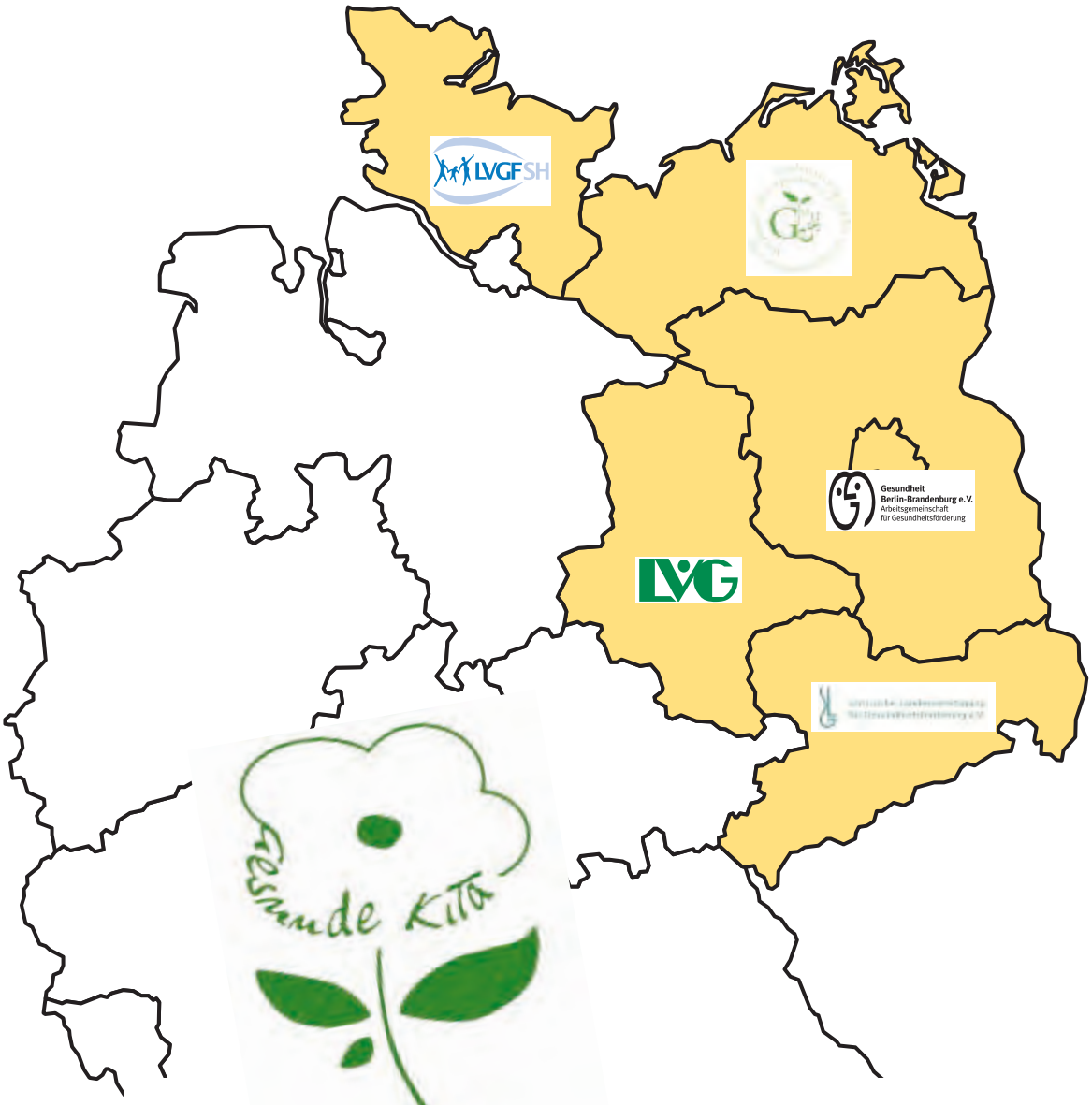
Landesvereinigung für Gesundheit
Sachsen-Anhalt e.V.



Wirkmechanismen

gesundheitsbezogener Qualitätsentwicklung im Setting KiTa – das Audit Gesunde KiTa

Vorwort

Das Audit Gesunde KiTa wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. in Zusammenarbeit mit Erzieherinnen und Leiterinnen aus neun Kindertagesstätten in Sachsen-Anhalt über einen Zeitraum von zwei Jahren entwickelt und 2005/ 2006 auf seine Tauglichkeit in ausgewählten Modell-KiTas geprüft. Mit Unterstützung von Ministerien, Kranken- und Unfallkassen wurde das Audit Gesunde Kita bereits in sieben Bundesländern angewandt. Neben Sachsen-Anhalt betreuen heute Zertifizierungsstellen in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Schleswig-Holstein interessierte KiTas bei der Einführung und Umsetzung des Audits. Mit diesem Zertifizierungsverfahren zur Qualitätssicherung und -entwicklung für gesunde Kindertagesstätten verknüpfen sich viele Ansprüche und Erwartungshaltungen, die nur bedingt im Audit berücksichtigt werden können. Die regelmäßige Überprüfung und laufende Optimierung ermöglicht es, aktuelle Entwicklungen im KiTa-Bereich aufzunehmen und das Verfahren noch handhabbarer zu machen. Als Urheber achten wir durch vorgegebene Audit-Materialien und ein weitestgehend einheitliches methodisches Vorgehen bei der Umsetzung auch auf die Qualität des Verfahrens selbst.

Viele positive Rückmeldungen, vor allem aber die Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung in den KiTas und ihrer Entwicklungen als gesunde Lebensräume, die wir mit jedem Zertifizierungsverfahren wahrnehmen konnten, bestärkten uns darin, das Audit Gesunde KiTa noch einmal richtig auf den Prüfstand zu stellen und seine Wirkungen von Experten der Bildungsforschung untersuchen zu lassen. In Prof. Dr. Kliche von der Hochschule Magdeburg-Stendal fanden wir einen Partner, der sich gemeinsam mit Absolventen bzw. Studenten im Rahmen des Kinder stärken e.V. der Aufgabe mit Begeisterung stellte. Hiermit legen wir die Studie „Wirkmechanismen gesundheitsbezogener Qualitätsentwicklung im Setting KiTa – das Audit Gesunde KiTa“ vor.

Wir freuen uns auf Rückmeldungen und möchten die Gelegenheit nutzen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die die Studie förderte, für diese Unterstützung zu danken. Mit der Studie folgen wir dem Anspruch, die Effekte gesundheitsförderlicher Maßnahmen nachzuweisen. Sie ermöglicht uns, den Landesvereinigungen für Gesundheit, die das Verfahren in ihren Ländern begleiten, den KiTas, die das Verfahren anwenden und den Förderern, die die Finanzierung unterstützen, sicher zu sein, dass wir alle eine wirksame Gesundheitsinvestition tätigen.

In diesem Sinne hoffen wir auf weitere Nachnutzer und Förderer.

Martina Kolbe
Geschäftsführerin
Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.

Inhalt

1. Zusammenfassung 5

2. Aufgabenstellung 7

3. Forschungsplan 8

4. Durchführung und geleistete Teilschritte 8

5. Vorgehen 10
5.1 Theoretisches Vorverständnis für den Forschungsplan 10
5.2 Einrichtungsbefragung 10
5.2.1 Die einbezogenen Kitas (Grundgesamtheit) 10
5.2.2 Die befragten Einrichtungen (Stichprobe) 11
5.2.3 Die Instrumente (Anschreiben, Fragebogen) 15
5.2.4 Die Datenerhebung 17
5.2.5 Auswertungen 18
5.3 Experteninterviews 21
5.3.1 Die befragten Experten (Stichprobenbeschreibung) 21
5.3.2 Der Leitfaden 23
5.3.3 Die Datenerhebung 23
5.3.4 Auswertungen 24
5.4 Validierung der Zwischenergebnisse 27

6. Ergebnisse der Einrichtungsbefragung 28
6.1 Bewertung des Audit durch die Kitas 28
6.1.1 Gesamtbewertung 28
6.1.2 Bewertung der Gütekriterien 28
6.1.3 Wirksamkeit der Einzelelemente des Audit für die Qualitätsentwicklung 29
6.2 Akzeptanz des Audits bei Träger, Eltern und Kuratorium 30
6.3 Wirksamkeit des Audits 30
6.3.1 Effektbreite: Erzielte Verbesserungen in verschiedenen Bereichen 30
6.3.2 Effekttiefe: Mittlere Verbesserungsstärke 31
6.4 Anforderungen der Durchführung 32
6.4.1 Gewicht verschiedener Hürden bei der Durchführung 32
6.4.2 Zeitbedarf und Arbeitsteilung 33
6.4.3 Geldmittel und Finanzierungswege 34

7. Ergebnisse der Experteninterviews 34
7.1 Gesamtbewertung des Audits 34
7.2 Wirksamkeit: Berichtete Effekte 36

7.2.1 Effektbreite: Erzielte Verbesserungen in verschiedenen Bereichen 36
7.2.2 Effekttiefe: Berichtete Veränderungsstärke 37
7.2.3 Wirksamkeit: Wirkungsketten 44
7.2.4 Wirksamkeit: Deckeneffekt bei hohem Einstiegsniveau 46
7.3 Anforderungen der Durchführung 47
7.3.1 Berichtete Erfolgsfaktoren und Anforderungen 47
7.4 Entwicklungsempfehlungen der Kitas 52

8. Diskussion 53

9. Folgerungen und Empfehlungen 54

10. Literatur 57

11. Anhang: Abkürzungsverzeichnis und Erhebungsinstrumente 60

1. Zusammenfassung

Hinreichend hoher Gesamtrücklauf, methodenkomplementärer Forschungsplan. In die Studie einbezogen wurden per Einrichtungsbefragung alle 208 Kitas mit Erfahrung bei der Nutzung des Audits. Die Nettoausschöpfung lag hier bei knapp drei Vierteln (73%). An vertiefenden Experteninterviews nahmen 37 Personen teil; die Stichprobendefinition dafür erfolgte durch systematische Variation der Perspektiven sowie nach dem Sättigungsprinzip. Die Datenerhebungen erfolgten mit telefonischen Vorankündigungen und Nachfassbefragungen vom 15.01. – 05.02.2015.

Fragebogen und Interview-Leitfaden sprachen neben Strukturmerkmalen der Kitas die Gesamtbewertung des Audits, damit erzielte Effekte, Nutzen der Einzelbausteine dieses Qualitätsmanagementinstruments, Hürden und Förderfaktoren der Durchführung sowie Nachhaltigkeit und Merkmale der wichtigsten Innovationen und ihre Verursachung durch das Audit an. Zentrale Befunde waren:
Die Stichprobenmerkmale variierten breit und ermöglichten Aussagen über alle Teile der Grundgesamtheit. Die auffällig hohe Verteilung zugunsten der ostdeutchen Bundesländer (über 90%) entsprach den Merkmalen der Grundgesamtheit.

Hohe Gesamtzufriedenheit mit dem Audit Gesunde KiTa: Die Zufriedenheit aller Einrichtungen, die sich mit dem Audit auseinandergesetzt haben, war hoch bis sehr hoch (M = 3,25 auf einer Skala von 0 bis 4; n = 135).

Die grundlegenden Anforderungen an ein Verfahren zum Qualitätsmanagement – Unparteilichkeit, Zuverlässigkeit und Aussagekraft der Ergebnisse – beurteilten die Befragten ebenfalls als gut bis sehr gut (Mittelwerte über 3,0 auf einer Skala von 0 bis 4). Die Akzeptanz des Audits bei Eltern, Elternvertretung und Träger war ebenfalls überwiegend gut (Mittelwerte um 3,0), relativ am geringsten ausgeprägt noch bei den Trägern (M = 2,72).

Nachhaltige und breite Wirksamkeit des Audits Gesunde KiTa: Sowohl die Expertenbefragung als auch die Einrichtungsbefragung brachten vielfache Belege für deutliche, dauerhafte, gesundheitsbezogene Struktur- und Prozessverbesserungen in den Kitas in einem breiten Spektrum von Themen- bzw. Handlungsfeldern.

Der Gesamtmittelwert der Wirkungseinschätzung lag in der Einrichtungsbefragung bei 3,33 (auf einer Skala von 0 bis 4), also im Bereich klarer bis sehr starker beobachteter Effekte. Die am häufigsten und stärksten ausgeprägten Veränderungen betrafen die Handlungsfelder Ernährung, Gesundheit als Querschnittsziel, Gesundheitsbewusstsein und -verhalten der Kinder, Einzelprojekte zur Gesundheitsförderung sowie Zusammenhalt im Team. Es folgten Veränderungen für das Team selbst, nämlich verbesserte gegenseitige Unterstützung und erhöhte Arbeitszufriedenheit. Maßnahmen

zur gesundheitsgerechten Ausstattung, zur Gesundheitsförderung für das Team sowie zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung waren hingegen sowohl weniger verbreitet als auch von geringerer mittlerer Intensität.

Die befragten Experten brachten in den vertiefenden Interviews fast alle eine klar positive Einschätzung dieses Qualitätsmanagement-Verfahrens zum Ausdruck. Sie nannten zahlreiche Veränderungen und Wirkungen des Audits. Als Teilgruppen wurden deutlich:

- nur sehr wenige Kitas ohne oder mit ungesicherten Effekten (etwa 20%), in dieser Teilgruppe waren Kitas mit hohem Eingangsniveau stark vertreten, Deckeneffekte traten auf,
- auf der anderen Seite eine ebenso stark besetzte Spitzengruppe (etwas über ein Fünftel der Einrichtungen) mit äußerst günstiger Entwicklung, sehr breiten Effekten, also mind. 10 betroffenen Handlungsfeldern und hoher Nachhaltigkeit (alles verstetigt),
- dazwischen etwa die Hälfte der Kitas mit nachhaltigen Verbesserungen in Ausstattung, Bau, Ernährungsangebot und Ausstattung, auf dem Weg zum vollständig umgesetzten Setting-Ansatz.

Umsetzungsbedingungen: Unter den Hürden und Förderfaktoren nahmen zeitliche Ressourcen eine Schlüsselstellung ein, verbunden mit finanziellen Mitteln, da deren Fehlen zu verstärkter Sponsoren-Werbung Anlass gab, und verknüpft mit der Team-Motivation und der Unterstützung seitens des Trägers.

Der spürbare Zeitaufwand für die Durchführung des Audits wurde in der Einrichtungsbefragung von 34,5% der Kitas als Schwierigkeit erlebt. 33,8% (n=49) empfanden die Durchführung des Audits als eine klare Zusatzbelastung speziell für die Kita-Leitung. Der Mittelwert benötigter Personenstunden lag nach Schätzung der Befragten bei 25,27 (s = 49,5), davon etwa die Hälfte, nämlich 12,85 Arbeitsstunden, für die Leitung (s = 23,7). Die hohe Streuung bestätigt sehr divergente Einführungsverläufe in den Kitas, jedoch durchgehend eine starke Rolle der Leitung.

Der wichtigste einzelne Geldgeber war – bei 35,2% der Kitas – der Träger. 29% der Kitas finanzierten das Audit Gesunde KiTa durch das eigene Budget. Externe Finanzierungsquellen hatten 35,8% der Einrichtungen gefunden, und zwar bei einem Viertel (25,5%) Sponsoren und bei einem Zehntel (10,3%) Spenden. Rund ein Drittel der Einrichtungen finanzierte das Audit also gänzlich aus externen zusätzlichen Geldquellen.

Fazit: Hohe, nachhaltige Wirksamkeit als Qualitätsentwicklungsverfahren. Das Audit kann somit eine hohe Wahrscheinlichkeit beanspruchen, eine Kita nachhaltig gesundheitsbezogen in mehreren Handlungsfeldern weiterzuentwickeln. Mit den in Nutzerinterviews aufgezeigten Mikro-Prozessen der Wirkungsketten hin zu

gesundheitsbezogenen Qualitätsgewinnen in 80% der Kitas konnten die günstigen beobachteten Effekte tatsächlich auf das Audit Gesunde KiTa zurückgeführt werden.

2. Aufgabenstellung

Im Setting Kita koexistieren zahlreiche Qualitätsmanagementsysteme (u.a. fünf Kriterienkataloge aus nationalen Qualitätsprojekten, mehrere Systeme der großen Wohlfahrtsverbände und ihrer Fachinstitute sowie Zertifizierungen zahlreicher kleinerer Institute wie z.B. ArtSet). Sie fassen Gesundheit vor allem als nachgeordneten Teilaspekt des Bildungsbereichs Körpererfahrung auf. Nur wenige beziehen sich auf Gesundheit und greifen daraus auch nur Einzelaspekte auf (Bewegung und Ernährung in Qualitätsentwicklungsangeboten der Sportverbände). Daher hat das Audit Gesunde KiTa im Feld der Frühpädagogik mehrere für Gesundheitsförderung wichtige Alleinstellungsmerkmale:

1. Es spricht alle Akteure in der Kita an, also nicht nur Kinder-, sondern auch Mitarbeitergesundheit.
2. Es verankert Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe.
3. Es folgt dem Setting-Ansatz (Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention, partizipative Entwicklung von Veränderungen, Nachhaltigkeit usw.).

Das Verfahren wurde partizipativ unter Einbindung zahlreicher Fachkräfte entwickelt und wird unter Beteiligung und Qualifizierung von Praktiker_innen umgesetzt. Zahlreiche Rezertifizierungen und die Verbreitung über sieben Bundesländer, die Netzwerkbildung zwischen zertifizierten Einrichtungen sowie die Berichte aus der Praxis zeigen einen hohen Nutzen des Audits für Teams, Kinder, Einrichtungen und Träger. Mit dem quantitativen Ausbau der Frühen Bildung, Betreuung und Erziehung sowie neuen gesellschafts-, bildungs-, gleichstellungs- und sozialpolitischen Vorgaben an Träger und Einrichtungen verändern sich jedoch auch die Anforderungen an das Qualitätsmanagement. Insbesondere der Mitarbeitergesundheit wächst zentrale Bedeutung zu (u.a. wg. Erhalt von Arbeitsfähigkeit – workability – und Verbleib von älteren Fachkräften bei wachsendem Fachkräftemangel).

Das Projekt sollte daher klären, welche Wirkungsbedingungen gesundheitsbezogene Qualitätsentwicklung im Setting Kita hat und wie sie sich derzeit verschieben:

4. Welche Wirkungen erzielt das Audit aktuell?
5. Mit welchen Wirkmechanismen werden die Effekte erreicht?
6. Welche Voraussetzungen und Förderfaktoren sind in Betracht zu ziehen, insbesondere Zeit / Personalaufwand und Mittelbedarf, die die künftige Verwendung als Weg der Gesundheitsförderung beeinflussen?

3. Forschungsplan

Zur Klärung der Forschungsfragen wurden zwei Wege beschritten, die auf ein Mixed Methods Design aufbauen, also einen Methodenmix quantifizierender und qualitativ erkundender und klärender Datenerhebungs- und Auswertungsverfahren. Hiermit wurden folgende Ziele verfolgt:

- Aufzeigen von Wirkungspfaden: Da wenig über die Wirksamkeit von Qualitätsmanagement bekannt ist und die vergleichbaren Studien aus der Gesundheitsversorgung eher skeptisch über die zu erwartenden Effekte und Effektgrößen stimmen, war der Nachweis intendierter, aber auch unbeabsichtigter Folgen der Intervention Audit Gesunde KiTa zum Absichern von Kausalitätszusammenhängen ein vorrangiges Ziel der Studie (Kelle, 2006).
- Ergebnistriangulation, also gegenseitige Prüfung und Bestätigung der Befunde (Flick, 2004): Selbsteinschätzungen und rückblickende Selbstberichte über Wirkungen einer selbst durchgeführten Intervention können von Verzerrungen durch günstige Selbstdarstellung oder Selbstüberschätzung erreichter Effekte belastet sein. Um diesen Vorbehalt auszuräumen, wurden einerseits die Fragebögen um halboffene Erhebungselemente zur Validierung der quantitativen Studienteile erweitert. Andererseits wurden die Interviews so angelegt, dass die Aussagen der Fragebögen durch sie erklärt, abgestützt und plausibilisiert werden konnten. Die Fragebögen zielten vor allem auf Wirkungsfelder und Einschätzung der erreichten Veränderungen, die qualitativen Studienelemente zielten zur Untermauerung dieser Befunde vor allem auf Kurzbeschreibungen der erreichten Veränderungen sowie auf den Nachweis von Wirkmechanismen, die die berichteten Veränderungen in Gang setzten.

Aus den Zielsetzungen und diesen Vorüberlegungen ergab sich folgender Forschungsplan:

1. Alle Einrichtungen, die Erfahrungen mit dem Audit gesammelt haben, erhielten einen kurzen Fragebogen (2 Seiten, max. 15 Minuten). Er spricht u.a. Nutzen, Wirkungen und Akzeptanz des Verfahrens sowie Bewertungskriterien für QM an.
2. Mit ausgewählten Fachkräften (Einrichtungsleitungen, Träger) fanden vertiefende Experteninterviews zu Wirkmechanismen, Gelingensfaktoren, Anforderungen und verallgemeinerbaren Erfahrungen mit dem Audit statt. Stichprobenumfang und -zusammensetzung wurden nach der Methodik qualitativer Sozialforschung (Variation der Perspektiven sowie Sättigungskriterium) nach Zwischenauswertungen angepasst und festgelegt.

Die Ergebnisse wurden mit Experten und Expertinnen des Arbeitsfeldes kommunikativ validiert, d.h. Fachleute mehrerer Träger und Ebenen kommentieren die Befunde in einer Fokusgruppe. Ihre Interpretationen und Hinweise werden im Abschlussbericht berücksichtigt.

4. Durchführung und geleistete Teilschritte

Die Durchführung erfolgte von Dezember 2014 bis Februar 2015, mit Nachfertigung einzelner Teilschritte bis April 2015 infolge der Anforderungen von Rücklauf und Datenkomplexität. Alle Schritte wurden plangemäß durchgeführt. Aufgrund hohen Datenaufkommens und hohen Datenrücklaufs in der letzten Erhebungswoche wurden die Auswertungen von Interviews und Fragebogen allerdings nach Projektende fortgesetzt. Dadurch konnten (a) vertiefte Analysen (Gruppenvergleiche) erstellt werden, (b) Landeskoordinator_innen des Audits als wichtige Expert_innen in die Befragung einbezogen werden, (c) eine hinreichende Zahl von Einrichtungen für Gespräche gewonnen werden, die das Audit aus verschiedenen Gründen nicht in der regulär empfohlenen Zeit zur Rezertifizierung angemeldet hatten (d.h. mögliche Aussteiger oder Kitas mit besonders schwierigen Umsetzungsbedingungen).

Erbracht wurden alle im Projektplan vorgesehenen Leistungen:

1. Instrumentenentwicklung (Leitfaden für Interviews und für Telefonvorgespräche zur Befragtengewinnung, Fragebogen, Anschreiben, Erinnerungsschreiben). Die Instrumente Leitfaden und Fragebogen wurden zudem in Pretests erprobt und nach den ersten Durchgängen optimiert (Instrumente im Anhang).

2. Drei Fachleute für die Experteninterviews, d.h. Personen mit Grundausbildung in qualitativer Sozialforschung (BA oder Studierende), mit Kenntnissen des Arbeitsfelds Kita (d.h. mit Erzieher_innenausbildung und möglichst auch Leitungserfahrung) wurden rekrutiert, geschult und während der ersten Interviews supervidiert.

3. Eine Gruppe aus 35 geeigneten Expert_innen als Ausgangsstichprobe für die Expertenbefragung wurde definiert und leitfadengestützt befragt. Die Interviews wurden transkribiert und mit der Entdeckenden Heuristik ausgewertet (Entwicklung eines Codierschemas, Vorauswertung der gefundenen Hürden zwecks Fragebogenentwicklung, Entwicklung einer Ausgangstheorie als Vorverständnis, Durchführung der Codierung und Zusammenfassung der Befunde nach den Forschungsfragen).

4. Sämtliche Einrichtungen mit Erfahrung im Einsatz des Audits (n = 208 Kitas) erhielten Fragebogen und Anschreiben Anfang Januar auf dem Postweg. Die Fragebögen wurden deskriptiv ausgewertet.

5. Ein Validierungs-Workshop zu Zwischenergebnissen mit Expert_innen aus dem Arbeitsfeld fand am 13. Februar in Magdeburg statt. Die Ergebnisse wurden bei der Erstellung der Dateninterpretationen und Folgerungen berücksichtigt.

6. Der Bericht wurde erstellt. Eine Präsentation der Ergebnisse wird angeboten. Zusätzlich werden Veröffentlichungsmöglichkeiten abgestimmt.

Die LVG Sachsen-Anhalt unterstützte das Projekt durch Beteiligung an der Auswahl der Experten zur Stichprobenbildung der Leitfadengespräche, Bereitstellung eigener Fachkräfte als Interviewpartner, Kontaktdaten zu den Kitas und Netzwerken, fachlich

beratende Projektbegleitung, Beteiligung an Planung und Durchführung des Validierungsworkshops und Beratung bei der Verbreitung der Ergebnisse.

5. Vorgehen

5.1 Theoretisches Vorverständnis für den Forschungsplan

Instrumente und der Erstentwurf zum Auswertungsschema der qualitativen Daten in Fragebogen und Leitfadeninterviews wurden an ein Kaskadenmodell der Wirksamkeit von Innovationen in Schulischer Gesundheitsförderung angelehnt (Kliche, Werner & Post, 2006). Dieses auf Daten aus 55 Schulen und 2 Kitas gestützte Modell zeigt differentielle Wirksamkeit systemisch-zentraler Interventionen für unterschiedliche Zielgruppen sowie proximale und distale Wirkungen: Unmittelbare Veränderungen nach Intervention waren in den Einrichtungen selbst zu erwarten, weil diese durch die Einrichtung und namentlich deren Leitung mit Unterstützung oder Vollmacht des Trägers selbst gestaltet und hergestellt werden können. Später erst erreichen Veränderungen dann Kinder und zuletzt Familien und soziales Umfeld einer Bildungseinrichtung. Hinsichtlich der erzielten Veränderungen in jedem dieser Wirkungskreise sind Struktur- und Prozessqualität einschließlich der Orientierungs- bzw. Konzeptqualität bei Einrichtung und Fachpersonal rasch und mit erheblicher Plastizität veränderbar; Einschränkungen der Veränderung von Struktur- und Prozessqualität ergeben sich dabei aus gesetzlichen Vorschriften, etwa zum Personalschlüssel und Finanzierungsrestriktionen, etwa hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung. Später folgen gesundheitsbezogene Verhaltens- und Einstellungsänderungen bei den Zielgruppen Fachpersonal und Kinder. Geeignete Interventionsgestaltung erzielt jedoch durch Hawthorne-, Pygmalion-Effekte, auch sofortige Verbesserungen in Zufriedenheit, Wohlbefinden und Identifikation mit der Einrichtung. Erst weit schwächer und stark verzögert, da moderiert durch komplexe Umweltbedingungen, folgen Veränderungen im Gesundheitsstatus nach.

Insgesamt sind also Aspekte der Organisationskultur rascher und stärker veränderbar als die Gesundheit selbst. Deren Veränderung beruht jedoch auf den proximalen Ersteffekten. Können solche belegt werden, ist eine Prognose auf spätere Gesundheitsverbesserungen plausibel. Alternativ wären extrem aufwendige und teure Langzeitstudien mit Cluster-randomisierten Kontrollstichproben von Einrichtungsgruppen erforderlich (Kliche, 2012).

5.2 Einrichtungsbefragung

5.2.1 Die einbezogenen Kitas (Grundgesamtheit)

In die Studie einbezogen wurden alle 208 Kitas mit Erfahrung bei der Nutzung des

Audits (n = 208). Diese haben laut den Aufzeichnungen der LVG das Audit Gesunde KiTa im Zeitraum von 2006 bis 2014 durch mindestens eine Zertifizierung erlangt.

Bundesländer	Häufigkeiten	% Häufigkeiten
Sachsen-Anhalt	78	37,5 %
Sachsen	48	23,08 %
Brandenburg	29	13,94 %
Berlin	21	10,96 %
Mecklenburg-Vorpommern	19	9,14 %
Schleswig-Holstein	12	5,77 %
Niedersachsen	1	0,48 %

Tab. 1: Einbezogene Kitas und deren Verteilung auf die Bundesländer

5.2.2 Die befragten Einrichtungen (Stichprobe)

Durch unterschiedliche Gründe (Bsp. Aufgabe, Überschwemmung, Fusion etc.) wurden 9 Fragebögen als unzustellbar zurückgesandt. Der Rücklauf umfasste somit 145 Fragebögen, also eine Nettoausschöpfung von 72,86% bei einem Bruttorücklauf von 69,71%.

Die folgende Stichprobenbeschreibung bezieht sich ausschließlich auf die in den zurückgesandten Bögen erfassten Daten. Bei den Prozentangaben ist in der Regel vom Gesamtumfang der Nettoausschöpfung auszugehen, da nur vereinzelt fehlende Werte vorlagen. Nach Datenschluss wurden zwei weitere Fragebögen eingesandt, die nicht mehr einbezogen wurden.

Erstnutzung oder Verstetigung: Hinsichtlich der regulären Nutzung des Audits in den befragten Einrichtungen fand die letzte Zertifizierung bei den meisten Kitas (72,4%) pünktlich statt, also im Zeitraum zwischen 2011-2014. 17,2% der Kitas wurden zwischen 2009-2010 zuletzt zertifiziert, 10,3% 2008 oder früher (bis 2006).

44,1% war das erste Mal zertifiziert worden. Fast die Hälfte (47,6%) hatte das Audit bereits zum zweiten Mal genutzt, es also verstetigt. Die höchste Zahl lag bei drei Zertifizierungen (8,3%.) Die hohe Zahl der Wiederholung – über 55% – trotz Freiwilligkeit und Finanzierungsbedarf, war ein erster Hinweis auf eine günstige Kosten-Nutzen-Abwägung in den Einrichtungen.

Bundesländer: Es wurden Kitas aus den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein befragt. Dabei stammt der größte Anteil der erfassten Daten von Kitas aus

Sachsen-Anhalt (36,6%). Sachsen folgt mit 20,7%, dann Brandenburg (13,1%), Berlin (10,3%), Mecklenburg-Vorpommern (9,7%) und Schleswig-Holstein (7,6%). Aus Niedersachsen (0,7%) wurde ein Fragebogen erfasst. Somit wurden aus allen am Audit Gesunde KiTa teilnehmenden Bundesländern Fragebögen erfasst, allerdings lag der Schwerpunkt entsprechend der Verbreitungsräume auf Sachsen-Anhalt (rd. ein Drittel) und den östlichen Bundesländern (über 80%).

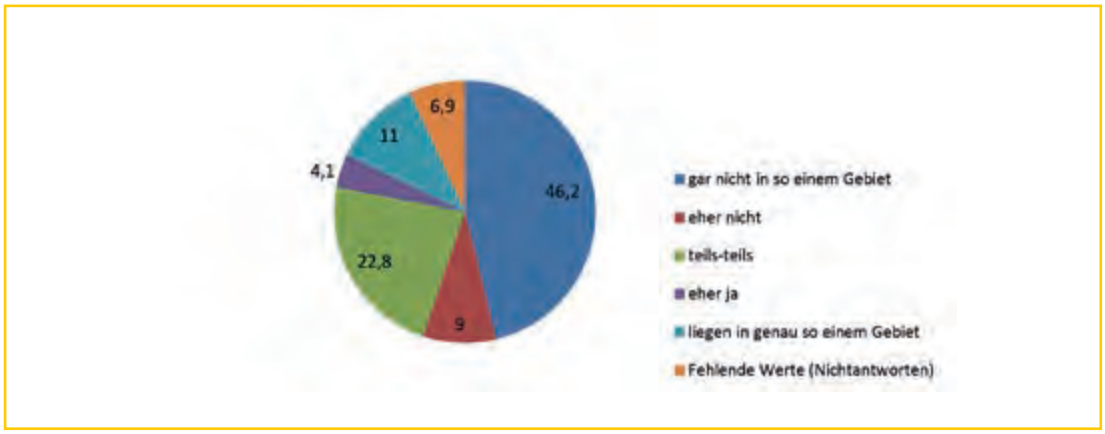


Abb. 1: Anteile befragter Kitas, die in Gebieten mit besonderem Erneuerungsbedarf oder sozialen Brennpunkten liegen

Einrichtungsart: Von den drei altersbezogenen Einrichtungsarten Krippe, Kindergarten und Hort verfügten die Kitas, die einen Fragebogen zurücksandten, über im Mittel 2,17 Einrichtungsarten. Darunter war mit 94,5% der Kindergarten die häufigste Arbeitsform; 91,7% der befragten Kitas verfügten über eine Krippe, 31% über einen Hort. Nur 6,2% der Kitas gaben an, ausschließlich über einen Kindergarten zu verfügen, 2,1% waren reine Horte. 29% der Kitas verfügten über alle drei Einrichtungsarten. Bei den untersuchten Einrichtungen bildeten somit Krippe-Kindergarten-Kombinationen und (bei etwa 30%) Krippe-Kindergarten-Hort die bei weitem häufigsten Kombinationen.

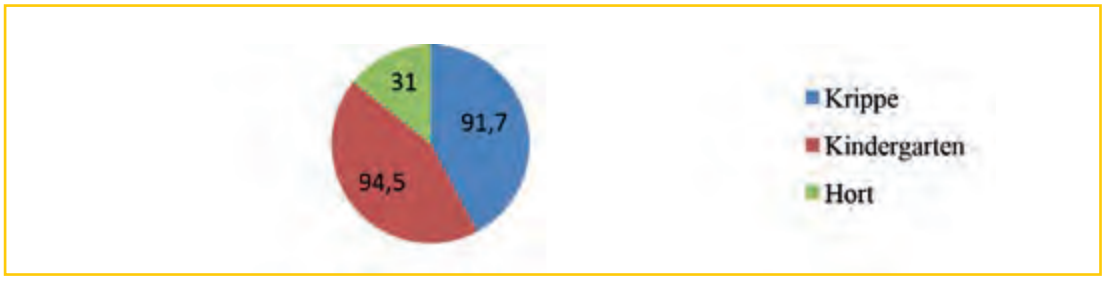


Abb. 2: Betreute Altersgruppen in den befragten Kitas in %

Arbeitsansatz: 1,4% der Kitas berichteten, keinen Arbeitsansatz bzw. Schwerpunkt zu profilieren. 74,5% setzten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich der Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung. Darauf folgten Bewegungsförderung (51,7%),

verschiedene Einzelthemen (37,9%), Natur (29,0%), Offene Arbeit (25,5%) und Inklusion (22,8%). 74,5% der Kitas gaben mehr als einen Arbeitsansatz an, eine große Einrichtung sogar sechs. 29,7% der Kitas verfügen über zwei, 29,0% über drei Arbeitsansätze.

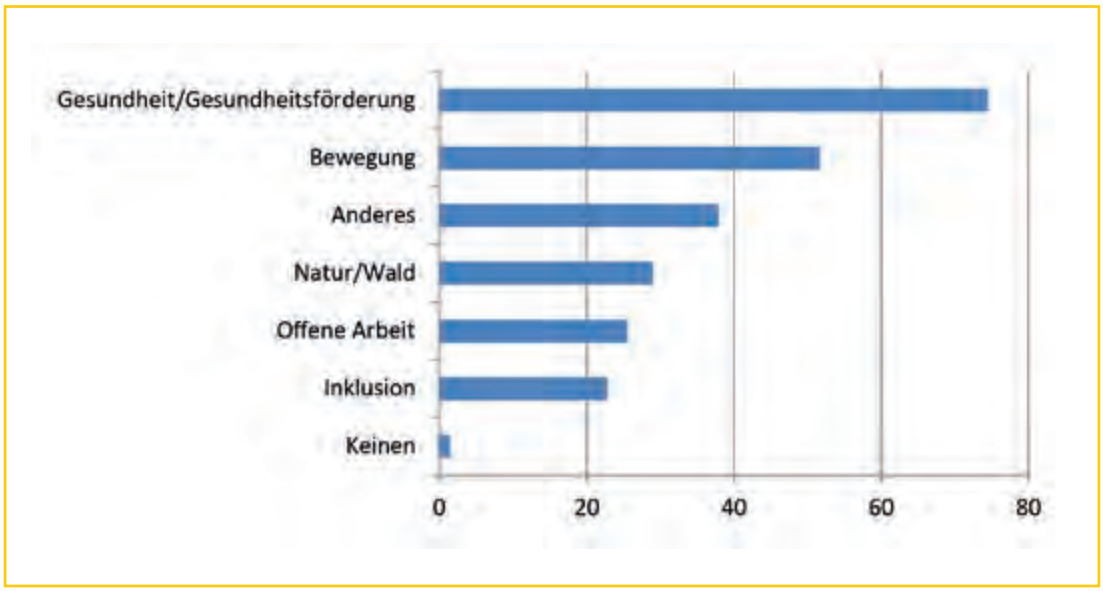


Abb. 3: Arbeitsansätze bzw. Schwerpunkt, nach denen die einbezogenen Kitas arbeiten (in %)

Einrichtungsgröße: Die Kitas verfügen im Durchschnitt über etwa 15 Mitarbeiter_innen (14,72 mit deutlicher Standardabweichung von 8,59, also breiter Streuung). Die Kitas beschäftigen mindestens 3 Mitarbeiter_innen und maximal 42. Hierbei sollte allerdings erwähnt werden, dass bei den Angaben zu den Mitarbeiterzahlen 55,2% missings vorliegen.

Im Durchschnitt werden 101 Kinder (101,27) betreut, wobei eine Standardabweichung von 61,32 vorliegt. Es werden mindestens 10 und maximal 340 Kinder betreut. Bei der Zahl der betreuten Kinder liegt ein Minimum von 10 und ein Maximum von 42 vor. Auch bei der Anzahl der Mitarbeiter ist zu erkennen (Minimum=3, Maximum=42), dass sich die Stichprobe aus Kitas unterschiedlicher Größe zusammensetzt. Außerdem sind in dieser Breite von Kinder- und Mitarbeiterzahlen keine Sprünge zwischen den einzelnen Werten feststellbar.

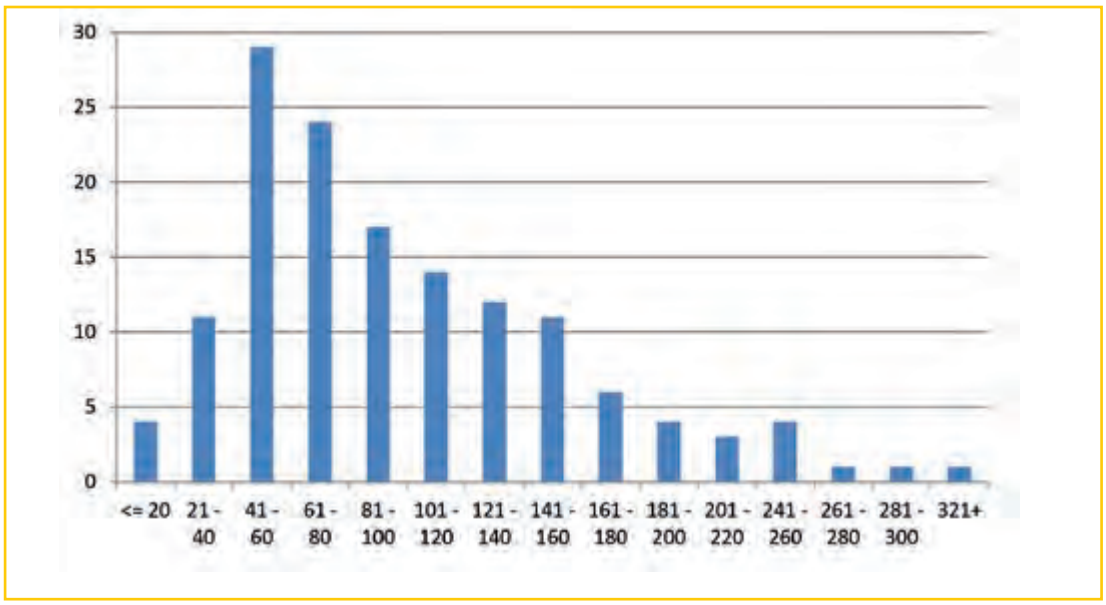


Abb. 4: Anzahl der Kinder in den befragten Kitas

Träger: Bei 27,6% der befragten Kitas wird die Kommune als Träger angegeben. Darauf folgt das gemeinnützige Unternehmen (24,1%), der Wohlfahrtsverband (22,1%), Sonstige (14,5%), die Elterninitiative oder -verein (9%) und der am wenigsten genannte Träger ist die Kirchengemeinde (4,8%).

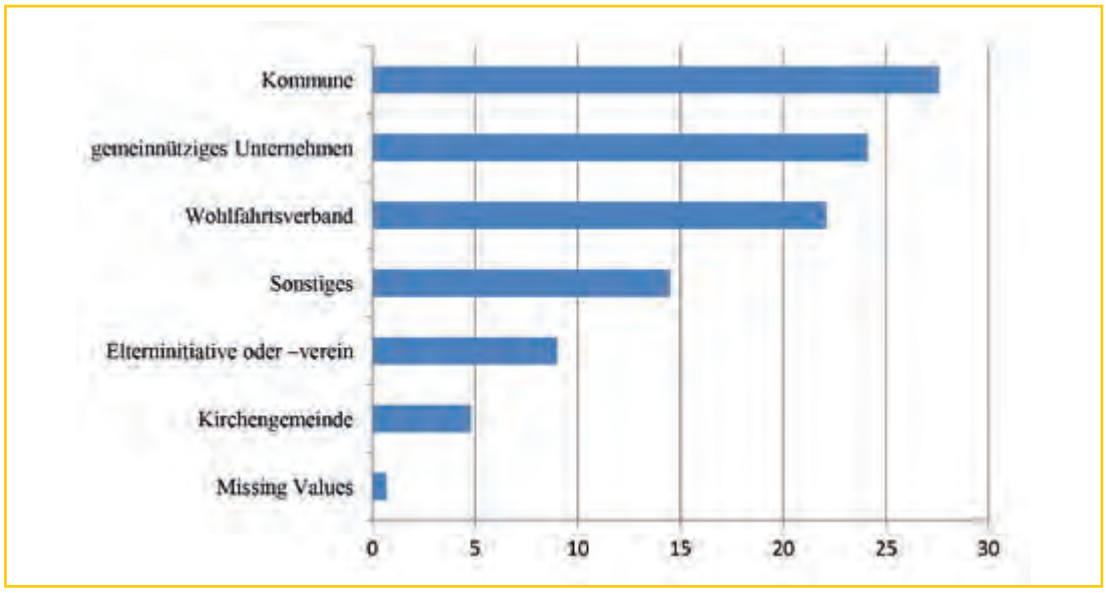


Abb. 5: Anteile der verschiedenen Kita-Träger in der Stichprobe (in %)

QM-Verfahren neben dem Audit: 69,7% der Kitas nutzten ein Verfahren zum Qualitätsmanagement zusätzlich zum Audit, 15,2% der Kitas zwei Verfahren, mehr als

zwei keine Kita. 37,9% der Kitas nutzen neben dem Audit ein Verfahren des Trägers, 30,3% sonstige Verfahren, 15,9% den nationalen Kriterienkatalog, 9,7% Qualität im Situationsansatz, 3,4% KES, 2,1% PQ-Sys und eine Kita (0,7%) nutzt Kita-Frühling. Die Verfahren K.I.E.L. und HUGS werden bei keiner Kita als zusätzliche Verfahren zum Audit aufgeführt. 10,3% der Kitas geben an, kein Verfahren ergänzend zum Audit zu benutzen.

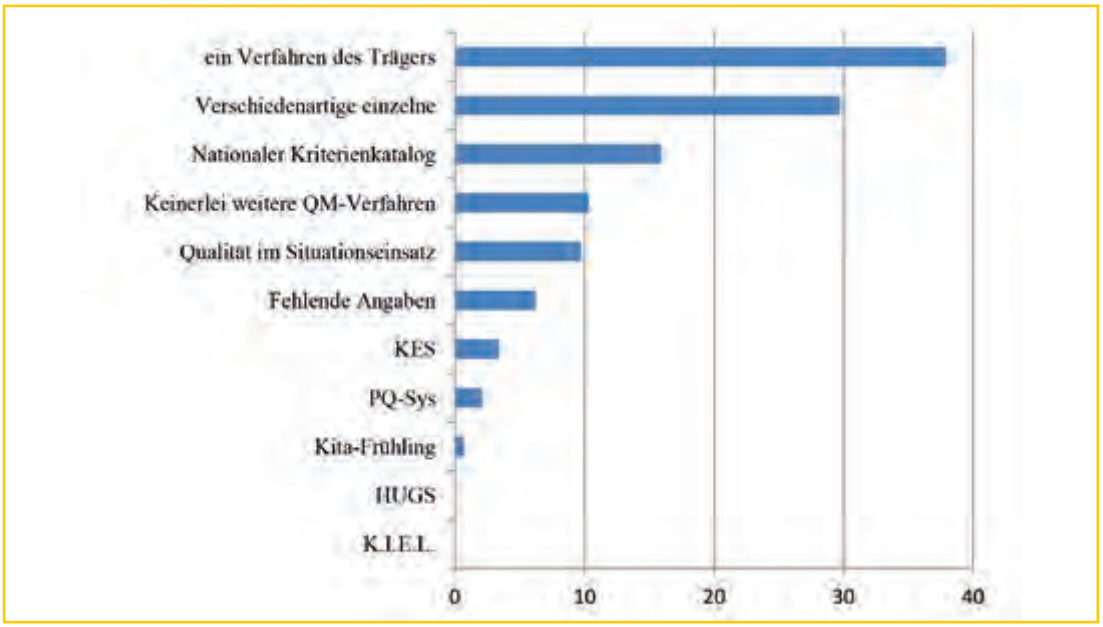


Abb. 6: Qualitätsmanagement-Verfahren zusätzlich zum Audit in den befragten Einrichtungen

Zwischenfazit zu den Stichprobenmerkmalen: Mit einem hohen Nettorücklauf von rd. 75% gelang eine gute empirische Abbildung der Kitas, die das Audit nutzen. Einzig die Verteilung über die Bundesländer wies eine weit überwiegend (über 90%) auf Ostdeutschland bezogene Lagerung auf, was den Merkmalen der Grundgesamtheit entspricht. Die hohe oder hinreichende Varianz in allen Einrichtungsmerkmalen ermöglicht in den Auswertungen eine hinreichend große Bildung von Zellenbesetzungen für Teilgruppenauswertungen. Sie stellt zugleich die externe Validität der Ergebnisse sicher, welche sich nicht auf bestimmte Einrichtungstypen beziehen.

5.2.3 Die Instrumente (Anschreiben, Fragebogen)

Im Anschreiben wurden die Kita-Leitungen über die Auftraggeber der Evaluation, ein Rücklaufdatum, Beantwortungszeit, Beantwortungshinweise informiert und darauf hingewiesen, dass es eine freiwillige und anonyme Befragung ist. Zusätzlich wurden Ansprechpartner des Projekts mit Telefonnummer und Email-Adresse aufgeführt. Der Fragebogen war in fünf Kapitel aufgeteilt. Details der Fragebogenstruktur stellt Tabelle 2 zusammen.

Dimension	Sachaspekt	Items	Skala	Antwort-format
Kita-Merkmale	Betreute Alters-gruppe		Nominal	Geschlossen
	Einrichtungsgröße	Mitarbeiterzahl, Kinderzahl, Anzahl der Familien, Gruppenanzahl	Intervall	Offen
	Träger		Nominal	Geschlossen/ Offen
	Eingesetzte QM-Verfahren		Nominal	Geschlossen/ Offen
	Zeiteinsatz QM	Personenstunden Gesamt, Lei-tungsstunden, QM im Alltag, Kenntnis, Schwankend	Rational	Offen
	Audit Finanzierung		Rational	Offen
	Einzugsbereich der Kita	Sozialer Brennpunkt, Wirtschaftli-che Verhältnisse der Familien	Intervall	Geschlossen
Bewertung Audit	Gesamtzufrieden-heit Audit	Audit als lohnend, Bringt die Arbeit voran, Wird anderen Kitas empfoh-len, Hilft die Arbeit zu verbessern	Intervall	Geschlossen
	Zufriedenheit der Akteure	Trägerunterstützung, Beirats- und Kuratoriumszufriedenheit, Eltern-zufriedenheit	Intervall	
	Beurteilung der Aussagekraft	Beurteilungen sind unparteilich, Aus-sagekraft zur Gesundheitsförderung, Vorgehen zur Qualitätsentwicklung, Verständlichkeit des Audits	Intervall	
	Hürden für Umset-zung des Audits	Kosten für die Kita, Sponsorenge-winnung, Audit als Zusatzaufwand, Zeitaufwendig, Nutzen zur Außen-wirkung, Zusatzbelastung für die Leitung, Sonstiges	Intervall	
	Nützlichkeit der Teilschritte	Qualitätsbericht, Erarbeitung der Qualitätsanforderung, Begehung, Feedback, Gütesiegel	Intervall	
	Verbesserungen durch Audit	Gesundheitsgerechte Ausstattung, Gesunde Ernährung und Getränke, Gesundheit als übergeordnetes Ziel, Gesundheitsgerechte Arbeitsgestal-tung, Projekte und Angebote zur Ge-sundheitsförderung der Kinder, Mit-arbeitergesundheit, Vernetzung,	Intervall	

Dimension	Sachaspekt	Items	Skala	Antwort-format
Bewertung Audit	Verbesserungen durch Audit	Teambuilding, Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation, Gesundheitsbewusstes Verhalten der Erzieher_innen, Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten der Kinder, Sonstiges	Intervall	
	2 wichtigste Veränderungen	1.Veränderung, Zeitraum, Wirkungsweise Audit 2.Veränderung, Zeitraum, Wirkungsweise Audit	Rang; Nominal	Offen

Tab. 2:Itemliste des Fragebogens

Im ersten Abschnitt wurden Einrichtungsmerkmale erhoben, darunter betreute Altersgruppe, Einrichtungsgröße, Träger, soziale Merkmale des Einzugsbereichs der Kita und eingesetzte QM-Verfahren. Die Auswahl war angelehnt an den wichtigsten Determinanten von Mitarbeiter- und Kindergesundheit nach bundesweiten Vergleichsdaten (Kliche, 2011a). Sodann folgten ausgewählte allgemeine Prozessmerkmale des Qualitätsmanagements, u.a. der dafür getätigte Einsatz an Arbeitszeit und die Finanzierungsquellen des Audits. Anschließend leiteten Items zur Gesamtzufriedenheit mit dem Audit das Kapitel zur Akzeptanz, Bewertung und Effektivität des Audits ein. Abgefragt wurde die Zufriedenheit wichtiger Einzelgruppen in der Kita, die Einschätzung der Aussagekraft, der Nutzen der einzelnen Verfahrensschritte des Audits für die Qualitätsentwicklung sowie wichtige Hürden für dessen Einsatz. Die erzielten Effekte schlossen den Bogen ab, wobei diese zunächst in geschlossenen Items bewertet werden konnten. Zur Validierung wurden ergänzend in offenen und halboffenen Formaten die beiden wichtigsten Veränderungen in der Einrichtung ermittelt, die das Audit bewirkt hatte, ergänzt um deren Nachhaltigkeit und Tiefe.

Die Bewertungen aller Audit-Merkmale und -Effekte wurden durch fünfstufige Likert-Skalierung (Werte von 0-4) gemessen.

5.2.4 Die Datenerhebung

Die Fragebögen wurden an 208 Einrichtungen bzw. Befragte nach telefonischer Ankündigung in zwei Wellen versandt – Ersteinladung und Erinnerung (15.01.2015 sowie 05.02.2015), Rückläufe wurden bis zum 20.02.2015 einbezogen. Auch auf die zweite Erhebungswelle wurden die Einrichtungen durch eine kurze telefonische Ankündigung vorbereitet, die ihnen auch Gelegenheit zu Fragen bot.

In einer Convenience-Stichprobe wurden 10 Kitas, die die Beteiligung kontinuierlich ablehnten, nach Gründen befragt bzw. die einschlägigen spontanen Auskünfte als Rezeptive Interviews festgehalten (Kleining, 1994a). Als Gründe für die Nichtbeteiligung wurden vor allem zeitliche Überlastung und Arbeitsdichte angegeben.

5.2.5 Auswertungen

Datenqualität: Vor den quantitativen Auswertungen wurden die Daten durchgesehen und mit verschiedenen Verfahren auf Plausibilität geprüft. Bei Items, denen eine Likert-Skala zu Grunde liegt, wurden Angaben, die unterhalb des Minimums und/oder oberhalb des Maximums der Skala lagen, als fehlende Werte umkodiert. Ebenfalls wurden einzelne Variablen auf im Kontext unplausibel erscheinende Werte überprüft und ggf. zu fehlenden Werten umkodiert.

Psychometrische Messqualität: Zur Prüfung der psychometrischen Gütekriterien des Systems wurden alle gängigen Verfahren eingesetzt. Die einzelnen durchgeführten Schritte und ihr Zweck sind tabellarisch zusammengefasst.

Für die Datenauswertung wurden zunächst Analysen für Einzelitems vorgenommen. Sie umfassten die Analyse von fehlenden Werten („missing values“ = mv) im Umfang von über 5% und über 10% der Fragebögen sowie von Boden- und Deckeneffekten. Hierzu wurde auf Item-Ebene der Anteil fehlender Werte betrachtet. Als Bodeneffekt wurden Mittelwerte im Skalenbereich zwischen 0 und 10, als Deckeneffekt solche im Skalenbereich zwischen 90 und 100 gewertet; solche Fälle lagen nicht vor.

Soweit Skalen gebildet wurden, wurde auf Skalenniveau als Reliabilitätmaß die interne Konsistenz der Subskalen als Maß deren Homogenität berechnet. Die Einschätzung der internen Konsistenz einer Skala erfolgte durch Cronbachs Alpha. Da mittels der erhobenen Daten Gruppenvergleiche erfolgen, also keine Individualdaten verglichen werden, sind Werte zwischen 0,7 und 0,8 als zufrieden stellend, Werte zwischen 0,8 und 0,9 als gut und Werte über 0,9 als sehr gut zu beurteilen (Nunnally, 1978).

Gütekriterium	Prüfungsziel	Auswertungsschritte
Akzeptanz	Verständlichkeit	Auswahl von Standard-Instrumenten, Expertenvalidierung
	Akzeptanz	Vergleich mit Rücklaufquoten ähnlicher Studien
	Akzeptanz der Items	Fehlende Werte-Analyse (Anteil, Muster)

Gütekriterium	Prüfungsziel	Auswertungsschritte
Objektivität	Verzerrungsfreiheit	Boden- und Deckeneffekte der Items/Skalen Verzerrungsmuster der Boden- und Deckeneffekte nach Gruppenmerkmalen (Confounder-Faktoren)
Reliabilität	Messungsgenauigkeit	Interne Konsistenz
Validität (Aussagekraft)	faktorielle Validität der Skalen (für Rückmeldungen)	explorative Faktorenanalyse Skalenbildung (Konsistenz)
	Konvergente Validität	Interskalenkorrelationen (Zufriedenheits-, Gesundheitsindikatoren) auf Individualebene
	Diskriminante Validität	Interskalenkorrelationen (Belastungs- gegen Zufriedenheits- und Gesundheitsindikatoren) Mittelwertsunterschiede
	externe (Kriteriums-) Validität	Inhaltsvalidität (Entwicklung) Expertenvalidierung Verankerung an Referenz- und Normwerten mit Mittelwertvergleichen

Tab. 3: Haupt- und Teilaufgaben der Instrumentenprüfung

Skalenbildungen beruhten ggf. auf einer Prüfung der Faktoriellen Validität in explorativen Faktorenanalysen (Standard-Verfahren der Hauptkomponentenanalysen mit anschließender Varimax-Rotation, mit Bestimmung der Anzahl zu extrahierender Faktoren anhand des Eigenwertverlaufs im Scree-Test, unter Ersetzung fehlender Werte durch Mittelwerte). Die Faktorenanalysen dienten zur Absicherung der Homogenität der Skalen und zur Aufdeckung möglicher Redundanzen auf Itemebene.

Konvergente und Diskriminante Validität: Zur Validierung dient hier der Vergleich zwischen unterschiedlichen Gruppen, die sich aufgrund theoretischer Überlegungen hinsichtlich verschiedener, innerhalb der Fragebögen erfasster Dimensionen unterscheiden sollten. Die statistische Prüfung erfolgt im Falle von mehr als zwei Ausprägungen der abhängigen Variablen durch eine einfaktorielle Varianzanalyse, bei zwei Ausprägungen durch einen t-Test. Die gefundenen Zusammenhänge und Unterschiede können somit als Beleg für die Validität der Messinstrumente interpretiert werden.

Statistische Konventionen: Das Signifikanzniveau wurde für alle Berechnungen auf $\alpha = 0.05$ festgelegt; dies entspricht einem bewährten Verhältnis von Alpha- und Betafehler-Risiken (Bortz & Döring, 2002). Um Unterschiede und Zusammenhänge zu beschreiben, werden zusätzlich die entsprechenden Effektstärkemaße mitgeteilt. Die Beurteilung der Effekte zur diskriminanten und konvergenten Validität lehnen sich an die gängigen Konventionen und Grenzwerte an (Bortz, 1993; Bortz & Döring, 2002;

Cohen, 1988; Lienert & Raatz, 1994):

- Für die Konsistenz von Instrumenten sind Werte von weniger als Cronbachs Alpha = 0,8 mit erheblichen Problemen der Ungenauigkeit belastet, insbesondere für Evaluationsaufgaben mit Messwiederholungen. Werte unter 0,6 führen zu nur noch schwer interpretierbaren Messungen von erheblicher Unzuverlässigkeit. Da mittels der erhobenen Daten lediglich Gruppenvergleiche erfolgen sollen, also keine Individualdaten verglichen werden, können Werte über Cronbachs Alpha = 0,7 als zufrieden stellend gelten (Nunnally, 1978).
- Für Mittelwertsunterschiede sind die Konventionen tabellarisch dargestellt.

Signifikanztest	**Effektgröße**	**Klassifikation der Effektgrößen**		
		klein	mittel	groß
t-Test für unabhängige Stichproben	d	0.20	0.50	0.80
Varianzanalyse	Eta2	0.0099	0.0588	0.1379

Tab. 4: Klassifikation der Effektgrößen der angewendeten Signifikanztests

Bewertung praktischer Bedeutsamkeit von Unterschieden: Neben der statistischen ist die praktische Bedeutsamkeit wichtig zur Beurteilung von Interventionen (Lind, 2005). Zur ihrer Beurteilung wurden folgende Konventionen herangezogen:

1. **Rohwerte:** Differenzen in der ursprünglich gemessenen Skalierung des Fragebogens.
2. **Skalenabstand oder Skalengewinn in Prozent:** Dieser Wert bezeichnet die Differenz zwischen zwei Messpunkten als Abstand am gesamten Wertebereich der jeweiligen Messung (Lind, 2005). Der mögliche Wertebereich (die Skala) wird also mit 100% (Skalenumfang) gleichgesetzt und der Umfang der Differenz der Rohwerte prozentual umgerechnet. Um den Skalenumfang zu bestimmen, wird das Minimum als unveränderlicher Grundwert vom Maximum abgezogen.
3. **Steigerung oder Steigerungsrate in Prozent:** Dieser Wert bezeichnet die prozentuale Differenz gegenüber einem Vergleichswert. Zur Beurteilung von Wirkungen ist nämlich der Ausgangswert in Betracht zu ziehen, weil er häufig eine hohe Prognosekraft für den Abschlusswert hat, etwa bei Deckeneffekten. Dazu ein Beispiel: Die Verbesserung um den Wert Eins auf einer Skala von Eins bis Fünf (vier Stufen) bedeutet eine Steigerungsrate von 100%, wenn der Ausgangswert Eins ist, aber nur eine Steigerung um 33%, wenn der Ausgangswert Drei ist. Zur Klassifikation kann die Einteilung der Skalenabstände beibehalten werden.

In Anbetracht ihrer Vor- und Nachteile sind beide Kennziffern erforderlich: Der Skalengewinn sollte herangezogen werden für Kennziffern, die eine nach oben logisch abgeschlossene Skalierung aufweisen. Er liefert keine Angaben für nach oben offene

Skalen, wie z. B. die Zahl von Hürden, und stark interpretationsbedürftige Werte für Skalen, deren Werte sich empirisch nur in einer bestimmten Größenordnung bewegen, wie z. B. bei steilen unimodalen Verteilungen. Für solche Messungen muss die Steigerungsrate herangezogen werden. Die Steigerungsrate hängt jedoch stark von den vorherigen Werten ab, sie begünstigt Gruppen oder Einrichtungen mit niedrigem Ausgangsniveau, kann bei niedrigen Ausgangswerten leicht große Höhe erreichen und überschätzt so die praktische Bedeutsamkeit der hinsichtlich ihres Skalengewinns möglicherweise geringen Veränderungen.

Für die Interpretation von Gesamtwirkungen, Gesamtstichproben und mittleren Wertelagen ist i. d. R. die Steigerungsrate angemessen, für die Beschreibung von Einzelwerten, Einzelfällen und Extremgruppen der Skalengewinn oder beide Kennziffern. Zur Klassifikation wird die Einteilung von Lind übernommen (Lind, 2005).

Kennziffer der Veränderung	Klassifikation der praktischen Bedeutsamkeit		
	gering	**deutlich**	**sehr deutlich**
Rohwerte	gängige Klassifikation der Effektgrößen (Bortz & Döring, 2002)		
Skalengewinn	0 - 4,999%	5 - 9,999%	10% und darüber
Steigerungsrate	0 - 4,999%	5 - 9,999%	10% und darüber

Tab. 5: Klassifikation der Kennziffern praktischer Bedeutsamkeit

5.3 Experteninterviews

5.3.1 Die befragten Experten (Stichprobenbeschreibung)

Die Stichprobe zum qualitativen Vorgehen der vertiefenden Expertenbefragung wurde nach zwei Prinzipien entwickelt und definiert: Einerseits sorgte eine systematische Variation der Perspektiven für den Einbezug aller Merkmale der Befragten und ihrer Einrichtungen, die eine Verallgemeinbarkeit (externe Validität) der Ergebnisse unter verschiedenen Feldbedingungen sicherstellten (Kleining, 1995; Kleining & Witt, 2000). Variiert wurden die Position der Befragten (Einrichtungsleitung, Qualitätsbeauftragte, Projektkoordinator_innen), die Bundesländer, die Einrichtungsgrößen und Träger sowie die Zahl durchlaufener Audits unter besonderer Berücksichtigung von Einrichtungen mit erheblicher Verzögerung der Wiederholung, um Gründe für einen möglichen Ausstieg zu erheben.

Zweitens wurde die Stichprobe auf etwa 32 Befragte kalkuliert (um alle o.a. Merkmale zu variieren) und nach dem Sättigungsprinzip dann nur mehr punktuell erweitert und für abgeschlossen erklärt, als sich dabei keine weiteren Informationen ergaben (Flick, 2006; Francis et al., 2010).

Die Stichprobe umfasste Interviews mit vier Koordinatoren aus unterschiedlichen Landesvereinigungen für Gesundheit, welche in ihrer Funktion das Audit Gesunde KiTa in der Durchführung begleiten. 22 der Befragten waren in der Position einer Kita-Leitung, wobei ein Interview mit Kita-Leitung und deren Stellvertretung geführt wurde. Als Einrichtungsbeauftrage für das Audit wurden 4 Erzieher_innen befragt. Ein Interview wurde mit einer Erzieherin als Beauftrage für das Audit Gesunde KiTa und einer Träger-Vertretung geführt. Zusätzlich wurden in die Befragung 4 Projektkoordinator_innen der beteiligten Landesvereinigungen für Gesundheit einbezogen (s. Tabelle).

Insgesamt haben an der Befragung 37 Personen mit Erfahrung in der Durchführung des Audit Gesunde KiTa teilgenommen. Die quantitativen Daten beziehen sich überwiegend nur auf die vier Gruppen: Leitung, Leitung und Stellvertretung, Leitung und Träger und Erzieher, da deren Erfahrungen die Kerndaten zur Wirksamkeit des Audits in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der einzelnen Einrichtungen liefern (n = 28). Wo ergänzend Angaben der 4 Projektkoordinator_innen in die Auswertung einflossen, sind diese ausdrücklich besonders kenntlich gemacht worden.

Position der Befragten	Häufigkeit	%	Kumulierte %
Leitung	22	78,6	78,6
Leitung und Stellvertretung	1	3,6	82,1
Leitung und Träger	1	3,6	85,7
Erzieher/-in	4	14,3	100
Gesamt	28	100	

Tab. 6: Positionen der Befragten in den Experteninterviews

Je ein Viertel der Befragten kam aus den verschiedenen Einrichtungsgrößen (s. Tabelle): aus Kitas bis zu 49 Kindern 25% der Befragten, ebenso aus Kitas bis zu 89 Kindern, bis zu 120 Kindern sowie bis zu 182 Kindern. Ähnlich konnte die Zahl der Mitarbeiter_innen auf diese Einrichtungssegmente aufgeteilt werden. Ein Viertel der Befragten kam aus Kitas bis zu 9 Mitarbeiter_innen, ein weiteres aus Kitas bis 13 MA, ein Vierteil aus Kitas bis 21 MA und das letzte Viertel aus Kitas bis zu 45 MA.

Größe der Einrichtung	Mittelwert	Median	Modus	Standardabweichung	Min.	Maxi.
Größe: Anzahl der Kinder	90,54	84,00	90	49,948	15	182
Größe: Anzahl der Mitarbeiter	16,36	14,50	10	9,476	4	45

Tab. 7: Größe der interviewten Einrichtungen bezogen auf Kinder- und Mitarbeiteranzahl

Hinsichtlich der Bundesländer kamen 32% aus Sachsen-Anhalt (n = 9), je ein Viertel aus Berlin und aus Sachsen (n = 7), 7% aus Brandenburg (n = 2) sowie einzelne Befragte – also je etwa 4% – aus Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Ähnlich wie unter den zertifizierten Kitas und in der Fragebogenerhebung machten ostdeutsche Länder also etwa 90% der Befragten aus.

Die Kitas der Befragten aus der Kerngruppe der Experten in Einrichtungen (n = 28) hatten etwa zur Hälfte bereits eine Zertifizierung erlebt (n = 15 = 54%). 29% hatten bereits zwei Zertifizierungen durchlaufen (n = 8), 18% schon drei (n = 5). Der Mittelwert erlebter Zertifizierungsprozesse lag somit bei M = 1,64 (mit einer Streuung von s=0,78), Modus und Median bei 1,0.

5.3.2 Der Leitfaden

Zu Gesprächsbeginn wurden Strukturmerkmale der Einrichtungen erhoben, namentlich genutzte Verfahren zum Qualitätsmanagement, Träger, Einrichtungsgröße, Arbeitsschwerpunkte bzw. Profil der Kita und Einschätzung des sozialen Umfelds und des Einzugsgebiets der Kita.

Im nächsten Schritt wurden die Bedarfe bei der Einführung, also die Ausgangslage und Erwartungen der Kita abgefragt. Die mit dem Audit Gesunde KiTa gesammelten Erfahrungen wurden im allgemeinen und sodann spezifisch unter den Gesichtspunkten Aufwand, Nutzen, Gesamtbewertung, Anforderungen, Erfolgsfaktoren und Gütekriterien erkundet. Welche Wirkungsketten durch die Interviewten wahrgenommen wurden, bildeten die Fragen nach Innovationen bzw. Veränderungen in den Strukturen, Prozessen und der Gesundheit in der Kita ab.

Den Abschluss hat die Validierung durch eine Aufforderung zur Ergänzung der bisherigen Aspekte durch den Interviewten. Der Interviewleitfaden wurde im Erhebungsprozess an die und durch die gewonnenen Informationen angepasst (vgl. z. B. Flick, 1995; Flick, 2006).

5.3.3 Die Datenerhebung

Die Interviews wurden im Zeitraum vom 10.11.2014 bis zum 25.02.2015 telefonisch und live erhoben. Nach einer ersten telefonischen Anfrage wurde ein Termin für das Interview vereinbart. In dem Vorgespräch wurde auf die Anonymisierung, den Hintergrund und das Ziel sowie auf die freiwillige Teilnahme der Befragung hingewiesen. Wurden weitere Informationen von Seiten der Experten gewünscht, wurden diese via Email versendet. Die Interviews wurden aufgenommen und die Mitschnitte vollständig transkribiert.

5.3.4 Auswertungen

Angelehnt an die Entdeckende Heuristik (Kleining, 1994b, 1995, 2010; Kleining & Witt, 2000) wurden an den Fragestellungen ausgerichtete Leitfragen zur Erschließung der Antworten entwickelt, also erste Hauptkodierungen der Auswertung, um relevante Textstellen zu identifizieren. Die Hauptkodierungen wurden bis zur Verständlichkeit für alle auswertenden Hilfskräfte diskutiert und präzisiert und sodann nummeriert . Bei diesem Schritt ergab sich folgendes Zuweisungsschema für Textstellen:

1. Stichprobenbeschreibung: Einrichtungsmerkmale
2. Wie groß ist der Aufwand für das Audit Gesunde KiTa?
3. Welche Erfolgsfaktoren fördern die Nutzung und Wirkung des Audits Gesunde KiTa?
4. Welche Anforderungen sollte eine Kita für einen wertvollen Ablauf des Audits Gesunde KiTa mitbringen?
5. Welche Hürden und Probleme bestehen für die Einführung und Umsetzung des Verfahrens?
6. Wie wurde das Audit Gesunde KiTa insgesamt bewertet?
7. Welche Güte haben die Audit-Ergebnisse als Qualitätsmessung?
8. Welche Effekte sind eingetreten?
9. Einschätzung: Wie umfassend sind die berichteten Effekte in der Kita?
10. Welche Wirkungsketten, also welche schrittweise verursachten Verbesserungen, vom Audit Gesunde KiTa hin zu Entwicklungen in der Kita, berichten die Befragten?
11. Wie werden die einzelnen Verfahrenselemente beurteilt? Haben sie alle ähnliche oder je eigentümliche, für das Verfahrenselement bezeichnende Folgen?
12. Welche Verbesserungsvorschläge oder Entwicklungswünsche für das Audit Gesunde KiTa sind zu finden?
13. Was fällt beim Auswerten über die o.a. Fragestellungen hinaus auf? Gibt es z.B. erkennbare Untergruppen im Material?

Für die Erhebung der Stichprobe, Leitfrage eins, wurde erhoben welches Geschlecht der Befragte hat, ungefähres Alter, Stellung (z.B. Leitung), um was für eine Einrichtung es sich handelt, der Zertifizierungszeitraum, die Einrichtungsgröße, ob es einen Arbeitsschwerpunkt oder ein besonderes Profil gibt, in welchem Umfeld sich die Kita befindet bzw. wie die soziale Lage der Familien ist und ob außer dem Audit noch ein anderes Verfahren für das Qualitätsmanagement genutzt wird.

Um den Aufwand für das Audit Gesunde KiTa in der Leitfrage 2 abzuschätzen und damit die Auskünfte der Fragebögen zu validieren, wurde nach dem Gesamtaufwand des Kita-Teams in Stunden gefragt. Zusätzlich wurde der Aufwand für die einzelnen Schritte des Audits erhoben. Im Anschluss wurde der Aufwand an Veränderungen im Team bzw. wie das Audit Gesunde KiTa bewältigt wurde, gefragt. In der Auswertung

wurden die zwei Gruppen „Gesamteinschätzung ist anzugeben“ und „Nur Teile des Prozesses werden quantifiziert“ gebildet.

Leitfrage 4 „Welche Anforderungen sollte eine Kita für einen wertvollen Ablauf des Audits Gesunde KiTa mitbringen?“ und Leitfrage 5 „Welche Hürden und Probleme bestehen für die Einführung und Umsetzung des Verfahrens?“ wurden zusammengefasst. Sie erforderten ein vollständiges Auswerten der Transskripte. Die extrahierten Anforderungen, Hürden und Probleme wurden aufgelistet und anschließend kategorisiert und die Häufigkeiten ausgezählt. Erhoben wurden die Kategorien „großer Zeitaufwand“, „Dinge nicht umsetzbar“, „finanzielle Probleme“, „motiviertes Team“, „Unterstützung durch den Träger“, „Eltern müssen dahinterstehen“ und „Konkurrenz QM-Verfahren“.

Die Antworten der befragten Experten zu Leitfrage 6 „Wie wurde das Audit Gesunde KiTa insgesamt bewertet?“ wurden zusammengefasst und in die fünf Kategorien „Klar Positiv“, „Positiv mit Verbesserungsvorschlägen“, „Ambivalent Positiv“, „Ambivalent Negativ“ und „Klar Negativ“ eingeteilt. Zur Codierung waren folgende Einschätzungskriterien maßgeblich:

- Einrichtungen der Kategorie „Klar Positiv“ mussten eine Weiterempfehlung, eine positive Bewertung des Audits Gesunde Kita abgeben. Wirkung und Nutzen des Audits für die Einrichtung musste aus ihrer Sicht deutlich erkennbar sein, und es mussten positive Beispiele für die Umsetzung des Audits Gesunde Kita genannt werden.
- Kriterien für die Kategorie „Positiv mit Verbesserungsvorschlägen“ waren: Weiterempfehlung und positive Bewertung des Audits Gesunde Kita, sichtbare berichtete Wirkung und Nutzen für die Einrichtung, positive Beispiele für die Umsetzung des Audits, jedoch ergänzt mit ausdrücklichen Verbesserungsvorschlägen.
- Die Kategorie „Ambivalent Positiv“ setzte voraus, dass die Experten eine Weiterempfehlung ausgesprochen, Verbesserungsvorschläge genannt, eine teils positive wie negative Bewertung abgegeben haben, gleichwohl aus ihren Auskünften aber keine Wirkung und kein unmittelbarer Nutzen des Audits erkennbar wurde.
- „Ambivalent Negativ“ wurden Interviews bewertet, in denen weder eine Weiterempfehlung noch positive oder auch negative Bewertungen des Audits auftraten. Man würde diese Nicht-Beurteilung als neutrales Urteil betrachten, wenn nicht von einer Intervention klare Effekte zu erwarten wären. Das Audit hatte in diesen Fällen seine Zielsetzung also nicht erreicht, daher galten diese Interviews als negative Berichte, auch wenn sie selbst keine ausdrücklichen negativen Folgerungen ableiteten.
- Die Kategorie „Klar negativ“ wurde herangezogen, wo keine Weiterempfehlung und nur negative Bewertungen ausgesprochen wurden und keine Wirkungen und Nutzen des Audit für die Interviewten ersichtlich waren.

Leitfrage 7 „Welche Güte haben die Audit-Ergebnisse als Qualitätsmessung?“ konnte direkt erhoben werden, nämlich mit der Frage nach der Aussagefähigkeit der Einschätzungen des Audits und der Nachfrage, ob diese die Fähigkeit einer Kita abbilde, Gesundheit zu fördern.

Im Auswertungsprozess wurden die Fragen 8 „Welche Effekte sind eingetreten?“ und 9 „Einschätzung: Wie umfassend sind die berichteten Effekte in der Kita?“ zusammengelegt, weil die Antworten sich stark überlagerten und die Erläuterungen zu Frage 9 der Natur der Sache nach jeweils in den Antworten auf Frage 8 enthalten waren. In der Auswertung auf Effektbereiche wurden induktiv aus dem Material 15 Wirkungsfelder der Veränderungen herausgearbeitet, welche alle berichteten Effekte in sämtlichen Interviews umfassten. Die 15 beobachteten Wirkungsfelder der Veränderung durch das Audit waren:

1. Positive Außenwirkung der Durchführung des Audits und des Zertifikats
2. Anschaffungen
3. Ernährung
4. Verhalten bezüglich Gesundheit im Team
5. Arbeitsweise / pädagogische Prozesse
6. Abläufe im Arbeitsalltag
7. Umbauten (Renovierungen)
8. Teamzusammenhalt
9. Partizipation der Kinder
10. Verhalten bezüglich Gesundheit bei den Eltern
11. Verhalten bezüglich Gesundheit bei den Kindern
12. Weiterentwicklung der Konzeption
13. Inanspruchnahme und Nachnutzung von Fortbildungen
14. Personelle Veränderungen (Umbesetzungen, Personalentwicklung, Fluktuation)
15. Beziehungen und Kommunikation mit dem Träger

Anschließend wurde, ebenfalls aus den Auskünften zu Leitfragen 8 und 9, eine Systematik zur Erfassung der Wirktiefe dieser Effekte entwickelt, um diese in eine Ordinalskala einteilen zu können. Die Veränderungen, welche durch das Audit in den Kitas bezüglich der untersuchten 15 Wirkungsfelder auftreten, konnten anhand des Materials in induktiv entwickelte Kategorien unterteilt werden:

- keine Veränderungen,
- punktuelle Veränderungen unklarer Beständigkeit,
- Veränderungen mittlerer Reichweite nachhaltig schmal,
- Veränderungen mittlerer Reichweite nachhaltig breit,
- Veränderungen systemisch beengt,
- Veränderungen systemisch tief.

Die von Leitfrage 10 geforderten Wirkungsketten („Welche Wirkungsketten, also

welche schrittweise verursachten Verbesserungen, vom Audit Gesunde KiTa hin zu Entwicklungen in der Kita, berichten die Befragten?“) wurden einzeln je Interview aufgezeichnet, indem die angeführten kausalen Verknüpfungen (Folgen des Audits) nacheinander aufgeschrieben und mit Pfeilen für „Verursachung“ verbunden wurden.

Leitfrage 11 lautete: Wie werden die einzelnen Verfahrenselemente beurteilt? Haben sie ähnliche oder je eigentümliche Folgen?“ Hierbei wurden die Interviews nach einzelnen Verfahrenselementen durchsucht und dabei wurde die Leitfrage um die Fragen „Wie gut hat es gewirkt“, „Welche Folgen hatte es“ und “Sind Wirkungsketten erkennbar, die an diesem Element ansetzen“ ergänzt. Im Anschluss wurden die Wirkungsketten und die Folgen der einzelnen Elemente auf Unterschiede untersucht.

Anregungen für das Audit Gesunde KiTa von Seiten der Interviewten wurden durch die Leitfrage 12 „Welche Verbesserungsvorschläge oder Entwicklungswünsche für das Audit Gesunde KiTa sind zu finden?“ extrahiert. Wobei hier nur Verbesserungsvorschläge oder Entwicklungswünsche und keine Kritik, welche den Leitfragen vier und fünf zugeordnet wurde, aufgenommen wurden.

Zur Validierung diente Leitfrage 13 „Was fällt uns auf? Gibt es Untergruppen?“, welche die an der Erhebung beteiligten Personen aufforderte, alle Anomalien bzw. Analogien zu notieren und die Beispiele in den Treffen des Projetteams vorzustellen. In Treffen des Projektteams wurden die Ergebnisse der einzelnen Leitfragen diskutiert, strukturiert und das weitere Vorgehen abgestimmt.

5.4 Validierung der Zwischenergebnisse

Ein Validierungs-Workshop zu Zwischenergebnissen mit Experten aus dem Arbeitsfeld fand am 13. Februar 2015 in den Räumlichkeiten der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. in Magdeburg statt. Hierfür wurden geeignete Teilnehmer_innen in Abstimmung mit der Landesvereinigung für Gesundheit identifiziert und eingeladen. An der Runde nahmen 11 Personen (Kita-Leitungen, Trägervertreter und Mitglieder verschiedener LVG`s) und das Projektteam unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Kliche teil.

Nach einer Präsentation erfolgte die Diskussion der Befunde. Die Diskussion wurde protokolliert, zusammengefasst und ist in den weiteren Prozess eingeflossen.

6. Ergebnisse der Einrichtungsbefragung
6.1 Bewertung des Audits durch die Kitas
6.1.1 Gesamtbewertung

Die Gesamtzufriedenheit wurde durch eine Zusammenlegung der drei Items 9.1 bis 9.4 (Audit als lohnend empfunden, bringt die Arbeit voran, wird anderen Kitas empfohlen, hilft die Arbeit zu verbessern) dargestellt, da diese durch hohe Interkorrelation eine zufriedenstellende Skala bildeten. Dabei konnten die Antworten von n=135 Einrichtungen einbezogen werden. Somit wurde eine Gesamtzufriedenheit mit dem Mittelwert 3,25 ermittelt. Die minimale Gesamtzufriedenheit mit dem Audit Gesunde KiTa lag bei 2 und die maximale bei 4.

Die Zufriedenheit aller Einrichtungen, die sich mit dem Audit auseinandergesetzt haben, war somit hoch bis sehr hoch.

	n	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Modus
Gesamtzufriedenheit mit Audit	135	3,25	0,690	3,25	4,00

Tab. 8: Gesamtzufriedenheit der befragten Einrichtungen

6.1.2 Bewertung der Gütekriterien

Die Befragten bewerteten die Objektivität des Audits Gesunde Kita mit einem Mittelwert von M=3,43 und einer Standardabweichung von s=0,747 (n=136 Antworten) als sehr gut (Tab. 9).

Auch Reliabilität und Validität, zusammengefasst in der Frage, ob das Audit die Fähigkeit einer Kita zur Gesundheitsförderung gut abbilde, wurden als sehr gut bewertet (M=3,3, s=0,694). Weitere Fragen richteten sich auf den Unteraspekt der Face validity:

	n	Mittelwert	Streuung	Fehlend	
				n	%
V11.1_Beurteilung_unparteilich	136	3,43	0,747	9	6,2
V11.2_Bildet_gut_Gesundheitsförderung_ab	141	3,33	0,694	4	2,8
V11.3_Vorgehen_QE_übersichtlich	141	3,11	0,851	4	2,8
V11.4_Verfahren_Grundgedanke_Texte_verständlich	142	3,04	0,837	3	2,1

Tab. 9: Bewertung des Audits bezüglich der Gütekriterien durch die befragten Einrichtungen

Ein übersichtliches Vorgehen bei der Qualitätsentwicklung, der Grundgedanke des Verfahrens, wurde Anwendern gut vermittelt und die angebotenen Texte waren für diese verständlich. Somit wurde die Validität mit einem Mittelwert bei dem Vorgehen mit 3,11, bei Vermittlung des Grundgedankens und der Beurteilung der Texte ein Mittelwert von 3,04 ermittelt. Die Standardabweichungen betragen 0,851 bei dem Vorgehen und 0,837 bei dem Grundgedanken und der Verständlichkeit. Das Gütekriterium der Validität ist somit hinreichend erfüllt. Die grundlegenden Anforderungen an ein Verfahren zum Qualitätsmanagement – Unparteilichkeit, Zuverlässigkeit und Aussagekraft der Ergebnisse – beurteilten die Befragten also ebenfalls als gut bis sehr gut.

6.1.3 Wirksamkeit der Einzelelemente des Audits für die Qualitätsentwicklung

Um einen Referenzwert zu bilden und die wahrgenommene Gesamtwirksamkeit der einzelnen Bausteine abzuschätzen, wurden die Verfahrenseffekte laut Items 13.1 bis 13.5 durch einen Mittelwert zusammengefasst. Der Gesamtmittelwert der Wirkungseinschätzung lag bei 3,33 (auf einer Skala von 0 bis 4), also im Bereich klarer bis sehr starker beobachteter Effekte (s. Tabelle). Die einzelnen Verfahrenselemente wiesen nur wenig unterschiedene beobachtete Einzelwirksamkeit auf (s. Abb. 7). Am höchsten fielen der Beitrag der Rückmeldung über die Erfüllung der Qualitätskriterien und die Erteilung des Gütesiegels aus (M = 3,43).

	n	Mittelwert	Standardabweichung	Median	Modus
Verfahrenseffekte (Mittelwert)	141	3,3305	0,54458	3,4000	4,00

Tab. 10: Mittelwert der Beurteilung aller Verfahrenseffekte durch die befragten Einrichtungen

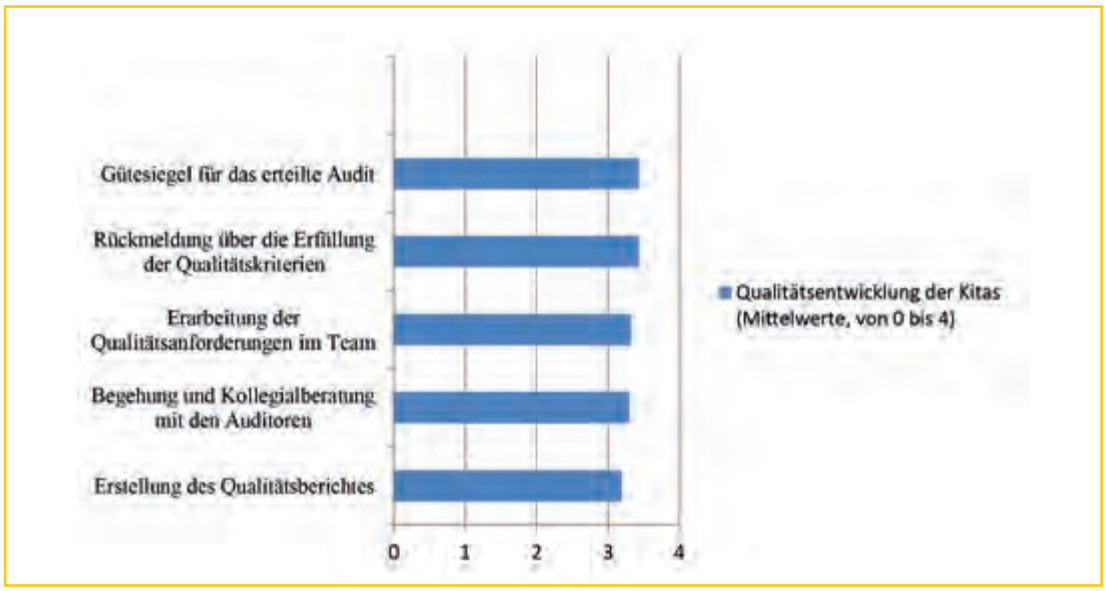


Abb. 7: Beurteilung der einzelnen Verfahrenseffekte durch die befragten Einrichtungen

6.2 Akzeptanz des Audits bei Träger, Eltern und Kuratorium

Die Abfrage der Unterstützung durch den Träger ergab einen Mittelwert von 2,72 und eine SD von 1,3 bei n=143 Antworten. Der Elternbeirat bzw. das Kuratorium unterstützten das Team bei der Durchführung mit dem Mittelwert von 3,21 und die Eltern befürworteten im Mittel 3,04 das Audit bei jeweils n=139 der befragten Einrichtungen.

	n	Mittelwert	s
V10.1 Der Träger unterstützt das Audit aktiv und anhaltend	143	2,72	1,308
V10.2 Der Elternbeirat bzw. das Kuratorium befürwortet das Audit sehr	139	3,21	,905
V10.3 Viele Eltern finden das Audit sinnvoll und sind dafür	139	3,04	,951

Tab. 11: Akzeptanz bei Träger, Kuratorium und Eltern nach Einschätzung der Kitas

6.3 Wirksamkeit des Audits

6.3.1 Effektbreite: Erzielte Verbesserungen in verschiedenen Bereichen

Um Wirkungen des Audits in verschiedenen Handlungsfeldern abzuschätzen, können die Auskünfte jeweils unterteilt werden in Werte unter 2 und über 2 (auf einer Skala von 0 bis 4 also unter oder über dem mittleren Skalenwert). Betrachtet man nun die

Verbreitung von Auswirkungen des Audits, so zeigen sich in den meisten Kitas mehr als ein Bereich deutlicher Veränderungen (s. Abb. 8). Im Mittel berichteten die Einrichtungen 2,37 ausgeprägte Effekte, also solche im oberen Skalenbereich (n=121).

Am häufigsten traten – bei etwa zwei Dritteln der Einrichtungen – Verbesserungen im Gesundheitsverhalten der Kinder, beim Angebot von Ernährung und Getränken und bei einzelnen Vorhaben und Projekten zur Gesundheitsförderung für Kinder auf. Über die Hälfte der Einrichtungen berichtete weiter über eine deutlich verbesserte Zusammenarbeit im Team sowie Vertiefung von Gesundheit als Querschnittsthema der Einrichtung.

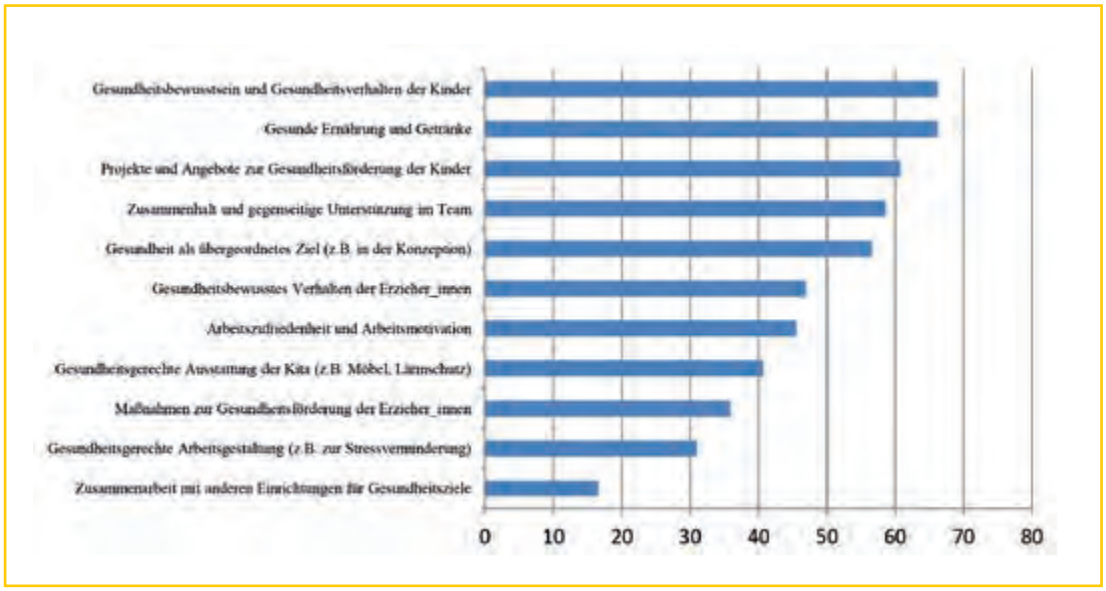


Abb. 8: Verbreitung der Verbesserungen in verschiedenen Wirkungsfeldern des Audits (% der Kitas)

6.3.2 Effekttiefe: Mittlere Verbesserungsstärke

Betrachtet man die mittlere Intensität der Verbesserung in den angeführten Einzelfeldern, so zeigen sich deutlichere Unterschiede, die aber die Häufigkeitsverteilungen spiegeln (s. Tab.). Die deutlichsten Veränderungen betrafen die Handlungsfelder Ernährung, Gesundheit als Querschnittsziel, Gesundheitsbewusstsein und -verhalten der Kinder, Einzelprojekte zur Gesundheitsförderung sowie Zusammenhalt im Team. Es folgten Veränderungen für das Team selbst, nämlich verbesserte gegenseitige Unterstützung und erhöhte Arbeitszufriedenheit (immer noch über dem mittleren Skalenwert). Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Ausstattung, zur Gesundheitsförderung für das Team sowie zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung waren sowohl weniger verbreitet (s.o.) als auch von geringerer mittlerer Intensität (Skalenwerte um den Skalenmittelpunkt).

Verbesserung in den Feldern	n	Mittelwert	Standard-abweichung
V14.2_Ernährung_Getränke	137	2,97	1,050
V14.3_Ziel_Gesundheit	137	2,77	0,949
V14.11_Gesundheitsbewusstsein_Kinder	140	2,75	0,915
V14.5_Projekte_Angebote_Gesundheitsförderung	143	2,71	0,916
V14.8_Zusammenhalt_Team	141	2,67	0,996
V14.10_gesundheitsbewusstes_Verhalten_Erzieher	140	2,50	0,917
V14.8_Arbeitszufriedenheit	141	2,40	1,062
V14.1_gesundheitsgerechte_Ausstattung	136	2,15	1,314
V14.6_Maßnahmen_Gesundheitsförderung_Erzieher	139	2,12	1,097
V14.4_Arbeitsgestaltung	141	2,04	1,075

Tab. 12: Berichtete Verbesserung des Audits in den Wirkungsfeldern von den befragten Einrichtungen

Sonstige berichtete Verbesserungen betrafen nur 6,2% der befragten Einrichtungen und waren dabei nur Einzelnennungen. Zwei Ergänzungen traten zwei Mal auf. Diese zwei Verbesserungen der befragten Einrichtungen (je 1,4%) waren der Thematik einer Veränderung des Bewusstseins der Eltern bezüglich des Audits bzw. Qualitätsmanagements im Allgemeinen zuzuordnen. Die restlichen Nennungen entsprachen keinem der angeführten Kapitel, wiederholten sich aber auch nicht und ließen keine thematische Struktur erkennen. Die angebotenen Antwortmöglichkeiten und die dargestellten Auskünfte können somit als sachlich vollständig betrachtet werden.

6.4 Anforderungen der Durchführung

6.4.1 Gewicht verschiedener Hürden bei der Durchführung

Die Verbreitung von Hürden für das Audit kann durch Aufteilung der entsprechenden Angaben der Kitas am mittleren Wert der Skala (0 bis 4) abgeschätzt werden. Betrachtet man nur die oberen Skalenwerte (3, 4), so kann man den Anteil der Kitas berechnen, wo die jeweilige Hürde klar auftrat (s. Abb.).

Dabei erwies sich der Kostenanteil der Kitas mit Nennungen aus 55,9% der Einrichtungen als häufigstes Durchführungsproblem (n=81). Um ihren Kostenanteil aufzubringen, mussten die Kitas Sponsoren für das Audit gewinnen. Auch dies bewerteten 55,2% als spürbares Hindernis (n=80). Gab es in den Einrichtungen bereits vor dem Audit ein Verfahren zum Qualitätsmanagement, dann führte dies bei 40,7% der Kitas (n=59) zu Abstimmungsbedarf bzw. zusätzlichem Zeitaufwand. Der spürbare Zeitaufwand für die Durchführung des Audits wurde von 34,5% der Kitas als Schwierigkeit wahrgenommen. 33,8% (n=49) empfanden die Durchführung des Audits als eine klare Zusatzbelastung speziell für die Kita-Leitung. Einen geringen Nutzen des Audits für die Außenwirkung der Kita bilanzierten hingegen nur 16,6% (n=24) der Befragten.

Hürde	n	%
Kostenanteil der Kitas	81	55,9
Aufwand, Sponsoren zu gewinnen	80	55,2
Audit als Zusatzaufwand bei existierendem Qualitätsmanagement	59	40,7
Zu hoher Zeitaufwand	50	34,5
Starke Zusatzbelastung der Leitung durch das Audit	49	33,8
Wenig Nutzen des Audits für die Außenwirkung	24	16,6

Tab. 13: Prozentuale Nennung der Hürden durch die befragten Einrichtungen

Im Mittel gaben die Einrichtungen an, 2,7 Hürden im Zertifizierungsprozess begegnet zu sein (s = 1,71, Mod = 2). Gar keiner Hürde bei der Durchführung des Audit sahen sich nur 7,6 der Kitas ausgesetzt. Alle genannten Hürden traten andererseits bei 4,8% der Kitas auf.

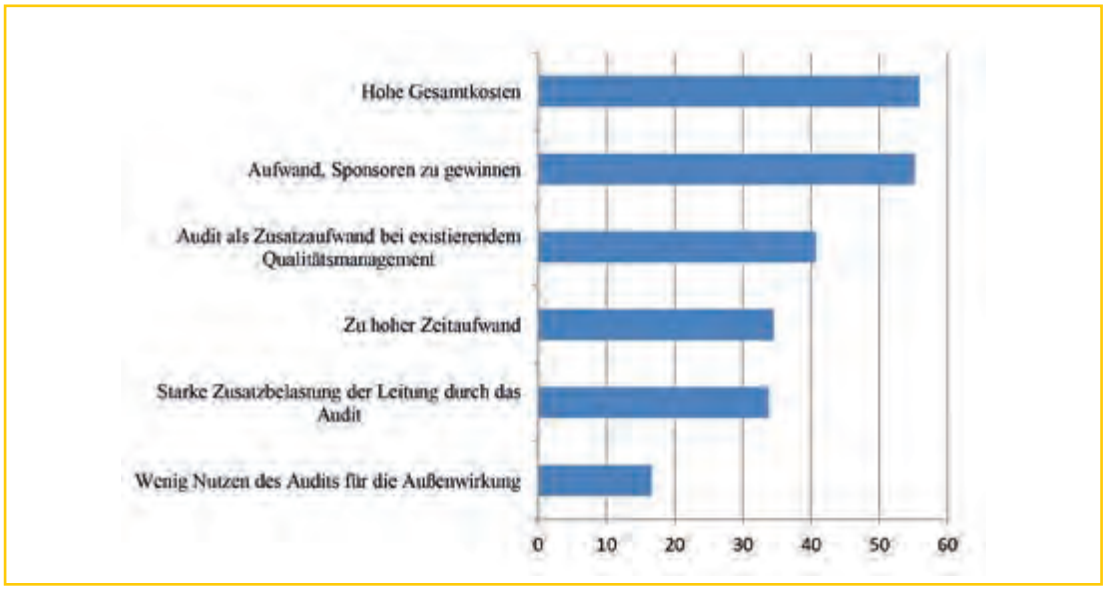


Abb. 9: Verbreitung wichtiger Hürden für die Durchführung des Audits aus Sicht der Einrichtungen

6.4.2 Zeitbedarf und Arbeitsteilung

Da der Zeitaufwand für Qualitätsmanagement ein bekanntes, verbreitetes Problem für die Implementation von Qualitätsentwicklungsmaßnahmen darstellt (Kliche, 2011b), wie auch die hier angeführten Items zu Gesamtzeitaufwand, Sponsoring sowie Zusatzbelastung der Leitung belegten, wurde dieser Aspekt gesondert untersucht. Dabei zeigte sich:
Erstens zogen viele Einrichtungen diese Bilanz nicht oder wollten sie nicht mitteilen (79% fehlende Werte zu den geschätzten Personenstunden, 72,4% zu Arbeitsstunden der Leitung). Zweitens waren die Verläufe in den Kitas sehr unterschiedlich. Der

höchste Arbeitsbedarf für das Audit wurde mit 270 Personenstunden angegeben, davon 150 Stunden für die Leitung, das Minimum mit wenigen Stunden. (Rückfragen bei der Programmleitung ergaben, dass es sich bei diesem Minimum um eine Ausnahme unter besonders günstigen Bedingungen vor Ort handelte, da allein das Durchlaufen der Multiplikatorenschulungen schon darüber lag.)

Der Mittelwert benötigter Personenstunden lag nach Schätzung der Befragten bei 25,27 (s = 49,5), davon etwa die Hälfte, nämlich 12,85 Arbeitsstunden, für die Leitung (s = 23,7). Die hohe Streuung bestätigt höchst unterschiedliche Implementationsverläufe in den Kitas, jedoch durchgehend eine starke Rolle der Leitung mit etwa der Hälfte des Arbeitsumfangs.

6.4.3 Geldmittel und Finanzierungswege

Die Finanzierungsquellen gaben 73,1% der Befragten an. Der wichtigste einzelne Geldgeber war – bei 35,2% der Kitas – deren Träger. 29% der Kitas finanzierten das Audit Gesunde KiTa durch das eigene Budget. Externe Finanzierungsquellen hatten 35,8% der Einrichtungen gefunden, und zwar bei einem Viertel (25,5%) Sponsoren und bei einem Zehntel (10,3%) Spenden. Es fällt auf, dass rund ein Drittel der Einrichtungen das Audit gänzlich aus Mitteln durchführte, die den Träger nicht belasteten.

Finanzierungsquelle	n	%
Träger	51	35,2
Kita-Budget	42	29,0
Sponsoren	37	25,5
Spenden	15	10,3
Sonstige	17	11,7
Missing Values	22	15,2

Tab. 14: Finanzierungsquellen für die Durchführung des Audits

7. Ergebnisse der Experteninterviews
7.1 Gesamtbewertung des Audits

Die Befragten beantworten die Frage nach der Gesamtbewertung des Audits Gesunde KiTa weit überwiegend mit einer klar positiven Einschätzung dieses Qualitätsmanagements (s. Tab.). Dabei wurden zahlreiche Veränderungen und Wirkungen des Audits benannt und als günstige Entwicklung für die Einrichtung begründet (zur Einteilung der Untergruppen s.o. Abschnitt 5.3.4).

Nur etwa ein Fünftel zog eine negative oder teilweise ungünstige Bilanz des Audits,

entweder in Anbetracht von Kosten-Nutzen-Abwägungen oder aber infolge einer besonderen Ausgangslage: Einschränkungen bei der positiven Gesamtbewertung traten vor allem bei Kitas auf, die ein hohes Einstiegsniveau der Gesundheitsförderung mitbrachten, also bereits zahlreiche Anforderungen des Audits erfüllten. Dies minderte einerseits zwar den Durchführungsbedarf, führte aber andererseits zu Deckeneffekten bei den verschiedenen Veränderungen. Im Besonderen hatten die Kitas, die in diese Untergruppe fielen, sämtlich bereits das Profil einer Kneipp-Kita erarbeitet. Sie bewerteten das Audit Gesunde Kita daher überwiegend ambivalent. Sie hatten es teilweise von vornherein vor allem eingeplant, um den Stand der gesundheitsbezogenen Organisationsentwicklung ihrer Kita zu prüfen und durch ein unabhängiges Zeugnis unter Beweis zu stellen. Trotz dieser günstigen Voraussetzungen haben sie aber (wie sich weiter unten zeigen wird) ebenfalls vom Audit profitiert.

Eine weitere kleine Teilgruppe der Befragten bewertete das Audit als „ambivalent positiv“, nämlich als ein gutes Verfahren, obwohl sie – noch – keine großen Veränderungen feststellen konnten. In dieser Gruppe wurden auch oft die Kosten für die Kitas als hoch bewertet. Zudem fielen in diese Gruppe Einrichtungen, bei denen das Audit noch nicht lange zurück lag, so dass sie noch gar keine durchschlagenden Auswirkungen erwarteten.

Andererseits zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Zeitpunkt der Zertifizierung und dem Eintritt von Wirkungen. Vielmehr setzten die Wirkungen schon im Verfahren selbst ein, etwa im Rahmen der Erarbeitung der Qualitätskriterien durch das Team, das Audit wirkt also rasch.

	Skalenwert	n	%		Kumulierte %
klar positiv	4	1	3,6		3,6
klar negativ	0	1	3,6		7,1
ambivalent negativ	1	5	17,9		25,0
ambivalent positiv	2	9	32,1		57,1
positiv mit Verbesserungsvorschlägen	3	12	42,9		100,0
Gesamt		28	100,0		
	Mittelwert		**Median**	**Modus**	**Standardabweichung**
Gesamtbewertung	3,07		3,00	4	1,052

Tab. 15: Gesamtbewertung des Audits durch die interviewten Einrichtungen

7.2 Wirksamkeit: Berichtete Effekte

7.2.1 Effektbreite: Erzielte Verbesserungen in verschiedenen Bereichen

Den breitesten günstigen Effekt berichteten die Kitas für eine günstige Außenwirkung durch das Audit Gesunde KiTa (82,1% der interviewten Anwender). Eine Kita berichtete davon, dass es nicht nur ein Aushängeschild sei, sondern auch aktiv zur Außendarstellung über die Presse bzw. auch über die Mitarbeiterzeitung genutzt werden könne. Des Weiteren wurde von einzelnen Kitas berichtet, dass Eltern, die an der Einrichtung interessiert waren, das Zertifikat als Auswahlkriterium angegeben hatten. Dafür schien es hilfreich zu sein, die Hintergründe der erfolgreich absolvierten Zertifizierung über die Presse am Tag der Zertifizierungsfeier einer breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Anschaffungen wurden von 75% der Nutzer als Verbesserungen berichtet. Hierbei konnten die Einrichtungen von Anschaffungen wie dem Kauf von ergonomischen Stühlen für die pädagogischen Mitarbeiter_innen, dem Erwerb eines Trinkbrunnens für die Kita bis hin zu neuen Sportgeräten berichten.

Einen gesundheitsgerechteren Umgang mit Ernährung konnte das Audit bei 75% der befragten Kitas bewirken. Die Effekte gingen vom ausschließlichen Erwerb von Nahrungsmitteln in einem Reformhaus bis hin zu dem Wechsel des Essensanbieters.

Gesundheitsbezogene Verhaltensveränderungen des Teams konnte das Audit Gesunde KiTa bei 19 (67,9%) der interviewten Kitas erreichen. Die genannten Verhaltensänderungen waren z.B. ein grundsätzlich achtsamerer Umgang mit dem Thema Gesundheit im Team, das Wahrnehmen von gesundheitsfördernden Angeboten wie Yoga-Kursen oder die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsprävention im Kita-Team. 60,7% der Kitas konnten gesundheitsgerichtete Veränderungen von pädagogischen und sonstigen Arbeitsprozessen berichten. Beispiele waren, dass nach dem Audit Gesunde KiTa die Bewegung im Freien bei jeder Witterung stattfand und in einer Kita von der Gründung eines Gesundheitszirkels berichtet wurde. Ebenso wurden bei 60,7% Kitas die Abläufe im Arbeitsalltag gesundheitsgerecht abgeändert. Ein veränderter Ablauf war z.B. die Verlagerung der Organisation des Essensangebots von der Einrichtungs- auf die Gruppenebene. Dadurch konnten die einzelnen Kindergruppen in ihren Räumen essen und auf diese Weise neben Lärm- und Stressreduktion auch eine dauerhafte Verfügbarkeit von Obst erreichen.

Umbauten (Renovierungen) wurden bei 53,6% der Kitas umgesetzt. Dabei wurden z.B. Maßnahmen zur Schallreduzierung in einer Krippe ergriffen, Handläufe für Kinder in der Kita angebracht und Lichtausschnitte in der Tür angebracht.

Veränderungen bzw. eine Verbesserung des Teamzusammenhalts konnte das Audit Gesunde KiTa bei 53,6% der Kitas erreichen. Beispielsweise nahm ein Kita-Team nach der Auditierung an einem Triathlon teil. Viele Kitas sprachen aber schon das gemeinsame Durchlaufen des Auditierungsprozesses als Maßnahme zur Verbesserung von gemeinsamem Grundverständnis der Arbeit und von Gruppenkohäsion an.

Berichtete Effekte	**Häufigkeit + Anteil (%) der berichteten Effekte in den Kitas**
Positive Außenwirkung des "Audits"	24 – 85,7 %
Anschaffungen	21 – 75 %
Ernährung	21 – 75 %
Verhalten bezüglich Gesundheit Team	19 – 67,9 %
Arbeitsweise	18 – 64,3 %
Abläufe im Arbeitsalltag	17 – 60,7 %
Umbauten (Renovierungen)	16 – 57,1 %
Teamzusammenhalt	14 – 50,0 %
Partizipation der Kinder	11 - 39,3 %
Verhalten bezüglich Gesundheit Kinder	10 – 35,7 %
Konzeption	9 – 32,1 %
Verhalten bezüglich Gesundheit Eltern	8 – 28,6 %
Interesse an Fortbildungen	8 – 28,6 %
Personelle Veränderungen	8 – 28,6 %
Beziehung zum Träger	7 – 25 %

Tab. 16: Häufigkeit der berichteten Effektbereiche (Interviews)

7.2.2 Effekttiefe: Berichtete Veränderungsstärke

Neben der Verbreitung einzelner Verbesserungen durch das Audit ist zur Bewertung dieses Verfahrens wichtig, wie stark diese Verbesserungen ausgeprägt sind, also die ganze Kita verändern, und ob sie auf Dauer gestellt werden. Hierzu wurden alle 28 Kitas auf der Grundlage ihrer Berichte in sechs Gruppen eingeteilt. Weniger als ein Fünftel wies keine oder punktuelle Veränderungen auf, alle anderen wiesen kontinuierlich wirksame, verstetigte Verbesserungen gesundheitsbezogener Struktur- und Prozessqualität durch das Audit auf. Knapp die Hälfte der Kitas erreichte deutliche Veränderungen in mehreren Teilfeldern oder Gesamtveränderungen der Organisation, knapp ein Viertel sogar Systementwicklung mit Verstetigung.

Eine erste Kategorie bilden jene Kitas, bei welchen das Audit nach ihren eigenen Beobachtungen keine Veränderungen mit sich brachte (genauere Darstellung der Zuordnungskriterien und Merkmale der Kita-Teilgruppen vgl. Tabelle). Diese Gruppe war mit 3,6% (n = 1) sehr klein.

	Skalenwert	n	%	Kumulierte %
keine Veränderungen	0	1	3,6	3,6
punktuelle Veränderungen, unklare Beständigkeit	1	4	14,3	17,9
mittlere Reichweite, schmal	2	4	14,3	32,1
mittlere Reichweite, breit	3	10	35,7	67,9
systemisch beengt	4	3	10,7	78,6
systemisch tief	5	6	21,4	100,0
Gesamt		28	100,0	

Tab. 17: Wirktiefe der berichteten Effekte (Interviews)

Kitas in der Kategorie punktuelle Veränderungen unklarer Beständigkeit zeichnen sich dadurch aus, dass es zwar Veränderungen durch das Audit in einzelnen Wirkungsfeldern gab, aber nicht klar ersichtlich ist, dass diese in der gesamten Kita verstetigt wurden und ihre Wirkung nachhaltig ist. Auch diese Gruppe ist mit 14,3% (n = 4) klein. Beispiele:

Fall 27: [Veränderungen im Teamzusammenhalt] „Na das war nochmal ‘ne Herausforderung und gerade nochmal für junge, neu hinzugekommene Kollegen, die im Prinzip so eine Zertifizierung noch nicht miterlebt haben. Für die war das ja dann nochmal eine Herausforderung. Im Prinzip, dass die also auch ihr Können unter Beweis gestellt haben und ihre Arbeitsweise zeigen und auch nochmal demonstrieren konnten“ (27/496-500).

Fall 23: [Veränderungen Verhalten bezüglich Gesundheit Team] „Naja, es ist so, dass wenn jetzt, zum Beispiel Kinder mit Süßigkeiten zur Krippe kommen. Ja, die sind stolz, dass sie eine Tüte Bonbons mitbringen dürfen und verteilen dürfen. Die Erzieher_innen gehen darauf ein und sagen dann eben zu den Eltern, wir sind „Gesunde KiTa“ und, und, und“ (30/251-254).

Hinter der Bezeichnung Veränderungen mittlerer Reichweite nachhaltig schmal stehen Kitas, die entweder den Ernährungsplan umgestellt haben oder einzelne bauliche Veränderungen oder Anschaffungen vornahmen. Die erzielten gesundheitsbezogenen Verbesserungen waren also strukturbildend und insofern verstetigt, blieben jedoch insular, sie betrafen nur einzelne, ausgewählte Handlungsfelder, und zwar 3 – 7 Felder. Beispiele:

Fall 13: „Wir haben Fahrräder angeschafft für die Kinder und Volleyballnetze, sodass wir vor der Krippe einen Teilbereich absperren können, dass die vor der Krippe fahren können. Dann haben wir Erzieherinnenstühle angeschafft. Und einfach weiter noch unser Außenkonzept erweitert“ (13/92-95).

Fall 29: [Umbauten / Anschaffungen] „Wie gesagt eben, so Sachen wie Wickeltisch, Beleuchtungen, Lampen nochmal zusätzlich, Haltegriffe, solche Sachen, die man dann eben nachträglich eingebaut/ angebaut hat. Ja. Und die Sensibilisierung für Belange und Wünsche auch von allen Mitarbeitern“ (29/416-419).

Wenn eine Kita in der Kategorie Veränderungen mittlerer Reichweite nachhaltig breit verortet wird, so hatte diese Kita bleibende Änderungen in einzelnen Handlungsfeldern im Gefolge des Audit erlebt. Dies betraf insbesondere das Ernährungsangebot oder die Zubereitung der Mahlzeiten sowie (zusätzlich) bauliche Veränderungen oder Anschaffungen (alles dauerhafte Veränderungen). Andererseits hatte die Kita bislang den Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung, Gesundheit als Querschnittsaufgabe in allen Handlungsfeldern zu verankern, noch nicht umgesetzt; so hatte das Audit etwa an der Konzeption der Kita hier nichts Grundlegendes verändert, alle anderen Strukturen und Prozesse außer den genannten waren erst noch in Entwicklung. Die Kitas konnten einzelne Effekte in mehreren Handlungsfeldern berichten, und zwar 4 – 12 Feldern, aber noch keine zusammenhängende gesundheitsbezogene Weiterentwicklung der gesamten Organisation mit systematischen Maßnahmen für verschiedene Zielgruppen – Kinder, Team, Eltern. Diese Klassen von Kitas bildete mit 35,7% die größte Teilgruppe. Beispiele:

> Fall 10: [Auswirkung des Audit auf die Kinder] „Natürlich, die achten auch darauf, was sie mitbringen. Gerade, was das Essen betrifft gucken sie natürlich auch genau hin und sagen ihren Eltern: „Nicht schon wieder Cornflakes“ oder „Nicht schon wieder Schokocroissant“ (10/201-203). [Neue Regeln zur Ernährung] „Dass es z.B. montags nur Cornflakes gibt, ansonsten nie. Das sind Sonderregelungen, weil, die Kinder sollen nicht jede Woche nur Cornflakes haben, die sollen sich an ein gesundes Frühstück gewöhnen. Dann gibt es nur einmal in der Woche Fleisch, einmal in der Woche Fisch, einmal gibt es vegetarisch. Also der Speiseplan hat auch seine Regeln mittlerweile“ (10/241-245). [Anschaffungen / Umbauten] „Wir haben einen ganz neuen Sportraum eingerichtet, mit neuen Sportgeräten, wir haben jetzt eine Kollegin, die […] einmal in der Woche mit den Kindern turnt. Also das hat sich alles verändert“ (10/268-270).
>
> Fall 8: [Ernährung] „Wir haben den Kinderspeiseplan entwickelt. […] Wir haben uns überhaupt nochmal unser ganzes Angebot was essen betrifft nochmal geschaut mit unserer Ernährungsberaterin und dem Optimix Programm danach anders noch zu kochen. Auch Frühstück und Vesper nochmal zu schauen, wo können wir nochmal gesündere Aufstriche den Kindern anbieten, das hatten wir noch in dem Zusammenhang gemacht (8/105-111). [Anschaffungen / Umbauten] „Ja wir haben oben eine Wickelbox noch, also da haben wir was verändert, damit die Kollegen es leichter mit dem Wickeln haben in den Altersgemischten Gruppen.
> […] Das haben wir dann mit dem Hausmeister ganz schnell baulich ändern können“ (8/167-174).

Die Kategorie Veränderungen systemisch beengt trifft auf Kitas zu, welche in mehreren Wirkbereichen positive Veränderungen mittels des Audits erzielen konnten und einen umfassenden Setting-Ansatz im Sinne der Gesundheitsförderung anstrebten, bei denen jedoch entscheidende Faktoren, wie z.B. ihre Beziehung zum Träger (Schwierigkeiten, Geldmittel zu erhalten) oder räumliche Bedingungen eine tiefer greifende gesundheitsbezogene Weiterentwicklung des Kita-Konzeptes entscheidend behindern. Diese

Weiterentwicklung wäre also gewollt und fände gute Voraussetzungen, doch stehen ihr Faktoren entgegen, die die Kita selbst nicht zu ändern vermag. Diese Teilgruppe umfasste etwa ein Zehntel (10,7%) der Kitas. Beispiele:

Fall 3: „Durch das Audit haben wir bewusster im Team darüber nachgedacht, was kann man den Kindern noch anbieten um nachhaltig Einfluss auf ihre Entwicklung zu nehmen“ (3/351-353). [Ernährung] „Als Schwerpunkt vielleicht zu nennen wäre die Speiseplan Gestaltung, wo wir dann mit dem Küchenträger in Kontakt getreten sind. Wir hatten dann auch so ein wo wir dann die Küche hat sich dann nach einem Modellprojekt beteiligt, bei der Landesvereinigung. Also da haben wir schon etwas in Bewegung gebracht“ (3/166-170). „Wir hatten dann auch noch Räumlichkeiten umgestaltet. Da sind wir auch nochmal auf die Lichtverhältnisse ganz speziell eingegangen. Ja wir haben Kindergerichte haben wir hier bei uns im Haus, wo die Kinder kochen können selbst, gesunde Nahrung herstellen wollen“ (3/312-315). „Also mit dem Audit haben wir sehr positive Erfahrungen gemacht, muss ich sagen. Wir sind bisher einmal zertifiziert und wollten gerne so ja schon gern die Rezertifizierung, aber da muss ich ihnen sagen, dass ist so ein bisschen der negative Beigeschmack, die finanzielle Seite“ (3/79-82). [Frage: Unterstützung durch den Träger] „Die Eingemeindung, das ist so alles naja […] mal so ein bisschen krass gesagt, also da ist eigentlich wenig Unterstützung und die Einstellung hat sich da auch nicht zum Positiven geändert“ (3/472-475).

Fall 6: [Anschaffungen] „Wir haben für den Bewegungsraum zum Beispiel so Großraumbausteine angeschafft und haben dann im Nachgang eben auch überlegt: Was könnten die größeren Jungs gebrauchen. Also die haben sich einen Boxsack selber gewünscht. Ja, das war der Wunsch der Jungs. Den haben wir auch angeschafft. Momentan ist er nicht ganz so gefragt, aber es gibt eben so ein paar Dinge die daraufhin/ Fahrzeuge für den Außenbereich sind mit angeschafft worden. Da haben wir auch mal die Eltern mit aufgerufen gehabt. Da ist dann so viel gekommen, dass wir gar nicht mehr wussten, wohin. Also das war dann sehr erfolgreich muss ich sagen. Dass, wenn wir so was machen, die Eltern eben auch unterstützen. Das finde ich eben auch sehr wichtig. Muss ja nicht immer ganz nagel-, nagelneu sein, was alles/ Wir sind auch sehr glücklich, wenn da ein Roller aus dem Gebrauch von zu Hause auch der Kita zur Verfügung gestellt wird“ (6/367-378). [Ernährung] „Also, wir standen vor der Herausforderung. Und wie macht man es sinnvoll, klug einen neuen Essensanbieter zu finden. Vor allen Dingen unter der Prämisse nicht nur preiswert zu sein, sondern eben gesundes Essen auf den Tisch zu tun. Und was dabei mein Anliegen war, war das Frühstück, Mittag und Vesper zu behalten. Also nicht wieder mit Brotbüchsen anzufangen und so weiter. Und das war so meine Zielstellung dann dabei. Und da haben wir natürlich auch gut diskutiert mit den Eltern. Und da habe ich mir aber durch den Elternrat Hilfe und Unterstützung geholt im Vorfeld. Und der hat mich da auch gut/ Also, mir gut zur Seite stand. Es war am Ende überhaupt nicht das Problem wie ich es am Anfang befürchtet hatte. Es ging sehr gut und relativ reibungslos. Und seit November diesen Jahres haben wir einen neuen Essensanbieter“ (6/220-230). [Eingeschränkte

Rahmenbedingungen] „Auf der anderen Seite sind wir natürlich auch an unsere Grenzen gestoßen, wo wir gesagt haben: Es gibt eben auch Dinge, die wir nicht umsetzten können aufgrund unsere räumlichen Bedingungen, aufgrund der Altersstruktur im Haus. Weil wir altersgemischt arbeiten und so ist nicht unbedingt immer alles so einfach umsetzbar vielleicht“ (6/275-279).

In der letzten Kategorie Veränderungen systemisch tief finden sich Kitas, die ihre gesamte Konzeption aufgrund des Audits neu gestaltet hatten und zudem über hervorragende Rahmenbedingungen, namentlich hinreichende Ressourcen, ein hochmotiviertes Team, Unterstützung der Eltern o.ä. verfügten. In dieser Gruppe waren infolgedessen außerdem gesundheitsbezogene positive Veränderungen in mindestens zehn Wirkbereichen erkennbar. Diese Gruppe umfasste ungefähr ein Fünftel (21,4%) der mit Experteninterviews befragten Kitas. Beispiele:

Fall 1: [Wie wird das Audit vom Träger bewertet?] „Der Träger hat sich natürlich sehr gefreut, dass wir auf die Art schon so ein Qualitätsverfahren haben […] was natürlich sehr gut messbar ist. […] Und findet das toll, dass sich dadurch unsere Professionalität erhöht hat hier des Teams – Also wesentlich. Und natürlich auch die Fachlichkeit als Tageseinrichtung konzeptionell nach außen“ (1/400-404). „Wir haben an sich eine sehr gute Beziehungsebene zum Träger. Und er unterstützt uns in Maßnahmen, wenn finanziell was machbar ist – Bereitstellung, wenn Kolleginnen sich weiterbilden. […] Wir kriegen dann Dienstfahrzeug und so – diese Geschichten“ (1/917-921). [Verhalten bezüglich Gesundheit Kinder] „Also sei es denn hier, einer packt die Brottasche aus und da sind vielleicht nicht so ganz gesunde Sachen drin, da sagen die anderen Kinder dann schon: „Oh du, hör mal, das ist jetzt nicht so gesund. Vielleicht bringst du morgen etwas anderes mit.“ Und dann machen die auch schon so Vorschläge. Also das sind so kleine Sachen, die wir im Alltag auch so beobachten können“ (1/881-885). „Eltern haben wir auch […] mit ins Boot geholt, dass sie uns auch mal Obst, Gemüse von zuhause so mitbringen. Gerade in den Sommermonaten aus dem eigenen Garten. Da können wir immer so mit der Mitarbeit rechnen“ (1/266-268). „Die Mitarbeit und Unterstützung hier durch den Träger war eigentlich auch immer so gegeben. Gerade im Hinblick hier auf Anschaffung von Möbeln, oder zur Sicherung des Außengeländes wurden neue Wege gepflastert. Wir Erzieher konnten uns ergonomische Stühle anschaffen. Also es ist immer die Mitarbeit des Trägers auch erforderlich“ (1/253-256). „Und wir konnten auch so integrieren in unseren KiTa-Ablauf, dass mittwochs immer ein gesundes Frühstück hier bei uns stattfindet, das von uns auch angeboten wird. Die Kinder stellen mit uns zuweilen gemeinsam die Speisen her, sagen auch, was sie sich wünschen“ (1/264-266).

Fall 2: [Ernährung] „Da haben wir in den letzten Jahren auch sehr viel verbessert. Also wir haben bewusster jetzt auch eingekauft, haben die Lebensmittel zum Teil verändert auch, haben auch den Essenanbieter verändert, und insofern war es eigentlich ein gutes Werkzeug. Diese Zertifizierung insgesamt“ (2/128-132).

„Sie kommen trotzdem immer noch, weil sie... Es gibt nicht viele mit Bio-Essen, und dass wir selbst einkaufen, schon immer, dass die nie was mitbringen müssen, das sind schon so Dinge, weswegen Eltern hierher kommen. Dann eben zu wissen, dass wir im Reformhaus einkaufen und solche Sachen. Da legen viele Wert darauf“ (2/420-424). [Anschaffungen / Umbauten] „Was jetzt in der letzten Zeit dazu gekommen ist wo wir was verändert haben, ist Gesundheitsförderung des Personals. Also dass wir da auch ein bisschen mehr darauf geachtet haben, dass die ergonomische Möbel haben, diese Rollstühle, und sich nicht mehr so viel bücken. Das ist ja immer so ein Problem in dem Beruf. Und beim Wickeln, dass es die Möglichkeit gibt, dass die Kinder hochklettern können am Wickeltisch. Weil dieses Tragen ja auch alles... das war ein Punkt, der sich dadurch verändert hat. Mülltrennung war auch so ein Thema was sich dadurch verändert hat. Wo wir nach dem Audit gesagt haben, naja dann müssen wir jetzt doch mal mehr Eimer anschaffen. Und mit den Kindern arbeiten, dass sie wissen wo sie was reinpacken können. Und Bewegung, auch Bewegungsmöglichkeiten, das hat auch eine Rolle gespielt. Innerhalb dieses gesamten Prozesses sind wir auch umgezogen. Also seit 2007 sind wir in diesem Haus. Und da haben die Punkte zum Teil auch mit dazu beigetragen, das Haus zu gestalten“ (2/307-320). [sehr gute Rahmenbedingungen:] „Wir sind einmal eine Elterninitiative, das ist schon das Besondere. Wir haben einen Vorstand der sich aus Eltern zusammensetzt. Diese tragen den Verein und sind die Träger“ (2/20-22).

Insgesamt zeigten die vertieften Nutzerbefragungen somit ein Bild, das dem günstigen, aber heterogenen Gesamtergebnis der Fragebogenstudie nahe kommt:

- nur sehr wenige Kitas ohne Effekte (unter 5%) oder mit noch ungesicherten Effekten (etwa 15%),
- auf der anderen Seite eine ebenso stark besetzte Spitzengruppe (etwas über ein Fünftel der Einrichtungen) mit äußerst günstiger Entwicklung, sehr breiten Effekten, also mindestens 10 betroffenen Handlungsfeldern und hoher Nachhaltigkeit (alles verstetigt),
- dazwischen etwa die Hälfte der Kitas mit nachhaltigen Verbesserungen in Ausstattung, Bau, Ernährungsangebot und Ausstattung, auf dem Weg zum vollständig umgesetzten Setting-Ansatz.

Das Audit als Qualitätsinstrument kann somit eine hohe Wahrscheinlichkeit beanspruchen, eine Kita nachhaltig gesundheitsbezogen in mehreren Handlungsfeldern weiterzuentwickeln.

	hervorragende Rahmenbedin-gungen	Kon-zeption	Änderung Ernährung	Umbauten / Anschaffungen	Nachhal-tigkeit	Anzahl Kitas	Anzahl Verän-derungen in den Wirkfeldern	Zertifizie-rungen
Keine Verän-derungen						1	0	1
Punktuelle Veränderun-gen unklare Beständigkeit						4	2-3	1; 2; 2; 1
Mittlere Reich-weite, schmal			x oder x		x	4	3-7	1; 1; 1; 1
Mittlere Reich-weite, breit			x	x	x	10	4-12	2; 2; 1; 1; 3; 1; 2; 1; 1; 3
Systemisch, beengt		x	x	x	x	3	8-13	1; 1; 1
Systemisch, tief	x	x	x	x	x	6	10-15	3; 3; 1;3; 2; 2

Tab. 18: Wirktiefe, Wirkfelder, Anzahl der Veränderungen in den Wirkfeldern und Zahl der Zertifizierungen der interviewten Einrichtungen

7.2.3 Wirksamkeit: Wirkungsketten

Um nachzuweisen, dass die gesundheitsbezogenen Veränderungen nicht auf Zuwendungs- (Hawthorne-), Selbstkonzept- (Pygmalion-) o.ä. unspezifische Begleiteffekte von Interventionen zurückzuführen waren oder sowieso geplant gewesen waren, wurden die Wirkungsketten analysiert, die das Audit in Gang setzte. Das sind miteinander zwingend verbundene Ursachen-Wirkungs-Verknüpfungen, die vom Audit als Gesamtprozess und seinen Teilschritten zu den intendierten und vorgefundenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisverbesserungen führen.

Wirkungsketten wurden in 24 der 28 Interviews gefunden. Ihr genauer Ausgangspunkt im Audit Gesunde KiTa konnte i.d.R. allerdings retrospektiv von den Interviewten nicht mehr rekonstruiert werden. Die Befragten erinnerten sich ungenau, welche Maßnahme zu welchen Veränderungen geführt hatten. Außerdem waren viele Ketten nicht auf Teilbausteine des Audits zurückzuführen, sondern auf deren Zusammenwirken im Gesamtprozess. Aus diesen Besonderheiten der Auskünfte entstand ein Gesamtmodell der Wirksamkeit des Audits (s. folgende Abbildung): Verfahrenselemente tragen zu drei übergeordneten, für das ganze Verfahren gültigen Wirkfaktoren bei, analog den Generalfaktoren der Psychotherapie:

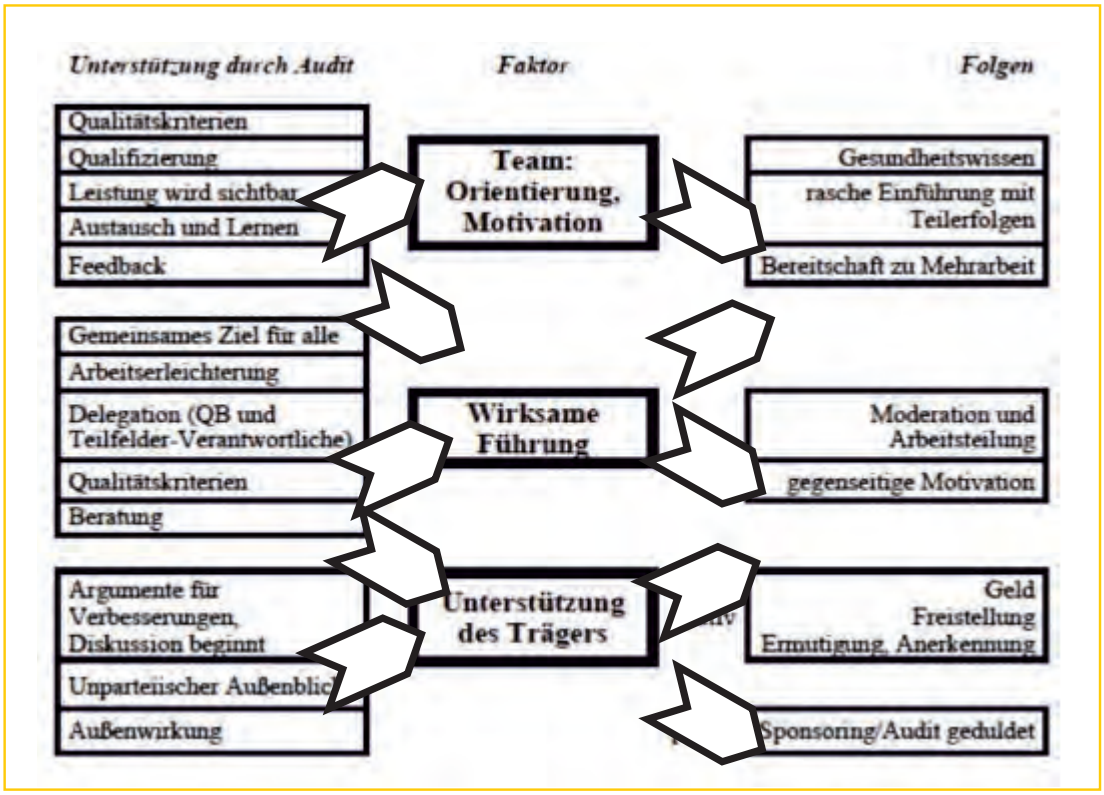
1. Orientierung und Motivation des Teams,
2. Effektive Führungskompetenz und -kapazität in der Kita,
3. Unterstützung des Trägers für Qualitätsentwicklung.

Diese drei Generalfaktoren unterstützen wiederum die verschiedenen Einzeleffekte des Audits. Bei diesem Modell, das die Daten gut wiedergibt, ist es unnötig, einzelne Generalfaktoren auf bestimmte Verfahrensmerkmale zurückzuführen oder die einzelnen Auswirkungen des Audits einem bestimmten Faktor zuzuschreiben. Die Generalfaktoren können die Effekte vielmehr gemeinsam oder in wechselnden Konstellationen bewirken. Ebenso können verschiedene Verfahrensmerkmale die Generalfaktoren stärken, auch abhängig vom vorherigen Entwicklungsstand der Kita. So kann z.B. die unvoreingenommene, externe Einschätzung des Qualitätsstands der Kita sowohl wirkungsvolle Kita-Leitung also auch Motivation des Teams oder aber die Unterstützung durch den Träger anregen.

Ein Nachteil des Modells besteht darin, dass man kein spezifisches „Erfolgsrezept“ des Audits aus den Daten herausdestillieren kann. Es ist ungesichert, ob alle seine Bausteine tatsächlich erforderlich sind und nur die Gesamtheit seiner Verfahrensmerkmale die Generalfaktoren so deutlich fördert, dass die günstigen Effekte eintreten bzw. welche Bausteine vielleicht eingespart werden könnten, um den Aufwand zu vermindern und das Audit leichter zu verbreiten oder andere Qualitätsentwicklungsverfahren mit diesen Daten zu unterstützen.

Als Konsequenz dieser vernetzten Ursache-Wirkungs-Konstellationen gaben die Interviewten nur an, dass die von ihnen berichteten Wirkungsketten durch das Audit angestoßen wurden. Diese berichteten Wirkungsketten unterschieden sich vor allem in ihrer Länge. Es gab viele kurze, aber auch mehrgliedrige Ketten.

Beispiel für mehrgliedrige Kette: Befund der Begehung: Es gibt wenig Entspannungsmöglichkeiten für Kinder -> Lösungen werden im Team entwickelt -> Fachberatung zur Raumgestaltung hinzugezogen -> Umgestaltungen, u.a. Räume abgegrenzt + Kuschelecken gebaut -> Kinder haben Rückzugsmöglichkeiten zur



Entspannung, die auch im Alltag berücksichtigt werden.

Beispiel für kurze Kette: Bei Kindergartenfesten wurden Bewegungsspiele und ein gesundes Nahrungsangebot für alle Teilnehmer in den Fokus gerückt.

Die Wirkungsketten zeigten Analogien, da es sich meist um die Bereiche Ernährung, Bewegung und bauliche Veränderungen bzw. Anschaffungen handelte.

Wirkungsketten einer Veränderungseinstellung im Kita-Alltag bezüglich Bewegungsangeboten ließen sich beispielsweise erkennen, wenn durch Anregungen zu Sport und Bewegung, welche aufgrund des Audits gegeben wurden, die Gestaltung neuer Räumlichkeiten vorangetrieben und die Anschaffung neuer Sportgeräte getätigt wurde.

Manche Wirkungsketten erstreckten sich über mehrere Wirkbereiche, so dass sie nicht länger waren, aber stärker verzweigt.

So zeigte sich in einem Fall, als durch das Audit zunächst das Bewusstsein der Erzieher_innen in Bezug auf die Ernährung durch das Audit geschärft wurde, dies eine größere Partizipation der Kinder in Puncto Ernährung nach sich zog, zusätzlich noch ein Ernährungsberater zu Rate gezogen wurde und sich daraufhin das Essensangebot in der Kita hin zu mehr Obst und Gemüse sowie weniger Fleisch veränderte.

Es ließen sich neben übergreifenden gesundheitsbezogenen Veränderungen auch Wirkungsketten bezüglich spezifischer Handlungsfelder wie insbesondere Sicherheit beobachten.

Beispielsweise konnte das Audit die Einführung einer Brandschutzübung und die Zuweisung eines Brandschutzbeauftragten anstoßen.

Wo Wirkungsketten fehlten (etwa 20% der Kitas), war auch mit Gesundheitseffekten kaum zu rechnen. Mit den aufgezeigten Mikro-Prozessen der Wirkungsketten vom Audit zu gesundheitsbezogenen Qualitätsgewinnen in 80% der Kitas ist somit ein weiterer starker Beleg für die Wirksamkeit verfügbar: Die günstigen Effekte können in großer Breite auf das Interventionsprogramm Audit Gesunde KiTa zurückgeführt werden.

7.2.4 Wirksamkeit: Deckeneffekt bei hohem Einstiegsniveau

Bei Kitas mit einem hohen Einstiegsniveau wurde ein Deckeneffekt der Wirksamkeit festgestellt. Besonders deutlich wurde dies bei einzelnen Kitas mit einem vorher schon erarbeiteten Kneipp-Profil. Eine Kita dieser Teilgruppe konnte keine Effekte in der Breite durch das Audit Gesunde KiTa feststellen und somit auch keine in der Wirktiefe. Auch die Minima und Maxima der berichteten Effekte bestätigten den Deckeneffekt. Der Minimalwert lag, wie bereits berichtet, bei keinerlei berichteten Effekten (in einer einzelnen Kita mit sehr hohem Einstiegsniveau), der Maximalwert bei 6 berichteten Effekten, was unter dem Mittelwert der berichteten Effekte aller Kitas lag.

Andererseits profitierten auch die Kitas mit Kneipp-Profil von der Durchführung des Audit, auch die Deckeneffekte traten also nicht sicher ein. Diese Teilgruppe erzielte einen Mittelwert von 2,75 Effekten pro Einrichtung – im unteren Bereich der Zahl erreichter Wirkungsfelder, aber andererseits ein Beleg, dass das Audit selbst bei hohem Einstiegsniveau noch multiple Gesundheitseffekte in Gang setzt.

Die Analyse der Wirktiefe erbrachte ähnliche Hinweise auf einen Deckeneffekt in Kitas mit hohem Eingangsniveau, belegt an der Teilgruppe der Kneipp-Kitas. Eine

dieser Kitas fand sich in der Kategorie keine Veränderungen, zwei in der Kategorie punktuelle Veränderungen unklarer Beständigkeit und nur eine in der Kategorie Mittlere Reichweite schmal.

Auch die Programmkoordination beobachtete vereinzelt diesen Deckeneffekt (vereinzelt, da es sich nur um wenige Kitas handelte, die aufgrund ihrer dennoch erreichten Veränderungen auch nicht auffällig aus dem Programm herausfielen). Eine Expert_in der Landesvereinigungen für Gesundheit teilte ähnliche Beobachtungen mit.

> [Das Audit sei] „bei Kneipp-Kitas einfacher durchzuführen (...), da nach schon gewissen Qualitätskriterien gearbeitet wird und (...) es Überschneidungen mit dem Audit in den Bereichen Ernährung, Bewegungsförderung und [Resilienz und Sinneserfahrung] gibt“.

Wie bei vielen Programmen, profitieren jene Zielgruppen, die die Ziele schon weitgehend erreicht haben, weniger von den gebotenen Interventionen. Der Deckeneffekt hat also einen sehr banalen Hintergrund.

7.3 Anforderungen der Durchführung

7.3.1 Berichtete Erfolgsfaktoren und Anforderungen

Die Befragten bestätigten, relativierten und ergänzten weiter die Wirkungsbedingungen für die dargestellten günstigen Verläufe des Auditierungsprozesses und der Umsetzung der gesteckten Qualitätsziele. Hinsichtlich der beobachteten Hürden fanden sich weitere Belege für die Schlüsselbedeutung des erforderlichen Zeit- und Geldbedarfs. Fehlt die Unterstützung durch den Träger und sind damit die Ressourcen für die Durchführung knapp, so leidet auch die Motivation des Teams. Auch hier lagen also Wirkungsketten vor. Solche miteinander verflochtenen Erfahrungen berichteten – je nach Einzelaspekt – etwa 40 – 50% der befragten Praktiker_innen (vgl. Tabelle). Weniger wichtig, aber ebenfalls für die Implementierung bedeutsam, waren die Akzeptanz der Eltern (25%), als eher marginal erwies sich die mögliche Konkurrenz zu anderen Verfahren des Qualitätsmanagements (unter 5%).

Umgekehrt bestätigten die Angaben über günstige Bedingungen, Unterstützungs- und Förderfaktoren für das Audit die gleichen zentralen Ansätze: Unterstützung durch den Träger, Motivation des Teams und verfügbare Arbeitszeit (s. Tab.). Eine Sonderrolle nahm hier die Akzeptanz der Eltern ein. Sie erwies sich eher selten als Hürde (s.o.), jedoch aus Sicht der Praktiker_innen häufig als besonderer Motor für das Audit, nämlich in 46,7% der Nennungen von Förderfaktoren.

Anforderungen / Hürden und Probleme	Häufigkeit (n = 24)
(un-)motiviertes Team	15
Unterstützung durch den Träger	13
großer Zeitaufwand	9
finanzielle Probleme	8
Eltern müssen dahinterstehen	6
Dinge nicht umsetzbar (räumliche Bedingungen o.ä.)	2
Konkurrenz QM-Verfahren (z.B. 100 Stunden-Programm)	1

Tab. 19: Häufigkeiten der genannten Hürden (Interviews)

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass die verfügbaren Ressourcen im Arbeitsaufwand zusammenfließen (auch der Geldbedarf, weil er Anstrengungen für Sponsorenwerbung nach sich ziehen kann), der die Motivation des Teams zur Durchführung stark beeinflusst, wobei beides wiederum deutlich davon abhängt, wie bereitwillig der Träger das Audit unterstützt. Die Unterstützung der Eltern kann als zusätzlicher Förderfaktor mobilisiert werden.

Faktoren	n: Zahl der Nennungen	% an allen Nennungen
Unterstützung durch den Träger	24x	85,7
Motivation des Teams (Engagement)/ Durchhaltevermögen	22x	78,6
Einbezug und Unterstützung durch Eltern	13x	46,4
Zeit	11x	39,3
Offenheit gegenüber dem Audit, Bereitschaft zu Veränderungen	5x	17,9
Das Nutzen der Vorinformation und aktive Vorarbeit	5x	17,9
Kommunikativer Austausch	4x	14,3
Ehrliche Selbsteinschätzung	4x	14,3
Einbezug der Kinder	4x	14,3
Kooperation mit technischem Personal	4x	14,3
Realistische Zielsetzung	2x	7,1
Arbeitsgruppen	1x	3,6
Einstellung der Kita-Leitung	1x	3,6
Qualitätsanspruch der Kita	1x	3,6
Wenig Bürokratie	1x	3,6
Schrittweises Vorgehen	1x	3,6
Teilnahme an Fortbildungen ermöglichen	1x	3,6

Tab. 20: Förderfaktoren des Audits (Interviews)

Für die Einschätzung des Aufwands waren zwei Grundparameter maßgeblich: Geld- und Zeitbedarf. Die Angaben zur Finanzierung des Audits ergaben ein sehr heterogenes Bild der tatsächlichen Kosten für Träger und Einrichtungen. Die Finanzierung des Audits erfolgt nämlich aus unterschiedlichen Quellen, und einzelne Bundesländer

folgen jeweils gesonderten Regelungen. Ursprünglich war die Teilnahme gänzlich kostenfrei, weil eine Krankenkasse (BKK-Bereich) die gesamten Unkosten trug. Später entwickelten sich unterschiedliche Partnerschafts- und Beteiligungsmodelle mit jeweils besonderen Zuschussregelungen. So übernimmt z.B. eine Krankenkasse (DAK) in einem Bundesland alle Kosten bis auf 100 €, die die Kita selbst tragen muss. Meist unterscheiden sich die Kosten für Erst- und Rezertifizierung. Mitunter werden die Kosten von der Einrichtungsgröße abhängig gemacht (Schleswig-Holstein). Somit sind die Kosten für die Kita je nach Bundesland, Größe, Zertifizierungsstatus und verfügbaren Unterstützungsangeboten der Krankenkassen sehr variabel, damit auch der Bedarf an Einwerbung von Sponsoring und Unterstützung durch den Träger.

Um den Zeitaufwand für das Audit Gesunde KiTa und das damit verbundene Projektmanagement zu spezifizieren, wurden hierzu Nachfragen gestellt. Dabei zeigte sich:

- Die meisten Befragten ‚berechnen' nicht den Arbeitsaufwand für Einzelaufgaben, sondern steuern deren Durchführung durch Priorisierung: Die wichtigsten Aufgaben werden als erste erledigt, danach können weniger wichtige folgen.
- Zudem hängt der Aufwand von der Mikro-Aufgabenplanung ab, z.B. von Möglichkeiten zur Integration in ohnehin laufende Dienstaufgaben (etwa vorhandene Qualitätsbeauftragte in größeren Einrichtungen).
- Wichtige Arbeitsschritte, wie etwa der Anteil eines Themas an Teamberatungen sind ebenso schwer zu erfassen, wie die informelle Arbeitsverdichtung durch Nutzung von Pausen oder Einsatz von Freizeit (vor allem durch die Kita-Leitungen).
- Über all diese Bedingungen wird auch nicht Buch geführt.

Insgesamt standen somit nur grobe Schätzungen des erforderlichen Einsatzes an Arbeitszeit zur Verfügung. Gründe dafür sind u.a. im Selbstschutz der eigenen Motivation zu sehen, denn die erforderlichen Arbeitsstunden sind, absolut betrachtet, bei einem mit Fachaufgaben randvollen Tagesplan spürbar. Aus diesen Gründen sind Gesamtstundenzahlen für ein Programm generell selten, also nur in Einzelfällen erhältlich (Kliche, 2011b).

Auch für das Audit waren die Schätzungen höchst lückenhaft. Sie ermöglichen gleichwohl ein informatives Bild. Nur 5 der befragten Expert_innen waren aus den genannten Erwägungen überhaupt bereit, den Gesamtaufwand für das Audit Gesunde KiTa zu schätzen (s. Tabelle). 15 Befragte konnten indessen verwertbare Informationen zum Zeitaufwand einzelner Teilschritte bzw. zur Frage liefern, ob das Audit überhaupt einen Mehraufwand verursachte.

Für den Gesamtaufwand bewegten sich die Zeitangaben mit deutlicher Streuung zwischen etwa 15 und etwa 40 Arbeitsstunden.

Die Einzelangaben erbrachten eine Liste zusätzlich erforderlicher Teilaufgaben. Sie

bezogen sich auf den Zeitbedarf für Gruppensitzungen, Überstunden, Fort- und Weiterbildungen, Pädagogische Tage, Qualitätsbericht und Begehung. Am häufigsten konnten Angaben zu den aufgewendeten Stunden für die Begehung präzisiert werden. Die Stundenzahlen für die Gruppensitzungen variierten stark (1 – 20); damit waren Gesamtkalkulationen hinfällig, weil Teamgröße und Gruppensitzungen für den Gesamtbedarf an Arbeitzeit eine Hebelwirkung durch Multiplikation haben.

Gruppen-sitzungen	Über-stunden	Fort- und Wei-terbildungen	Pädagog. Tage	Qualitäts-bericht	Bege-hung	Bemerkungen
		x				
je 2-3 Std.	-					
1-2 /Monat		x				Morgens Zeit investiert, viele Fortbildungen, „Unmengen an Stunden“
20 Std.			2x			Elternabende, Wort-Café, Teamberatungen, Fortbildungen…
1 Std.				0,75 Std.	3 Std.	Fragen grob beleuchtet, Einzelgespräche zusätzlich. Gesamt: 2-3 Std.
Je 2 Std.		X		2 Std.	5 Std.	
Gesamt: 6 Std.		X			6 Std.	Wenig Zeit investiert, Vorinformation vorhanden u. erste Schritte vor Einführung getätigt
1 Std. / 3 Wochen	-					Erarbeitung Kriterienkatalog mit einer Kollegin => Vorstellung im Team
Gesamt: 12 Std.				5 Std.	3-4 Std.	Aufgabenbewältigung in Vor- und Nachbereitungszeit
						„Aufwand nicht besonders groß, weil ich mit meiner Kollegin zusammen motiviert war, das zu machen“

Gruppen-sitzungen	Über-stunden	Fort- und Wei-terbildungen	Pädagog. Tage	Qualitäts-bericht	Bege-hung	Bemerkungen
Gesamt: ca. 10 Std.				4 Std.	4,5 Std.	
Gesamt: ca. 20 Std.						
3 Std.						+ Workshops und einen halben Vormittag
Gesamt: ca. 20 Std.						
7 Std.	-			2 Std.	3,5 Std.	Vorbereitung dauerte ca. ein dreiviertel Jahr

Tab. 21: Angaben zu Zeitaufwand auf Interviewebene

Einzelne Befragte wiesen darauf hin, dass man Qualitätsmanagement auch gezielt mit minimalem Aufwand betreiben könnte, dann ergäbe sich bei hohem Gesundheitsniveau der Kita und guter Vertrautheit der Leitung mit dem Verfahren ein Bedarf von 1 – 2 Tagen für die Rezertifizierung; das seien allerdings Ausnahmebedingungen. Eine Mindestkalkulation der Teilschritte durch die Programmkoordinator_innen ergab Arbeitsumfänge von 1 – 2 Vollzeitwochen. In Anbetracht dieser Streuung verschiedener Bedingungen umfasste der Zeitaufwand sowohl für den Gesamtprozess als auch für die jeweiligen Teilschritte breite Spannen zwischen den Kitas. Damit ist belegt:

1. Je nach verfügbaren Förderfaktoren der einzelnen Kita (Teammotivation, Trägerunterstützung, Geld) erfordert gesundheitsbezogenes Qualitätsmanagement unterschiedlich hohen Aufwand für Vorbereitung und Durchführung.
2. Die investierten Zeitmengen sind für Kitas spürbar, die ein solches Verfahren ohne Vorarbeiten für Gesundheitsförderung übernehmen. Allerdings profitieren genau diese Kitas sehr deutlich vom Verfahren, und sie können viele Teilschritte als Entwicklung der pädagogischen Fachlichkeit ohne Mehrarbeitszeit in laufende Arbeitsaufgaben, etwa Dienstberatungen, einbinden.
3. Die Einführungsstrategie der Kita-Leitung kann Einbindung und Aufwand für das Team deutlich modifizieren.
4. Das Eingangsniveau der Kita hinsichtlich gesundheitsbezogener Organisationsentwicklung spielt eine Rolle für den Zeitbedarf. Sind bspw. einschlägige Qualitätskriterien bekannt und gesundheitsförderliche Angebote und Maßnahmen schon eingeführt, ist das Team damit vertraut, der Erarbeitungsaufwand sinkt deutlich. Das gilt auch für Rezertifizierungen mit dem Audit.
5. Die erforderlichen Arbeitsmengen sind überschaubar und können im Kita-Alltag bewältigt werden. Das belegt der Verbreitungsschwerpunkt des Audits in Ostdeutschland. Hier sind die Bedingungen für Facharbeit während der Arbeits-

zeit im Bundesvergleich relativ schlecht, namentlich hinsichtlich der ungesicherten Vor- und Nachbereitungszeiten und der geringfügigen und ungesicherten Freistellungszeiten für Leitungsaufgaben (exemplarisch: Bertelsmann-Stiftung, 2010). Trotzdem war hier die erfolgreiche Einführung des Audits möglich; der Zeitaufwand bildete eine Herausforderung, aber keine Todesfalle.

7.4 Entwicklungsempfehlungen der Kitas

Etwa ein Drittel der befragten Praktiker_innen äußerte auch Empfehlungen und Verbesserungsvorschläge für das Audit. Diese betrafen indes sehr unterschiedliche Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten (s. Tabelle).

Ein größerer Themenbereich (etwa ein Drittel der Befragten) betraf die Transparenz des Verfahrens, der Qualitätskriterien und der Anforderungen im Audit. Sie wünschten sich genauere Unterlagen über das Audit vor der Teilnahme, um die Selbsteinschätzung der Kitas zu erleichtern, unnötige Befürchtungen abzubauen und zur Teilnahme am Audit zu motivieren. Ein weiteres Thema bildete der Umgang mit schwer erreichbaren Kriterien. Einerseits bestand der Wunsch nach unabdingbaren Mindestanforderungen, um dem Audit seine Aussagekraft zu erhalten. Andererseits erwiesen sich manche Kriterien (aus der Sicht von etwa 10% der Befragten) als diskussions- oder anpassungsbedürftig. So wurde eine Adaption des Fragebogens an kleine bzw. große Kitas empfohlen, um deren Gegebenheiten besser gerecht zu werden. Für Krippen seien die Kriterien sehr allgemein, dieser Bereich könne stärker profiliert werden. All dies blieben jedoch Einzelvorschläge.

	n (von n = 24)
Ausführliche Vorinformationen ausgeben	7
Flexibler mit nicht umsetzbaren Qualitätsanforderungen umgehen bzw. Listen möglicher Lösungsvorschläge liefern (z.B. falls räumliche Bedingungen nicht vorhanden sind)	3
Zertifizierung sollte an ein paar Punkten festgemacht werden, also Kernkriterien festlegen	1
Audit praxisnäher gestalten, indem es mit Maßnahmen und Projekten verknüpft eingeführt wird und mit viel Informationsmaterial und Praxisbeispielen begleitet	1
mehr Fachtagungen für Audit-Nutzer_innen anbieten	1
noch intensivere Nachbetreuung nach der Zertifizierung anbieten	1
mehr orientierendes Feedback in die Kita geben, zur Überprüfung der Kita-Qualität von außen (auch nach der Zertifizierung)	1

Tab. 19: Entwicklungsempfehlungen und Verbesserungsvorschläge der Einrichtungen für das Audit

8. Diskussion

Das Vorgehen zur Bewertung von Wirksamkeit und Leistungen des Audits Gesunde KiTa wies mehrere methodische Einschränkungen auf.

Erstens wurde die Wirksamkeit in einer retrospektiven Befragung erhoben, die keine Vergleichsmöglichkeiten aufwies, also namentlich keine echte Beobachtungsstudie mit Vor- und Nachbefragung über die Zeit und keine Zufallskontrollgruppe zum Ablesen von andernfalls eingetretenen, alternativen Entwicklungen der Zielparameter. Auch repräsentative Verankerungswerte anderer Einrichtungen standen nicht zur Verfügung. Die wichtigsten Argumente für dieses Vorgehen ergaben sich aus der Sache selbst:
Eine Beobachtungsstudie wäre jedoch – von Kostenfragen abgesehen – für die beteiligten Einrichtungen zeitaufwendig geworden und hätte Reaktanz oder Nichtbeteiligung ausgelöst und den Prozess des Audits dadurch geschädigt. Eine Vergleichsgruppenstudie wäre nur als Quasi-Experiment denkbar gewesen, doch standen dafür keine geeigneten Vergleichseinrichtungen zur Verfügung. Generell gibt es nur eingeschränkte, z.B. sehr teure Möglichkeiten, in Bildungseinrichtungen randomisierte Cluster-Designs durchzuführen, weil eine Vielzahl von Einrichtungsmerkmalen systematisch variiert oder eine erhebliche Zahl von Einrichtungen einbezogen werden muss, um Konfidenzintervalle im aussagefähigen Bereich zu erlangen (Kliche, 2012). Die vorgelegten Daten sind somit in der Belastbarkeit ihrer Evidenz auf dem Niveau der wenigen erhältlichen Untersuchungen zu Qualitätsmanagement in Bildungseinrichtungen oder Prävention und Gesundheitsförderung (z. B. Wright & Noweski, 2010; Wright, Noweski & Robertz-Grossmann, 2012).

Zweitens wurden selbstentwickelte Skalen eingesetzt, keine Standardinstrumente. Solche sind auch für den Zweck nicht verfügbar. Um Zweifel an der Validität der Fragebogenerhebung auszuräumen wurden vertiefende Experteninterviews zur Ergebnistriangulation herangezogen. Mögliche Vorbehalte gegen Verständlichkeit, Vollständigkeit und Eindeutigkeit der Daten konnten durch die gute Übereinstimmung beider Teile des Forschungsplans ausgeräumt werden.

Drittens ermöglicht eine Netto-Ausschöpfung von etwa 75% zwar die Abbildung der meisten Einrichtungen der Grundgesamtheit. Sie lässt allerdings die Möglichkeit einer Stichprobenverzerrung durch Selbstselektion zu. Denkbar ist namentlich, dass vor allem unzufriedene Kitas, die aus dem Auditierungsangebot ausgestiegen sind, auch auf eine Teilnahme an der Beteiligung verzichteten, da das Verfahren keine künftige Bedeutung mehr für sie hat. Dies ist jedoch bereits der schlimmste mögliche Fall. Um ihn zu entkräften, können die Daten konservativ interpretiert werden, analog der Number Needed to Treat: Selbst unter der Annahme, dass das nicht einbezogene Viertel der Kitas, die je das Audit benutzt haben, durchwegs ungünstige Erfahrungen

berichtet hätte, wären die erzielten Werte immer noch informativ. Der Anteil günstiger Verläufe läge auf der Grundlage der erhaltenen Rohdaten als Anteil am Grundgesamt (nicht an der einbezogenen Stichprobe) immer noch bei deutlich über der Hälfte der befragten Kitas. Die positive Gesamtbewertung des Audits als Schlüsselbefund hat somit auch bei einer sehr konservativen Interpretation der Daten Bestand. Die Auskünfte der nichtbeteiligten Kitas in Rezeptiven Kurzinterviews bei der telefonischen Kontaktaufnahme und Erinnerung legen jedoch ohnehin nahe, dass es sich um besonders arbeitsbelastete Kitas handelte.

Viertens stammten die Befragten (über 90%) aus Ostdeutschland. Dies entspricht jedoch den ursprünglichen und bis heute wichtigsten Verbreitungsgebieten dieses QM-Systems. Unter Gesichtspunkten externer Validität stellen die Ergebnisse somit die Nützlichkeit eines QM-Verfahrens unter vergleichsweise ungünstigen Struktur- und Prozessmerkmalen dar, da die ostdeutschen Kitas aufgrund der Haushalts- und Gesetzeslagen weit schlechtere Personalschlüssel, Vor- und Nachbereitungszeiten sowie Leitungsfreistellungsstunden aufweisen als die westdeutschen (Bertelsmann-Stiftung, 2010). Ein Verfahren, das unter diesen Bedingungen seine Aufgaben erfüllt, wird sie unter besseren Bedingungen erst recht erfüllen. Fünftens ist bei rückblickenden Befragungen zur eigenen Arbeit immer mit Tendenzen der Selbstrechtfertigung und der kognitiven Dissonanzreduktion zu rechnen, die beide zu Beschönigungen beitragen können. Zur Abhilfe setzte der Forschungsplan auf vertiefte Nachbefragungen und eine durch das Auswertungsteam vorgenommene Gesamteinschätzung von Nachhaltigkeit und Breite der Effekte. Die breite Varianz sowohl der Antworten in beiden Studienteilen (Einrichtungs- und Expertenbefragung) als auch in den Auswertungsergebnissen zeigt, dass ein einseitiges Bild vermieden werden konnte.

9. Folgerungen und Empfehlungen

Das Audit ist ein hochwirksames Verfahren zur gesundheitsbezogenen Qualitätsentwicklung in Kitas. Seine Effekte erfassen (selbst bei konservativer Berechnung) die Mehrheit der einbezogenen Kitas, wahrscheinlich etwa drei Viertel der Einrichtungen. Dort bewirkt das Audit nachhaltige Struktur- und Prozessverbesserungen in einer Vielzahl (bis zu 15, überwiegend zwischen 5 und 10) von Handlungsfeldern.

Das Audit ist zur gesundheitsbezogenen Feldentwicklung daher nachdrücklich zu empfehlen. Es gehört zudem zu den außerordentlich seltenen Qualitätsmanagementverfahren, die belastbare Auskünfte über ihre Wirksamkeit, aber auch ihre Kosten erteilen können.

Eine erste Empfehlung ist daher, die günstigen Effekte des Audits noch weiter bekannt zu machen. Eine weitere Empfehlung kann sein, das Audit den Behörden von

Bundesländern vorzustellen, die zentrale Einrichtungsprüfungen verlangen (Hamburg, Berlin).

Weitere mögliche Empfehlungen wurden von den Befragten selbst vorgetragen. Diese waren mit Verbesserungsvorschlägen eher zurückhaltend, was aber bei hoher Gesamtzufriedenheit der Nutzer_innen wenig verwundert. Die Wünsche wurden auch nicht von allen Befragten gleichermaßen geteilt, und sie spiegeln nur den Eindruck einer jeweils einzelnen Einrichtung, nicht die Auswirkungen für die gesamte Verfahrensgestaltung. Dies betrifft vor allem zwei Ansatzpunkte, die aus Sicht der Befragten plausibel schienen:

1. So wäre z.B. eine umfassendere Information im Vorfeld des Audits tatsächlich eine Möglichkeit, die Bekanntmachung zu unterstützen und die Vorzüge des Audits für verschiedene Teilzielgruppen zu verdeutlichen. Die (wenigen) Kitas, die infolge ihres hohen Eingangsniveaus gesundheitsbezogener Organisationsentwicklung weniger vom Audit profitieren, aber auch weniger Aufwand einplanen könnten, dürfen aus solchen Vorinformationen eine klarere Erwartung des Verlaufs ziehen. Einerseits war dieses Problem in der Praxis jedoch sehr selten, da auch hoch entwickelte Kitas noch vom Audit profitierten und nicht enttäuscht waren. Andererseits stehen bereits ausführliche Vorinformationen zur Verfügung (Kurzvorstellung des Audit, Web-Auftritt, Auszug der Qualitätskriterien, Verfahrensbeschreibung). Die Ausgabe der Qualitätskriterien ist bislang an eine Schulung gekoppelt. Für die Systemgestaltung wären durch Vollveröffentlichung der Qualitätskriterien hingegen Nachteile zu erwarten: Ausschlachten und Rosinenpicken für die eigene Praxis, fassadenhafte und selektive gesundheitsbezogene Organisationsentwicklung, Missverständnisse von Kriterien und Dumping-Kopien durch Nachahmungsverfahren unter Auslassung anspruchsvoller Qualitätsanforderungen. Daher ist den Wünschen der Nutzer_innen unter Gesichtspunkten der Systementwicklung hierin nicht unbedingt Folge zu leisten.

2. Der Überlegung, einrichtungsspezifische Teilverfahren zu entwickeln, entspricht auf Seiten der befragten Programmkoordinator_innen die Beobachtung, dass Krippen, Kindergärten und Horte unterschiedliche Anforderungen für Gesundheitsförderung stellen. Zu prüfen wäre daher eher, ob für Horte eigene Kriterien oder Kriterieninterpretationen sowie Hilfestellungen bereitgestellt werden könnten: In der Zielgruppe Kinder kann mit mehr und stärker kognitiven Interventionen gearbeitet werden, die Belastungen für das Personal sind durch das Alter der Kinder und die damit verbundenen Konflikte und Lebensaufgaben andere (Latenz, Adoleszenz), die Gruppengrößen sind meist höher, die Tagesarbeitszeiten liegen auf den Nachmittag konzentriert und sind insgesamt geringer, andererseits kommen wichtige Aufgaben hinzu (Hausaufgabenbetreuung und Zusammenwirken mit einer – keineswegs immer gesundheitsförderlichen – Schule).

Hinsichtlich möglicher Weiterentwicklungen ist die Frage offen, wie mit schwer

erreichbaren Qualitätskriterien umgegangen werden sollte, also ob man sie flexibilisieren darf, und ob anschließend an das Audit auch Interventionspakete, Good practice-Beispiele o.ä. angeboten werden sollten, die den Kitas bei der Umsetzung der Audit-Ergebnisse helfen. Diese Entwicklungen gehen über die bisherige, sehr klare und einheitliche Konstruktion des Audits hinaus. Sie würden seine Kapazität als Verfahren zur Organisationsentwicklung wahrscheinlich stärken, andererseits aber seine Belastbarkeit als Verfahren zur Qualitätsdokumentation (und damit den Wert des Zertifikats) möglicherweise vermindern.

Dies sind nur allgemeine Überlegungen. Sie sind nicht zwingend erforderlich, da das Audit als Verfahren zur gesundheitsbezogenen Qualitätsentwicklung und Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Orientierungsqualität ja gut arbeitet und wirkt. Sie stellen auch keine erschöpfende Aufzählung aller Möglichkeiten dar. Vielmehr sind alle Weiterentwicklungen an die partizipative Gestaltung durch die beteiligten Bundesländer gebunden. Sie müssen den unterschiedlichen Anforderungen in den einzelnen Bundesländern gerecht werden. Hierbei fallen neben Gesetzeslagen, wie den Schwerpunkten der Landesbildungsprogramme für den Elementarbereich auch landesbezogene Kooperationen (z.B. mit Krankenkassen, Unfallkassen) ins Gewicht. Sinnvolle Innovationen des Audits sollten somit vom Zertifizierungsverbund fortgeführt werden. Dessen praxisgetriebene Steuerung war bislang offenbar ein guter Weg der Systementwicklung und ist daher auch für die Zukunft uneingeschränkt zu empfehlen.

10. Literatur

Bertelsmann-Stiftung. (2010). Sachsen-Anhalt. In Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.). Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme - Bundesländer. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung.

Bortz, J. (1993). Statistik für Sozialwissenschaftler (4. vollständig überarbeitete Auflage). Berlin etc.: Springer.

Bortz, J., Döring, N. (2002). Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler (3., überarb. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed). . Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Flick, U. (1995). Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek: Rowohlt.

Flick, U. (2004). Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft.

Flick, U. (2006). Interviews in der qualitativen Evaluationsforschung. In U. Flick (Hrsg.), Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte - Methoden - Umsetzungen (S. 214-232). Reinbek: Rowohlt.

Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. Psychology & Health, 25(10), 1229-1245.

Kelle, U. (2006). Qualitative Evaluationsforschung und das Kausalitätsparadigma. In U. Flick (Hrsg.), Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte - Methoden - Umsetzungen (S. 117-134). Reinbek: Rowohlt.

Kleining, G. (1994a). Das rezeptive Interview. In G. Kleining (Hrsg.), Qualitativ-heuristische Sozialforschung. Schriften zur Theorie und Praxis (S. 123-147). Hamburg: Fechner.

Kleining, G. (1994b). Qualitativ-heuristische Sozialforschung: Schriften zur Theorie und Praxis. Hamburg-Harvestehude: Fechner.

Kleining, G. (1995). Von der Hermeneutik zur qualitativen Heuristik. Lehrbuch entdeckende Sozialforschung, Bd. 1. Weinheim: Beltz.

Kleining, G. (2010). Qualitative Heuristik. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie (S. 65-78). Wiesbaden: VS.

Kleining, G., Witt, H. (2000). Qualitativ-heuristische Forschung als Entdeckungsmethodologie für Psychologie und Sozialwissenschaften: Die Wiederentdeckung der Methode der Introspektion als Beispiel. Forum Qualitative Sozialforschung, 1(13), 19Abs. Verfügbar unter: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1123/2494 [10.10.2005].

Kliche, T. (2011a). Determinanten der Arbeitszufriedenheit und die Breitenwirksamkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung in Kitas. Eine bundesweite Querschnittsstudie. Lengerich, New York: Pabst Science Publishers.

Kliche, T. (2011b). Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 54(2), 194-206.

Kliche, T. (2012). Die Evaluation von Setting-Interventionen mit dem Instrumentarium der Krankenkassen: Erfahrungen mit einem System zur Projekt-, Dach- und Metaevaluation. In J. Kuhn, T. Ziese & T. Lampert (Hrsg.), Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? (S. 89-97). Berlin: Robert-Koch-Institut.

Kliche, T., Werner, A.-C., Post, M. (2006). Wie wirkt übergreifende Schulische Gesundheitsförderung? Der Forschungsstand. In E. Mittag, E. Sticker & K. Kuhlmann (Hrsg.), Leistung - Lust und Last. Impulse für eine Schule zwischen Aufbruch und Widerstand (S. 452-455). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

Lienert, G., Raatz, U. (1994). Testaufbau und Testanalyse (5., völlig neubearb. u. erw. Aufl.): Weinheim: Beltz PVU.

Lind, G. (2005). Effektstärken: Statistische versus praktische und theoretische Bedeutsamkeit. Verfügbar unter: http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2005_Effektstaerke-Vortrag.pdf [13.08.2007].

Nunnally, J. C. (1978). Psychometric theory. 2nd edition. New York: McGraw-Hill.

Wright, M. T., Noweski, M. (2010). Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung. Mitgliederbefragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Discussion Paper der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, SP I 2010-304. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Wright, M. T., Noweski, M., Robertz-Grossmann, B. (2012). Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung, 7(1), 11-17.

11. Anhang: Abkürzungsverzeichnis und Erhebungsinstrumente

Audit	Audit Gesunde KiTa
M	Mittelwert
Med	Median
Mod	Modalwert
N, n	Gesamtstichprobe, Teilstichproben
s	Streuung, Standardabweichung

Audit Gesunde Kita: Kita-Befragung 2015

Liebe Kita-Leitung,

QE ein Schlüsselfeld der Führung in Kitas. Aber sie fordert Zeit und hohe Qualifikation. Ihre Expertise ist dafür besonders wichtig, weil Ihre Kita Erfahrungen mit dem *Audit Gesunde Kita* gesammelt hat. Wir erforschen im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), einer Fachbehörde des Bundesministeriums für Gesundheit, und der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt die Wirksamkeit dieses Verfahrens für Qualitätsmanagement.

Unsere Bitte an Sie: Füllen Sie kurz den Fragebogen aus und schicken ihn bis 30.1.2015 zurück.

Es dauert etwa 15 Minuten.

Es geht darum, wie Sie das Audit beurteilen und welche Folgen es bei Ihnen hatte. Dadurch kann ein klareres Bild von QM in Kitas entstehen. Wir wollen auch an Träger und Politik zurückmelden, welche Anforderungen Qualitätsmanagement in der Kita hat und wie sie besser unterstützt und ausgestattet werden könnte.

Die Auswertung beruht auf anonymen Durchschnittswerten aller Kitas.
Man kann hinterher nicht erkennen, wer welche Antwort gegeben hat.

Alle Antworten sind selbstverständlich freiwillig.
Sie können Fragen überspringen, die Sie unpassend oder unverständlich finden.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Team alles Gute für Ihre wichtige Arbeit und danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung von Qualitätsmanagement in der Kita!

Mit besten Grüßen,
Thomas Kliche und Nora Meschenmoser

Für Fragen:

Nora Meschenmoser
Prof. Dr. Thomas Kliche
Hochschule Magdeburg-Stendal
03931. 2187-4886
thomas.kliche@hs-magdeburg.de

Für Fragen:
Prof. Dr. Thomas Kliche
Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Str. 25
39576 Hansestadt Stendal
(03931) 2187-4886

Audit Gesunde Kita: Kita-Befragung 2015

(© TK 2015 Fassung 2-B-1)

im Auftrag der
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
und der
Landesvereinigung für
Gesundheit Sachsen-Anhalt

Allgemeine Merkmale der Einrichtung: Welche Altersgruppen betreuen Sie in Ihrer Einrichtung?

☐ Krippe ☐ Kindergarten ☐ Hort

Hat die Kita einen bestimmten Arbeitsansatz oder Schwerpunkt?

☐ Keinen ☐ Bewegung ☐ Inklusion ☐ Gesundheit / Gesundheitsförderung

☐ Natur / Wald ☐ Offene Arbeit ☐ Integration ☐ Anderes, und zwar: .....

Größe der Kita: Wie viele Mitarbeiter/-innen hat die Kita insgesamt? [|]

Unsere Kita betreut [| |] Kinder aus [| |] Familien (einschl. Alleinerziehenden). Wir haben [|] Gruppen.

Welchen Träger haben Sie?

☐ Kommune ☐ Wohlfahrtsverband ☐ gemeinnütziges Unternehmen

☐ Elterninitiative oder -verein ☐ Kirchengemeinde ☐ Sonstiges

Welche Verfahren zum Qualitätsmanagement nutzt Ihre Kita – außer dem Audit Gesunde Kita?

☐ Keines ☐ PQ-Sys ☐ KES ☐ Nationaler Kriterienkatalog

☐ K.I.E.L. ☐ HUGS ☐ Kita-Frühling ☐ Qualität im Situationsansatz

☐ ein Verfahren des Trägers ☐ Sonstiges, und zwar: .....

Wie viel Zeit setzt Ihre Einrichtung monatlich ungefähr für Qualitätsmanagement ein? (Grobe Schätzung genügt.)

Etwa [| |] Personenstunden insgesamt. **Oder:** Etwa [| |] Stunden der Leitung.

☐ Das kann man kaum so berechnen, weil wir Qualitätsentwicklung ständig im Rahmen alltäglicher Aufgaben betreiben.

☐ Das ist unklar und das hat nie jemand genau wissen wollen.

☐ Das schwankt stark von Aufgabe zu Aufgabe und von Monat zu Monat.

☐ Das ist sehr ungleich verteilt – die Leitung macht dafür viel mehr als die anderen.

Wie wurde das Audit für Ihre Kita finanziert?

..... % aus dem Kita-Budget ..... % vom Träger ..... % aus Spenden, z.B. von Eltern

..... % von Sponsoren (Krankenkasse, Unternehmen, ...) ..... % Sonstiges, nämlich: .....

Wie lässt sich der Einzugsbereich der Kita beschreiben?	*Stimmt genau*		*teils – teils*		*stimmt gar nicht*
Gebiet mit besonderem Erneuerungsbedarf oder Sozialem Brennpunkt	☐	☐	☐	☐	☐
viele Familien mit schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen	☐	☐	☐	☐	☐

Wie zufrieden sind Sie mit dem Audit Gesunde Kita?	*Stimmt genau*		*teils – teils*		*stimmt gar nicht*
Alles in allem hat sich das Audit Gesunde Kita gelohnt.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Audit Gesunde Kita bringt die Arbeit einer Kita spürbar voran.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Audit Gesunde Kita ist für alle Kitas sehr empfehlenswert.	☐	☐	☐	☐	☐
Es hat uns sehr geholfen, unsere Arbeit zu verbessern.	☐	☐	☐	☐	☐

Wie zufrieden sind nach Ihrem Eindruck andere in der Kita mit dem Audit Gesunde Kita?	*Stimmt genau*		*teils – teils*		*stimmt gar nicht*
Der Träger unterstützt das Audit aktiv und anhaltend.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Elternbeirat bzw. das Kuratorium befürwortet das Audit sehr.	☐	☐	☐	☐	☐
Viele Eltern finden das Audit sinnvoll und sind dafür.	☐	☐	☐	☐	☐

Die Beurteilungen im Audit sind unparteilich.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Audit bildet gut den Stand von Gesundheitsförderung in Kitas ab.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Vorgehen zur Qualitätsentwicklung ist übersichtlich und klar.	☐	☐	☐	☐	☐
Verfahren, Grundgedanken und Texte sind leicht verständlich.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Gesamtkosten für das Audit sind für eine Kita hoch.	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist aufwendig, Sponsoren für das Audit zu gewinnen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wo es schon Qualitätsmanagement gibt, ist das Audit Zusatzaufwand.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Team muss zu viel Zeit für den ganzen Prozess einsetzen.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Audit nutzt der Kita wenig für die Außenwirkung.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Leitung der Kita wird beim Audit stark mit Zusatzarbeit belastet.	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges:	☐	☐	☐	☐	☐
Den Qualitätsbericht zu erstellen war ...	☐	☐	☐	☐	☐
Die Erarbeitung der Qualitätsanforderungen im Team war ...	☐	☐	☐	☐	☐
Begehung und Kollegialberatung mit den Auditoren waren ...	☐	☐	☐	☐	☐
Die Rückmeldung über die Erfüllung der Qualitätskriterien war ...	☐	☐	☐	☐	☐
Das Gütesiegel für das erteilte Audit war ...	☐	☐	☐	☐	☐
gesundheitsgerechte Ausstattung der Kita (z.B. Möbel, Lärmschutz)	☐	☐	☐	☐	☐
gesunde Ernährung und Getränke	☐	☐	☐	☐	☐
Gesundheit als übergeordnetes Ziel (z.B. in der Konzeption)	☐	☐	☐	☐	☐
Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung (z.B. zur Stressverminderung)	☐	☐	☐	☐	☐
Projekte und Angebote zur Gesundheitsförderung der Kinder	☐	☐	☐	☐	☐
Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Erzieher_innen	☐	☐	☐	☐	☐
Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen für Gesundheitsziele	☐	☐	☐	☐	☐
Zusammenhalt und gegenseitige Unterstützung im Team	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation	☐	☐	☐	☐	☐
gesundheitsbewusstes Verhalten der Erzieher_innen	☐	☐	☐	☐	☐
Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten der Kinder	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges:	☐	☐	☐	☐	☐

- -

- -

☐ dauerhaft ☐ für etwa ..... Monate

- -

- -

☐ dauerhaft ☐ für etwa ..... Monate

Anhang: Expertengespräch Audit Gesunde KiTa: Leitfaden

Interviewer:

Befragte/r:

Geschlecht (m /w): ungefähres Alter:

Stellung (z.B. Leitung):

Einrichtung (Kita):

Zertifiziert seit: Rezertifiziert ggf. wann: Audit ggf. eingestellt seit:

Träger:

Bundesland:

Datum:

Uhrzeit (von – bis):

o telefonisch o persönlich.

Ort des Gesprächs:

Besonderheiten (z.B. Stimmung, Zeitdruck, per Skype, häufige Unterbrechungen durch ...)

Wir möchten Sie, wie gesagt, gern als Expertin für das Audit Gesunde KiTa befragen. Wir behandeln alle Ihre Auskünfte selbstverständlich streng vertraulich. Niemand erfährt, was Sie sagen – weder Träger noch Audit noch Mitarbeiter oder Eltern. Wir sorgen in den Auswertungen dafür, dass nicht erkennbar ist, wer was gesagt hat. Es dauert ungefähr 45 Minuten. Sie können Fragen auch einfach überspringen.

	Programm-frage	***Gesprächsfrage***	***Detaillierung, falls keine / nichtssagende Auskunft***
	Struktur-merkmale:		[Bei Bedarf immer möglich: ▪ Warum? ▪ Haben Sie dafür ein Beispiel?
1	***Kita-Größe***	Wie viele Kinder und Mitarbeiter hat die Kita?	
2	***Profil***	Hat Ihre Kita einen Arbeitsschwerpunkt oder ein besonderes Profil?	
3	***Umfeld***	Wie würden Sie das Umfeld der Kita beschreiben, also die soziale Lage der Familien?	▪ Liegt die Kita in einem sozialen Brennpunkt? ▪ Gibt es viele Arbeitslose in den Familien? ▪ Wie hoch schätzen Sie den Anteil von Familien, in denen nicht nur Deutsch gesprochen wird?
4	***QM***	▪ Haben Sie außer dem Audit ein anderes Verfahren für Qualitätsmanagement? ▪ Hatten Sie davor ein anderes?	Welches?
	Erfahrungen		
5	***Aufwand***	Wie viele Stunden hat das Kita-Team ungefähr für das Audit eingesetzt? (Grobe Schätzung genügt!)	▪ für Vorstellung und Beschluss des Audit im Team? ▪ für Erarbeitung des Kriterienkatalogs im Team? ▪ für den Qualitätsbericht? ▪ für den Expertenbesuch und das Feedback?
6		Wie haben Sie diese Aufgabe bewältigt?	▪ Mussten Sie dafür Überstunden ansetzen? ▪ Was davon konnten Sie in den Arbeitsalltag einbauen, und wie? (also z.B. in Teamsitzungen) ▪ Wie haben Sie Ihr Team dafür motiviert?

	Programm-frage	Gesprächsfrage	Detaillierung, falls keine / nichtssagende Auskunft
			▪ Haben Sie personelle Maßnahmen bzw. Veränderungen dafür vorgenommen? Welche?
	Wirkungs-ketten		
7	**Strukturen**	▪ Gab es neue Anschaffungen oder Umbauten? ▪ Wie kam das zustande, wie hat das Audit das in Gang gebracht?	▪ also z.B. neue Möbel, oder gesunde Ernährung?
8	**Prozesse**	▪ Wie hat sich das Audit auf die Arbeitsweise der Kita ausgewirkt? ▪ Wie hat das Audit diese Veränderungen bewirkt?	▪ Haben Sie die Konzeption überarbeitet? ▪ Haben Sie Abläufe im Arbeitsalltag verändert?
9		▪ Was hat das Audit in Ihrem Team verändert? ▪ Wie kam das zustande, wie hat das Audit das in Gang gebracht?	▪ Hat sich der Zusammenhalt verändert? ▪ Hat sich die Arbeitsmotivation verbessert? ▪ Ist das Interesse an Fort- und Weiterbildung gestiegen? ▪ Hat sich die Einstellung zu Gesundheit verändert? ▪ Verhält sich das Team gesundheitsbewusster?
10		▪ Wie hat sich das Audit auf die Kinder ausgewirkt, was hat sich bei denen verändert? ▪ Wie kam das zustande, wie hat das Audit die Veränderungen in Gang gebracht?	▪ Gab es mehr Partizipation der Kinder? ▪ Hat sich das Klima verändert? ▪ Haben die Kinder mehr Gesundheitsbewusstsein? Verhalten sie sich gesünder?
11		▪ Wie hat sich das Audit auf die Familien ausgewirkt, hat es bei denen was verändert? ▪ Wie kam das zustande?	Haben Sie z.B. Absprachen über Ernährung eingeführt?
12		▪ Hat sich die Beziehung zum Träger oder zur Öffentlichkeit verändert? ▪ Wie hat das Audit das in Gang gebracht?	War das Audit z.B. nützlich für die Außendarstellung?
13	**Gesundheit**	▪ Hat sich durch das Audit die Gesundheit im Team, bei den Kindern oder Eltern verbessert? ▪ Wie hat das Audit das bewirkt?	▪ Gibt es Hinweise auf eine bessere Entwicklung der Kinder? (z.B. Eingangsschuluntersuchungen, Beobachtungen aus dem Team, von Inklusions-Fachkräften oder Eltern?) ▪ Ist die Sicherheit verbessert, z.B. weniger Unfälle?

	Programm-frage	*Gesprächsfrage*	*Detaillierung, falls keine / nichtssagende Auskunft*
14	***Elemente des QM***	Kommen wir jetzt zu den einzelnen Bestandteilen des Audit. Wie ist bei Ihnen die Vorstellung und der Beschluss des Audit im Team verlaufen, und welche Auswirkungen hatte das?	
15		Wie ist bei Ihnen die Absprache mit dem Träger über das Audit verlaufen, und welche Auswirkungen hatte die?	
16		Wie ist bei Ihnen die Erarbeitung des Kriterienkatalogs im Team verlaufen, und welche Auswirkungen hatte die?	
17		Wie ist bei Ihnen die Erstellung des Qualitätsberichts verlaufen, und welche Auswirkungen hatte der?	
18		Wie ist bei Ihnen der Expertenbesuch mit Feedback verlaufen, und welche Auswirkungen hatte der?	
19		Wie ist bei Ihnen die Zertifikatsverleihung verlaufen, und welche Auswirkungen hatte die?	
20	***Anforderungen***	Was müssen eine Kita und ein Träger mitbringen und leisten, damit das Audit gut läuft und wirkt?	
21	***Erfolgsfaktoren***	Was trägt nach Ihrer Erfahrung dazu bei, dass ein Audit in der Kita glatt und erfolgreich abläuft?	
22	***Gütekriterien***	Wie aussagefähig sind die Einschätzungen im Audit? Zeigen sie die Fähigkeit einer Kita, Gesundheit zu fördern?	
23	***Gesamtbewertung***	Alles in allem: Würden Sie das Audit anderen Kitas empfehlen? Warum? Ggf.: Warum ist Ihre Kita nicht mehr dabei?	
	Abschluss		
24	***Validierung***	Haben wir alles Wichtige gesprochen, oder gibt es noch einen Aspekt, den wir nicht bedacht haben?	

Impressum

Herausgeber	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. Schwiesaustraße 11 39124 Magdeburg
Zertifizierungsverbund	Dr. Ulrich Schwabe
Zertifizierungsstelle	Claudia Bachtenkirch
Autor	Prof. Dr. Thomas Kliche
Unter Mitarbeit von	Andreas Knittel B.A. Simon Baltes
Erscheinungsjahr	2015

Die Studie wurde gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.