



Elektronischer Sonderdruck für F. Lüken

Ein Service von Springer Medizin

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:466–472 · DOI 10.1007/s00103-012-1628-7

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

M.T. Wright · F. Lüken · B. Grossmann

Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung

Entwicklung eines gemeinsamen Handlungsrahmens in der Qualitätsentwicklung für die Mitglieder der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung

Entwicklung eines gemeinsamen Handlungsrahmens in der Qualitätsentwicklung für die Mitglieder der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Die Bedeutung von Primärprävention und Gesundheitsförderung (neben der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege) für das Gesundheitssystem ist in Deutschland unbestritten [1]. Zahlreiche Angebote konnten sich bereits etablieren, vieles ist aber auch erst im Aufbau.

Im Gegensatz zu dem über Jahrzehnte etablierten System der Versorgungsmedizin wird die Interventionspraxis in Prävention und Gesundheitsförderung bislang aber kaum von anerkannten Qualitätsstandards geleitet [2]. Der Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung [3, 4, 5, 6] in die Praxis ist offensichtlich bisher nur bedingt erfolgreich [7, 8, 9].

Nichtsdestotrotz lassen sich in Prävention und Gesundheitsförderung bei vielen Organisationen Prozesse und Strukturen der Qualitätsentwicklung und -sicherung identifizieren. Lange Zeit fehlte eine strukturierte Analyse dieser Praxis. Eine Einschätzung hinsichtlich ihres Nutzens und möglicher Synergiepotenziale fehlte damit ebenfalls. Im Jahr 2008 richtete die Bundesvereinigung Prävention und Ge-

sundheitsförderung e.V. (BVPG)¹ daher unter Leitung von Frau Prof. Ulrike Maschewsky-Schneider (Charité Berlin) eine Arbeitsgruppe ein, um eine Übersicht über die Aktivitäten ihrer Mitgliedsorganisationen im Bereich Qualitätsentwicklung zu gewinnen und die Möglichkeiten des verbandsinternen Wissenstransfers zu eruieren. Im Jahr 2010 konnten in einer quantitativen Vollerhebung bei den Mitgliedsorganisationen der BVPG vielfältige Instrumente der Qualitätsentwicklung erfasst werden [10, 11]. Diese Erhebung verdeutlichte, dass die Akteure und Akteurinnen in Prävention und Gesundheitsförderung bereits zahlreiche Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung umsetzen. Gleichzeitig schien eine quantitative Befragung den Informationsaustausch zu stark vorzustrukturieren, sodass sich viele Organisationen nicht in der Lage sahen, ihre komplexen Aktivitäten darin abzubilden.

¹ Die BVPG ist ein politisch unabhängiger Verband, der 129 Organisationen mit dem Arbeitsschwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung vereint. Zu den Mitgliedern zählen unter anderem Krankenkassen, Berufs- und Fachverbände sowie Bildungseinrichtungen und Landesvereinigungen für Gesundheit.

Die Statuskonferenzen der Bundesvereinigung verdeutlichten regelmäßig das große Interesse am Thema „Qualitätsentwicklung“ und den Willen, gemeinsam aktiv zu werden [12, 13]. So bildete die Statuskonferenz 2010 den Ausgangspunkt für die hier vorgestellte Folgeuntersuchung. Die Statuskonferenzen wurden im Jahr 2010 von der BVPG ins Leben gerufen, um ihren Mitgliedsorganisationen zu verschiedenen Themenschwerpunkten Kommunikationsplattformen anzubieten. Neben der Präsentation aktueller Entwicklungen in Prävention und Gesundheitsförderung stehen der Austausch und die Vernetzung zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Vordergrund.

Im Rahmen der Folgeuntersuchung (Dezember 2010 bis Februar 2012) wurden nun mittels eines qualitativen Designs die vorhandenen Prozesse der Qualitätsentwicklung bei den BVPG-Mitgliedsorganisationen erfasst. Diese sollen die Grundlage für einen gemeinsamen Handlungsrahmen in der Qualitätsentwicklung aller BVPG-Mitglieder bilden. Die Zielsetzung der aktuellen Untersuchung gliederte sich in 3 Teilbereiche:

1. Beschreibung der Qualitätsentwicklungs-Praxis bei den BVPG-Mitgliedsorganisationen,

Tab. 1 Interviewte BVPG-Mitgliedsorganisationen

Interviewte Organisationen der ersten Erhebungsrunde	Zusätzlich in der zweiten Erhebungsrunde interviewte Organisationen
AOK-Bundesverband (AOK)	Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V.
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ^a	Bundesärztekammer
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.	Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA)
Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)	HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V.
Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V. (ZVK)	Industriegewerkschaft Metall
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)	Verband der Oecotrophologen e.V.

^aAls nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit.

2. Aufdeckung des Weiterentwicklungsbedarfs in Bezug auf Qualitätsentwicklung,
3. Identifikation zentraler, konsensfähiger Bestandteile eines künftigen gemeinsamen Handlungsrahmens zur Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung.

Gestaltung und Methoden des Forschungsprozesses

Partizipation am Forschungsprozess

Leitend für das verwendete Studiendesign waren die Grundgedanken der partizipativen Gesundheitsforschung [14]:

1. Der Erkenntnisgewinn wird unmittelbar mit der Entwicklung und Erprobung neuer Handlungsmöglichkeiten verknüpft.
2. Wissenschaft, Praxis und Zielgruppe arbeiten auf gleicher Augenhöhe, um alle Phasen eines Forschungsprozesses gemeinsam zu konzipieren und durchzuführen. In diesem Sinne ist die Forschungsarbeit partizipativ.

Beide Merkmale treffen auch auf die von uns durchgeführte Studie zu. Im Sinne der Praxisforschung haben die BVPG – als Verband der Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis – und das Institut für Soziale Gesundheit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin – als

wissenschaftliche Einrichtung – gleichberechtigt und handlungsorientiert miteinander kooperiert.

Das Institut für Soziale Gesundheit (ISG) der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin erarbeitete das Untersuchungskonzept. Die Durchführung der Interviews oblag der BVPG. Auf diese Weise konnte ein direkter Zugang zu den Mitgliedsorganisationen der BVPG erschlossen und die Praxisrelevanz der Studienergebnisse sichergestellt werden. Gemeinsam nahmen das ISG und die BVPG die wissenschaftliche Auswertung der erhobenen Daten vor. Die wissenschaftliche Begleitung von außen stützte den Prozess der Selbstbeobachtung im Verband und trug zur Weiterentwicklung der internen wissenschaftlichen Kompetenzen bei. Die BVPG-Mitgliedsorganisationen waren mittelbar am Forschungsprozess beteiligt: Die Anwendung eines Delphi-Verfahrens ermöglichte ihnen eine Einflussnahme auf Datenkategorien und den Auswertungsprozess. Eine geplante Gruppendiskussion zur weiteren Abstimmung des Handlungsrahmens mit den Interviewpartnern/-partnerinnen konnte aus Zeitgründen jedoch nicht realisiert werden.

Methoden

Zur Erörterung der Möglichkeiten eines gemeinsamen Handlungsrahmens in der Qualitätsentwicklung wurden Experten-

interviews mit Vertretern/-innen ausgewählter Mitgliedsorganisationen der BVPG durchgeführt. Um einen Prozess der Konsensbildung voranzubringen, wurde das Delphi-Verfahren genutzt. Während in Gruppendiskussionen oftmals einzelne Personen wesentlichen Einfluss auf die Konsensbildung nehmen, können im Delphi-Verfahren alle Beteiligten anonym und getrennt voneinander ihre Einschätzungen zum Forschungsgegenstand abgeben. Der Prozess der Konsensbildung ist damit nicht von der Dynamik eines Gruppengesprächs beeinflusst – mit allen Vor- und Nachteilen. In der Regel erhalten die Befragten jedoch die Möglichkeit, über mehrere Runden die Ergebnisse der anderen Befragten einzusehen und auf dieser Basis ihre eigenen Einschätzungen ausführlicher zu begründen und/oder zu modifizieren. Gegenüber Einzelinterviews bietet das Delphi-Verfahren der Forschung damit den Vorteil, dass die disparaten Meinungen bereits im Prozess in Relation zueinander gesetzt werden. Durch den Austausch der Experten/-innen entsteht eine gemeinsame Stellungnahme, die auf einer breiten Expertenbasis fußt [17].

Während in der vorliegenden Untersuchung die erste interviewte Person ihre Vorschläge noch vollkommen eigenständig entwickeln musste, konnten die im weiteren Verlauf befragten Personen auf die in den vorherigen Gesprächen erarbeiteten Inhalte zurückgreifen, diese kommentieren, ergänzen sowie mögliche Änderungsvorschläge nennen. Die Vorschläge zu einem gemeinsamen Handlungsrahmens wurden so von Interview zu Interview über die beiden folgenden Erhebungsrunden hinweg erweitert und konkretisiert.

Erste Erhebungsrunde – Entwicklung der Grundlagen eines gemeinsamen Handlungsrahmens

Das Studiendesign bestand aus 2 Erhebungsrunden. In einer ersten Runde wurden 7 Experteninterviews bei ausgewählten BVPG-Mitgliedsorganisationen durchgeführt (■ Tab. 1). Basis für die Auswahl der Gesprächspartner/-partnerinnen dieser ersten Runde war ein zweistufiges Verfahren in Form eines theoretischen

schen Samplings. Dabei wurden folgende Kriterien angelegt:

1. Die ausgewählten Mitgliedsorganisationen sollten ein möglichst breites Abbild der BVPG-Mitgliedsorganisationen liefern.
2. Die interviewten Organisationen sollten bereits über mehrjährige Erfahrung in der Qualitätsentwicklung verfügen.

Als Orientierung für die Interviewauswahl konnten die Ergebnisse aus der vorangegangenen quantitativen Befragung [10, 11] sowie die Kenntnisse und Erfahrungen der BVPG-Geschäftsstelle genutzt werden. Auf diese Weise konnten in einem ersten Schritt 4 Mitgliedsorganisationen als potenzielle Interviewpartner identifiziert werden.

Die (potenziellen) Interviewpartner/-partnerinnen wurden dann in einem telefonischen Erstgespräch sowie ergänzend per E-Mail über die Studie informiert, und ein Termin für ein persönliches Interview (face-to-face) wurde verabredet. Im Nachgang zu den 4 Interviews wurden die Ergebnisse in Hinblick auf die Zielsetzung der Studie ausgewertet. Auf Grundlage der Grounded Theory [15, 16] wurden in einem nächsten Schritt 3 weitere Organisationen ausgewählt, um bislang offene Fragen beantworten zu können. Die Grounded Theory ist ein explorativer sozialwissenschaftlicher Ansatz. Ziel ist die Formulierung von realitätsnahen Theorien zur Erklärung des Forschungsgegenstands, in diesem Fall, der Praxis der Qualitätsentwicklung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

Die insgesamt 7 interviewten Organisationen der ersten Erhebungsrunde gehören verschiedenen Organisationstypen an: öffentliche Verwaltung, Wohlfahrtsverbände, Fachverbände, Landesvereinigungen für Gesundheit, Freie Berufsverbände und Krankenkassen. Damit ergibt sich ein breites Abbild der BVPG-Mitgliedschaft. Die Interviews der ersten Erhebungsrunde wurden im Zeitraum von März bis Mitte Juni 2011 durchgeführt. Sie wurden digital aufgezeichnet und nach den Prinzipien des thematischen Kodierens [15] ausgewertet. Diese Vorgehensweise ermöglichte es, die Besonderheiten des Einzelfalls zu fokussieren und die ver-

Bundesgesundheitsbl 2013 · 56:466–472 DOI 10.1007/s00103-012-1628-7
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

M.T. Wright · F. Lüken · B. Grossmann

Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung. Entwicklung eines gemeinsamen Handlungsrahmens in der Qualitätsentwicklung für die Mitglieder der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Zusammenfassung

Den Prinzipien der partizipativen Gesundheitsforschung folgend, führte die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) gemeinsam mit dem Institut für Soziale Gesundheit der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) eine Studie durch. Ziel der Untersuchung war es, einen Handlungsrahmen für ein gemeinsames Vorgehen der Mitgliedsorganisationen der BVPG in der Qualitätsentwicklung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erarbeiten. Die 129 Mitgliedsorganisationen der BVPG sind vorwiegend Nicht-Regierungsorganisationen, die für die Durchführung und Koordination landes- und bundesweiter Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlich sind. Die BVPG hat sich in ihrer

Satzung zum Ziel gesetzt, zur Weiterentwicklung von Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung beizutragen. Auf der Grundlage eines theoretischen Samplings wurden 14 Mitgliedsorganisationen gewonnen, die an Einzelinterviews und einem Delphi-Prozess teilnahmen, um Informationen über ihre Praxis der Qualitätsentwicklung, ihren Bedarf an Unterstützung und ihre Ideen für einen gemeinsamen Handlungsrahmen zu erhalten. Ausgewählte Ergebnisse der Interviews sowie die vorgeschlagenen Eckpunkte eines Handlungsrahmens werden hier vorgestellt.

Schlüsselwörter

Gesundheitsförderung · Prävention · Qualitätsentwicklung · Qualitätssicherung · Rahmenkonzept

Quality in prevention and health promotion. Developing a common framework for quality development for members of the Federal Association for Prevention and Health Promotion in Germany

Abstract

Following the principles of participatory health research, a collaborative study was conducted by the German Federal Association for Prevention and Health Promotion (BVPG) and the Institute for Social Health at the Catholic University of Applied Sciences Berlin (KHSB). The purpose of the study was to create a framework for the members of the BVPG for taking joint action on developing the quality of health promotion and prevention measures. The 129 members of the BVPG are mainly nongovernmental organizations responsible for the implementation and coordination of prevention and health promotion interventions at the state and nation-

al levels. One of the explicit goals of the BVPG is to support the development of quality in prevention and health promotion. A theoretical sample was drawn of 14 member organizations to participate in individual interviews and a Delphi process to gather data on their current quality development practice, their need for further support, and their ideas for a common framework. Selected results from the interviews and the proposed framework are presented here.

Keywords

Framework · Health promotion · Prevention · Quality improvement · Quality assurance

schiedenen Fälle in der Folge zu kontrastieren.

Alle Interviews waren leitfadengestützt. Der Kern des Leitfadens gliederte sich in 3 Teile. Im ersten Part wurden die aktuelle Praxis und das Verständnis der Qualitätsentwicklung in den jeweiligen Organisationen erfasst. Im zweiten Teil wurden der eigene Nutzen aus der Quali-

tätsentwicklung und der offene Bedarf erfasst. Der dritte Teil erfragte die Möglichkeiten eines gemeinsamen Handelns der BVPG-Mitgliedsorganisationen in der Qualitätsentwicklung.

Zweite Erhebungsrunde – Spezifizierung und Konsensklärung

In der zweiten Erhebungsrunde wurde der Kreis der Experten/-innen erweitert. Neben den 7 befragten Einrichtungen der ersten Runde wurden Vertreter/-innen von 7 weiteren BVPG-Mitgliedsorganisationen mit einbezogen. Alle erhielten ein Papier mit den bis zum Schluss der ersten Erhebungsrunde gesammelten Vorschlägen für einen gemeinsamen Handlungsrahmen. Dazu wurden die Vorschläge der ersten Erhebungsrunde miteinander verglichen, zusammengeführt oder kontrastiert und strukturiert. Auf diese Weise konnten 21 Module identifiziert werden, zu denen die Experten/-innen in der zweiten Erhebungsrunde Stellung beziehen sollten. Die einzelnen Module widersprachen sich zum Teil in ihren Inhalten oder stellten verschiedene Umsetzungsgrade einer Forderung dar. Das Papier ermöglichte allen Befragten eine detaillierte Auseinandersetzung – auch mit den Vorschlägen der anderen Personen, deren Identität nicht mitgeteilt wurde.

Die in der zweiten Erhebungsrunde zusätzlich mit einbezogenen Organisationen (Tab. 1) wurden nach den gleichen Prinzipien der ersten Erhebungsrunde ebenfalls auf Basis des theoretischen Samplings ausgewählt. Die Struktur des Eckpunktepapiers wurde von uns vorgegeben, allerdings aufgrund von Kategorien, die von den Teilnehmenden genannt worden waren. Die Teilnehmenden der zweiten Erhebungsrunde wurden telefonisch interviewt. Aufgrund der starken Strukturierung des Gesprächsverlaufs anhand der 21 Module des Eckpunktepapiers wurde diese Verfahrensweise als angemessen und kostensparend bewertet.

Die Teilnehmenden der zweiten Erhebungsrunde wurden zu jedem einzelnen Modul um ihre begründete Einschätzung gebeten. Die Begründung sollte zudem in der Qualitätsentwicklungspraxis der jeweiligen Organisation verankert sein und sich nicht (ausschließlich) auf ideologische oder politische Positionen stützen. Die Aussagen zu den einzelnen Modulen wurden den Kategorien „Zustimmung“, „teils Zustimmung/teils Ablehnung“ sowie „Ablehnung“ zugeordnet. Module die mehrheitlich den ersten beiden Katego-

rien zugeordnet werden konnten, wurden in den Handlungsrahmen aufgenommen. Die zweite Erhebungsrunde fand von Ende Oktober bis Mitte Dezember 2011 statt.

Ergebnisse

Die folgenden Ausführungen zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen den Organisationen basieren auf den Erkenntnissen der ersten Erhebungsrunde. In der zweiten Erhebungsrunde wurden derartige Informationen nicht erfasst. Aufgrund der Komplexität der Ergebnisse können hier nur Ausschnitte präsentiert werden. Die Darstellungen zum Handlungsrahmen basieren auf den Ergebnissen beider Erhebungsrunden.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Organisationen

Die Nähe der befragten Organisationen zu Prävention und Gesundheitsförderung variiert deutlich. Während einige dort ihren Arbeitsschwerpunkt sehen, ist sie bei anderen nur ein Bereich von mehreren. Aus diesem Grund unterscheiden sich auch die diesbezüglichen Aktivitäten zwischen den Organisationen. Sie reichen von der Fort- und Weiterbildung von Multiplikatoren/-innen über die Vernetzung und Initiierung von Kampagnen bis zur Auditierung gesundheitsfördernder Angebote. Die deutlichsten Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den untersuchten Organisationen lassen sich anhand von 4 Kategorien darstellen. Diese umfassen zum einen die Darstellung der eigenen Aktivitäten. Zum anderen werden aber auch die Herausforderungen für die Weiterentwicklung der Qualitätsentwicklung unterschiedlich bewertet.

Interne Qualitätsentwicklung

Eine hohe Qualität der eigenen Angebote und des eigenen Handelns wird von den interviewten Organisationen durch regelmäßige Reflexionen und das Hinzuziehen des bestmöglichen verfügbaren Wissens sichergestellt. Dies verläuft in unterschiedlichem Maße systematisch. Insbesondere ressourcenstarke Organisationen, wie z. B. AOK, BZgA, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und der Deut-

sche Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (folgend Der Paritätische), betreiben eigene (wissenschaftliche) Abteilungen und Institute, die sich mit Qualitätsentwicklung befassen bzw. Informationen über die beste verfügbare Evidenz zusammentragen. Daneben unterstützen Beiräte und Ausschüsse die eigene Arbeit.

In anderen Organisationen (Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V., Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., Deutscher Olympischer Sportbund) gibt es derartige Strukturen nicht. Doch auch sie greifen auf Fachwissen zurück – häufig in Form von Fachgremien oder externen Referenten/-innen. Alle interviewten Organisationen betonen die Notwendigkeit der Reflexion des eigenen Handelns für die Weiterentwicklung. Häufig orientieren sie sich dabei am PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) bzw. dem darauf aufbauenden Public-Health-Action-Cycle.

Deutliche Unterschiede lassen sich im Ausmaß der Evaluation des eigenen Handelns feststellen. Systematische und umfangreiche sozialwissenschaftliche und teilweise ökonomische Evaluationen zu den eigenen Evaluationskampagnen führen die Gesetzliche Unfallversicherung und die BZgA durch. Die meisten Präventionsangebote der AOK werden ebenfalls evaluiert – allerdings in der Regel in einem geringeren methodischen Umfang. Bei den anderen Organisationen, die in der Regel kleiner sind, bezieht sich die Evaluation häufig auf die Fragebogen-gestützte Bewertung von Veranstaltungen.

Vernetzung als zentrales Element

Alle interviewten Organisationen räumen der Vernetzung einen zentralen Stellenwert ein.

- So tauscht sich etwa der AOK-Bundesverband über den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) mit weiteren Gesetzlichen Krankenversicherungen aus und arbeitet gemeinsam mit ihnen am Leitfaden Prävention.
- Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) engagiert sich in nationalen und internationalen Netzwerken. Im Themenbereich „Präven-

tion und Gesundheitsförderung“ sind dies insbesondere Netzwerke zur Förderung der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) sowie zur Förderung der Evidenz der BGF.

- Das DOSB-Siegel SPORT PRO GESUNDHEIT wurde in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer entwickelt. Zu den weiteren Kooperationspartnern gehören Sport- und Fachverbände sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen.
- Die Vernetzung mit regionalen Akteuren/-innen ist Kern der Arbeit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG). Ziel ist der Austausch unterschiedlicher Institutionen, Initiativen und Professioneller.
- Zur Mitgestaltung der Qualitätsentwicklung in der Sozialen Arbeit engagiert sich die PQ GmbH² im Auftrag des Paritätischen im Qualitätsmanagementausschuss der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und baut ein bundesweites Netzwerk mit Fachleuten auf.

Qualität als Wettbewerbs- und Marketinginstrument

Deutliche Unterschiede lassen sich zwischen den interviewten Organisationen bezüglich der Bedeutung der Qualitätsentwicklung als Wettbewerbs- und Marketinginstrument feststellen. Organisationen mit stärkerer Marktorientierung sehen in steigender Qualität einen Wettbewerbsvorteil. Für die Mitglieder des Zentralverbandes der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V. (ZVK)³ ergeben sich durch qualitätsgesicherte Präventionsangebote neue Geschäftsfelder. Entsprechende Fortbildungsangebote steigern die Attraktivität des Verbandes für seine Mitglieder. Für die Mitgliedsorganisationen des Paritätischen ist die Einhaltung von Qualitätsstandards teilweise elementar, um gegenüber Kostenträgern Konformität mit rechtlichen und fachlichen Standards zu dokumentieren.

² Die PQ GmbH – Paritätische Gesellschaft für Qualität und Management ist eine Gesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.

³ Seit Juni 2012 lautet die Verbandsbezeichnung „Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.“.

Auch die AOK und der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) sehen in der Qualitätsentwicklung eine Möglichkeit des Marketings bzw. der Positionierung im Wettbewerb. Lediglich BZgA, DGUV und HAG haben einen derartigen Aspekt im Interview nicht explizit hervorgehoben.

Herausforderungen für die Qualitätsentwicklung

Als Herausforderungen für die Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung bezeichneten 4 der 7 Befragten (AOK, DOSB, Der Paritätische, ZVK) der ersten Interviewrunde die oftmals unzureichende Evidenz für Interventionen. Aber auch mangelnde Nachhaltigkeit von Interventionen ist von großer Bedeutung (BZgA, HAG).

Handlungsrahmen

Aufbauend auf den Erkenntnissen der beiden Interviewrunden, konnten 7 Eckpunkte für einen gemeinsamen Handlungsrahmen der BVPG-Mitgliedsorganisationen im Bereich der Qualitätsentwicklung identifiziert werden:

- Einigung auf gemeinsame Prinzipien der BVPG zu guter Prävention und Gesundheitsförderung,
- Verfassen eines gemeinsamen Fortschrittsbericht zur Prävention und Gesundheitsförderung,
- Organisation spezifischer Workshops für unterschiedliche Typen von Mitgliedsorganisationen im Rahmen der Veranstaltungen der BVPG⁴,
- Unterstützung von Selbstevaluation bei den Mitgliedsorganisationen,
- Koordinierung von Fortbildungen zu Qualitätsentwicklung und -sicherung,
- Erstellen einer Mitgliederdatenbank zur Stärkung der Vernetzung,
- Forderung eines Nachweises der Qualitätssicherung bei öffentlich geförderten Maßnahmen.

Im Folgenden werden die ersten beiden Eckpunkte vorgestellt, da sie sich als mehrheitsfähig erweisen – auch wenn die

⁴ Die BVPG-Mitgliedsorganisationen lassen sich in zehn unterschiedliche Organisationsarten unterteilen [10].

Zustimmungen teils mit Einschränkungen erfolgten.

Gemeinsame Prinzipien

Es sprachen sich 10 von 13 interviewten Organisationen⁵ für gemeinsame Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung für die BVPG-Mitgliedsorganisationen aus – 2 weitere waren indifferent. Darin sollen sich alle Organisationen auf eine gemeinsame handlungsleitende Philosophie und Sprache verständigen. Gemeinsame Prinzipien werden mit einer positiven Außenwahrnehmung und einem positiven Image für Prävention und Gesundheitsförderung verbunden. Mittelfristig, so die Vorstellung, könnten durch diese Prinzipien auch die Rahmenbedingungen für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland beeinflusst werden. Die Befragten vermuten, dass ein Prozess der Prinzipienfindung nach innen zu einer stärkeren Vernetzung der BVPG-Mitgliedsorganisationen beitragen könnte.

Als wesentliche Prinzipien wurden Partizipation, Empowerment und die Settingorientierung von Interventionen identifiziert. Konkretisierungen dieser Inhalte wurden nicht vorgenommen. Es deutete sich in den Interviews aber bereits an, dass die Prinzipien die vielfältigen Aufgabengebiete und heterogenen Arbeitsweisen der BVPG-Mitgliedsorganisationen bei einer Ausdifferenzierung der Begrifflichkeiten berücksichtigen müssen. Ergänzend zu den genannten Schlagworten wurde von einzelnen Personen dafür plädiert, den Sozialogenbezug von Gesundheit sowie wesentliche Elemente der Qualitätsentwicklung mit in ein Leitbild aufzunehmen. Uneinig waren sich die Befragten darin, ob eine Überprüfung der Einhaltung der gemeinsamen Prinzipien umsetzbar und zweckmäßig wäre.

Gemeinsamer Fortschrittsbericht zu Prävention und Gesundheitsförderung

Ebenfalls große Zustimmung erhielt der Vorschlag, einen gemeinsamen Fortschrittsbericht aller BVPG-Mitgliedsorga-

⁵ Der AOK-Bundesverband konnte aus Zeitgründen nicht an der zweiten Erhebungsrunde teilnehmen.

nisationen zu ihren Tätigkeiten in Prävention und Gesundheitsförderung zu verfas- sen – 10 Personen sprachen sich dezidiert dafür aus, die 3 anderen waren indiffe- rent. Als Zielgruppe eines derartigen Ber- ichtes werden politische Entscheidungs- träger, die (Fach-)Öffentlichkeit und die Mitgliedsorganisationen der BVPG selbst genannt. Da es abgesehen vom Präven- tionsbericht des GKV-Spitzenverbandes bislang an einer flächendeckenden Dar- stellung der Präventionstätigkeiten in Deutschland fehlt, könnte ein derartiger Bericht eine Lücke schließen, so die Ver- mutungen.

Die erhöhte Transparenz könnte Poli- tik und Öffentlichkeit den Nutzen von Prävention und Gesundheitsförderung besser vermitteln und die bestehende Vielfalt der durchgeführten Maßnahmen sichtbar machen. Durch die Darstellung funktionierender Strukturen, produktiver Kooperationen und von Beispielen guter Praxis kann die Notwendigkeit der Ver- stetigung von Präventionsmaßnahmen aufgezeigt werden. Die Interviewten sa- hen in einem Fortschrittsbericht auch die Möglichkeit, die Umsetzung der gemein- sam formulierten Prinzipien guter Prä- vention und Gesundheitsförderung ab- zubilden. Zudem könnte die Publikation Ansatzpunkte für neue Kooperationen in- nerhalb und außerhalb der BVPG aufzei- gen. Bezüglich der Frage, ob ein gemein- samer Fortschrittsbericht Vergleiche zwi- schen den Mitgliedsorganisationen be- inhalten sollte, waren sich die Befragten in ihrer Ablehnung größtenteils einig. Ein Vergleich wird als Hindernis für die Be- reitschaft, an einer derartigen Publikation mitzuwirken, sowie für künftige Koope- rationen zwischen den Mitgliedsorgani- sationen gesehen. Zudem gibt es starke Zweifel daran, dass die heterogene Mit- gliederstruktur der BVPG einen sinnvol- len Vergleich zulässt.

Die Darstellung des Nutzens bzw. der Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförde- rung wird recht unterschiedlich bewert- et. So wird von einem Großteil der Inter- viewten darauf hingewiesen, dass der Nutzen von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nur schwer zu erfassen ist. Zugleich wird aber auch er- kannt, dass eine Nutzendarstellung gegen-

über der Öffentlichkeit und politischen Entscheidungsträgern eine wichtige Ar- gumentationsgrundlage darstellt.

Eine breite Zustimmung erhielt die Idee, ein eigenes Kapitel zu Kooperatio- nen einzurichten. Da die Vernetzung zu den Kernaufgaben der BVPG gehört, er- achten die Interviewten eine Bericht- erstattung zu diesem Themenfeld als sehr sinnvoll. Ein Kooperationskapitel, so die Vorstellung, kann politischen Entsch- eidungsträgern die Synergieeffekte vorhan- dener Kooperationen verdeutlichen, neue Vernetzungsmöglichkeiten aufzeigen und durch die Darstellung guter Praxis Lern- impulse für weitere Kooperationen aus- senden.

Diskussion

Auch wenn die vorliegende Studie auf- grund der geringen Fallzahl nicht für al- le Mitglieder der BVPG repräsentativ sein kann, konnte mittels des Auswahlverfah- rens sichergestellt werden, dass eine gro- ße Vielfalt der in Deutschland tätigen Ak- teure im Bereich Prävention und Gesund- heitsförderung abgebildet wurde. Von großer Bedeutung ist die praktische Aus- gestaltung des Forschungsprozesses, der Wissenschaft und Praktiker als gleichran- gige Akteure vereint und sowohl wissen- schaftliche Erkenntnisse als auch prak- tische Handlungsimpulse generiert hat. Durch die qualitativen Experteninter- views wird deutlich, dass die Praxis der Qualitätsentwicklung in den einzelnen Einrichtungen stark von internen und ex- ternen Rahmenbedingungen abhängig ist. Unterschiede erklären sich durch die je- weiligen Arbeitsaufträge, die Organisa- tionsgrößen und den Grad der Profession- alisierung.

Die Anwendung des Delphi-Verfah- rens in der recht heterogenen Mitglied- schaft der BVPG hat sich bewährt. Über verschiedene Organisationstypen, mit unterschiedlichen Arbeitsaufträgen und Kapazitäten, konnten Eckpunkte für ein gemeinsames Handeln im Bereich der Qualitätsentwicklung identifiziert wer- den. Die erarbeiteten Vorschläge bleiben dabei nicht im Allgemeinen, sondern dis- kutieren in der Regel recht detailliert die Möglichkeiten und Grenzen eines ge- meinsamen Handelns.

Auch wenn die vorliegende Untersu- chung keinen fertigen Handlungsrah- men für die BVPG-Mitgliedsorganisa- tionen liefert, konnten zentrale Grundla- gen eines gemeinsamen Handelns identi- fiziert werden. Diese müssen nun im Dia- log mit den BVPG-Mitgliedsorganisa- tionen weiterentwickelt und in der Qualitäts- entwicklungspraxis verankert werden. Für die Umsetzung des gemeinsamen Hand- lungsrahmens in die Praxis empfiehlt sich eine umfassende Beteiligung der Mit- gliedsorganisationen am weiteren Dis- kussions- und Ausarbeitungsprozess. Das dadurch entstehende Gefühl des „owner- ship“ ist fundamental für gelebte Prinzi- pien guter Prävention und Gesundheits- förderung.

Korrespondenzadresse

F. Lükens

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)
Heilsbachstr. 30, 53123 Bonn
fl@bvpraevention.de

Danksagung. Wir danken unseren Interviewpart- nern/-partnerinnen für die Unterstützung der Unter- suchung.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist für sich und seine Koautoren auf folgende Be- ziehungen hin: Dr. Beate Grossmann und Felix Lükens sind bei der Bundesvereinigung Prävention und Ge- sundheitsförderung e.V. – deren Mitgliedschaft Gegen- stand der Untersuchung war – hauptamtlich beschäf- tigt. Prof. Dr. Michael T. Wright erhielt für die wissen- schaftliche Begleitung der Untersuchung ein Honorar der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheits- förderung e.V.

Literatur

1. Schröder KT (2006) Prävention in Deutschland als eigenständige Säule im Gesundheitssystem. In: Michna H, Oberender P, Schultze J, Wolf J (Hrsg) ... und ein langes gesundes Leben. Prävention auf dem Prüfstand. Hanns-Martin-Schleyer-Stiftung, Köln, S 283–288
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Ent- wicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordina- tion und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bundes- ministerium für Gesundheit, Bonn
3. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001) Qualitätsmanagement in Gesundheitsför- derung und Prävention. Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung, Bd. 15. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bonn

4. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung konkret, Bd. 5. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
5. Goldapp C, Cremer M, Graf C et al (2011) Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 54:295–303
6. Kliche T, Elsholz A, Escher C et al (2009) Anforderungen an Qualitätssicherungsverfahren für Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Expertenbefragung. Prävention Gesundheitsförderung 4:251–258
7. Kliche T (2011) Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 54:194–206
8. Kolip P, Müller VE (2009) Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Huber, Bern
9. Wright MT (2006) Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. Jahrb Krit Med 43:55–73
10. Wright MT, Noweski M (2010) Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung. Mitgliederbefragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Discussion Paper SP, 304. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin
11. Wright MT, Noweski M, Robertz-Grossmann B (2012) Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung. Befragung der Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention Gesundheitsförderung 1:11–17
12. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (2010) Dokumentation der Statuskonferenz 2010. Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. Statusbericht 1, Bonn
13. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (2011) Dokumentation der Statuskonferenz 2011. Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. Statusbericht 4, Bonn
14. Wright MT (2012) Partizipative Gesundheitsforschung als Grundlage für eine partizipative Praxis. In: Rosenbrock R, Hartung S (Hrsg) Partizipation und Gesundheit. Huber, Bern, S 418–428
15. Flick U (2007) Qualitative Sozialforschung. Rowohlt Taschenbuch, Reinbek
16. Glaser BG; Strauss AL (2008) Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Huber, Bern
17. Häder M (2002) Delphi-Befragungen. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden

Hier steht eine Anzeige.

