationsstruktur der Koordinationsstelle

Im Frühjahr 2009 wurde die „Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung an Offenen Ganztagschulen im Primärbereich“ bei der Abteilung Gesundheit mit Sitz in der Stadtbibliothek Gütersloh eingerichtet.

Arbeit im Netzwerk

Die Einrichtung der Koordinationsstelle war ein langjähriger Prozess, an dem neben einer AG der Gesundheitskonferenz eine Vielzahl von Akteuren beteiligt wurde. Während des Aufbaus und im Laufe der Tätigkeit wurde das Kooperationsnetzwerk erweitert und gefestigt. Es versteht sich, dass diese Ausrichtung der Arbeit in besonderem Maße partizipative Prozesse nahelegt.

Abbildung 2: Kooperationsnetzwerk der Koordinationsstelle



Ziele und Zielumfeld

Für die Einrichtung der Koordinationsstelle waren insbesondere Höhe und Anstieg des Körpergewichts bei angehenden Schulkindern ausschlaggebend, so wie sie seit Jahren anhand der Schulingangsuntersuchungen im Kreis Gütersloh deutlich werden. Das langfristige Ziel der Koordinationsstelle ist die Verbesserung von Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten von Kindern im Grundschulalter, die maßgeblich Einfluss auf das Körpergewicht haben.

Da für die Entwicklung und zur Unterstützung von gesundheitsförderlichem Verhalten eine unterstützende Lebensumwelt von Bedeutung ist, konzentriert sich die Koordinationsstelle auf die Beteiligten der OGS als Zielgruppe für ihre Angebote. Da sich die Koordinationsarbeit also an Multiplikatoren im OGS-Bereich richtet, werden im Folgenden nicht die Schulkinder als direkte Zielgruppe der Koordinationsstelle definiert, sondern die OGS-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Im Verlauf des hier beschriebenen Projekts zur PQE werden die Schulkinder als „Effektgruppe“ bezeichnet.

Angebotsspektrum

Die Ausrichtung und Ausgestaltung der Angebote der Koordinationsstelle entwickelten sich auf Grundlage der Erkenntnisse aus einer Pilotphase und den Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit den Akteuren des Kooperationsnetzwerkes.

Das Tätigkeitsspektrum der Koordinationsstelle umfasst die folgenden Angebote:

- Bereitstellung von Informationen über aktuelle regionale und überregionale Angebote, Projekte und Materialien (online verfügbar),
- Unterstützung der OGS
 - bei der Auswahl von Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsangeboten,
 - bei der Suche nach Kooperationspartnern für Nachmittagsangebote sowie
 - Beratung bei der Organisation von Gesundheits-, Aktionstagen und Ferienprojekten,
- Bereitstellung von qualitätsgesicherten Medien und Beratung für den Einsatz,
- Versendung eines regelmäßigen Newsletters in Kooperation mit dem Kreissportbund Gütersloh e. V.,
- Durchführung von Fortbildungen, Workshops und Vorträgen,
- Aufbau und Durchführung zweier Kooperationsprojekte:
 - In dem Projekt „Gesund auf Dauer“ wurden vorhandene Kompetenzen der beim Kreis Gütersloh tätigen Akteure im Feld „Schule - Ganztage - Gesundheit“ (Kreissportbund, Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung, Bildungsbüro) gebündelt.
 - Das Konzept der „Gütersloher gesunden Genießer“ konnte durch eine Förderung der Bürgerstiftung Gütersloh aufgebaut und installiert werden. Das Projekt schafft die Verbindung von Unterrichtsinhalten am Vormittag, die in Zusammenhang mit der Gestaltung der Frühstückspause stehen, mit der Speiseauswahl am Mittagstisch und den Aktivitäten am Nachmittag.

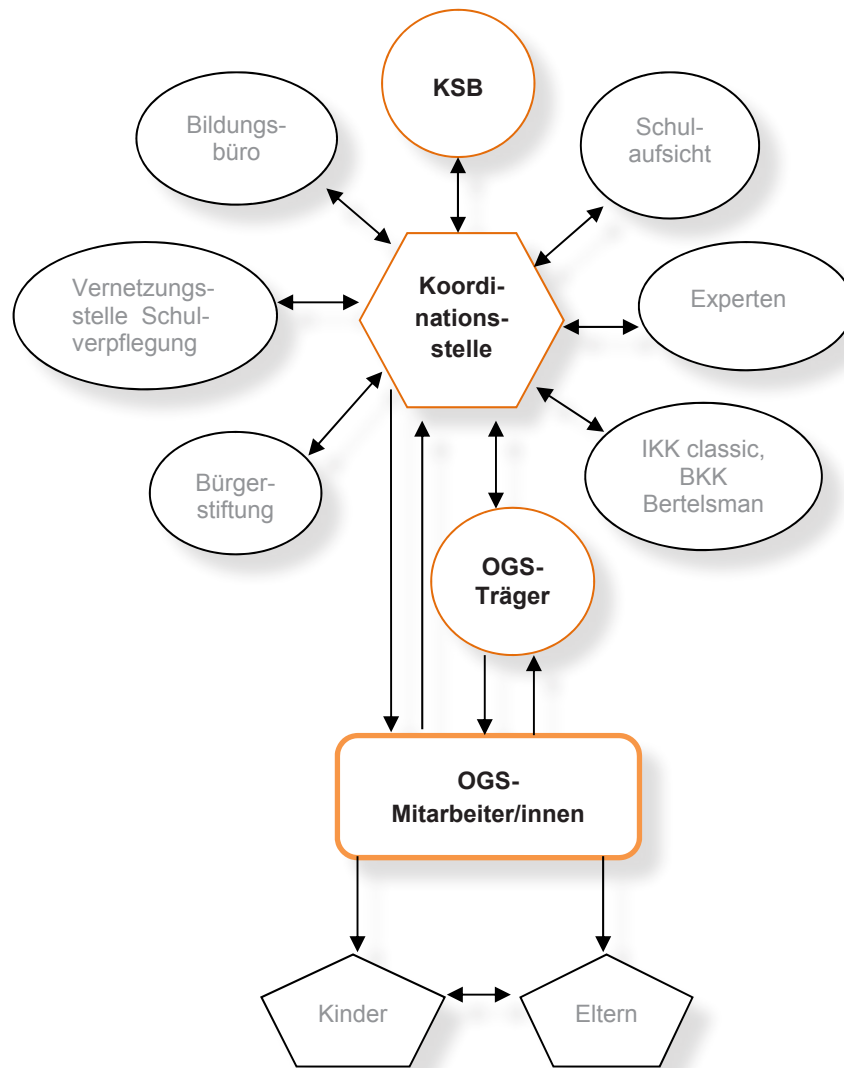
Partizipation aus Sicht der Koordinationsstelle

Für die Arbeit der Koordinationsstelle war es immer wichtig, den Kontakt zur Zielgruppe, d.h. den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der OGS, und den Kooperationspartnern, z.B. den OGS-Trägern, externen Anbietern und Geldgebern zu suchen und zu nutzen. Diese Kontakte sind seit Einrichtung der Stelle Bestandteil der Arbeit.

Die konsequente Einbindung von Wünschen und Sichtweisen der Zielgruppe und Kooperationspartner in einem hierarchisch strukturierten Schulsystem stellt jedoch eine Herausforderung dar. Mit dem Projektvorhaben der Partizipativen Qualitätsentwicklung sollte die Einbeziehung und Beteiligung der Kooperationspartner an Entscheidungs- und Entwicklungsprozessen intensiviert und systematisiert werden.

In Vorbereitung auf die Durchführung der PQE wurde, wie in Abbildung 3 dargestellt, die Kooperationsstruktur der Koordinationsstelle skizziert und die Beteiligten für den PQE-Prozess festgelegt.

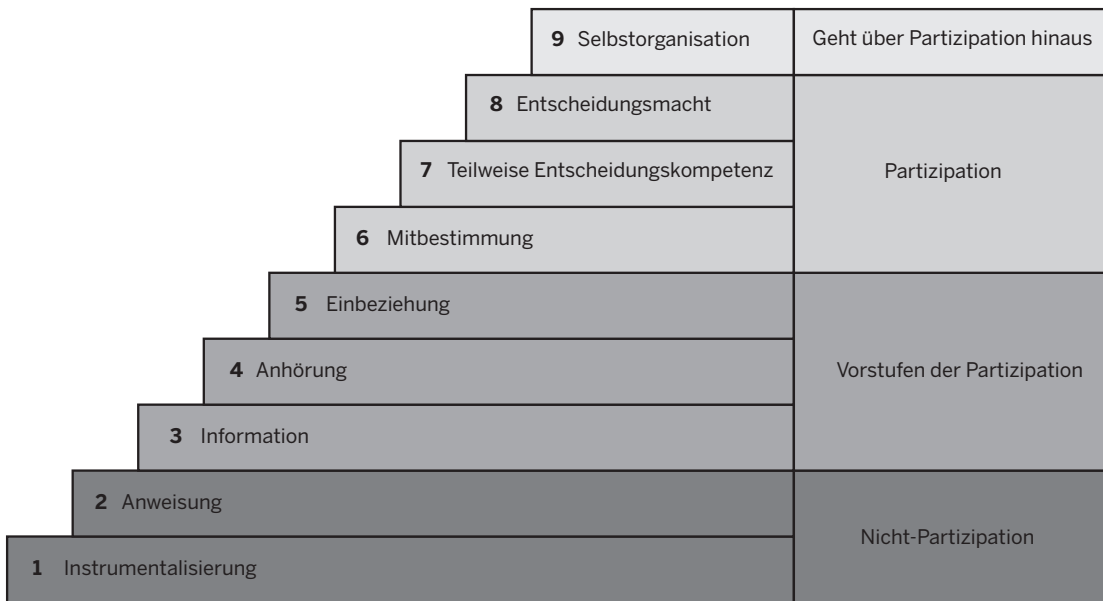
Abbildung 3: Kooperationsstruktur der Koordinationsstelle mit Kennzeichnung der Beteiligten im PQE-Prozess



Neben der eigentlichen Zielgruppe sollte auch das weitere Wirkungsfeld mit einbezogen werden – wenngleich es hier nicht mehr um direkte Partizipation an der Arbeit der Koordinationsstelle geht. In diesem Sinne wurden die OGS-Träger eingeladen, an dem Modellprojekt teilzunehmen. Stellvertretend für die Gruppe der Anbieter in den Offenen Ganztagsgrundschulen für die Bereiche Bewegung und Ernährung konnte der Kreissportbund Gütersloh e. V. (KSB) für den partizipativen Prozess gewonnen werden.

Im weiteren Schritt führte die Koordinationsstelle eine eigene Einschätzung über die bisherige Partizipation mit der Zielgruppe und den ausgewählten Kooperationspartnern durch. Die Einordnung wurde anhand der „Stufen der Partizipation“ (Wright M., 2010, S. 42) vorgenommen.

Abbildung 4: Stufen der Partizipation nach Michael T. Wright



Wie die Abbildung zeigt, werden grundsätzlich vier Kategorien der Partizipation unterschieden: Die Nicht-Partizipation, die Vorstufen der Partizipation, die eigentliche Partizipation und alles, was über eine Partizipation hinausgeht. Bei den folgenden Beschreibungen der Zielgruppe und Kooperationspartner wurde die Stufe der Nicht-Partizipation übersprungen, da die Berücksichtigung der Belange der Zielgruppe und Partner zur grundlegenden Arbeitsauffassung der Koordinationsstelle gehört.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der OGS sowie Teamleitungen (Zielgruppe)

Die Angebote der Koordinationsstelle sind nicht verpflichtend, d.h. die Koordinationsstelle ist darauf angewiesen, dass ihre Angebote von der Zielgruppe als passend und hilfreich aufgefasst werden. Dies legt eine partizipative Anlage der Kooperationsbeziehung von vorneherein nahe.

Stufe 3: Information

Hierunter fallen die rein informativen Angebote der Koordinationsstelle, wie das Angebot der Multiplikatorenschulung, die Bereitstellung der Medienkoffer und weitere Einzelinformationen, die z.B. über den regelmäßigen Newsletter gegeben werden.

Stufe 4: Anhörung

Punktuell konnten über zwei schriftliche Befragungen (2009 und 2011), bei Besuchen in der Einrichtung und bei der Teilnahme an Teamleitersitzungen sowie über einzelne Kontakte über Telefonate oder Mails Bedürfnisse aus der Zielgruppe der OGS kommuniziert werden.

Diese Möglichkeiten könnten jedoch noch konsequenter eingefordert und nachbearbeitet werden.

Stufe 5: Einbeziehung

Bei speziellen Anfragen, z.B. in der Durchführung des Elterncafés oder bei Vermittlungsunterstützung für Anbieter, wurden spezielle Bedürfnisse, wie Themen und Ausrichtungswünsche, aufgenommen. In der Steigerung der Einbeziehung liegt noch Potential. Die Rückmeldungen wurden bislang nicht umfänglich und konsequent zur Gestaltung des Angebotsspektrums eingesetzt.

Die weiteren Stufen der „echten Partizipation“, wie die direkte Mitbestimmung, Entscheidungsbemächtigung oder Selbstorganisation wurden bisher nicht erreicht. Ihre Sinnhaftigkeit und Zweckdienlichkeit sind im weiteren Prozess zu prüfen.

Kooperationspartner OGS-Träger (Arbeitsgeber der OGS-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter)

Um den Überblick über Strukturen und Situationen mehrerer Einrichtungen zu erfassen, ist der Austausch der Koordinationsstelle mit den OGS-Trägern bedeutsam. Mit einer guten Kooperation an dieser Stelle steigt die Wahrscheinlichkeit von passgenauen Angeboten und Umsetzungswahrscheinlichkeiten.

Für den Prozess der PQE wurden stellvertretend zwei der dreizehn OGS-Träger aus dem Kreis Gütersloh betrachtet. Es handelt sich um die zwei größten Träger, den AWO Kreisverband Gütersloh e. V. und die Volkshochschule Reckenberg-Ems.

Orientiert an den Stufen der Partizipation werden die Beziehungen wie folgt eingeordnet:

Stufe 3: Information

Durch Treffen zwischen der Koordinationsstelle und den verantwortlichen Bereichsleitungen der Träger werden themenspezifisch Angebote und Möglichkeiten vorgestellt, sowie Bedarfe ausgetauscht. Der regelmäßige Newsletter wird zur Information zugesendet.

Stufe 4: Anhörung

Die Sichtweise der Bereichsleitungen wird in den persönlichen Gesprächen erfragt, wie beispielsweise zu Einschätzungen von Konzepten, Effekten der angebotenen Workshops oder die Möglichkeiten von Befragungen.

Stufe 5: Einbeziehung

Bei den gemeinsamen Gesprächen wurde genauere Kenntnis des OGS-Settings erfragt und bei weiteren Aktivitäten der Koordinationsstelle einbezogen.

Bisher gaben die Bereichsleitungen der Koordinationsstelle die Möglichkeit, im Rahmen ihrer Steuerungsgruppentreffen die OGS-Leitungen über aktuelle Aktivitäten und Planungen zu informieren. Außerdem wurden auf diese Weise Workshops in gewünschten Themenbereichen initiiert und durchgeführt.

Stufe 6: Mitbestimmung

Eine Mitbestimmung ist derzeit bereits insofern gegeben, dass die Koordinationsstelle Rücksprache mit der Fachberatung hält, um wesentliche Aspekte einer Maßnahme abzustimmen. Dies geschah beispielsweise bei der Planung der Multiplikatorenschulung oder im Rahmen der Konzeption von eigenen Schulungsangeboten. In der Funktion des Arbeitgebers kann dieser z.B. entscheidend auf die Inanspruchnahme der Angebote der Koordinationsstelle durch die OGS-Betreuer einwirken.

Die Stufen der höheren Partizipation, also die „teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz“ und die „Entscheidungsmacht“, sind bisher nicht erreicht. Im weiteren Verlauf des Partizipationsprozesses wird auch hier zu klären sein, welche Stufe der Partizipation für welchen Akteur von jeder Seite sinnvoll ist und angestrebt werden soll.

Kooperationspartner Kreissportbund Gütersloh e. V.

Der KSB ist mit großer Fachkompetenz und Tradition der wichtigste Partner für den Bereich Bewegung. Von der Koordinationsstelle "Sport im Ganztage" des KSB werden eigene Angebote für die OGS erstellt. Von Anfang an sollte mit der „Koordinationsstelle Ernährung und Bewegung in der OGS des Kreises Gütersloh“ keine Konkurrenzstruktur aufgebaut werden. Die Bereiche sollten sich ergänzen und Synergien entwickeln. Durch die Zusammenarbeit in gemeinsamen Projekten, Schulungen, in der Vermittlung von Übungsleitern und in der mittlerweile gemeinsamen Erstellung des Newsletters findet eine enge Zusammenarbeit statt. Der Grad der Partizipation lässt sich in vielen Bereichen mit „Mitbestimmung“ und teilweise auch schon mit „Übertragung von Entscheidungskompetenz“ (Stufe 6 und 7) beschreiben. Die Beteiligung variiert jedoch mit den inhaltlichen Anlässen.

Zusammenfassend wird die bisherige Zusammenarbeit aus dem Blick der Koordinationsstelle als gegenseitig wertschätzend wahrgenommen. Alle Beteiligten erkennen die Wichtigkeit der Thematik an und zeigen grundsätzlich die Bereitschaft, sich gemeinsam für eine Verbesserung der Lage zu engagieren.

Anhand der systematischen Einordnung wurden die Arbeitsbeziehungen in Bezug auf die Partizipation das erste Mal in dieser Form transparent und greifbar. Die entdeckten Potentiale unterstützten die Zielsetzung, in einem gemeinsamen partizipativen Prozess die Zusammenarbeit zu verbessern.

4. Ziel und Nutzenerwartung aus kommunaler Sicht

Das zentrale Ziel des Projektes bestand darin, über eine Verbesserung der Partizipation und der Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern die Angebote und die Arbeit der Koordinationsstelle nachhaltig zu verbessern.

Mit dieser Zielsetzung ist die Erwartung verbunden, dass sich für die Effektgruppe, d.h. für die Schulkinder im Primarbereich, durch zielgerichtete gesundheitsfördernde Angebote langfristig eine Verbesserung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten ergibt.

Gemeinsam mit den Akteuren im Bereich der Schulgesundheitsförderung sollte während der Projektlaufzeit der Bedarf präventiver und gesundheitsfördernder Unterstützungsangebote für die OGS im Kreis Gütersloh ermittelt werden. Dabei sollte geprüft werden, ob die Angebote der Koordinationsstelle dem Bedarf entsprechen und wie sie mit partizipativen Methoden weiterentwickelt werden können.

Neben der Qualitätsverbesserung der Kooperationen und der Arbeit der Koordinationsstelle werden auch Übertragungsmöglichkeiten auf andere Projekte der Gesundheitskonferenz durch das Modellprojekt erwartet (siehe dazu auch den Beitrag von Kunz und Dickersbach (Kap. 5 im gleichen Band).

Es stellt sich deshalb die Frage, ob sich der partizipative Ansatz auch für weitere Aktivitäten der Gesundheitskonferenz des Kreises Gütersloh und darüber hinaus auch für die Arbeitsweise der Gesundheitskonferenzen in NRW generell nutzbar machen lässt.

Das neuere Verwaltungsreformleitbild setzt auf netzwerkartige Steuerungsformen als Alternative zu traditioneller hierarchischer Steuerung. Aus politikwissenschaftlicher Sicht zeichnet sich eine Ablösung hierarchischer durch partizipative netzwerkartige Koordination auf der kommunalen Ebene ab (Holtkamp 2009). Die PQE bietet die Chance, diese partizipativen Trends in der Kommunalverwaltung und damit auch in der kommunalen Gesundheitsförderung ganz praktisch und mit einer bewährten Methodik zu unterstützen.

Literatur

Holtkamp L: Verwaltung und Partizipation: Von der Hierarchie zur partizipativen Governance? In: Czerwick E. et al. (Hrsg.): Die öffentliche Verwaltung in der Demokratie der Bundesrepublik Deutschland. VS Verlag für Sozialwissenschaften GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2009.

Kreis Gütersloh – Der Landrat – Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz, Kunz C: Gesundheitsbericht 2007: Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, Hausdruckerei Kreis Gütersloh 2008.

Wright MT (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber 2010.

3.

Wie kann Partizipative Qualitätsentwicklung die Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen unterstützen? Schlussfolgerungen aus einem Modellprojekt im Kreis Gütersloh

Michael T. Wright, Institut für soziale Gesundheit (ISG), Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Die Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ) wurde in Zusammenarbeit mit zahlreichen Einrichtungen der Gesundheitsförderung im Rahmen von zwei groß angelegten Forschungsprojekten entwickelt (Wright 2010). Ziel war es, einen Ansatz für Qualitätsentwicklung zu entwerfen und zu erproben, der den partizipativen Charakter der Arbeit würdigt und einen unmittelbaren Nutzen für die Praxis hat. Die daraus resultierenden Konzepte und Methoden sollen den Fachkräften ermöglichen, auf Projektebene konsequent partizipative Verfahren zu entwickeln und umzusetzen, die die Qualität der Arbeit steigern. Partizipation wird als Entwicklungsprozess verstanden, und PQ soll den Akteurinnen und Akteuren vor Ort Wege zeigen, wie dieser Prozess aktiv und systematisch gefördert werden kann. PQ bietet kein standardisiertes Programm. Basierend auf den Grundsätzen der Zusammenarbeit und Partizipation sollen die Anwenderinnen und Anwender die Methoden auswählen, die ihrem Bedarf entsprechen. Bei manchen Einrichtungen sind die realisierten PQ-Prozesse sehr elaboriert; bei anderen (kleineren) Einrichtungen sind die Maßnahmen der Qualitätsentwicklung eher einfach, aber nicht unbedingt weniger anspruchsvoll.

Partizipation wird zunehmend nicht nur im Bereich der Gesundheitsförderung als Schlüsselkonzept für die Weiterentwicklung des Sozial- und Gesundheitswesens anerkannt. Begriffe wie „adressatenzentriert“, „patientenorientiert“, „bürgernah“, „nutzerfreundlich“ etc. beschreiben die Anpassung bestehender Strukturen und Angebote an die Bedürfnisse der Menschen, um ihnen einen besseren Zugang zu bestehenden Strukturen und Angeboten zu schaffen und die Wirksamkeit von Maßnahmen zu steigern. Vor diesem Hintergrund werden PQ und das damit verbundene Stufenmodell auf andere Bereiche übertragen, die über die ursprünglichen Kontexte hinausgehen (siehe hierzu z.B. Straßburger & Rieger 2014; Jostmeier et al. 2014; Heiden 2014).

Die Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) gehört zu diesen neuen Bereichen, in denen PQ eingesetzt wird. Gesundheitsförderung ist nur eines von vielen Themen, die von den KGK bearbeitet werden. Im Gegensatz zu den bisherigen Einsatzbereichen von PQ geht es bei den KGK nicht um die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und deren

(potenziellem) Klientel. Im Fokus steht die Kooperation zwischen diesen Einrichtungen und staatlichen Stellen, um Prioritäten in der Bearbeitung von Gesundheitsthemen zu setzen und gemeinsam Strategien zu entwickeln und umzusetzen. Auch bei den KGK besitzt Partizipation einen hohen Stellenwert. Aber die KGK agieren auf einer strukturellen Ebene, die bei der Entwicklung von PQ nicht berücksichtigt wurde. Deshalb liegt die zentrale Herausforderung darin, PQ in diesem Kontext einzusetzen.

Die hier berichtete Kooperation mit dem Kreis Gütersloh erwies sich als sehr gute Wahl für einen ersten Versuch, PQ auf die Arbeit der KGK systematisch zu übertragen. Die Zusammenarbeit war auf ein Projekt der KGK begrenzt: die Koordinierungsstelle Ernährung und Bewegung, in der das Grundprinzip der Partizipation realisiert werden sollte. Die Arbeit der Koordinierungsstelle verfügt über einen spezifischen thematischen Fokus und ein klar umrissenes Arbeitsfeld.

Bereits bei der Entwicklung von PQ wurde uns klar, dass der Ansatz kein „Selbstläufer“ ist. Der Versuch, Partizipation zu realisieren, ist immer anspruchsvoll. Im Mittelpunkt steht ein Aushandlungsprozess, bei dem die Gleichberechtigung der Beteiligten gewährleistet werden muss. Wenn dieser Anspruch mit den oft heiklen Fragen der Qualität von Arbeit verknüpft wird, wird die Umsetzung von Partizipation inhaltlich und methodisch noch komplexer.

Obwohl die Reaktionen auf unsere Veröffentlichungen zum Thema PQ meistens positiv sind, beobachten wir zwei Formen von negativen Reaktionen – nicht selten bei Menschen, die partizipativ arbeiten (wollen): auf der einen Seite eine sofortige Ablehnung, da der Ansatz für zu aufwändig oder sogar für nicht umsetzbar gehalten wird; auf der anderen Seite die Annahme, dass Partizipation in der Qualitätsentwicklung selbstverständlich sei und kein besonderes Können erfordere. In unserer jahrelangen Zusammenarbeit mit Praktikerinnen und Praktikern stellen wir fest, dass die Realität meistens zwischen diesen beiden Positionen liegt. Immer mehr Einrichtungen verankern zwar Partizipation als Arbeitsprinzip, stellen aber in der Praxis fest, dass die Umsetzung wesentlich schwieriger ist, als sie zunächst gedacht haben. Partizipative Verfahren sind in der Tat aufwändig, aber ihr Einsatz ist im Rahmen der täglichen Arbeit möglich. Sie verlangen vor allen Dingen ein Über- und Neudenken von Strukturen, Prozessen und Zuständigkeiten (vgl. Straßburger & Rieger 2014). Nach unserer Erfahrung benötigt die erstmalige Umsetzung von PQ eine praxisbezogene Begleitung, die Praktikerinnen und Praktiker unterstützt, konkrete Vorhaben der Qualitätsentwicklung in ihren Einrichtungen partizipativ zu konzipieren und umzusetzen. Diese Begleitung kann als Weiterbildungsveranstaltung, Beratung vor Ort oder – wie hier berichtet – als Modellprojekt angelegt sein. In den meisten Fällen reicht weder das Lesen unseres Materials noch eine einmalige Veranstaltung, um Interessierte für die Anwendung von PQ zu qualifizieren. Denn erst bei der Realisierung von Partizipation in einem konkreten Arbeitszusammenhang erkennen die Praktikerinnen und Praktiker die Fallstricke und Probleme und können Lösungswege finden.

Im Rahmen des Modellprojekts standen drei Themen bei der Anwendung von PQ im Mittelpunkt. Ermittelt wurden diese drei Themen aufgrund der von der Universität Bielefeld durchgeführten Evaluation, der Berichterstattung der Koordinierungsstelle und der Kreisverwaltung sowie meinen eigenen Beobachtungen als Begleiter des Prozesses. Bedeutend beim Einsatz von PQ ist

- die Steuerung partizipativer Prozesse der Qualitätsentwicklung,
- die Zusammensetzung und die Zusammengehörigkeit der Beteiligten und
- die Festlegung der Zielgruppe für die partizipative Zusammenarbeit.

Die Steuerung partizipativer Prozesse will gelernt sein, ist aber viel zu selten Bestandteil der Ausbildung von Fachkräften. Partizipation wird zwar als Arbeitsprinzip einschließlich ihrer theoretischen und normativen Grundlagen vermittelt, aber die Fachkräfte lernen nicht, wie sie als zentrales Prozessmerkmal längerfristig in einer Gruppe gefördert werden kann. Daher werden oft erfolglos zu schlichte oder unangemessene Methoden verwendet. Aus dem Scheitern ihres Versuchs, partizipativ zu arbeiten, folgern die Fachkräfte, dass Partizipation grundsätzlich nicht möglich ist. Der Bedarf nach Kompetenzbildung in der Steuerung partizipativer Prozesse gerät zunehmend in den Fokus der Fachwelt, wie in neueren Veröffentlichungen zu Partizipation im Gesundheits- und Sozialwesen beobachtet werden kann, z. B. im ersten umfangreichen Lehrbuch zum Thema, herausgegeben von Gaby Straßburger und Judith Rieger (2014).

Die Evaluation des Modellprojekts ergab, dass ein Teil der Schwierigkeiten bei der Umsetzung von PQ im Kreis Gütersloh auf Unsicherheiten in der Moderation und Leitung zurückzuführen ist. Wie Wakeford & Pimbert (2013; vgl. ICPHR 2013) kommentieren, geht die Moderation partizipativer Prozesse über die üblichen Ansprüche der Gruppenleitung hinaus, da die Partizipation aller Beteiligten (mittel- oder längerfristig) maximiert werden soll. An diesem Punkt stellt sich vielen Praktikerinnen und Praktikern die Frage, inwieweit die Moderation die Arbeit der Gruppe (vor)strukturieren soll. Es ist ein Missverständnis, dass eine partizipativ arbeitende Gruppe sich selbst steuert und die Moderation nur wenig interveniert. Es gehört zu den häufigsten Fehlern, dass die Initiatorin oder der Initiator eines partizipativen Prozesses sich aus dem Geschehen heraushält, sobald die Gruppe zusammenkommt. Vor allem bei neu konstituierten Gruppen, in denen sich die Teilnehmenden noch nicht kennen, muss die Moderation eine sehr aktive Rolle übernehmen, damit sich die Gruppe zusammenfinden kann und lernt, partizipativ zusammenzuarbeiten. In einem gelungenen partizipativen Prozess wird eine Gruppe im Laufe der Zeit immer mehr Verantwortung für die gemeinsame Arbeit übernehmen. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Moderation „arbeitslos“ wird, vielmehr gestaltet sich ihre Rolle anders. Die herkömmlichen Moderationsschulungen bereiten Moderatorinnen und Moderatoren auf die Steuerung eines so dynamischen Entwicklungsprozesses nicht vor.

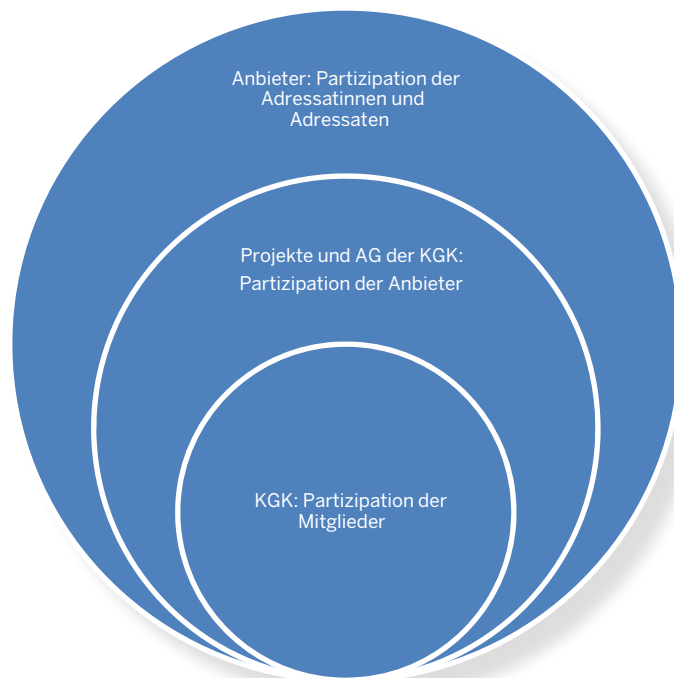
Das zweite zentrale Thema, das das vorliegende Modellprojekt aufwirft, ist die Zusammensetzung und die Zusammengehörigkeit der Beteiligten. Bei bereits bestehenden Gruppen, deren Mitglieder sich als Gruppe identifizieren und gemeinsame Ziele verfolgen (auch wenn diese nicht oder nur teilweise ausformuliert worden sind), dient ein partizipatives Verfahren oft dem Zweck, die Gruppenkultur offener zu gestalten, um Blockaden in der Zusammenarbeit zu überwinden. Die Herausforderung liegt im Umgang mit bestehenden Hierarchien, die den Grad der Partizipation (bestimmter Mitglieder) einschränken wollen. Im Modellprojekt bestand die Gruppe aus Menschen, die auf demselben Gebiet arbeiten, sich aber (noch) nicht als Gemeinschaft verstanden. In solchen Fällen liegt der Schwerpunkt des partizipativen Prozesses zunächst auf der Gruppenbildung. Wie im Modellprojekt berichtet, war die Zielfindung aus zweierlei Gründen eine Herausforderung: Zum einen existierte eine große Perspektivenvielfalt, zum anderen fehlte das Zusammengehörigkeitsgefühl. Die Arbeitsgruppe entschied sich, gemeinsame Aktivitäten zu gestalten. Das ist sinnvoll, wenn die Gruppe sich dadurch kennenlernen und eine Basis für gemeinsame Ziele schaffen will. Ob eine Gruppe unter Beteiligung aller Mitglieder ein übergeordnetes Ziel festlegen und einen Arbeitsplan für dessen Realisierung erarbeiten kann, ist eine Frage der Prozesssteuerung. Denn für einen derartigen Prozess ist eine Gruppenkultur der Selbstbestimmung und der Partizipation notwendig. Eine neue Gruppe kann für sich kein solches Ziel formulieren, weil sie noch keine gemeinsame Identität als Gruppe besitzt.

Beim dritten zentralen Thema handelt es sich um die Bestimmung der Zielgruppe, die mittels eines partizipativen Prozesses aktiviert werden soll. Ursprünglich ist PQ auf der Projektebene angesiedelt;

das heißt, es soll vor allem die Beteiligung der Adressatinnen und Adressaten der gesundheitsfördernden Arbeit bei der Qualitätsentwicklung gestärkt werden. Dies geschieht in erster Linie durch Aktivitäten der Fachkräfte, die in direktem Kontakt zu den Adressatinnen und Adressaten stehen. PQ sieht die Berücksichtigung anderer struktureller Ebenen bei der Gestaltung partizipativer Prozesse vor, aber stets aus der Perspektive gesundheitsfördernder Maßnahmen für die Endnutzerinnen und Endnutzer. Im Gütersloher Modellprojekt soll eine übergeordnete, projektübergreifende Koordinierungsstruktur mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung in Ganztagschulen im Hinblick auf eine partizipative Qualitätsentwicklung gestärkt werden. Ziel ist, die Wirkung der Angebote bei den Kindern und Jugendlichen zu erhöhen. Die Aufgabe der Koordinierungsstelle ist es, die Gesundheitsförderung strukturell zu unterstützen, um den Trägern ein besseres Arbeiten zu ermöglichen. Das heißt, die Zielgruppe der Koordinierungsstelle sind die Einrichtungen, die die gesundheitsfördernden Maßnahmen entwickeln und umsetzen. Diese Einrichtungen wiederum sollen gewährleisten, dass ihre Angebote in Zusammenarbeit mit den Kindern und Jugendlichen (und eventuell auch mit den Eltern und Lehrkräften) partizipativ entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden – im ursprünglichen Sinne von PQ.

Das Modellprojekt zeigt, dass es notwendig ist, Partizipation in mehreren Kreisen zu konzipieren. Wie ein Stein, der in ein stilles Gewässer geworfen wird, soll Partizipation als Leitprinzip von der KGK ausstrahlen, damit auf allen Ebenen die entsprechenden Akteurinnen und Akteure einbezogen werden (Abbildung 1).

Abbildung 1: Kreise der Partizipation in der Arbeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK)



Das Modellprojekt in Gütersloh ist im zweiten Kreis des Bildes verortet. PQ wurde ursprünglich für den äußersten Kreis konzipiert. Das bedeutet, nicht alle Akteurinnen und Akteure müssen an allen Aktivitäten der KGK partizipieren. Der Fokus ihrer Partizipation liegt auf den Aktivitäten und Strukturen, mit denen sie unmittelbar zu tun haben und für die sie sich interessieren. Dennoch sollen die Akteurinnen und Akteure des äußersten Kreises Steine in die Mitte werfen – um im Bild zu bleiben – und so den partizipativen Charakter der KGK sichern. Konkret bedeutet das: Die Einrichtungen sollen ihre Arbeitsprozesse so gestalten, dass sie die Bedürfnisse der Adressatinnen und Adressaten an die Koordinierungsstelle regelmäßig und differenziert berichten können. Auf dieser Basis kann die Koordinierungsstelle beraten, wie die Angebote und Strukturen der Arbeit trägerübergreifend an die Situation der Adressatinnen und Adressaten angepasst werden können. Die Koordinierungsstelle wiederum leitet über die zuständige AG die Ergebnisse der Beratungen an die KGK weiter. Damit hat die KGK die Möglichkeit, aufbauend auf Rückmeldungen aus der Praxis, über andere strukturelle Ebenen der Versorgung für Kinder und Jugendliche zu beraten, die über den Einflussbereich der Einrichtungen hinausgehen, aber für deren Arbeit wichtig sind. Gemeint sind hier z.B. die Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Gesundheitsförderung und den Schulen oder die Verzahnung der Arbeit an den Schulen mit der Präventionsarbeit der Kinderarztpraxen.

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Ebenen der Partizipation über die Rückmeldung hinaus hermetisch abgeriegelt sind. Eine Kultur der Partizipation lebt von der Perspektivenvielfalt, die nur gewährleistet werden kann, wenn Menschen mit unterschiedlichen Rollen im System aufeinandertreffen. Findet zwischen den Ebenen kein über Rückmeldungen hinausgehender Austausch statt, besteht die Gefahr, dass sich ein Expertentum auf jeder Ebene bildet, das eine stärkere Nutzerorientierung verhindert, weil die Nutzerperspektive nie unmittelbar, sondern immer nur gefiltert vertreten wird. Für die partizipative Praxis bedeutet das, dass Adressatinnen und Adressaten auf allen drei Ebenen vertreten sind und Anbieter auch in der KGK sitzen. Aufgabe dieser Vertretungspersonen ist es sicherzustellen, dass die Rückmeldungen ihrer Gruppen den anderen Ebenen auf angemessene Weise vermittelt und von diesen berücksichtigt werden. Wie das konkret aussehen kann, zeigt das Beispiel der Adressatinnen und Adressaten der Gesundheitsförderung an Ganztagschulen: Der wichtigste Ort der Partizipation ist dort, wo die Maßnahmen angeboten werden. Die Einrichtungen müssen eine breite, programmatische Partizipation der Nutzerinnen und Nutzer ermöglichen und die Ergebnisse der partizipativen Prozesse an die nächsthöhere Ebene (Koordinierungsstelle) systematisch herantragen und dort beraten. Es wäre von Vorteil, wenn auch mindestens eine Jugendliche oder ein Jugendlicher sowie ein Elternteil bei der Koordinierungsstelle mitwirken könnten, damit die Nutzerperspektive unmittelbar vertreten ist. Die Beteiligung dieser Personen an der KGK wäre ebenfalls von Vorteil, sofern sie sich für diese Ebene interessieren.

Die Kreise der Partizipation und der Ansatz von Austausch und Rückmeldung müssten in der Praxis der KGK weiterentwickelt und erprobt werden. Das Ziel soll sein, eine möglichst starke Partizipation nicht nur der Akteurinnen und Akteure (also der Praxiseinrichtungen und zuständigen staatlichen Stellen), sondern auch der Bürgerinnen und Bürger an der Arbeit der KGK zu verwirklichen. Die Vorstellung von Partizipation auf mehreren Ebenen soll die Mitglieder der KGK von der unrealistischen Erwartung entlasten, dass alle an allen Vorgängen partizipieren müssen, damit dies als „echte“ Partizipation gilt. Es geht vielmehr um eine Maximierung der Partizipation an den Orten und zu den Themen, die die Menschen interessieren, um ihre Perspektiven unverfälscht, systematisch und ernsthaft in alle Beratungsprozesse einzubeziehen.

Literatur

Heiden H-G: „Nichts über uns ohne uns!“ Von der Alibi-Beteiligung zur Mitentscheidung!. Eine Handreichung zur Umsetzung des Gebotes der „Partizipation“ der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: Netzwerk Artikle 3 e.V 2014.

International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR): Position Paper 1: What is Participatory Health Research? Version: May 2013. Berlin: International Collaboration for Participatory Health Research 2013.

Jostmeier M, Georg A, Jacobsen H (Hg.): Sozialen Wandel gestalten. Zum gesellschaftlichen Innovationspotential von Arbeits- und Organisationsforschung. Wiesbaden: Springer VS 2014.

Straßburger G, Rieger J: Partizipation kompakt: Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Weinheim: Beltz Juventa 2014.

Wakeford T, Pimbert M: Opening Participatory Democracy's Black Box: Facilitation as Creative Bricolage. In: Noorani, T; Blencowe, C; Brigstocke, J (Hg.) Problems of Participation. Reflections on Democracy, Authority, and the Struggle for Common Life. Lewes, GB: ANR Press 2013, S. 69-82.

Wright MT (Hg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans-Huber 2010.

4.

Das Modellprojekt „Partizipative Qualitätsentwicklung an der „Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung an Offenen Ganztagschulen“ im Kreis Gütersloh – wichtige Ergebnisse der Evaluation

Annika Roth, Mareike Rüweler¹, Claudia Hornberg, Universität Bielefeld

1. Einleitung

Für die seit 2009 bestehende Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung an Offenen Ganztagschulen im Primärbereich soll durch ein Modellprojekt zur Partizipativen Qualitätsentwicklung die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnerinnen, Kooperationspartnern und Zielgruppen intensiviert, strukturiert und effektiver gestaltet werden. Als Methode wurde die Partizipative Qualitätsentwicklung (PQE) gewählt.

Das Modellprojekt wurde im Zeitraum vom 01.09.2012 bis 28.02.2014 durchgeführt. Involviert waren zunächst, neben der federführenden Koordinationsstelle, zwei große Träger der Offenen Ganztagschulen im Kreis Gütersloh sowie der Kreissportbund Gütersloh als ein Anbieter zur Programmgestaltung im Offenen Ganztage.

Ein Ziel des Projektes war es, über eine Verbesserung der Partizipation der Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner an der Arbeit der Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung eine nachhaltige Optimierung dieser Arbeit zu erreichen.

Eine grundlegende Fragestellung des Projektes bestand darin, ob das theoretische Modell der Partizipativen Qualitätsentwicklung in der Praxis einer kommunalen Verwaltung und im Umfeld einer kommunalen Gesundheitskonferenz anwendbar und praktikabel ist.

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Modellprojekts erfolgte durch die Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

2. Hintergrund

Zur Heranführung an die Thematik werden im Folgenden die zentralen methodischen Vorgehensweisen der Partizipativen Qualitätsentwicklung, der Bereich der Offenen Ganztagschule sowie die Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung im Kreis Gütersloh vorgestellt.

¹ Beide erstgenannten Autorinnen waren gleichberechtigt und zu gleichen Teilen an der Publikation beteiligt

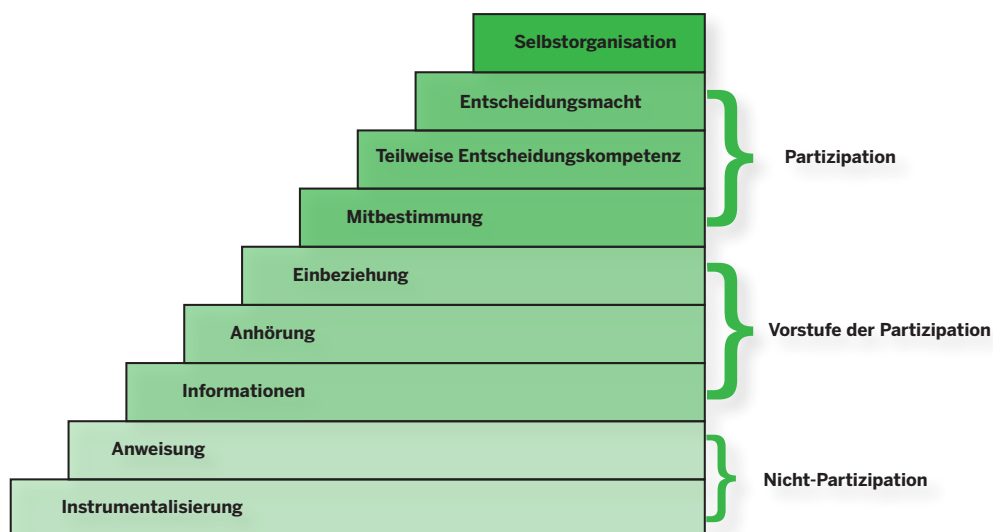
2.1 Partizipative Qualitätsentwicklung

Vor dem Hintergrund sozial bedingter Ungleichheiten bei Gesundheitschancen sollen durch gezielte zielgruppenspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen besonders vulnerable Gruppen wie Kinder und Jugendliche effektiv und nachhaltig erreicht werden. Dabei sollen Interventionen partizipativ gestaltet, in ihrer Qualität gesichert und lebensweltbezogen (settingbezogen) strukturiert sein (Rosenbrock, 2010). Das Setting spielt im Kontext des Projektes eine wichtige Rolle, da hier Menschen in einer ihrer Lebenswelten erreicht und die einflussnehmenden Lebensumstände des Alltags berücksichtigt werden können (Engelmann & Halkow, 2008; Hurrelmann & Laaser, 2006). Dabei sollen die Adressaten von gesundheitsfördernden Interventionen/Maßnahmen über Partizipation selbstbestimmt ihr Gesundheitsverhalten lenken und eigenständig gegen die gesundheitsbeeinflussenden Determinanten in ihrem Umfeld angehen (Wright et al., 2010b).

Die Partizipative Qualitätsentwicklung (PQE) definiert sich im Sinne nachhaltiger Prävention als „ständige Verbesserung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgebenden und ggf. anderen wichtigen Akteurinnen und Akteuren. Ein Merkmal dieser Zusammenarbeit ist eine möglichst starke Teilnahme und Teilhabe (Partizipation) der Projektmitarbeitenden und vor allem der Zielgruppe an den vier Phasen der Entwicklung von Maßnahmen: Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Umsetzung und Evaluation/Auswertung.“ (Wright et al., 2010a, S. 15-16).

Demnach bedeutet Partizipation nicht nur Teilnahme, sondern auch eine aktive Teilhabe an Entscheidungsprozessen. Unterschieden werden bei der PQE Ebenen der Nicht-Partizipation, Vorstufen der Partizipation, die eigentliche Partizipation und die Selbstorganisation, die bereits über den Begriff der Partizipation hinausgeht. Partizipation ist demnach ein Entwicklungsprozess.

Abbildung 1: Stufenmodell der Partizipation (modifiziert nach Wright et al. 2010a)

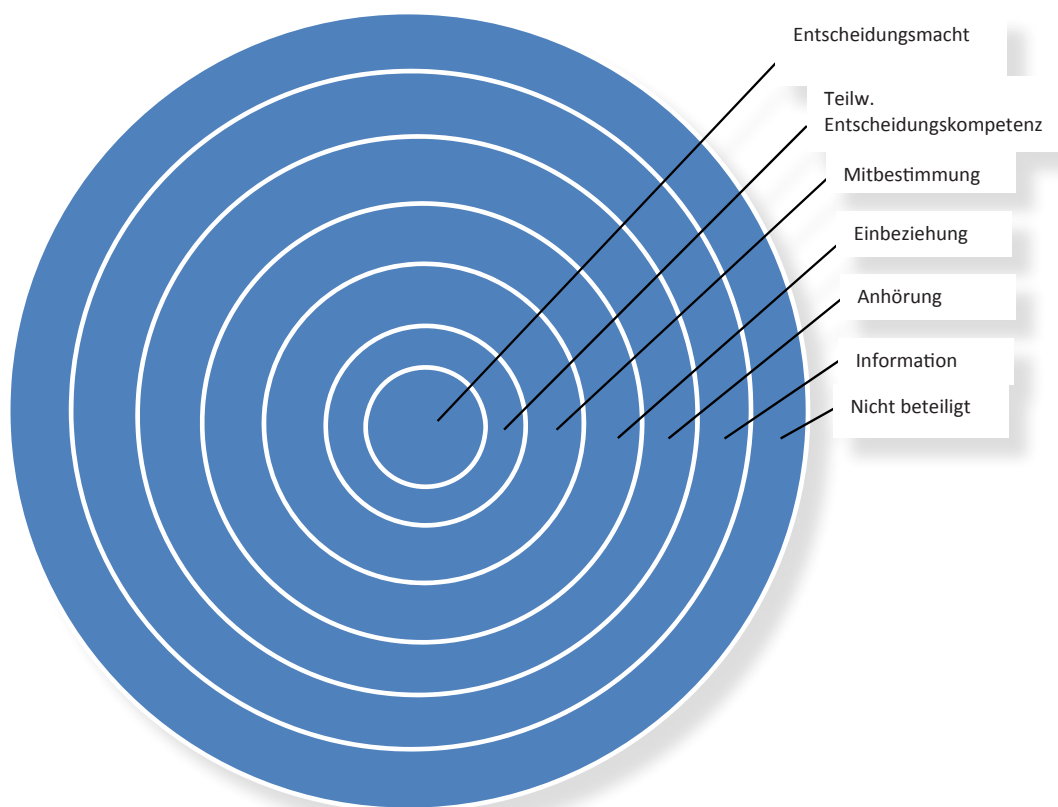


Die einzelnen Stufen des Partizipationsprozesses definieren sich wie folgt:

- **Instrumentalisierung:** „Die Belange der Zielgruppe spielen keine Rolle“ (Wright et al., 2010c, S. 42). Entscheidungen werden von Externen getroffen, deren Interessen im Vordergrund stehen.
- **Anweisung:** Die Lage der Zielgruppe und deren Probleme werden von Entscheidungsträgern definiert, basierend auf fachlichen Hintergrundinformationen. Es ist eine direktive Kommunikation vorherrschend.
- **Information:** Die Zielgruppe wird durch die Entscheidungsträgerinnen und -träger über ihre Probleme informiert; zudem werden Handlungsempfehlungen für die Zielgruppe ausgesprochen.
- **Anhörung:** Die Sichtweise der Zielgruppe rückt in die Interessenslage der Entscheidungsträgerinnen und -träger. Es kommt zu einer Anhörung der Mitglieder der Zielgruppe, jedoch haben diese keine Kontrolle darüber, ob ihre Äußerungen Beachtung finden.
- **Einbeziehung:** Einzelne Personen aus der Zielgruppe beraten die Entscheidungsträgerinnen und -träger, ohne dabei einen direkten Einfluss auf die Entscheidungsprozesse auszuüben.
- **Mitbestimmung:** Wesentliche Aspekte einer Maßnahme werden mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe abgestimmt. Somit haben die Zielgruppenmitglieder ein Mitspracherecht, allerdings keine Entscheidungsbefugnisse.
- **Teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz:** Die Zielgruppe kann bestimmte Faktoren einer Intervention selbst bestimmen. Jedoch wird die Verantwortung des Projektes weiterhin von Nicht-Mitgliedern der Zielgruppe getragen.
- **Entscheidungsmacht:** Alle wesentlichen Faktoren einer Intervention werden von der Zielgruppe, im Rahmen einer gleichberechtigten Partnerschaft, bestimmt (Wright et al, 2010a).

Jedes Projekt verfügt über direkt und indirekt Beteiligte. Zur Darstellung der verschiedenen Ebenen von Einflussnahme auf ein Projekt sind die sog. Kreise der Entscheidung hilfreich (siehe Abbildung 2). Anhand dieser Methode kann auch das Verhältnis der Beteiligten zueinander visualisiert werden. Die Kreise der Entscheidung gründen auf der oben beschriebenen Zuordnung der Stufen der Partizipation. So stellt der innerste Kreis Entscheidungs"macht" in einem Projekt dar. Je entfernter die angrenzenden Kreise von diesem liegen, desto weniger Anteil an den Entscheidungen haben die Akteurinnen und Akteure, bis hin zu dem Status „nicht beteiligt“.

Das Modell kann als Grundlage der Strategieentwicklung zur Verbesserung der Partizipation verwendet werden. Hierfür müssen zunächst die beteiligten Akteurinnen und Akteure definiert werden. Anschließend erfolgt die Einteilung in die Kreise in einen „Ist“- und einen „Soll“-Zustand. Anhand dieser Einteilungen kann erörtert werden, wie der Sollzustand erreicht werden kann.

Abbildung 2: Kreise der Entscheidung (modifiziert nach Wright et al. 2008b)

Die Methode kann sowohl den „Ist“-Zustand einer Zusammenarbeit als auch die angestrebten gemeinsamen Entscheidungskompetenzen darstellen. Des Weiteren haben einzelne Akteurinnen und Akteure die Möglichkeit, ihre subjektive Wahrnehmung von Partizipation den anderen Beteiligten zu vermitteln, oder alle Beteiligten klären zusammen in einer offenen Diskussion, wer über welche Entscheidungskompetenzen verfügt (Wright et al., 2010b).

Anhand einer Betrachtung der vier Phasen einer Maßnahmenentwicklung (1. Bedarfsbestimmung, 2. Interventionsplanung, 3. Umsetzung und 4. Evaluation) soll hier die Bedeutung der Partizipation verdeutlicht werden (Wright, 2010a).

1. **Bedarfsbestimmung:** Innerhalb der PQE wird der Bedarf einer Zielgruppe nicht nur von Expertinnen und Experten, die außerhalb der Zielgruppe stehen, bestimmt, sondern die Zielgruppe selbst und die Projektbegleiterinnen und -begleiter erfassen gemeinsam vorliegende Bedarfe und werden so an der Bedarfsbestimmung beteiligt. Dabei erweitern sich die verschiedenen Perspektiven und Wissensbestände, je mehr involvierte Personen zur Bedarfserhebung herangezogen werden. Die Bedarfe werden somit aus unterschiedlichen Perspektiven zusammengetragen, wie z.B. die der Zielgruppe, aber auch die der Geldgebenden, Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter oder Expertinnen und Experten (Unger et al., 2008).

2. Interventionsplanung: Je stärker die Planung durch das lokale Wissen der Zielgruppe geprägt ist, desto stärker kann sich die Intervention auf die Lebenswirklichkeit der Zielgruppe beziehen. Somit ist die Intervention für die Zielgruppe verstehbar zu strukturieren. Die Zielgruppe kann sich dadurch stärker einbringen und erlangt eine höhere Motivation. Zudem kann die Selbstwirksamkeit innerhalb der Zielgruppe gestärkt werden (Block et al., 2008a).
3. Umsetzung: In dieser Phase wird die geplante Intervention umgesetzt. Im Rahmen der Partizipativen Qualitätsentwicklung wird hier bereits mit der Erhebung von Daten begonnen, die zur Bewertung von Verlauf und Wirkung der Intervention verwendet werden. Für diese Erhebungen liegen verschiedene partizipative Methoden vor, wie Fokusgruppen, Blitzbefragungen oder angeleitete Arbeitsgruppen (Wright et al., 2008a).
4. Evaluation: Die PQE definiert sich über die Zusammenarbeit von Zielgruppen, Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern sowie sonstigen Akteurinnen und Akteuren. So ist es auch in der Evaluation einer Maßnahme dienlich, eine Selbstevaluation unter Einbeziehungen der Zielgruppe durchzuführen. (Block et al., 2008b).

Die PQE also insbesondere auf die Beteiligung und stärkere Aktivierung von betroffenen Zielgruppen, sozusagen den Endnutzern von Programmen der Gesundheitsförderung, ausgerichtet. Partizipation bedeutet in diesem Sinne Partizipation der Basis – Bürgerinnen und Bürger, Kinder und Jugendliche, betroffenen Menschen unterschiedlicher benachteiligter Zielgruppen. Das Gütersloher Projekt hingegen konzentriert sich – wie oben schon als Prämisse formuliert – auf die Beteiligung unterschiedlicher Akteure an der Arbeit der Koordinationsstelle Ernährung und Bewegung. Damit steht ein Verwaltungskontext, genauer gesagt eine Arbeitsgruppe der Kommunalen Gesundheitskonferenz Gütersloh im Blickpunkt des Interesses. Dennoch wurden auch weitere Partizipationsprozesse – nicht zuletzt auch die Einbeziehung der Koordinationsstelle in den weiteren Kontext der OGS – im Projektverlauf mit einbezogen.

2.2 Methoden der Partizipativen Qualitätsentwicklung

Ein zentrales Ziel der Partizipation ist die Einbindung der Zielgruppe (hier im oben beschriebenen Sinn insbesondere die Arbeitspartnerinnen und -partner der Koordinationsstelle) in die Prozesse der Qualitätsentwicklung von Interventionen. Dafür stehen eine Vielzahl von partizipativen Methoden zur Verfügung, die sich wissenschaftlich und praktisch bewährt haben und in einem Methodenkoffer den Anwenderinnen und Anwendern zur Verfügung gestellt werden (Wright et al., 2010a). Im Folgenden werden die im Gütersloher Modellprojekt angewandten Methoden der Partizipativen Qualitätsentwicklung näher beschrieben.

Die angeleitete Arbeitsgruppe

Diese Arbeitsgruppe besteht aus Mitgliedern der Zielgruppe sowie wahlweise externen Expertinnen/Experten und wird von einer außenstehenden Person moderiert. Mittels dieser Methode können die Zielgruppenmitglieder ihre Probleme und die Ursachen dafür selbst definieren sowie eigene Lösungsstrategien entwerfen. Die Methode ist ein Garant für ein hohes Maß an Selbstbestimmung (Wright et al., 2010c).

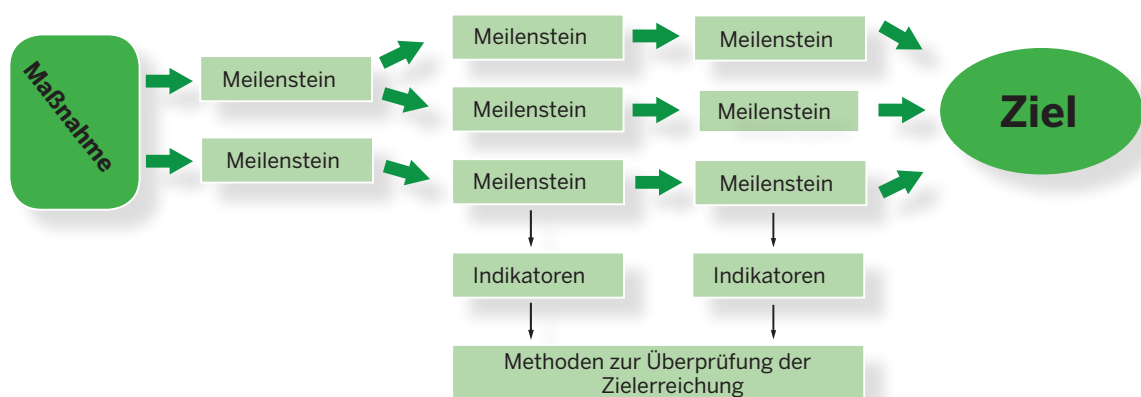
Methode zur Entwicklung lokaler Ziele und Wirkungswege (ZiWi-Methode)

Mittels der ZiWi-Methode können Ziele und Wirkungswege einer Maßnahme visualisiert sowie Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung formuliert werden. Die Methode kann bei der Klärung behilflich sein, wie ein Projekt Ziele erreichen möchte und wie die Zielerreichung überprüft werden kann. Sie kann sowohl für die Maßnahmenentwicklung als auch für die Maßnahmenevaluation genutzt werden.

Da die ZiWi-Methode sehr zeitaufwändig ist, sollte eine Arbeitsgruppe aus Personen, die für Organisation und Durchführung der Maßnahme verantwortlich sind, gegründet werden. Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe fungieren dabei als Expertinnen und Experten für ihr eigenes Setting. Die Gruppenkommunikation erfordert u. a. Geduld, Lernbereitschaft und Konfliktfähigkeit. Resultate können nur erreicht werden, wenn die Gruppe zur offenen, inhaltlichen Auseinandersetzung über das Prozedere und wichtige Grundbegriffe der Arbeit bereit ist. Hilfsmittel wie Flipcharts oder Moderationskarten unterstützen die Visualisierung. Die folgenden zentralen Arbeitsschritte sind für diese Methode notwendig (Wright et al., 2010c):

- Zu Beginn sollte genau festgelegt werden, für welche Maßnahme die ZiWi-Methode angewendet wird. Dabei sollte eine möglichst genaue Beschreibung der lokalen Gegebenheiten vorliegen.
- Eine genaue Adressatinnen- und Adressatenbeschreibung ist grundlegend und beeinflusst nachfolgende Schritte. Dabei kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Maßnahme nur eine Wirkungsweise hat. Vor allem in lebensweltnahen Arbeiten kann es komplex werden, alle potenziellen Wirkungswege einer Intervention zu erfassen. Hier ist das Praxiswissen zum Setting des Projekts und zur Zielgruppe vorteilhaft.
- Zunächst gilt es, ein übergeordnetes Ziel der Intervention zu formulieren. Dabei sollte das Ziel den „SMART-Kriterien“ (spezifisch, messbar, angemessen, realistisch, terminiert) entsprechen. Hierbei wird die Realisierbarkeit von Zielen von den Gruppenmitgliedern häufig unterschiedlich eingeschätzt, so dass eine Balance zwischen Motivation und Realität im Konsens gefunden werden muss.
- Auf Basis eines übergeordneten Gesamtziels werden kurz- und mittelfristige Ziele festgelegt, sogenannte Meilensteine. Für jeden Meilenstein sollten Funktion und Beitrag zur Zielerreichung transparent sein. Häufig können verschiedene Meilensteine parallel auf dem Weg zum Gesamtziel liegen. Daher sollten alle Meilensteine und die wiederum daraus resultierenden nächsten Schritte/Meilensteine als ein Gesamtbild aufgezeigt werden, um die Komplexität oder Wirkungsweise einzelner Kurz- oder Mittelziele zu verdeutlichen – wie auf der folgenden Abbildung 3 zu sehen.

Abbildung 3: ZiWi-Methode (modifiziert nach Wright et al. 2010c)



- Um die Effektivität oder den Erfolg einer Maßnahme zu messen, werden Indikatoren für die Gesamtzieelerreichung benannt. Ideale Indikatoren sind spezifisch gewählt, aussagekräftig, ökonomisch, leicht verständlich sowie von jeder Akteurin und jedem Akteur nachvollziehbar.
- Somit dient die ZiWi-Methode der Entwicklung, Formulierung und Analyse einer Maßnahmen- oder Interventionsstruktur. Unabdingbar ist eine Person, die im Ablauf der Methode sowohl für die Moderation als auch für die Organisation der Arbeitstreffen zuständig ist. Ebenfalls ist sie für die partizipative Dokumentation der Ergebnisse verantwortlich (Wright et al., 2010c).

2.3 Die Offene Ganztagschule im Kreis Gütersloh

Über das Nachmittagsangebot der Offenen Ganztagschule, welches zusätzlich zur Halbtagschule angeboten wird, können Kinder neue Begabungen und Interessen entdecken und entfalten. Zudem haben sie die Möglichkeit zu längerem gemeinsamen Lernen und Aufwachsen. Die regelmäßige Teilnahme der Kinder an den Angeboten des Offenen Ganztags führt zu wissenschaftlich belegbaren Lernerfolgen (Börner et al., 2013). Im Ganztags entstehen unter anderem auch Bildungs- und Erziehungspartnerschaften mit den Eltern. Eine der wichtigsten Grundlagen für den Erfolg der Offenen Ganztagschule (OGS) ist die unerlässliche und verbindliche Zusammenarbeit der OGS mit außerschulischen Trägern, woraus ein Trägermodell in Nordrhein-Westfalen entwickelt wurde, das die Übernahme der Generalverantwortung für die Gestaltung des OGS-Angebotes durch einen freien Träger beschreibt. Um die geteilte Verantwortlichkeit von Schule und Träger zu verdeutlichen, wird von der Trägerinstitution eine Leitung des Offenen Ganztags gestellt. Die im OGS-Bereich tätigen Träger beschäftigen ihrerseits andere Institutionen oder Vereine (z.B. Musikschulen) zur Ausgestaltung des außerschulischen Angebotes am Nachmittag (Schäfer & Reichel, 2013).

Im Kreis Gütersloh gibt es nach dem Datenstand des Schulamtes aus dem Jahr 2013 insgesamt 58 Grundschulen sowie 6 Förderschulen mit Offenem Ganztagesbereich. Die ins Modellprojekt PQE im OGS einbezogenen Träger sind dabei für 47 Offene Ganztagschulen im Kreisgebiet Gütersloh verantwortlich. Sowohl die Leitungen des OGS-Bereichs der Träger als auch zwei OGS-Leitungen an Grundschulen sind Kooperationspartnerinnen der Koordinationsstelle für das Modellprojekt zur PQE in der OGS im Kreis Gütersloh. Zu einem späteren Zeitpunkt im Projektverlauf kam ein weiterer Trägervertreter hinzu. Die kooperierenden Träger oder auch Multiplikatoren für den OGS-Bereich im Kreis Gütersloh sind unter anderem der Kreissportbund Gütersloh, Musikschulen sowie der Landfrauenverband.

3. Methodisches Vorgehen: Angewandte Methoden in der Struktur- und Prozessevaluation

Über die in Kapitel 2.2. beschriebenen verschiedenen Verfahrensweisen der Partizipativen Qualitätsentwicklung wurden die für das Modellprojekt relevanten Informationen gesammelt bzw. erhoben, ausgewertet und analysiert.

Zur Evaluation wurden schrittweise und entlang des Projektprozesses Daten generiert – mittels einer Literaturrecherche, über leitfadengestützte Experteninterviews und über die teilnehmende Beobachtung der angeleiteten Arbeitsgruppen.

Zur Darstellung unter anderem der bereits gegebenen Zusammenarbeit und Kooperationen sind qualitative leitfadengestützte Experteninterviews mit den Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer geführt

worden. Mittels einer strukturierten Inhaltsanalyse wurden projektrelevante Informationen aus den Interviews gewonnen. Die moderierten Gruppengespräche in Form einer angeleiteten Arbeitsgruppe sollten mithilfe der ZiWi-Methode unter anderem zur Identifikation eines Gesamtziels und entsprechender Meilensteine dienen. Sie konnten anhand der Erkenntnisse aus einer teilnehmenden Beobachtung analysiert werden.

4. Umsetzung der PQE

Die Ergebnisse des Projekts werden aus der Perspektive der wissenschaftlichen Projektbegleitung beschrieben. Hierbei wird ein besonderer Fokus darauf gelegt, den Prozess der Erprobung der PQE zu dokumentieren und zu analysieren.

In einem ersten Schritt werden unter anderem die Ergebnisse der Bestandsaufnahme zur Darstellung bestehender Kooperationen, inklusive der Identifikation bestehender und potenzieller partizipativer Elemente (Kapitel 4.1.) erläutert.

In einem zweiten Schritt wird die eigentliche Umsetzung der PQE beschrieben (Kapitel 4.2.-4.4.). Um die Resultate aus der teilnehmenden Beobachtung zu beschreiben, wird zuerst die Auswahl der Methodik dargelegt (Kapitel 4.2.). Die nachfolgenden Kapitel 4.3. „Bedarfsanalyse“ und 4.4. „Planung“ sind nach den entsprechenden Phasen des PQE-Zyklus benannt. Innerhalb dieser Phasen (siehe auch Kapitel 2.2.) werden zuerst die Beobachtungen zur Nutzung der Methoden und der Gesprächsdynamik der Teilnehmenden deskriptiv dargestellt. Anschließend erfolgt eine Analyse, die die Anwendung der Methode PQE mit ihren Schwierigkeiten und Potenzialen in den Blick nimmt.

4.1. Bestandsaufnahme

Die Interviews zur Bestandsaufnahme hatten zum Ziel, die Arbeit an den OGS der verschiedenen Träger zu verstehen und systematisch zu beschreiben.

Organisationsstruktur der OGS im Kreis Gütersloh

Es wurde deutlich, dass die Organisationsstrukturen der unterschiedlichen Träger des Nachmittagsangebots im Offenen Ganztage verschiedenartig aufgebaut sind – es bestehen unterschiedliche institutionelle und damit einhergehende innerbetriebliche Strukturen. So werden unter anderem Entscheidungen über das Nachmittagsangebot teils durch die OGS-Leitungen selbst und teils über die Bestimmungen der Träger festgelegt. Eine Verbesserung der Angebotsvielfalt, -qualität und der Effektivität der gesamten OGS setzt auf trägerübergreifender Ebene an, etwa über die Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung.

Rolle der Koordinationsstelle

Die Koordinationsstelle Ernährung und Bewegung soll als Ansprechpartnerin für die Akteurinnen und Akteure aller OGS im Kreis Gütersloh fungieren. Ihre Angebote und Hilfestellungen im Bereich Ernährung und Bewegung haben zum Ziel, zu einer Verbesserung der Nachmittagsangebote beizutragen.

Die Koordinationsstelle stand zu Beginn des Projekts hauptsächlich über einen Newsletter mit den Organisationen der OGS in Kontakt. Persönliche Kontakte bestanden aus einem vorangegangenen Projekt mit verschiedenen Schulen und Einrichtungen. Die Arbeit der Koordinationsstelle bot sich durch ihre Position als trägerübergreifende Ansprechpartnerin (Ziel: Qualitätsverbesserung der OGS) und durch ihre vielfältigen Kooperationsbeziehungen besonders für eine Umsetzung der PQE und ihrer Werkzeuge an.

Qualitätssicherung bestehender Angebote

Jeder Träger führt interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durch. So werden z. B. die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fortgebildet und zertifiziert. Auffällig hierbei ist, dass auf der einen Seite diese Angebote größtenteils trägerintern durchgeführt werden. Ein Austausch unter den Trägern in Form gemeinsamer Treffen oder Fortbildungsangebote findet bis dato nicht statt. Als ein möglicher Grund hierfür wird die konkurrenzbedingte Scheu vor Austausch genannt. Auf der anderen Seite wird der Wunsch nach gemeinsamen Standards geäußert. Auch wird ein aktiverer Austausch unter den Trägern und mit der Koordinationsstelle gewünscht, um so durch Synergieeffekte Ressourcen besser nutzen zu können. Es stellt sich die Frage, inwiefern durch partizipatives, gemeinsames Arbeiten eine Gesprächs- und Entscheidungskultur entstehen kann, in der Konkurrenz nebensächlich ist, in der Schwierigkeiten und Probleme – letztlich dann auch in der Zusammenarbeit mit der Koordinationsstelle – offen angesprochen werden können und dadurch die Ausgestaltung bestehender und neuer Angebote erleichtert wird.

Bei den Interviews wurde deutlich, dass die Befragten eine gleichberechtigte Zusammenarbeit befürworten, was als positive Prämisse für die Implementierung der PQE gesehen werden kann.

4.2. Umsetzung der PQE: Angewandte Methoden

Angeleitete Arbeitsgruppe

Zur Erhebung des Bedarfs wurde die Frage gestellt: „Wie wissen wir, was die Zielgruppe braucht?“ (Unger et al., 2008). Erste Hinweise auf diesen Bedarf konnten in den qualitativen Interviews zur Bestandsaufnahme ermittelt werden, indem die Wünsche zur Optimierung der Zusammenarbeit erfragt wurden. Hierbei standen der Wunsch nach mehr Kooperation und Vernetzung bei den Befragten im Vordergrund. In einem gemeinsamen Gespräch mit der Leiterin der Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz und der Inhaberin der Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung wurde beschlossen, zudem eine angeleitete Arbeitsgruppe durchzuführen. Diese Methode bietet den Vorteil, dass sie auch in den folgenden Phasen der PQE eingesetzt werden kann und somit eine längerfristige Zusammenarbeit ermöglicht.

Diese Arbeitsgruppe setzte sich aus der Koordinationsstelle, den OGS-Leitungen der einbezogenen Offenen Ganztagschulen des Kreises Gütersloh, einer Vertreterin des Kreissportbundes sowie Vertreterinnen der verschiedenen Träger zusammen. Die Moderation übernahm die Inhaberin der Koordinationsstelle. So konnte eine praxisnahe Umsetzung der PQE erprobt und bei Gelingen als kontinuierliches Element in die Arbeit im Bereich der Koordinationsstelle eingesetzt werden.

Nach der Feststellung und Spezifizierung der Bedarfe (siehe Kapitel 4.3.) schloss sich direkt die Planungsphase (siehe Kapitel 4.4.) an.

SMART-Kriterien

Die SMART-Kriterien wurden als hilfreiche Stütze zur Zielformulierung in der Arbeitsgruppe gesehen. Da Personen mit unterschiedlichsten Arbeitsschwerpunkten und Perspektiven mit an der Arbeitsgruppe teilnahmen, wurde ein hohes Potenzial gesehen, gemeinsam über den Diskurs der einzelnen Aspekte (Spezifisch, Messbar, Akzeptiert, Realistisch, Terminiert) solche Ziele zu konkretisieren.

ZiWi-Methode

Da sich in diesem Projekt eine neue Arbeitsgruppe gebildet hatte, in der Akteurinnen und Akteure zusammenarbeiteten, die bis dato teilweise keine gemeinsamen Wirkungsfelder hatten, wurde beschlossen, in der Arbeitsgruppe die ZiWi-Methode anzuwenden. Mittels dieser Methodik können zuerst ein Gesamtziel mittels der SMART-Kriterien und in der Folge Meilensteine zur Zielerreichung formuliert werden. Eine Evaluation der einzelnen Meilensteine/Teilziele dient der Überprüfung.

4.3. Umsetzung der PQE: Bedarfsbestimmung

Im Folgenden wird der Prozess der Bedarfsbestimmung mittels der angeleiteten Arbeitsgruppe beschrieben und analysiert.

Zu Beginn der ersten Arbeitsgruppe wurde eine Vorstellungsrunde durchgeführt, in der jede Teilnehmerin ihr Aufgabengebiet und ihren Arbeitsbereich vorstellte sowie Erwartungen an die Arbeitsgruppe formulieren konnte. Dies diente zum einen der Auflockerung der Gesprächsrunde, zum anderen ermöglichte es den Teilnehmenden einzuordnen, aus welcher Perspektive die Beteiligten den OGS-Bereich und die Zusammenarbeit mit der Koordinationsstelle betrachten. Die Wünsche und Erwartungen an die Arbeitsgruppe konnten als erster Einstieg in die Bedarfserhebung gesehen werden. Sie wurden im weiteren Gespräch aufgegriffen und diskutiert. Zudem wurde die Gruppe als Maßnahme eines Prozesses ständiger Weiterentwicklung gesehen, die von den Teilnehmenden für notwendig erachtet wird. Der vielfach eher theoretische Zugang zum Thema Partizipation und eine damit verbundene Zielsetzung erwiesen sich schnell als schwierig (siehe auch unten Kapitel 4.4): Sehr bald wurde die grundsätzlich-theoretische Diskussion um Partizipation der verschiedenen Träger und anderen Einrichtungen an der Arbeit der Koordinationsstelle überführt in praktisch umgesetzte Partizipation – durch die Diskussion von möglichen Projekten, gemeinsamen Aktivitäten und sinnvollen inhaltlichen Schwerpunkten in der Arbeit der Koordinationsstelle und damit direkt im Setting OGS.

Als Beispiele wurden die Initiierung einer Aktion für einen Gemüsegarten an jeder OGS, die Erstellung eines gemeinsamen internationalen Kochbuchs oder die Ausweitung des Newsletters der Koordinationsstelle für die Eltern genannt. Auch sollten die Angebote für die Kinder von den Eltern reflektiert werden. Die bereits bestehenden Fragebögen und Instrumente wie die Kinderkonferenzen, die in den OGS der beteiligten Träger bereits zum Einsatz kommen, könnten durch eine Zusammenarbeit optimiert werden. Es wird zudem angemerkt, dass besonders kleinere Träger hier von einer Vernetzung profitieren können, weil sie zum Teil solche Feedbackinstrumente noch nicht einsetzen.

Auch die Durchführung von trägerübergreifenden Fortbildungsveranstaltungen war ein viel diskutiertes Thema. Es kam zur Sprache, dass Entsprechendes vor ein paar Jahren schon einmal von der Koordinationsstelle organisiert wurde, jedoch aufgrund einer ungünstigen Uhrzeit wenig Anklang fand. Hier wurde ein großes Potenzial für gegenseitigen Austausch und Voneinanderlernen gesehen. Es wurde beispielsweise angeführt, dass Ideen zur Nachmittagsgestaltung untereinander ausgetauscht werden.

Des Weiteren wurde überlegt, wie die Koordinationsstelle ihrerseits zukünftig besser in die Prozesse der OGS einbezogen und so auch dieser Arbeitskontext partizipativer gestaltet werden kann. Hierzu wurde mehrfach vorgeschlagen, dass die Inhaberin der Koordinationsstelle an den regelmäßig stattfindenden Arbeits- und Steuerungsgruppen teilnehmen könnte, um so aktiv an den Kommunikationsprozessen bezüglich der Nachmittagsgestaltung an den OGS einbezogen zu werden. Hier könnten neue Kontakte geknüpft und aktuelle Bedarfe der Mitarbeitenden, OGS-Leitungen und Träger erfasst

werden. Auch bei den zuvor aufgeführten Ideen zur Zusammenarbeit (Gemüsegarten, Kochbuch, Fortbildungsangebote etc.) könnte das Potenzial der Koordinationsstelle genutzt werden, um die Kooperation unter den Trägern zu stärken und Angebote zu evaluieren. So wurde Partizipation nicht nur im Hinblick auf Teilhabe an der Arbeit der Koordinationsstelle diskutiert, sondern auf die Teilhabe der Koordinationsstelle an den Prozessen der OGS.

4.4. Umsetzung der PQE: Planung

Für die Phase der Planung wurden die Gruppengespräche 2-4 genutzt. Auch diese Gespräche wurden mittels der angeleiteten Arbeitsgruppe umgesetzt. Zur Zielfindung sollten die SMART-Kriterien als Hilfsmittel dienen; für die Konkretisierung und Evaluation der Einzelschritte zur Erreichung des Ziels wurde die ZiWi-Methode als geeignet identifiziert.

Zu Beginn der Gruppengespräche fasste die Moderatorin die Ergebnisse der vorangegangenen Sitzung zusammen. Ebenfalls wurden in dieser Form die Grafiken zur ZiWi-Methodik sowie die SMART-Kriterien eingeführt und eine kurze Erläuterung gegeben. Die Gruppenmitglieder waren sehr bemüht, die Methodik selbstständig zu erfassen und im Diskussionsprozess umzusetzen.

Inhaltlich fanden die Gespräche auf einer sehr handlungsorientierten, praktischen Ebene statt. So wurde direkt, ohne zuvor ein gemeinsames Ziel explizit zu formulieren, überlegt, welche Maßnahme gemeinsam durchgeführt werden kann. Die SMART-Kriterien hätten hier zur Unterstützung einer vorgeschalteten Zielfindung eingesetzt werden können.

Da sowohl im Rahmen der Interviews zur Bestandsaufnahme als auch beim ersten Gruppengespräch der gemeinsame Fokus auf einem trägerübergreifenden Austausch lag, wurde dieser weiter verfolgt und beschlossen, eine gemeinsame Fortbildungsreihe zu gestalten. Zuerst bestand jedoch Abstimmungsbedarf, zu welchen Themen die einzelnen Veranstaltungen durchgeführt werden sollten. Die Überlegung, diese Entscheidung nicht alleine zu fällen, sondern im Zuge einer Auftaktveranstaltung o.ä. zu identifizieren, wurde ausgearbeitet. Die Vertreterin eines Trägers merkte diesbezüglich an: „Das würde auch dem Thema gar nicht entsprechen, wenn wir sagen Partizipative Qualitätsentwicklung und gleich schon mit einem aufgesetzten Programm anfangen. So kann niemand was entwickeln. Wir wollen gucken, dass wir sie da beteiligen und teilhaben lassen. Im Prinzip müsste erst eine Aufschlagveranstaltung stattfinden.“ So wurde aus der Projektplanung heraus der Gedanke der Partizipation auch auf weitere Partner ausgedehnt und zu einem grundlegenden Prinzip aller gemeinsamen Planungen gemacht.

Zur Ausgestaltung der Veranstaltung wurde in diesem Sinne der Vorschlag formuliert, einen Markt der Möglichkeiten mit Beispielen Guter Praxis zu organisieren, wo Offene Ganztagschulen gelungene Angebote für die Kinder und evtl. ihre Eltern präsentieren können. Über die Präsentation könnte der Austausch untereinander gefördert und auch Ideen für weitere Veranstaltungen gesammelt werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt war die Idee, den Schulbereich mit in die Veranstaltung zu integrieren. Es wurde deutlich, dass hier ein großes Bedürfnis einer Zusammenarbeit besteht, die jedoch aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche und geringen Bezahlungen nicht leicht umzusetzen ist. Die Gruppe sieht die Zusammenarbeit mit den Schulen als notwendig an, um Maßnahmen und Angebote für die Kinder sinnvoll und nachhaltig zu gestalten. Es wurde beschlossen die Schulamtsdirektion zu kontaktieren; eine Kooperation kam jedoch aufgrund von Zeitmangel nicht zustande.

Zur Ausgestaltung der ersten Fortbildungsveranstaltung wurden Möglichkeiten diskutiert, die potenziell Teilnehmenden an der Themenfindung für die Veranstaltung teilhaben zu lassen. Es wurde die

Erstellung eines Fragebogens favorisiert, den die OGS-Leitungen in den Teamsitzungen mit den OGS-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern besprechen sollten. So wären zwar Themenbereiche vorgegeben, die aber diskutierbar blieben. Der Konsens der Antworten aus den Teamsitzungen sollte anschließend auf dem Fragebogen festgehalten und in der Arbeitsgruppe ausgewertet werden. An der Befragung sollten alle OGS im Kreis Gütersloh teilnehmen. Es wurde erwartet, dass durch eine solche Einbeziehung der Mitarbeitenden die Teilnahme an der Veranstaltung steigt.

Zu Gestaltung des Fragebogens fasste die Moderatorin zunächst die im 3. Gruppengespräch vorgeschlagenen Themenbereiche zusammen. Diese wurde zwischen dem Gruppengespräch 3 und 4 in der Runde der Teilnehmenden zirkuliert und kommentiert, so dass sie in der vierten Arbeitsgruppensitzung zu einem Fragebogen weiterentwickelt werden konnten.

Die Bereiche „Entspannung“, „Ernährung“, „Bewegung“ und „Mitarbeitergesundheit“ wurden als relevante Themen identifiziert. Da diese Bereiche als sehr global und wenig ansprechend empfunden wurden und somit, nach allgemeiner Auffassung, in einer Befragung wenig Ergebnisse liefern könnten, überlegten sich die Teilnehmenden zu jedem Themenbereich konkretere Schwerpunkte. So wurde im Themenbereich „Ernährung“ der Schwerpunkt „Kleine Entspannungsmomente für Kinder im OGS-Alltag“ für relevant erachtet, da gerade das Schaffen von kleinen Ruhepausen als Schwierigkeit gesehen wurde. Für die Kinder, aber auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wären diese jedoch besonders wichtig, weil es in der OGS immer sehr laut und „trubelig“ zugeht. Zu jedem Bereich wurden somit 2-4 Schwerpunkte gemeinsam überlegt und festgehalten. Zudem sollte in jedem Bereich ein Freifeld für weitere Vorschläge vorhanden sein.

5. Analyse der Umsetzung der PQE

In der Analyse der Umsetzung der PQE sollen die Anwendung der Methoden sowie die erarbeiteten Inhalte aus den Arbeitsgruppengesprächen fokussiert werden. Schwerpunkte wurden hierbei auf den Abgleich der beobachteten Praxis mit den theoretischen Intentionen der PQE gelegt. Zur Übersicht sind die Ergebnisse der Analyse in der folgenden Tabelle 2 dargestellt.

5.1. Analyse der angewendeten Arbeitsmethoden der PQE

Angeleitete Arbeitsgruppe: Gesprächskultur und partizipative Elemente im Kommunikationsprozess

Aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven der Teilnehmenden wurden in der Bedarfsanalyse vielschichtige Bedarfe auf unterschiedlichen Ebenen deutlich. Zum einen wurde ein Ausbau der Angebote für die Kinder und Eltern diskutiert, zum anderen der Bedarf nach einem trägerübergreifenden Austausch z.B. in Form gemeinsamer Fortbildungen aufgeworfen. Die hohe Motivation und der Ideenreichtum der Anwesenden führten zu einem regen Austausch, in dem Bedarfe, Ideen für Maßnahmen und bereits durchgeführte Angebote zur Sprache gebracht wurden. Das ausgeprägte Interesse an Angeboten und Ideen der anderen sowie die offene und respektvolle Gesprächskultur in der Gruppe über die hierarchischen Ebenen hinweg waren förderlich für die Durchführung der PQE. Die in den Interviews angesprochene Angst vor Konkurrenz unter den Vertreterinnen der verschiedenen Träger war nicht zu erkennen. Es konnte daher zu Beginn von einer sehr positiven Ausgangslage für die weiteren Schritte wie die Formulierung eines gemeinsamen Ziels und zielführender Maßnahmen ausgegangen werden.

Tabelle 1: Analyse der Umsetzung der PQE im Bereich der OGS (eigene Darstellung)

| Analysedimensionen | | Ziel | Positive Aspekte | Identifizierte Probleme | Maßnahme/Vorschlag |
|--------------------|----------------------------------|---|---|---|---|
| Methodik | Angeleitete Arbeitsgruppe | Gemeinsame Probleme definieren und Lösungsstrategien erarbeiten | <ul style="list-style-type: none"> Motivierte Gruppenteilnehmende freundliche Gesprächsatmosphäre Überwindung von Hierarchieebenen Moderation versucht den Gruppenprozess möglichst partizipativ zu gestalten | <ul style="list-style-type: none"> Teilnehmende haben unterschiedliche Zielgruppen Gespräche waren schwierig zu strukturieren Interessenskonflikte der Moderation zwischen Leitung und Partizipation | <ul style="list-style-type: none"> Gemeinsame Zielgruppendefinition Lenkung der Moderation verstärken ODER PQE und Methodenkofter der Arbeitsgruppe zugänglich machen und gemeinsame Strategie für mehr Struktur entwickeln Feedback der Gruppe zur Moderation ZiWi-Methode und SMART-Kriterien Festlegung eines Gesamtziels und Definition von Meilensteinen zur Erreichung dieser sowie Kenngrößen zur Evaluation Kurze Einführung und wiederholte Visualisierung durch die Moderatorin |
| | ZiWi-Methode und SMART-Kriterien | Festlegung eines Gesamtziels und Definition von Meilensteinen zur Erreichung dieser sowie Kenngrößen zur Evaluation | <ul style="list-style-type: none"> Kurze Einführung und wiederholte Visualisierung durch die Moderatorin Kurzzeitiges Aufgreifen der Methoden seitens der Gruppe | <ul style="list-style-type: none"> Methoden schienen zu abstrakt Praxistransfer wirkte mühsam Die Erarbeitung eines Ziels oder von Meilensteinen gelang nicht endgültig | <ul style="list-style-type: none"> Gemeinsame Annäherung/Erarbeitung anhand eines konkreten Beispiels |
| Inhalte | Bedarfe | Festlegung eines gemeinsamen Bedarfs | <ul style="list-style-type: none"> Gemeinsamer Bedarf nach Vernetzung wurde implizit deutlich | <ul style="list-style-type: none"> Explizit und schriftlich konnte gemeinsamer Bedarf nicht festgehalten werden Große Fixierung auf Maßnahmen Evtl. Angst vor Konflikten | <ul style="list-style-type: none"> Bedarfe z.B. mittels eines Wandbildes gemeinsam zusammentragen und Konsensfindung eines gemeinsamen Bedarfs Konfliktlösungsstrategien vorher erarbeiten |
| | Planung | Auf den Bedarf und das daraus abgeleitete Ziel ausgerichtete Planung von Maßnahmen und deren Evaluation | <ul style="list-style-type: none"> Stringente Planung einer Maßnahme Einbeziehung anderer OGS an Planung durch Fragebogen | <ul style="list-style-type: none"> Keine klare Definition eines Ziels oder einer Zielgruppe Gefahr des Aktivismus | <ul style="list-style-type: none"> Anhand eines gemeinsamen Ziels die Planung überdenken und ggf. anpassen ODER Anhand des Beispiels dieser konkreten Planung das gemeinsame Ziel erarbeiten |

Auch in den weiteren Arbeitsgruppengesprächen hielt die positive Gesprächsatmosphäre an. Es fiel jedoch auf, dass sich eine OGS-Leiterin zunehmend weniger in den Gesprächsverlauf einbrachte. Hier stellt sich die Frage, warum dies der Fall war und ob eine geringe Beteiligung an einer angeleiteten Arbeitsgruppe auch eine Art von Botschaft ist, die es zu deuten gilt. Der Moderation kommt in solchen Fällen eine besondere Rolle zu, um die Beweggründe einer solchen Selbstzurücknahme zu ermitteln. Generell wird die Gesprächskultur im Rahmen der PQE als wichtiger Aspekt gesehen, um z. B. Konkurrenzängste und Machtdemonstrationen auszuschließen.

Angeleitete Arbeitsgruppe: Moderation

Die Moderation einer angeleiteten Arbeitsgruppe im Rahmen der PQE sollte lenkend sein und gleichzeitig die Mitbestimmung und Partizipation der Teilnehmenden ermöglichen. Das war hier eine mitunter schwierige Balance; die Gruppe entwickelte eine starke eigene Gesprächsdynamik, die nicht leicht zu lenken war. (Anm. der Redaktion: Als eine erste persönliche Konsequenz aus dem Projekt hat die Leiterin der Koordinationsstelle eine umfangreiche Moderationsfortbildung durchlaufen.) Die Gespräche in der Arbeitsgruppe bedürfen einer starken gemeinsamen inhaltlichen Strukturierung, um Bedarfe und Bedürfnisse sowie mögliche individuelle und gemeinsame Zielvorstellungen und potenzielle Maßnahmen klar voneinander abzugrenzen und anschließend in eine gemeinsame Zielfindung überzuleiten. Sobald eine oder einer der Teilnehmenden die anderen Gruppenmitglieder an ihren/seinen Überlegungen nicht teilhaben lässt, führt dies im Gruppenprozess zu allgemeinen Strukturierungsschwierigkeiten. Diskussion und Meinungsfindung frei zu gestalten und gleichzeitig eine Konsensfindung zu unterstützen, erfordert eine erfahrene Moderation. Die PQE ist u. a. vor diesem Hintergrund eine durchaus anspruchsvolle Methode, die ggf. von qualifizierter externer Unterstützung sehr profitieren kann, da sie zu einem Konsens verschiedener Perspektiven leiten soll, ohne Entscheidungsprozesse vorweg zu nehmen.

Allerdings war zu beobachten, dass im Verlauf der Gruppengespräche die Kommunikation der Teilnehmenden immer strukturierter und zielgerichteter wurde. Dies kann u.a. mit der spezifischen Aufgabe, einen Fragebogen zu entwickeln, begründet werden. Sinnvoll ist es auf jeden Fall, die Zielsetzung(en) explizit festzuhalten, da ansonsten Schwierigkeiten bei der Evaluation von Maßnahmen auftreten können.

In den Feedbackgesprächen äußerte die Moderatorin Bedenken, dass durch eine gemeinsame Zielfindung zu viele Anforderungen und Wünsche an die Koordinationsstelle herangetragen würden, die möglicherweise aufgrund fehlender personeller Ressourcen nicht zu bewältigen wären. Hier wurde ein Rollenkonflikt zwischen der neutralen Moderation und der Schnittstellenfunktion der Koordinationsstelle deutlich. Gerade in einem partizipativen Verfahren nehmen die Teilnehmenden eine aktive Rolle ein und somit sollten Aufgaben innerhalb der Gruppe weitestgehend gleichmäßig verteilt (und auch klar getrennt) werden.

ZiWi-Methode und SMART-Kriterien

Die in der Arbeitsgruppe zur Anwendung ausgewählten Methoden ZiWi-Methode und die Entwicklung von Zielen nach den SMART-Kriterien wurden von der Moderatorin vorgeschlagen.

In den Feedbackgesprächen mit der Moderatorin wurde deutlich, dass besonders der „Spagat“ zwischen der eigendynamischen Entwicklung von Themen in der Gruppe und der Vorgabe von Arbeitsaufgaben und Zielen eine Herausforderung darstellte. So konnte die Vorgabe der ZiWi-Methode bereits als Unterbrechung eines von der Gruppe gewollten Prozesses und als nicht intrinsisch hergeleitet angesehen werden. Eine Möglichkeit, diese als zu stark wahrgenommene Lenkung zu umgehen, bestand darin, die Methodik kurz vorzustellen und die Anwesenden entscheiden zu lassen, ob sie für den Gruppenprozess geeignet ist. Es zeigte sich jedoch, dass eine kurze schriftliche Information über die ZiWi-Methode und die SMART-Kriterien nicht ausreichend war. Hier bedarf es einer stärkeren Anleitung durch die Moderation.

In den Feedbackgesprächen wurde zudem deutlich, dass eine offene Herangehensweise und Konsensfindung im Gruppenprozess als besondere Anforderung wahrgenommen wurde, insofern als Lenkung und Partizipation/Teilhabe in die richtige Balance gebracht werden müssen. Ein gemeinsames Ziel zu finden und stringent zu verfolgen, gleichzeitig freie Diskussionsräume zuzulassen, einen „roten Faden“ beizubehalten und Motivation auch über Freiräume und Wertschätzung (auch ggf. abweichender) individueller Meinungsäußerung zu fördern, ist nicht immer leicht miteinander zu vereinbaren.

5.2. Analyse der diskutierten Inhalte der angeleiteten Arbeitsgruppe

Bedarfserhebung

Die Inhalte des Gruppengesprächs zur Bedarfserhebung zeigten, dass der Gedanke der Vernetzung einer trägerübergreifenden Kooperation mit besonderem Blick auf die Rolle der Koordinationsstelle von Beginn an implizit mitgedacht, jedoch nicht explizit geäußert und festgehalten wurde. Stattdessen wurden viele Interventionsideen zusammengetragen und somit auf einer Handlungsebene diskutiert. Dies kann mit den Tätigkeitsbereichen der Anwesenden begründet werden, die sich hauptsächlich auf die Handlungsebene beziehen. Der Transfer zu einer expliziten Bedarfsfindung zur Partizipation – mit der spezifischen Ausrichtung auf die Partizipation an den Prozessen der Koordinationsstelle – hätte im vorliegenden Fall stärker angeleitet werden müssen.

Planung

Die Planungsphase in der PQE wird mit der folgenden Formulierung beschrieben: „Vom Bedarf der Zielgruppe über die Zielformulierung zur Entwicklung von Maßnahmen“ (Block et al., 2008a). Wie bereits oben beschrieben, gestaltet sich dieses theoretisch naheliegende Vorgehen in einer Arbeitsgruppe schwierig, wenn die Zielsetzung der Arbeitsgruppe nicht explizit partizipativ erarbeitet wird. In diesem Sinne erwies sich eine an die eigentlichen Projektziele (=Verbesserung der Partizipation in der Arbeit der Koordinationsstelle) anknüpfende Zielsetzung als nicht leicht herzustellen. In der Folge beschäftigten sich die Diskussionen primär mit der Organisation einzelner Maßnahmen, aus denen die Planung einer Veranstaltung als erste durchzuführende Maßnahme herausgegriffen wurde. Dies mag zu einem guten Teil in der Komplexität von Partizipation als Diskussionsgegenstand begründet

sein – gerade in sehr motivierten Gruppen ist es mitunter nicht einfach, den praktischen Tatendrang einzufangen und sich zunächst mit Grundsätzlichem und Allgemeinem zu beschäftigen.

Bei der Planung der Veranstaltung mittels eines Fragebogenentwurfs fiel dann auf, dass auch hier das Fehlen eines expliziten Ziels den Arbeitsprozess verlangsamte. So waren in den ausgearbeiteten Themenbereichen und -schwerpunkten des Fragebogens sowohl Aspekte zu erkennen, die sich auf gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Kinder bezogen, wie „Genusstraining“ oder „Lernen durch Bewegung“, als auch solche, die die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fokussierten wie „Stressreduktion und Stressbewältigung im OGS-Alltag (Tipps und Tricks)“. Auch waren Schwerpunkte zu erkennen, die keinen direkten Bezug zur Gesundheit erkennen ließen wie „Interkulturelle Kompetenz im Bereich Essen und Trinken“.

5.3. Fazit

Es wurde deutlich, dass die PQE und ihre Methoden zeitweise in der Umsetzung des Projekts als theoretisches Konstrukt empfunden wurden, dessen Transfer in die Realität aufgrund des sehr breiten Spektrums der partizipativen Entscheidungsprozesse in der Gruppe Schwierigkeiten barg. Besonders bei mehrstufigen Organisationssystemen – wie in diesem Fall dem OGS-Bereich im Kreis Gütersloh – kann eine Konzentration der Diskussion auf zunächst grundlegend-theoretische Aspekte der Partizipation wie Ziele und Zielgruppe aufgrund eines komplexen Wirkungsgefüges und sehr praxisorientierter Interessen und Sichtweisen der beteiligten Institutionen erschwert werden.

Die neu gebildete Arbeitsgruppe zeigte Interesse an einer gemeinsamen Arbeit und Kooperation und hat durch ihre offene und freundliche Gesprächsatmosphäre Potenziale für Partizipation. Es gab Anzeichen dafür, dass Interessenskonflikte sowie Konkurrenzangst offenbar keine wesentliche Limitierung für Partizipation darstellen müssen.

Weiterhin ist festzuhalten, dass der Moderation in einer angeleiteten Arbeitsgruppe eine besondere Rolle zukommt. Zum einen müssen die Teilnehmenden möglichst in alle Entscheidungen einbezogen werden, zum anderen hat sich gezeigt, dass eine klare Lenkung sowie eine Abstraktion von der Maßnahmen- und Handlungsebene zu einer gemeinsamen Bedarfserhebung und Zielfindung notwendig sind.

Die PQE erweist sich in diesem Sinn als eine durchaus fordernde Methodik, deren Instrumente ohne entsprechende methodische Vorkenntnisse nicht leicht zu beherrschen sind. Mit der angeleiteten Arbeitsgruppe und der ZiWi-Methode wurden zudem für das Gütersloher Projekt ausgesprochen komplexe Instrumente ausgewählt. Und klare Ziele zu formulieren und zu konsentieren, ist in praktisch jedem Kontext der Gesundheitsförderung immer wieder eine Herausforderung.

6. Ausblick

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung sollte die Arbeitsgruppe in dieser Form unbedingt weitergeführt werden, da eine Vernetzung der Anbieter im Bereich des Offenen Ganztags zur Qualitätssicherung der Angebote ein hohes Potenzial bietet. Die Koordinationsstelle als Moderatorin kann hier einen niedrigschwelligen Zugang zu den Akteurinnen und Akteuren des Offenen Ganztags ebnen und trägt aktiv zur Beteiligung am Qualitätssicherungsprozess bei. Unabdingbar für die weitere Arbeit der Gruppe wären die explizite Bestimmung einer Zielgruppe sowie die Erarbeitung einer Zieldefinition. Hier sollte überlegt werden, ob eine Zieldefinition anhand der konkretisierten Maßnahme sinnvoll und

für die Beteiligten besser nachvollziehbar bzw. attraktiver wäre. Ebenfalls sollte der Verlauf des Projekts bis hin zur Evaluation weiterhin durch eine wissenschaftliche Begleitung beobachtet und unterstützt werden, um die Anwendung der PQE in diesem Bereich hinreichend zu analysieren.

Die Anwendung der PQE ist auch in anderen Bereichen der Gesundheitskonferenz denkbar, da es zum Selbstverständnis der Gesundheitskonferenz gehört, „Leistungsangebote bürgernah am Bedarf auszurichten“ und „Bedarfslücken [zu] schließen sowie überschüssige Angebote [zu] vermeiden“ (Kreisverwaltung Gütersloh, ohne Angabe). Hierfür werden themenspezifische Arbeitsgruppen gebildet. Um tatsächlich notwendige Bedarfe zu identifizieren, wäre eine Mitbestimmung/Partizipation der Bürgerinnen und Bürger sinnvoll. Aus Sicht der Projektgruppe würden sich dafür Blitzbefragungen oder eine Analyse von Anfragen durch Bürgerinnen und Bürger anbieten. Zudem können gesundheitlich benachteiligte Gruppen speziell mittels Fokusgruppen oder angeleiteten Arbeitsgruppen befragt werden. Anschließend wäre ein Mitwirken Betroffener in den jeweiligen Arbeitsgruppen im Sinne der PQE sinnvoll. Auch hier könnte eine wissenschaftliche Begleitung des Vorhabens zur Erkenntnis beitragen, inwiefern die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern (auch: Patientinnen und Patienten) die Ausrichtung von Leistungsangeboten in der Gesundheitsversorgung beeinflussen und unter dem Strich verbessern kann.

7. Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------------|--|
| OGS | Offene Ganztagschule |
| PQE | Partizipative Qualitätsentwicklung |
| ZiWi-Methode | Methode zur Entwicklung lokaler Ziele und Wirkungswege |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Stufenmodell der Partizipation (modifiziert nach Wright et al. 2010a)..... | 13 |
| Abbildung 2: Kreise der Entscheidung (modifiziert nach Wright et al. 2008b) | 4 |
| Abbildung 3: ZiWi-Methode (modifiziert nach Whright et al. 2010c) | 7 |
| Abbildung 4: Planung, Umsetzung und Wirkungswege von Angeboten zu Ernährung und Bewegung im Offenen Ganztage im Kreis Gütersloh..... | 12 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-------|
| Tabelle 1: Analyse der Umsetzung der PQE im Bereich der OGS (eigene Darstellung)..... | 21-15 |
|---|-------|

8. Literaturverzeichnis

Block, M, von Unger, H & Wright, MT: Partizipative Qualitätsentwicklung. 2008a, unter: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/interventionsplanung.html> (Abruf: 10.02.2014).

Block, M, von Unger, H, Wright, MT: Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 2008b, unter: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/evaluation.html> (Abruf: 10. 02. 2014).

Börner, N, Gerken, U, Stötzel, J et al.: Bildungsbericht Ganztagschule NRW 2013. Dort-mund: Institut für soziale Arbeit e.V., Serviceagentur „Ganztätig lernen“ Nordrhein-Westfalen 2013.

Dellinger, S: Gute (Ganztags-)Schule? Die Frage nach Gelingensfaktoren für die Implementierung von Ganztagschulen. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag 2012.

Engelmann, F, Halkow, A: Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) 2008.

Hurrelmann, K, Laaser, U: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim und München: Juventa Verlag. 4.,vollständig überarbeitete Auflage. 2006, S. 749-780.

Kreisverwaltung Gütersloh: Kreis Gütersloh weltgewandt und bodenständig. Ohne Angabe. Unter: https://www.kreis-guetersloh.de/thema/050/sr_seiten/artikel/112180100000006547.php (Abruf 13. 02. 2014).

Rosenbrock, R: Partizipative Qualitätsentwicklung - um was es geht. In Wright MT (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber. 2010, S. 9-12.

Schäfer, K, Reichel, N: Zehn Jahre OGS –eine Erfolgsgeschichte mit Perspektive. In: Boßhammer H, Heinrich D, Schröder B (Hrsg.): 10 Jahre offene Ganztagschule in Nordrhein-Westfalen - eine Bilanz und Perspektiven. Der Ganztage in NRW Beiträge zur Qualitätsentwicklung. Münster: Institut für soziale Arbeit e.V. 2013, S. 10-11.

Unger, H, Block, M, Wright, MT (2008): Partizipative Qualitätsentwicklung. 2008. Unter: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/bedarfsbestimmung.html> (Abruf: 10.02 2014).

Wright, MT, Block, M, von Unger, H: Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 2008a. Unter: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/durchfuehrung.html> (Abruf 10. 02. 2014).

Wright, MT, Block, M, von Unger, H: Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. 2008b. Unter: <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/methodenkoffer/subnavi/kreise-der-entscheidung.html> (Abruf: 10. 02. 2014).

Wright, MT, Block, M, von Unger, H: Partizipative Qualitätsentwicklung - eine Begriffsbestimmung. In: Wright MT (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 13-32). Bern: Verlag Hans Huber. 2010a, S. 13-32.

Wright, MT, Block, M, von Unger, H: Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber/in. In: Wright MT (Hrsg): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber. 2010b, S. 75-91.

Wright, M T, von Unger, H, Block, M: Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright MT (Hrsg): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber. 2010c, S. 35-52.

5.

Zur Übertragung der Projektergebnisse auf andere Arbeitskontexte der KGK

Christel Kunz, Kreis Gütersloh, Manfred Dickersbach, LZG.NRW

Das in diesem Band beschriebene Modellprojekt hat als ein wichtiges Resultat erbracht, dass die Partizipative Qualitätsentwicklung (PQE) als Instrument – und damit Partizipation als Arbeitsprinzip – auch in Verwaltungskontexten grundsätzlich gewinnbringend eingesetzt werden kann.

Das geht einher mit erkennbaren grundsätzlichen Akzenten in der Entwicklung von Verwaltungen. In der jüngeren Historie von Verwaltungsreformen lassen sich Trends aufzeigen, die für den strukturierten Einsatz von partizipativen Ansätzen sprechen. Gleichzeitig gewinnen im Rahmen der neueren Verwaltungsreformansätze partizipative Steuerungsformen zunehmend an Bedeutung. So wird mit dem Reformleitbild der „Public Governance“ in der Kommunalverwaltung eine stärkere Partizipation von Bürgerinnen und -Bürgern angestrebt.

Im Folgenden soll aufgezeigt werden, ob und wie sich diese Tendenzen auch für Prozesse rund um die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) nutzbar machen lassen, wie Arbeitsgruppen und KGK-Projekte von partizipativen Elementen profitieren können und – besonders – wo in diesem Feld noch ungenutzte Potentiale liegen.

Partizipative Steuerungsformen in der Kommunalverwaltung

Auch in einigen Bereichen der Kommunalverwaltung werden hierarchische teilweise von netzwerkartigen Steuerungsformen abgelöst. Dabei wird die netzwerkartige Koordination und Enthierarchisierung in der governance-orientierten Verwaltungswissenschaft nicht nur im Verhältnis der Verwaltung zu den Bürgerinnen und Bürgern, sondern zunehmend auch innerhalb der Verwaltungen als Reformziel definiert. Parallel wird diese Entwicklung auch in der lokalen Politikforschung aufgegriffen und diskursive Verhandlungssysteme und Verwaltungsreformleitbilder wie die Bürgerkommune¹ scheinen sich gegenüber hierarchischer und marktlicher Koordination zumindest in einzelnen Verwaltungs-

¹ Im Leitbild der Bürgerkommune ist es Aufgabe der kommunalen Entscheidungsträger durch vorausschauendes Partizipationsmanagement die Beteiligungsthemen so zuzuschneiden, dass die Bürger nicht überfordert werden. Hier geht es, aufbauend auf der stärkeren Kundenorientierung, um die Umsetzung einer kooperativen Demokratie.

bereichen durchzusetzen. Der Begriff „partizipative Governance“ umschreibt diese neuen Leitideen. Beispiele hierfür sind die runden Tische der lokalen Agenda und Mediationsverfahren² (vgl. Holtkamp 2009).

Auch die Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) in NRW sind als Teil dieser partizipativen Trends anzusehen. In den rund 15 Jahren ihres Bestehens ist die Kommunale Gesundheitskonferenz flächendeckend in NRW zu einer Institution geworden, die angepasst an die jeweils örtlichen Verhältnisse und unter Einbeziehung aller maßgeblichen Akteure und Interessengruppen vor Ort die Themen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, Gesundheitsförderung und Prävention kontinuierlich behandelt. Die KGK identifiziert ggf. Defizite und Handlungsbedarfe. Sie erarbeitet einvernehmlich und kooperativ Lösungswege und setzt diese unter Selbstverpflichtung der Beteiligten um.

Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung

Der öffentliche Gesundheitsdienst und damit auch die kommunalen Gesundheitskonferenzen erhalten in NRW zunehmend koordinierende Aufgaben. Im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) sind diese Aufgaben im § 23 definiert. Hier ist auch die koordinierende Funktion der unteren Gesundheitsbehörde im Bereich der Gesundheitsförderung als eigenständig wahrzunehmende Aufgabe festgeschrieben. In vielen Zusammenhängen wird der Begriff Gesundheitsförderung mit dem der Prävention verbunden und zum Begriffspaar „Prävention und Gesundheitsförderung“ zusammengefasst. In diesem Sinn ist auch der über das ÖGDG NRW definierte Aufgabenbereich zu verstehen.

Im Rahmen der kommunalen Prävention und Gesundheitsförderung zielen die Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zum einen auf die Gesamtbevölkerung, zum anderen aber auch (und im Rahmen des sozialkompensatorischen Auftrags des ÖGD durchaus in besonderer Weise) auf sozial benachteiligte Zielgruppen. Der Settingansatz stellt hier derzeit das Mittel der Wahl dar, um diese Zielgruppen in ihrem Lebensumfeld zu erreichen. Im Bereich Kindergesundheit spricht die kommunale Prävention und Gesundheitsförderung ihre Zielgruppen überwiegend über die Multiplikatoren in den Settings Kindertageseinrichtung und Schule an.

Wie die Ergebnisse des in diesem Band beschriebenen Modellprojektes zur Anwendung der Partizipativen Qualitätsentwicklung in einem kommunalen Verwaltungskontext aufgezeigt haben, können partizipative Prozesse auch in professionellen Arbeitskontexten (und zunächst) ohne direkte Zielgruppenbeteiligung eine potentiell große Rolle spielen und das Arbeitsgeschehen effizienter und effektiver machen.

Partizipation im Rahmen der KGK

Die Kommunale Gesundheitskonferenz ist zwar als gesetzlich fixierte, aber dennoch in einem Kontext der Selbstverpflichtung entstandene Struktur grundsätzlich für partizipative Prozesse in besonderem Maße prädestiniert. Sie funktioniert nur auf der Grundlage von Freiwilligkeit und gegenseitigem Nutzen. Die KGK-Mitglieder verstehen sich als mitgestaltende Partner in einem übergreifenden kommunalpolitischen Prozess. Sie bringen ihre Interessen ein und übernehmen gleichzeitig gestalterische (Mit-)Verantwortung für die kommunale Gesundheitspolitik. Partizipation wird dadurch zu einer tragenden Säule der KGK, indem sie in Bezug auf die teilnehmenden Institutionen das Gleichgewicht von Eigen- und Gemeinnutzen wahren hilft – und natürlich, indem sie die Handlungspotentiale der einzelnen Konferenzmitglieder, ihre Zielgruppenkontakte und ihre gestalterischen Ideen zusammenführt. So fließt lokales Wissen aus unterschiedlichen Perspektiven in die Bearbeitung der gesundheitspolitisch relevanten Themen ein.

² Bei Mediationsverfahren soll durch umfassende Beteiligung aller betroffenen Interessen ein Konsens der Akteure erreicht werden, der zu einer beschleunigten politischen Beschlussfassung und einer Vermeidung von Klagen vor den Verwaltungsgerichten beitragen soll.

Als idealtypisches Handlungsmuster für die Arbeit der KGK wird oft der sogenannte Public Health Action Cycle (oder gesundheitspolitische Regelkreis) herangezogen: Nach einer datenfundierten Bestandsaufnahme mit Themen- und Prioritätenfindung folgt eine gesundheitspolitische Zielsetzung, danach die Planung und Durchführung von Maßnahmen, gefolgt von der Evaluation und ggf. erneuter Bestandsaufnahme. Die einzelnen Schritte dieses Regelkreises erfordern jeder für sich partizipative Prozesse und die Einbindung einer Vielzahl von Partnern.

Bereits bei der Themen- und Prioritätenfindung spielt die Beteiligung der Konferenzmitglieder eine zentrale Rolle. Für die Bestandsaufnahme werden Daten akquiriert und analysiert. Sofern sich Datenhalter in der Runde der Mitglieder befinden, stellen sie die entsprechenden Daten i. d. R. für die Bestandsaufnahme zur Verfügung.

Auch in den anderen Schritten des Regelkreises können partizipative Methoden nutzbringend eingesetzt werden. Die Methoden dazu werden auf der Internetseite der Partizipativen Qualitätsentwicklung in einem „Methodenkoffer“ ausführlich beschrieben³ und sind den jeweiligen Phasen des Regelkreises zugeordnet. So lässt sich die Methode der angeleiteten Arbeitsgruppe z. B. in allen vier Phasen einsetzen. Die Arbeitsgruppen der KGK stellen i. d. R. bereits eine Umsetzung dieser Methode dar. Sie werden meist entweder von den Geschäftsstellenleitungen der KGK oder von örtlichen Experten geleitet, die für das jeweilige Thema Fachkompetenz besitzen (das können u.a. auch Vertreter von Selbsthilfegruppen sein, die Experten im gesundheitsbezogenen Laiensystem sind).

Im Kreis Gütersloh gibt es zudem langjährige Erfahrungen mit dem Nutzerbeirat als weiterer partizipativer Methode. So trägt beispielsweise bei der „Bürgerinformation Gesundheit und Selbsthilfekontaktstelle des Kreises Gütersloh“ (BIGS) ein Fachbeirat zur Qualitätssicherung und Vernetzung der Einrichtung bei. Darüber hinaus ermöglicht das Erfassen von Anfragen und Anliegen der Nutzerinnen und Nutzer eine Jahresstatistik, die mit den regelmäßigen Jahresberichten u. a. einen Überblick über die häufigsten Anfragen und Anliegen gibt. Die Auswertung dieser Daten dient wiederum zur Gestaltung des Jahresprogrammes der BIGS, womit die Informationsbedarfe der Bevölkerung in den regelmäßig stattfindenden Abendveranstaltungen aufgegriffen werden können.

Gründung und Führung von Arbeitsgruppen

Arbeitsgruppen bilden das operative Kernelement der Gesundheitskonferenzen. Die Geschäftsführung der KGK und ihrer Arbeitsgruppen sind nach dem ÖGDG durch die Untere Gesundheitsbehörde wahrzunehmen. Die Mitglieder von Arbeitsgruppen werden von der Kommunalen Gesundheitskonferenz berufen. Es können neben Mitgliedern der KGK auch externe Personen, die für das zu bearbeitende Problem von Relevanz sind, hinzugezogen werden. Dies können daher auch Vertreter der Zielgruppen bzw. Multiplikatoren als gute Kenner der Zielgruppen sein.

Die Leitung der Arbeitsgruppen wird häufig, wie bereits erwähnt, von den Geschäftsstellenleiterinnen und -leitern der KGK wahrgenommen, kann aber auch durch Mitglieder der KGK oder auch im Tandem erfolgen. Die Einbindung von externen Partnern in die Arbeitsgruppen ist je nach Thema ebenfalls sinnvoll und bereichernd.

Entscheidend für eine erfolgreiche Gruppenarbeit sind die Motivation der Teilnehmenden und die Moderationskompetenz der Leitung. Wie die Ergebnisse des Modellprojektes zeigen, ist die „Angeleitete Arbeitsgruppe“ als eine Methode der PQE besonders geeignet, die Teilnehmenden optimal einzubinden und an dem Entwicklungsprozess zu beteiligen. Der systematische Einsatz von Methoden der PQE in den Arbeitsgruppen der Gesundheitskonferenzen erscheint daher als vielversprechend und als lohnend für weitere Erprobungen und Modellversuche.

³<http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipative-qualitaetsentwicklung.html>

Planung und Durchführung von gesundheitsbezogenen Projekten

Gesundheitsbezogene Projekte, die im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenzen umgesetzt werden, sind Ergebnisse von Diskussionen und Abstimmungen in den Arbeitsgruppen, die dann in die Verabschiedung von Handlungsempfehlungen münden. Die Erarbeitung einer Handlungsempfehlung ist ein Prozess der Konsensfindung, der i. d. R. partizipativ angelegt ist. „Unter den Beteiligten wird dabei eine gemeinsame Sichtweise über das betreffende Gesundheitsproblem, seine Ursachen und mögliche Veränderungsalternativen hergestellt“ (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. Planungshilfe B4, 2001:6). So hieß es seinerzeit in einer Planungshilfe des Landes NRW. Die Praxis im Rahmen der Gesundheitskonferenz des Kreises Gütersloh kommt dem sehr nahe.

Mit der einvernehmlichen, d. h. konsensualen Verabschiedung in der Kommunalen Gesundheitskonferenz erhält die Handlungsempfehlung den Charakter eines Projektauftrages.

Die Projektarbeit der KGK bewegt sich häufig in Schnittstellenbereichen und ist z. T. auch sektorenübergreifend angelegt. In diesem Zusammenhang können auch in anderen Verwaltungskontexten zur Anwendung kommende partizipative Elemente im Rahmen der Qualitätssicherung der KGK gewinnbringend eingesetzt werden. Als Beispiel könnte hier die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe dienen, die bereits Anfang der 90er Jahre auch im Kreis Gütersloh Erfahrungen mit partizipativen Ansätzen aus der Aktionsforschung gesammelt hat, und zwar in Form von sogenannten „Aktivierenden Befragungen“. Hier bieten sich Ansatzpunkte für eine sektorenübergreifende Weiterentwicklung der partizipativen Qualitätsentwicklung⁴.

Bisherige Erfahrungen mit partizipativen Prozessen im Kreis Gütersloh

Nach den Erfahrungen im Kreis Gütersloh funktioniert Partizipation in den Arbeitsgruppen und Projekten der Kommunalen Gesundheitskonferenz bereits recht gut. In den AGs sind i. d. R. Personen vertreten, die zum betreffenden Thema und/oder Problem eine hohe Expertise mitbringen – entweder aufgrund des beruflichen Hintergrundes oder aus persönlicher Betroffenheit heraus, wie z.B. bei Vertretungen der örtlichen Selbsthilfegruppen. „AG-Mitglieder haben selbstverständlich ein Recht auf Information und Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Gleichzeitig wird von den AG-Mitgliedern aber auch eine regelmäßige Anwesenheit bei den AG-Sitzungen und zumindest in gewissem Ausmaß auch die Übernahme von Projektaufgaben erwartet“ (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. Planungshilfe B4, 2001:8). So heißt es wieder in der oben bereits zitierten Planungshilfe.

Idealerweise ist die von der KGK eingesetzte Arbeitsgruppe später zumindest zum Teil identisch mit dem mit der Projektdurchführung betrauten Arbeitsteam. Der Vorteil liegt vor allem darin, dass von solchen Personen eine höhere Motivation zur Umsetzung des Projekts (aber auch ein besseres gemeinsames Verständnis über anzuwendende Methoden und zu erreichende Ziele, über Synergien im Kreis der einbezogenen Partner) erwartet werden kann, die bereits am Planungsprozess beteiligt und verantwortlich in eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung einbezogen waren.

Trotz bereits guter Erfahrungen mit einer partizipativen Arbeitsweise in den Arbeitsgruppen und Projekten der KGK, bietet dennoch der strukturierte und konsequente Einsatz der PQE einen weiteren Mehrwert und zeigt Wege zu intensiverer Partizipation auf. Dies ist zum einen im umfangreichen methodischen Instrumentarium begründet, das die PQE bietet, zum anderen in der zwangsläufig

⁴ Nach Wright ist die PQE eine weitere Ausprägung der Aktionsforschung, die gemeinsam mit Kooperationspartnern aus der Praxis entwickelt wurde mit dem Ziel, Erfahrungen und Erkenntnisse aus der internationalen Diskussion auf den aktuellen Diskurs im deutschen Gesundheitswesen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu übertragen (vgl. Wright 2010:23).

intensiveren Auseinandersetzung mit Möglichkeiten und Grenzen partizipativer Prozesse – nicht zuletzt auch mit der PQE an sich als einer sehr basisnahen, zielgruppenbezogenen Idee. Die thematische Leitfrage des in diesem Band vorgestellten Projekts – die Anwendbarkeit der PQE für kommunale verwaltungsgestützte Prozesse – lässt sich leicht auch auf die AGs einer KGK anwenden und diskutieren.

KGK und lokale Gesundheitspolitik

In NRW gehören Mitglieder des für Gesundheit zuständigen Ausschusses des Rates in kreisfreien Städten oder des Kreistages in den Landkreisen den Kommunalen Gesundheitskonferenzen an.

Im Verfahrensablauf der KGK des Kreises Gütersloh ist seit 2007 zur Vorbereitung der Gesundheitskonferenz vorgesehen, dass der Gesundheitsausschuss vor der Gesundheitskonferenz im nichtöffentlichen Teil seiner Sitzung über neue Themenvorschläge und Handlungsempfehlungen berät und entscheidet (Kreis Gütersloh 2007).

Die Vorschläge des Gesundheitsausschusses zur Themenwahl und zur Verabschiedung von Handlungsempfehlungen werden durch die politischen Vertreter in die Kommunale Gesundheitskonferenz eingebracht. Die weitere Verfahrensweise zur Themenwahl und zur Verabschiedung von Handlungsempfehlungen erfolgt auf der Grundlage der Geschäftsordnung der Kommunalen Gesundheitskonferenz vom 9. Juni 1999. Demnach werden die von der Kommunalen Gesundheitskonferenz zu behandelnden Themen mit Zweidrittelmehrheit festgelegt.

Die erhöhte Beteiligung und Partizipation des Gesundheitsausschusses an Entscheidungsprozessen der KGK hat zu einer verbesserten Zusammenarbeit der beiden Gremien geführt. Darüber hinaus lässt sich feststellen, dass sich durch die veränderte Verfahrensweise die Umsetzungswahrscheinlichkeit von Handlungsempfehlungen und Projekten verbessert hat.

In gewisser Weise handelt es sich hier – schließlich geht es um die Einbindung des höchsten kommunalpolitischen Gremiums, das für Gesundheit zuständig ist – um eine „Partizipation von oben“, bei der die Politik Themen und Handlungsempfehlungen der KGK nahelegt. Hiermit wird der Wirkungsgrad der KGK durch die rechtzeitige Einbindung der Kommunalpolitik erhöht – was vorher grundsätzlich konsentiert ist, hat nachher bessere Aussichten auf Umsetzung und angemessene politische und öffentliche Aufmerksamkeit. Über die Diskussion um Partizipation wird somit auch ein Beitrag zur Findung einer angemessenen Balance zwischen dem Ideal der Bürgernähe und der notwendigen politischen Pragmatik geleistet.

KGK und Bürgerpartizipation

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen ist zu einem zentralen Leitziel der nordrhein-westfälischen Gesundheitspolitik geworden.

So wurde auch die eigentliche Bürgerpartizipation an der KGK vielfach in den KGKs thematisiert. Allerdings wurde und wird dies seit den ersten Jahren der KGKs (und ihrer Vorgängerstruktur, den Runden Tischen der Ortsnahen Koordinierung) kontrovers diskutiert: Ein vertraulicher Diskussionsraum der Professionellen und Entscheidungsträger sowie der Austausch über sensible Daten der Gesundheitsberichterstattung steht gegen den Teilhabewunsch betroffener Zielgruppen.

Die Geschäftsordnung der KGK des Kreises Gütersloh sieht vor, dass die Mitglieder über die Frage der Öffentlichkeit der Sitzungen entscheiden. In ihrer konstituierenden Sitzung hat die KGK des Kreises Gütersloh entschieden, dass die Sitzungen nichtöffentlich stattfinden. Hintergrund war eine intensive Diskussion über den Schutz sensibler Daten.

So spielt auch die GBE in der KGK des Kreises Gütersloh eine zentrale Rolle. Daher wurde hier die Geschäftsstellenleitung der KGK mit der Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung verbunden. Die Vorstellung von Ergebnissen der GBE und ihre Diskussion in der KGK sollten einen geschützten Rahmen haben und nicht zu jedem Thema ungefiltert in die Öffentlichkeit getragen werden.

In Nordrhein-Westfalen haben sich hierzu allerdings auch grundsätzlich andere Verfahrensweisen etabliert, wie etwa bei der „Konferenz für Gesundheit, Pflege und Alter“ im Rheinkreis Neuss oder der Gesundheitskonferenz in Herne. Insbesondere das Herner Modell zur Kommunalen Gesundheitskonferenz stand in der Vergangenheit (und steht immer noch) häufig synonym für die Zusammenführung von Fachleuten, Professionellen im weitesten Sinn und interessierten Bürgerinnen und Bürgern (siehe hierzu z. B.: A. Brandenburg et al., Düsseldorf 1998). Die oben erwähnte intensive und kontroverse Diskussion zu Selbstverständnis und Verortung der KGK zwischen Politikinstrument und bürgernahem Diskussionsforum ist somit keineswegs abgeschlossen. Die Beschäftigung mit dem Thema Partizipation im Allgemeinen – sowie der PQE, ihren Instrumenten und ihrer Philosophie im Besonderen – kann hier möglicherweise noch einmal Impulse und Anregungen zur Reflektion liefern.

Im Gegensatz zur KGK sind die Sitzungen der Pflegekonferenz im Kreis Gütersloh öffentlich. Da die KGK über die Öffentlichkeit der Sitzungen entscheiden kann, ist aber durchaus denkbar, dass es hier zukünftig ebenfalls zu einzelnen öffentlichen Sitzungen kommt, wenn die Themen von besonderem öffentlichem Interesse sind und über die Veröffentlichung der Gesundheitsberichte hinaus eine Bürgerbeteiligung naheliegend ist.

Die Partizipation der Selbsthilfe und damit die Beteiligung von Betroffenen von chronischen Erkrankungen und sozial Benachteiligten war bei der Zusammensetzung der KGK im Kreis Gütersloh immer ein zentrales Anliegen. So wurden insgesamt 5 stimmberechtigte Sitze an Vertreter der Selbsthilfe vergeben.

Partizipation und Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Im ÖGDG NRW ist festgelegt, dass die Kommunale Gesundheitskonferenz an der Gesundheitsberichterstattung mitwirkt. Im Kreis Gütersloh wird der Gesundheitsbericht mit den Empfehlungen und Stellungnahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz dem Kreistag zugeleitet⁵. Zielgruppen der Gesundheitsberichte sind neben den Mitgliedern der KGK und den politischen Gremien auch Fachleute und die Bürger des Kreises Gütersloh.

Partizipation in der GBE bedeutet, die Betroffenenperspektive regelmäßig einzubeziehen und das lokale Wissen der Beteiligten zu nutzen. Dieser Ansatz lässt sich in der Praxis dann umsetzen, wenn bereits vorhandenes, lokales Wissen durch partizipative Prozesse der Informationssammlung und Datenerhebung mit –auswertung expliziert und systematisiert wird (Wright 2010). Von der Geschäftsstellenleitung der KGK wurde ein Konzept für die GBE entwickelt, das die Partizipation als methodische Dimension regelhaft einbezieht⁶ und bei der Erstellung von Gesundheitsberichten im Kreis Gütersloh bereits weitgehend Berücksichtigung findet. Zur Partizipation in der GBE könnten entsprechende Fortbildungen der Gesundheitsberichterstatter hilfreich sein, aber auch eine grundsätzliche methodische und inhaltliche Erweiterung des GBE-Spektrums – die natürlich mit einem höheren Aufwand verbunden ist, der im kommunalen GBE-Alltag nicht immer leicht zu bewältigen sein wird.

⁵Nach § 21 ÖGDG NRW stellt die untere Gesundheitsbehörde zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 regelmäßig Gesundheitsberichte auf der Grundlage eigener und der in der Gesundheitskonferenz beratenen Erkenntnisse und macht die Berichte der Öffentlichkeit zugänglich.

⁶Christel Kunz: Gender- und migrantenspezifische Aspekte beider GBE. Vortrag auf dem 59. Bundeskongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 7. – 9. Mai 2009 in Bielefeld.

Dennoch muss dies grundsätzlich das Ziel sein: Wo im Rahmen der GBE nicht nur vorhandene Statistiken verwendet werden, sondern z.B. spezifische Zielgruppen befragt werden, in relevanten Settings gesundheitsbezogene Erhebungen durchgeführt werden (Quartierprofile), quantitative Standarddaten durch qualitative Erhebungen und Analysen ergänzt werden, sind gute Voraussetzungen für eine partizipative und bürgernahe, die Perspektive der Betroffenen berücksichtigende GBE gegeben. Eine zielgruppen- und lebensweltbezogene Erweiterung der Daten- und Informationsgrundlage begünstigt in diesem Sinne eine breite Partizipation und damit auch eine differenziertere und basisnähere Problembeschreibung und Berichterstattung.

Voraussetzungen im Umgang mit der PQE

Es ist verschiedentlich – auch in den anderen Beiträgen dieses Bandes – schon angeklungen: Die PQE ist durchaus eine anspruchsvolle Methode – mit zahlreichen Möglichkeiten, aber auch einem komplexen Instrumentarium, das es zu beherrschen gilt. Zwei wesentliche Voraussetzungen für einen erfolgreichen Umgang mit der PQE sollen hier aufgeführt sein:

- Eine gute Vertrautheit mit der Methode der PQE sollte gegeben sein. Wenn keine externe Begleitung gewünscht oder möglich ist, sollte eine verantwortliche interne Moderation festgelegt werden, die die Grundlagen der PQE vermitteln kann. Im Vorfeld bietet sich dazu eine entsprechende Fortbildung an. Vorerfahrungen und Kenntnisse in Moderationstechniken sind von Vorteil.
- Alle Beteiligten müssen sich auf die Methodik der PQE einlassen. Das Instrument erfordert engagierte Mitwirkung und das Bestreben aller Beteiligten, die eigene Partizipation zu verwirklichen – insbesondere sich inhaltlich einzubringen und Verantwortung zu übernehmen.

Im Gegenzug bietet die PQE einen sehr umfassenden Blick auf die Möglichkeiten partizipativen Handelns. Im deutschsprachigen Raum dürfte es hier zu diesem Thema derzeit keine vergleichbare Methodik geben.

Potentiale zur Verbesserung der Partizipation

Wie in der Darstellung der verschiedenen Wirkungsbereiche der KGK aufgezeigt wurde, sind partizipative Prozesse bereits in einigen Arbeitsfeldern der KGK im Kreis Gütersloh umgesetzt worden. Eine systematische Erschließung weiterer Anwendungsbereiche könnte diese Entwicklung befördern und sukzessive die vollen Potentiale des partizipativen Ansatzes – und der PQE als seiner umfassenden Operationalisierung – erschließen.

In den im Folgenden aufgelisteten Bereichen liegen in diesem Sinne besondere Möglichkeiten zur Verbesserung der Partizipation im Rahmen der KGK:

- Integration des partizipativen Ansatzes in das QM von Gesundheitsprojekten (bietet sich besonders an bei Projekten mit benachteiligten Zielgruppen – hier stellt Partizipation ein vorrangiges Qualitätskriterium dar, das in besonderem Maß Akzeptanz, Toleranz und ggf. auch die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit befördern kann.)
- Integration des partizipativen Ansatzes in die GBE (u. a. als Weg zur Erschließung neuer Informationsquellen und -grundlagen)
- Erschließung und Nutzung von lokalem Wissen für die Prävention und Gesundheitsförderung (Die Zusammenführung von Potentialen und Kompetenzen möglichst vieler Akteure und Betroffener ist eine wichtige Voraussetzung für wirkungsvolle und nachhaltige Gesundheitsförderung. In der Kenntnis der Settings und Lebenswelten (auch Quartier) im kommunalen Raum liegt ein wichtiger Schlüssel für erfolgreiche, breit akzeptierte und dauerhaft verankerte Projekte).

Dabei ist immer im Auge zu behalten, dass die KGK Teil eines kommunalpolitischen Gefüges ist, dessen Regeln sie zu beachten hat. Als Bestandteil der Kommunalverwaltung ist sie auf politische Partnerschaften angewiesen, muss Interessenlagen, aktuelle kommunalpolitische Themen und Prioritäten, Machbarkeit, Finanzierbarkeit und vieles mehr im Auge behalten. Das partizipative Anliegen kann auch unter diesen Vorzeichen einen Mehrwert darstellen – indem Bedarfslagen differenziert zum Ausdruck kommen oder breit gefächerte Potentiale, Kompetenzen, Zielgruppenzugänge oder materielle Ressourcen in der Umsetzung von Maßnahmen zusammengeführt werden können. Gleichwohl bleibt Partizipation ein idealistisch geprägtes, basisdemokratisches, manchmal durchaus visionäres Anliegen, mit einer hohen Affinität zur Erschließung neuer Handlungsräume und -möglichkeiten, das sich vor dem Hintergrund kommunalpolitischer Realitäten und Zwänge nicht in jedem Fall und im vollen wünschenswerten Umfang wird verwirklichen lassen.

Dennoch: Bekannte Wirkungen und positive Effekte des partizipativen Ansatzes – dass Menschen sich mitgenommen fühlen und mit mehr Motivation und Engagement an ihre Arbeit gehen, dass praxisbezogenes Denken, lokales Wissen und neue Ideen in ein Projekt eingehen, dass die Nachhaltigkeit einer Intervention durch breite Beteiligung und Identifikation gestärkt wird – gelten für praktisch jede Form von gesundheitsförderlichem Projekt, gleich ob es um eine verwaltungsbezogene, settingorientierte oder zielgruppenbezogene Intervention geht. Dafür, dass ein partizipativ angelegtes Projekt eine enorme Dynamik erzeugen und gleichzeitig für alle Beteiligten mit einer gehörigen Portion Spaß und Freude an der Arbeit verbunden sein kann, steht das in diesem Band beschriebene Gütersloher Projekt der „Koordinationsstelle Ernährung und Bewegung im Offenen Ganztage“ vielleicht in ganz besonderem Maße.

Literatur

A. Brandenburg; M. Nowak; K. Winkler: Die kommunale Gesundheitspolitik benötigt wirksame Instrumente, in: H. J. Dahme; N. Wohlfahrt (Hg): Verbesserung oder Ende der Gesundheitsförderung, Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Bd. 19, Düsseldorf, 1998, 87 – 99)

Bundesärztekammer (Hrsg.). Beschlussprotokoll des 117. Deutschen Ärztetages, Düsseldorf, 27. bis 30. Mai 2014, Berlin 2014,

(entnommen: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf>)

Holtkamp L: Verwaltung und Partizipation: Von der Hierarchie zur partizipativen Governance? In: Czerwick E. et al. (Hrsg.): Die öffentliche Verwaltung in der Demokratie der Bundesrepublik Deutschland. VS Verlag für Sozialwissenschaften GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2009.

Kreis Gütersloh, Kreistagsinformationssystem, Drucksachen-Nr.: 1861, 2007

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (Hrsg.): Planungshilfen für Koordination und Management B4. Projektmanagement I: Handlungsempfehlung und Arbeitsgruppe. Lögd Bielefeld 2001

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. Planungshilfe B4: Projektmanagement I - Handlungsempfehlung und Arbeitsgruppe, 2001.

Wright MT (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber 2010.

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

