



Präventions
Netzwerk
Ortenaukreis



ZfKJ



Zwischenbericht der Evaluation des Gesamtprojekts Präventionsnetzwerk Ortenaukreis

gefördert vom BMBF in der Förderlinie GeDiReMo, Förderkennzeichen: 02K12B051

Berichtszeitraum: 01.11.2014 – 31.10.2016

Herausgeber:

Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO)

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Zentrum für Kinder- und Jugendforschung (ZfKJ)/ FIVE e. V.
(Leiter Evaluation)

Ullrich Böttinger, Landratsamt Ortenaukreis / Amt für Soziale und Psychologische Dienste
(Leiter Praxis)

Autor/-innen:

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Katharina Rauh

Laura Kassel

Sophia Tschuor

Bianca von Hüls

Sabrina Döther

Stefanie Schopp

Vorwort

Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO) ist ein gemeinsames Praxisforschungsprojekt des Landratsamts Ortenaukreis und des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung (ZfKJ) im Forschungs- und Innovationsverbund FIVE e. V. an der Evangelischen Hochschule Freiburg zur Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit und der sozialen Teilhabe von Kinder von 3 bis 10 Jahren und ihren Familien. Es wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) für einen vierjährigen Projektzeitraum gefördert und soll bundesweit modellhafte Entwicklungsperspektiven aufzeigen. Es liegt nun der erste Zwischenbericht der Evaluation des PNO vor; er stellt den Stand des Projekts zur „Halbzeit“ der Projektumsetzung dar.

Das PNO ist einerseits aus den guten Erfahrungen der Frühen Hilfen im Ortenaukreis entstanden. Diese richten sich an (werdende) Eltern ab Beginn der Schwangerschaft und bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Der große Erfolg der Frühen Hilfen hat die Frage aufgeworfen, wie erfolgreiche Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung auch über das dritte Lebensjahr hinaus umgesetzt werden können. Gemeinsam mit dem PNO möchte der Ortenaukreis eine kommunale Gesamtpräventionsstrategie im Sinne einer Präventionskette von der Schwangerschaft bis zum (zunächst) 10. Lebensjahr entwickeln. Zum anderen ist das ZfKJ seit vielen Jahren im Bereich der Förderung der seelischen Gesundheit, operationalisiert durch das Konzept der Resilienz, wissenschaftlich engagiert – die BMBF-Ausschreibung bot die Gelegenheit, den bisherigen Ansatz zu erweitern und die Prozesse der Organisationsentwicklung im Setting-Ansatz mit einer kommunalen Gesamtstrategie zu verbinden.

Ziel des PNO ist es, ausgehend von einem biopsychosozial ausgerichteten ressourcenorientierten Modell von Gesundheit, Kinder und ihre Familien möglichst früh und möglichst umfassend zu erreichen. Zentral sind dabei die Vernetzung des Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- sowie des Bildungssystems im Netzwerk sowie das an den Lebenswelten ausgerichtete Umsetzungsmodell im Setting Kindertageseinrichtung und Schule. Besondere Anforderungen sind durch die Umsetzung im Ortenaukreis als flächengrößtem Landkreis Baden-Württembergs gegeben, in dem sich die Umsetzungsstrategie „Zentral planen – Regional handeln“ bereits als Erfolgsfaktor für die Frühen Hilfen erwiesen hat.

Die enge Verbindung von Praxis und Forschung in diesem Projekt soll gewährleisten, dass sich die Praxis an aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert und gleichzeitig die Erfahrungen der Praxis in die weitere Evaluation und Forschung einfließen. Damit soll gesichert werden, dass sowohl wirksame als auch umsetzbare Konzepte von Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt und

der zukünftigen Praxis an möglichst vielen Orten zur Verfügung gestellt werden können. In diesem Sinne stellt die enge Zusammenarbeit der für die praktische Projektumsetzung im Ortenaukreis Verantwortlichen mit den Verantwortlichen der wissenschaftlichen Evaluation des PNO durch regelmäßigen Austausch und gemeinsame Konzeptionstage ein wesentliches Merkmal der Gesamtprojektentwicklung dar.

Im vorliegenden Zwischenbericht werden die bisherigen Ergebnisse der Evaluation dargestellt. Die – zwangsläufig noch begrenzte – Datenbasis zum jetzigen Projektzeitpunkt bietet erste wichtige Erkenntnisse zum Prozess der Netzwerkentwicklung und ihrer Wirkungen; es lassen sich wichtige Tendenzen erkennen. Neben den durch die Evaluator/-innen direkt erhobenen Befunden finden Ergebnisse des kontinuierlichen Austauschs zwischen Praxis und Evaluation ihren Niederschlag in diesem Bericht. Eine Gesamtdarstellung der bisherigen Erfahrungen auf Praxisebene in Form der vielfältigen Entwicklungen in den laufenden Prozessen kann zum jetzigen Zeitpunkt erst ansatzweise dargestellt werden. Diese Darstellung wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. An mehreren Stellen sind jedoch immer wieder Spots aus Äußerungen Projektbeteiligter zu konkreten Praxiserfahrungen eingebaut, um Einblicke in die konkreten Praxiserfahrungen zu geben.

Die Projektförderung ist von Anfang an auf Nachhaltigkeit ausgerichtet, so dass Fragen einer dauerhaften Implementierung im Ortenaukreis, aber auch Fragen der Anwendbarkeit und Übertragbarkeit auf andere Kommunen von zentraler Bedeutung sind. In diesem Sinne soll der Bericht Information vermitteln, aber auch Anregungen und Impulse geben, die überall dort aufgegriffen werden können, wo Interesse und Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention gesehen wird. Im abschließenden Perspektiventeil werden aus dem gemeinsamen Blick von Praxis und Forschung bereits erste Schlussfolgerungen und Hinweise für die restliche Projektlaufzeit, aber auch darüber hinaus dargestellt. Wir würden uns über Anregungen und Impulse freuen, die in der weiteren Projektentwicklung und der nachhaltigen Implementierung noch berücksichtigt werden können.

Unser Dank gilt all jenen, die an der Vorbereitung und Umsetzung des Projekts von Anfang an hochengagiert mitarbeiten und ohne deren tatkräftiges Wirken der bisherige erfolgreiche Projektverlauf nicht denkbar wäre. Dies sind insbesondere die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bereiche PNO Praxis im Ortenaukreis und des Bereichs PNO Forschung im Zentrum für Kinder- und Jugendforschung. Für die Erstellung dieses Evaluationsberichts wurde von den Kolleginnen und Kollegen im Bereich Forschung maßgebliche Arbeit geleistet, die oft über die eigentlich zur Verfügung stehenden Ressourcen hinausging. Ferner danken wir all den vielen Personen und Institutionen, die in der bisherigen Projektlaufzeit schon mit uns zusammenarbeiten und ohne deren Beteiligung und Beiträge das Projekt nicht denkbar wäre.

Die Umsetzung neuer Konzepte erfordert Kreativität, fachlich überzeugende Konzepte, aber auch ausreichend Ressourcen und günstige Rahmenbedingungen. Unser Dank gilt daher auch dem BMBF für die Bereitstellung erheblicher Fördermittel und dem Ortenaukreis für eine anteilige Finanzierung, ohne die die Durchführung nicht möglich geworden wäre.

Offenburg, Februar 2017

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Ullrich Böttinger

Inhalt

Vorwort	2
Inhalt	5
I Hintergrund und aktuelle Entwicklung des Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO)	7
1 Ausgangslage vor Ort	7
2 Vorgehen	7
3 Beschreibung der Entwicklungen (Stand: 11/2016)	9
3.1 Aufbau kreisweiter und regionaler Netzwerkstrukturen	9
3.2 Erreichungsgrad von sozial und gesundheitlich belasteten Bildungsinstitutionen	10
3.3 Organisationsentwicklung in Kindertageseinrichtungen und Schulentwicklung in Grundschulen	14
3.4 Bedarfsorientierte Fortbildungen	15
3.5 Netzwerkprojekte und Lokale Netzwerke	16
II Evaluation	17
1 Evaluation der kreisweiten und regionalen Netzwerkstrukturen	18
1.1 Fragestellungen	18
1.2 Ergebnisse	18
1.2.1 Netzwerkaufbau und -arbeit	19
1.2.2 Netzwerkprojekte	25
1.2.3 Netzwerkkoordination (zentrale und regionale Präventionsbeauftragte)	28
1.2.4 Zwischenfazit	30
2 Evaluation in Bildungsinstitutionen: Design und Fragestellungen	31
3 Evaluation des Implementationsprozesses und der Weiterbildungselemente	35
3.1 Evaluation des Implementationsprozesses (Organisationsentwicklung) in den Einrichtungen	36
3.1.1 Veränderungen durch die Organisationsentwicklung auf Ebene der Institution	36
3.1.2 Stolpersteine im Umsetzungsprozess innerhalb der Einrichtung bzw. im regionalen / kreisweiten Präventionsnetzwerk	38
3.1.3 Sicherung der Nachhaltigkeit	39
3.1.4 Bewertungen	42
3.1.5 Der Umsetzungsindex	45
3.2 Evaluation der Weiterbildungselemente (Prozessanalyse)	48

3.2.1	Gesamtdarstellung aller drei Einrichtungen (Gesamtüberblick und Darstellung nach Bausteinen)	48
3.2.2	Einzeldarstellung der Einrichtung	51
3.3	Zwischenfazit	53
4	Wirkungsevaluation der Organisations- und Schulentwicklung	55
4.1	Ergebnisse auf Ebene der Institution	55
4.2	Ergebnisse auf Ebene der Fachkräfte	58
4.3	Ergebnisse auf Ebene der Eltern	72
4.4	Ergebnisse auf Ebene der Kinder	76
4.5	Zwischenfazit	80
4.6	Einblick in die Schulentwicklung	83
5	Evaluation Bedarfsorientierte Fortbildungen	85
5.1	Fragestellungen	85
5.2	Einbettung der Bedarfsorientierten Fortbildungen in das Gesamtkonzept	85
5.3	Übersicht über die Bedarfsorientierten Fortbildungen	86
5.4	Auswertung der Zufriedenheit der Einrichtungen mit den Bedarfsorientierten Fortbildungen	87
5.5	Zwischenfazit	90
6	Langzeitverläufe.....	91
6.1	Fragestellung	91
6.2	Hintergrund und erste Ergebnisse	91
III	Zusammenführung und Ausblick	96
1	Zusammenführende Gesamtbewertung des bisherigen Projektverlaufs	96
1.1	Betrachtung der Netzwerkentwicklung	96
1.2	Betrachtung der Organisationsentwicklung für Kitas (und Schulentwicklung).....	98
1.3	Betrachtung der Implementation des Organisationsentwicklungsprozesses in den Kindertageseinrichtungen	101
1.4	Betrachtung der Analyse der Bedarfsorientierten Fortbildungen	103
1.5	Betrachtung der Analyse von Langzeitverläufen	104
1.6	Gesamtbewertung	105
2	Perspektiven	106
	Literatur.....	112
	Tabellenverzeichnis	115
	Abbildungsverzeichnis.....	116
	Abkürzungsverzeichnis.....	117

I Hintergrund und aktuelle Entwicklung des Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO)

Über einen Zeitraum von vier Jahren verfolgt PNO als zentrales Ziel die Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie der sozialen Teilhabe von Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren und deren Familien im Ortenaukreis. Zu diesem Zweck sollen bestehende Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung systemübergreifend miteinander verbunden, einzelne Maßnahmen zu einer Gesamtstrategie gebündelt sowie mögliche Lücken in der Unterstützungsstruktur identifiziert und perspektivisch ggfs. durch neue Angebote geschlossen werden. Dieses Vorgehen wird an den systematisch erfassten Bedarfen der Zielgruppen im Ortenaukreis ausgerichtet.

1 Ausgangslage vor Ort

Der Ortenaukreis ist mit 1.851 km² der flächengrößte Landkreis Baden-Württembergs. Der Landkreis umfasst sowohl ländliches Gebiet, aber auch urbane Verdichtungsräume und bildet damit ein sehr breites Spektrum sozialer, ökonomischer und infrastruktureller Charakteristiken ab, was eine Übertragbarkeit der Erkenntnisse des Präventionsnetzwerks Ortenaukreis in unterschiedlichste Sozialräume und Gebietskörperschaften ermöglichen kann. Gleichzeitig sind wichtige Kennzahlen des Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- sowie Bildungssystems im Ortenaukreis vergleichbar mit den Gegebenheiten in Baden-Württemberg, was den Ortenaukreis zu einer geeigneten Modellregion macht.

2 Vorgehen

Um das oben genannte Ziel, die Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie sozialen Teilhabe, zu erreichen, wird in PNO eine zweigleisige Handlungsstrategie verfolgt:

1. Im Rahmen einer kommunalen Präventions- und Gesundheitsstrategie werden sowohl kreisweit als auch regional Netzwerke aller relevanten Akteur/-innen aus dem Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- sowie Bildungssystem aufgebaut.
2. Um einen niedrighwelligen und nicht-stigmatisierenden Zugang zu Kindern und Familien zu ermöglichen, setzt PNO nach dem Setting-Ansatz auf die Zusammenarbeit mit

Kindertageseinrichtungen und Grundschulen¹ und unterstützt diese, Prävention und Gesundheitsförderung fest in der Institution zu etablieren.

In Abbildung 1 wird die Grundstruktur des PNO dargestellt.

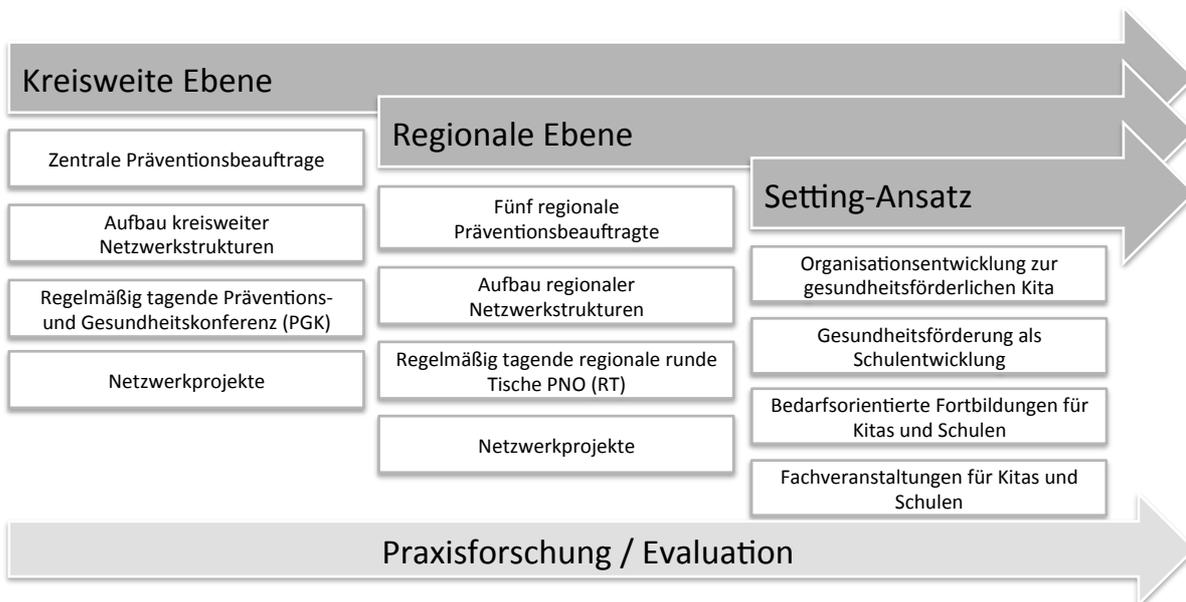


Abbildung 1: Grundstruktur des PNO

An dieser Strategie ist besonders innovativ, dass eine kommunale Gesamtstrategie auf die Regionen im Kreis, die sog. „Raumschaften“, (und ihre Spezifika) ‚heruntergebrochen‘ und mit dem Setting-Ansatz der bedarfsgerechten Gesundheitsförderung in Kitas und (Grund-)Schulen kombiniert wird.

Die kommunale Gesamtstrategie ist im Sinne einer Präventionskette verbunden mit dem bereits seit längerem etablierten System der Frühen Hilfen im Ortenaukreis (vgl. Böttinger 2012, 2015, Fröhlich-Gildhoff et al. 2014a, Eichin & Fröhlich-Gildhoff 2013, 2014), sodass jetzt (werdenden) Eltern sowie Familien und ihren Kindern von 0 bis 10 Jahren möglichst passgenaue Gesundheitsförderungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung gestellt werden können. Während die Frühen Hilfen eher individuumsorientiert ausgerichtet sind, wird im PNO stärker von einem institutionsorientierten Zugang ausgegangen – zukünftig soll(t)en beide Ansätze noch stärker verknüpft werden.

Wesentliche Ziele sind weiterhin PNO die Verbindung von universeller, selektiver und indizierter Prävention (s. Abbildung 2) sowie die systematischere Vernetzung von Strukturen, Institutionen und Akteur/-innen bzw. Fachkräften des Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- sowie Bildungssystems.

¹ In das Projekt sind auch die Grundstufen der Förderschulen einbezogen. Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung wird hier und im Folgenden nur der Begriff „Grundschule“ benutzt.

Grundidee: Verbindung der Präventionsstrategien



Abbildung 2: Präventionspyramide

Die Ansätze universeller Prävention werden mit Interventionen auf der Ebene selektiver Prävention – v. a. konkreten Maßnahmen in den Bildungseinrichtungen für einzelne Kinder mit besonderem Unterstützungsbedarf – und auf der Ebene indizierter Prävention – hier hat die Netzwerkbildung mit unterstützenden (Spezial-)Diensten eine besondere Bedeutung – verbunden.

Sämtliche Prozesse und Maßnahmen dieses Vorgehens werden durch ein umfassendes Evaluationskonzept begleitet. Erste Zwischenergebnisse werden in Abschnitt II vorgestellt.

3 Beschreibung der Entwicklungen (Stand: 11/2016)

3.1 Aufbau kreisweiter und regionaler Netzwerkstrukturen

Aufgrund der Größe und der Heterogenität des Landkreises wird eine zentrale Planungs- und Steuerungsstrategie mit dem Ziel gleicher Angebote in gleicher fachlicher Qualität für alle Bürger im Landkreis mit einer regionalisierten Umsetzungsstrategie unter Berücksichtigung raumschaftsbezogener Faktoren kombiniert. Dazu wurden die Stellen der zentralen und fünf regionalen Präventionsbeauftragten geschaffen, die fachlich und organisatorisch in das Amt für

Soziale und Psychologische Dienste eingegliedert sind, in dem sich bereits verschiedene präventive Angebote und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitswesens befinden. Die regionalen Präventionsbeauftragten haben dabei ihren Sitz an den fünf Psychologischen Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche in den fünf Raumschaften des Ortenaukreises.

Die Präventionsbeauftragten kooperieren mit den Akteur/-innen aus Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- sowie dem Bildungssystem in der jeweiligen Raumschaft bzw. auf Kreisebene und bauen Netzwerkstrukturen auf. Die grundlegenden Handlungsstrategien werden auf der Kreisebene entwickelt und fließen von der kreisweiten Präventions- und Gesundheitskonferenz in die einzelnen Raumschaften. Zur Thematisierung regionaler Bedarfe und Handlungsstrategien finden in jeder Raumschaft regelmäßig Runde Tische statt, deren Erkenntnisse wiederum in die kreisweite Präventions- und Gesundheitskonferenz einfließen. Diese Gremien haben zum aktuellen Stand jeweils dreimal getagt. Die Weiterentwicklung der Gesamtstrategie wird durch den in Kürze erscheinenden Präventions- und Gesundheitsbericht für die Altersgruppe 3- bis 10-jähriger Kinder im Ortenaukreis (Schickler, Böttinger & Bressau 2017) unterstützt, der mithilfe von Daten der Netzwerkpartner/-innen erstellt wird und über Problemlagen und Bedarfe, die soziale und gesundheitliche Infrastruktur sowie über Arbeitsfelder aus Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe und Bildungssystem informiert. Um einen Überblick über den Bestand an präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten im Ortenaukreis sowie über entsprechende Bedarfe zu gewinnen, wurde außerdem eine *Bestands- und Bedarfserhebung* (Kassel, Fröhlich-Gildhoff & Rauh, 2016) durchgeführt.

3.2 Erreichungsgrad von sozial und gesundheitlich belasteten Bildungsinstitutionen

Autorin: Angela Schickler, Tanja Mußler und Julia Dürrenfeld

Ein Ziel des Präventionsnetzwerk Ortenaukreis (PNO) ist es, Bildungseinrichtungen in sozial und gesundheitlich besonders belasteten Quartieren, Stadtteilen und Gemeinden in besonderer Weise zu erreichen. Vor diesem Hintergrund wurde eine empirisch abgesicherte Auswahl relevanter Belastungsindikatoren getroffen. Die Auswertung der Belastungsindikatoren gibt einen Hinweis auf einen möglichen Unterstützungsbedarf der einzelnen Bildungseinrichtungen. Es wird davon ausgegangen, dass mit steigender Anzahl an zutreffenden Indikatoren, die Dringlichkeit des Unterstützungsbedarfs steigt.

Indikatoren zur Erfassung sozialer und gesundheitlicher Belastungen

Es konnten folgende sieben Indikatoren aus der Analyse der relevanten Fachliteratur identifiziert und entsprechende Daten zusammengetragen werden, die Aufschluss über eine soziale und gesundheitliche Belastungssituation von Bildungseinrichtungen geben²:

- Anteil Kinder unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften mit SGB II Bezug.
Indikator ist erfüllt bei einem Anteil von Kindern unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften mit SGB II Bezug über 17,6% (größer als der doppelte Regionsdurchschnitt)
- Geringe Wahlbeteiligung
Indikator ist erfüllt bei einer Wahlbeteiligung unter 62,8%
- Hohe Bevölkerungsdichte
Indikator ist erfüllt bei einer höheren Bevölkerungsdichte als 369 Einwohner/km²
- Zahngesundheit / Anteil behandlungsbedürftiger Kindergartenkinder
Indikator ist erfüllt bei einem Anteil behandlungsbedürftiger Kinder über 26,1%
- Zahngesundheit / Anteil behandlungsbedürftiger Schulkinder
Indikator ist erfüllt bei einem Anteil behandlungsbedürftiger Kinder über 37%
- dmf-t / DMF-T-Index bei Schulkindern (decayed missing filled-tooth)
Indikator ist erfüllt bei einem dmft-Wert über 2.0 und bei DMFT-Wert über 0.2^{3, 4}
- Gemeinschaftsunterkunft in unmittelbarer Nähe
Indikator ist erfüllt wenn eine Gemeinschaftsunterkunft innerhalb eines Umkreises von 500m vorhanden ist

In der Literatur werden die Indikatoren *Migrationsanteil* und *Hilfe zur Erziehung* als besonders relevant angesehen (Butterwegge, 2010; Lampert et al., 2016; Razum, Karrasch & Spallek, 2016; WiFF, 2013). Für den Ortenaukreis stehen bisher keine Daten auf Gemeinde und Quartiersebene zu den Indikatoren *Migrationsanteil* und *Hilfe zur Erziehung* zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund gilt es die die Zuordnung der Einrichtung eher zu relativieren. In weiteren Analysen sind diese Indikatoren mit einzubeziehen.

² Identifikation der Indikatoren erfolgte durch das Zentrum für Kinder- und Jugendforschung. Siehe Fröhlich-Gildhoff et. al (2016). Einschätzung von Quartieren mit einer Kumulation von Problemlagen - Definitionen und Indikatoren zur gezielten Unterstützung von Bildungseinrichtungen in diesen Quartieren im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Internes Dokument. Die nachfolgend aufgeführten Indikatoren stellt eine Auswahl der identifizierten Faktoren dar. Die Indikatoren Migrationsanteil und Hilfe zu Erziehung sollen zukünftig für eine noch zuverlässigere Einschätzung aufbereitet und berücksichtigt werden.

³ Mit dem dmf-t-Index kann die Zahngesundheit erfasst und beschrieben werden. Der dmf-t bezieht sich auf das Milchgebiss, der DMF-T auf das bleibende Gebiss. Je höher der Wert ausfällt, desto mehr Zähne sind kariös oder wegen Karies behandelt worden und desto schlechter ist somit die Zahngesundheit. Da im Kindergartenalter und Grundschulalter noch nicht alle bleibenden Zähne im Gebiss sind, ist der DMFT-Index für die Indikatorenbewertung entsprechend niedrig.

⁴ Nicht für alle Schulen des Ortenaukreises liegen zu diesem Indikator Informationen vor, da nicht alle Schulen an der Untersuchung teilgenommen haben.

Belastungsindikatoren und Unterstützungsbedarf der Bildungsinstitutionen im Ortenaukreis

Für alle Bildungseinrichtungen erfolgt eine Auswertung, wie viele Belastungsindikatoren zutreffen. Hierzu wurden alle Ortenauer Gemeinden und die Quartiere der großen Kreisstädte in den Blick genommen, sowie auch die Bildungseinrichtungen selbst, um zu prüfen, ob die einzelnen Indikatoren erfüllt sind. Für Kitas gelten fünf Indikatoren (Anteil Kinder unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften mit SGB II Bezug, Wahlbeteiligung, Bevölkerungsdichte, Zahngesundheit, Gemeinschaftsunterkunft), für Schulen sechs (Anteil Kinder unter 15 Jahren in Bedarfsgemeinschaften mit SGB II Bezug, Wahlbeteiligung, Bevölkerungsdichte, Zahngesundheit, dmf-t-/DMF-T-Index, Gemeinschaftsunterkunft). Somit wurden pro Einrichtung mindestens fünf Indikatoren einbezogen.

Tabelle 1 zeigt, dass in der Mehrzahl der Bildungsinstitutionen (68 %) kein bzw. ein Indikator zutrifft. In 4 % der insgesamt 425 Bildungsinstitutionen wurden vier oder mehr zutreffende Indikatoren festgestellt.

Tabelle 1: Zutreffende Belastungsindikatoren bei Bildungseinrichtungen im Ortenaukreis (Stand 11.01.2017)

Zutreffende Indikatoren	Einrichtungen	Prozent
0-1	289	68%
2-3	118	28%
≥ 4	18	4%
insgesamt	425	100%

Wie sich die zutreffenden Belastungsindikatoren der Bildungsinstitutionen in den Raumschaften verteilen zeigt Abbildung 3.

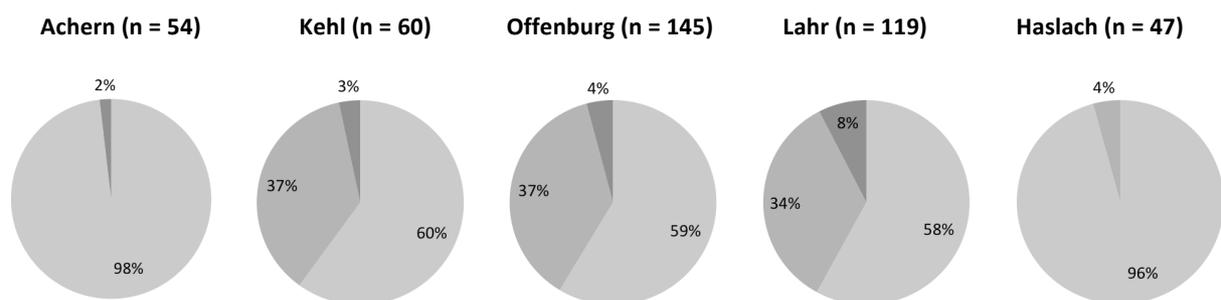


Abbildung 3: Zutreffende Belastungsindikatoren bei Bildungseinrichtungen in den Raumschaften (Stand 11.01.2017)

Legende: ■ 0-1 ■ 2-3 ■ ≥ 4

Die als zutreffend identifizierten Indikatoren wurden genutzt, um potenzielle Unterstützungsbedarfe der Bildungsinstitutionen einzuschätzen. Dazu wurde eine Zuordnung in folgende Kategorien der Belastungsbewertung vorgenommen:

0-1 zutreffende Indikatoren – potenzieller Unterstützungsbedarf

2-3 zutreffende Indikatoren – erhöhter potenzieller Unterstützungsbedarf

≥ 4 zutreffende Indikatoren – hoher potenzieller Unterstützungsbedarf

Erreichungsgrad von Bildungsinstitutionen mit einer hohen Anzahl an zutreffenden Indikatoren

Abbildung 4 zeigt, dass PNO mit dem Angebotsspektrum von OE und BF bisher 26% (entspricht 111 Einrichtungen) aller Bildungseinrichtungen im Ortenaukreis erreicht hat.

Bei den Einrichtungen mit erhöhtem potenziellem Unterstützungsbedarf (entspricht 2 - 3 Indikatoren zutreffend) haben bereits 30% der Einrichtungen ein Angebot von PNO in Anspruch genommen, dies entspricht 36 von 118 Einrichtungen dieser Belastungskategorie. Von den 18 Einrichtungen mit hohem potenziellem Unterstützungsbedarf (entspricht ≥ 4 Indikatoren) wurden zwei Einrichtungen (12%) bereits erreicht.

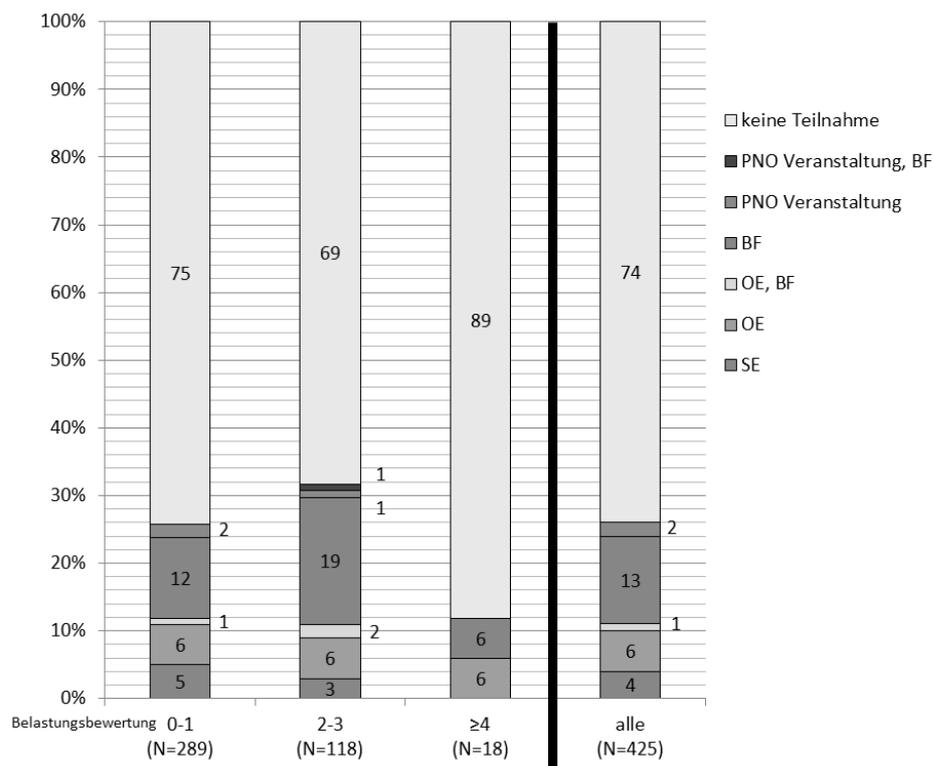


Abbildung 4: Erreichungsgrad aller Bildungseinrichtungen in [%] nach Belastungspotenzial (Stand 23.11.2016)

Legende: BF = Bedarfsorientierte Fortbildung; OE = Organisationsentwicklung für Kitas; SE = Schulentwicklung

Erklärung: Die Darstellung des Erreichungsgrades beruht aus gerundeten Zahlenwerten. Dadurch können minimale Abweichungen zur Gesamtsumme von 100% entstehen. Des Weiteren sind die unterschiedlichen Grundgesamtheiten (N) der Belastungsbewertung zu beachten.

Im Sinne der zugehenden Gesundheitsförderung ist für 2017 und 2018 geplant, gezielt die Bildungseinrichtungen anzusprechen, die einen erhöhten potenziellen oder einen hohen potenziellen

Unterstützungsbedarf aufweisen, um sie für Angebote im Netzwerk zu gewinnen. Mögliche Angebote im Präventionsnetzwerk Ortenaukreis werden nachfolgend beschrieben.

3.3 Organisationsentwicklung in Kindertageseinrichtungen und Schulentwicklung in Grundschulen

Im Rahmen des PNO werden Kindertageseinrichtungen und Grundschulen in ihrer Entwicklung zu gesundheitsförderlichen Einrichtungen durch einen 18-monatigen Organisationsentwicklungsprozess unterstützt. Für die Organisationsentwicklung in den Bildungseinrichtungen Kindertageseinrichtung und Grundschule wurde ein ausführliches Zielgrößenpapier zur Förderung der seelischen und körperlichen Gesundheit (Bewegung, Ernährung, seelische Gesundheit, Gesundheitsvorsorge und Schutzmaßnahmen) und sozialen Teilhabe konzipiert. Auf dessen Grundlage wurde das PNO-Weiterbildungscurriculum (Fröhlich-Gildhoff et al., 2015) zur Organisationsentwicklung in Kindertageseinrichtungen und zur Schulentwicklung in Grundschulen entwickelt (vgl. Hüls et al., 2015). Für die Durchführung der Organisations- und Schulentwicklung in Bildungseinrichtungen wurden Prozessbegleiter/-innen methodisch und inhaltlich geschult. Sie betreuen die Kindertageseinrichtungen und Grundschulen über den gesamten 18-monatigen Prozess. Zum Stand 11/2016 haben bereits fünf Kindertageseinrichtungen sowie eine Grundschule die Entwicklung zur gesundheitsförderlichen Einrichtung abgeschlossen. Weitere 24 Kindertageseinrichtungen und 14 Grundschulen haben diesen Prozess begonnen. Insgesamt werden in der Laufzeit mindestens 30 Kindertageseinrichtungen und 16 Grundschulen den Organisations- bzw. Schulentwicklungsprozess durchlaufen.

Neben den ‚obligatorischen‘ Weiterbildungsbausteinen des Curriculums wird den teilnehmenden Bildungsinstitutionen im Rahmen der Organisationsentwicklung die Möglichkeit geboten, einen Schwerpunkt zu wählen. Bislang erscheint der Schwerpunkt *Seelische Gesundheit und Resilienz* als ‚Favorit‘ der Einrichtungen: 20 der 30 Kindertageseinrichtungen und 13 der 16 Grundschulen⁵ haben diesen Schwerpunkt gewählt. Von drei weiteren Kindertageseinrichtungen wurden die Schwerpunkte *Ernährung*, *Bewegung*, *Soziale Teilhabe* jeweils einmal gewählt.

⁵ Eine der teilnehmenden Schulen besteht aus zwei Außenstellen, wobei die Lehrkräfte beider Außenstellen gemeinsam an der Schulentwicklung teilnehmen. Evaluationsseitig werden daher beide Außenstellen auch als eine Schule aufgeführt.

Tabelle 2: Übersicht über den Verlauf der Organisations- und Schulentwicklung zum Stand 11/2016

	Kindertageseinrichtungen	Grundschulen
abgeschlossen	5	1
begonnen	24	14
Beginn steht bevor	1	1
insgesamt	30	16
Davon ⁶ :		
Schwerpunkt <i>Seelische Gesundheit und Resilienz</i>	20	13
Schwerpunkt <i>Ernährung</i>	1	
Schwerpunkt <i>Bewegung</i>	1	
Schwerpunkt <i>Soziale Teilhabe</i>	1	

3.4 Bedarfsorientierte Fortbildungen

Die Initiierung der Bedarfsorientierten Fortbildungen geht über die ursprüngliche, im Förderantrag formulierte Projektanlage hinaus. Damit wurde bereits vor Projektbeginn die aus Perspektive des Landkreises notwendige Möglichkeit eingerichtet, eine möglichst große Flächendeckung zu erreichen, da die Zahl von Kindertagesstätten und Grundschulen im Landkreis weit über die mögliche Zahl von Beteiligungen bei Organisations- und Schulentwicklung hinausgeht. Gleichzeitig sollen damit auch Einrichtungen erreicht werden, die nur weniger Ressourcen einbringen können oder wollen bzw. solche, die Gesundheitsförderung schon gut in ihre Einrichtung integriert haben, sich aber noch gezielt weiterentwickeln wollen. Bereits von Beginn an wurden bei den Bildungseinrichtungen Weiterbildungsbedarfe systematisch erfragt. Auch die regionalen Runden Tische sowie die durchgeführte Bestands- und Bedarfserhebung boten Aufschluss über Bedarfe aus Sicht der Akteur/-innen vor Ort. Anhand dieser Angaben wurden für die am häufigsten genannten Themenkomplexe aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sechs Curricula (s. u.) entwickelt, um den Anfragen der Kindertageseinrichtungen und Grundschulen möglichst zeitnah nachzukommen. Mit Stand 11/2016 wurden im gesamten Landkreis 30 Bedarfsorientierte Fortbildungen zu folgenden Themen durchgeführt: *Gesundheit pädagogischer Fach- und Lehrkräfte, Professionelle pädagogische Begegnung mit herausforderndem Verhalten, Stärkung der Zusammenarbeit von pädagogischen Fachkräfte und Eltern, Seelische Gesundheit und Resilienz, Stärkung von Kita-Teams in der Begegnung mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrung*. Weitere – wie z. B. das Thema *Umgang mit Bildschirmmedien* – werden in den kommenden Monaten und bis zum Ende der Laufzeit folgen.

⁶ Zum Zeitpunkt der Berichterstellung hatten sich noch nicht alle Einrichtungen für einen Schwerpunkt entschieden.

Tabelle 3: Übersicht der durchgeführten bedarfsorientierten Fortbildungen

Raum-schaft	Anzahl der Einrichtungen	Gesundheit der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte	Professionelle pädagogische Begegnung mit herausforderndem Verhalten	Zusammenarbeit mit Eltern	Seelische Gesundheit und Resilienz	Stärkung von Kita-Teams in der Begegnung mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrung
Achern	1 Kita 1 Schule		1		1 (Schule)	
Haslach	7 Kitas	1	1		1	4
Kehl	8 Kitas	2	4		1	1
Lahr	6 Kitas 1 Schule 1 Hort		3 (2Kitas, 1Hort)	1 (Schule)	3	1
Offenburg	4 Kitas 1 Schule	1	2		1 (Schule)	1
Gesamt	30⁷	4	11	1	7	7

3.5 Netzwerkprojekte und Lokale Netzwerke

Über Netzwerkprojekte werden Akteur/-innen aus dem Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe sowie aus dem Bildungssystem angesprochen und artikuliert Bedarfe möglichst in Form systemübergreifender Zusammenarbeit aufgegriffen. Dabei können verschiedenste Formate eingesetzt werden, wie z. B. der Austausch verschiedener Akteur/-innen anhand eines fachlich-inhaltlichen Themas bei Fachtagen oder -abenden oder aber auch die konkrete Vernetzung anhand sogenannter „Lokaler Netzwerke“. Hintergrund der Lokalen Netzwerke ist der Gedanke einer kleinräumigen Vernetzung beispielsweise von einer Bildungsinstitution oder einer kleinen räumlichen Einheit (Quartier, Stadtteil, Gemeinde) ausgehend mit Akteur/-innen aus den drei Bereichen Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- sowie Bildungssystem, ausgerichtet am jeweiligen Bedarf.

Für die Auswahl der umzusetzenden Netzwerkprojekte wurden folgende Kriterien aufgestellt:

- 1) Es besteht ein konkreter Bedarf im Themenspektrum Prävention und Gesundheitsförderung
- 2) Inhaltliche Ausrichtung auf die Zielsetzungen des PNO (Prävention und Gesundheitsförderung mit Bezug auf die Zielgruppe der 3- bis 10-Jährigen Kindern und ihren Familien)
- 3) Um dem Vernetzungsgedanken gerecht zu werden, sollen mindestens zwei Systeme (z. B. Bildungssystem [Kindertageseinrichtung] und Gesundheitssystem [Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in]) an einem Projekt beteiligt sein
- 4) Netzwerkprojekte sollen möglichst Zugänge zu anderen Netzwerkakteur/-innen schaffen und fallunabhängige (Infra-)Strukturen auf- und ausbauen
- 5) Nach Möglichkeit sollte eine langfristige, auf Nachhaltigkeit ausgerichtete Perspektive verfolgt werden

Eine Übersicht über die bereits umgesetzten bzw. laufenden Netzwerkprojekte ist in Kapitel II 1.2.2 zu finden.

⁷ Eine Einrichtung besuchte zwei Fortbildungen und wird an dieser Stelle als zwei Einrichtungen angezeigt.

II Evaluation

Zur systematischen Erfassung der Umsetzungsprozesse und möglicher Wirkungen, aber auch zur Übertragbarkeit in andere Regionen werden sämtliche Prozesse wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die Prozess- und Ergebnisevaluation dieses komplexen Projekts umfasst sowohl quantitative als auch qualitative Methoden mit mehreren Messzeitpunkten. Eine Übersicht aller Evaluationskomponenten findet sich in Abbildung 5 unten.

- Um Aufschluss über die Umsetzung der Gesamtstrategie zu erhalten werden die Netzwerkprozesse und -aktivitäten erfasst und systematisch ausgewertet.
- Zur Evaluation des Organisationsentwicklungsprozesses in Kindertageseinrichtungen und des Schulentwicklungsprozesses in Grundschulen wird eine ausführliche Erhebung im Wartelisten-Kontrollgruppen-Design bzw. in einem prä-post-Design auf mehreren Ebenen umgesetzt, die auch eine Follow-up-Erhebung nach zwölf Monaten beinhalten.
- Zusätzlich erfolgen spezifische Analysen, z. B. zur Fach- und Lehrkräftegesundheit (Fragestellungen dazu sind im Abschnitt zur Evaluation in Bildungseinrichtungen dargestellt) und zur *Nutzung* und *Bewegung* von Familien in Unterstützungssystemen.

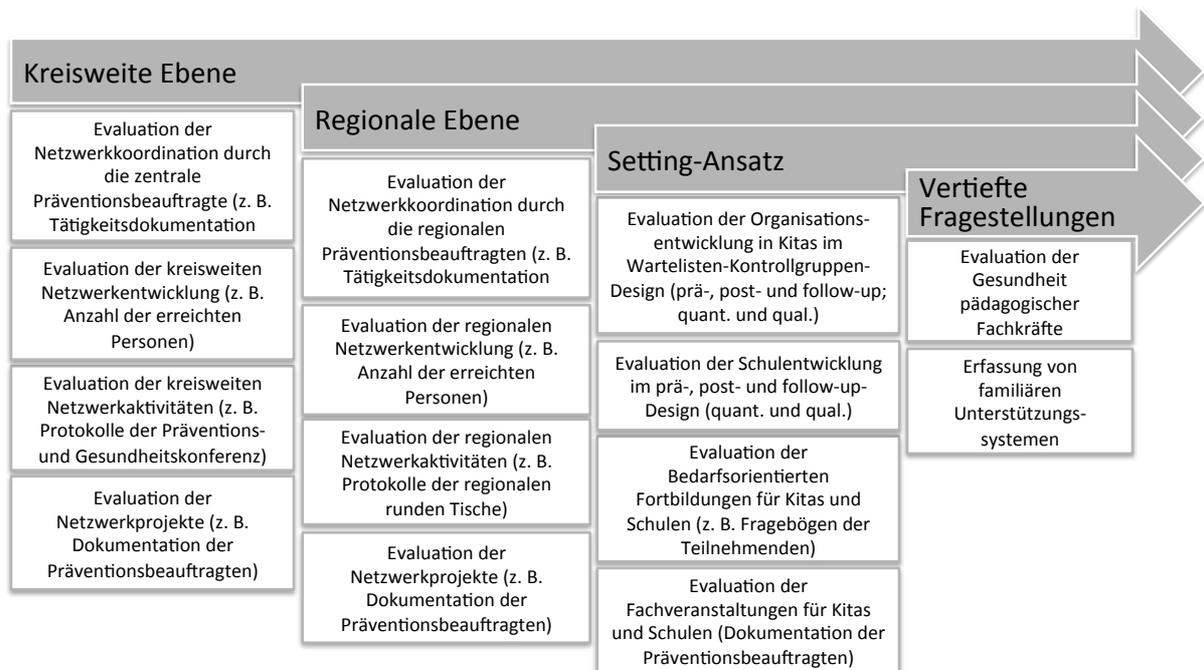


Abbildung 5: Übersicht Evaluationskomponenten.

Abkürzungen: PGK = Präventions- und Gesundheitskonferenz; RT = Runde Tische; LoNe = Lokale Netzwerke; OE = Organisationsentwicklung; SE = Schulentwicklung

Abbildung 5 zeigt die Gliederung des Evaluationsvorgehens analog zur in Abbildung 1 dargestellten Grundstruktur des PNO; ergänzend sind die „vertieften Fragestellungen“ aufgenommen. Die Fragestellungen der einzelnen Evaluationskomponenten werden zu Beginn des jeweiligen Ergebniskapitels dargestellt.

1 Evaluation der kreisweiten und regionalen Netzwerkstrukturen

1.1 Fragestellungen

Folgende Fragestellungen leiten die Evaluation der Netzwerkstrukturen:

- Netzwerkaufbau und -arbeit
 - o Welche Vorgehensweisen und Aktivitäten formen den Prozess der Netzwerkbildung?
 - o Wie verändern sich die Netzwerkstrukturen im Projektzeitraum?
 - o Wie werden die Netzwerkstrukturen angenommen, wo besteht weiterer Bedarf?
- Netzwerkprojekte
 - o Welche Netzwerkprojekte sind entstanden und wie kam es dazu?
- Netzwerkkoordination durch die zentrale und die regionalen Präventionsbeauftragte(n)
 - o Wo liegen Aufgabenschwerpunkte und wie verändern sich diese im Projektzeitraum?

1.2 Ergebnisse

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse beruhen auf verschiedenen Datenquellen mit z. T. unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten bzw. Stichtagen:

- Leitfadengestützte Interviews mit den Präventionsbeauftragten (Mai/Juni 2016)⁸
- Protokolle der regionalen Runden Tische und der kreisweiten Präventions- und Gesundheitskonferenz (Herbst 2015 und Frühjahr 2016)⁹
- Abfragen der Kontaktverwaltungsdatenbank (August 2015, November 2015, Februar 2016, Mai 2016 und November 2016)
- Bestands- und Bedarfserhebung mit relevanten Akteur/-innen vor Ort (2015/16)
- Tätigkeitsdokumentation der Präventionsbeauftragten (Dezember 2014 – März 2015 und April 2016 – Juni 2016, jeweils 12 Wochen)

⁸ Auswertung orientiert an Kuckartz, 2014

⁹ Auswertung orientiert an Kuckartz, 2014

1.2.1 Netzwerkaufbau und -arbeit

Aktivitäten und Vorgehensweisen in der Netzwerkbildung

Im Folgenden wird beleuchtet, welche Aktivitäten den Prozess des Netzwerkaufbaus formen und welche Vorgehensweisen dabei als entscheidend identifiziert werden konnten; die Ergebnisse basieren auf den Interviews mit den Präventionsbeauftragten. Das regionalisierte und auf die jeweilige Raumschaft adaptierte Vorgehen wurde von den Präventionsbeauftragten als sinnvoll beschrieben (B, 32; F, 23; D, 12)¹⁰. Allerdings bringe die regionale Angliederung der Arbeitsplätze in den Raumschaften praktische Herausforderungen für die Arbeitsorganisation mit sich. Synergieeffekte und Tür-und-Angelgespräche der Präventionsbeauftragten untereinander seien nicht möglich (D, 12). Daher seien eine regelmäßige Kommunikationsstruktur in Form von Teamsitzungen aber auch technische Unterstützung der Kommunikation (wichtige Informationen werden online auf einem *Schwarzen Brett* vermerkt) wichtige Strategien im Umgang mit den dezentralen Arbeitsplätzen (E, 17; F, 39, 41). Auch eine softwaregestützte Kontaktverwaltung sei eine wichtige Unterstützung für die dezentrale Kommunikationsstruktur und die Arbeitsorganisation (F, 31; D, 12; C, 52).

Die Projektleitung wurde als zentraler Faktor für die erfolgreiche Arbeit in einem Präventionsnetzwerk beschrieben. Daher habe sie im Idealfall ausreichend zeitliche Kapazitäten, um nah an den Prozessen arbeiten zu können und um die Möglichkeit zu haben, Entscheidungen unmittelbar zu treffen (B, 34; F, 23; C, 24).

Als empfehlenswert für ein Netzwerk zur Prävention und Gesundheitsförderung wurde der Beginn mit einem klar umrissenen Angebot wie der Schul- und Organisationsentwicklung beschrieben. Für die im zweiten Projektjahr beginnenden Netzwerkprojekte habe es Vorlaufzeit gebraucht. Das PNO habe sich zunächst bekannt machen und Vertrauen aufbauen müssen (B, 32). Die Netzwerkprojekte wurden als eine Chance beschrieben, vermehrt auch Akteur/-innen über das Bildungssystem hinaus einzubeziehen (F, 25).

Zu den relevanten Strategien im Netzwerkaufbau befragt, wurde betont, es sei bedeutsam den Mehrwert für die Akteur/-innen deutlich zu machen. Die im Feld Tätigen müssten erkennen, dass sie durch die Beteiligung am PNO positive Auswirkungen auf ihre eigene Arbeit erwarten können (B, 18; F, 25; C, 37). Hilfreich dazu sei eine ausreichende finanzielle Ausstattung, die ermögliche den Akteur/-innen etwas „anbieten“ zu können (B, 32; E, 17). Außerdem müsse die Partizipation der Akteur/-innen und eine transparente Kommunikation nach außen beachtet werden. Die Beteiligten müssten sehen, dass ihre Beiträge in der Gestaltung des PNO Berücksichtigung finden. So könnten sie motiviert werden sich am Netzwerk zu beteiligen und auch längerfristig dabei zu bleiben (F, 25). Für

¹⁰ Lesehinweis: B = Interviewpartnerin B, 32 = Absatz 32.

eine gezielte und bedarfsgerechte Gestaltung des Netzwerks sei auch die Kenntnis der bereits vorhandenen Kooperationsstrukturen notwendig (F, 76).

Öffentlichkeitsarbeit wurde ebenfalls als eine relevante Strategie im Netzwerkaufbau beschrieben (D, 26). Dies hätte von Anfang an noch stärker fokussiert werden können: „man hätte mal wirklich eine Kita oder eine Schule von Anfang an so begleiten können und zwar alle drei Monate vielleicht mal so ein Bericht, was sich Neues getan hat“, um den Prozess der Organisations- bzw. Schulentwicklung nach außen zu tragen (E, 21)

Als ein weiterer relevanter Faktor wurde der persönliche Kontakt zu Akteur/-innen benannt: Mit den Personen mit denen „man schon im persönlichen Kontakt war, die [...] sind einfach mehr dabei“ (B, 32). Dies gelte zum einen für das erste Kennenlernen, zum anderen aber auch für die längerfristige Beziehungsgestaltung und sei für den Aufbau von Verbindlichkeit ausschlaggebend (F, 70; D, 24; E, 53). Um langfristig präsent zu bleiben und immer wieder Gelegenheiten zu schaffen PNO vorzustellen, bedürfe es einer hohen Eigeninitiative (D, 24). Außerdem müsse deutlich die eigene Ansprechbarkeit herausgestellt werden (E, 6).

Die Initiative zur Kontaktaufnahme und die Kontaktpflege wurden als nicht immer angenehm beschrieben (D, 18, 24). Trotzdem sei es wichtig, offen und „ohne Hemmungen“ auf Akteur/-innen zuzugehen (C, 13). Als hilfreich für die Kontaktaufnahme wurde ein konkreter Anlass benannt. Die durchgeführte Bestands- und Bedarfserhebung sei eine gute Chance gewesen mit den Akteur/-innen ins Gespräch zu kommen (B, 78; F, 77; E, 49). Empfohlen wurde weiterhin, sich vorab bereits über die Akteur/-innen und ihr konkretes Aufgabenfeld zu informieren sowie sie als Expert/-innen anzusprechen (C, 20).

Als für den Netzwerkaufbau herausfordernder Faktor wurden personelle Wechsel, sowohl innerhalb des PNO-Teams als auch bei Kooperationspartnern beschrieben (B, 44; F, 17). Es würde eine persönliche Beziehung aufgebaut, die nur schwer über einen personellen Wechsel hinweg aufrechterhalten werden könne (B, 44). Wichtig sei es, eine gute Übergabe zu gestalten und eine kontinuierliche Kommunikation zu gewährleisten (F, 17).

Außerdem wurde die Arbeit im PNO als geprägt durch eine große Themenvielfalt beschrieben. Eingegrenzt sei die Zuständigkeit zwar durch das Alter der Zielgruppe und die angesprochenen Settings, trotzdem bestehe die Gefahr sich im weiten Feld der Prävention und Gesundheitsförderung zu „verzetteln“ (B, 34; F, 23). Daher bedürfe es konzeptioneller Klarheit darüber, was in die Zuständigkeit des PNO fällt (F, 23; D, 12). Ein zu schnelles Agieren ohne konzeptionelle Klarheit, sei zu vermeiden, da ansonsten das Risiko bestehe Zusagen revidieren zu müssen (C, 24, 28).

Ein wichtiger Baustein im Aufbau der PNO Netzwerkstrukturen sind die *Präventions- und Gesundheitskonferenz* (Kreisebene) und die *regionalen Runden Tische* (Raumschaftsebene). Die

nachfolgend dargestellten Evaluationsergebnisse basieren zum einen auf den Interviews mit den Präventionsbeauftragten und zum anderen auf der Analyse der Veranstaltungsprotokolle. Die Präventionsbeauftragten des PNO beschrieben die Runden Tische als eine von den Teilnehmenden gut angenommene Austauschplattform. Die Runden Tische seien für die teilnehmenden Akteur/-innen eine Gelegenheit, um sich persönlich kennenzulernen und ein „Gesicht zum Namen“ zu erhalten (B, 50; F, 74; D, 34). Es biete sich die Möglichkeit zur fallunabhängigen Vernetzung und durch die Vorstellung der verschiedenen Arbeitsfelder auch eine verstärkte Transparenz in der Angebotslandschaft (F, 74; D, 34). Als ambivalent wurde die Begrenzung der Zahl der Teilnehmenden beschrieben. Dies garantiere einerseits zwar, dass die Gremien handlungs- und diskutierfähig bleiben und eine Verbindlichkeit zur kontinuierlichen Teilnahme geschaffen werde. Andererseits hätten einige motivierte Akteur/-innen dadurch keine Teilnahmemöglichkeit (E, 63; F, 113, 115).

Die Präventionsbeauftragten berichteten, die regionalen Runden Tische und die kreisweite Präventions- und Gesundheitskonferenz würden von den Teilnehmenden insgesamt gut angenommen. Der Teilnehmendenkreis kenne sich inzwischen untereinander und so sei auch Vertrauen untereinander aufgebaut (F, 6). Ein nächster Schritt für diese Gremien wäre es, vermehrt ins tatsächliche Umsetzen und Handeln zu kommen (F, 6; E, 65). Allerdings gebe es von den Teilnehmenden die Rückmeldung, sie seien zufrieden damit, die runden Tische als Kennenlern- und Austauschgelegenheit zu nutzen und wollten nicht stärker steuern oder gestalten (C, 42).

Die Präventions- und Gesundheitskonferenz auf Kreisebene wurde als gut etabliert beschrieben. Sie arbeite eher auf einer steuernden Ebene, die konkretere Umsetzung finde vorrangig auf regionaler Ebene bei den Runden Tischen statt (F, 8, 31).

Abbildung 6 zeigt Ergebnisse der Veranstaltungsprotokolle. Es wird ein leichter Rückgang der Zahl der Teilnehmenden zwischen der ersten (Herbst 2015) und der zweiten Veranstaltung (Frühjahr 2016)¹¹ deutlich. Dies könnte mit Absprachen zwischen Akteur/-innen erklärt werden, sich gegenseitig zu vertreten und als Multiplikator/-innen zu agieren.

Abbildung 6 lässt für die Präventions- und Gesundheitskonferenz einen vergleichsweise großen Anteil an Vertreter/-innen aus dem Gesundheitssystem erkennen. In diesem Bereich sind Akteur/-innen beteiligt, die für den gesamten Landkreis zuständig sind. Bei den regionalen Runden Tischen wird das Bildungssystem u. a. durch Vertreter/-innen aus Kindertageseinrichtungen und Grundschulen repräsentiert und stellt daher einen vergleichsweise großen Anteil des jeweiligen Teilnehmer/-innenkreises dar.

¹¹ Die inzwischen veranstalteten 3. Konferenzen auf Kreis- und Regionalebene konnten aus Zeitgründen in der Auswertung nicht mehr berücksichtigt werden.

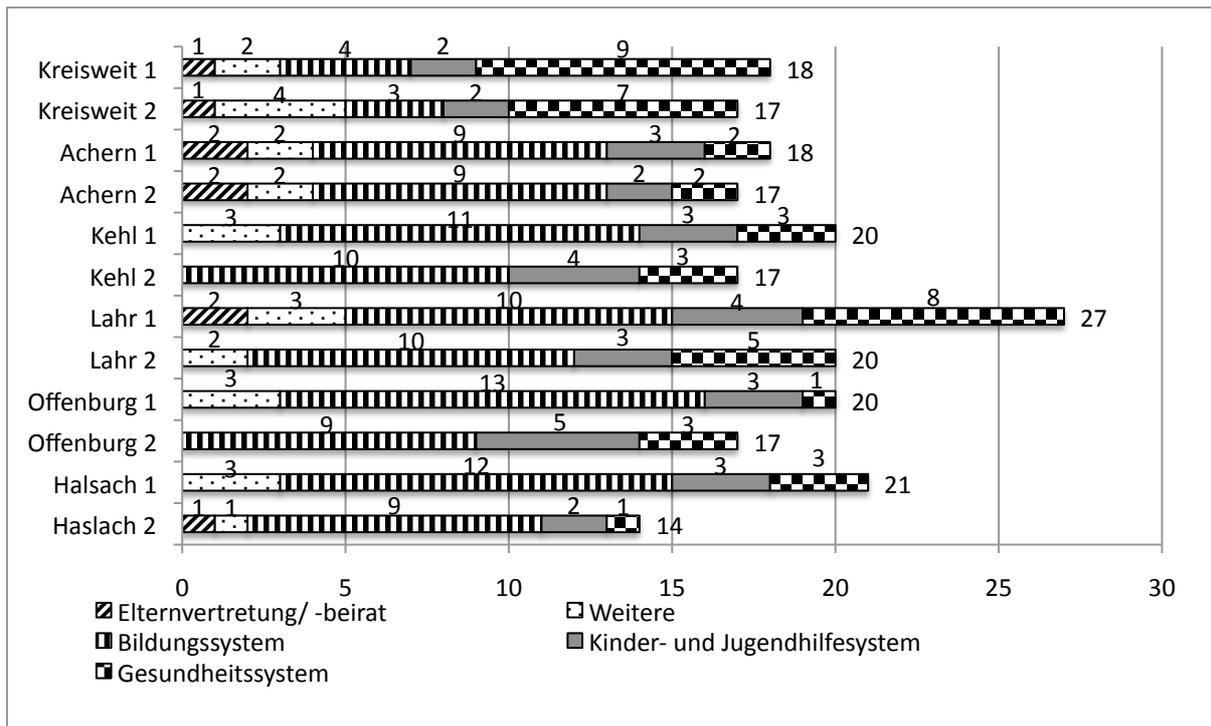


Abbildung 6: Teilnehmerkreis der ersten beiden runden Tische bzw. der Präventions- und Gesundheitskonferenz¹²

Die Analyse der Veranstaltungsprotokolle zeigt, dass sich die beiden Veranstaltungszeitpunkte in den Raumschaften in ihren inhaltlichen Schwerpunkten unterscheiden. Beim jeweils ersten Termin lag der Fokus zunächst auf dem gegenseitigen Kennenlernen und der Abstimmung über die Zielsetzungen des Gremiums. Außerdem wurden unter den Teilnehmenden Bedarfe im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gesammelt und diskutiert. Der Schwerpunkt der hierbei gesammelten Themen lag auf der Zusammenarbeit mit Eltern. Dabei wurden z. B. Möglichkeiten des Erreichens von Eltern, gezielte Weiterbildungsformate für Eltern (u. a. im Bereich Umgang mit Medien), eine Bedarfserhebung bei Eltern oder die Zusammenarbeit mit einem psychisch kranken Elternteil benannt. Weitere häufig genannte Themenbereiche waren die Vernetzung und der Austausch untereinander, Auseinandersetzung mit den Themen Ernährung und Bewegung sowie der Umgang mit herausforderndem Verhalten von Kindern.

Bei den jeweils zweiten Terminen in den Raumschaften und auf Kreisebene konnten die Ergebnisse der im Landkreis durchgeführten „Bestands- und Bedarfserhebung“ vorgestellt und diskutiert werden. Außerdem wurden erste Ideen für die Umsetzung von Netzwerkprojekten ausgetauscht (s. Protokolle der runden Tische und der Präventions- und Gesundheitskonferenz).

¹² Die Abbildung gibt einen Überblick über die tatsächlich anwesenden Personen, nicht über den eingeladenen Teilnehmerkreis.

Veränderungen der Netzwerkstrukturen im Projektverlauf

Von den Präventionsbeauftragten wurde zu Beginn der Projektlaufzeit eine Stakeholder-Analyse durchgeführt (Quilling et al., 2013, S. 35ff). Auf Grundlage dieser Analyse wurde eine Netzwerkdatenbank zusammengestellt. Berücksichtigt wurden dabei alle Akteur/-innen, die im Ortenaukreis professionell mit Kindern zwischen 3 und 10 Jahren und ihren Familien zusammenarbeiten. Durch den weiteren Netzwerkaufbau der Präventionsbeauftragten und Wandel in der Angebotslandschaft wächst und verändert sich die Zusammensetzung der Datenbank. Abbildung 7 gibt einen Überblick über die Entwicklungen.

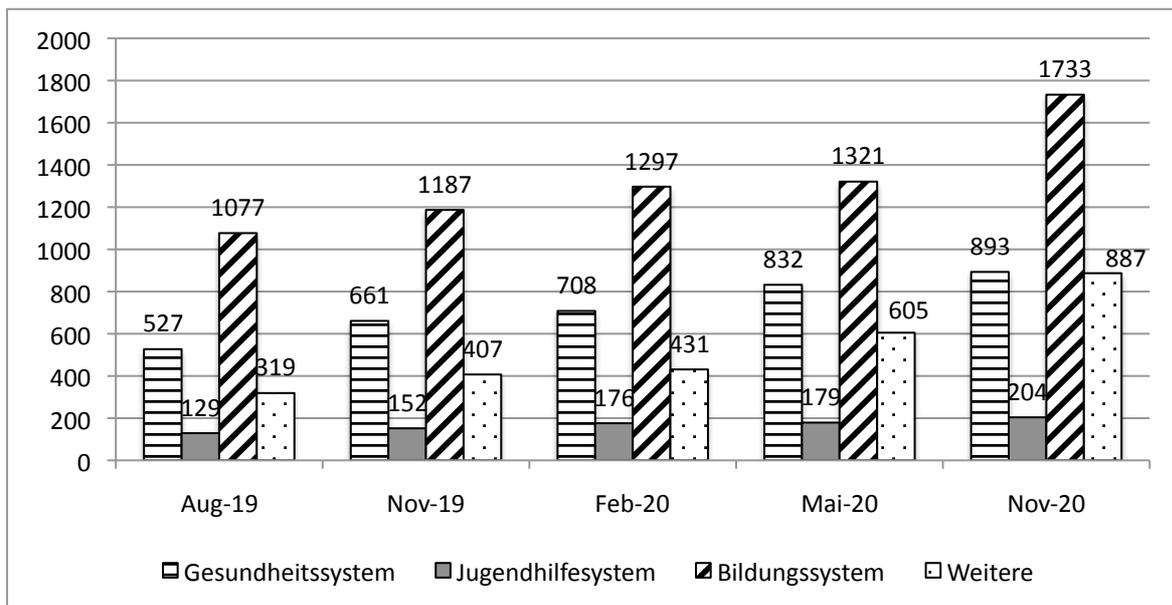


Abbildung 7: Einträge aller erfassten Kontaktpersonen/-institutionen in der Netzwerkdatenbank¹³

Durch ihre Vernetzungsarbeit kommen die Präventionsbeauftragten mit zahlreichen Akteur/-innen in Kontakt. Abbildung 8 zeigt, die Anzahl an Kontakten aus dem Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- und Bildungssystem sowie weiteren Akteur/-innen die erreicht wurden. Im Unterschied zu den in Abbildung 7 angegebenen in der Datenbank erfassten Einträgen, werden hier ausschließlich die Personen/Institutionen angegeben mit denen ein persönlicher Kontakt stattfand.

¹³ Hinweis: Die Summe an Kontakten enthält sowohl Institutionen/Organisationen als auch die ihnen zugeordneten Kontaktpersonen; somit sind z. T. Dopplungen möglich.

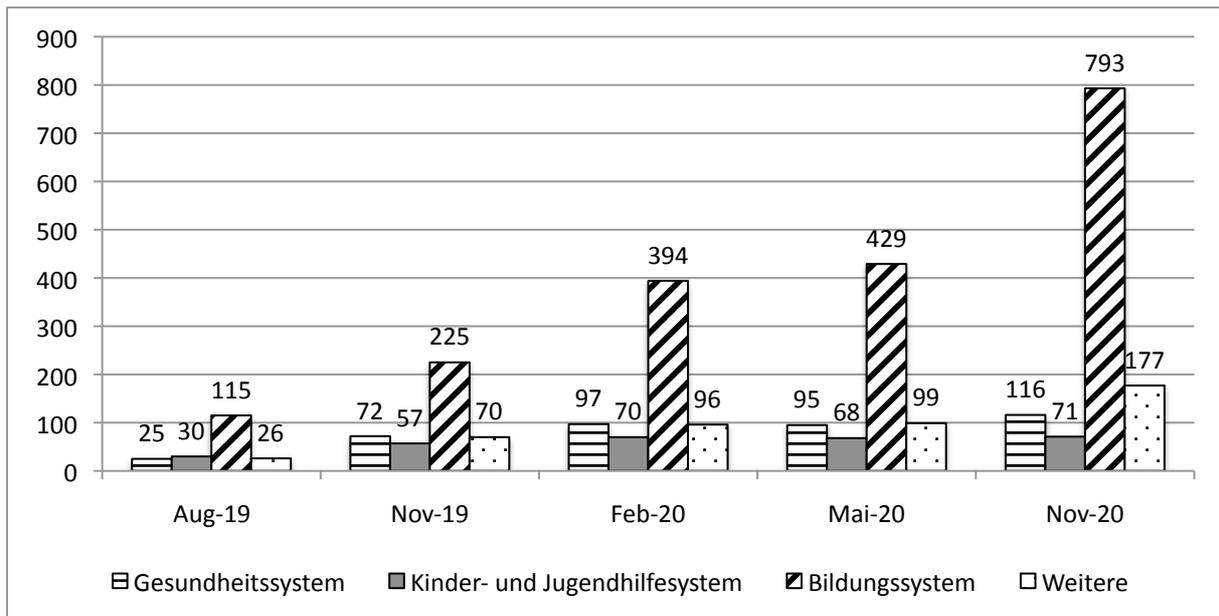


Abbildung 8: Bereits erreichte Kontakte

Wie Abbildung 8 zeigt, ist beinahe zu allen Zeitpunkten und für alle Systeme ein Zuwachs an erreichten Kontakten zu verzeichnen. Besonders deutlich trifft das für das Bildungssystem zu. Dies entspricht dem Ziel, alle Kindertageseinrichtungen und Grundschulen persönlich kontaktiert zu haben.

Die Entwicklung der Netzwerkstrukturen wurde auch in den Interviews mit den Präventionsbeauftragten thematisiert. Sie erklärten, der Fokus der Netzwerkarbeit habe aufgrund der Organisations- und Schulentwicklung zunächst auf dem Bildungssystem gelegen. Daher seien nach eineinhalb Jahren alle Kindertageseinrichtungen und Grundschulen erreicht (B, 45; F, 67; D, 30; E, 2). Für das Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfesystem gebe es weniger konkrete Angebotsformen, daher seien diese beiden Systeme bislang auch weniger stark in das Netzwerk eingebunden (F, 67; D, 30; C, 35). Es wurde die Erwartung geäußert, dass durch die entstehenden Netzwerkprojekte ein vermehrter Einbezug von Akteur/-innen aus dem Gesundheits- und dem Kinder- und Jugendhilfesystem stattfinden wird (E, 9, 49).

Trotzdem sei PNO zum Projektstand nach eineinhalb Jahren bei den relevanten Akteur/-innen im Landkreis ein Begriff, es habe sich ein stabiles, offenes Netzwerk entwickelt und „die Grundlage ist geschaffen“ (F, 17; B, 32; C, 6; D, 2). Schwierig sei es für Akteur/-innen zum Teil nach wie vor, sich in der Angebotsbreite des PNO zurecht zu finden (C, 6). Zum Teil berichteten die Präventionsbeauftragten, dass sie mehr und mehr Anfragen von außen zur Vermittlung und Vernetzung erhielten (B, 4; C, 8). Das scheint jedoch von Raumschaft zu Raumschaft verschieden zu sein (E, 4). Wenn Akteur/-innen aber persönlich erreicht würden, erhalte man positive Rückmeldungen (E, 4).

Als ein besonderes Thema habe sich die Passung des PNO Angebots mit den Rahmenbedingungen der Grundschulen herausgestellt. Beispielsweise sei der Schulentwicklungsprozess des PNO für einige Schulen zeitlich zu umfangreich. Hilfreich wäre es gewesen, im PNO-Team eine/n Expertin/Experten aus dem Schulsystem zu haben (B, 36; F, 45). Für die weitere Akquise von Schulen wurden „Leuchtturmbeispiele“ als hilfreich beschrieben, die den Mehrwert der Schule durch die Schulentwicklung verdeutlichen können (B, 38).

Weitere Entwicklung wünschten sich die Präventionsbeauftragten außerdem in der vermehrten Einbindung von Akteur/-innen aus dem Gesundheits- und dem Kinder- und Jugendhilfesystem (F, 67; D, 30; C, 35; E, 9, 49).

Diese Einschätzung der Präventionsbeauftragten entspricht auch den Ergebnissen der durchgeführten „Bestands- und Bedarfserhebung“ (s. Kapitel 3.1): Wie Tabelle 4 zeigt, wünschten sich auch die dabei befragten Akteur/-innen an erster Stelle weitere Kooperationen mit Vertreter/-innen aus dem Gesundheits- und dem Kinder- und Jugendhilfesystem.

Tabelle 4: Weitere Kooperationswünsche nach Systemzugehörigkeit der Befragten

(n = 323); Mehrfachnennungen möglich; Anzahl der Nennungen in Klammern

Gesundheitssystem	Kinder- und Jugendhilfesystem	Bildungssystem
Psychologische Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche (38)	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen (13)	Kinderärzte/-innen (110)
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen (38)	Kinderärzte/-innen (13)	Psychologische Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche (95)
Kinderärzte/-innen (35)	Psychologische Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche (7)	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen (88)

1.2.2 Netzwerkprojekte

Wie in Kapitel 3.5 beschrieben, wurden Kriterien aufgestellt, um Netzwerkprojekte und kleinräumige Vernetzung in Form Lokaler Netzwerke zu initiieren und zu unterstützen. Zum Initiierungsprozess der Netzwerkprojekte befragt, beschrieben die Präventionsbeauftragten in den Interviews die Bedeutung der Runden Tische als „gemischt“, häufig brauche es ein noch kleinschrittigeres Vorgehen (B, 44; D, 34). Ein Entstehungsweg sei die Bedarfsformulierung aus einem Organisations- oder Schulentwicklungsprozess heraus (B, 68). Dies entspricht auch der Dokumentation zu den Entstehungsprozessen der Netzwerkprojekte (s. Tabelle 5). Insgesamt erfordere die Initiierung von Netzwerkprojekten jedoch ein hohes Maß an Eigeninitiative der Präventionsbeauftragten (D, 20). An einigen Stellen fehle bei den Akteur/-innen noch der Überblick darüber, was ein Netzwerkprojekt sein kann, wie ein Netzwerkprojekt funktionieren kann und was von den Beteiligten erwartet wird (F, 6).

Die bereits umgesetzten und laufenden Netzwerkprojekte (Stand 01.11.2016) können wie in der folgenden Darstellung hinsichtlich ihrer Intensität unterschieden werden (einmalige oder regelmäßige Netzwerkaktivität):

Tabelle 5: Einmaliger und regelmäßiger Austausch

Einmaliger Austausch						
Inhalt	Format	Beteiligte Systeme	Im Detail	Initiierung	Kriterium	
Sensibilisierung für das Thema Stress (-bewältigung) im Kindes- und Jugendalter sowie Umgang damit	Vortrag	Kinder- & Jugendhilfe-; Bildungssystem; Eltern; interessierte Öffentlichkeit	Psychologische Beratungsstelle; päd. Fachkräfte Kita; Lehrkräfte Schule; Elternbeiräte; Eltern	Regionale Präventions-beauftragte; Netzwerkakteur/-in	Vernetzung anhand eines fachlichen Inhalts	
Ausbau des Bereichs Ernährung im pädagogischen Alltag der Kita, auch mit Blick auf die Zusammenarbeit mit Eltern	Vortrag	Gesundheits-; Bildungssystem	Pädagogische Fachkräfte Kita; Ernährungsberatung	Organisations-entwicklungsprozess	Vernetzung anhand eines fachlichen Inhalts	
Vorstellung des Arbeitsfeldes, der Zuständigkeiten, der Angebote und Aufgaben des KSD in Kita	Vorstellung	Kinder- & Jugendhilfe-; Bildungssystem	KSD; pädagogische Fachkräfte	Organisations-entwicklungsprozess	Kennenlernen / Zugänge zu anderen Akteur/-innen	
Regelmäßiger Austausch						
Inhalt	Format	Frequenz	Beteiligte Systeme	Im Detail	Initiierung	Kriterium
Vernetzung Kita, KSD und Frühförderung	KSD und Frühförderung informieren und beraten regelmäßig in der Kita	regelmäßige Abstände; zunächst für ein Jahr	Gesundheits- Kinder- & Jugendhilfe-; Bildungssystem	KSD; Frühförderung; pädagogische Fachkräfte Kita	Organisations-entwicklungsprozess	Min. 2 Systeme
Vernetzung zur gesunden Gestaltung des Übergangs Kita/ Grundschule	Treffen zwischen Grundschule und den Kitas im Einzugsgebiet. Nach Bedarf zusätzlich Expert/-innen aus Kinder- & Jugendhilfesystem und Gesundheitssystem	alle 6 bis 8 Wochen	Gesundheits-; Kinder- & Jugendhilfe-; Bildungssystem	Pädagogische Fachkräfte Kita; Lehrkräfte Grundschule; Gesundheitsamt	Regionale Präventions-beauftragte; Netzwerk-akteur/-in	Min. 2 Systeme
Lokales Netzwerk von einer Kita ausgehend	Vorstellung von Arbeitsfeld und Zuständigkeiten verschiedener Institutionen	zweimal im Jahr	Gesundheits-; Kinder- & Jugendhilfe-; Bildungssystem; Weitere	Sozialpädagogische Familienhilfe; Psychologische Beratungsstelle; Kommunaler Sozialer Dienst; Kommunale Arbeitsförderung	Organisations-entwicklungsprozess	Min. 2 Systeme
Lokales Netzwerk von einer Kita ausgehend	Vorstellung verschiedener Tätigkeitsfelder und Austausch mit diesen Institutionen	Frequenz noch zu klären	Gesundheits-; Kinder- & Jugendhilfe-; Bildungssystem	Pädagogische Fachkräfte Kita; Psychologische Beratungsstelle; Frühe Hilfe; Frühförderung; Kinder- & Jugendarzt	Organisations-entwicklungsprozess	Min. 2 Systeme
Vernetzung Kitas und Kinder- & Jugendlichen-psychotherapeut/-innen	Beratung und Austausch zwischen drei Kitas und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut/-innen an pädagogischen Tagen oder Teamsitzungen	Zwei im Jahr pro Kita	Gesundheits-; Bildungssystem	Pädagogische Fachkräfte Kita; Kinder- & Jugendlichen-psychotherapeut/-innen	Regionale Präventions-beauftragte; Netzwerk-akteur/-in	Min. 2 Systeme

1.2.3 Netzwerkkoordination (zentrale und regionale Präventionsbeauftragte)

Wo Aufgabenschwerpunkte der Präventionsbeauftragten liegen und ob bzw. wie sich diese über den Projektverlauf verändern, wird im Nachfolgenden anhand der Interviews mit den Präventionsbeauftragten sowie den von ihnen über einen Zeitraum von zweimal 12 Wochen dokumentierten Tätigkeiten beleuchtet.

Da die Stelle der Präventionsbeauftragten für das PNO neu geschaffen wurde, sei es notwendig, die Tätigkeits- und Aufgabenbereiche immer wieder neu zu überdenken und zu definieren (B, 40). Trotzdem sei man in der Rolle als Präventionsbeauftragte inzwischen „gut angekommen“ (E, 69).

Die nachfolgende Abbildung stellt die Auswertung der Tätigkeitsdokumentationen dar, die von den Präventionsbeauftragten zu zwei Zeitpunkten ausgefüllt wurde. Der Erhebungszeitpunkt t_0 bezieht sich auf die Anfangsphase des Projekts (Dezember 2014 bis März 2015) und der Erhebungszeitpunkt t_1 auf einen Zeitraum nach ca. eineinhalb Jahren (April 2016 bis Juni 2016). Zu beiden Zeitpunkten haben die Präventionsbeauftragten über 12 Wochen ihre Tätigkeiten dokumentiert.

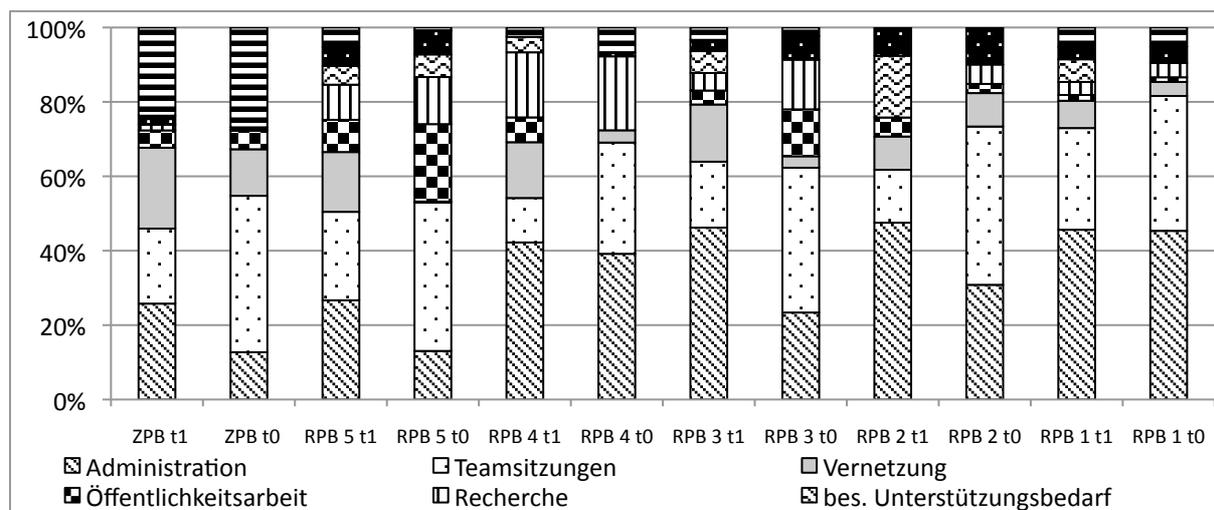


Abbildung 9: Auswertung der Tätigkeitsdokumentation zu zwei Zeitpunkten

(RPB = regionale Präventionsbeauftragte; ZPB = Zentrale Präventionsbeauftragte)¹⁴

Abbildung 9 zeigt zwischen t_0 und t_1 einen Rückgang an teambezogenen Tätigkeiten. Dies entspricht der Beschreibung in den Interviews mit den Präventionsbeauftragten: Zu Beginn habe man sich orientieren und konzeptionell aufstellen müssen. Inzwischen umfasse die Tätigkeit inhaltlich-organisatorische Aufgaben wie Vernetzen, Vermitteln und Koordinieren mit unterschiedlichen

¹⁴ Die Angaben in Prozent sind anteilig am jeweiligen Stellenumfang zu verstehen und können daher nicht 1:1 in Stunden umgerechnet werden

Akteur/-innen im Feld (C, 52). Es gebe auch deutlich mehr Termine mit Einrichtungen oder Akteur/-innen als in der Anfangsphase (E, 69). Auch diese Beschreibung aus den Interviews spiegelt sich in Abbildung 9 wieder: Fast alle Präventionsbeauftragten dokumentierten zwischen t_0 und t_1 eine Zunahme an vernetzungsbezogenen Tätigkeiten.

In den Interviews mit den Präventionsbeauftragten wurde mehr Zeit für inhaltliche Tätigkeiten gewünscht, häufig käme dies neben verwaltungsbezogenen und administrativen Aufgaben zu kurz (D, 38). Dies entspricht den Angaben in der Tätigkeitsdokumentation wonach administrative Aufgaben zu t_1 den größten Anteil an der Tätigkeit einnehmen. Bisher würden die Präventionsbeauftragten häufig in ihrer Vermittlerrolle von PNO-Angeboten wahrgenommen und weniger als „Fachfrauen in Prävention und Gesundheitsförderung“ (D, 6; B, 12, 16). Inhaltliche Tätigkeiten (wie z. B. Vorträge zu fachlichen Themen; siehe Tabelle 6) seien daher auch für die Außenwirkung relevant.

Tabelle 6: Umgesetzte Fachveranstaltungen für die Settings Kindertageseinrichtung und Schule im PNO

Fachveranstaltungen	Format	Zielgruppe	Erreichte Anzahl an Personen
Resilienz in der Kindertagespflege	Vortrag	Tagespflegepersonen	11
TEE um fünf – Sensibilisierung für das Thema „Lernen braucht Bewegung“	Vortrag	pädagogische Fachkräfte (Kitas), Eltern, interessierte Öffentlichkeit	35
Resilienz in der Kindertagespflege	Vortrag	Tagespflegepersonen	15
Sprachbildung mit Kindern im Alltag der Kindertagespflege gestalten	Workshop	Tagespflegepersonen	13
Vortrag zur professionellen pädagogischen Begegnung mit herausforderndem Verhalten als Betreuer/-innenschulung	Vortrag	Betreuer/-innen der Stadtranderholung	70
Fachabend Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen	Fachabend	Lehrkräfte, Schulleitungen	120
Fachtag zum Thema „Kinder und Familien mit Fluchterfahrung“	Fachtag	Pädagogische Fachkräfte von Kitas, Leitungen	200
Vortrag zum Umgang mit herausforderndem Essverhalten in der Kindertagespflege	Vortrag	Kindertagespflege	12
Resilienz - Wie stärken ich Mädchen und Jungen im Alter von drei bis sechs Jahren?	Vortrag	Päd. Fachkräfte, Eltern, interessierte Öffentlichkeit	29
Präventionstag zum Thema Medien (PNO in Kooperation mit Arbeitskreis Gewalt- und Suchtprävention)	Vortrag, World Cafe, Markt der Möglichkeiten	Lehrer/-innen, Schulsozialarbeiter/-innen, päd. Fachkräfte	40
Vortrag zu „Professionelle pädagogische Begegnung mit herausforderndem Verhalten“	Vortrag	Pädagogische Fachkräfte	55

Aufgrund der raumschaftsspezifischen Voraussetzungen und Bedarfe seien auch die Rolle und die Tätigkeit der Präventionsbeauftragten nur begrenzt vergleichbar (C, 79; E, 21, 23). Daher sei zu

überlegen, bei den Aufgabenbeschreibungen der regionalen Präventionsbeauftragten die Unterschiedlichkeit der Raumschaften zu beachten.

Die zentrale Präventionsbeauftragte nimmt im Team der Präventionsbeauftragten eine besondere Rolle ein. Neben den mit dem Aufbau der kreisweiten Netzwerkstrukturen verbundenen Aufgaben, bilde ihre Position auch den Knotenpunkt für alle Absprachen des PNO (F, 104). Beispielsweise sei sie auch in die Vorbereitung der Regionalen Tische eingebunden, um Informationen aus anderen Raumschaften weitergeben und eine einheitliche Strategie verfolgen zu können (F, 94). Der Schwerpunkt der Tätigkeit liege auf planenden, steuernden und koordinierenden Aufgaben (F, 88). Dazu zähle die Planung und Vorbereitung verschiedener Sitzungen und Gremien, die Entwicklung und Umsetzung von Öffentlichkeitsmaterialien sowie der Präventions- und Gesundheitsberichterstattung und die Abstimmung mit der Leitungsebene (F, 94, 107). Dies habe sich seit Beginn der Projektlaufzeit nicht wesentlich verändert, lediglich die inhaltlichen Themen haben sich gewandelt (F, 125).

Neben den regionalen und zentralen Netzwerkaktivitäten wurde durch die Präventionsbeauftragten systematisch *Öffentlichkeitsarbeit* umgesetzt. Die Homepage wurde aufgebaut und wird kontinuierlich aktualisiert. Für größere Ereignisse – wie z. B. die Auftaktveranstaltungen oder den erfolgreichen Abschluss von Schul-/Organisationsentwicklungsprozessen – wurde systematisch die örtliche Presse eingeladen, was zur Veröffentlichung zahlreicher Presseberichte führte.

1.2.4 Zwischenfazit

Seit Projektbeginn im November 2014 hat sich das PNO quantitativ und qualitativ wesentlich weiterentwickelt. Da der Fokus zunächst auf die Organisations- und Schulentwicklung gerichtet war, lag auch der Schwerpunkt bislang in der Arbeit mit Vertreter/-innen des Bildungssystems (Kindertageseinrichtungen und Grundschulen). Um künftig Vertreter/-innen des Gesundheits- und des Kinder- und Jugendhilfesystems noch gleichmäßiger erreichen und einbeziehen zu können, wird es notwendig sein, den Mehrwert für die Beteiligten aus dem Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfesystem herauszustellen. Die Netzwerkprojekte und im Besonderen auch Lokale Netzwerke bieten dafür eine gute Möglichkeit.

Der Umfang der Projektdatenbank ist gewachsen und die Präventionsbeauftragten stehen mit immer mehr Akteur/-innen in Kontakt. Auch die Netzwerkkoordination durch die Präventionsbeauftragten hat sich entsprechend der Gesamtentwicklung des PNO gewandelt. Während zu Beginn mehr Abstimmungsarbeit notwendig war, finden inzwischen mehr inhaltlich-organisatorische und vernetzungsbezogene Tätigkeiten statt. Für die weitere Etablierung des PNO und die verstärkte

Wahrnehmung der Präventionsbeauftragten als Expertinnen für ihr Themenfeld sollte künftig darauf geachtet werden, mehr Zeiträume für inhaltliche Tätigkeiten zu schaffen

2 Evaluation in Bildungsinstitutionen: Design und Fragestellungen

Bevor in Kapitel 3 die Ergebnisse der Evaluation des Implementationsprozesses und in Kapitel 4 die Ergebnisse der Wirkungsevaluation vorgestellt werden, zeigt dieses Kapitel zunächst die für beide Ergebnisteile gleichermaßen geltenden Fragestellung und das Untersuchungsdesign auf.

Untersuchungsdesign

Alle 46 bisher am Organisations- bzw. Schulentwicklungsprozess teilnehmenden Einrichtungen (30 Kindertageseinrichtungen und 16 Grundschulen) nehmen an der Basisevaluation teil. Zehn Kindertageseinrichtungen werden nach entsprechenden Auswahlkriterien dem *Wartelisten-Kontrollgruppendesign mit Durchführungsgruppe (DG, 5 Einrichtungen) und Kontrollgruppe (KG, 5 Einrichtungen)* zugeordnet. Hier ist eine vertiefte Evaluation im gewählten Schwerpunktbereich (Ernährung, Bewegung, seelische Gesundheit oder soziale Teilhabe) vorgesehen¹⁵. Die Kontrollgruppe startet gegenüber der Durchführungsgruppe zeitversetzt, ca. 12 bis 18 Monate später. Dieser Zeitraum entspricht idealerweise der Interventionsdauer in der Durchführungsgruppe. Bei der Durchführungsgruppe ist eine sogenannte „follow-up“-Erhebung vorgesehen, d. h. die Basis- und vertiefte Evaluation wird hier ca. ein Jahr nach Abschluss der Intervention nochmals durchgeführt, um Erkenntnisse über die Nachhaltigkeit des Projekts zu gewinnen. Da die Gewinnung einer ausreichenden Zahl von Grundschulen mehr Zeit als im Kitabereich in Anspruch genommen hat¹⁶ und deshalb die Einrichtungen der Kontrollgruppe die Schulentwicklung nicht mehr in der Projektlaufzeit hätten abschließen können, durchlaufen die 16 Grundschulen die Evaluation im prä-post-Design, ebenfalls mit einer vertieften Evaluation im gewählten Schwerpunktbereich, allerdings ohne eine parallelisierte Kontrollgruppe. Hierfür wird stattdessen das Instrument des Umsetzungsindex (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al., 2014b) herangezogen, um eine vergleichende Analyse durchführen zu können.

¹⁵ Insgesamt umfasst der OE- bzw. SE-Prozess sechs Bausteine, von denen drei obligatorisch und drei nach den Interessen / Bedarfen der Einrichtung wählbar sind. Jede Einrichtung wählt zudem aus dem Spektrum der Gesundheitsförderung einen Schwerpunkt, zu dem gezielt mindestens einer der sechs Bausteine angeboten wird.

¹⁶ Der Entscheidungsprozess der Grundschulen, sich für den Prozess der Schulentwicklung zu entscheiden, dauerte aufgrund der strukturellen Gegebenheiten in Schulen länger als bei den Kindertageseinrichtungen.

Die anderen Einrichtungen (20 Kindertageseinrichtungen) werden zu zwei Messzeitpunkten in einer vertieften Evaluation zu Fragestellungen der Fachkräftegesundheit untersucht. Sie werden als *Gruppe mit vertiefter Evaluation im Bereich Fachkräftegesundheit* bezeichnet (FKG).

Zusätzlich werden die Prozesse in allen Einrichtungen (DG, KG und FKG) mit entsprechenden Instrumenten dokumentiert und analysiert. Das Evaluationsdesign ist in Abbildung 10 dargestellt.

Vertiefte Evaluation im gewählten Schwerpunkt				Vertiefte Evaluation im Bereich Fachkräftegesundheit							
Wartelisten-Kontrollgruppendesign											
Durchführungsgruppe: 5 Kitas			Kontrollgruppe: 5 Kita			20 Kitas					
16 Grundschulen											
1. MZP	Basisevaluation t ₀			1. MZP	Basisevaluation t ₀			1. MZP	Basisevaluation t ₀		
Organisations-/ Schulentwicklungsprozess Bausteine 1-3		Prozessevaluation	12-18 Monate ohne Intervention				Organisations-/ Schulentwicklungsprozess Bausteine 1-3		Prozessevaluation		
2. MZP	Vertiefte Evaluation im gewählten Schwerpunkt t ₀						2. MZP	Vertiefte Evaluation im Bereich Fachkräftegesundheit t ₀			
Organisations-/ Schulentwicklungsprozess Bausteine 4-6							Organisations-/ Schulentwicklungsprozess Bausteine 4-6				
3. MZP	Basisevaluation t ₁ und Vertiefte Evaluation im gewählten Schwerpunkt t ₁			2. MZP	Basisevaluation t ₁			3. MZP	Basisevaluation t ₁ und Vertiefte Evaluation im Bereich Fachkräftegesundheit t ₁		
12 Monate ohne weitere Intervention				Organisations-/ Schulentwicklungsprozess Bausteine 1-3		Prozessevaluation	12 Monate ohne weitere Intervention				
4. MZP follow-up	Basisevaluation t ₂ und Vertiefte Evaluation im gewählten Schwerpunkt t ₂			3. MZP	Vertiefte Evaluation im gewählten Schwerpunkt t ₀		4. MZP follow-up	Basisevaluation t ₂ und Vertiefte Evaluation im Bereich Fachkräftegesundheit t ₂			
				Organisations-/ Schulentwicklungsprozess Bausteine 4-6							
				4. MZP	Basisevaluation t ₂ und Vertiefte Evaluation im gewählten Schwerpunkt t ₁						

Erläuterungen: MZP=Messzeitpunkt

Abbildung 10: Evaluationsdesign – Verlauf der Evaluation in den unterschiedlichen Gruppen.

Zum Berichtszeitpunkt liegen im Bereich der Basisevaluation t₀- und t₁-Ergebnisse für drei Kindertageseinrichtungen der Durchführungsgruppe und für drei Kindertageseinrichtungen der Kontrollgruppe vor. Im Bereich der vertieften Evaluation liegen für die drei Kindertageseinrichtungen der Durchführungsgruppe t₀- und t₁-Ergebnisse vor.

Da die Akquise von Grundschulen für den Schulentwicklungsprozess mehr Zeit in Anspruch genommen hat, liegen bislang nur von einer Grundschule Daten über den gesamten Schulentwicklungsprozess vor. Aus diesem Grund werden im Folgenden nur die Ergebnisse aus den genannten Kindertageseinrichtungen dargestellt.

Fragestellungen

Die Fragestellungen für die Basisevaluation und die vertiefte Evaluation sind im Folgenden aufgeführt:

Tabelle 7: Fragestellungen der Evaluation auf den verschiedenen Ebenen.

Ebene	Basisevaluation	Vertiefte Evaluation: zusätzliche Fragestellungen (zu denen der Basisevaluation)
Institution/ Organisation	<p>Inwiefern ist eine Veränderung zu einer auf Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichteten Einrichtung auf der Ebene der Organisation nach der Intervention zu beobachten?</p> <p>Inwiefern verändert sich der Entwicklungsbedarf der Einrichtungen nach der Intervention?</p>	<p>Welchen Stellenwert messen die Leitungen der Gesundheitsförderung im Arbeitskontext durch den Organisationsentwicklungsprozess bei?</p>
Pädagogische Fachkräfte	<p><i>Inwiefern lassen sich Weiterentwicklungen der Kompetenzen (Wissen in der Selbst- und Fremdeinschätzung; Handlungskompetenzen in der Selbsteinschätzung) und eine Veränderung des Selbstwirksamkeitserlebens im gesundheitsförderlichen Handeln bei den Fachkräften feststellen?</i></p> <p><i>Wie entwickeln sich der wahrgenommene Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Fachkräfte durch den Organisationsentwicklungsprozess?</i></p>	<p><i>Inwiefern lassen sich Weiterentwicklungen der Kompetenzen im gesundheitsförderlichen Handeln allgemein und im gewählten Schwerpunkt bei den Fachkräften feststellen?</i></p> <p><i>Wie verändern sich die Erwartungen an das Projekt und die Einstellung der Fachkräfte zum gewählten Schwerpunkt?</i></p> <p><i>Inwiefern nehmen die Fachkräfte zu Projekt-ende Veränderungen auf den Ebenen Kinder, Eltern, Fachkräfte, Team, Leitung, Träger wahr und wie bewerten sie diese?</i></p> <p><i>Wie schätzen die Fachkräfte die Weiterentwicklung der Einrichtung in Bezug auf den gewählten Schwerpunkt und allgemein nach Ende des Projekts ein?</i></p> <p>Wie entwickeln sich der wahrgenommene Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Fachkräfte durch den Organisationsentwicklungsprozess?</p> <p>Welchen Stellenwert messen die Fachkräfte der Gesundheitsförderung im Arbeitskontext durch den Organisationsentwicklungsprozess bei?</p>
Kinder		<p><i>Inwiefern verändern sich Indikatoren des seelischen oder körperlichen Wohlbefindens oder der sozialen Teilhabe bei den Kindern im Vergleich vor und nach der Intervention und darüber hinaus (follow up)?</i></p>

Eltern	<p><i>Wie verändern sich die Informations- und Unterstützungsmöglichkeiten der Eltern zum Thema Gesundheitsförderung?</i></p> <p><i>Wie schätzen die Eltern die Weiterentwicklung der Einrichtung im Bereich der Gesundheitsförderung ein?</i></p> <p><i>Inwiefern verändern sich Partizipationsmöglichkeiten und Zufriedenheit hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Institution und Eltern?</i></p>	<p><i>Wie verändern sich die Erwartungen an das Projekt und die Einstellung der Eltern zum gewählten Schwerpunkt?</i></p> <p><i>Wie schätzen die Eltern die Weiterentwicklung der Einrichtung in Bezug auf den gewählten Schwerpunkt und allgemein nach Ende des Projekts ein?</i></p>
---------------	--	--

Zu beachten ist, dass hier alle Fragestellungen aufgelistet wurden, im Rahmen dieses Zwischenberichts allerdings nur ein Teil der Fragestellungen anhand einer ersten Zwischenauswertung behandelt wird (siehe Kursivierungen in Tabelle 7).

3 Evaluation des Implementationsprozesses und der Weiterbildungselemente

Nachdem in Kapitel 2 Fragestellungen und Design vorgestellt wurden, stellt Kapitel 3.1 Daten zur Analyse des Implementationsprozesses dar. Dabei wird zunächst die Organisationsentwicklung *in* den Institutionen beschrieben. Es wird dabei auf Fragebögen und Interviews (mit Fachkräften und Eltern) und die Dokumentation der Prozessbegleiter/-innen zurückgegriffen. In Kapitel 3.2 werden anschließend Daten aus den einzelnen Weiterbildungseinheiten dargestellt.

Stichprobe

Die Evaluationsergebnisse des vorliegenden Zwischenberichts auf Institutionsebene stützen sich auf die Daten von drei Einrichtungen der Durchführungsgruppe (s. dazu Kapitel 2). Die drei Einrichtungen liegen verteilt in drei der fünf Raumschaften des Ortenaukreises und wurden von drei unterschiedlichen Prozessbegleiter/-innen im Organisationsentwicklungsprozess begleitet. Es gingen sowohl die Ergebnisse der qualitativen Interviews¹⁷ mit neun befragten Erzieherinnen (n = 9) und neun befragten Elternteilen (n = 9) als auch die Daten der drei Prozessbegleiter/-innen (n = 3) aus der Prozessevaluation (systematische Dokumentation der Prozessbegleitungssitzungen durch Protokollbögen) in die Analyse mit ein.

Die Stichprobe der mit qualitativen Interviews befragten Fachkräfte, die im Rahmen der vertieften Evaluation im Schwerpunkt Resilienz in der Durchführungsgruppe stattgefunden haben, umfasst zu beiden Zeitpunkten dieselben neun weiblichen Fachkräfte. Sie wurden per Zufallsstichprobe aus der Gruppe derer im Team bestimmt, die den Berufsabschluss Erzieher/-in aufweist. Davon wurden jeweils vier Erzieherinnen mit langer (mehr als zehn Jahre) und kurzer (weniger als fünf Jahre) Berufserfahrung und eine Erzieherin mit mittlerer (zwischen fünf und zehn Jahren) Berufserfahrung befragt. In Abhängigkeit der Größe der Teams wurden die Einrichtungen in „groß“ (>25 Fachkräfte), „mittel“ (13<24 Fachkräfte) und „klein“ (<=12 Fachkräfte) eingestuft und damit die Anzahl der zu befragenden Erzieher/-innen festgelegt (große Einrichtung: Interviews mit vier Fachkräften; mittlere Einrichtung: Interviews mit drei Fachkräften; kleine Einrichtung: Interviews mit zwei Fachkräften).

Die Stichprobe der mit qualitativen Interviews befragten Eltern, die im Rahmen der vertieften Evaluation im Schwerpunkt in der Durchführungsgruppe stattgefunden haben, umfasst zu beiden Zeitpunkten neun Mütter, wovon jeweils dieselben acht zu beiden Zeitpunkten befragt wurden. Eine

¹⁷ Es wurden leitfadengestützte Interviews geführt und kategoriengeleitet nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

Mutter wurde nur bei t_0 befragt; eine für sie nachrückende Mutter wurde dann bei t_1 befragt. Wie bei der Auswahl der Fachkräfte wurde die Anzahl der zu befragenden Eltern je nach Größe der Einrichtung (in Abhängigkeit der Größe des Teams) festgelegt (große Einrichtung: Interviews mit vier Eltern; mittlere Einrichtung: Interviews mit drei Eltern; kleine Einrichtung: Interviews mit zwei Eltern). Die Einrichtungsleitungen wurden beauftragt, Elternteile, die aller Voraussicht nach an allen Erhebungszeitpunkten teilnehmen werden (weil ihr Kind entsprechend lange die Einrichtung besuchen wird), der Interviewsituation von ihrer Sprachkompetenz her gewachsen und einer Interviewbefragung aufgeschlossen gegenüber eingestellt sind, anzusprechen und für die Interviewbefragung zu gewinnen. Eine Mischung aus Elternteilen, die Mitglied bzw. kein Mitglied des Elternbeirats sind, war gewünscht. Zum Zeitpunkt t_0 waren alle Mütter Mitglied im Elternbeirat; bei t_1 waren es sieben Mütter.

3.1 Evaluation des Implementationsprozesses (Organisationsentwicklung) in den Einrichtungen

3.1.1 Veränderungen durch die Organisationsentwicklung auf Ebene der Institution

Inhaltliche Ausrichtung der Institution

In zwei der drei Einrichtungen berichten alle qualitativ befragten Erzieherinnen zum Zeitpunkt t_1 davon, dass im Team und – damit auf Ebene der Institution – die Themen Gesundheitsförderung, Prävention und Resilienz als grundlegende inhaltliche Ausrichtung der Kindertageseinrichtung verstanden werden. In der dritten Einrichtung ist aus den Aussagen der befragten Erzieherinnen keine solche Verstärkung des Selbstverständnisses bzw. Identifikation und Begeisterung auf Ebene der Institution zu erkennen, sondern eher eine Bestätigung: Die pädagogische Arbeit werde wie bisher fortgeführt; der bereits vor PNO und der Organisationsentwicklung vorhandene hohe Stellenwert der Themen Gesundheitsförderung, Prävention und Resilienz bleibe erhalten.

Gründe für Schwerpunktwahl Resilienz

Hier liegen aus den qualitativen Interviews mit den Erzieherinnen keine einheitlichen Erkenntnisse für alle Einrichtungen vor.

In der ersten Einrichtung konnten zu dieser Forschungsfrage keine Aussagen zusammengetragen werden.

In der zweiten Einrichtung begründen die befragten Fachkräfte zum Zeitpunkt t_0 den mit ihrer pädagogischen Arbeit verbundenen hohen Stellenwert von Resilienz mit den Argumenten des Sich-Wohlfühlens als Grundbedürfnis, des Beziehungsaufbaus als täglichem pädagogischen Auftrag

(Interaktionsqualität), die wechselseitige Beziehung zwischen Resilienz (z. B. Selbstwirksamkeitserfahrungen) und der Partizipation (z. B. Beteiligungsbereitschaft) der Kinder sowie die mit dem Thema grundsätzlich verbundene Frage der Haltung der Fachkräfte über das Bild vom Kind.

In der dritten Einrichtung begründet eine der beiden befragten Fachkräfte für sich den hohen Stellenwert von Resilienz damit, dass mit einer Resilienzförderung, die alle Kinder in der Einrichtung erreichen soll, die Möglichkeit eröffnet wird, nicht nur diejenigen Kinder zu erreichen, die es auf den ersten Blick „nötig“ haben, sondern auch jene, die für spezifische (Förder-)Angebote zunächst nicht bedacht würden (universelle Prävention). Dies spiegelt sich auch in den Daten der Abschlussitzung der Prozessbegleitung in dieser Einrichtung wider: Hier wurde der Prozessbegleitung rückgemeldet, dass besonders das Thema Resilienz sehr ansprechend und für alle Beteiligten interessant war. Rückblickend war die Auswahlmöglichkeit des Themas Resilienz auch ein generelles Kriterium für die Teilnahme an der OE durch PNO.

Erleben des Organisationsentwicklungsprozesses (OE)

Zum Erleben der OE lassen sich vor allem Gemeinsamkeiten in zwei der drei Einrichtungen erkennen: Alle dort qualitativ befragten Fachkräfte bewerten die OE zu t_1 positiv. Die OE stand in der ersten Einrichtung zusammenfassend unter dem Thema des gewählten Schwerpunkts *Resilienz*. Im Vergleich dazu lässt sich aus den Interviews in der zweiten Einrichtung festhalten, dass sich das Team dort den Schwerpunkt Resilienz über den Weg des Themas „Vernetzung“ erarbeitet hat. Herausforderungen bezüglich der Umsetzung werden in der zweiten Einrichtung bereits bei t_0 von drei Fachkräften genannt und bleiben zu t_1 weiterhin bestehen. Hinzu kommt bei t_1 die Komplexität des Projekts sowie die Frage des „Dranbleibens“ (von jeweils zwei Fachkräften formuliert). Außerdem wird in der zweiten Einrichtung zu t_1 als herausfordernd angesprochen, dass der Sinn der OE und der Sinn des Gesamtprojekts PNO vor allem bei Beginn der OE noch nicht ausreichend klar gewesen seien. Insgesamt kann über die Aussagen der qualitativen Interviews mit den Fachkräften dieser zwei Einrichtungen festgehalten werden, dass die beiden Teams die OE und auch das Gesamtprojekt PNO zu beiden Zeitpunkten nicht nur als ein lokales Projekt innerhalb der Kindertageseinrichtung verstehen: Bei t_0 nehmen fünf von sieben und bei t_1 sechs von sieben Fachkräften in den Gesprächen immer wieder Bezug zum Thema Vernetzung der Einrichtung, zu deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung und Prävention der Kinder und ihrer Familien und zu diesbezüglich wahrgenommenen Veränderungen (in der ersten Einrichtung z. B.: Noch mehr Treffen mit externen Institutionen, Familienangebote auf PNO ausgerichtet, Informationen für Eltern zum Thema Resilienz und zum PNO; in der zweiten Einrichtung z. B.: Bessere Vernetzung zum Wohl des Kindes und der

Familien und als Gewinn für das Team und einzelne Fachkräfte (v. a. kurze Wege), bisherige und weitere Treffen mit verschiedenen externen Institutionen).

Zum Zeitpunkt t_1 beschreiben alle sieben befragten Fachkräfte in diesen beiden Einrichtungen die Prozessbegleitung als hoch kompetent und schätzen die im Verlauf der OE von ihr gezeigte Bedarfsorientierung.

Im Vergleich hierzu nimmt das zum Zeitpunkt t_0 festgestellte positive Erleben der OE durch die beiden Fachkräfte in der dritten Einrichtung gegenüber dem Zeitpunkt t_1 etwas ab; die OE wird zu beiden Zeitpunkten als herausfordernd erlebt. Die Äußerungen hierzu entsprechen denen der ersten und zweiten Einrichtung (Aufwand, praktische Umsetzung).

Vernetzung

In einer Einrichtung wird von allen qualitativ befragten Fachkräften angegeben, dass sowohl das Thema Vernetzung im Allgemeinen als auch die Kooperation mit einzelnen Akteur/-innen innerhalb der Phase der OE aufgenommen wurde. Dies wird durch Aussagen von zwei befragten Müttern bestätigt.

In der zweiten Einrichtung wird diese Veränderung nicht so deutlich beschrieben.

In der dritten Einrichtung ist den Aussagen der befragten Erzieherinnen nach das Niveau der Vernetzungsaktivitäten mit externen Institutionen schon vor der OE hoch gewesen; durch die OE gebe es diesbezüglich keine Veränderungen.

3.1.2 Stolpersteine im Umsetzungsprozess innerhalb der Einrichtung bzw. im regionalen / kreisweiten Präventionsnetzwerk

Die Stolpersteine, die die befragten Fachkräfte im Verlauf der OE wahrnehmen, nehmen in zwei Einrichtungen von t_0 zu t_1 zu, in einer nehmen sie ab.

In der ersten Einrichtung wurde als Stolperstein benannt, dass die Prozessbegleitung in einer Konfliktsituation das Team nicht ausreichend begleitet habe. Aus den Ergebnissen der Abschlussitzung der Prozessbegleitung wurde deutlich, dass sich die Fachkräfte der Einrichtung vor allem einen flexibleren Umgang mit dem Curriculum gewünscht hätten, sodass ein Anknüpfen an bereits bestehendes Vorwissen und die Bedarfe der Einrichtung hätte erfolgen können. Als weitere Stolpersteine wurden grundlegende Rahmenbedingungen benannt, wie z. B. eine zu knappe Zeitspanne für die Umsetzung von Zielen oder auch individuelle Probleme der Einrichtung, wie z. B. fehlende Ressourcen durch parallel laufende Prozesse, die viel zusätzliche Organisation in Anspruch nahmen.

In der zweiten Einrichtung wurden zu t_0 vier Stolpersteine genannt: Rahmenbedingungen (beispielsweise der Aufwand für die Organisation der Fortbildungen und Prozessbegleitungstermine parallel zum Alltagsgeschäft und ungünstiger Startzeitpunkt bzw. geringe Vorlaufzeit für die OE), unzureichende und unklare Informationen über den Sinn des Projekts PNO, die Konzepttreue der Prozessbegleitung sowie die Frage der Implementation in den Alltag. Zu t_1 besteht hier mit einer Einzelaussage nur noch die Rahmenbedingung „Aufwand für die Organisation der Fortbildungen und Prozessbegleitungstermine parallel zum Alltagsgeschäft“ als Stolperstein.

In der dritten Einrichtung wurden zu t_0 zwei Stolpersteine genannt: Rahmenbedingungen und das Erreichen aller Eltern mit Unterstützungsbedarf. Zu t_1 sind die Aspekte unzureichende / unklare Informationen über den Sinn des Projekts; zu wenig Gelegenheit, innerhalb der OE im Bereich Vernetzung aktiv / praktisch tätig zu werden sowie das Curriculum (beispielsweise „zu viel Theorie zu Beginn“, „zu wenig neues Wissen“), die von jeweils drei Fachkräften genannt werden, die am häufigsten genannten Stolpersteine. Zwei Fachkräfte nennen nochmals den Aspekt „Erreichen aller Eltern mit Unterstützungsbedarf“.

3.1.3 Sicherung der Nachhaltigkeit

Allgemeine Einschätzungen

Durchführungsgruppenübergreifend berichten sieben der neun Fachkräfte, dass das *Projekt in der Einrichtung fortgeführt* werden wird. In allen Einrichtungen der Durchführungsgruppe sprechen insgesamt sechs von neun Fachkräften an, dass es *verankerte Strukturen bzw. Formen der „Erinnerungshilfe“* benötigt, um das Projekt langfristig erfolgreich und nachhaltig fortführen zu können. Auch in der Abschlusssitzung der Prozessbegleitung geben die Fachkräfte der drei Einrichtungen an, dass eine konzeptionelle Verankerung der Gesundheits- bzw. Resilienzförderung angestrebt wurde. Insgesamt fällt auf, dass die befragten Fachkräfte in einer Einrichtung diese Tatsache dadurch einschränken, dass sie unmittelbar aus der OE heraus keine Schritte zur Nachhaltigkeit erwägen, weil sie keine Weiterentwicklung durch die OE feststellen können, da es sich für sie lediglich um eine Auffrischung handelte. Das Team werde so weiterarbeiten, wie bisher, mit Gesundheitsförderung und Prävention als hohem Stellenwert. Aus der Abschlusssitzung der dortigen Prozessbegleitung geht hervor, dass die Einrichtung aber weiterhin einen Blick auf die praktische Umsetzung hat und dies z. B. unter dem Aspekt des Qualitätsmanagements reflektieren möchte.

Aus den qualitativen Interviews stellt sich heraus, dass von den befragten Fachkräften der Durchführungsgruppe (n=9) zum Zeitpunkt t_1 nur in zwei Einrichtungen jeweils eine Fachkraft von einer verantwortlichen Person weiß, die das Thema PNO bzw. die Inhalte der OE als Verantwortliche immer wieder aktuell hält.

Sowohl aus den Daten der Prozessevaluation als auch aus den Interviews wird erkennbar, dass die drei Teams der Durchführungsgruppe am Ende der OE die konzeptionelle Verankerung des gesundheitsförderlichen Konzepts (inklusive der Thematik Resilienz) in der Zukunft anstreben.

In einer der drei Einrichtungen sind konkrete zukünftige Vernetzungsaktivitäten geplant (Aufbau eines Qualitätszirkels mit dem Kommunalen Sozialen Dienst).

Stattfindende und geplante Aktivitäten

Auf Ebene der Fachkräfte können folgende Aktivitäten in den Einrichtungen tabellarisch dargestellt werden:

	Kita 1	Kita 2	Kita 3
Strukturen zum fachlichen Austausch zum Thema Resilienz	Thema Resilienz als fester/verlässlicher Teil der Dienstbesprechung	Gewährleistung durch Umstrukturierung der Dienstbesprechung (weniger Organisatorisches), Kleinteamandems	Thema Resilienz als flexibler Teil der Dienstbesprechung
Pädagogischer Alltag	Resilienzfaktoren in Beobachtungen einfließen lassen	Resilienzfaktoren in Beobachtungen einfließen lassen	Alle im Team erinnern sich gegenseitig im Alltag
	Kleinprojekte mit Resilienzbezug	Kleinprojekte mit Resilienzbezug	Spiele, Lieder und Methoden zum Thema Resilienz als Karteikarten im Gruppenraum hinterlegen für spontanen Einsatz im Alltag
		Fortführung bisheriges Programm zur Resilienzförderung / Gewaltprävention	
Zusammenarbeit mit Eltern	Bisherige Aktivitäten der Zusammenarbeit mit Eltern auf die Themen von PNO (Gesundheitsförderung und Prävention) ausrichten	Bisherige Aktivitäten der Zusammenarbeit mit Eltern auf die Themen von PNO (Gesundheitsförderung und Prävention) ausrichten	
		Elternkurs fortführen und evaluieren	
Maßnahmen zur Fachkräftegesundheit		Schulung für alle pädagogischen Fachkräfte durch eine „Entspannungspädagogin“	

Beispiele aus zwei Einrichtungen, die konkret auf Nachhaltigkeitsaspekte hinweisen

(Quelle: Protokolle der zuständigen Prozessbegleitungen und des / der Steuerungsverantwortlichen der Einrichtung)

Beispiel aus einer Kita

Das Thema Resilienz und Gesundheit wird regelmäßig im Team reflektiert und die Praxis daraufhin überprüft.

Es ist eine Sensibilität gewachsen für Situationen, in denen Resilienzfaktoren erkennbar sind und entsprechende Verhaltensweisen der Kinder. Die Situationen werden nicht nur mehr wahrgenommen, sondern auch artikuliert, reflektiert und ggfs. deutlicher fokussiert.

Die „Kinderkonferenz“, die in der Kita regelmäßig stattfindet, wurde daraufhin untersucht und bearbeitet. Die Kinderkonferenz fand bisher regelmäßig mit allen 45 Kindern aus der Kita in einem Zeitraum von 45 Minuten statt. Es hat sich jedoch herausgestellt, dass eine Konferenz mit 45 Kindern nicht effektiv ist, da zu viel Unruhe herrscht und nicht alle Kinder zu Wort kommen können. Deshalb wurde die Struktur der Kinderkonferenz kindgerecht verändert und kleinere Gruppen gebildet.

Die Kinder werden jetzt außerdem regelmäßig in die Vorbereitung des Frühstücks miteinbezogen und dürfen bspw. Obst und Gemüse schneiden.

Beispiel aus einer anderen Kita

In der Einrichtung gibt es nun einen Konflikttisch: Wenn die Kinder einen Konflikt haben, setzen sie sich an den Konflikttisch und versuchen die Angelegenheit alleine zu klären. Bei Bedarf holen sie sich Hilfe bei der Fachkraft.

Die Stärken der Kinder stehen nun im Vordergrund. Es werden regelhaft Angebote umgesetzt, die die Stärkung der Kinder fördern. Außerdem werden zahlreiche neue Angebote für Eltern initiiert: Elternabend mit gemeinsamen Essen und Kinderbetreuung, Schulanfängernachmittag mit Eltern, oder eine Kochaktion mit Eltern.

Ein Selbstreflexionsbogen im Umgang mit Kindern mit herausforderndem Verhalten wird jeden Monat im Kleinteam erarbeitet. Fragen wie „Wie verhalte ich mich als Fachkraft dem Kind gegenüber?“, „Was führt dazu, dass das Kind dieses oder jenes Verhalten zeigt?“.

Voraussetzungen

In zwei der drei Einrichtungen benennen jeweils eine Erzieherin und eine Mutter die Rolle der Einrichtungsleitung als wichtige Variable für den zukünftigen und nachhaltigen Implementationsprozess: Sie sei zugleich „Motor“, die den weiteren Organisationsentwicklungsprozess antreibe, und „Bremse“, die dafür Sorge trage, dass sich das Team nicht zu viel vornehme und einen Schritt nach dem anderen gehe und damit auch die Gesundheit der einzelnen Fachkräfte bzw. des Teams im Blick behalte. In einer dieser beiden Einrichtungen werden als weitere wichtigen Variablen außerdem der weiterhin gute Kontakt zur Regionalen Präventionsbeauftragten

(n = 2) sowie grundsätzliche Rahmenbedingungen (Einteilung Personal, Räume, Umgang mit Lärm) (n = 1) genannt. Die befragten Erzieherinnen in der dritten Einrichtung machen an dieser Stelle keine Aussagen.

3.1.4 Bewertungen

Der Organisationsentwicklungsprozess als Erfolg?

Die OE im Rahmen des PNO wird in der Durchführungsgruppe bis auf eine befragte Fachkraft von allen als Erfolg eingestuft. In zwei Einrichtungen konnte eine gemeinsame Begründung für diese Einstufung herausgearbeitet werden: Alle sieben befragten Fachkräfte berichten davon, dass am Ende des Projekts Veränderungen bzw. kleine Erfolge spürbar sind. Das Projekt habe sich „gelohnt“, weil man dem Ziel sehr nahe gekommen sei. Einzelaussagen beziehen sich darauf, dass der Erfolg der OE und des PNO im Gesamten erst in Zukunft, nach mehr vergangener Zeit, erkennbar sein werde. In einer Einrichtung beschreiben alle qualitativ befragten Fachkräfte außerdem als Argument für den Erfolg der OE, dass Impulse und Anregungen durch die Prozessbegleitung konkret im Alltag umgesetzt werden konnten.

Die Fachkräfte aus zwei Einrichtungen machten hierzu keine Angabe. Dort findet sich stattdessen jeweils eine Aussage dazu, dass das Thema Gesundheitsförderung und Prävention durch die OE aufgefrischt wurde und damit ein neues Bewusstsein dafür geschaffen wurde.

In einer Einrichtung betonen drei von vier befragten Fachkräften die stattgefundene bedarfsorientierte Umsetzung der OE seitens der Prozessbegleitung, an der das gesamte Team (inklusive Fachkräften in Teilzeit) teilnehmen durfte, als Erfolgskriterium.

In einer anderen Einrichtung wird die von der Prozessbegleitung verfolgte Stärkenorientierung (Blick auf das, was bereits gelingt) sowie die Verzahnung von theoretischen Inhalten mit Fragestellungen aus der Einrichtungspraxis hervorgehoben.

In der Durchführungsgruppe geben nahezu alle Befragten an, dass sie von der OE profitieren konnten. Als gemeinsame allgemeine Aspekte wurden die Gelegenheit zur Teamentwicklung sowie die stattgefundenen fachlichen Reflexionen und die Zielvereinbarungen genannt. Ebenso geht aus den qualitativen Daten der Prozessevaluation hervor, dass vor allem für eine Einrichtung (4 Nennungen) – und in geringerem Maße auch für eine zweite Einrichtung (1 Nennung) – der Profit in Form einer Analyse des Ist-Stands der Einrichtung deutlich wurde. Hierbei wurde den Fachkräften deutlich, „dass wir [die Fachkräfte] schon vieles machen [und] in unserer Einrichtung umsetzen“ (Zitat aus der Prozessevaluation, Baustein 1).

Als weitere Veränderungen lassen sich in zwei Einrichtungen die wahrgenommene Stärkung des Teams durch die „neue“ gemeinsame Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention (gestützt durch Aussagen jeweils eines Elternteils) sowie die konstruktivere Art der Kommunikation und des Umgangs im Team als gemeinsame Aspekte festhalten. Dies spiegelt sich auch in den Rückmeldungen der Prozessevaluation der beiden Einrichtungen wieder. Hierbei werden der Austausch und die Reflexion im Team teilweise bereits positiv bewertet, aber vor allem auch als weiterzuführende und notwendige Entwicklung thematisiert.

In einer Einrichtung werden in besonderer Weise die veränderte, weil intensiver und häufiger stattfindende (u. a. durch eine Umstrukturierung der Dienstbesprechung, Verankerung von Team- und Tandemgruppenbesprechungen) fachliche Reflexion im Team genannt, die so zum Zeitpunkt t_1 in den anderen Einrichtungen nicht benannt wurde.

In einer anderen Einrichtung fällt durch Aussagen aller befragten Fachkräfte auf, dass sie kaum konkrete Veränderungen durch die OE wahrnehmen. Die befragten Eltern stützen diese Wahrnehmung mit den Argumenten, die Zeit sei noch zu kurz, um Veränderungen feststellen zu können, und das Team sei vor dem Projekt bereits sehr gut aufgestellt gewesen.

Die Sicht der Eltern

Die Teilnahme am Projekt PNO in Form der OE wird zu t_0 von acht der insgesamt neun qualitativ befragten Elternteile und zu t_1 von allen neun qualitativ befragten Elternteile positiv bewertet. In der ersten Einrichtung wird diese Einschätzung mit dem Schwerpunkt auf Resilienz und das Thema Gefühle begründet, in der zweiten mit dem Fokus auf Resilienz als Ansatz universeller Prävention („Auffangnetz für alle Kinder“) und in der dritten mit dem mit der OE grundsätzlich verbundenen Teambildungsprozess, der an den Bedarfen der Einrichtung angeknüpft hat. Neben diesem positiven Erleben wird die OE in den drei Einrichtungen zu t_0 auch als herausfordernd für das Team der Einrichtung erlebt (nicht für die Eltern selbst). Die Herausforderungen werden in der Komplexität des Projekts und der konkreten Umsetzung gesehen. Diese Bewertung nimmt zu t_1 ab bzw. bleibt gleich: Die Komplexität und Fragen zur Umsetzung bleiben; in der Zukunftsperspektive kommt hier die Herausforderung des „Dranbleibens“ hinzu, in der Retrospektive werden die unzureichenden und unklaren Informationen über den Sinn des Projekts sowie das Problem, alle Eltern zu erreichen, genannt.

Die Frage, ob die OE in der Einrichtung und damit PNO ein Erfolg sei, beantworten fast alle Elternteile aus zwei der drei Einrichtungen mit „Ja“. Begründungen beziehen sich hierbei darauf, dass mit den Kindern Projekte umgesetzt wurden und dass die Kinder und Fachkräfte und auch ein Teil der Eltern profitieren konnten (beispielsweise weil die Kinder die in der Kindertageseinrichtung umgesetzten Methoden kennen gelernt und mit nach Hause gebracht haben, weil (manchen) Eltern bewusst

wurde, was mit einer Resilienzförderung gemeint ist, die universell ausgerichtet ist, und sich damit die anfängliche Skepsis in hohe Zufriedenheit gewandelt hat, und weil einige Eltern sich mit Fragen zur Gesundheitsförderung an die Fachkräfte wenden).

Insgesamt zwei Mütter konnten die Frage nach dem Erfolg nicht beantworten – dieser sei erst in Zukunft erkennbar. Eine Mutter verneint die Frage nach dem Erfolg des Projekts, weil ihrer Meinung nach die Eltern zu wenig involviert waren, was ihrem Verständnis nach ausgesprochenes Ziel von PNO gewesen sei. Deshalb wünscht sie sich eine Fortführung des Projekts auf allen Ebenen und spricht damit die weitere Entwicklung des PNO an.

Aus den Interviewdaten lässt sich aus Einzelaussagen für zwei der drei Einrichtungen – vorsichtig interpretiert – eine Tendenz erkennen, dass die Elternschaft der zwei Einrichtungen der zu t_0 PNO als lokales Kitaprojekt wahrzunehmen scheinen und sich diese Wahrnehmung im Verlauf der OE zu verschieben scheint: PNO beginnt als lokales Kitaprojekt für das Team der Einrichtung, geht über in Aktivitäten (innerhalb oder nach der OE), die die Gesundheitsförderung als gemeinsames Ziel von Eltern und Fachkräften verfolgen und hat dabei auch übergeordnete Ziele (einrichtungsübergreifende, regionale und kreisweite Vernetzung im Ortenaukreis zum Wohl der Kinder; Nutzen und Übertragbarkeit der Evaluationsergebnisse für andere Projekte / Regionen).

Aus dem Organisationsentwicklungsprozess gezogene Gewinne (Bezug zum gewählten Schwerpunkt)

Im Schwerpunktbaustein „*Seelische Gesundheit und Resilienz*“ profitieren die Fachkräfte vor allem von der Sichtweise der Stärkenorientierung, die beispielsweise versucht, die Ressourcen der Kinder auch im pädagogischen Alltag mit einzubeziehen. Im Rahmen dessen profitieren die Fachkräfte am meisten von konkreten Praxisbeispielen, Methoden und auch Literatur, die gleich im Alltag umgesetzt werden können.

Einzelaussagen lassen erkennen, dass die drei Teams von der inhaltlichen Kombination und Verknüpfung des gewählten Schwerpunktbausteins „*Seelische Gesundheit und Resilienz*“ mit anderen Bausteinen der OE und dortigen Methoden profitieren konnten: In zwei Einrichtungen wurde beispielsweise an die Thematik Resilienz auf Kinderebene mit der Thematik Resilienz auf Fachkräfteebene mit dem Baustein „Gesundheit pädagogischer Fachkräfte“ angeschlossen.

In einer Einrichtung hat das Team im Bereich Vernetzung gewinnbringende Anregungen durch den Kontakt mit einer externen Institution erhalten.

In einer anderen Einrichtung wurde der Baustein „Professionelle pädagogische Begegnung mit herausforderndem Verhalten“ bearbeitet und dadurch die Umsetzung der Resilienzförderung, gerade bei Kindern mit solch einem durch die Fachkräfte wahrgenommenen schwierigen Verhalten, ergänzt.

In der Kombination mit dem Thema Vernetzung wurden in dieser Einrichtung ganz konkrete, systematische Vorgehensplanungen für Kinder mit herausforderndem Verhalten erarbeitet.

3.1.5 Der Umsetzungsindex

Der *Umsetzungsindex*¹⁸ (UI) wurde auf Ebene der Institution zum Zeitpunkt t_1 in allen drei Einrichtungen der Durchführungsgruppe eingesetzt: Es handelt sich um ein Instrument, anhand dessen der Umsetzungsprozess bewertet wurde. Die Bewertung erfolgte pro Einrichtung jeweils aus den zwei Perspektiven: Steuerungsverantwortliche/-r der Einrichtung (SV) und Prozessbegleitung (PB). Insgesamt erfasst der Umsetzungsindex zwölf Indikatoren, deren Umsetzungsgrad auf einer vierstufigen Skala eingeschätzt werden (0 = nicht, 1 = wenig, 2 = mittel, 3 = stark). Aus den Einschätzungen der zwei Perspektiven wurde der Mittelwert gebildet. Über die Mittelwerte kann dann eine Rangreihe der Einrichtungen in der Implementierung erstellt werden, die mit den anderen Ergebnissen zu den zwei Messzeitpunkten bzw. den entsprechenden Veränderungen verglichen wird. Die statistische Analyse dieses Vergleichs erfolgte mit dem Wilcoxon-Test. Dabei ist theoretisch-hypothetisch davon auszugehen, dass eine besonders ‚gute‘ Implementierung – repräsentiert durch einen hohen Umsetzungsindex – mit besonders deutlichen Veränderungen im Sinne der Projektziele korrespondiert. Oder anders herum: Die Rangreihe der Einrichtungen im Umsetzungsindex sollte sich nicht von der Rangreihe (möglicher) Veränderungen in den Testergebnissen unterscheiden.

Das so gewählte Vorgehen orientiert sich an den methodologischen Diskussionen der Präventionsforschung, die den Begriff und das Konzept der „pragmatic controlled designs“ als Alternative zu den RCT-Studien entwickelt haben (Porzsolt et al., 2013; s. a. Bergmann et al., 2010).

Auch in den Diskussionen zur Methodik der Implementationsforschung wird im Übrigen auf diese mögliche Anpassung des Designs hingewiesen; Petermann (2014) plädiert explizit dafür, „das Ausmaß der Implementation der in Frage stehenden Maßnahmen in diesen Gruppen (...) zu ermitteln“ (ebd., S. 126).

Aus den Daten des Umsetzungsindex in der Durchführungsgruppe ergibt sich folgende Rangreihe:

Rangreihe	Gesamtscore PB ¹⁹	Gesamtscore SV ²⁰	M aus Gesamtscore von PB & SV
Rangplatz 1 Einr A	34	34	34
Rangplatz 2 Einr B	24	36	30
Rangplatz 3 Einr C	23	29	26

¹⁸ Dieser Fragebogen gehört zu den im Projekt „Grundschule macht stark! Resilienzförderung in Grundschulen“ entwickelten Evaluationsinstrumenten und ist einzusehen in der Rubrik „Im Projekt entwickelte Instrumente“ unter <http://zfkj.de/index.php/forschungsprojekte/resilienz?id=117:professionsentwicklung>.

¹⁹ PB = Prozessbegleitung

²⁰ SV = Steuerungsverantwortliche/r

In der Rangreihe des UI fällt auf, dass bei der zweit- und drittplatzierten Einrichtung eine große Spannweite zwischen den Einschätzungen (Gesamtscore) der Prozessbegleitung (PB) und der / des Steuerungsverantwortlichen (SV) der Einrichtung besteht. Insgesamt wird der Implementationsprozess in beiden Einrichtungen durch die / den Steuerungsverantwortliche/-n besser eingeschätzt als durch die Prozessbegleitung. In der drittplatzierten Einrichtung ergibt sich dadurch eine Differenz von 6 Punkten; in der Einrichtung auf dem zweiten Rangplatz sogar eine Differenz von 12 Punkten.

Da in dieser Zwischenauswertung erst Daten aus dem Umsetzungsprozess der drei Einrichtungen der Durchführungsgruppe vorliegen, ist keine ausreichend große Datenbasis für eine inferenzstatistische Auswertung vorhanden. Deshalb wurde lediglich eine deskriptive Auswertung für den Abgleich der Rangreihen zugrunde gelegt und auch nur die Daten der Kompetenzeinschätzung der Fachkräfte und Selbst- und Fremdeinschätzung der Kinder herangezogen.

Die Rangreihe des Umsetzungsindex ($A > B > C$) lässt sich bei der Selbsteinschätzung der Kompetenzen bei den Fachkräften weitestgehend gleich herstellen, lediglich bei drei von neun Skalen (Kompetenzen im Bereich Bewegung, Kenntnisse der Gesundheitsförderung allgemein und Selbstwirksamkeit) ist die Rangreihe auf zwei Positionen vertauscht. Die Kompetenzeinschätzung der Fachkräfte deckt sich also mehrheitlich mit der Einschätzung der / des Steuerungsverantwortlichen und der Prozessbegleitung bezüglich des Umsetzungsfortschritts.

Vergleicht man die Rangreihe des UI jedoch mit der Rangreihe der Daten der Kinder, so lässt sich keine Übereinstimmung feststellen: In der Selbsteinschätzung der Kinder findet sich in allen vier Skalen der Kinderbefragungen keine einzige Entsprechung der Rangreihe des Umsetzungsindex, bei drei der vier Skalen sogar eine auf allen drei Positionen veränderte Rangreihenfolge. Bei der Fremdeinschätzung der Kinder durch die Fachkräfte (KOMPIK, *Bauer, Krause & Mayr, 2010*) findet sich in den beiden Subskalen (Soziale Beziehungen und Psychisches Wohlbefinden) und der Gesamtskala auch keine der UI-Reihenfolge entsprechende Rangreihe, in der Subskala Soziale Beziehungen auch eine auf drei Positionen unterschiedliche Rangreihe. Diese ersten Ergebnisse müssen weiter analysiert werden, wenn eine größere Menge von Daten (von mehr Einrichtungen) vorliegt.

Die Rangreihe im UI deckt sich gleichfalls nicht völlig mit den Erkenntnissen aus den qualitativen Daten: Hier wird der OE-Prozess von den Befragten in den Einrichtungen auf Rangplatz 1 und 3 deutlich positiver bewertet als von den befragten Fachkräften der zweitplatzierten Einrichtung (also: $A > C > B$).

Die Daten der Prozessevaluation und der qualitativen Interviews der erstplatzierten Einrichtung im Umsetzungsindex untermauern diese Rangreihe und damit einen intensiven Umsetzungsprozess

(z. B. Veränderungen v. a. auf Handlungsebene bei Fachkräften und Eltern; Veränderungen auf Ebene der Kinder; weitreichende / umfassende Veränderungen im Bereich Vernetzung). Bei den beiden anderen Einrichtungen hingegen tauchen an einigen Stellen Belege auf, die der Rangreihe des Umsetzungsindex widersprechen:

- Generell sind die Prozessdaten der zweit- und drittplatzierten Einrichtungen über die Bausteine hinweg nicht sehr einheitlich; es tauchen an einigen Stellen Bausteine auf, die im Vergleich zum Durchschnitt deutlich schlechter bewertet wurden. Dies deckt sich teilweise auch mit Rückmeldungen aus den Interviews.
- In den Daten der qualitativen Interviews wird z. B. in der drittplatzierten Einrichtung berichtet, das – vor allem zu Beginn der Organisationsentwicklung – ein zu starker Fokus auf die Theorie bzw. die Manualtreue gelegt wurde. Dies zeigt sich auch in den Daten der Prozessevaluation und könnte eine Erklärung für die schlechtere Bewertung bei einigen Bausteinen – und dadurch auch für die Platzierung auf dem dritten Rang des Umsetzungsindex – darstellen. Es wird in den Interviews aber auch deutlich, dass zum Ende des Organisationsentwicklungsprozesses die Weiterbildungen stärker an die Bedarfe der Teams angepasst und daher auch positiver eingeschätzt wurden. Eher kritisch wurde in den Interviews angemerkt, dass noch mehr Möglichkeiten geschaffen werden müssten, in denen innerhalb der Organisationsentwicklung praktisch am Thema „Vernetzung“ gearbeitet werden kann. Ebenso wurde der Wunsch deutlich zu Beginn noch stärker den Sinn bzw. die Ziele der Organisationsentwicklung innerhalb des Gesamtkonzepts von PNO zu klären. Trotzdem kann auf Grundlage der Prozess- und Interviewdaten der Schluss gezogen werden, dass die Umsetzung in dieser Einrichtung (Rang 3) intensiver als in der zweitplatzierten Einrichtung erfolgte. Der Prozess der Organisationsentwicklung wurde in den Interviews als erfolgreich eingeschätzt, da bereits erste positive Veränderungen wahrgenommen werden können. Ebenso zeigen sich positive Entwicklungen im Bereich der Vernetzung und innerhalb des Themenbereichs Resilienz. Auch zur Sicherung der Nachhaltigkeit wurden in dieser Einrichtung viele der sehr konkret geplanten Aktivitäten bereits begonnen.
- In der Einrichtung auf dem zweiten Rang zeigt sich sowohl in den Interviews als auch in den Daten der Prozessanalyse ein kritischeres Bild. Dies könnte allerdings auf die Einrichtungsgröße zurückgeführt werden, da gerade bei kleineren Einrichtungen Einzelaussagen stärker ins Gewicht fallen. Vor allem in den Daten der qualitativen Interviews können aber auch Hinweise gefunden werden, die der Rangreihe des Umsetzungsindex widersprechen. Aus den Daten geht hervor, dass in dieser Einrichtung nur wenige Erwartungen, die im Vorfeld an das Projekt gestellt wurden, erfüllt werden konnten. Ebenso zeigt sich, dass dort kaum Schritte zur Nachhaltigkeit umgesetzt wurden. In dieser Einrichtung wurde jedoch auch berichtet, dass die Themen „Gesundheitsförderung und Prävention“ und „Resilienz“ bereits vor PNO einen hohen Stellenwert hatten und daher die pädagogische Arbeit und Vernetzung wie bisher – auf einem hohen Niveau – fortgeführt werden soll. In den beiden anderen Einrichtungen (Rang 1 und Rang 3) wurde hingegen eine neue Begeisterung und hohe Identifikation nach Abschluss des Prozesses mit den genannten Themen deutlich.

Zum Zeitpunkt der Zwischenauswertung liegen nur von drei der fünf Einrichtungen der Durchführungsgruppe prä-post-Daten vor, sodass ein abschließender Vergleich der UI-Rangreihe mit den quantitativen Daten ohnehin noch nicht möglich ist. Es handelt sich derzeit also eher um einen

ersten Eindruck über das Zusammenspiel der Bewertung der Umsetzung und der erhobenen Einschätzung aus den verschiedenen Verfahren, die im Rahmen der Wirkungsevaluation prä/post eingesetzt wurden.

3.2 Evaluation der Weiterbildungselemente (Prozessanalyse)

Stichprobe

Wie bereits in Kapitel 2 beschrieben, wurden für den vorliegenden Zwischenbericht die Prozessevaluationsdaten aus den Weiterbildungsbausteinen im Rahmen der OE von drei Einrichtungen der Durchführungsgruppe ausgewertet. Dabei gingen insgesamt die Daten von drei Prozessbegleitungen (n = 3) und durchschnittlich 27 pädagogischen Fachkräften (M = 26,88; SD = 13,10) pro Weiterbildungsbaustein in die Analyse mit ein. Die Erhebung erfolgte mittels Fragebögen für die Teilnehmenden und Prozessbegleitungen, die sich aus offenen Fragen²¹ und Items mit sechs-stufiger Antwortskala²² zusammensetzen.

In allen drei Einrichtungen fanden im Rahmen der Organisationsentwicklung durch PNO sechs Weiterbildungsbausteine statt. Alle drei Einrichtungen wählen den Schwerpunktbaustein Resilienz; jedoch wurden verschiedene Ergänzungsbausteine bearbeitet (Eine Einrichtung: Umgang mit herausforderndem Verhalten; Zwei Einrichtungen: Gesundheit der pädagogischen Fachkräfte). Zudem unterscheidet sich die Ablaufstruktur der drei Einrichtungen. In zwei der Einrichtungen wurden z. B. die Inhalte der Bausteine 1 und 2 an einem Termin zusammengefasst. Dies ermöglichte wiederum, dass einer der anderen Bausteine über zwei Termine hinweg bearbeitet werden konnte. Zusätzlich zu den Weiterbildungsterminen erfolgten sechs (in zwei der drei Einrichtungen) bzw. sieben Prozessbegleitungstermine, an denen die Prozessbegleitung mit der verantwortlichen Steuerungsgruppe oder auch wenn möglich mit dem gesamten Team der Einrichtung an vertiefenden Inhalten arbeitete.

3.2.1 Gesamtdarstellung aller drei Einrichtungen (Gesamtüberblick und Darstellung nach Bausteinen)

Die Gesamtdarstellung aller drei Einrichtungen stützt sich auf die ermittelten Durchschnittswerte, die sich aus den Daten der durchschnittlich 27 pädagogischen Fachkräfte pro Baustein und der drei Prozessbegleiterinnen (n = 3) ergeben haben.

²¹ Die offenen Fragen wurden kategoriengeleitet nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

²² Alle Items wurden auf einer Skala von 1 - 6 beantwortet (1 = trifft völlig zu, 6 = trifft gar nicht zu) und wurden deskriptiv unter Zuhilfenahme der Software SPSS ausgewertet.

Die Bewertung des didaktischen Aufbaus der Weiterbildung aller drei Einrichtungen liegt für alle Bausteine bei einem Mittelwert von 1,68 (SD = ,26) (Skala 1²³). Ebenfalls sehr positiv werden die Prozessbegleitungen (Skala 2: M = 1,50; SD = ,22) eingestuft. Die Gesamtbewertung der Weiterbildung liegt bei einem Mittelwert von 1,75 (SD = ,29). Aus Sicht der Prozessbegleitung (n = 3) wurden alle Bausteine mit einer durchschnittlichen Manualtreue von 59,6% umgesetzt. Dabei wurde das grundlegende Interesse an den Inhalten der Weiterbildungen (M = 2,0; SD = ,50) und Möglichkeit neue Impulse in den Teams zu etablieren (M = 1,77; SD = ,46) positiv eingeschätzt.

Bei der Gesamtbetrachtung über alle drei Einrichtungen hinweg wird deutlich (siehe Tabelle 8), dass bei den befragten Fachkräften die Bewertung des didaktischen Aufbaus (Skala 1) der zusammengefassten Bausteine 1 und 2 schlechter ausfällt (in der Tabelle fett markiert), als die beiden Bausteine in getrennter Durchführung. Die Prozessbegleitung (Skala 2) wird auch geringfügig schlechter bei der zusammengefassten Durchführung der Bausteine eingeschätzt.

Tabelle 8: Deskriptive Darstellung der Bewertung Skala 1, Skala 2 und der Gesamtbewertung

	Baustein 1&2			Baustein 1			Baustein 2		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Skala 1	31	2,03	,60	13	1,65	,44	11	1,32	,28
Skala 2		1,85	,52		1,38	,38		1,27	,36
Gesamtbewertung		1,94	,62		1,46	,52		1,36	,51

Erläuterungen: In die Bewertung von Baustein 1 & 2 gingen die Daten von zwei teilnehmenden Einrichtungen ein, in die Bewertung der getrennten Durchführung nur von einer Einrichtung.

Die Manualtreue kann hierbei nur für die getrennte Durchführung von Baustein 2 (40,0%) angegeben werden, da sowohl bei der Durchführung von Baustein 1 also auch der Durchführung von Baustein 1 und 2 keine Einschätzung durch die Prozessbegleitung erfolgte.

Der Baustein „Zusammenarbeit mit Eltern“ (n = 39) wird im Durchschnitt positiv bewertet. Dabei liegt die Bewertung des didaktischen Aufbaus bei einem Mittelwert von 1,69 (SD = ,22) und die Gesamtbewertung bei einem Mittelwert von 1,99 (SD = ,84). Sehr positiv werden in diesem Baustein die Prozessbegleitungen (M = 1,38; SD = ,24) bewertet. Die Manualtreue liegt für diesen Baustein (n = 2) bei 50,0%; in einem Fall wurde keine Einschätzung der manualgetreuen Durchführung vorgenommen.

Auffallend ist, dass die Bewertung des Schwerpunktbausteins Resilienz, den alle drei Teams (n = 45) gewählt hatten, bei der Gesamtbetrachtung im Vergleich zu den anderen Bausteinen eine eher durchschnittlich gute Bewertung erhielten (Skala 1: M = 2,09; SD = ,65 / Gesamtbewertung: M = 2,14;

²³ Zur Darstellung der Daten der Fachkräftebefragungen wurden zwei Skalen gebildet: Skala 1 – Didaktischer Aufbau der Weiterbildung (Cronbachs Alpha ,82), Skala 2 – Referent/-in (Cronbachs Alpha ,88)

SD = ,40). Die Prozessbegleitung hingegen wurden im Durchschnitt positiver eingeschätzt (M = 1,79; SD = ,41). Die Manualtreue liegt in diesem Baustein (n = 3) bei 66,7%.

Sehr positiv bewertet wurden von allen drei Einrichtungen die Vertiefungsbausteine, sowohl im didaktischen Aufbau, die Skala der Prozessbegleitung und auch in der Gesamtbewertung. Dabei liegt die Bewertung des Bausteins „Umgang mit herausforderndem Verhalten“ (n = 13) mit einem Mittelwert von 1,54 (SD = ,45 / Skala 2: M = 1,38; SD = ,49 / Gesamtbewertung: 1,46; SD = ,52) knapp über der Bewertung des Bausteins „Gesundheit der pädagogischen Fachkräfte“ (n = 28) (Skala 1: M = 1,65; SD = ,06) / Skala 2: M = 1,63; SD = ,40 / Gesamtbewertung: M = 1,94; SD = ,27). Die beiden Bausteine weisen eine durchschnittliche Manualtreue auf. Der Baustein „Umgang mit herausforderndem Verhalten“ liegt bei einer Manualtreue (n = 1) von 70,0%. Der Baustein „Gesundheit der pädagogischen Fachkräfte“ (n = 2) liegt mit einem Wert von 57,5% knapp darunter.

Eine sehr gute Bewertung erhielt auch der Abschlussbaustein, der mit einer Manualtreue (n = 3) von 73,3% von den Prozessbegleitungen durchgeführt wurde. Aus Sicht der Fachkräfte (n = 36) wurde der Abschlussbaustein im didaktischen Aufbau (M = 1,49; SD = ,22) und in der Gesamtbewertung (M = 1,71; SD = ,49) sowie auch die Prozessbegleitung selbst (M = 1,32; SD = ,21) sehr positiv eingeschätzt.

In der Gesamtbetrachtung über alle drei Einrichtungen hinweg, formulierten in insgesamt 105 von 243 Fällen²⁴ (43,2%) die pädagogischen Fachkräfte Impulse für die pädagogische Praxis, die sie aus den Weiterbildungen gewinnen konnten. Besonders häufig wurden dabei die Themen Aneignung neuen theoretischen Wissens durch die Weiterbildung (22 Nennungen), Selbstreflexion (16 Nennungen) und Praxisumsetzung von konkreten Ideen oder Methoden aus der Weiterbildung (15 Nennungen) genannt.

Allgemein zeigt sich aus Sicht der pädagogischen Fachkräfte anhand der qualitativen Daten aus den Fragebögen besonders positiv die in den Weiterbildungen umgesetzte Methodik und Didaktik. Diese wird mit insgesamt 62 Nennungen (und lediglich 4 negativen Nennungen) als sehr positiv beschrieben. Auch die Prozessbegleitungen werden ausgehend von den qualitativen Daten positiv, z. B. durch konkretes Eingehen auf die Bedarfe des Teams oder die eigene Motivation, eingeschätzt (18 Nennungen).

Zusätzlich geht aus den qualitativen Daten der teilnehmenden Fachkräfte hervor, dass in den Weiterbildungen, neben der Erarbeitung neuer theoretischer Inhalte, vor allem auch der Austausch

²⁴ Die n = 243 Fälle ergeben sich aus den Daten aller teilnehmenden Fachkräfte zu den sechs Zeitpunkten der Weiterbildungstermine. Bei der Benennung von Impulsen für die pädagogische Praxis war die Nennung von mehreren Impulsen (pro pädagogischer Fachkraft) möglich.

im Team im Mittelpunkt stehen konnte. Dies wurde von allen teilnehmenden Teams (32 Nennungen) sehr positiv bewertet.

Besonders relevante Themen der Prozessbegleitungssitzungen in allen drei Einrichtungen waren die Themenbereiche Reflexion des vorangegangenen Bausteins (18 Nennungen), Weiterführung des Zielfindungsprozesses (7 Nennungen), Besprechung und Reflexion von Projekten bzw. Projektideen von Kleingruppen (7 Nennungen), Zusammenarbeit mit Eltern (7 Nennungen) und Aufbau von Kooperationen und Netzwerkbildung (6 Nennungen). Konkrete Vereinbarungen wurden innerhalb dieser Prozessbegleitungssitzungen in allen drei Einrichtungen lediglich für den Bereich der praktischen Umsetzung von Methoden oder Projekten (7 Nennungen) festgeschrieben.

3.2.2 Einzeldarstellung der Einrichtung

In den drei Einrichtungen wurden aus Sicht der pädagogischen Fachkräfte sowohl der didaktische Aufbau als auch die Gesamtbewertung positiv bewertet. Ebenso zeigte sich auch bei der Bewertung der Referent/-innen ein sehr positives Bild (siehe Tabelle 9). Aus der Sicht der Prozessbegleitungen wurden alle Bausteine mit einer durchschnittlichen Manualtreue von 58,3% bis 66,0% durchgeführt und auch das Interesse an den Inhalten der Weiterbildung sowie die Möglichkeit neue Impulse zu etablieren wurden eher hoch eingeschätzt.

Für eine übersichtlichere Darstellung der Ergebnisse wurden zwei Skalen gebildet: Skala 1 – Didaktischer Aufbau der Weiterbildung (5 Items, Itembeispiel: „Die Weiterbildung war gut strukturiert.“) Skala 2 – Referent/-in (4 Items, Itembeispiel: „Mit dem Leitungsstil der Referentin /des Referenten war ich zufrieden.“). Die Gesamtbewertung der Weiterbildungsbausteine stützt sich auf ein Item („Mit der Weiterbildungsveranstaltung bin ich zufrieden.“). Alle Items wurden auf einer Skala von 1 - 6 beantwortet (1 = trifft völlig zu, 6 = trifft gar nicht zu).

Tabelle 9: Deskriptive Darstellung der Gesamtbewertung in den drei Einrichtungen der DG

		Pädagogische Fachkräfte			Prozessbegleitung				
		ø n	M	SD	n	M	SD		
Einrichtung 1	Skala 1 (Didaktischer Aufbau)	12,2	1,55	,21	Manualtreue	6	6,60	1,52 (66,0%) (15,2%)	
	Skala 2 (Referent/-in)		1,38	,17			Inhalte sind auf Interesse gestoßen	1,83	,75
	Gesamtbewertung		1,50	,26			Neue Impulse konnten etabliert werden	1,50	,55
Einrichtung 2	Skala 1 (Didaktischer Aufbau)	20,2	2,12	,50	Manualtreue	6	5,83	2,25 (58,3%) (22,5%)	
	Skala 2 (Referent/-in)		1,73	,47			Inhalte sind auf Interesse gestoßen	2,40	,55
	Gesamtbewertung		2,30	,50			Neue Impulse konnten etabliert werden	2,00	,71
Einrichtung 3	Skala 1 (Didaktischer Aufbau)	8,4	1,56	,07	Manualtreue	6	6,00	3,16 (60,0%) (31,6%)	
	Skala 2 (Referent/-in)		1,50	,28			Inhalte sind auf Interesse gestoßen	2,00	,71
	Gesamtbewertung		1,81	,35			Neue Impulse konnten etabliert werden	1,75	,50

Erläuterungen: Bei den pädagogischen Fachkräften wird die durchschnittliche Anzahl von Fachkräften für alle sechs Bausteine und die durchschnittliche Bewertung dargestellt. Bei den Prozessbegleitungen geht pro Weiterbildungstermin ein Fragebogen (daher n = 6) in die Analyse mit ein.

Besonderheiten zeigten sich in zwei Einrichtungen der Durchführungsgruppe. Bei der Analyse der Einzelbewertungen der jeweiligen Bausteine in der Einrichtung 2 zeigt sich, dass vor allem der Einstieg (Baustein 1 & 2 an einem Termin) und der Schwerpunktbaustein Resilienz eine tendenziell geringere positive Bewertungen von den pädagogischen Fachkräften erhielten (in der Tabelle fett markiert), was die durchschnittlich schlechtere Gesamtbewertung erklären könnte. In der Einrichtung 3 muss lediglich bei der Gesamtbewertung der Bausteine 5b (Gesundheit der pädagogischen Fachkräfte) und 6 (Abschlussbaustein) eine geringfügig schlechtere Bewertung verzeichnet werden. Eine relativ große Streuung um diesen Mittelwert zeigt jedoch, dass dies von den einzelnen pädagogischen Fachkräften wohl stark unterschiedlich wahrgenommen bzw. bewertet wurde (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Deskriptive Darstellung der einzelnen Bausteine in zwei der Einrichtungen der DG

		Baustein 1 & 2			Baustein 3			Baustein 4a			Baustein 5b			Baustein 6		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Einrichtung 2	Skala 1 (Didaktischer Aufbau)	21	2,45	,59	20	1,90	,44	23	2,83	,6	20	1,70	,55	17	1,71	,61
	Skala 2 (Referent/-in)		2,21	,70		1,58	,45		2,26	,55		1,33	,47		1,28	,35
	Gesamtbewertung		2,38	,59		1,95	,51		2,60	,75		1,74	,60		1,82	,53
Einrichtung 3	Skala 1 (Didaktischer Aufbau)	10	1,60	,53	8	1,49	,75	9	1,62	,60	8	1,60	,48	7	1,49	,50
	Skala 2 (Referent/-in)		1,48	,49		1,12	,23		1,47	,68		1,91	,65		1,54	,49
	Gesamtbewertung		1,50	,53		1,40	,51		1,89	,78		2,13	,99		2,14	1,07

Erläuterungen: Einzeldarstellung der Bausteine.

3.3 Zwischenfazit

Aus der Analyse der Daten der Prozessevaluation und den qualitativen Interviews lassen sich Bezüge zu den in der Literatur beschriebenen Implementationsfaktoren (z. B. Petermann, 2014; Hoffer, Fröhlich-Gildhoff, Bücklein & Kaiser, 2017) herstellen. In einer Einrichtung lässt sich in den Daten eine hohe *Akzeptanz der Intervention*, z. B. in der Begründung für die Teilnahme, dem Erleben der OE und der erfolgreichen Bewertung des Projekts, feststellen. In diesem Fall geht also eine hohe Akzeptanz mit einer hohen Rangposition im UI einher. Auch für den Faktor *Übernahme der Intervention in die Praxis* lassen sich in zwei Einrichtungen Belege in den vorliegenden Daten finden (wahrnehmbare Veränderungserfolge, Impulse für die pädagogische Praxis ausgehend von den Inhalten der Weiterbildungsbausteine). Die *Angemessenheit der Intervention* erscheint aus den Daten für eines der drei Teams nicht vollständig gegeben, da wenig Erwartungen bezüglich des Projekts im Allgemeinen als auch bezüglich des Schwerpunktbausteins erfüllt werden konnten. In den beiden anderen Teams scheint diese gegeben zu sein (Erwartungen wurden mehrheitlich erfüllt, Veränderungen sind erkennbar, Prozess wurde rückblickend als bedarfsorientiert wahrgenommen). Das *Verhältnis Wiedergabetreue und Passgenauigkeit* besagt, dass die Adaption des Curriculums an die Zielgruppe wichtiger als die manualgetreue Umsetzung ist²⁵. Dies zeigt sich zu großen Teilen in den Daten der Prozessevaluation: Dort lässt sich feststellen, dass Bausteine mit einem gewissen Grad an Flexibilität und Bedarfsorientierung (durch eine etwas niedrigere Manualtreue) von den Teilnehmenden eine bessere Gesamtbewertung erhielten. Damit zusammen hängt die *Rolle der Person bzw. die Kompetenz der Prozessbegleitung*: Es kann davon ausgegangen werden, dass es einer Person mit mehr Erfahrung und Kompetenz leichter fällt, eine flexible und bedarfsorientierte

²⁵ Die Rückmeldungen der Fachkräfte und Prozessbegleitungen für die Überarbeitung des Curriculums werden verwendet, auch wenn eine flexible Handhabung und bedarfsorientierte Adaption weiterhin gewollt ist.

Handhabung eines Curriculums umzusetzen. Eine hohe *Durchdringung bzw. Implementationstiefe* lässt sich gut in den Daten einer Einrichtung erkennen: Hier bestehen Aussagen zu Veränderungen auf Ebene der Kinder (die von einigen Eltern bestätigt werden) und Eltern berichten, dass sie bei sich selbst Veränderungen im Hinblick auf einen resilienzförderlichen Umgang mit ihren Kindern feststellen. Die Strategien zur Implementation haben in dieser Einrichtung einen sehr konkreten Charakter. In zwei Einrichtungen können vielfältige Strategien zur Sicherung der *Nachhaltigkeit* beschrieben werden. In diesen beiden Einrichtungen wird hierzu die Rolle der Leitung angesprochen. Außerdem kommt in den qualitativen Daten aller drei Einrichtungen die grundsätzliche Ausrichtung der Einrichtung bzw. die Identifikation der Fachkräfte mit den Themen Gesundheitsförderung, Prävention und Resilienz zur Sprache.

4 Wirkungsevaluation der Organisations- und Schulentwicklung

Die Fragestellungen und das Evaluationsdesign für die Evaluation in Bildungsinstitutionen wurden in Kapitel 2 vorgestellt. Nachfolgend werden nun die Ergebnisse der Wirkungsevaluation der Organisations- und Schulentwicklung auf der Ebene der Institution, der Fachkräfte (inklusive der Ergebnisse zur Untersuchung der Gesundheit pädagogischer Fachkräfte), der Kinder und der Eltern dargestellt.

4.1 Ergebnisse auf Ebene der Institution

Die Evaluation im Wartelisten-Kontrollgruppendesign umfasst die *Durchführungs- und Kontrollgruppe (DG und KG)*. Im Februar 2015 wurden aus den verbindlichen Anmeldungen der Kindertageseinrichtungen zehn Einrichtungen ausgewählt und der Durchführungs- bzw. Kontrollgruppe zugeteilt. Leitend für die Auswahl der Einrichtungen waren neben der verbindlichen Zusage zur Evaluation im Wartelisten-Kontrollgruppendesign verschiedene unten aufgeführte Kriterien. Die Stichprobe für den aktuell vorliegenden Zwischenbericht umfasst insgesamt sechs Kindertageseinrichtungen, wovon jeweils drei der Durchführungsgruppe und der Kontrollgruppe zugeordnet sind. Die Kriterien zur Parallelisierung von Durchführungs- und Kontrollgruppe konnten weitestgehend erfüllt werden:

- Verteilung zwischen den Raumschaften:
Die beiden Gruppen entsprechen sich in ihrer Raumschaftszugehörigkeit vollständig.
- Zugehörigkeit zu *Stadt oder Land*:
Die beiden Gruppen entsprechen sich zu 2/3.
- Ähnlicher *Sozialraum* mit dem Fokus auf Einrichtungen mit einem *potentiellen Unterstützungsbedarf identifiziert durch sozialräumliche Belastungsindikatoren* und entsprechenden Herausforderungen (s. Kapitel I 3.2):

Hierfür wurden Daten des Sozialraums herangezogen, die zu einer Einschätzung bezüglich 5 Indikatoren führen (Anteil Kinder unter 15 in Bedarfsgemeinschaften mit SGB II Bezug; geringe Wahlbeteiligung; hohe Bevölkerungsdichte; Zahngesundheit: Anteil behandlungsbedürftiger Kindergarten- bzw. Schulkinder, bei Schulkindern wurde zusätzlich der dmf-t/DMF-T herangezogen, Gemeinschaftsunterkunft in unmittelbarer Nähe). Angaben zu Hilfen zur Erziehung und Migrationsanteil als weitere relevante Kriterien liegen leider nicht kleinräumig vor. Zwar gibt es innerhalb der beiden Evaluationsgruppen eine Varianz in den erfüllten Indikatoren (0-3 Indikatoren erfüllt), jedoch weisen die jeweils parallelisierten Einrichtungen der Durchführungs- und der Kontrollgruppe ähnlich viele erfüllte Indikatoren auf.

- Ähnliche Größe anhand der Anzahl von Fachkräften und Kindern:
Es sind zwei kleine Einrichtungen (bis 12 Fachkräfte), zwei mittlere Einrichtungen (13 bis 24 Fachkräfte) und zwei große (25 bis 36 Fachkräfte) Einrichtung vertreten.

Zur Analyse der allgemeinen Entwicklung – und der selbst eingeschätzten Entwicklungsbedarfe – im Bereich der allgemeinen Gesundheitsförderung wurde eine „Checkliste“²⁶ mit insgesamt 66 Items zu zwei Messzeitpunkten eingesetzt, die folgende Fragen beantworten sollte:

- Inwiefern ist eine Veränderung zu einer auf Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichteten Einrichtung auf der Ebene der Organisation nach der Intervention zu beobachten?
- Inwiefern verändert sich der Entwicklungsbedarf der Einrichtungen nach der Intervention?

Aufgrund der geringen Stichprobe (je nur drei Organisationen in DG und KG) werden die wesentlichen Ergebnisse rein deskriptiv dargestellt:

Bei den KG-Einrichtungen fanden sich in keinem Bereich Veränderungen des eingeschätzten Standes und der Entwicklungsbedarfe.

Die DG-Einrichtungen gaben – allerdings in unterschiedlicher Ausprägung – an, dass nach der Intervention (zum Zeitpunkt t_1)

- Präventions- und Gesundheitsförderung programmatisch und konzeptionell auf Organisationsebene verankert sind
- die Fachkräfte über deutlich mehr Informationen zu den Themen der seelischen und körperlichen Gesundheit sowie der sozialen Teilhabe verfügen
- die Fachkräfte deutlicher die Aspekte der Gesundheitsförderung in alltägliche pädagogische Angebote einfließen lassen
- ein Entwicklungsbedarf im gewählten Schwerpunkt Seelische Gesundheit und Resilienz nur noch minimal besteht
- deutlicher an den Ressourcen und Stärken der Kinder ‚angesetzt‘ wird
- stärker darauf geachtet wird, dass *alle* Kinder in Angebote etc. einbezogen werden
- das Thema „Gefühle“ eine größere Bedeutung im pädagogischen Alltag hat
- nach wie vor ein deutlicher Entwicklungsbedarf im Bereich der seelischen und körperlichen Gesundheit für die pädagogischen Fachkräfte selbst besteht
- nur in Ausnahmefällen neue Kooperationen bzw. Vernetzungsstrukturen aufgebaut wurden und hier weiterhin Bedarfe bestehen
- zu den Eltern insgesamt positive Kooperationsbeziehungen bestanden, die sich im Projektverlauf nicht noch deutlich verbessert haben

Da alle drei DG Einrichtungen als Vertiefungsschwerpunkt der Organisationsentwicklung *Seelische Gesundheit und Resilienz* gewählt hatten, wurden von den Leitungen auch eine Kurzform der „Checkliste zur Erfassung des Resilienzstatus der Organisation“ (Fröhlich-Gildhoff, 2015, abgeleitet

²⁶ Diese Checkliste wurde von der Struktur angelehnt an die Checkliste zur Erfassung des Resilienzstatus auf Organisationsebene (Landesinstitut für Schulentwicklung BW, 2012)

von der „Resilienzcheckliste für Schulen“, Landesinstitut für Schulentwicklung BW, 2012), Fassung für Kindertageseinrichtungen, bearbeitet.

Dabei zeigten sich wenige deutliche, selbst eingeschätzte Veränderungen im Vergleich der Messzeitpunkte vor und nach der Intervention. Auf der Ebene der Kinder wurde festgestellt, dass bei diesen die Selbstwirksamkeitserwartungen stärker fokussiert werden und sich das Erweitern eigener Handlungskompetenzen sowie die Fähigkeit planerisch vorzugehen zum Zeitpunkt t_1 verbessert hätten. Besonderer Entwicklungsbedarf wurde bezüglich der Kooperation / Vernetzung mit anderen Institutionen / Diensten zum Thema seelische Gesundheit und Resilienz sowohl vor als auch nach der Intervention festgestellt.

Überblick über die Entwicklung in anderen teilnehmenden Einrichtungen

Bei einem Austauschtreffen der teilnehmenden Kindertageseinrichtungen im Oktober 2016 berichteten die Teams von zahlreichen positiven Aspekten durch die Organisationsentwicklung: Auf Teamebene wird eine Sensibilisierung festgestellt, die sich sowohl auf die Arbeit mit den Kindern im Alltag (z.B. stärkerer Bezug auf Gefühle), auf den Einbezug der Eltern als auch auf die Themen innerhalb des Teams bezieht (Umgang mit Stress). Es wurde beschrieben, dass sich die Arbeit im Alltag sensibler (auf die Inhalte von PNO hin) gestaltet und das Team zusammenwächst. Auch bei den Kindern stellen die meisten Fachkräfte Veränderungen fest, zum Beispiel dass sich der Umgang der Kinder untereinander positiver gestaltet (z. B. stärkere Hilfsbereitschaft) und dass die Kinder die angebotenen Methoden dankend annehmen. Die bedarfsorientierte und passgenaue Prozessbegleitung (mit individuellen Zielsetzungen) und der Kontakt mit den Regionalen Präventionsbeauftragten werden als wertvoll beschrieben.

Es zeigten sich allerdings auch in drei der 30 Einrichtungen Probleme der Passung zwischen den angebotenen Inhalten bzw. dem Vorgehen der Prozessbegleitung und den Bedarfen des Teams.

Insgesamt ergibt sich ein Widerspruch zwischen den quantitativen Daten zur Erfassung der Organisationsentwicklung und den entsprechenden Daten auf qualitativer Ebene (s. Kap. 3.1 und verschiedener Berichte wie der o. g. „Überblick“). Dieser Widerspruch muss im Verlauf der Evaluation beim Vorliegen einer größeren Datenbasis weiter beachtet und analysiert werden.

4.2 Ergebnisse auf Ebene der Fachkräfte

Stichprobe

In diesem Zwischenbericht könnten die Daten von insgesamt 122 Fachkräften aus sechs Kindertageseinrichtungen berücksichtigt werden, von denen 56 auf die drei Einrichtungen der Durchführungsgruppe und 66 auf die drei Einrichtungen der Kontrollgruppe entfallen. Weitere Angaben, wie Alter, Geschlechterverteilung und Berufsabschluss sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Fachkräfte in Durchführungs- und Kontrollgruppe

	Durchführungsgruppe	Kontrollgruppe
n=	56	66
Davon m/w	0/56	2/64
M Alter zu t ₀	39,24 Jahre	41,71 Jahre
Berufsabschluss		
Staatlich anerkannte/-r Erzieher/-in	37	44
Kindheitspädagog/-in	0	0
Sozialpädagog/-in	0	1
Kinderpfleger/-in bzw. Sozialassistent/-in	7	1
Sonstige	9	7
Erläuterungen:		
Berufsabschluss: Mehrfachnennung möglich		

In der Durchführungsgruppe haben alle Einrichtungen den inhaltlichen Schwerpunkt *Seelische Gesundheit und Resilienz* gewählt, daher erfolgte die Evaluation mit den Erhebungsinstrumenten für diesen Bereich.

Die Stichprobe der mit qualitativen Interviews²⁷ befragten Fachkräfte, die im Rahmen der vertieften Evaluation im Schwerpunkt *Seelische Gesundheit und Resilienz* in der Durchführungsgruppe stattgefunden haben, umfasst zu beiden Zeitpunkten dieselben neun weiblichen Fachkräfte. Sie wurden per Zufallsstichprobe aus der Gruppe derer im Team bestimmt, die den Berufsabschluss Erzieher/-in aufweist. Davon wurden jeweils vier Erzieher/-innen mit langer (mehr als zehn Jahre) und kurzer (weniger als fünf Jahre) Berufserfahrung und eine Erzieherin mit mittlerer (zwischen fünf und zehn Jahren) Berufserfahrung befragt. In Abhängigkeit der Größe der Teams wurden die Einrichtungen in „groß“ (>25 Fachkräfte), „mittel“ (13<24 Fachkräfte) und „klein“ (>=12 Fachkräfte) eingestuft und damit die Anzahl der zu befragenden Erzieher/-innen festgelegt (große Einrichtung: Interviews mit vier Fachkräften; mittlere Einrichtung: Interviews mit drei Fachkräften; kleine Einrichtung: Interviews mit zwei Fachkräften).

Nachfolgend werden zunächst die Ergebnisse der Selbsteinschätzung von Kenntnissen und Kompetenzen der Fachkräfte aus der quantitativen Fragebogenerhebung dargestellt. Anschließend

²⁷ Es wurden leitfadengestützte Interviews geführt und kategoriengeleitet nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

werden diese Ergebnisse durch die Darstellung der qualitativen Ergebnisse aus den Interviews mit Fachkräften „gespiegelt“. Dabei werden die Bereiche Haltung, Einstellungen sowie die Handlungsebene thematisiert. Anschließend folgen die quantitativen Ergebnisse zur Gesundheit pädagogischer Fachkräfte.

Kenntnisse und Kompetenzen

Im Rahmen der quantitativen Basisevaluation wurden die Fachkräfte um eine Selbsteinschätzung ihrer eigenen Kenntnisse und Kompetenzen zu relevanten Themenaspekten der Gesundheitsförderung und Prävention, sowie zur erlebten Selbstwirksamkeit und zu gesundheitsrelevanten Aspekten ihrer Arbeit gebeten. Zusätzlich wurden den Fachkräften einige Wissensfragen gestellt, die in diesen Bericht aus messmethodischen Gründen noch nicht eingehen. Wie in Tabelle 12 ersichtlich, ist bei den Fachkräften der Durchführungsgruppe in allen Themenbereichen ein Anstieg der eingeschätzten Kompetenz und der Selbstwirksamkeit im Allgemeinen zu verzeichnen, mit Ausnahme im Bereich der gesunden Ernährung, in dem der Mittelwert annähernd stabil geblieben ist. Alle drei Einrichtungen der Durchführungsgruppe haben als Schwerpunktthema *Seelische Gesundheit und Resilienz* gewählt, was sich auch in den Daten widerspiegelt, da der durchschnittliche Kompetenzzuwachs zwischen beiden Messzeitpunkten hier am größten ist. In den drei Einrichtungen der Kontrollgruppe, die zwischen beiden Messzeitpunkten noch nicht mit der Organisationsentwicklung begonnen haben, zeigt sich hingegen ein uneinheitliches Bild: So berichten die Fachkräfte in einigen Themenfeldern von einem Kompetenzzuwachs (*Seelische Gesundheit, gesunde Ernährung, Bewegung*), in anderen von einer gefühlten Verringerung der Kompetenz (*Gesundheitsförderung allgemein, Gesundheitsvorsorge, Zusammenarbeit mit Eltern*) und in einigen Bereichen auch von einer stabilen Selbsteinschätzung (*Kompetenzen Gesundheitsförderung und Prävention, soziale Teilhabe, Selbstwirksamkeit*).

Tabelle 12: Deskriptive Darstellung der Selbsteinschätzung der Kompetenzen zu relevanten Themen und der Selbstwirksamkeit in Durchführungs- und Kontrollgruppe zu beiden Zeitpunkten

	Durchführungsgruppe						Kontrollgruppe					
	n	t ₀ M	SD	n	t ₁ M	SD	n	t ₀ M	SD	n	t ₁ M	SD
Kenntnisse Gesundheitsförderung allg. ¹	45	3,00	,50	37	3,05	,46	44	3,06	,37	48	2,92	,39
Kompetenzen Gesundheitsförderung u. Prävention	45	2,80	,51	37	3,02	,54	45	2,61	,44	48	2,62	,47
Kompetenzen seelische Gesundheit	42	2,32	,58	38	2,93	,58	45	2,14	,56	47	2,20	,51
Kompetenzen gesunde Ernährung	45	3,14	,70	38	3,13	,74	44	2,59	,48	47	2,65	,56
Kompetenzen Bewegung	46	2,78	,62	38	3,13	,60	44	2,46	,58	47	2,51	,62
Kompetenzen soziale Teilhabe	43	2,51	,60	39	2,88	,57	45	2,38	,47	48	2,38	,55
Kompetenzen Gesundheitsvorsorge	45	2,88	,69	39	3,12	,61	45	2,96	,57	48	2,76	,70
Kompetenzen Zusammenarbeit mit Eltern	44	2,56	,56	36	2,89	,66	44	2,81	,57	48	2,73	,58
Einschätzung der Selbstwirksamkeit	44	2,79	,48	38	2,91	,37	45	2,83	,51	48	2,81	,49

Erläuterungen:

¹Skala: 1 = niedrig; 2 = eher niedrig; 3 = eher hoch; 4 = hoch

Skala: 1 = trifft gar nicht zu; 2 = trifft nur zum Teil/manchmal zu; 3 = trifft überwiegend/oft zu; 4 = trifft voll und ganz zu; Hier wurden vier von zehn Items der General Self-Efficacy Scale von Schwarzer & Jerusalem (1995) verwendet. Diese Kurzversion der GSE lieferte einen zufriedenstellenden Cronbach's Alpha Wert von ,75.

In der inferenzstatistischen Analyse, in die nur die Daten derjenigen Fachkräfte eingehen, die an beiden Befragungszeitpunkten teilgenommen haben und in der somit individuelle Veränderungen besser berücksichtigt werden, zeigen sich unterschiedliche Haupteffekte und Interaktionen: Während die durchschnittliche berichtete Kompetenz bei den Fachkräften der Durchführungsgruppe signifikant zwischen beiden Befragungszeitpunkten bezüglich der Gesundheitsförderung und Prävention, der seelischen Gesundheit, der Bewegung, der Sozialen Teilhabe, der Gesundheitsvorsorge und der Zusammenarbeit mit Eltern ansteigt, nimmt diese bei den Fachkräften der Kontrollgruppe entweder weniger stark zu (seelische Gesundheit) oder sogar ab (Gesundheitsförderung und Prävention, Bewegung, Gesundheitsvorsorge, und Zusammenarbeit mit Eltern).

Keine signifikanten Effekte zeigen sich bezüglich der Kenntnisse zur Gesundheitsförderung allgemein, der Kompetenzen zu Ernährung und der Selbstwirksamkeit: Hier sind die Mittelwerte der Fachkräfte in der Durchführungsgruppe entweder stabil zwischen beiden Messzeitpunkten oder leicht ansteigend und bei den Fachkräften der Kontrollgruppe ebenfalls stabil oder aber leicht sinkend.

Tabelle 13: Mittelwertsvergleich zwischen Durchführungs- und Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten

	Durchführungsgruppe					Kontrollgruppe				
	n	t ₀		t ₁		n	t ₀		t ₁	
		M	SD	M	SD		M	SD	M	SD
Kenntnisse Gesundheitsförderung allg. ¹	28	3,07	,43	3,08	,45	27	2,97	,29	2,95	,25
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,53) = 0,026$; $p = 0,872$; $\eta_p^2 = 0,000$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,53) = 0,064$; $p = 0,802$; $\eta_p^2 = 0,064$									
Kompetenzen Gesundheitsförderung u. Prävention	28	2,80	,38	3,06	,56	27	2,60	,41	2,52	,36
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,53) = 2,144$; $p = ,149$; $\eta_p^2 = ,039$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,53) = 7,816$; $p = 0,007$; $\eta_p^2 = 0,129$									
Kompetenzen seelische Gesundheit	28	2,38	,63	2,99	,61	27	2,10	,58	2,18	,52
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,53) = 14,386$; $p = 0,000$; $\eta_p^2 = 0,213$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,53) = 8,630$; $p = 0,005$; $\eta_p^2 = 0,140$									
Kompetenzen gesunde Ernährung	28	3,17	,56	3,23	,75	27	2,58	,43	2,56	,44
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,53) = 0,037$; $p = 0,848$; $\eta_p^2 = 0,001$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,53) = 0,217$; $p = 0,643$; $\eta_p^2 = 0,004$									
Kompetenzen Bewegung	29	2,74	,60	3,18	,63	26	2,38	,55	2,35	,53
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,53) = 7,092$; $p = 0,010$; $\eta_p^2 = 0,118$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,53) = 9,398$; $p = 0,003$; $\eta_p^2 = 0,151$									
Kompetenzen soziale Teilhabe	29	2,61	,53	2,89	,62	27	2,34	,41	2,25	,42
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,54) = 1,486$; $p = 0,228$; $\eta_p^2 = 0,027$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,54) = 6,209$; $p = 0,016$; $\eta_p^2 = 0,103$									
Kompetenzen Gesundheitsvorsorge	29	2,97	,66	3,11	,66	27	3,03	,59	2,73	,65
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,53) = 0,580$; $p = 0,450$; $\eta_p^2 = 0,011$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,53) = 4,800$; $p = 0,033$; $\eta_p^2 = 0,082$									
Kompetenzen Zusammenarbeit mit Eltern	28	2,69	,45	2,93	,68	27	2,90	,47	2,80	,41
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,53) = 0,882$; $p = 0,352$; $\eta_p^2 = 0,016$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,53) = 5,662$; $p = 0,021$; $\eta_p^2 = 0,097$									
Einschätzung der Selbstwirksamkeit	28	2,81	,38	2,92	,40	27	2,83	,45	2,77	,46
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,53) = 0,078$; $p = 0,781$; $\eta_p^2 = 0,001$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,53) = 2,356$; $p = 0,131$; $\eta_p^2 = 0,043$									

Erläuterungen:

¹Skala: 1 = niedrig; 2 = eher niedrig; 3 = eher hoch; 4 = hoch

Skala: 1 = trifft gar nicht zu; 2 = trifft nur zum Teil/manchmal zu; 3 = trifft überwiegend/oft zu; 4 = trifft voll und ganz zu; Hier wurden vier von zehn Items der General Self-Efficacy Scale von Schwarzer & Jerusalem (1995) verwendet. Diese Kurzversion der GSE lieferte einen zufriedenstellenden Cronbach's Alpha Wert von ,75. Haupteffekte und Interaktionen werden jeweils mittels Greenhouse-Geisser berichtet.

Damit lässt sich bei den Fachkräften der Durchführungsgruppe in sechs von acht abgefragten Kompetenzbereichen nach dem erfolgreichen Abschluss des Organisationsentwicklungsprozesses eine signifikant höhere Kompetenz durch die Selbsteinschätzung feststellen als bei den Fachkräften der Kontrollgruppe, die erst nach der zweiten Befragung mit der Organisationsentwicklung beginnen. Dies legt nahe, dass die Kompetenzsteigerung der Fachkräfte durch die besuchten Fortbildungen zu erklären ist.

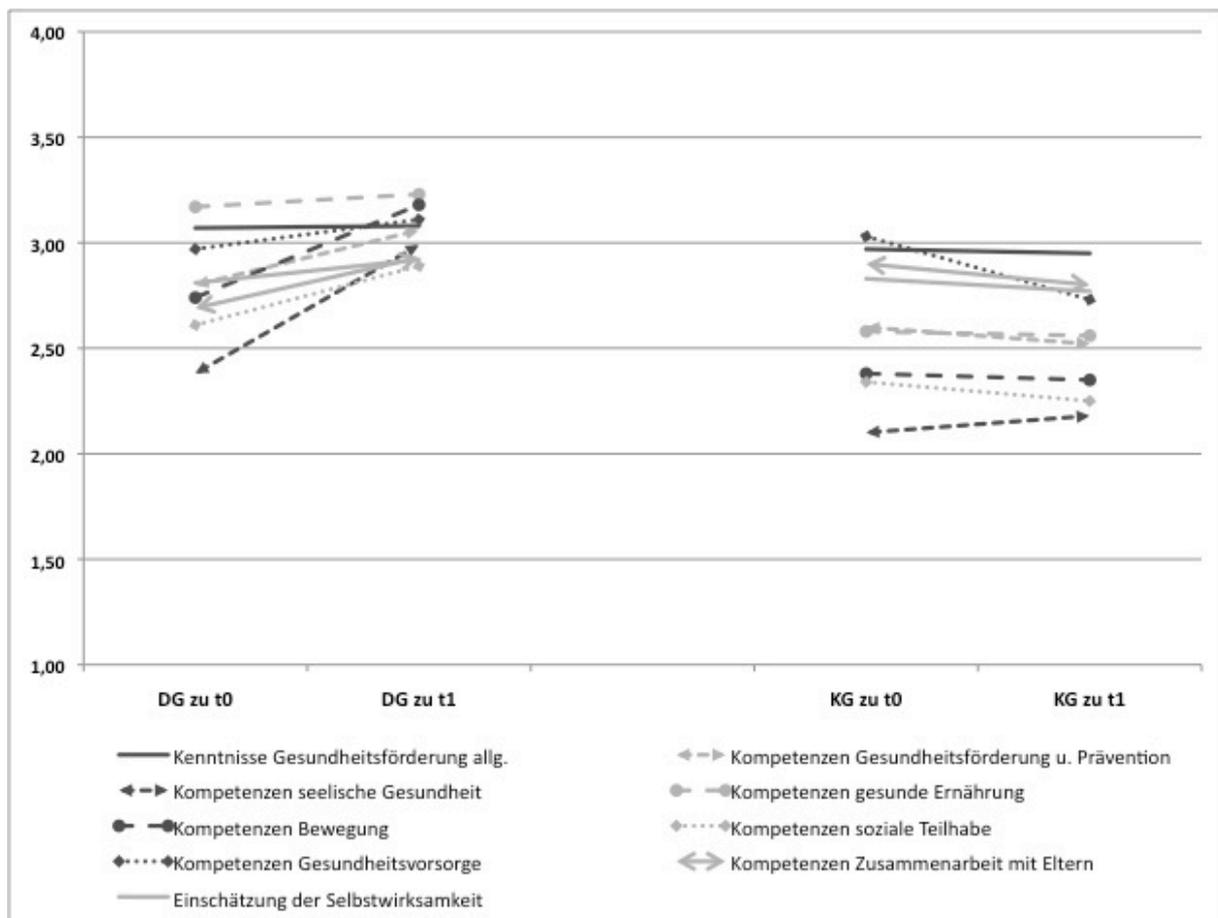


Abbildung 11: Darstellung der Mittelwerte der Kompetenzeinschätzung und Selbstwirksamkeitseinschätzung zu beiden Messzeitpunkten getrennt nach Evaluationsgruppen für alle Fachkräfte, die an beiden Befragungszeitpunkten teilgenommen haben

Die quantitativen Ergebnisse können durch die nachfolgend dargestellten qualitativen Ergebnisse aus den Interviews mit Fachkräften (der Durchführungsgruppe) gestützt und ergänzt werden. Dabei wird zunächst auf das Kompetenzniveau eingegangen und anschließend der Kompetenzzuwachs auf den drei Ebenen (1) Haltung / Einstellung / Denkmuster; (2) Handeln und (3) Kenntnisse / Wissen beleuchtet. Außerdem werden Ergebnisse zum Themenfeld Zusammenarbeit mit Eltern dargestellt.

Es fällt auf, dass die Ergebnisse zwischen Fachkräften und Einrichtungen variieren: Zum Zeitpunkt t_0 berichten in zwei der drei Einrichtungen alle qualitativ befragten Fachkräfte von einem *hohen Kompetenzniveau* ihrer bisherigen pädagogischen Arbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Vorrangig werden hier die Bereiche Ernährung und Bewegung thematisiert. In der dritten

Einrichtung wurde dies nicht thematisiert. Hervor tritt zum Zeitpunkt t_0 , zu dem die Organisationsentwicklung in der Einrichtung bereits gestartet, der Schwerpunktbaustein aber noch nicht stattgefunden hat, dass in einer Einrichtung hier bereits zwei von drei befragten Fachkräften erkennbare Veränderungen auf Ebene der Fachkräfte formulieren. Dies betrifft die verstärkten fachlichen Reflexionen im Team zu bestimmten Methoden, einen Kompetenzzuwachs (im Besonderen die Stärkenorientierung), sowie Strategien zur Implementation (Übungen zur Förderung sozialer Kompetenzen, Übungen zur Körperwahrnehmung, Lied zum Thema „Glücklich sein“).

Zum Zeitpunkt t_1 formulieren sechs von neun interviewten Fachkräften der Durchführungsgruppe einen *Kompetenzzuwachs*, der in den Ausführungen jedoch einrichtungsspezifisch unterschiedlich vielfältig und konkret aussieht: Zum Zeitpunkt t_1 sprechen außer einer alle qualitativ befragten Fachkräfte von Veränderungen im Bereich *Haltung / Einstellung / Denkmuster*: Sie nehmen bei sich selbst eine größere Bewusstheit sowie eine geschärfte Wahrnehmung bezüglich dieses Themas wahr, indem sie beispielsweise wieder mehr stärken- und kindorientiert vorgehen und sich öfter fragen: Was und wohin will das Kind selbst? Insgesamt sei ihre bisherige Einstellung zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention aufgefrischt und bestärkt worden, was positiv wahrgenommen wird. Eine befragte Fachkraft einer Einrichtung kann keine Veränderungen ihrer Einstellung feststellen.

Auch die in den drei befragten Einrichtungen erfassten Prozessdaten (z. B. Dokumentation der Prozessbegleiter/-innen; s. Kapitel 3) unterstreichen die beschriebenen Veränderungen im Bereich der Selbstreflexion deutlich. Die Fachkräfte geben als Impulse für die Praxis an, einen bewussteren Blick auf die eigene Gesundheit sowie auf eigene Stärken entwickeln zu wollen.

Veränderungen auf *Handlungsebene* werden in den Daten der qualitativen Interviews durch die Fachkräfte mehrheitlich nicht festgestellt. Jedoch fallen hier zwei Fachkräfte in einer Einrichtung auf, die davon berichten, dass sich ihr Fokus in Richtung Resilienzförderung verschoben hat, indem sie ihre Affekte und Emotionen im Alltag öfter selbst regulieren und nicht ausschließlich bei den Kindern auf diesen Resilienzfaktor achten. Dies wird beispielsweise dadurch deutlich, dass sie ihre eigenen Ängste zurücknehmen, um den Kindern Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen oder Aussagen zur Gefühlslage von Kindern nicht mehr nur hinnehmen sondern verstärkt hinterfragen und nachfragen, wieso ein Kind beispielsweise traurig ist und hierdurch Gesprächsanlässe schaffen. Aber auch auf Teamebene wird in dieser Einrichtung versucht, eigene Gefühle und Gedanken den Kolleg/-innen transparent zu machen und damit dialogorientiert vorzugehen. Weiterhin habe sich das Repertoire zur Resilienzförderung erweitert (hierzu machten die Fachkräfte äußerst detaillierte Angaben zu ganz konkreten Methoden, die innerhalb der Prozessbegleitung in diesem Team erarbeitet wurden). In besonderer Weise treten in dieser Einrichtung die in den Interviews

angesprochenen systematischen Vorgehensplanungen (bei herausforderndem Verhalten und Vernetzung) hervor. Der Wunsch nach einem ressourcenorientierten Blick auf die Kinder der Einrichtung wird auch in den Daten der Prozessevaluation benannt. Dies wird durch insgesamt neun Nennungen, über alle Bausteine hinweg, als „Impuls für die eigene pädagogische Praxis in der Einrichtung“ formuliert.

Demgegenüber zeigen sich Veränderungen auf *Handlungsebene* auf Grundlage der Daten der Prozessevaluation für alle drei Einrichtungen der DG insbesondere im Bereich der Praxisumsetzung. Hier zeigten sich die Einrichtungen sehr motiviert die neuen Ideen und Methoden aus den Weiterbildungseinheiten auch im pädagogischen Alltag umzusetzen.

Veränderungen im Bereich *Kenntnisse und Wissen* wurden nicht in allen Interviews thematisiert. Dort wo es aber zur Sprache kam, stellen alle außer einer Befragten einen Wissenszuwachs fest. In einer Einrichtung stehen hier vor allem der methodische Wissenszuwachs zur Resilienzförderung sowie die Thematisierung von Gefühlen mit Kindern im Vordergrund. In der zweiten Einrichtung bezieht sich der Wissenszuwachs auf das Verständnis darüber, dass die pädagogische Arbeit der Fachkräfte im Sinne von Gesundheitsförderung und Prävention in der Einrichtung zunächst allen Kindern zu Gute kommen soll (universelle Prävention). Dies wurde bei Projektbeginn stellenweise noch anders verstanden (selektive und indizierte Prävention). In zwei Einrichtungen wird dieser von den Fachkräften erlebte Kompetenzzuwachs durch Aussagen jeweils eines Elternteils gestützt.

Zum Zeitpunkt t_1 stimmen alle neun qualitativ befragten Fachkräfte der Aussage „*Gesundheitsförderung und Prävention ist Kernbestandteil pädagogischer Arbeit in Kindertageseinrichtungen*“ zu. Zum Zeitpunkt t_0 wurde diese Aussage nicht mit allen thematisiert, aber dort, wo sie thematisiert wurde, erfolgte auch eine Zustimmung. Zu keinem Zeitpunkt lehnten die befragten Fachkräfte die Aussage ab.

In der *Zusammenarbeit mit Eltern* werden in der Durchführungsgruppe *keine grundsätzlichen Veränderungen* durch die Fachkräfte wahrgenommen, weil diese bereits vor dem Projekt „schon eng und gut“ gewesen sei. Dies bestätigt die Mehrheit der befragten Eltern in dieser Weise. Allerdings wird von insgesamt drei Fachkräften aus zwei Einrichtungen und von insgesamt drei Eltern aus allen drei Einrichtungen angesprochen, dass *in Elterngesprächen Aspekte aus dem OE-Prozess eingeflossen sind* (Stärkenorientierung; Einbezug der Schutzfaktoren, des Themas Gefühle, Resilienz und herausforderndes Verhalten; gemeinsames Überlegen: Was kann das Kind wie erreichen? Wo müssen Fachkräfte und Eltern das Kind dafür abholen?). Ebenso geht aus den qualitativen Daten der Prozessevaluation hervor, dass sich in allen drei Einrichtungen Fachkräfte Impulse bzw. Ziele für die Praxis gesetzt haben, welche den Bereich der Zusammenarbeit mit Eltern betreffen. Dabei soll es vor allem darum gehen, zu versuchen, die Perspektive der Eltern besser zu verstehen.

Gesundheit pädagogischer Fachkräfte

Zusätzlich zum Wissens- und Kompetenzzuwachs ist auch die Gesundheit der pädagogischen Fachkräfte ein Teil der Evaluation in PNO.

In Tabelle 14 ist eine Einschätzung der Verletzungen und Erkrankungen der pädagogischen Fachkräfte getrennt nach einer Beeinträchtigung zum Befragungszeitpunkt sowie nach der 12-Monats-Prävalenz dargestellt. Die Angaben der an PNO teilnehmenden Fachkräfte entsprechen anderen Studienergebnisse im Bereich der Fachkräftegesundheit (z. B. Viernickel & Voss, 2012): Dementsprechend leiden die Fachkräfte am häufigsten unter Muskel-Skelett-Erkrankungen, gefolgt von Neurologischen und Sensorischen Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und an letzter Stelle Psychischen Erkrankungen. In beiden Evaluationsgruppen ist die Häufigkeit der Erkrankung jeweils ähnlich verteilt und bleibt zwischen beiden Befragungszeitpunkten auch relativ stabil, mit der Ausnahme, dass die Fachkräfte der Durchführungsgruppe zum zweiten Befragungszeitpunkt von weniger Muskel-Skelett-Erkrankungen während der letzten 12 Monate berichten als bei der ersten Befragung und dass bei der zweiten Befragung deutlich weniger Fachkräfte der Kontrollgruppe von neurologischen und sensorischen Erkrankungen akut betroffen sind.

Weitere gesundheitsrelevante Aspekte der pädagogischen Fachkräfte, wie z. B. bestehende Erkrankungen, Arbeitsfähigkeit und der eingeschätzte Einfluss der Arbeit auf die Gesundheit, Angaben zur Lebensweise und beruflichen Gratifikation sind ebenso erfragt worden und sind getrennt für beide Messzeitpunkte und Evaluationsgruppen in Tabelle 9 und Tabelle 15 ersichtlich.

In Tabelle 9 ist dargestellt von welchen Erkrankungen und Verletzungen die pädagogischen Fachkräfte in den teilnehmenden Einrichtungen betroffen sind. Verschiedene Studien unterstreichen, dass die Arbeit in Kindertageseinrichtungen gesundheitlich belastend sein kann. So zeigen verschiedene Studien, dass die Krankheitstage dieser Berufsgruppe in den vergangenen Jahren stetig angestiegen sind und deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegen (Badura, Schellschmidt & Vetter, 2004, IKK-Bundesverband, 2006, Techniker Krankenkasse, 2010, Thinschmidt, Gruhne & Hoesl, 2008).

Die teilnehmenden Fachkräfte wurden gebeten aktuell zum Befragungszeitpunkt vorliegende Beeinträchtigungen und dies auch für die zurückliegenden 12 Monate anzugeben. Dabei zeigte sich, dass die von einer Beeinträchtigung betroffenen Fachkräfte zumeist unter einer Muskel- und Skelett-Erkrankung leiden und zwar sowohl in Bezug auf die aktuelle Situation als auch in der 12-Monats-Prävalenz und bei beiden Befragungszeitpunkten, sowohl bei den Fachkräften der Durchführungsgruppeneinrichtungen als auch bei denen der Kontrollgruppeneinrichtungen. Am zweithäufigsten in beiden Evaluationsgruppen und zu beiden Zeitpunkten berichten die Fachkräfte in Bezug auf die aktuelle Situation von neurologischen und sensorischen Störungen und am dritthäufigsten von Erkrankungen der Atemwege (außer in der Kontrollgruppe zum zweiten

Befragungszeitpunkt). In Bezug auf die aktuelle Situation unterscheidet sich die Reihenfolge der dritt- bis fünfhäufigsten Erkrankungen leicht, hier nennen die Fachkräfte Atemwegserkrankungen, psychische Beeinträchtigungen und weitere Erkrankungen.

In der 12-Monats-Prävalenz nennen die Fachkräfte zu beiden Messzeitpunkten und in beiden Evaluationsgruppen am zweithäufigsten jedoch Atemwegserkrankungen. Ergebnisse anderer Studien zur 12-Monats-Prävalenz (Viernickel & Voss, 2012, Viernickel et al., 2014) berichten eine leicht veränderte Reihenfolge, die eher der Reihenfolge der aktuell vorliegenden Erkrankung entspricht. In beiden Evaluationsgruppen und zu beiden Befragungszeitpunkten in der 12-Monats-Prävalenz wechselt die Reihenfolge der dritt- bis fünfhäufigsten Erkrankungen zwischen neurologischen und sensorischen Erkrankungen, psychischen Beeinträchtigungen und weiteren Erkrankungen.

Am stärksten beeinträchtigt fühlen sich die pädagogischen Fachkräfte in beiden Evaluationsgruppen bei der ersten Befragung von Erkrankungen, die in der Kategorie *Sonstige Erkrankungen* zusammengefasst sind. Hierbei handelt es sich vermutlich um Erkrankungen, die für die Betroffenen einen erhöhten Leidensdruck erzeugen, der sehr individuell ausgeprägt ist. Betrachtet man die konkreter abgefragten Erkrankungen, so fühlen sich die pädagogischen Fachkräfte der Durchführungsgruppe bei der ersten Befragung am stärksten von den Atemwegserkrankungen beeinträchtigt, in der Kontrollgruppe nehmen die neurologischen und sensorischen Störungen als spezifische Erkrankung das höchste Ausmaß der Beeinträchtigung an. Zum zweiten Befragungszeitpunkt ändert sich die Reihenfolge der gefühlten Beeinträchtigung: Die Fachkräfte der Durchführungsgruppe fühlen sich am stärksten eingeschränkt durch psychische Beeinträchtigungen, erst dann folgen sonstige Erkrankungen. Die Fachkräfte der Kontrollgruppe nennen bei der zweiten Befragung die größte Einschränkung durch neurologische und sensorische Erkrankungen, gefolgt von psychischen Beeinträchtigungen, die sonstigen Erkrankungen sind hier im gewählten Ausmaß der Beeinträchtigung auf den letzten Platz gesunken.

Tabelle 14: Erkrankungen und Verletzungen der pädagogischen Fachkräfte

	Durchführungsgruppe				Kontrollgruppe											
	Anzahl d. Erkrankten	t ₀ gefühlte derzeitige Beeinträchtigung ¹			Anzahl d. Erkrankten	t ₁ gefühlte derzeitige Beeinträchtigung ¹			Anzahl d. Erkrankten	t ₀ gefühlte derzeitige Beeinträchtigung ¹			Anzahl d. Erkrankten	t ₁ gefühlte derzeitige Beeinträchtigung ¹		
		n	M	SD												
Muskel- Skelett-Erkrankungen aktuell	19				18				21				19			
Muskel- Skelett-Erkrankungen letzte 12 Monate	31	31	2,48	,72	22	24	2,50	,59	30	24	2,63	,82	32	31	2,68	,83
Atemwegserkrankungen aktuell	5				7				8				6			
Atemwegserkrankungen letzte 12 Monate	13	13	2,69	,75	11	11	2,27	,79	15	14	2,43	,51	18	18	2,61	,78
Psychische Beeinträchtigungen aktuell	5				6				6				5			
Psychische Beeinträchtigungen letzte 12 Monate	7	7	2,57	,53	12	13	2,85	,38	12	11	2,91	,83	16	13	3,00	,82
Neurolog. und Sensor. Erkrankungen aktuell	7				10				10				3			
Neurolog. und Sensor. Erkrankungen letzte 12 Monate	16	15	2,47	,64	15	16	2,25	,77	12	13	2,92	,76	9	9	3,11	,60
Sonstige Erkrankungen aktuell	5				5				5				2			
Sonstige Erkrankungen letzte 12 Monate	8	8	3,13	,64	6	6	2,83	,98	6	6	3,17	,66	5	5	2,40	1,14

Erläuterungen

Skala zur Einschätzung der Beeinträchtigung: 1 = gar nicht beeinträchtigt; 2 = eher nicht beeinträchtigt; 3 = eher beeinträchtigt; 4 = sehr beeinträchtigt

¹ In die Auswertung der Einschätzung der Beeinträchtigung durch die Erkrankung wurden lediglich die Fälle eingeschlossen, die auch Angaben von der Beeinträchtigung betroffen zu sein bzw. in den letzten 12 Monaten davon betroffen waren.

Über das Vorliegen von Beeinträchtigungen hinausgehend, wurden die Fachkräfte gebeten, Angaben zu ihrer erlebten Arbeitsfähigkeit zu machen und den Einfluss der Arbeit auf ihre Gesundheit einzuschätzen. In Tabelle 10 sind diese und weitere Daten dargestellt. Generell beurteilen die Fachkräfte ihre Arbeitsfähigkeit und ihren körperliche bzw. psychischen Gesundheitszustand als eher gut, da die mittlere Bewertung sich auf einer 11-stufigen Skala zu beiden Befragungszeitpunkten und in beiden Evaluationsgruppen in der oberen Hälfte des möglichen Bewertungsspektrums liegt. Beide Evaluationsgruppen berichten von einer nahezu stabil bleibenden Einschätzung ihrer Arbeitsfähigkeit, die in der Durchführungsgruppe und in der Kontrollgruppe auch annähernd gleich hoch ausfallen. Die Fachkräfte der beiden Evaluationsgruppen berichten beim zweiten Befragungszeitpunkt von einer positiveren Einschätzung ihres körperlichen Gesundheitszustandes als bei der ersten Befragung, wo bei die Fachkräfte der Durchführungsgruppe den Einfluss der Arbeit auf die körperliche Gesundheit bei der zweiten Befragung niedriger einschätzen, die Fachkräfte der Kontrollgruppe im Durchschnitt eher von einem größeren Einfluss bei der zweiten Befragung berichten.

In Bezug auf die psychische Gesundheit berichten die Fachkräfte beider Evaluationsgruppen bei der zweiten Befragung von einem besseren psychischen Gesundheitszustand, wobei die Fachkräfte der Kontrollgruppe einen deutlicheren Anstieg der Einschätzung zeigen als die Fachkräfte der Durchführungsgruppe. Hierzu passt auch die Einschätzung des Einflusses der Arbeit auf die Gesundheit, die in der Einschätzung der Kontrollgruppe zwischen den Befragungen eher abnimmt, in der Durchführungsgruppe die Fachkräfte durchschnittlich eher der Ansicht sind, dass der Einfluss der Arbeit auf die psychische Gesundheit eher ansteigt.

Um nicht nur Rückschlüsse über die aktuelle Situation zu erhalten, wurden die Fachkräfte ebenso gebeten anzugeben, welche Relevanz gesunde Ernährung und Bewegung für sie persönlich hat und inwiefern sie mit Balance zwischen Arbeit und Freizeit sowie der ihnen zur Verfügung stehenden Freizeit zufrieden sind. Während die Fachkräfte der Durchführungsgruppe eine durchschnittlich annähernd gleichbleibende Einschätzung abgeben, wobei die Relevanz gesunder Ernährung sogar ein wenig abnimmt, berichten die Fachkräfte der Kontrollgruppe von einer gleichbleibenden Relevanz gesunder Ernährung und einem jeweils leichten durchschnittlichen Anstieg der Relevanz von Bewegung und einer größeren Zufriedenheit mit der verfügbaren Zeit und der Arbeit / Freizeit-Balance.

In der Literatur zeigt sich, dass die Anforderungen des Arbeitsfelds Kindertageseinrichtung stetig zunehmen, die gesellschaftliche Anerkennung dabei jedoch häufig ausbleibt (Thinschmidt, 2010). In der Fachdiskussion wird von einem Ungleichgewicht zwischen der Anerkennung und Entlohnung und den beruflichen Anforderungen, einer sog. Gratifikationskrise, gesprochen (Siegrist, 1996). Hiermit

werden häufig negative Emotionen und aktiver Distress und wiederkehrende zentralnervöse Aktivierungen in Verbindung gebracht, die gesundheitliche Folgen nach sich ziehen (Peter, 2002). Aus diesem Grund wurde ein Kurzfragebogen zu Erhebung von Gratifikationskrisen eingesetzt.

Tabelle 15: Deskriptive Angaben zu gesundheitsrelevanten Aspekten der pädagogischen Fachkräfte getrennt nach Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe

		Durchführungsgruppe						Kontrollgruppe					
		t ₀			t ₁			t ₀			t ₁		
		n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Arbeit und Gesundheit ¹	Einschätzung der Arbeitsfähigkeit	44	8,68	1,01	38	8,47	1,48	43	8,23	1,82	48	8,23	1,8
	Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustands	46	6,65	2,89	39	7,85	1,60	45	6,24	2,93	48	7,71	1,70
	Einschätzung des Einfluss der Arbeit auf die körperliche Gesundheit	47	3,66	2,54	37	3,32	2,16	45	3,44	2,23	48	3,94	2,50
	Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands	45	7,09	2,88	38	7,71	2,01	43	6,28	3,08	47	8,26	1,86
	Einschätzung des Einfluss der Arbeit auf die psychische Gesundheit	46	2,80	2,28	37	3,16	2,54	43	3,51	2,11	48	3,44	2,35
Lebensweise ²	Achten auf gesunde Ernährung	47	3,11	,56	38	3,00	,70	45	3,07	,72	48	3,06	,60
	Achten auf körperliche Bewegung	46	2,93	,77	37	2,92	,80	45	2,67	,85	48	2,77	,72
	Ausreichend Zeit für Sich	47	2,55	,85	38	2,50	,83	44	2,36	,94	48	2,63	,73
	Zufriedenheit mit Balance zwischen Arbeit und Freizeit	43	2,47	,83	35	2,49	,78	40	2,43	,87	46	2,59	,75
Berufliche Gratifikation ³	Skala Verausgabung	40	2,92	,66	34	2,98	,57	43	3,01	,47	47	2,96	,65
	Skala Belohnung	37	2,70	,79	35	2,59	,68	39	2,69	,67	48	2,86	,67
	Subskala Wertschätzung												
	Skala Belohnung Subskala Gehalt/Beruflicher Aufstieg	34	2,24	,58	27	2,19	,60	36	1,97	,63	41	2,08	,68
	Skala Belohnung Subskala Arbeitsplatzsicherheit	43	3,23	,57	34	3,15	,60	42	3,14	,61	46	3,20	,54
	Skala Belohnung	31	2,66	,52	27	2,62	,49	35	2,51	,48	39	2,67	,45
	Skala Berufliche Verausgabungsneigung	42	2,49	,58	32	2,52	,52	43	2,55	,62	46	2,51	,61

Erläuterungen

Skala:

¹ 0 = völlig arbeitsunfähig / sehr schlechter Gesundheitszustand / die Arbeit gefährdet meine Gesundheit nicht bis 10 = voll arbeitsfähig / sehr guter Gesundheitszustand / die Arbeit gefährdet meine Gesundheit sehr

² 1 = trifft gar nicht zu; 2 = trifft nur zum Teil/manchmal zu; 3 = trifft überwiegend/oft zu; 4 = trifft voll und ganz zu

³ 1 = stimme gar nicht zu; 2 = stimme nicht zu; 3 = stimme zu; 4 = stimme voll zu

Die teilnehmenden Fachkräfte der Durchführungsgruppe berichten bezüglich der Skalen zur beruflichen Gratifikation von einer fast durchgängig gleichbleibenden Einschätzung. Lediglich in der

Subskala Wertschätzung äußern die Fachkräfte eine leicht gesunkene empfundene Wertschätzung gegenüber ihrer Arbeit. Die Fachkräfte der Kontrollgruppe hingegen zeigen einen leichten Anstieg in den Subskalen der empfundenen Wertschätzung, der Einschätzung der Entlohnung bzw. Aufstiegschancen und damit auch der übergeordneten Skala Belohnung. In den anderen drei Skalen bzw. Subskalen zeigen sie auch gleichbleibende Werte. Um genaueren Aufschluss darüber zu erhalten, ob die unterschiedliche Entwicklung der durchschnittlichen Selbsteinschätzungen in beiden Evaluationsgruppen jedoch statistisch signifikant ist, wurden weitere Analyse durchgeführt.

In der inferenzstatistischen Auswertung mit Messwiederholung, zeigen sich auf Ebene der Gesundheit pädagogischer Fachkräfte keine statistisch signifikanten Ergebnisse, abgesehen von zwei signifikanten Haupteffekten über die Zeit, der eine Verbesserung des wahrgenommenen körperlichen bzw. psychischen Gesundheitszustandes in beiden Gruppen beschreibt (körperlicher Gesundheitszustand: $F(1,55) = 6,403$; $p = 0,014$ bzw. psychischer Gesundheitszustand: $F(1,53) = 7,633$; $p = 0,008$).

Tabelle 16: Mittelwertsvergleiche zwischen beiden Evaluationsgruppen zur Veränderung gesundheitsrelevanter Aspekte bei den pädagogischen Fachkräften zwischen den beiden Messzeitpunkten

	Durchführungsgruppe						Kontrollgruppe					
	n	t ₀		t ₁		n	t ₀		t ₁		SD	
Einschätzung der Arbeitsfähigkeit	27	8,37	1,04	8,33	1,16	27	8,11	1,93	8,07	1,84		
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,52) = 0,021$; $p = 0,885$; $\eta_p^2 = 0,000$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,52) = 0,000$; $p = 1,000$; $\eta_p^2 = 0,000$											
Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes	30	6,93	2,69	7,83	1,70	27	6,30	2,93	7,48	1,85		
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,55) = 6,403$; $p = 0,014$; $\eta_p^2 = 0,104$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,55) = 0,120$; $p = 0,731$; $\eta_p^2 = 0,002$											
Einschätzung des Einfluss der Arbeit auf die körperliche Gesundheit	29	3,62	2,69	3,41	2,32	27	3,07	2,11	4,04	2,36		
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,54) = 1,500$; $p = 0,226$; $\eta_p^2 = 0,027$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,54) = 3,591$; $p = 0,063$; $\eta_p^2 = 0,062$											
Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes	29	7,14	2,72	7,59	2,24	26	5,96	3,12	8,04	2,13		
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,53) = 7,633$; $p = 0,008$; $\eta_p^2 = 0,126$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,53) = 3,175$; $p = 0,081$; $\eta_p^2 = 0,057$											
Einschätzung des Einfluss der Arbeit auf die psychische Gesundheit	28	2,54	2,22	3,14	2,73	27	3,52	2,24	3,74	2,38		
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,53) = 1,769$; $p = 0,189$; $\eta_p^2 = 0,032$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,53) = 0,381$; $p = 0,540$; $\eta_p^2 = 0,007$											
Achten auf gesunde Ernährung	29	3,14	,64	3,10	,67	27	3,19	,68	3,19	,56		
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: $F(1,54) = 0,047$; $p = 0,829$; $\eta_p^2 = 0,001$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: $F(1,54) = 0,047$; $p = 0,829$; $\eta_p^2 = 0,001$											

Achten auf körperliche Bewegung	28	2,96	,79	2,93	,86	27	2,59	,84	2,74	,71
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: F(1,53) = 0,412; p = 0,524; $\eta_p^2 = 0,008$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: F(1,53) = 1,101; p = 0,299; $\eta_p^2 = 0,020$									
Ausreichend Zeit für Sich	29	2,62	,78	2,59	,82	27	2,33	,96	2,52	,75
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: F(1,54) = 0,398; p = 0,531; $\eta_p^2 = 0,007$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: F(1,54) = 0,847; p = 0,362; $\eta_p^2 = 0,015$									
Zufriedenheit mit Balance zwischen Arbeit und Freizeit	28	2,46	,74	2,57	,79	25	2,52	,92	2,52	,82
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: F(1,51) = 0,223; p = 0,639; $\eta_p^2 = 0,004$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: F(1,51) = 0,223; p = 0,639; $\eta_p^2 = 0,004$									
Skala Verausgabung	25	2,92	,63	3,05	,60	27	3,01	,48	2,99	,62
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: F(1,50) = 0,677; p = 0,415; $\eta_p^2 = 0,013$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: F(1,50) = 1,432; p = 0,237; $\eta_p^2 = 0,028$									
Skala Belohnung Subskala Wertschätzung	21	2,67	,80	2,55	0,76	26	2,71	,71	2,81	,66
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: F(1,45) = 0,015; p = 0,904; $\eta_p^2 = 0,000$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: F(1,45) = 1,311; p = 0,258; $\eta_p^2 = 0,028$									
Skala Belohnung Subskala Gehalt/Beruflicher Aufstieg	19	2,11	,54	2,07	,64	24	2,06	,65	2,06	,62
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: F(1,41) = 0,042; p = 0,838; $\eta_p^2 = 0,001$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: F(1,41) = 0,042; p = 0,838; $\eta_p^2 = 0,001$									
Skala Belohnung Subskala Arbeitsplatzsicherheit	26	3,15	,52	3,10	,57	27	3,24	,47	3,15	,53
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: F(1,51) = 1,203; p = 0,278; $\eta_p^2 = 0,023$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: F(1,51) = 0,065; p = 0,800; $\eta_p^2 = 0,001$									
Skala Belohnung	16	2,56	,50	2,60	,45	24	2,59	,49	2,58	,40
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: F(1,38) = 0,054; p = 0,817; $\eta_p^2 = 0,001$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: F(1,38) = 0,106; p = 0,746; $\eta_p^2 = 0,106$									
Skala Berufliche Verausgabungseignung	24	2,39	,62	2,45	,57	26	2,58	,67	2,65	,67
	Haupteffekt über die Messzeitpunkte: F(1,48) = 2,182; p = 0,146; $\eta_p^2 = 0,043$ Interaktion Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe: F(1,48) = 0,023; p = 0,879; $\eta_p^2 = 0,000$									

Erläuterungen

Skala:

¹ 0 = völlig arbeitsunfähig/sehr schlechter Gesundheitszustand/die Arbeit gefährdet meine Gesundheit nicht bis 10 = voll arbeitsfähig/sehr guter Gesundheitszustand/die Arbeit gefährdet meine Gesundheit sehr

² 1 = trifft gar nicht zu; 2 = trifft nur zum Teil/manchmal zu; 3 = trifft überwiegend/oft zu; 4 = trifft voll und ganz zu

³ 1 = stimme gar nicht zu; 2 = stimme nicht zu; 3 = stimme zu; 4 = stimme voll zu

Haupteffekte und Interaktionen werden jeweils mittels Greenhouse-Geisser berichtet.

4.3 Ergebnisse auf Ebene der Eltern

Anders als bei den Fachkräfte- und Kinderbefragungen wurde bei den Eltern auf eine pseudonymisierte Zuweisung der Angaben von beiden Messzeitpunkten verzichtet, sodass im folgenden keine Auswertungen mit Verfahren der Messwiederholung eingesetzt werden, sondern sämtliche Daten getrennt nach den zwei Messzeitpunkten ausgewertet werden. Die Eltern wurden im Rahmen der Basiserhebung schriftlich mittels Fragebögen, die soweit möglich in der entsprechenden Herkunftssprache übersetzt waren, befragt.

Stichprobenbeschreibung

In Tabelle 17 sind die soziodemographischen Angaben der teilnehmenden Eltern dargestellt: In beiden Evaluationsgruppen wurde der Fragebogen mehrheitlich durch die Mutter allein ausgefüllt (77,6%-88,8%, s. Tabelle 17). Der Anteil Alleinerziehender ist in den Einrichtungen der Durchführungs- und Kontrollgruppe annähernd stabil und zwischen beiden Evaluationsgruppen ausgewogen (6,1%-10,4%). Gleiches gilt auch für die Erwerbstätigkeit des/-r Befragten (77,1%-84,3%) und die Erwerbstätigkeit des/-r Lebenspartners/-in (90,0%-98,8%).

Tabelle 17: Stichprobenbeschreibung der schriftlichen Befragung bei den Eltern

	Durchführungsgruppe		Kontrollgruppe	
	t ₀	t ₁	t ₀	t ₁
n=	200	125	170	169
Durchschnittliches Alter des/r Befragten	36,1 Jahre	35,9 Jahre	35,6 Jahre	35,6 Jahre
Fragebogen ausgefüllt von...				
Mutter	83,9%	88,8%	77,6%	79,3%
Vater	8,3%	6,4%	8,5%	8,5%
Mutter und Vater	7,3%	4,8%	13,9%	11,6%
Sonstige Person	0,5%	0%	0%	0,6%
Alleinerziehender Elternteil	8,2%	10,4%	8,4%	6,1%
Erwerbstätigkeit des/r Befragten	80,3%	84,3%	79,6%	77,1%
Erwerbstätigkeit des/r Lebenspartners/-in	98,8%	98,1%	95,8%	90,9%

Es werden nachfolgend zunächst die Ergebnisse aus der Basiserhebung (Fragebogen) der sechs Einrichtungen (3 DG-Kitas, 3 KG-Kitas) dargestellt. Diese werden anschließend durch die Ergebnisse aus der vertieften Erhebung (Interviews) ergänzt. Dabei werden zum einen der selbst erlebte Grad der Informationen über das Projekt sowie Beteiligungsmöglichkeiten beleuchtet. Zum anderen werden Veränderungen bei den Eltern in Bezug auf die Bereiche Haltung / Einstellung / Denkmuster, Handeln und Wissen aus Perspektive der Eltern (Selbsteinschätzung) und der Fachkräfte (Fremdeinschätzung) erfasst.

Ergebnisse aus der Basiserhebung (Fragebogen)

Die Eltern gaben zum ersten Befragungszeitpunkt mehrheitlich an durch einen Elternbrief über PNO informiert worden zu sein. Bei der zweiten Befragung waren die Angaben zu den Informationswegen über PNO, insbesondere in den Einrichtungen der Durchführungsgruppe dann ausgeglichener verteilt.

Tabelle 18: Informationswege über PNO für Eltern

Wie von PNO erfahren?	Durchführungsgruppe		Kontrollgruppe	
	t ₀	t ₁	t ₀	t ₁
... durch einen Elternabend/-nachmittag	29	68	34	50
... durch ein persönliches Gespräch mit der Fachkraft	22	63	18	22
... durch einen Elternbrief	158	59	118	89
... durch andere Eltern	12	14	3	2
... durch ein Informationsschreiben	72	23	67	66
... durch das eigene Kind	0	3	0	1
... gar nicht bzw. durch den Fragebogen	9	7	8	23

Erläuterungen:

Mehrfachnennung möglich

Die Eltern wurden zu Informations- und Unterstützungsmöglichkeiten zu Gesundheitsförderung in der Einrichtung befragt, sowie um ihre Einschätzung gebeten, inwiefern Gesundheitsförderung in den pädagogischen Alltag in der Einrichtung einfließt, wie sie mit der Einrichtung im Allgemeinen zufrieden sind und wie zufrieden sie mit der Information über PNO sind. Durchschnittlich steigen dabei in beiden Evaluationsgruppen die Werte jeweils an und legen eine positive Entwicklung nahe. Lediglich die Zufriedenheit bezüglich der Information über PNO in der Kontrollgruppe sinkt zwischen den beiden Befragungszeitpunkten ab, was vermutlich damit zu erklären ist, dass die Einrichtungen der Kontrollgruppe versetzt, also nach dem zweiten Befragungszeitpunkt mit der Organisationsentwicklung beginnen.

Tabelle 19: Skalen zur Einschätzung relevanter Aspekte der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen durch die Eltern

	Durchführungsgruppe						Kontrollgruppe					
	t ₀			t ₁			t ₀			t ₁		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Informationsmöglichkeiten zur Gesundheitsförderung	190	2,83	,73	123	3,04	,80	162	2,53	,74	160	2,67	,72
Unterstützungsmöglichkeiten zur Gesundheitsförderung	162	2,40	,91	105	2,80	,92	139	2,07	,87	146	2,45	,92
Umsetzung im pädagogischen Alltag	178	3,19	,56	119	3,40	,49	142	2,95	,48	150	3,04	,60
Zufriedenheit mit der Einrichtung	165	3,54	,48	105	3,57	,44	138	3,32	,55	146	3,38	,55
Zufriedenheit bezügl. Information zu PNO ¹	186	3,14	,77	112	3,28	,66	162	3,15	,69	162	3,09	,83

Erläuterungen

Skala: 1 = gar nicht; 2 = nur zum Teil / manchmal; 3 = überwiegend / oft; 4 = voll und ganz bzw.

¹Skala: 1 = unzufrieden; 2 = eher unzufrieden; 3 = eher zufrieden; 4 = zufrieden

Die Eltern der Durchführungsgruppe, die an der zweiten Befragung teilgenommen haben, geben an, dass sie signifikant bessere Möglichkeiten haben Informationen zu Gesundheitsförderung von den pädagogischen Fachkräften zu erhalten als die Eltern, die an der ersten Befragung vor Beginn des Organisationsentwicklungsprozess teilgenommen haben ($U(190,123) = 9740,50$; $p = ,012$). Ebenso berichten die teilnehmenden Eltern bei der Befragung nach Ende der Organisationsentwicklung von signifikant mehr vorhandenen Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu Gesundheitsförderung in der Kindertageseinrichtung als die befragte Elterngruppe vor Beginn der Qualifikation ($U(162,105) = 6481,50$; $p = ,001$). Ebenso geben die Eltern beim zweiten Messzeitpunkt an, dass signifikant häufiger die Umsetzung der Gesundheitsförderung in den pädagogischen Alltag einfließt ($U(178,119) = 8286,00$; $p = ,001$). Bezüglich der Zufriedenheit mit der jeweiligen Einrichtung und der Zufriedenheit mit der Information über PNO zeigen sich in den deskriptiven Daten zwar eine positive Veränderung zwischen der beim ersten Messzeitpunkt befragten Eltern und denen beim zweiten Messzeitpunkt, dieser ist allerdings statistisch nicht signifikant.

Die Eltern der Kontrollgruppe berichten zwar von besseren Informationsmöglichkeiten zu Gesundheitsförderung, von einer stärkeren Umsetzung der Gesundheitsförderung im pädagogischen Alltag und auch von einer größeren Zufriedenheit mit der Einrichtungen, wobei alle Effekte statistisch nicht signifikant sind. Lediglich bezüglich der Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten in der Einrichtung zeigt sich zwischen den beiden Zeitpunkten auch bei den Eltern der Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung ($U(139,146) = 7733,00$; $p = ,000$). Auch die bereits erwähnte gesunkene Zufriedenheit bezüglich der Information zu PNO in den Kontrolleinrichtungen ist statistisch nicht signifikant.

Ergebnisse aus der vertieften Erhebung (Interviews)

Die Aussagen zum *Einbezug der Eltern ins Projekt durch Informationen seitens der Einrichtung* variieren in der Durchführungsgruppe über den Projektverlauf: Die Hälfte der qualitativ befragten Eltern (5 von 9) berichten zum Zeitpunkt t_1 , dass sie zwar zu Beginn des Projekts transparente und zufriedenstellende Informationen bezüglich der Ziele und Maßnahmen des Projekts erhalten haben; dieselbe Anzahl berichtet jedoch auch davon, dass sie in der Gesamtschau des Projekts wenig bzw. keine Informationen erhalten haben.

Alle qualitativ befragten Eltern sind sich einig darüber, dass sie in den Organisationsentwicklungsprozess des PNO-Projekts in ihrer Einrichtung *nicht aktiv einbezogen* wurden. Für drei der befragten Eltern in zwei Einrichtungen ist dies aber „nicht schlimm“. *Formen des passiven Einbezogen-Seins* werden beispielsweise darin gesehen, dass Eltern im Verlauf durch die Fachkräfte über die Angebote, die im Rahmen der Organisationsentwicklung mit den Kindern umgesetzt wurden (Eltern in zwei Einrichtungen), bzw. über ihr Kind selbst (Eltern in einer

Einrichtung), Informationen erhalten. Des Weiteren gaben vier Eltern aus den drei Einrichtungen an, über die Evaluation in das Projekt einbezogen worden zu sein. In einer Einrichtung berichten drei von vier befragten Eltern, dass ein konkretes, niedrigschwelliges Eltern-Projekt für die Eltern der U3-Gruppe gestaltet wurde, was sie sich für ihre Gruppe ebenfalls wünschen würden.

Ob und zu welchen Veränderungen es bei den Eltern in Bezug auf die Bereiche Haltung / Einstellung / Denkmuster, Handeln und Wissen über den Zeitraum des Organisationsentwicklungsprozesses gekommen ist, wird nachfolgend dargestellt.

Aus der Perspektive der Fachkräfte der Durchführungsgruppe (Fremdeinschätzung) wurden zum Zeitpunkt t_1 keine beobachtbaren Veränderungen bei den Eltern berichtet. Dies deckt sich zum Teil mit der Selbsteinschätzung der befragten Eltern. In allen drei Einrichtungen berichtet jeweils nur ein Elternteil von Veränderungen im Bereich *Haltung / Einstellung / Denkmuster*. Zusammenfassend betrifft dies folgende Aspekte:

- auch negativ bewerteten Gefühlen beim Kind Berechtigung einräumen
- PNO wurde zunächst als Kitaprojekt verstanden; später wollte die Mutter immer mehr Teil davon sein
- anfängliche Unsicherheiten gegenüber der Umsetzung von Resilienzförderung durch die pädagogischen Fachkräfte beim eigenen Kind wandelten sich in hohe Zufriedenheit und aktives Interesse
- Grundsätzliches Interesse für die Themen Gesundheitsförderung und Prävention und das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis und davon anderen Menschen zu berichten
- aktive Mitgestaltung bei den Themen ist als Mutter oder Vater möglich
- Die Thematik Resilienz muss mehr in die Ausbildung von Erzieher/-innen und Lehrkräften integriert werden

Aus einer Einrichtung berichten zudem zwei Eltern von Veränderungen im Bereich des Handelns: Die beiden gingen mehr auf ihre Kinder ein, indem sie sie ausreden und Dinge selbst tun lassen und ihnen so Selbstwirksamkeitserfahrungen bieten. Des Weiteren akzeptieren sie die Methoden, die die Kinder aus der Einrichtung mit nach Hause bringen und bauen sie stellenweise im Alltag mit ein. Ein Elternteil spricht davon, feinfühlicher und hellhöriger bei Kleinigkeiten zu sein. Ein anderer Elternteil knüpft zum einen an Gefühlsverbalisierungen des Kindes an und nutzt diese als Gesprächsanlass und setzt sich zum anderen zu Hause mit dem Thema Resilienz auseinander.

Bei den befragten Eltern in zwei Einrichtungen wird zu t_1 eher kein *Wissenszuwachs* berichtet; in der einen Einrichtung liege dies bei beiden Eltern daran, dass das Wissen über die Thematiken vorher schon hoch gewesen sei. In der dritten Einrichtung berichten zwei Eltern von einem Wissenszuwachs über den Verlauf des Projekts hinweg, der sich auf das Wissen um die Bedeutung des neuen Begriffs

„Resilienz“ sowie auf das grundsätzliche praktische Vorgehen bei einer Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen bezieht.

Zum Zeitpunkt t1 stimmen acht der neun qualitativ befragten Mütter der Aussage „Gesundheitsförderung und Prävention ist Kernbestandteil pädagogischer Arbeit in Kindertageseinrichtungen“ zu, eine stimmt nicht zu. Im Vergleich zum Zeitpunkt t0 ist die Zustimmung damit in zwei Einrichtungen gleichgeblieben bzw. hat sich in einer Einrichtung erhöht.

4.4 Ergebnisse auf Ebene der Kinder

Im Rahmen der vertieften Evaluation wird die Ebene der Kinder durch zwei unterschiedliche Datenquellen untersucht: Einerseits durch eine Befragung der Kinder selbst mittels standardisierter Instrumente zu ihrem Selbstkonzept und zu Resilienz im Sinne einer Vollerhebung der Einrichtungen, andererseits wurden auch die pädagogischen Fachkräfte gebeten für einen Teil der betreuten Kinder eine Einschätzung zu deren psychischen Wohlbefinden und den sozialen Beziehungen abzugeben. Die vertiefte Evaluation orientiert sich am gewählten Schwerpunkt der Organisationsentwicklung, dieser war bei allen Einrichtungen, die in diesen Zwischenbericht einfließen, *Seelische Gesundheit und Resilienz*. Die Erhebung selbst findet vor der Durchführung des Schwerpunktbausteins und ein weiteres Mal zum Ende des Organisationsentwicklungsprozesses statt, sodass für diese Zwischenauswertung Daten aus den drei Einrichtungen der Durchführungsgruppe vorliegen. Bei den Einrichtungen der Kontrollgruppe konnten entsprechende Daten noch nicht erhoben werden, da diese ihren inhaltlichen Schwerpunkt noch nicht festgelegt hatten.

Stichprobe

In Tabelle 20 ist die Gesamtanzahl der zu beiden Messzeitpunkten anwesenden Kinder in der Vollerhebung, sowie die Anzahl derjenigen Kinder, die in der Fremdeinschätzung durch die pädagogischen Fachkräfte erfasst wurden, dargestellt.

Tabelle 20: Stichprobenbeschreibung der Kinder

	nur Durchführungsgruppe	
	t0	t1
Stichprobe der Vollerhebung		
n	105	132
Geschlecht (m/w)	51/54	64/68
durchschnittliches Alter	4,1 Jahre	4,6 Jahre
Stichprobe der Fremdeinschätzung durch päd. Fachkräfte		
n	122	124
Geschlecht (m/w)	50/50	61/52

Resilienz und Selbstkonzept (Selbsteinschätzung)

Wie in Tabelle 21 dargestellt, schätzen sich die Kinder in allen vier Skalen bei der Befragung nach der Organisationsentwicklung besser ein, wenn man alle Kinder berücksichtigt, die mindestens an einer der beiden Befragungen teilgenommen haben.

Tabelle 21: Deskriptive Daten zu Selbstkonzept und Resilienz zu beiden Befragungszeitpunkten

Selbsteinschätzung durch die Kinder	nur Durchführungsgruppe					
	n	t ₀ M	SD	n	t ₁ M	SD
Skala Körperliches Selbstkonzept	100	2,78	,70	129	2,92	,73
Skala Soziales Selbstkonzept	104	3,35	,55	130	3,53	,47
Skala Selbstkonzept der Fähigkeiten	101	3,44	,53	131	3,66	1,12
Skala Resilienz	64	3,23	,39	111	3,33	,44

Erläuterungen:

Skala: 1 = ganz wenig; 2 = ein bisschen; 3 = ziemlich; 4 = viel

Legt man in der Analyse nur Daten der Kinder zugrunde, die zu beiden Messzeitpunkten teilgenommen haben, um die individuelle Veränderung berücksichtigen zu können, so zeigen sich in allen vier Skalen signifikante Verbesserungen (s. Tabelle 22). Durchschnittlich zeigen die Kinder ein signifikant positiveres Körperliches Selbstkonzept ($t(88) = -2,718$; $p = ,008$), ein signifikant positiveres Soziales Selbstkonzept ($t(92) = -2,667$; $p = ,009$), eine signifikant positivere Ausprägung des Selbstkonzepts der Fähigkeiten ($t(89) = -2,196$; $p = ,031$) und eine signifikant bessere Ausprägung der Resilienz ($t(56) = -2,666$; $p = ,010$).

Tabelle 22: Mittelwertsvergleich derjenigen Kinder, die an beiden Befragungen teilgenommen haben, zu Selbstkonzept und Resilienz

	n	nur Durchführungsgruppe					
		t ₀		t ₁		t	
		M	SD	M	SD		
Skala Körperliches Selbstkonzept	89	2,79	,69	3,20	,68	-2,718*	
Skala Soziales Selbstkonzept	93	3,37	,54	3,54	,48	-2,677**	
Selbstkonzept der Fähigkeiten	90	3,46	,51	3,76	1,32	-2,196*	
Skala Resilienz	57	3,25	,38	3,42	,42	-2,666*	

Erläuterungen:

Skala: 1 = ganz wenig; 2 = ein bisschen; 3 = ziemlich; 4 = viel

Weitere Veränderungen bei den Kindern (Fremdeinschätzung)

Nachdem im Abschnitt zuvor die Veränderungen bei den Kindern im Bereich Selbstkonzept und Resilienz in der Selbsteinschätzung berichtet wurden, werden nachfolgend die Ergebnisse aus der Fremdeinschätzung durch Fachkräfte (erhoben durch qualitative Interviews und KOMPIK von Bauer, Krause & Mayr, 2010) und Eltern, (erhoben durch qualitative Interviews) dargestellt.

In der Fremdeinschätzung der Kinder durch die betreuenden pädagogischen Fachkräfte in den Einrichtungen, zeigt sich ebenso ein Anstieg in allen zwei Subskalen, sowie der Gesamtskala. Werden die Daten aller Kinder, die durch die Fachkräfte getrennt zu beiden Erhebungszeitpunkten eingeschätzt wurden, betrachtet, so zeigt sich insbesondere in der Skala der sozialen Beziehungen eine Verbesserung (s. Tabelle 23).

Tabelle 23: Deskriptive Daten aus der Fremdeinschätzung durch die pädagogischen Fachkräfte zu beiden Messzeitpunkten zu psychischem Wohlbefinden und sozialen Beziehungen (KOMPIK)

	nur Durchführungsgruppe					
	n	t ₀ M	SD	n	t ₁ M	SD
Subskala Psychisches Wohlbefinden	122	4,09	,64	124	4,23	,62
Subskala Soziale Beziehungen	122	3,46	,96	124	3,98	,85
Gesamtskala	122	3,83	,67	124	4,15	,61

Erläuterungen:

Skala: 1 = trifft nicht zu/sehr selten/nie; 2 = trifft wenig zu/selten; 3 = trifft teilweise zu / manchmal; 4 = trifft überwiegend zu / häufig; 5 = trifft völlig zu / sehr häufig

Berücksichtigt man nur die Daten der Kinder, für die zu beiden Messzeitpunkten Daten vorlagen, so zeigen sich für die Subskala Soziale Beziehungen ($t(90) = -6,836$; $p = ,000$) sowie die Gesamtskala Psychisches Wohlbefinden und Soziale Beziehungen ($t(90) = -5,165$; $p = ,000$) statistisch hoch signifikante Effekte. In der Subskala des Psychischen Wohlbefindens zeigt sich zwischen den beiden Erhebungen auch eine positive Entwicklung, jedoch nicht in signifikantem Ausmaß ($t(90) = -1,596$; $p = ,114$ (s. Tabelle 24).

Tabelle 24: Mittelwertsvergleich derjenigen Kinder, von denen zu beiden Messzeitpunkten Einschätzungen der Fachkräfte vorlagen, zu psychischem Wohlbefinden und sozialen Beziehungen

	n	nur Durchführungsgruppe				t
		t ₀		t ₁		
		M	SD	M	SD	
Subskala Psychisches Wohlbefinden	91	4,12	,61	4,22	,61	-1,596
Subskala Soziale Beziehungen	91	3,46	,95	4,01	,77	-6,836***
Gesamtskala	91	3,85	,64	4,15	,57	-5,165***

Erläuterungen:

Skala: 1 = trifft nicht zu / sehr selten / nie; 2 = trifft wenig zu / selten; 3 = trifft teilweise zu / manchmal; 4 = trifft überwiegend zu / häufig; 5 = trifft völlig zu / sehr häufig

Zu Veränderungen durch das Projekt auf Ebene der Kinder zum Zeitpunkt t₁ ergaben sich aus den qualitativen Interviews mit Eltern und Fachkräften über die Durchführungsgruppe hinweg keine Gemeinsamkeiten, aber Spezifika hinsichtlich der drei Einrichtungen.

Zu den einzelnen Einrichtungen ist Folgendes zu nennen:

In einer Einrichtung gibt es hierzu sowohl von Fachkräften als auch von Eltern keine Aussagen.

In der zweiten Einrichtung berichtet ein Elternteil davon, dass zum einen die Beziehung zwischen ihrem Kind und dem/r entsprechenden Bezugserzieher/-in immer enger werde, er/sie aber nicht

genau sagen könne, ob diese beobachtete Veränderung durch das Projekt PNO oder die allgemeine Entwicklung käme. Außerdem berichten sie / ihr Kind von Methoden, die in der Kindertageseinrichtung angewandt und umgesetzt werden.

In besonderer Weise treten die Aussagen von zwei Fachkräften und zwei Elternteilen in der dritten Einrichtung hervor, die Veränderungen bei den Kindern beschreiben: Dass die Kinder Gefühle differenzierter benennen, nehmen zwei Fachkräfte und ein Elternteil wahr. Die beiden Fachkräfte ergänzen diese Beobachtung dadurch, dass vor allem eine Offenheit der Kinder gegenüber negativ besetzten Gefühlen bestehe. Eine Fachkraft nimmt ein stärkeres Zugehen der Kinder auf sie wahr. Beide Elternteile berichten wie in einer der anderen Einrichtungen, dass ihre Kinder zu Hause von Methoden berichten, die in der Kindertageseinrichtung angewandt und umgesetzt werden. Der eine Elternteil nimmt zu Hause unter den Geschwistern einen prosozialeren Umgang wahr (z. B. „Großer hilft dem Kleinen“); der andere Elternteil spricht davon, dass sein Kind eine größere Offenheit gegenüber anderen Kindern zeige. Aber auch diese Beobachtung sei nicht eindeutig auf das Projekt zurückzuführen.

Einblick in Entwicklungsaspekte einer teilnehmenden Kita zum Schwerpunktthema seelische Gesundheit und Resilienz

(Zusammengestellt aus den Protokollen der Prozessevaluation von Prozessbegleitung und Steuerungsverantwortlichen der Organisationsentwicklung)

„Bei den Erzieherinnen hat es „Klick“ gemacht. Sie haben erkannt wie wichtig das Thema „Gefühle“ ist und wie vielfältig. Sie entwickelten einen Leitfaden für eine systematische Vorgehensweise im „Umgang mit Kindern mit herausforderndem Verhalten“.

Die Einrichtung hat ein Gefühlsprojekt erarbeitet. Dabei beschäftigen sich die Kinder in den verschiedenen Bildungsbereichen mit dem Thema "Gefühle":

- Die Erzieher/-innen basteln mit den Kindern eine Gefühlsuhr. Diese stellen die Kinder jeden Morgen im Morgenkreis, sowie einige Male im Laufe des Tages.
- Die Einrichtung stellt den Eltern Bastelmaterial zur Verfügung, damit die Eltern mit ihren Kindern zu Hause auch eine Gefühlsuhr basteln können.
- In Zusammenarbeit mit den Eltern gestalten die Kinder ein „Sorgenpüppchen“. Zur Verwendung dieses Sorgenpüppchens bekommen die Eltern eine Anleitung von den Erzieher/-innen für zu Hause
- Die Kinder wünschten sich einen Wuteimer. Dieser wurde im Flur platziert, damit die Kinder die Verwendung des Eimers den Eltern demonstrieren können. Der Wuteimer dient dazu, die Wut in den Eimer zu schreien oder hinein zu sagen, über was das Kind sich ärgert.

- Die Kinder verglichen Wut mit einem Vulkan. Bei einem Vulkan weiß man nie wie lange es schon in ihm brodelt und wann er ausbricht. So ähnlich ist das auch mit der Wut. Diese staut sich manchmal an und platzt dann unkontrolliert heraus. Der Unterschied zum Vulkan ist, dass die Wut kontrolliert werden kann, wenn dies geübt wird. Die Kinder gestalteten mit den Erzieher/-innen einen Vulkan.
- Um die Kinder für ihre eigene Körperwahrnehmung in Verbindung mit Gefühlen zu sensibilisieren, wurden verschiedene Übungen mit den Kindern durchgeführt: Wie sehe ich aus, wenn ich z.B. wütend bin, traurig bin etc. Dazu betrachtet sich das Kind vor dem Spiegel. Gleichzeitig geht es auf Spurensuche im Körper, wo das Gefühl im Körper sitzt.

Eine Themenwand wurde gestaltet. Darauf wurden die Methoden zur Stärkung der Kinder abgebildet: Stärkeprofil, Gefühlsuhr, Portfolioblatt - Gefühlswelt. Wie die seelische Gesundheit der Kinder gefördert werden kann, wurde ebenfalls sichtbar für die Eltern abgebildet.

Beim Sommerfest wurde ein Theaterstück zum Thema Gefühle mit allen Kindern einstudiert. Im Vorfeld interviewten die Fachkräfte die Eltern zu diesem Thema. Dies wurde gefilmt und auch am Sommerfest gezeigt. Um den Prozess transparent nach außen zu machen wurde der Bürgermeister eingeladen, sowie die Presse, die Prozessbegleitung und die zuständige regionale Präventionsbeauftragte.

Auch im Bereich der Dienstbesprechung zeigte sich eine Veränderung. Das Thema PNO wurde fester Bestandteil davon. In jeder Teamsitzung wird das Thema „Resilienz“ aufgegriffen. Entweder das Team oder die „Resilienzbeauftragte“ geben einen Input in Form von der Vorstellung neuer Bücher, Materialien, Themen oder stärkeorientierter Beobachtung. Dies wird in einem Methodenkoffer zur Förderung der seelischen Gesundheit gesammelt.

4.5 Zwischenfazit

Nachfolgend werden die Ergebnisse der ersten Zwischenauswertung der Wirkungsevaluation zusammenfassend nach der jeweiligen Ebene dargestellt.

Fachkräfte

In der quantitativen Auswertung zeigt sich bei den Fachkräften der Durchführungsgruppe eine deutlich positive Tendenz in Bezug auf die selbst eingeschätzte Kompetenzentwicklung: Sie berichten fast durchgängig von einem Kompetenzanstieg in relevanten Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention, während die Entwicklung der Kompetenzeinschätzung bei den Fachkräften der Kontrollgruppe nicht einheitlich verläuft. Auch der von den Einrichtungen gewählte thematische Schwerpunkt innerhalb der Organisationsentwicklung lässt sich in den quantitativen Daten abbilden,

hier ist der größte durchschnittliche Kompetenzzuwachs zu verzeichnen. In der inferenzstatistischen Auswertung in der die Unterschiede zwischen den beiden Befragungszeitpunkten analysiert wurden, geben die Fachkräfte der Durchführungsgruppe, die den Organisationsentwicklungsprozess bereits abgeschlossen haben, in sechs von acht relevanten Kompetenzfeldern der Gesundheitsförderung eine signifikant bessere Einschätzung der Kompetenzentwicklung an als die Fachkräfte der Kontrollgruppe, die erst mit dem Organisationsentwicklungsprozess beginnen. Die Einschätzung der Selbstwirksamkeit zeigt in der Zwischenauswertung zwar eine positive Tendenz, die aber nicht statistisch signifikant ist.

Der in der Durchführungsgruppe von t_0 zu t_1 quantitativ zu verzeichnende Anstieg der eingeschätzten Kompetenzen lässt sich durch die qualitativen Daten stützen und ergänzen (6 von 9 qualitativ befragten Erzieherinnen formulieren bei t_1 im Vergleich zu t_0 einen Kompetenzzuwachs). Die qualitativen Ausführungen „spiegeln“ also die quantitativen Ergebnisse; variieren jedoch zwischen Einrichtungen und pädagogischen Fachkräften hinsichtlich Vielfalt und Grad der Konkretisierung.

Die befragten Fachkräfte aus zwei der drei Einrichtungen berichten in den Interviews bereits zum Zeitpunkt t_0 von einem *hohen Kompetenzniveau ihrer bisherigen pädagogischen Arbeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention* (v. a. in den Bereichen Ernährung und Bewegung) und unterstreichen damit das relativ hohe Ausgangsniveau das auch in den quantitativen Daten sichtbar wird. Außerdem berichten die qualitativ befragten Fachkräfte einer Einrichtung bereits zu t_0 von einem auf die Organisationsentwicklung zurückzuführenden Kompetenzzuwachs (Stärkenorientierung) und verfolgten Strategien zur Implementation (Übungen zur Förderung sozialer Kompetenzen, Übungen zur Körperwahrnehmung, Lied zum Thema „Glücklich sein“).

Entwicklungen in der *Zusammenarbeit mit Eltern* gehen aus den quantitativen Daten nicht hervor. Hierfür können die qualitativen Daten herangezogen werden. In der Durchführungsgruppe werden hierbei *keine grundsätzlichen Veränderungen* durch die Fachkräfte wahrgenommen, weil diese bereits vor dem Projekt „schon eng und gut“ gewesen sei. Dies bestätigt die Mehrheit der befragten Eltern in dieser Weise. Allerdings setzen sich die Fachkräfte im Verlauf der Organisationsentwicklung damit auseinander, wie die zukünftige Zusammenarbeit durch Aspekte aus dem Organisationsentwicklungsprozess ergänzt und mehr bezogen auf die Elternperspektive gestaltet werden kann.

Die Analyse gesundheitsrelevanter Aspekte bei den Fachkräften zeigte, außer zwei Zeiteffekten, keine signifikanten Ergebnisse. Innerhalb des Organisationsprozesses beschäftigen sich die Fachkräfte hauptsächlich mit der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern, jedoch ist ein Transfer der Kompetenzen und Haltungen auf die eigene Person nicht unwahrscheinlich. Da die Gesundheit pädagogischer Fachkräfte nur innerhalb eines von drei Wahlbausteinen explizit

thematisiert wird, ist eher von einer impliziten und damit auch langsameren Wirkung auf die Fachkräfte selbst auszugehen. Vor diesem Hintergrund ist insbesondere die Auswertung der Follow-up-Daten 12 Monate nach Abschluss des Organisationsentwicklungsprozesses abzuwarten. In Bezug auf bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen stehen die Ergebnisse der Zwischenauswertung im Einklang mit anderen einschlägigen Studien aus dem Arbeitsfeld Kindertageseinrichtung (Viernickel & Voss, 2012, Viernickel et al., 2014).

Eltern

In der quantitativen Erhebung wurde erfasst, inwiefern und durch welche Formate Eltern über PNO informiert wurden: Zwar geben einzelne Eltern an, vor der Befragung selbst nicht von PNO in der Kindertageseinrichtung erfahren zu haben, mehrheitlich wurde die Elternschaft der teilnehmenden Einrichtungen jedoch über die Organisationsentwicklung informiert, wobei die meisten durch einen Elternbrief von PNO erfahren haben.

Die Eltern der Durchführungsgruppe gaben beim zweiten Befragungszeitpunkt an, dass sie signifikant bessere Möglichkeiten haben von den Fachkräften Informationen zur Gesundheitsförderung erhalten zu können und auch signifikant mehr Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern in der Einrichtung vorhanden sind. Der letztgenannte Effekt ist auch, allerdings als einziger bei den Eltern der Kontrollgruppe nachzuweisen. In der Durchführungsgruppe äußern die Eltern zum zweiten Befragungszeitpunkt zudem, dass Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention signifikant häufiger in den pädagogischen Alltag der Kindertageseinrichtung einfließen.

Die qualitativen Daten liefern wichtige Ergänzungen zu den beobachteten quantitativen Ergebnissen: Die qualitativ befragten Eltern sind über die Durchführungsgruppe hinweg sehr zufrieden mit der Einrichtung ihres Kindes und den dortigen Angeboten. Die Teilnahme an PNO wird äußerst engagiert und zum Wohle der Kinder handelnd wahrgenommen.

Die zu Projektbeginn erhaltenen Informationen über Ziele und Maßnahmen stellen die Hälfte der befragten Mütter zufrieden, jedoch erhielten sie in der Gesamtschau des Projekts aus ihrer Sicht wenig bzw. keine Informationen. Keine der befragten Mütter wurde aktiv in das Projekt einbezogen; jedoch wird vereinzelt (Aussagen von drei Müttern aus zwei der drei Einrichtungen) von Formen *des passiven Einbezogen-Seins* berichtet, wozu auch die Evaluation gezählt wird.

Kinder

Daten der Kinder wurden nur in den Einrichtungen erhoben, die direkt in den Organisationsentwicklungsprozess eingestiegen sind, also nur in den drei Einrichtungen der Durchführungsgruppe. Dabei wurden zum einen die Kinder selbst befragt und zum anderen eine

Einschätzung durch die betreuenden Fachkräfte eingeholt. In der Selbstauskunft der Kinder zeigt sich in allen eingesetzten Skalen zum Selbstkonzept und zur Resilienz eine signifikant positive Entwicklung. Auch die Einschätzung durch die Fachkräfte unterstreicht die Aussage der Kinder: Es zeigt sich in der Subskala Soziale Beziehungen eine signifikant positivere Einschätzung der sozialen Beziehungen der Kinder untereinander. In der Einschätzung des psychischen Wohlbefindens der Kinder zeigt sich zwar eine positive Tendenz, aber keine statistisch signifikante Steigerung. Der kombinierte Mittelwertsanstieg beider Subskalen führt jedoch zu einer signifikant positiveren Einschätzung durch die Fachkräfte in der Gesamtskala *Psychisches Wohlbefinden und Soziale Beziehungen*.

Die quantitativen Ergebnisse für die Durchführungsgruppe können in zwei der drei Einrichtungen durch Aussagen einzelner Fachkräfte und Elternteile in den Interviews bestärkt werden. Allerdings sind sich die Eltern nicht immer sicher, ob die beobachteten Veränderungen im Organisationsentwicklungsprozess der Einrichtung oder in der allgemeinen Entwicklung ihrer Kinder zu begründen sind.

4.6 Einblick in die Schulentwicklung

Im bisherigen Untersuchungszeitraum konnte nur eine Grundschule den Schulentwicklungsprozess zur gesundheitsförderlichen Schule abschließen. Die anderen 15 Schulen haben zeitverzögert begonnen und waren / sind in diesem Prozess zum Berichtszeitpunkt unterschiedlich weit fortgeschritten. Die Zeitverzögerung gegenüber den Kitas begründet sich vor allem darin, dass die Schulen einen längeren Entscheidungsprozess für die Teilnahme benötigten und viele grundsätzlich interessierte Schulen mit anderen Entwicklungsprozessen (z. B. zur Ganztagschule oder zur Gemeinschaftsschule) befasst waren, so dass keine Ressourcen und Energien für die angebotenen Schulentwicklungsmaßnahmen zur Verfügung standen.

Die Auswertung der erhobenen Daten nur einer Schule und ohne Vergleiche ist empirisch nicht sinnvoll, deshalb wird auf eine Darstellung in diesem Zwischenbericht verzichtet.

Als Einblick in die Schulentwicklung dieser Schule soll jedoch ein Auszug aus dem Abschlussbericht dargestellt werden, der gemeinsam von Prozessbegleitung und Steuerungsverantwortlichen in der Schule erstellt wurde:

Beispiel einer gelungenen Umsetzung in einer Grundschule

Die Grundschule hat im Rahmen der Schulentwicklung den inhaltlichen Schwerpunkt *Seelische Gesundheit / Resilienz* gewählt. Die Resilienzthemen fließen inzwischen regelmäßig in den Unterricht mit ein, so wird z. B. das Thema Gefühle im Deutsch- und Sachunterricht behandelt. Außerdem fordern die Kinder regelmäßig eine Resilienzstunde ein.

Auf der Ebene der Kinder lassen sich Veränderungen darin feststellen, wie sie sich in herausfordernden Situationen verhalten. So kam beispielsweise ein Lehrer zum Unterricht in die Klasse und bemerkte, dass ein Mädchen betrübt am Boden saß. Auf Ansprache erzählte das Mädchen, es werde auf dem Nachhauseweg von zwei Jungs aus der Klasse geärgert. Der Lehrer bezog die Klasse mit in das Gespräch ein. Es fand unter den Kindern kein Schlagabtausch statt, sondern die Kinder hatten großes Interesse eine Lösung zu entwickeln. Durch die offene und wertschätzende Atmosphäre öffnete sich ein Junge und berichtete, er werde auch geärgert. Der Lehrer fragte den Jungen, der ärgert: „Was kannst Du jetzt tun?“ Der Junge stand auf und entschuldigte sich mit den Worten: „Es tut mir Leid, dass ich Dich geärgert habe“. Das Interesse der Klasse an einer guten Gemeinschaft war so groß, dass sie ein Plakat entwickelten auf das sie notierten, was ihnen als Klassengemeinschaft wichtig ist, damit sich alle wohlfühlen, z. B. „wir halten zusammen“, „wir helfen uns“. Die Lehrkräfte nehmen insgesamt wahr, dass die Kinder sensibler geworden sind im Umgang miteinander und sich gegenseitig unterstützen.

Auf der Ebene der Lehrkräfte wurde deutlich, dass durch die Prozessbegleitung und die Inhalte der Bausteine eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Thema Resilienz stattfand. Der Prozess ist sehr zeitintensiv gewesen, der Blick auf die Kinder hat sich dadurch jedoch verändert. Die Schüler/-innen werden ganzheitlicher gesehen, nicht vorwiegend als Leistungserbringer. Die Lehrkräfte gehen anders auf die Kinder zu. Sie stellen Fragen und nehmen sich Zeit, damit die Kinder eigene Lösungen entwickeln können und sich selbstwirksam erleben.

Das Kollegium tauschte sich regelmäßig über die Stärken der Kinder aus. Zu dem wurde berichtet, dass bei „schwierigen Fällen“ schneller eine gegenseitige Unterstützung erfolgt.

5 Evaluation Bedarfsorientierte Fortbildungen

5.1 Fragestellungen

Die Evaluation der bedarfsorientierten Fortbildungen wird durch folgende Fragestellungen geleitet:

- Wie bewerten die Teilnehmenden der Bedarfsorientierten Fortbildungen (BF) den didaktischen Aufbau der Fortbildung, die Leistungen der Referent/-in, ihren persönlichen Lernerfolg, die Rahmenbedingungen sowie die gesamte Fortbildung?
- Streben die Einrichtungen eine konzeptionelle Verankerung der Thematik der BF an?
- Wie viele und welche Anteile der Fortbildungen wurden manualgetreu umgesetzt?
- Welche primären Ziele für ihre pädagogische Arbeit setzen sich die Teilnehmenden der BF?
- Unterscheiden sich Kindertageseinrichtungen und Schulen systematisch in ihren Bewertungen?

5.2 Einbettung der Bedarfsorientierten Fortbildungen in das Gesamtkonzept

Als zweite Säule der settingbezogenen Umsetzung des PNO können Kindertageseinrichtungen und Grundschulen im Ortenaukreis Bedarfsorientierte Fortbildungen (BF) im Umfang von einem halben bis zu zwei Tagen zu verschiedenen Themen der Prävention und Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen. Diese sind zum Berichtszeitpunkt: *Gesundheit der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte, Professionelle pädagogische Begegnung mit herausforderndem Verhalten, Soziale Teilhabe, Zusammenarbeit mit Eltern, Seelische Gesundheit und Resilienz sowie Stärkung von Kita-Teams in der Begegnung mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrung* (diese BF wird aktuell ausschließlich Kindertageseinrichtungen angeboten, da Schulen zu diesem Thema bereits gute Unterstützungsstrukturen von Seiten der Schulpsychologischen Beratungsstelle erhalten können).

Die Bedarfe der Einrichtungen werden vom Ortenaukreis durch die regionalen Präventionsbeauftragten entgegen genommen; anschließend werden die Inhalte bedarfsgerecht von geschulten Referent/-innen²⁸ auf der Grundlage von manualisierten, speziell für PNO entwickelten Curricula, vermittelt. Nach Abschluss der BF finden in jeder Einrichtung Nachhaltigkeitsgespräche mit der Regionalen Präventionsbeauftragten statt, um den Transfer in den Alltag der Einrichtung zu sichern. Die wissenschaftliche Evaluation der Fortbildungen erfolgt durch das ZfKJ Freiburg. Die Erhebung wurde mittels Fragebögen für die teilnehmenden pädagogischen Fachkräfte und den / die Referent/-in durchgeführt.

²⁸ Im Rahmen von PNO wurden durch Multiplikator/-innen-Schulungen Referent/innen ausgebildet, die auf Honorarbasis die Bedarfsorientierten Fortbildungen in den Einrichtungen umsetzen.

5.3 Übersicht über die Bedarfsorientierten Fortbildungen

Zum Berichtszeitpunkt liegen Daten zu 25 unterschiedlichen Kindertageseinrichtungen, drei Schulen und einem Hort zu Bedarfsorientierten Fortbildungen vor. Nach Raumschaften lassen sich die Einrichtung wie folgt gliedern (siehe Tabelle 25)

Tabelle 25: Einrichtungen der Bedarfsorientierten Fortbildungen nach Raumschaft

Raumschaft	Anzahl der Einrichtungen	Gesundheit der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte	Professionelle pädagogische Begegnung mit herausforderndem Verhalten	Zusammenarbeit mit Eltern	Seelische Gesundheit und Resilienz	Stärkung von Kita-Teams in der Begegnung mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrung
Achern	1 Kita 1 Schule		1		1 (Schule)	
Haslach	7 Kitas	1	1		1	4
Kehl	8 Kitas	2	4		1	1
Lahr	6 Kitas 1 Schule 1 Hort		3 (2Kitas, 1Hort)	1 (Schule)	3	1
Offenburg	4 Kitas 1 Schule	1	2		1 (Schule)	1
Gesamt	30²⁹	4	11	1	7	7

Die Bedarfsorientierte Fortbildung zur *Professionellen pädagogischen Begegnung mit herausforderndem Verhalten* (n = 11) wurde am häufigsten von den Einrichtungen (10 Kitas, 1 Hort) gewählt, gefolgt von der Fortbildung zur *Stärkung von Kita-Teams in der Begegnung mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrung* (n = 7). Sieben Einrichtungen ließen sich zum Thema *Seelische Gesundheit und Resilienz* (5 Kitas, 2 Schulen), vier Einrichtungen zum Thema *Gesundheit der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte* sowie eine Schule zum Thema *Zusammenarbeit mit Eltern* fortbilden. Bisher eine Kita erhielt Fortbildungen zu zwei Themen (*Gesundheit der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte*, *Stärkung von Kita-Teams in der Begegnung mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrung*). Weiterbildungen mit Schwerpunkt der *Sozialen Teilhabe* wurden von den Einrichtungen nicht in Anspruch genommen.

Insgesamt wurden zum Berichtszeitpunkt 364 pädagogische Fachkräfte aus 25 Kindertageseinrichtungen, 33 Fachkräfte aus drei Schulen und acht Fachkräfte aus einem Hort durch die Bedarfsorientierten Fortbildungen erreicht.

²⁹ Eine Einrichtung besuchte zwei Fortbildungen und wird an dieser Stelle als zwei Einrichtungen angezeigt.

5.4 Auswertung der Zufriedenheit der Einrichtungen mit den Bedarfsorientierten Fortbildungen

Im Folgenden werden die themenspezifischen Ergebnisse dargestellt. Hierbei wurden Schulen und Kindertageseinrichtungen zusammengefasst, da sie sich in ihren Bewertungen nicht systematisch voneinander unterscheiden. Ergebnisse der Skalenwerte (Skala: 1 = trifft völlig zu / sehr positiv; 6 = trifft gar nicht zu / sehr negativ) zu den verschiedenen Themenbereichen wurden in Tabelle 26 zusammengefasst.

Tabelle 26: Auswertung der Skalen nach Thema der Bedarfsorientierten Fortbildung

	Skala	Didaktischer Aufbau der Weiterbildung (Skala A)	Referent/-in (Skala B)	Persönlicher Lernerfolg (Skala C)	Rahmenbedingung: Zeit	Rahmenbedingung: Gruppenatmosphäre	Gesamtbewertung (Skala D)
Gesundheit der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte	n	39	39	39	38	37	37
	M	1,63	1,25	1,93	1,55	1,16	1,54
	SD	,45	,43	,65	,60	,37	,54
Professionelle pädagogische Begegnung mit herausforderndem Verhalten	n	194	194	194	193	192	193
	M	1,64	1,22	1,75	1,69	1,26	1,46
	SD	,61	,39	,56	,73	,46	,61
Seelische Gesundheit und Resilienz	n	70	70	69	68	69	70
	M	1,77	1,49	2,08	1,71	1,26	1,71
	SD	,67	,54	,72	,83	,53	,74
Zusammenarbeit mit Eltern	n	16	16	16	16	16	16
	M	1,76	1,30	2,05	2,63	1,19	1,44
	SD	,32	,25	,43	,89	,40	,44
Stärkung von Kita-Teams in der Begegnung mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrung	n	86	86	86	86	86	83
	M	2,37	1,89	2,62	2,21	1,74	2,36
	SD	,71	,77	1,05	1,00	,72	1,09
Gesamt	n	405	405	404	401	400	399
	M	1,82	1,41	2,02	1,83	1,35	1,70
	SD	,68	,58	,79	,85	,58	,82

Themenübergreifend äußerten die Teilnehmenden bezüglich des didaktischen Aufbaus³⁰ der BF mit einem Mittelwert von 1,82 (n = 405; SD = ,68) (Skala A) eine hohe Zufriedenheit. Ein ähnliches Ausmaß an Zufriedenheit wurde im Bereich des persönlichen Lernerfolges (n = 404; Skala C: M = 2,02; SD = ,79) und der zeitlichen Struktur (n = 401; M = 1,83; SD = ,85) erreicht. Sehr zufrieden waren

³⁰ Die Items wurden auf einer Skala von 1 - 6 beantwortet (1 = trifft völlig zu, 6 = trifft gar nicht zu). Zur Darstellung der Daten der Fachkräftebefragungen wurden vier Skalen gebildet: Didaktischer Aufbau der Weiterbildung (Cronbachs Alpha ,79), Referent/-in (Cronbachs Alpha ,85), Persönlicher Lernerfolg (Cronbachs Alpha ,70) und die Gesamtbewertung (Cronbachs Alpha ,93).

die Teilnehmer/-innen mit den Leistungen der Referent/-innen (Skala B: n = 404; M = 1,41; SD = ,58) sowie der Gruppenatmosphäre (n = 400; M = 1,38; SD = ,58). Die umfassend hohe Zufriedenheit spiegelt sich ebenso in der Gesamtbewertung wieder (Skala D: n = 399; M = 1,70; SD = ,82).

Themenübergreifend setzen sich 284 von 405 (70,1%) der pädagogischen Fachkräfte am Ende der Fortbildungen konkrete Ziele für ihre weitere pädagogische Arbeit.

Gesundheit der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte

An der Bedarfsorientierten Fortbildung *Gesundheit der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte* nahmen insgesamt 39 Kita-Fachkräfte teil.

Aspekte des didaktischen Aufbaus der Weiterbildung wurden mit einem Mittelwert von 1,63 (n = 39; SD = ,45) positiv beurteilt. Sehr positiv fielen ebenfalls die Bewertungen hinsichtlich der Referent/-innen (n = 39; M = 1,25; SD = ,43), des persönlichen Lernerfolges (n = 39; M = 1,93; SD = ,65), der zeitlichen Struktur (n = 38; M = 1,55; SD = ,60), der Gruppenatmosphäre (n = 37; M = 1,16; SD = ,37) aus. Ebenso positiv war die Gesamtbewertung (n = 37; M = 1,54; SD = ,54). Die Referent/-innen (n = 4) meldeten zurück, dass durchschnittlich 43,3% der Fortbildung manualgetreu durchgeführt wurden und in zwei Kitas (66,7%) eine konzeptionelle Verankerung der Thematik angestrebt wurde.

Im Bereich der Fachkräftegesundheit wurden weiterführende Ziele zur Auseinandersetzung mit der Thematik (23 Nennungen) durch die Reflexion / Austausch im Team sowie durch die Reflexion der eigenen Grundhaltung / Verhaltens formuliert. Häufig wurden ebenfalls Ziele zur Anwendung von neuen Strategien und Methoden (13 Nennungen) genannt. Die praktische Umsetzung von neuen Strategien und Methoden könnte z. B. so aussehen: "Bewegungskarten im Team einsetzen" (Zitat aus der Prozessevaluation einer Bedarfsorientierten Fortbildung).

Professionelle pädagogische Begegnung mit herausforderndem Verhalten

194 pädagogische Fachkräfte besuchten eine Bedarfsorientierte Fortbildung, welche sich thematisch mit der *Professionellen pädagogischen Begegnung mit herausforderndem Verhalten* auseinandersetzte. Der didaktische Aufbau (Skala A), die Referent/-innen (Skala B), der persönliche Lernerfolg (Skala C), die zeitliche Struktur, die Gruppenatmosphäre und die Gesamtbewertung (Skala D) der Fortbildung wurden mit Mittelwerten von 1,22 (Skala B: n = 194; SD = ,39) bis 1,75 (Skala C: n = 194; SD = ,56) durchgehend sehr positiv eingeschätzt. Die Referent/-innen (n = 14) äußerten, dass rund die Hälfte (52,1 %) der Fortbildung gemäß des Curriculums durchgeführt wurde und an acht Einrichtungen (72,7 %) eine konzeptionelle Verankerung stattfinden soll. Ebenso wie die Zielformulierung der Teilnehmenden der Schulung zur Fachkräftegesundheit wurde in der Fortbildung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten häufig Ziele zur Auseinandersetzung mit

der Thematik (95 Nennungen: Reflexion und Austausch im Team; Thema reflektieren / vertiefen) genannt. Am häufigsten wurden jedoch Ziele zur Praxisumsetzung (114 Nennungen) formuliert; insbesondere Ziele zur Umsetzung auf Kinderebene (44 Nennungen). Im Gegensatz zu Zielformulierungen in anderen Themenbereichen lag ein besonderes Augenmerk der Fachkräfte auf Zielen zur Anwendung von Reframing (18 Nennungen) und Beachtung von sprachlichen Aspekten (19 Nennungen).

Zusammenarbeit mit Eltern

Im Bereich *Zusammenarbeit mit Eltern* wurden 16 Lehrer/-innen fortgebildet. Eine hohe Zufriedenheit meldeten die Teilnehmenden im Hinblick auf den didaktischen Aufbau (Skala A: n = 16; M = 1,76; SD = ,32), die Leistungen der Referent/-in (Skala B: n = 16; M = 1,30; SD = ,25), die Gruppenatmosphäre (n = 16; M = 1,19; SD = ,40) sowie auf die gesamten Fortbildung (Skala D: n = 16; M = 1,44; SD = ,44) zurück. Die Bewertungen des persönlichen Lernerfolges (Skala C: n = 16; M = 2,05; SD = ,43) und des zeitlichen Rahmens (n = 16; M = 2,63; SD = ,89) lagen in einem guten bis befriedigenden Bereich. Der / Die Referent/-in meldete zurück, dass etwa 50% der Fortbildung nach dem Curriculum umgesetzt wurde. Eine konzeptionelle Verankerung wurde von der Einrichtung nicht angestrebt, nichtsdestotrotz nannten die Lehrer/-innen insbesondere Ziele zum strategischen Vorgehen (11 Nennungen) und zur Reflektion der eigenen Grundhaltung (10 Nennungen; „Fokus auf mich, wo befinde ich mich, wie wirke ich, versteht mich mein gegenüber?“ (Zitat aus der Prozessevaluation einer Bedarfsorientierten Fortbildung).

Seelische Gesundheit und Resilienz

Zum Thema *Seelische Gesundheit und Resilienz* wurden 70 Fachkräfte fortgebildet. Die Gesamtbewertung des Fortbildungsangebotes mit einem Mittelwert von 1,71 (Skala D: n = 70; SD = ,74) bildet die hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden ab. Ebenso spiegeln dies die Mittelwerte im Bereich des didaktischen Aufbaus (Skala A: n = 70; M = 1,77; SD = ,67). Bezüglich der Zufriedenheit mit dem / der Referent/-in (Skala B: n = 70; M = 1,49; SD = ,54) und hinsichtlich des persönlichen Lernerfolges (Skala C: n = 69; M = 2,08; SD = ,72) wieder. Ferner wurde der zeitliche Rahmen (n = 68; M = 1,71; SD = ,83) und die Gruppenatmosphäre (n = 69; M = 1,26; SD = ,53) positiv bewertet. In diesem Themenbereich berichten die Referent/-innen (n = 6) im Mittelwert von 81,7% von einer annähernd manualgetreuen Umsetzung sowie von einer angestrebten konzeptionellen Verankerung von 60% der Einrichtungen (n = 3). Teilnehmende, welche eine Fortbildung zur Seelischen Gesundheit und Resilienz besuchten, setzten sich primär Ziele zur Praxisumsetzung auf Kinderebene (26 Nennungen; „Gehe gezielter wieder auf die Stärken der Kinder ein“ (Zitat aus der Prozessevaluation

einer Bedarfsorientierten Fortbildung) sowie zur Reflexion der eigenen Grundhaltung bzw. des eigenen Verhaltens (26 Nennungen).

Kinder und Familien mit Fluchterfahrung

Die Fortbildung zur *Stärkung von Kita-Teams in der Begegnung mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrung* wurde in sieben Einrichtungen mit 86 Fachkräften durchgeführt. Mit dem didaktischen Aufbau der Weiterbildung waren die Teilnehmenden mit einem Mittelwert von 2,37 (Skala A: n = 86; M = 2,37; SD = ,71) zufrieden. Ein ähnliches Maß an Zufriedenheit wurde im Bereich des persönlichen Lernerfolges (Skala C: n = 86; M = 2,62; SD = 1,05) und der zeitlichen Struktur (n = 86; M = 2,21; SD = 1,00) erreicht. Sehr zufrieden hingegen waren die Teilnehmenden mit den Leistungen der Referent/-innen (Skala B: n = 86; M = 1,89; SD = ,77) sowie der Gruppenatmosphäre (n = 86; M = 1,74; SD = ,72). In diesem Bereich schätzten die Referent/-innen (n = 7) die curriculumsgetreue Durchführung im Mittel bei 71,4% ein. Eine Verankerung in der Konzeption wurde von drei von sieben Einrichtungen (42,9%) angestrebt. Ziele für die pädagogische Arbeit setzten sich 61,2% der Fachkräfte (n = 60). Die Ziele bezogen sich primär auf allgemeinen Themen (32 Nennungen: keine Angst haben; Sicherheit geben; Ruhe) sowie auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Grundhaltung (26 Nennungen), gefolgt von der Praxisumsetzung auf Kinderebene (24 Nennungen). Ausschließlich in diesem Themenbereich setzten sich die Fachkräfte Ziele zur konzeptionellen Verankerung (5 Nennungen).

5.5 Zwischenfazit

Die Teilnehmenden an den Bedarfsorientierten Fortbildungen meldeten insgesamt eine hohe Zufriedenheit zurück. So bewerten die pädagogischen Fachkräfte die spezifischen Aspekte der Prozessevaluation insgesamt im guten bis sehr guten Bereich (Skala C: n = 404; M = 2,02; SD = ,79; Gruppenatmosphäre: n = 400; M = 1,35; SD = ,58). Darüber hinaus setzten sich 70,1% (n = 284) der Befragten Ziele für ihre pädagogische Arbeit. In diesem Zusammenhang berichten die Referent/-innen, dass 61,5% aller Einrichtungen (n = 16) eine unmittelbare konzeptionelle Verankerung anstreben und damit Nachhaltigkeit konkret umsetzen und sichern wollen. Die manualgetreue Durchführung unterscheidet sich teilweise stark hinsichtlich der Themen (Gesundheit pädagogischer Fachkräfte: 43,3%; Zusammenarbeit mit Eltern: 50,0%; Professionelle Begegnung mit herausforderndem Verhalten: 52,1%; Stärkung von Kita-Teams in Begegnung mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrung: 71,4%; Seelische Gesundheit und Resilienz: 81,7%). Ebenso wurden von den pädagogischen Fachkräften themenspezifisch verschiedene Schwerpunkte bei ihrer Zielsetzung für ihre pädagogische Arbeit gesetzt.

6 Langzeitverläufe

6.1 Fragestellung

Die zugrunde liegenden Fragestellungen lauten:

- Wie ist die Lebenssituation der Familie und was sind die Familienthemen?
- Wie sind Familien in Unterstützungssysteme (formell und informell) eingebunden?
- Welche Faktoren für gelingende Unterstützung können festgestellt werden?
- Welche Faktoren für nicht gelingende bzw. belastende Formen von Unterstützung können festgestellt werden?
- Wie verändert sich die Eingebundenheit der Familien über einen längeren Zeitraum?

6.2 Hintergrund und erste Ergebnisse

Die Herkunftsbedingungen in den Familien, die durch strukturell-soziale Faktoren geprägt sind, spielen eine entscheidende Rolle für die Entwicklungs-Chancen eines Kindes (Scherr & Bittlingmayer, 2009). Daher stellt sich, neben strukturellen und auf Settings wie Kindertageseinrichtung und Grundschule bezogenen Ansätzen, die Frage, wie Familien so unterstützt werden können, dass Kindern ein möglichst gesundes Aufwachsen ermöglicht wird (Keupp, 2012, S. 70f).

Soziale Unterstützung³¹ von Familien konnte als „*Stresspuffer*“ (Günther et al., 2011, S. 25) für das Aufwachsen in Belastungssituationen und als Schutzfaktor für eine erfolgreiche Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bestimmt werden (Fröhlich-Gildhoff, 2013, S. 30). Grundsätzlich kann soziale Unterstützung das psychische und physische Wohlbefinden positiv beeinflussen (Faller, 2010, S. 43; Klauer, 2009, S. 82).

Ein Anliegen des PNO ist es daher, Informationen darüber zu gewinnen, wie Familien in Unterstützungssysteme³² eingebunden sind, wie sie diese Unterstützung erleben und wie sich die Eingebundenheit über einen längeren Zeitraum entwickelt. Viele der bisher vorliegenden Studien zur Unterstützungssituation von Familien waren eher quantitativ angelegt (z. B. Hormann, 2013; Diewald, Lüdicke, Lang & Schupp, 2006). Qualitativ und längsschnittlich angelegte Untersuchungen zur Veränderung von familiären Unterstützungsnetzwerken stellen ein Desiderat dar. Ziel dieses Teilbereichs der Forschung im Rahmen des PNO ist es daher, herauszuarbeiten wie familiäre Unterstützungssysteme bestmöglich gestaltet sein sollen und wie negativ erlebte Einflüsse v. a.

³¹ Für das Verständnis von sozialer Unterstützung wird hier einer Definition anhand der drei Faktoren emotionale, instrumentelle und informationale Unterstützung gefolgt (Klauer, 2005, S. 426).

³² Berücksichtigt werden sowohl private als auch professionelle Unterstützungsstrukturen

professioneller Unterstützungsleistungen – z. B. erlebte Ablehnungen, als dominant empfundenenes Auftreten von Berater/-innen, unklar begründete Weiterverweise – vermieden werden können.

Im Rahmen des PNO wird über den Zeitraum von ca. 3 Jahren je ein Mitglied einer Familie (Stand November 2016: n = 17) zweimal im Jahr befragt (Beginn: Oktober 2015). Zur Akquise der Familien wurde der Zugang über verschiedene Institutionen im Ortenaukreis gewählt (Psychologische Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche, Frühe Hilfen, Frühförderung, Kindertageseinrichtungen). Vertreter/-innen dieser Institutionen wurden gebeten, Familien direkt anzusprechen bzw. Infomaterial auszulegen. Die Familien hatten anhand des Infomaterials die Möglichkeit sich direkt beim Zentrum für Kinder- und Jugendforschung zu melden oder das Einverständnis für die Weitergabe der Kontaktdaten zu geben.

Anschließend wurden die Familien durch das Zentrum für Kinder- und Jugendforschung kontaktiert und ein erster Termin ausschließlich zum Kennenlernen vereinbart. Zeitpunkt und Ort werden – auch für die weiteren Interviewtermine – flexibel an den Möglichkeiten der Familien ausgerichtet. Mit diesem Vorgehen konnten, auch bezogen auf die Rückmeldungen der Befragten durchweg positive Erfahrungen gemacht werden.

Tabelle 27 gibt einen Überblick über die Zusammensetzung der bis November 2016 akquirierten Stichprobe. Die Angaben entsprechen dabei jeweils der Situation zum ersten Befragungszeitpunkt. Die Interviews mit den Mitgliedern der Familien haben zeitversetzt gestartet. Daher variiert die in Tabelle 27 angegebene Anzahl der bereits durchgeführten Interviews.

Tabelle 27: Zusammensetzung der Stichprobe zum ersten Erhebungszeitpunkt

	Familie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Alter Kind/er	Anzahl Kinder	4	6	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	4	1	2	2	5
	Noch zuhause	2	1	1				1										
	Kita	2	1			1	1	1		1	2	2	1	3	1	2	1	1
	Schule		4	1	2	1	1		2					1			1	2+ älter
alleinerziehend				X							X	X	X					
Erwerbstätigkeit Interviewte/r				X	X	X					X	X	X		X	X	X	X
Erwerbstätigkeit Partner/-in	X	X	X		X	X	X	X	X						X		X	X
Migrationshintergrund					X	X					X	X	X	X		X		X
Anzahl bereits durchgeführter Interviews		3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1

Für die Interviews werden sowohl offene, erzählgenerierende als auch stärker strukturierende Befragungsanteile miteinander kombiniert, um die Unterstützungsstrukturen systematisch und über einen längeren Zeitraum erfassen zu können und gleichzeitig durch die Offenheit die subjektiven Relevanzsysteme der Befragten zum Tragen kommen zu lassen sowie unangenehme „Abfrage-Situationen“ zu vermeiden.

Abbildung 12 gibt einen ersten Einblick in die zum ersten Erhebungszeitpunkt erfassten Kontakte der Familien zu Unterstützungspersonen/-institutionen. Die 17 Familien gaben insgesamt 249 Nennungen ab ($M = 14,6$). Es wird deutlich, dass sich die erhobenen Netzwerke in Bezug auf Größe und Zusammensetzung deutlich unterscheiden. Zu beachten ist v. a. für den privaten Bereich, dass es sich bei den in Abbildung 12 angeführten Zahlen um Nennungen handelt und nicht notwendigerweise um einzelne Personen.

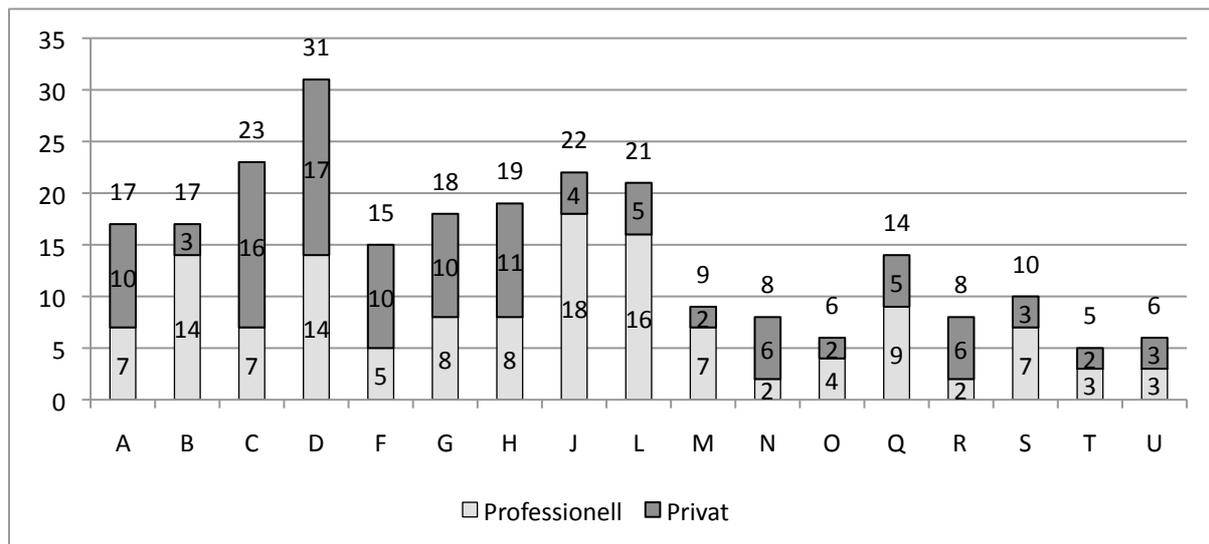


Abbildung 12: Größe und Zusammensetzung der Netzwerke zum ersten Erhebungszeitpunkt

Abbildung 13 und Abbildung 14 zeigen beispielhaft zwei der erhobenen Familiennetzwerke im Detail. Das befragte Mitglied der Familie 10 (Abbildung 13) nannte etwa im privaten Bereich „eine Freundin“ sowie „Familie“, während das Mitglied der Familie 3 (Abbildung 14) für das private Netzwerk viele Einzelpersonen benannte. Aus diesen Darstellungen werden die Spannweite und Unterschiedlichkeit der benannten Unterstützungsformen sehr deutlich.

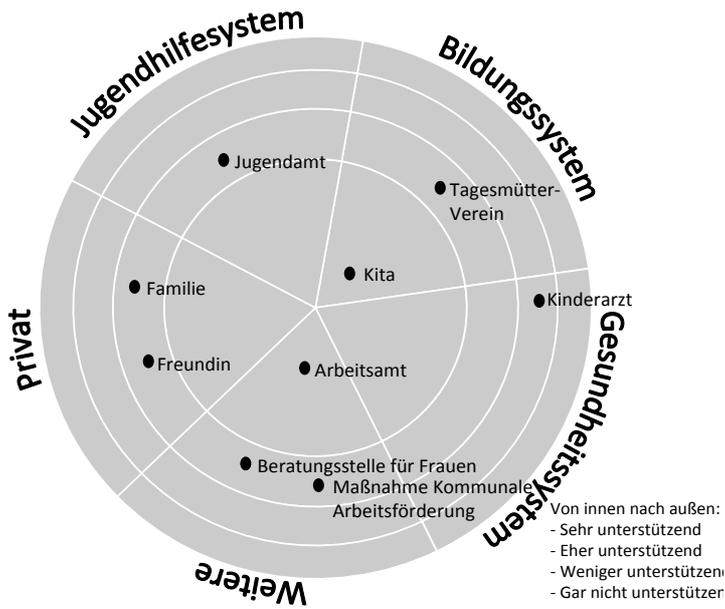


Abbildung 13: Familiennetzwerk Familie 10; Erster Erhebungszeitpunkt

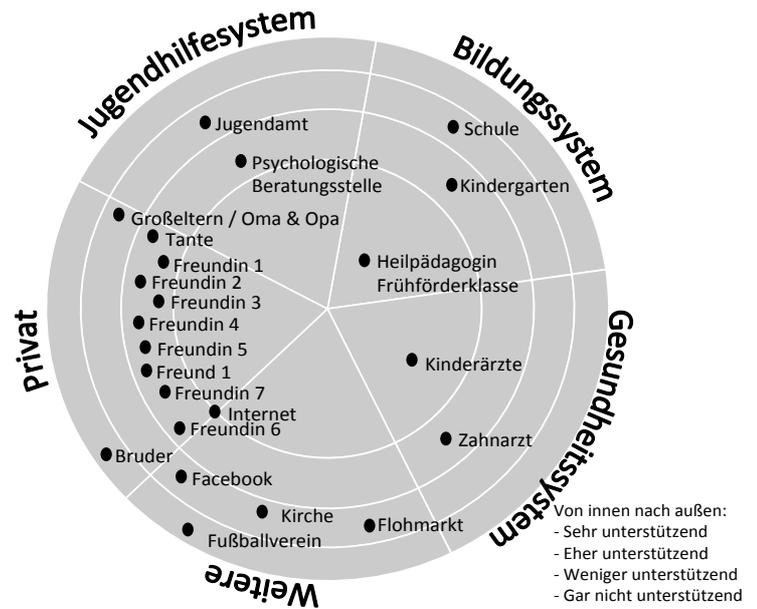


Abbildung 14: Familiennetzwerk Familie 3; Erster Erhebungszeitpunkt

Neben der Analyse der formalen Strukturen der Familiennetzwerke, liegt das Interesse auch auf den funktionalen Dimensionen zur Charakterisierung der Netzwerke und der subjektiven Einschätzung über die Einbindung. Die für diese Untersuchung im Mittelpunkt stehende Funktion sozialer Netzwerke ist das Leisten sozialer Unterstützung. Ein interessanter Aspekt dabei ist, wann es in einem sozialen Netzwerk zu sozialer Unterstützung kommt und wann nicht.

In der inhaltsanalytischen Auswertung der Interviews³³ des ersten Erhebungszeitpunktes konnte zu diesem Feld induktiv die Kategorie der „Nicht-Einforderung“ von sozialer Unterstützung herausgearbeitet werden. Hier ist anzumerken, dass Unterstützung, die von dem/der Empfänger/-in aktiv eingefordert werden musste, negativen Charakter bzw. negative Folgen haben kann (Klauer, 2009, S. 83). Abbildung 15 zeigt weitere, aus den Interviews herausgearbeitete Faktoren, die darauf Einfluss nehmen, dass Unterstützung nicht eingefordert wird.

³³ Auswertung orientiert an Kuckartz, 2014

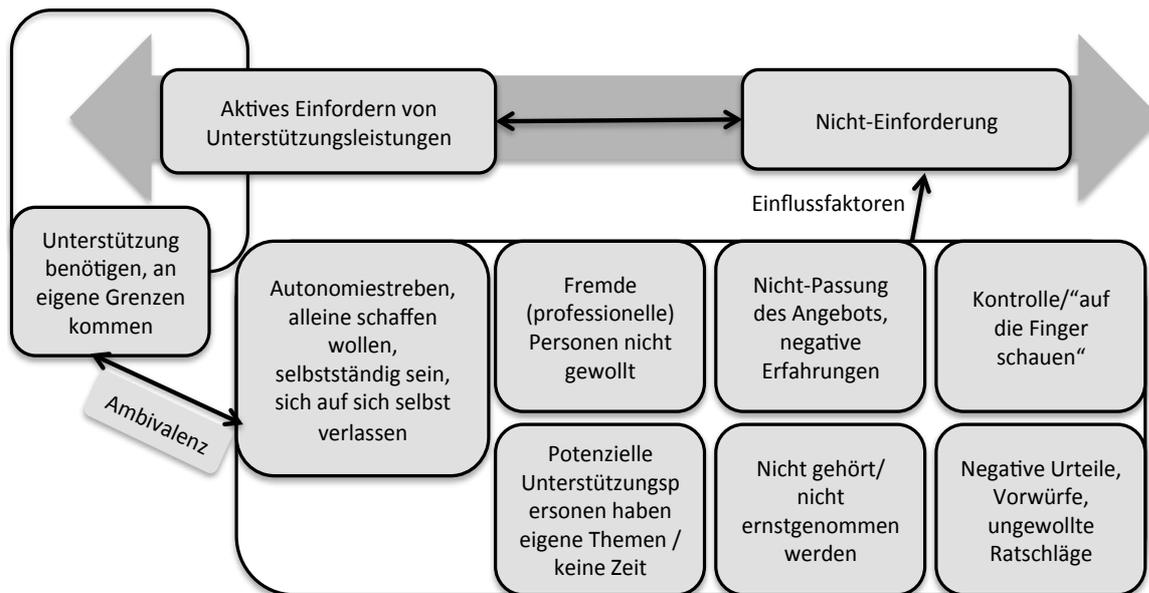


Abbildung 15: Nicht-Einforderung von Unterstützung

Auf das Spannungsfeld, das entsteht, wenn zwar ein Faktor zur Nicht-Einforderung von Unterstützung vorhanden ist, trotzdem aber eine Unterstützungsleistung notwendig ist, wird in der weiteren Analyse zu achten sein. Darüber hinaus stehen zahlreiche weitere Aspekte im Fokus, beispielsweise wie neue Unterstützungsbeziehungen entstehen oder welche Faktoren gelingender Unterstützung identifiziert werden können.

In der weiteren Analyse dieses Teilbereichs von PNO werden zum einen die Fälle in ihrer Einzelfalllogik und Netzwerkentwicklung (Betrachtung des Netzwerks und der Veränderung über den Zeitraum; subjektive Deutung der Qualität des Netzwerks, der professionellen Beziehungen und der Veränderung) betrachtet. Zum anderen sollen Querbezüge zwischen den Fällen und einfallübergreifende Muster herausgearbeitet sowie ggfs. Netzwerk bzw. Unterstützungstypen gebildet werden.

III Zusammenführung und Ausblick

1 Zusammenführende Gesamtbewertung des bisherigen Projektverlaufs

PNO ist ein vom BMBF seit November 2014 über vier Jahre gefördertes Projekt mit dem Ziel, die seelische und körperliche Gesundheit sowie die soziale Teilhabe von Kindern und ihren Familien im Alter von 3- 10 Jahren im großen Flächenkreis Ortenaukreis systematisch zu fördern.

Dabei werden zwei zentrale, mit einander verbundene Interventionsstrategien realisiert: Im Sinne einer kommunalen Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie werden sowohl auf Ebene des Gesamtkreises als auch der fünf Regionen („Raumschaften“) Strukturen geschaffen, um Institutionen und Professionelle aus Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- sowie dem Bildungssystem zum Ziel der Gesundheitsförderung für die o. g. Zielgruppe mit einander zu vernetzen; in den Raumschaften werden ergänzend konkrete Netzwerkprojekte initiiert. Parallel dazu werden ca. 50 Institutionen aus dem Bildungssystem (Kindertageseinrichtungen und Grundschulen bzw. Grundstufen der Förderschulen) im Rahmen von Organisations- bzw. Schulentwicklungsprozessen über 18 Monate in ihrer Entwicklung zu gesundheitsförderlichen Einrichtungen fachlich begleitet. Darüber hinaus werden allen Bildungsinstitutionen zum konkreten Bedarf der Einrichtung passende Team-Fortbildungen angeboten (Bedarfsorientierte Fortbildungen).

Mit diesem Konzept soll im Ortenaukreis in Verbindung mit dem bereits etablierten und bewährten System der Frühen Hilfen eine kommunale Gesamtpräventionsstrategie i. S. einer „Präventionskette“ für werdende Eltern sowie Kinder und Familien von der Schwangerschaft bis zum zehnten Lebensjahr aufgebaut werden.

1.1 Betrachtung der Netzwerkentwicklung

Die fünf regionalen und die zentrale *Präventionsbeauftragte(n)* haben ein Tätigkeitsprofil entwickelt. Während in der Anfangszeit der Aufbau einer Organisationsstruktur und das Kennenlernen der Region im Mittelpunkt stand, ist aus der Analyse der Tätigkeitsprofile wie aus den Interviews deutlich abzulesen, dass zum Berichtszeitpunkt das „Vernetzen“, „Vermitteln“ und „Kordinieren“ deutlich den Hauptanteil der Arbeit ausmacht. Dabei hat es sich herausgestellt, dass die Präventionsbeauftragten anfangs stark auf die Zielgruppen – zunächst Professionelle aus Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfesystem sowie Bildungssystem – zugehen mussten, dabei

Kontakte anbieten, Anlässe schaffen und den möglichen „Mehrwert“ des PNO und seiner Angebote herausstellen mussten. Inzwischen lässt sich eine deutliche quantitative Steigerung der Kontakte und Kontaktpersonen feststellen; die Präventionsbeauftragten werden ihrerseits direkt von verschiedenen Akteur/-innen angesprochen und als „Vermittler/-innen“ bei den verschiedensten Fragestellungen angesehen. Die Kontakte bestehen am häufigsten zu Professionellen aus dem Bildungssystem, gefolgt vom Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfesystem, was einerseits an einem in Relation größeren Personenkreis liegt, der im Bildungssystem tätig ist, andererseits aber auch daran, dass in den ersten 24 Monaten des Projektaufbaus vorrangig im Bereich der Kindertageseinrichtungen und Grundschulen über die direkten Angebote der Organisations-/Schulentwicklung und die Bedarfsorientierten Fortbildungen informiert wurde. Die Tätigkeitsschwerpunkte differieren leicht zwischen den Raumschaften entsprechend der dort vorhandenen Strukturen, aber auch der von den Professionellen / Akteur/-innen geäußerten Bedarfen.

Bei personellen Wechseln kommt es zu einer Reduzierung der Kontakte; es müssen dann jeweils neue Kontakte aufgebaut werden.

Die regionalen *Runden Tische* haben ebenso wie die zentrale *Präventions- und Gesundheitskonferenz* je drei Mal getagt. An diesen Konferenzen haben Akteur/-innen bzw. Repräsentant/-innen aus den drei Systemen teilgenommen, wobei bei der zentralen, kreisweiten Konferenz die Beteiligung aus dem Gesundheitssystem am stärksten war. Inhalte der Konferenzen war neben dem gegenseitigen Kennenlernen, der Reflektion der PNO Aktivitäten und der Vorstellung der Ergebnisse der „Bestands- und Bedarfserhebung“ (Kassel, Fröhlich-Gildhoff & Rauh, 2016) die Entwicklung konkreter weiterführender Kooperations- und Vernetzungsideen. Deutlich war besonders in den Raumschaften der Wunsch, stärker in ein ‚gemeinsames Handeln‘ zu kommen, aber auch, über die verschiedenen Angebote der Institutionen und Akteur/-innen aus den drei Systemen informiert zu werden. Dieser Wunsch nach systematischerer Information über bestehende Angebote und nach konkreten, systemübergreifenden Kooperationen zeigte sich ebenfalls in der „Bestands- und Bedarfserhebung“ (ebd.). Hier wünschen sich die Vertreter/-innen/Institutionen aus dem Bildungssystem (Kitas und Grundschulen) im Besonderen mit Kinder- und Jugendärzt/-innen, Psychologischen Beratungsstellen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen stärker zusammenarbeiten zu können.

Deutlich war in den Einrichtungen zudem der Wunsch nach – zeitlich begrenzten – Fortbildungen zu verschiedenen Themen. Die Themen der Bedarfsorientierten Fortbildungen wurden an den geäußerten Bedarfen ausgerichtet. Dazu wurden Curricula entwickelt und den Einrichtungen durch spezifisch geschulte Referierende angeboten, die das Angebote gut annehmen und stark nachfragen.

Aus den Ergebnissen der Runden Tische und weiteren Kooperationsgesprächen wurden mittlerweile drei einmalige und fünf langfristig angelegte Netzwerkprojekte realisiert. Hierbei haben die Präventionsbeauftragten eine wichtig Anschub- und Koordinationsfunktion. Besonders hervorzuheben sind zwei lokale Netzwerke, bei denen Akteur/-innen der verschiedenen Systeme im Umfeld einer Kita bzw. Grundschule fallunabhängig und perspektivenorientiert miteinander kooperieren.

Bewertung: Nach einer Phase der Orientierung und des Aufbaus von Arbeitsstrukturen sind im Verlauf der ersten 24 Monate die beabsichtigten Rahmenstrukturen (Regionale Tische, zentrale Präventions- und Gesundheitskonferenz) des PNO etabliert. PNO ist in der Region bei den Zielgruppen der Professionellen aus den drei Systemen bekannt und es werden zunehmend – entsprechend der regionalen bzw. lokalen Bedarfe – weitere Kooperationen oder kleinteilige Netzwerke aufgebaut, um Präventionsaktivitäten zu initiieren oder zu verstärken. Die Präventionsbeauftragten haben in ihrer Tätigkeit ein erstes Profil entwickelt, zahlreiche Kontakte aufgebaut und werden zunehmend als Ansprechpartner/-innen für Präventions- bzw. Gesundheitsförderaktivitäten ‚genutzt‘. Damit sind bei „Halbzeit“ des Projekts wesentliche Schritte im Sinne der im Förderantrag formulierten Projektziele erfolgreich gegangen worden.

1.2 Betrachtung der Organisationsentwicklung für Kitas (und Schulentwicklung)

(1) Am Angebot der Begleitung der *Organisationsentwicklung zur gesundheitsförderlichen Institution Kita* – insgesamt sechs Fortbildungsmodule und 6-8 Sitzungen Prozessbegleitung in einem Zeitraum von 18 Monaten – haben zum Berichtszeitpunkt insgesamt 30 Einrichtungen teilgenommen bzw. waren angemeldet, wovon drei diesen Entwicklungsprozess und die begleitende Evaluation abgeschlossen hatten. Begleitend wurden nach festgelegten Kriterien „Kontrollgruppen-Einrichtungen“ aus den angemeldeten Kitas ausgewählt, damit die Evaluation im geplanten Wartelisten-Kontrollgruppendesign mit quantitativen und qualitativen Methoden realisiert werden konnte. Dementsprechend basieren die Ergebnisse dieser Zwischenauswertung auf Daten aus insgesamt sechs Kindertageseinrichtungen (3 in der Durchführungsgruppe und 3 in der Kontrollgruppe).

Auf den verschiedenen Untersuchungsebenen zeigten sich folgende Ergebnisse:

- Auf *gesamtinstitutioneller Ebene* finden sich – nach der standardisierten Selbsteinschätzung - Hinweise für Entwicklungsschritte der Kitas, die an der Intervention teilgenommen hatten zu gesundheitsförderlichen Organisationen (konzeptionelle Verankerung von Prinzipien der

Gesundheitsförderung und Prävention; Kompetenzzuwachs bei den Fachkräften; Umsetzung von einzelnen Prinzipien der Gesundheitsförderung), die bei den Kontrollgruppen-Kitas nicht festgestellt wurden. Allerdings zeigte sich gleichfalls ein weiterhin starker Entwicklungsbedarf zur Förderung der seelischen und körperlichen Gesundheit der teilnehmenden Fachkräfte selbst. Ebenso wurde deutlich, dass bisher eine systematische Kooperation / Vernetzung der untersuchten Einrichtungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention noch nicht zufriedenstellend gelungen ist. Alle drei untersuchten Kitas der Durchführungsgruppe hatten den Schwerpunkt „Förderung der seelischen Gesundheit / Resilienz“ gewählt.

- Auf der *Ebene der Fachkräfte* konnte mit den quantitativen Methoden ein selbsteingeschätzter Wissens- und Kompetenzzuwachs zu verschiedenen Themen Gesundheitsförderung / Prävention festgestellt werden; dieser Zuwachs war über die Zeit (vor / nach der Intervention) und gegenüber der Kontrollgruppe in sechs von neun Bereichen signifikant. Dieser Kompetenzzuwachs wurde gleichfalls in den Interviews deutlich und konnte z. T. sehr differenziert benannt werden. Es zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Effekte über die Zeit und im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) bei der Gesundheitsentwicklung der pädagogischen Fachkräfte in der Durchführungsgruppe (DG).
- Die *Eltern* zeigten sich über das Projekt PNO informiert, wobei im Projektverlauf die „Breite“ und Menge der Informationskanäle zunahm. Im Projektverlauf erlebten sich die Eltern (signifikant!) besser über gesundheitsförderliche Maßnahmen informiert und nahmen wahr, dass Gesundheitsförderung eine größere Bedeutung im pädagogischen Alltag der Einrichtung besitzt. In den Befragungen mit qualitativen Methoden zeigten sich z. T. deutliche Unterschiede zwischen den untersuchten Einrichtungen hinsichtlich der erlebten Einbindung in den Projektverlauf und den eigenen Wissenszuwachs. Die Kooperation zwischen Fachkräften und Eltern war in allen Einrichtungen vor und nach der Intervention positiv und verbesserte sich nicht (mehr) bedeutsam.
- Bei den *Kindern* der Durchführungskitas – nur diese konnten in die „vertiefte Evaluation“ zum gewählten Schwerpunkt einbezogen werden³⁴ – zeigten sich durchgehend signifikant positive Effekte in den Skalen des Selbstkonzeptfragebogens und bei der Resilienzskala; sie hatten nach der Intervention in den standardisierten Tests höhere Selbstkonzept- und Resilienzwerte. Diese positive Entwicklung bildete sich gleichfalls in den Fragebögen ab, die die Fachkräfte ausfüllten: Es gab signifikant positive Steigerungen in der Gesamtskala Psychisches Wohlbefinden und soziale Beziehungen sowie einer Subskala des KOMPIK (Bauer, Krause & Mayr, 2010). In den Interviews mit Eltern und Fachkräften zur Entwicklung der Kinder wurden gleichfalls Einschätzungen einer positiven Entwicklung vorgenommen; hier gab es allerdings deutliche einrichtungsbezogene Unterschiede.

(2) Wie erwähnt, konnte im bisherigen Untersuchungszeitraum erst eine *Grundschule* den Schulentwicklungsprozess zur gesundheitsförderlichen Schule abschließen; die Grundprinzipien entsprachen denen der Kitas (18 Monate Dauer, 6 Weiterbildungsmodule, 6-8 Prozessbegleitungssitzungen). Die anderen 15 Schulen haben zeitverzögert begonnen und waren / sind in diesem Prozess unterschiedlich weit fortgeschritten. Die Zeitverzögerung gegenüber

³⁴ Die Kontrollgruppen-Kitas hatten mit dem Organisationsentwicklungsprozess noch nicht begonnen und daher noch keinen Schwerpunkt der Gesundheitsförderung gewählt.

den Kitas lag vor allem daran, dass die Schulen einen längeren Entscheidungsprozess für die Teilnahme benötigten und viele grundsätzlich interessierte Schulen mit anderen Entwicklungsprozessen (z. B. zur Ganztagschule oder zur Gemeinschaftsschule) befasst waren, so dass keine Ressourcen und Energien für die angebotenen Schulentwicklungsmaßnahmen zur Verfügung standen. Allerdings entspricht die Teilnahmequote der Schulen (16 von 164 = 9,8%) nahezu derjenigen der Kitas (30 von 260 = 11,5%).

Die Auswertung der erhobenen Daten nur einer Schule – ohne jegliche Vergleiche – ist empirisch nicht sinnvoll, deshalb wurde auf eine Darstellung in diesem Zwischenbericht verzichtet. Allerdings konnten positive Entwicklungen besonders bezüglich des gewählten Schwerpunkts „seelische Gesundheit und Resilienz“ durch den schulbezogenen Projektabschlussbericht dokumentiert werden.

Bewertung: Die anvisierte Anzahl von 50 Bildungseinrichtungen, die an den Organisationsentwicklungsprozessen zur gesundheitsförderlichen Institution teilnehmen sollten, ist zur Projektmitte nahezu erreicht. Über die bisher beteiligten bzw. verbindlich angemeldeten 30 Kindertageseinrichtungen und 16 Schulen hinaus liegen weitere Interessenbekundungen vor und die ersten erfolgreich abgeschlossenen Prozesse haben zu weiteren Nachfragen geführt.

(3) Auch wenn die Datenbasis von bisher drei Durchführungsgruppeneinrichtungen und drei Kontrollgruppeneinrichtungen – mit insgesamt allerdings 56 Fachkräften und 132 Kindern – nur eingeschränkte Schlüsse zulässt, so kann doch festgestellt werden, dass die Intervention bei den evaluierten Einrichtungen positive Entwicklungen auf den Ebenen der Institutionen (eingeschränkt), der Fachkräfte der Eltern und der Kinder ‚erbracht‘ hat, die sich mit quantitativen und qualitativen Verfahren abbilden ließen.

Allerdings wurden Hinweise deutlich, die im weiteren Implementationsprozess aufgegriffen werden sollten:

- Die Vernetzung der Einrichtungen mit anderen unterstützenden und / oder gesundheitsförderlichen Diensten ist noch nicht in dem Maße gelungen, wie es beabsichtigt war. Dieses Thema sollte im Prozess der Organisationsentwicklung stärker beachtet werden.
- Die (seelische und körperliche) Gesundheit der pädagogischen Fachkräfte hat sich nicht bedeutsam positiv entwickelt. Weil aber die Fachkräfte eine zentrale Mittler-, aber auch Vorbildfunktion haben, sollte dieses Thema verbindlicher, evtl. als obligatorisches Modul, ‚bearbeitet‘ werden.
- Die Zusammenarbeit mit den Eltern wurde in den untersuchten Einrichtungen schon zu Projektbeginn als gut beurteilt, so ergaben sich keine deutlichen Verbesserungen im Projektverlauf. Gleichwohl wurden Potentiale deutlich, die Eltern stärker in den Prozess der Gesundheitsförderung einzubeziehen. Einzelne Daten weisen darauf hin, dass zumindest ein (größerer) Teil der Eltern noch nicht explizit partizipieren konnte.

- Zwischen den untersuchten Einrichtungen bestanden deutliche Unterschiede bei der Gestaltung des Organisationsentwicklungsprozesses und der konkreten Umsetzung. Dies ist einerseits sinnvoll: Das Rahmenkonzept muss auf die Situation und Bedarfe der jeweiligen Einrichtung adaptiert werden. Andererseits wird dadurch die Evaluation schwierig(er), weil nicht von einem einheitlichen „treatment“ ausgegangen werden kann, das dann vergleichend (zwischen Durchführungsgruppe und Kontrollgruppe und über die verschiedenen Messzeitpunkte) untersucht wird.

1.3 Betrachtung der Implementation des Organisationsentwicklungsprozesses in den Kindertageseinrichtungen

Die Implementation der Organisationsentwicklung in den Kitas war zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Zwischenberichts in drei Kindertageseinrichtungen abgeschlossen. Die Erkenntnisse müssen aufgrund dieser begrenzten Anzahl vorsichtig bewertet werden – dennoch lassen sich Tendenzen erkennen und ebenso Hinweise für den weiteren Implementationsprozess extrahieren.

Aus den qualitativen Daten – Interview-Befragungen von pädagogischen Fachkräften, die am Organisationsentwicklungsprozess (OE) teilgenommen haben und von Eltern der entsprechenden Durchführungseinrichtungen – werden Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung des OE-Prozesses *zwischen* den teilnehmenden Einrichtungen deutlich: In zwei Einrichtungen wird dieser Prozess klar positiv bewertet, er hätte neue Impulse gegeben und die Themen Gesundheitsförderung und Prävention hätten eine inhaltliche wie konzeptionelle (Neu-)Orientierung der pädagogischen Arbeit erbracht. In der dritten Einrichtung sei die OE lediglich eine Bestätigung der bisherigen Arbeit und eine „Auffrischung“ von Inhalten gewesen – die Bewertung fällt nicht derart positiv aus. Die OE wird von allen Befragten insgesamt als anspruchsvoll und komplex beschrieben.

Alle drei Einrichtungen wählten als inhaltlichen Schwerpunkt das Thema *Seelische Gesundheit und Resilienz* – vor allem, weil die anderen Bereiche der Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung) schon verankert waren. Der Schwerpunkt „Soziale Teilhabe“ wurde bisher nicht gewählt, weil diese Thematik sehr komplex wirkte und eher als Querschnittsthema verstanden wurde.

Die getroffene Schwerpunkt-Wahl wurde auch im Nachhinein positiv bewertet und es konnten zahlreiche Beispiele für die praktische Umsetzung und die Entwicklung zu einer ressourcenorientierteren Arbeit benannt werden.

Der Organisationsentwicklungsprozess im Rahmen des PNO wird – mit unterschiedlicher Intensität – insgesamt von Fachkräften und Eltern als Erfolg angesehen und es wurden viele konkrete Beispiele für positive Veränderungen benannt. Als Nebeneffekt wird in zwei der drei Einrichtungen von einer „Stärkung des Teams“ berichtet.

Auffallend war, dass die OE sowohl von fast allen befragten Fachkräften als auch von den Eltern zum Beginn der OE als solitäres Kita-Projekt angesehen wurde. Der Bezug zum Gesamtprojekt PNO wurde nicht oder nur „am Rande“ wahrgenommen. Dies hat sich am Ende der Intervention zumindest in zwei Einrichtungen deutlich, in einer in der Tendenz verändert: Der Bezug zwischen dem Prozess in der Kita und dem Gesamtprojekt PNO wird von den Fachkräften und z. T. den Eltern deutlich gesehen.

Weiterhin finden sich zumindest in zwei Einrichtungen deutliche und in einer Kita einige Anzeichen für die Nachhaltigkeit und Fortführung des Prozesses zu einer gesundheitsförderlichen Institution. In zwei Kitas wurden Verantwortliche für die Fortführung des Prozesses benannt, ebenso waren in allen Kitas sehr konkrete Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Resilienzförderung in der Zukunft geplant.

Die Auswertung der Prozessdaten der im Rahmen der OE durchgeführten Weiterbildungsmodule (Fragebögen mit sechsstufiger Skala, 1 = sehr positiv, 6 = sehr negativ) ergaben für den didaktischen Aufbau der Weiterbildungen und die Kompetenzen der Referent/-innen sehr gute Bewertungen, die Gesamtbewertung der Weiterbildung lag mit einem Mittelwert von 1,75 (SD = .29) im guten Bereich. Zwischen den verschiedenen Bausteinen ergaben sich Unterschiede, aber auch hier waren die Bewertungen positiv (Mittelwerte im Bereich von 2). Die Weiterbildungen erfolgten auf Grundlage eines dezidiert ausgearbeiteten Curriculums (Fröhlich-Gildhoff et al., 2015) – in der Umsetzung lag die Manualtreue nach Einschätzung der Referent/-innen zwischen 50 und 70%. Dies kann als Hinweis darauf bewertet werden, dass die Inhalte auf die jeweilige Gruppe der Teilnehmenden adaptiert wurden.

Der Umsetzungsindex – eine quantitative Bewertung des Implementationsprozesses aus zwei Perspektiven – zeigte eine Rangreihe der Umsetzungsintensität, die sich mit den vorhandenen quantitativen Daten teilweise deckt. Diese Rangreihe stimmt ebenfalls nicht vollständig mit den qualitativen Ergebnissen der Analyse des Implementationsprozesses überein: Die Einrichtung, deren Fachkräfte den Prozess am wenigsten positiv bewerteten, belegt in der Rangreihe den Mittelplatz. In dieser Einrichtung wurden zugleich die Weiterbildungsbausteine als tendenziell positiver bewertet, als in den anderen Kitas. Hier müssen weitere Analysen Erklärungsmuster liefern.

Bewertung: Die wesentliche Erkenntnis aus der Analyse des Implementationsprozesses liegt darin, dass jede der teilnehmenden Einrichtungen bei einem durch das Curriculum vorgegebenen Rahmen einen eigenen Weg, ausgehend von den jeweiligen Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Bedarfen gegangen ist. Die Bewertungen sowohl des Gesamtprozesses als auch der einzelnen Bausteine sind insgesamt deutlich positiv, wenngleich in einer der drei Einrichtungen die

angebotenen Inhalte eher als Verstärkung von Vorhandenem gesehen werden und das Verhältnis von Aufwand und Ertrag kritischer betrachtet wird.

Der Vergleich mit den in der Literatur beschriebenen Faktoren für gelingende Implementationen zeigt, dass diese im Prozess der OE weitestgehend berücksichtigt wurden. Allerdings wurde bei einer der drei Einrichtungen der (schon hohe) Stand vorhandener Gesundheitsförderung und Prävention nicht ausreichend berücksichtigt, so dass hier geringere Fortschritte erreicht werden konnten.

Als positiv kann angesehen werden, dass der Bezug zwischen der OE in den einzelnen Einrichtungen und dem Gesamtprojekt PNO im Verlauf des OE-Prozesses deutlich wurde.

1.4 Betrachtung der Analyse der Bedarfsorientierten Fortbildungen

Das Angebot der längerfristigen und intensiven Organisationsentwicklung in Kitas und Schulen (dort „Schulentwicklung“ genannt) kann im Projektzeitraum nicht allen Einrichtungen im Kreis zu Verfügung gestellt werden. Deshalb wurden von Projektbeginn an Überlegungen getroffen, wie möglichst allen Bildungsinstitutionen gesundheitsförderliche bzw. auf Prävention und Nachhaltigkeit ausgerichtete, spezifische Unterstützungsangebote gemacht werden können.

Aufgrund der geäußerten / angemeldeten Bedarfe, die im Verlauf des Projekts durch die „Runden Tische“ und die „Bestands- und Bedarfserhebung“ (Kassel, Fröhlich-Gildhoff & Rauh, 2016) deutlich wurden, wurden im Sinne adaptiver Prozesssteuerung die Themen der Bedarfsorientierten Fortbildungen identifiziert und Curricula dazu entwickelt. Während der Projektlaufzeit können Kindertageseinrichtungen und Grundschulen des Ortenaukreises die i. d. R. einen Tag umfassenden Bedarfsorientierten Fortbildungen auf der Grundlage spezifischer Curricula zu den Themen *Gesundheit der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte, Professionelle pädagogische Begegnung mit herausforderndem Verhalten, Soziale Teilhabe, Zusammenarbeit mit Eltern, Seelische Gesundheit und Resilienz* sowie speziell für die Kindertageseinrichtungen *Stärkung von Kita-Teams in der Begegnung mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrung* in Anspruch nehmen. Die Bedarfe der Einrichtungen werden vom Ortenaukreis durch die regionalen Präventionsbeauftragten entgegen genommen und bearbeitet. Weitere von den Professionellen und Eltern gewünschten Fortbildungsthemen, wie z.B. Umgang mit digitalen Bildschirmmedien werden entwickelt und in der zweiten Projekthälfte unter dem Titel „Echt dabei in der Ortenau – Gesund groß werden im digitalen Zeitalter“ angeboten.

Die Bedarfsorientierten Fortbildungen wurden zum Zeitpunkt des Berichts von insgesamt 25 Kindertageseinrichtungen, drei Schulen und einer Horteinrichtung in Anspruch genommen, eine größere Zahl weiterer Einrichtungen hat konkretes Interesse angemeldet. Dabei wurde besonders stark das Thema „Professionelle pädagogische Begegnung mit herausforderndem Verhalten“ (11 von

30 durchgeführten Bedarfsorientierten Fortbildungen) nachgefragt, am wenigsten bisher das Thema „Soziale Teilhabe“ (keine Fortbildung).

Die Bewertung der Bedarfsorientierten Fortbildungen in den Skalen „Didaktischer Aufbau“, „Referent/-in“, „Persönlicher Lernerfolg“, „Rahmenbedingung Gruppenatmosphäre“ ist ausnahmslos positiv (Mittelwerte 1,41 bis 2,02 auf einer sechsstufigen Skala).

Bewertung: Die im Projektverlauf erfolgte Ausgestaltung und Spezifizierung der Bedarfsorientierten Fortbildungen, die durch die regionalen Präventionsbeauftragten koordiniert und im Anschluss nachhaltig begleitet werden, kann als großer Erfolg angesehen werden: Die Angebote werden – in unterschiedlicher Häufigkeit – wahr- und angenommen, die Bewertungen sind sehr positiv. Vielfach resultieren daraus wichtige Impulse zur Verankerung der Themen in den Einrichtungen. Auch das zunächst vielfach als Bedarf formulierte Thema „Zusammenarbeit zwischen pädagogischen Fachkräften und Eltern“ wird inzwischen zunehmend stärker von den Kindertageseinrichtungs-Teams und Schulkollegien nachgefragt.

Das Thema „Soziale Teilhabe“ ist bisher nicht auf Interesse bei den Bildungseinrichtungen gestoßen. Die Gründe hierfür müssen eruiert werden; parallel wird in der zweiten Projekthälfte eine Handreichung zur differenzierten Darstellung des Themenbereichs erstellt.

Ob und wie in den Bedarfsorientierten Fortbildungen für die teilnehmenden Einrichtungen der Bezug zwischen einzelner Fortbildung und Gesamtprojekt PNO wahrgenommen wird, muss weiter untersucht werden.

1.5 Betrachtung der Analyse von Langzeitverläufen

Zusätzlich zur Evaluation der Prozesse und Wirkungen im Projekt PNO wird die Entwicklung der Unterstützungsformen und deren Inanspruchnahme von Familien – mit einem besonderen Unterstützungsbedarf – über einen längeren Zeitraum untersucht. Dazu werden mit diesen Familien regelmäßig (in zumeist sechs-monatigem Abstand) teilstrukturierte Interviews geführt und Analysen der jeweiligen Netzwerke durchgeführt. Es konnten – mit Hilfe verschiedenster Akteur/-innen aus dem PNO-Strukturen – bisher 17 Familien gewonnen werden, die sich auf diesen intensiven Begleitprozess eingelassen haben und sehr bereit zur Kooperation sind. Es wurden bisher bis zu drei Interviews pro Familie geführt.

Die Datenanalyse zeigt eine sehr große Heterogenität der Netzwerke der Familien, zugleich lassen sich erste Hypothesen zu Faktoren aufführen, die für das Einfordern oder Nicht-Einfordern von Unterstützung relevant sind.

Bewertung: Es ist zum einen überraschend positiv, dass bisher 17 Familien gewonnen werden konnten, die sich auf den Untersuchungsprozess eingelassen haben. Zum anderen zeigt sich, dass die geplanten Analyseinstrumente (Formen der Interviews, Netzwerkkarten) angemessen und sinnvoll sind und sich (neue!) Erkenntnisse generieren lassen. Besonders interessant wird die Betrachtung der (möglichen) Veränderung der Unterstützungsstrukturen – und der Begründungen dafür – sein.

1.6 Gesamtbewertung

Die Zwischenergebnisse der Evaluation machen insgesamt deutlich, dass sich das Gesamtprojekt PNO gegenüber der Anfangsphase (Bericht: Hüls et al., 2015) sehr deutlich weiter entwickelt und stärker konturiert hat.

Der Einstiegsphase, geprägt durch Orientierung und konzeptionelle Arbeit, folgte im Rahmen der Organisations- und Schulentwicklung eine Phase der intensiven Akquise von und Zusammenarbeit mit Bildungseinrichtungen. Parallel dazu wurde die Vernetzung zu Akteur/-innen aus dem Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfesystem aufgebaut. Die regionalen Runden Tische und die kreisweite Präventions- und Gesundheitskonferenz haben sich etabliert. Mit dem Start der Netzwerkprojekte werden verstärkt auch Akteur/-innen aus dem Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfesystem aktiv mit eingebunden.

Der Grundansatz der Organisationsentwicklung in Kindertageseinrichtungen und der Schulentwicklung hat sich bewährt, wenngleich in einigen wenigen Einrichtungen die Passung zwischen Angebot und Bedarfen der Institution nicht ausreichend gelang. Insgesamt sind die Resultate, erfasst mit quantitativen wie qualitativen Forschungsmethoden deutlich positiv: In den Einrichtungen zeigen sich konzeptionelle Weiterentwicklungen zur gesundheitsförderlichen Institution, die Fachkräfte erleben sich kompetenter, in der Zusammenarbeit mit Eltern finden sich Belege für die Etablierung von gesundheitsförderlichen Projekten und Elementen und es lassen sich auf der Ebene der Kinder bedeutsame Anzeichen gesteigener Resilienz erkennen. Zudem ließen sich konkrete Hinweise für die Nachhaltigkeit der Implementation finden.

Im Sinne adaptiver Prozesssteuerung wurden Erkenntnisse aus den Rückmeldungen auf Kreis- und Regionsebene sowie der empirischen Erhebungen („Bestands- und Bedarfserhebung“) aufgegriffen und neue, bedarfsorientierte Angebote entwickelt und etabliert – wie die verschiedenen Netzwerkprojekte und die inhaltliche Ausgestaltung der bedarfsorientierten Fortbildungen.

An einigen Stellen werden Entwicklungsbedarfe deutlich, die im folgenden Kap. 2 (Perspektiven) vertieft werden:

- Die Gesundheit der pädagogischen Fachkräfte hat sich im Rahmen der Intervention nicht deutlich verbessert, obwohl hierzu Angebote bestanden.
- Der Einbezug von Eltern gelingt vereinzelt, aber noch nicht systematisch.
- Die Verbindung zwischen den als Einzelprojekten erlebten OE-Prozessen und dem Gesamtprojekt PNO war zu Beginn der OE-Prozesse weniger deutlich – dies hat sich positiv verändert. In den weiteren Interventionen ist von Beginn an dieser Bezug stärker herauszustellen.
- Neben dem breiten Ansatz der Gestaltung universeller Prävention – dies ist der Grundansatz des Projekts und in diesem Sinne ist das OE-Curriculum aufgebaut – haben die Einrichtungen, aber auch einzelne Professionelle starke Bedarfe der Unterstützung im Bereich der selektiven und indizierten Prävention; diese sollten aufgegriffen werden (auch hier sind u. a. die Bedarfsorientierten Fortbildungen ein sehr sinnvoller Ansatz).
- Die lokale Vernetzung der Institutionen und Akteur/-innen aus den drei Systemen hat an einzelnen Orten erfolgsversprechend begonnen – die positiven Erfahrungen sollten aufgenommen und auf weitere Gemeinden / Städte und auch Quartiere übertragen werden.

2 Perspektiven

Autoren: Klaus Fröhlich-Gildhoff & Ullrich Böttinger

Wie die Darstellung der Ergebnisse in Abschnitt II dieses Berichts und deren Bewertung (Abschnitt III, Kapitel 1) verdeutlicht haben, lässt sich eine positive Zwischenbilanz der bisherigen Entwicklung des Projekts PNO und seiner Realisierung nach zwei Jahren ziehen. Auch aus der Praxisperspektive des Ortenaukreises lässt sich zur „Halbzeit“ eine sehr zufriedenstellende Entwicklung mit guten Perspektiven konstatieren. Gleichzeitig finden aktuell in mehreren Teilbereichen wesentliche Weiterentwicklungen quantitativer wie qualitativer Art statt, die in diesem Bericht noch nicht ausgewertet werden können, unter dem perspektivischen Blickwinkel dieses Abschlusskapitels aber bereits einfließen.

Zugleich wurden einzelne Aspekte deutlich, die in der zukünftigen Arbeit des PNO – aber auch darauf aufbauender oder vom bisherigen Prozess lernender, ähnlicher Projekte – verstärkt berücksichtigt werden sollten. Dieses Kapitel stellt diese Aspekte besonders heraus.

(1) Die *grundsätzliche Strategie* der Verbindung einer zentralen Steuerung (zentrale kreisweite Präventions- und Gesundheitskonferenz unter Beteiligung der Vertretungen relevanter Organisationen aus Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe- sowie Bildungssystem unter Koordination der Kreisverantwortlichen) mit einer regionalen und lokalen Umsetzung (Regional Verantwortliche; Regionale „Runde Tische“) *hat sich bewährt*. Dabei war und ist es wichtig, möglichst viele Beteiligte, aber auch Entscheidungsträger/-innen in den Prozess einzubeziehen. Der Start ist im Ortenaukreis

sehr gut gelungen, weil bereits bestehende und bewährte Kooperationen im Netzwerk „Frühe Hilfen“ vorhanden waren, an die angeknüpft werden konnte. Das Steuerungsprinzip „Zentral planen – regional handeln“ hat sich auch für das PNO sehr gut bewährt und erweist sich für einen großen Flächenlandkreis wie den Ortenaukreis als wichtiges Grundprinzip für erfolgreiche kreisweite Umsetzungen. Besonders wichtig war und ist auch die klare Steuerungsverantwortung bei dem zuständigen Dezernenten und dem zuständigen Amtsleiter sowie einer internen ämterübergreifenden Lenkungsgruppe. Dieser Weg sollte unbedingt fortgeführt werden.

(2) Beim Aufbau des PNO und im Besonderen der Etablierung der Angebote der Organisationsentwicklung in Kitas und Schulen – dort Schulentwicklung genannt – hat sich bestätigt, dass das Thema „Förderung der seelischen und körperlichen Gesundheit und der sozialen Teilhabe“ auf großes Interesse stößt. Die Schwierigkeiten dieses hohe Grundinteresse mit einer aktiven Bereitschaft zur Umsetzung zu verbinden waren jedoch teilweise höher als zunächst erwartet. Insbesondere im Schulbereich hat sich gezeigt, dass eine Vielzahl von Parallelprozessen (Inklusion, Ganztagschule, Gemeinschaftsschule, Sprachförderung,...) „am Laufen“ sind und für die Einrichtungen bereits erhebliche An- wie Herausforderungen darstellen. Zudem ist zu beachten, dass das Ziel der universellen Prävention im Setting-Ansatz zwar empirisch wie theoretisch gut begründet und sinnvoll ist. Zugleich handelt es sich bei der Umsetzung aber auch um einen komplexen Prozess, der alltäglich Routinen ‚hinterfragt‘. So ist es wichtig, den *Nutzen und Mehrwert* langfristiger wie systematischer Gesundheitsförderung noch klarer herauszustellen und den Aspekt der systemübergreifenden Netzwerkbildung stärker zu fokussieren.

Es hat sich gezeigt, dass es für die systematische Gestaltung der Organisationsentwicklungsprozesse und deren Verbindung zu Strukturen und Prozessen in einer umschriebenen Region eine/-n Verantwortliche/-n als „Kümmerer“ braucht. Hier haben sich die regionalen Präventionsbeauftragten aber auch die zentrale Präventionsbeauftragte bewährt, die entsprechende Angebote im Sinne der zugehenden Gesundheitsförderung transparent machen und bei der Implementation entsprechender Initiativen unterstützen. Diese können auch im Blick haben, wann Parallelprozesse beendet sind oder wann günstige Zeitpunkte sind, um Einrichtungen zu gewinnen und zu unterstützen.

(3) Eine weitere – nicht unerwartete – Schwierigkeit bestand und besteht darin, dass sich viele Fachkräfte wie Einrichtungen durch einzelne Kinder / Familien mit besonderen Problemen herausgefordert und belastet erleben. Sie suchen nach (schnellen) Lösungen bzw. *Angeboten im Rahmen selektiver und indizierter Prävention* – das Angebot eines langfristigen Organisationsentwicklungsprozesses mit der Zielsetzung universeller Prävention wirkt dagegen zunächst aufwändig und unspezifisch. Hier gilt es, eine Balance zu finden zwischen dem Aufgreifen

dieser Bedarfe – also der Stärkung der Kompetenzen und Verantwortung der Fachkräfte wie Institutionen – aber auch der Unterstützung bei der Netzwerkbildung zum interprofessionellen gemeinsamen Handeln bei besonderen Problemlagen. PNO kann keine „Feuerwehrfunktion“ übernehmen, aber Unterstützungswege zu verbesserter Zusammenarbeit aufzeigen. Zukünftig muss diese Balance immer wieder reflektiert werden und die gefundenen Lösungen müssen „fall-“ bzw. einrichtungsübergreifend ausgewertet werden.

(4) Die *Verbindung zwischen den Einzelprojekten und -prozessen in den Kitas und Schulen mit dem Gesamtkonzept und der Struktur des PNO* sollte noch weiter gestärkt und intensiviert werden. Hierzu sind bereits wichtige Maßnahmen initiiert worden: So sind die regionalen Präventionsbeauftragten umfänglicher als zu Beginn an der Einleitung und Begleitung der Organisations- und Schulentwicklungsprozesse beteiligt und führen nach dem Abschluss von Prozessen und Bedarfsorientierten Fortbildungen mit den Leitungen und Rektoren „Nachhaltigkeitsgespräche“, um die weitere Verankerung der Inhalte in den Einrichtungen zu sichern. Hinzu kommt, dass die regionalen Präventionsbeauftragten bei der Organisations- und Schulentwicklung beim Fortbildungs-Baustein zur „Netzwerkbildung“ auch konkret mitgestalten werden.

Nachgehende, katamnestische Analysen sollten die Wirkung dieser Maßnahmen erfassen. Weiterhin sollte bei den OE-Prozessen in Kitas und Schulen das Thema der fallbezogenen wie fallunabhängigen Netzwerkbildung – in Verbindung mit den PNO-Strukturen – deutlicher fokussiert werden.

(5) PNO spricht im Ortenaukreis die Gruppe der 3 – 10-jährigen Kinder und ihre Familien an; diese werden über einen institutionellen Zugang im Setting Kita und Schule erreicht. Zugänge zur Unterstützung von Einzelpersonen standen bisher nicht im Zentrum der Intervention. Dennoch werden perspektivisch besondere individuelle Problemlagen zumindest Gegenstand von (lokalen) Netzwerkaktivitäten und Netzwerkprojekten sein. Diese Verbindung von Gesundheitsförderung bzw. Prävention auf institutioneller *und* individueller Ebene sollte zukünftig noch stärker Beachtung finden.

Unter diesem Aspekt ist auch die beabsichtigte Verzahnung mit den bewährten „Frühen Hilfen“ im Sinne einer kommunalen Gesamtpräventionsstrategie zu betrachten. Die Frühen Hilfen im Ortenaukreis können von den Erfahrungen des PNO profitieren: Sie sind bisher v. a. auf die Unterstützung bei individuellen Problemlagen (erfolgreich!) ausgerichtet, die institutionelle Ebene, z. B. die Weiterqualifizierung von Kinderkrippenteams und der Kindertagespflegepersonen, wurden bisher weniger beachtet. Umgekehrt kann PNO wichtige Erfolgselemente der Frühen Hilfen wie die

Bereitstellung schneller und passgenauer Hilfen noch stärker in den Focus der Vernetzungsarbeit zwischen den Systemen nehmen.

(6) Die *Gesundheit der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte*, die an den Organisations- und Schulentwicklungsprozessen teilnehmen, steht zwar nicht explizit im Fokus der PNO-Zielsetzungen. Ihr kommt jedoch gleichwohl eine hohe Bedeutung zu weil die Fachkräfte eine Vorbildfunktion für Kinder und Eltern haben, weil auch die Gesundheit der am Prozess wesentlich Beteiligten wichtig ist und weil gesunde Fachkräfte über größere Ressourcen in der Arbeit mit Kindern und Familien verfügen. Die bisher vorliegenden Daten zeigen, dass hierbei bisher keine messbaren Veränderungen (über die Zeit und gegenüber der Kontrollgruppe) erfolgt sind. Daher sollte der Aspekt der Gesundheit der beteiligten Fach- und Lehrkräfte im zukünftigen Implementationsprozess eine noch stärkere Beachtung finden.

(7) Ein erklärtes Ziel des PNO ist das Erreichen und Einbeziehen von Eltern und Familien. Dabei werden Eltern nicht nur als Zielgruppe, sondern auch als Beteiligte gesehen. Durch Partizipation an der Projektentwicklung sollen die gemeinsame Verantwortlichkeit und der gemeinsame Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur theoretisch vermittelt, sondern möglichst unmittelbar erfahren werden. So sind von Beginn an auch Elternvertretungen Mitglieder der kreisweiten Präventions- und Gesundheitskonferenz, zwischenzeitlich auch bei den Regionalen Runden Tischen. Auch in einigen Kita- und Schulprozessen sind Eltern gut eingebunden und äußern sich dazu positiv. Insgesamt betrachtet waren *Eltern* bisher dennoch eher ‚am Rande‘ in die PNO-Aktivitäten einbezogen. In den Organisations- und Schulentwicklungsprozessen gibt es Module zur „Zusammenarbeit mit Eltern“ und es wurden in allen beteiligten Einrichtungen Aktivitäten zur Einbeziehung der Eltern durchgeführt – dies erscheint jedoch noch qualitativ und quantitativ ausbaufähig. Hier sind in der Zukunft des Projekts noch Kreativität und weiteres Engagement nötig. Ein Schritt in die richtige Richtung in diesem Bereich könnte das für 2017 bereits geplante Aufgreifen des vielfach als Bedarf genannten Themas „Umgang mit Bildschirmmedien“ sein, für das auch ein gemeinsames Fortbildungsmodul für Fachkräfte *und* Eltern vorgesehen ist.

(8) Ein weiteres wichtiges Ziel des PNO ist vor dem Hintergrund erhöhter gesundheitlicher Belastungen bei Personen in eher prekären Lebensverhältnissen das Erreichen von Kindern und Familien mit besonderen Belastungen, insbesondere über das Erreichen von Einrichtungen in besonders belasteten Quartieren, Stadtteilen und Kommunen. Bisher wurden diese Einrichtungen in etwa gleichem Umfang wie andere Einrichtungen erreicht, nicht jedoch in darüber hinausgehendem Maße. Teilweise handelt es sich dabei um Einrichtungen, die gerade aufgrund ihrer speziellen Situation bereits vielfache Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in Angriff

genommen haben. Teilweise gibt es aber auch Einrichtungen, die für sich keinerlei Ressourcen für das Aufgreifen der Thematik oder keinen unmittelbar verwertbaren Nutzen sehen. Das Erreichen dieses Ziels sollte in der zweiten Projekthälfte noch stärker fokussiert werden. Schritte dazu wurden bereits eingeleitet.

(9) Der Ortenaukreis verfolgt mit PNO das Ziel unter Einbezug der Frühen Hilfen eine *kommunale Gesamtpräventionsstrategie* im Sinne einer *kontinuierlichen Präventionskette* von der Schwangerschaft bis zum (zunächst) 10. Lebensjahr aufzubauen. Die bisherigen Erfahrungen und die wachsende Inanspruchnahme zeigen, dass damit ein richtiger und erfolgversprechender Weg begangen wird. Die Verbindung individueller und infrastruktureller Präventionskonzepte scheint eine sinnvolle konzeptionelle Komponente zu sein. Gleichzeitig gilt es perspektivisch die Präventionskette auch noch über das 10. Lebensjahr hinaus auszubauen. Dazu gibt es bereits zahlreiche punktuelle Ansätze, aber noch keinen Einbezug in die Gesamtstrategie. Das Erreichen von Schulen über PNO bietet die Möglichkeit auch in höheren Altersgruppen mit diesen Schulen infrastrukturell am Thema Gesundheitsförderung und Prävention zu arbeiten.

Auch für andere Kommunen können sich aus den Erfahrungen des PNO im Ortenaukreis wichtige Hinweise für den Aufbau von Präventionsketten ergeben.

(10) Für den Fortbestand und die Verstetigung des PNO über die Projektlaufzeit hinaus wird es wichtig sein, *dass weitere Institutionen außerhalb der unmittelbaren Kreisgremien* im Sinne der PNO-Ziele organisatorische und auch finanzielle Verantwortung übernehmen. Da ist zum einen an die Krankenkassen zu denken, die auf der Grundlage des neuen Präventionsgesetzes PNO unterstützen können. PNO bietet an einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis ausgerichtete, evaluierte „Präventionsprodukte“ in Form von Organisationsentwicklung in Kitas und Schulentwicklung in Schulen, aber auch die Bedarfsorientierten Fortbildungen an und setzt unmittelbar an den Lebenswelten der Kinder an. Damit wird eine zentrale Vorgabe des Präventionsgesetzes in Verbindung mit einer kommunal ausgerichteten und weitgehend implementierten Gesamtstrategie aufgegriffen. Gesundheitsförderung und Prävention sind in kontinuierliche Unterstützungs-, Beratungs- und Nachhaltigkeitskonzepte durch Präventionsbeauftragte eingebunden und gehen damit weit über eher singulär ausgerichtete Einzelprojekte hinaus.

Zum anderen sind noch engere Kooperationen mit dem Kultusministerium, aber auch mit Kita-Trägern und weiteren Institutionen denkbar, über die Kinder und Familien erreichbar sind, z. B. im Bereich der Arbeitsverwaltung.

(11) Aus *methodischer wie methodologischer Sicht* stellt die Evaluation einer komplexen und vielschichtigen Intervention wie des Gesamtprojekts PNO eine große Herausforderung dar. Für viele Fragestellungen müssen neue Lösungen gefunden werden, die Umsetzung unter Real-/ Praxisbedingungen lässt Evaluationskriterien nach „rein“ experimentellen Standards – v. a ein klassisches RCT-Design – nicht zu. Dies bedeutet, dass das Vorgehen immer wieder sorgfältig reflektiert und mit externen Wissenschaftler/-innen, z.B. im Rahmen von Tagungen oder Workshops, gespiegelt werden muss. Es ist zu erwarten, dass neue Erkenntnisse über ein entsprechend gegenstandsangemesseneres Vorgehen bei komplexen Intervention in der Realität gewonnen werden – gerade diese sollten sorgfältig dokumentiert und diskutiert werden.

Insgesamt sollte jedoch das bisherige Vorgehen, die mehrfach beschriebene Zwei-Ebenen-Strategie (Verbindung einer Kommunalen Gesamtstrategie mit Interventionen im Setting-Ansatz) weiter umgesetzt werden, da sie sich insgesamt als erfolgreich herausgestellt hat.

Literatur

- Badura, B., Schellschmidt H. & Vetter C., (Hrsg.). (2004). *Fehlzeiten-Report 2003: Wettbewerbsfaktor WorkLife-Balance. Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Privatleben. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin: Springer.
- Bauer, C., Krause, M. & Mayr, T. (2010). *KOMPIK. Kompetenzen und Interessen von Kindern. Beobachtungs- und Einschätzungsbogen für Kinder von 3,5 bis 6 Jahre*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bergmann, M., Jahn, T., Knobloch, T., Krohn, W., Pohl, C. & Schramm, E. (2010). *Methoden transdisziplinärer Forschung. Ein Überblick mit Anwendungsbeispielen*. Frankfurt/New York: Campus.
- Böttinger, U. (2012). Frühe Hilfen im Ortenaukreis – Ein Praxismodell von Frühen Hilfen und Erziehungsberatung in der Regelversorgung. In K. Menne, H. Scheuerer-Englisch und A. Hundsalz (Hrsg.), *Jahrbuch für Erziehungsberatung*. Band 9. (S. 82–105). Weinheim, München.
- Böttinger, U. (2015). Frühe Hilfen im Ortenaukreis – ein (inklusive) Modell der Regelversorgung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern in besonderen Belastungssituationen. In L. König und H. Weiß (Hrsg.), *Anerkennung und Teilhabe für entwicklungsgefährdete Kinder – Leitideen in der Interdisziplinären Frühförderung* (S. 263–279). Stuttgart: Kohlhammer.
- Butterwegge, C. (2010). *Armut von Kindern mit Migrationshintergrund. Ausmaß, Erscheinungsformen und Ursachen*. Wiesbaden.
- Diewald, M., Lüdicke, J., Lang, F.R. & Schupp, J. (2006). *Familie und soziale Netzwerke: Ein revidiertes Erhebungskonzept für das Sozioökonomische Panel (SOEP) im Jahr 2006* (Research Notes). (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin, Hrsg.). Berlin.
- Eichin, C. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). Frühe Hilfen für junge Familien im Spannungsfeld zwischen Prävention und Kontrolle. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2 (1), 121–137. Zugriff am 17.06.2016. Verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/234>.
- Eichin, C. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2014). Differenzielle Intervention im Feld der Frühen Hilfen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 63, 289–307.
- Faller, H. (2010). Sozialpsychologische Modelle (Springer-Lehrbuch). In H. Faller, H. Lang & S. Brunnhuber (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Soziologie* (3., vollst. neu bearb. Aufl., S. 40–44). Berlin: Springer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2013). *Angewandte Entwicklungspsychologie der Kindheit Begleiten, Unterstützen und Fördern in Familie, Kita und Grundschule*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). *Checkliste zur Erfassung des Resilienzstatus auf Ebene der Organisation Kita*. Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der EH Freiburg.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Eichin, C. & Böttinger, U. (2014). Über die Erfassung von Wirkungen im System der Frühen Hilfen – Evaluation des Netzwerks Frühe Hilfen im Ortenaukreis. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 46 (2), 427–441.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Kerscher-Becker, J., Rieder, von Hüls, B., Schopp, S. & Hamberger, M. (Hrsg.) (2014). *Grundschule macht stark! Resilienzförderung in der Grundschule - Prinzipien, Methoden und Evaluationsergebnisse*. Freiburg: FEL

- Fröhlich-Gildhoff, K., Kerscher-Becker, J., Schickler, A., Fischer, S., Rönnau-Böse, M. & Döther, S. (2015). *Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder im Alter von 3–10 Jahren in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Weiterbildungscurriculum für pädagogische Fachkräfte*. Freiburg: Zentrum für Kinder- und Jugendforschung.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Tschuor, S., von Hüls, B. & Rauh, K. (2016). Einschätzung von Quartieren mit einer Kumulation von Problemlagen - Definitionen und Indikatoren zur gezielten Unterstützung von Bildungsinstitutionen in diesen Quartieren im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Internes Dokument.
- Günther, J., Nestmann, F. & Werner, J. (2011). Netzwerkforschung mit Kindern. Eine empirische Studie zu Unterstützungsbezügen in Familie, Pflegefamilie und Heim. In G. Oelerich (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit* (S. 25–49). Wiesbaden: VS.
- Hoffer, R., Fröhlich-Gildhoff, K., Bücklein, C. & Kaiser, S. (2017, eingereicht). Interventionen zur Verbesserung der Interaktionsqualität im U3 Bereich – Hinweise zur gelingenden Implementation.
- Hormann, O. (2013). *Das soziale Netz der Familie: Eine Praxeologie familiärer Hilfebeziehungen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hüls, B. v., Kassel, L., Kerscher-Becker, J., Rauh, K., Rieder, S. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Evaluation eines systemübergreifenden, kommunalen Netzwerks zur Prävention und Gesundheitsförderung bei 3- bis 10-jährigen Kindern und deren Familien. Ziele, Umsetzung und erste Daten des Präventionsnetzwerks Ortenaukreis. *Perspektiven der empirischen Kinder- und Jugendforschung* 1 (2), 5–46.
- IKK-Bundesverband (2006). *IKKimpuls-Berufsreport Erzieherinnen und Erzieher*. Bergisch Gladbach: IKK Bundesverband.
- Kassel, L., Fröhlich-Gildhoff, K. & Rauh, K. (2016). *Bestands- und Bedarfserhebung im Rahmen des Präventionsnetzwerks Ortenaukreis*. Unter Mitarbeit von U. Böttinger, A. Schickler, S. Henschke, T. Mußler, C. Ohnemus, M. Tisch. Freiburg: Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der EH Freiburg und Offenburg: Amt für Soziale und Psychologische Dienste.
- Keupp, H. (2012). Verwirklichungschancen von Anfang an: Frühe Förderung im Kontext des 13. Kinder- und Jugendberichts. In S.B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 64–75). Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Klauer, T. (2005). Psychotherapie und soziale Unterstützung. *Psychotherapeut*, 50 (6), 425–436.
- Klauer, T. (2009). Soziale Unterstützung (Handbuch der Psychologie). In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie* (S. 80–85). Göttingen: Hogrefe.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (2. Auflage). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 153–165.
- Landesinstitut für Schulentwicklung BW (2012). *Resilienzcheckliste. Analyseinstrument zur Umsetzung der Resilienzförderung auf Organisationsebene*. Stuttgart: Landesinstitut für Schulentwicklung Baden-Württemberg. Online: http://www.zfkj.de/images/ZfKJ_-_Resilienzcheck_liste_f%C3%BCr_Schulen.pdf.pdf
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Peter, R., (2002). Berufliche Gratifikationskrisen und Gesundheit. *Psychotherapeut*, 47(6), S. 386–398.

- Petermann, F. (2014). Implementationsforschung: Grundbegriffe und Konzepte. *Psychologische Rundschau*, 65 (3), 122–128.
- Porzolt, F., Eisemann, M., Habs, M. & Wyer, P. (2013). Form Follows Function: Pragmatic Controlled Trials (PCTs) Have to Answer Different Questions and Require Different Designs than Randomized Controlled Trials (RCTs). *Journal for Public Health*, 21, 307–313.
- Quilling, E., Nicolini, H.J., Graf, C. & Starke, D. (2013). *Praxiswissen Netzwerkarbeit: Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten*. Wiesbaden: Springer VS.
- Razum, O., Karrasch, L., & Spallek, J. (2016). Migration - Eine vernachlässigte Dimension gesundheitlicher Ungleichheit? *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 259–265.
- Scherr, A. & Bittlingmayer, U.H. (2009). Warum Chancengleichheit nicht genügt. Für ein Konzept der Befähigungsgerechtigkeit. *Vorgänge: Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik*, 4, 43–52.
- Schickler, A., Böttinger, U. & Bressau, E. (in Druck). *Gesundheitliche und soziale Situation von 3- bis 10-jährigen Kindern sowie Infrastruktur und Arbeitsfelder im Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe sowie Bildungssystem im Ortenaukreis*. Offenburg: Eigenverlag.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Siegrist, J. (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen – Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen*. München: Elsevier.
- Techniker Krankenkasse (2010). TK-Gesundheitsreport 2010. In: TK (Hrsg.). *Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement* (Bd. 24). Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Thinschmidt, M., (2010). Belastungen am Arbeitsplatz Kindertagesstätte – Übersicht zu zentralen Ergebnissen aus vorliegenden Studien. In: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (Hrsg.). *Ratgeber Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst* (S. 17–26). Frankfurt am Main.
- Thinschmidt, M., Gruhne, B. & Hoesl, S. (2008). *Forschungsbericht zur beruflichen und gesundheitlichen Situation von Kita-Personal in Sachsen. Ein Vergleich des Landkreises Torgau-Oschatz mit der Stadt Zwickau*. Dresden: Technische Universität.
- Viernickel, S. & Voss, A. (2012). STEGE. Strukturqualität und Erzieher_innengesundheit in Kindertageseinrichtungen. Wissenschaftlicher Abschlussbericht. Verfügbar unter <http://www.gew.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=20674&token=9d0413d1612a043e64cd74e9e71d51fccefd13ec&sdownload=>
- Viernickel, S., Voss, A., Mauz, E., & Schumann, M. (2014). *Gesundheit am Arbeitsplatz Kita. Ressourcen stärken, Belastungen mindern* (Prävention.). Düsseldorf: Unfallkasse Nordrhein-Westfalen.
- WiFF (Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte) (Hrsg.) (2013). *Inklusion – Kulturelle Heterogenität in Kindertageseinrichtungen. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung*. WiFF Wegweiser Weiterbildung, Band 5. München.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zutreffende Belastungsindikatoren bei Bildungseinrichtungen im Ortenaukreis (Stand 11.01.2017)	12
Tabelle 2: Übersicht über den Verlauf der Organisations- und Schulentwicklung zum Stand 11/2016/15	
Tabelle 3: Übersicht der durchgeführten bedarfsorientierten Fortbildungen	16
Tabelle 4: Weitere Kooperationswünsche nach Systemzugehörigkeit der Befragten	25
Tabelle 5: Einmaliger und regelmäßiger Austausch	27
Tabelle 6: Umgesetzte Fachveranstaltungen für die Settings Kindertageseinrichtung und Schule im PNO	29
Tabelle 7: Fragestellungen der Evaluation auf den verschiedenen Ebenen.....	33
Tabelle 8: Deskriptive Darstellung der Bewertung Skala 1, Skala 2 und der Gesamtbewertung	49
Tabelle 9: Deskriptive Darstellung der Gesamtbewertung in den drei Einrichtungen der DG.....	52
Tabelle 10: Deskriptive Darstellung der einzelnen Bausteine in zwei der Einrichtungen der DG	53
Tabelle 11: Stichprobenbeschreibung der teilnehmenden Fachkräfte in Durchführungs- und Kontrollgruppe	58
Tabelle 12: Deskriptive Darstellung der Selbsteinschätzung der Kompetenzen zu relevanten Themen und der Selbstwirksamkeit in Durchführungs- und Kontrollgruppe zu beiden Zeitpunkten.....	60
Tabelle 13: Mittelwertsvergleich zwischen Durchführungs- und Kontrollgruppe zu beiden Messzeitpunkten.....	61
Tabelle 14: Erkrankungen und Verletzungen der pädagogischen Fachkräfte.....	67
Tabelle 15: Deskriptive Angaben zu gesundheitsrelevanten Aspekten der pädagogischen Fachkräfte getrennt nach Messzeitpunkt und Evaluationsgruppe	69
Tabelle 16: Mittelwertsvergleiche zwischen beiden Evaluationsgruppen zur Veränderung gesundheitsrelevanter Aspekte bei den pädagogischen Fachkräften zwischen den beiden Messzeitpunkten.....	70
Tabelle 17: Stichprobenbeschreibung der schriftlichen Befragung bei den Eltern	72
Tabelle 18: Informationswege über PNO für Eltern.....	73
Tabelle 19: Skalen zur Einschätzung relevanter Aspekte der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen durch die Eltern.....	73
Tabelle 21: Deskriptive Daten zu Selbstkonzept und Resilienz zu beiden Befragungszeitpunkten	77
Tabelle 22: Mittelwertsvergleich derjenigen Kinder, die an beiden Befragungen teilgenommen haben, zu Selbstkonzept und Resilienz	77
Tabelle 23: Deskriptive Daten aus der Fremdeinschätzung durch die pädagogischen Fachkräfte zu beiden Messzeitpunkten zu psychischem Wohlbefinden und sozialen Beziehungen	78

Tabelle 24: Mittelwertsvergleich derjenigen Kinder, von denen zu beiden Messzeitpunkten Einschätzungen der Fachkräfte vorlagen, zu psychischem Wohlbefinden und sozialen Beziehungen.....	78
Tabelle 25: Einrichtungen der Bedarfsorientierten Fortbildungen nach Raumschaft.....	86
Tabelle 26: Auswertung der Skalen nach Thema der Bedarfsorientierten Fortbildung.....	87
Tabelle 27: Zusammensetzung der Stichprobe zum ersten Erhebungszeitpunkt	92

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grundstruktur des PNO.....	8
Abbildung 2: Präventionspyramide.....	9
Abbildung 3: Zutreffende Belastungsindikatoren bei Bildungseinrichtungen in den Raumschaften (Stand 11.01.2017).....	12
Abbildung 4: Erreichungsgrad aller Bildungseinrichtungen in [%] nach Belastungspotenzial (Stand 23.11.2016)	13
Abbildung 5: Übersicht Evaluationskomponenten.....	17
Abbildung 6: Teilnehmerkreis der ersten beiden runden Tische bzw. der Präventions- und Gesundheitskonferenz	22
Abbildung 7: Einträge aller erfassten Kontaktpersonen/-institutionen in der Netzwerkdatenbank	23
Abbildung 8: Bereits erreichte Kontakte	24
Abbildung 9: Auswertung der Tätigkeitsdokumentation zu zwei Zeitpunkten	28
Abbildung 10: Evaluationsdesign – Verlauf der Evaluation in den unterschiedlichen Gruppen.	32
Abbildung 11: Darstellung der Mittelwerte der Kompetenzeinschätzung und Selbstwirksamkeitseinschätzung zu beiden Messzeitpunkten getrennt nach Evaluationsgruppen für alle Fachkräfte, die an beiden Befragungszeitpunkten teilgenommen haben	62
Abbildung 12: Größe und Zusammensetzung der Netzwerke zum ersten Erhebungszeitpunkt	93
Abbildung 14: Familiennetzwerk Familie 10; Erster Erhebungszeitpunkt.....	94
Abbildung 13: Familiennetzwerk Familie 3; Erster Erhebungszeitpunkt.....	94
Abbildung 15: Nicht-Einforderung von Unterstützung	95

Abkürzungsverzeichnis

BF	Bedarfsorientierte Fortbildungen
BMBF	Bundesministerium für Bildungsforschung
DG	Durchführungsgruppe
KG	Kontrollgruppe des Wartelisten-Kontrollgruppendesigns
M	Mittelwert
MZP	Messzeitpunkt
n	Größe der Stichprobe
η_p^2	Maß der Effektstärke
OE	Organisationsentwicklung
PNO	Präventionsnetzwerk Ortenaukreis
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie (randomized controlled trial)
SD	Standardabweichung
SE	Schulentwicklung
UI	Umsetzungsindex