

# Entwicklung eines Handlungsrahmens zur Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung für die BVPg und deren Mitgliedsorganisationen

Eine Forschungs Kooperation zwischen der  
Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPg)  
und dem Institut für Soziale Gesundheit an der  
Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB)

**Projektzeitraum: 2010-2012**

Prof. Dr. Michael T. Wright, LICSW, MS

Felix Lüken, BA, MEval

Dr. Beate Grossmann

Institut für Soziale Gesundheit

Katholische Hochschule für Sozialwesen  
Berlin

Köpenicker Allee 39-57  
10318 Berlin

Bundesvereinigung Prävention und  
Gesundheitsförderung e. V. (BVPg)

Heilsbachstr. 30  
53123 Bonn

Bundesvereinigung Prävention und  
Gesundheitsförderung e. V. (BVPg)

Heilsbachstr. 30  
53123 Bonn

Tel: 030 501010 910

E-Mail: [michael.wright@khsb-berlin.de](mailto:michael.wright@khsb-berlin.de)

Tel. 0228 98727 0

E-Mail: [fl@bvpraevention.de](mailto:fl@bvpraevention.de)

Tel. 0228 98727 0

E-Mail: [bg@bvpraevention.de](mailto:bg@bvpraevention.de)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Hintergrund</b> .....	<b>5</b>
<b>2 Ziele und Fragestellung der Studie</b> .....	<b>8</b>
<b>3 Methodik</b> .....	<b>9</b>
3.1 Partizipation am Forschungsprozess.....	9
3.2 Die Experteninterviews .....	10
3.3 Das Delphi-Verfahren.....	11
<b>4 Ergebnisse</b> .....	<b>14</b>
4.1 Analyse der Interviews: Zusammenfassung der Fälle (fallimmanente Analyse).....	14
4.2 Analyse der Interviews: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Einrichtungen (fallübergreifende Analyse) .....	25
4.3 Verwendung zentraler Begrifflichkeiten und gemeinsamer Handlungsrahmen.....	28
<b>5 Diskussion und Empfehlungen</b> .....	<b>38</b>
<b>6 Fazit</b> .....	<b>40</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>41</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>A</b>
I. Interviewleitfaden.....	A
II. Mitglieder der BVPG nach Einrichtungskategorie (Stand 28.02.2012) .....	B
III. Mitglieder der BVPG nach Einrichtungskategorie – Zusammenfassung (Stand 28.02.2012).....	G

## **Abkürzungsverzeichnis**

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse (hier: AOK-Bundesverband)
BVPG	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAG	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.
QE	Qualitätsentwicklung
QS	Qualitätssicherung
ZVK	Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e. V.

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Interviewte Organisationen der ersten Erhebungsrunde .....	11
Tabelle 2: Zusätzlich in der zweiten Erhebungsrunde interviewte Organisationen .....	13

## Zusammenfassung

Im Jahr 2009 wurde eine quantitative Befragung der Mitgliedsorganisation der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) durchgeführt, um den Stand der Praxis der Qualitätsentwicklung (QE) in der Prävention und Gesundheitsförderung zu erfassen. Die mit der Durchführung der Mitgliederbefragung beauftragten Wissenschaftler empfahlen die Durchführung einer Folgeuntersuchung, um im Rahmen eines qualitativen Designs die vorhandenen QE-Prozesse und die damit verbundenen einrichtungsspezifischen Logiken besser abbilden zu können und dadurch eine empirische Grundlage für die Erarbeitung eines gemeinsamen QE-Konzepts zu liefern. Dieser Empfehlung folgend wurde die vorliegende Studie realisiert.

Drei Leitfragen standen im Mittelpunkt dieser Studie:

1. Wie sieht die heutige QE-Praxis der Mitgliedsorganisationen der BVPG im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung aus?
2. Welcher Weiterentwicklungsbedarf existiert im Bereich QE?
3. Welche Inhalte und welche Ausrichtung braucht ein gemeinsamer Handlungsrahmen zur QE in der Prävention und Gesundheitsförderung?

Als Erhebungsinstrumente wurden Experteninterviews und ein modifiziertes Delphi-Verfahren eingesetzt. Vierzehn Mitgliedsorganisationen nahmen an der Studie teil. Wegen des Auswahlverfahrens und der geringen Fallzahl sind die Ergebnisse nicht für alle Mitgliedsorganisationen repräsentativ. Die Teilnehmenden bilden jedoch eine große Vielfalt an Einrichtungen ab, die zum Thema QE in der Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten.

Die Einzelinterviews zeigen, dass die Praxis der Qualitätsentwicklung in den einzelnen Einrichtungen stark von strukturellen Rahmenbedingungen und dem jeweiligen Auftrag im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung abhängt. Die Unterschiede erklären sich zum Teil durch die Eigenschaften der jeweiligen Einrichtungskategorie und zum Teil durch organisationseigene Besonderheiten.

Kernbegriffe der QE werden von allen Einrichtungen verwendet, wenn auch mit unterschiedlicher Betonung und im Rahmen verschiedener Verfahren und Systeme. Für alle Interviewten bedeutet QE eine vielschichtige Organisationsentwicklungsstrategie, die notwendigerweise den spezifischen Fragestellungen jedes einzelnen Arbeitsbereichs entsprechen muss. Die interviewten Einrichtungen stehen für große Bündnisse von Organisationen bzw. Fachkräften und sind dementsprechend komplex und hoch spezialisiert. Das ermöglicht kaum praktische Vergleiche der Mitgliedsorganisationen – insbesondere dann nicht, wenn die zu vergleichenden Organisationen unterschiedlichen Einrichtungskategorien angehören.

Sieben Eckpunkte wurden von den Befragten für einen gemeinsamen Handlungsrahmen identifiziert:

1. Organisation clusterspezifischer Workshops im Rahmen der Statuskonferenzen der BVPG
2. Gemeinsamer Bericht zur Prävention und Gesundheitsförderung
3. Selbstevaluation
4. Gemeinsames Leitbild der BVPG zu guter Prävention und Gesundheitsförderung
5. Fortbildungen zu Qualitätsentwicklung und -sicherung

## 6. Mitgliederdatenbank

## 7. Forderung eines Nachweises der Qualitätssicherung bei öffentlich geförderten Maßnahmen

Die Eckpunkte geben ein klares Signal, dass das gesamte Feld der Prävention und Gesundheitsförderung auch in puncto QE von einem gemeinsamen Auftreten und Handeln der BVPG-Mitgliedsorganisationen profitieren kann. Eine Vereinheitlichung der Aufgabenfelder oder Strategien aller Mitgliedsorganisationen ist in diesem Zusammenhang allerdings weder wünschenswert noch möglich. Ideen wie gemeinsame Indikatoren, Zertifizierungsverfahren und vergleichende Leistungsdarstellungen haben aus diesem Grund keine Mehrheit gefunden. Ziel muss es stattdessen sein, eine Kohärenz zu schaffen, die den Sinn der Vielfalt verdeutlicht und nach außen transportiert und dabei Qualitätsentwicklungsmöglichkeiten für die verschiedenen Arbeitsfelder aufzeigt.

Bemerkenswert an den Eckpunkten für den Handlungsrahmen ist, dass die Vorschläge über allgemein formulierte politische Statements hinausgehen. Bei einer so großen Vielfalt wäre zu erwarten gewesen, dass die Mitgliedsorganisationen das gemeinsame Handeln auf eine öffentlichkeitswirksame Form der Außendarstellung beschränken möchten. Das ist aber nicht der Fall. Die Interviewten interessieren sich ernsthaft für die Weiterentwicklung des Feldes der Prävention und Gesundheitsförderung über ihre eigenen Zuständigkeitsbereiche hinaus und suchen durch die Zusammenarbeit im Rahmen der BVPG neue Möglichkeiten, um die großen offenen Fragen anzugehen – vor allem die Fragen nach dem Nutzen von Prävention und Gesundheitsförderung und dessen Darstellung in der Öffentlichkeit. Alle Teilnehmenden befassen sich intensiv in diversen Zusammenhängen mit der Frage des Nutzens, am häufigsten unter den Themen „Evidenzbasierung“ und „Evaluation“. Unter dem Punkt „Gemeinsamer Bericht“ wird der Wunsch am deutlichsten, ein gemeinsames Vorgehen und einheitliche Handlungslinien in Bezug auf das Thema „Nutzen“ zu erarbeiten.

Die Eckpunkte für den Handlungsrahmen geben klare Hinweise auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten, zeigen aber gleichzeitig auch Bereiche auf, die weiterer Klärung bedürfen. So ist der Erfolg des Handlungsrahmens abhängig von dem Ausmaß der Identifikation jeder einzelnen Mitgliedsorganisation mit ihm sowie von der auch nach außen sichtbaren Einheit, die ein derartiger Rahmen erzeugt.

Damit ein Handlungsrahmen erfolgreich ist, wird empfohlen zu gewährleisten, dass jede Einrichtungskategorie im weiteren Verfahren vertreten ist. Es ist unwahrscheinlich, dass alle Mitgliedsorganisationen an allen Entwicklungsschritten teilnehmen können – umso wichtiger ist, dass eine Vielfalt unter den beteiligten Organisationen vertreten ist. Eine breit angelegte Beteiligungsstrategie wird auch eine größere Partizipation ermöglichen. So könnten Diskussionsprozesse in Arbeitsgruppen und auf den BVPG-Statuskonferenzen eingeleitet werden. Die Ergebnisse sollten dann an alle Mitgliedsorganisationen – mit der Bitte zur Kommentierung – kommuniziert werden.

Die Erfahrungen aus dieser und der vorangegangenen Studie zeigen, dass die meisten Mitgliedsorganisationen nur wenig Zeit für eine Zusammenarbeit zur Verfügung stellen können. Aus diesem Grund wird empfohlen, eher weniger Termine einzuplanen, die dann aber einen Werkstatt-Charakter haben sollten. So können an einem Tag konkrete Ergebnisse gemeinsam erarbeitet werden, und die Interessierten müssen nicht über einen längeren Zeitraum parallel zu ihrer regulären beruflichen Tätigkeit an einer gemeinsamen Ausrichtung der BVPG-Mitgliedsorganisationen bzgl. QE arbeiten.

## 1 Hintergrund

In Deutschland ist die Primärprävention neben der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege versorgungspolitisch weitgehend anerkannt (Schröder 2006). Allerdings befinden sich die präventiven Angebotsstrukturen noch im Aufbau. Im Gegensatz zu den etablierten und sozialrechtlich spezifisch regulierten Systemen ist die Interventionspraxis von Prävention und Gesundheitsförderung kaum von anerkannten Qualitätsstandards geleitet (Sachverständigenrat 2009). Hinweise der Wissenschaft zur Qualitätsentwicklung (QE) (BZgA 2001; BZgA 2007; Goldapp et al. 2011; Kliche et al. 2009) scheinen bislang nur teilweise zur Anwendung zu kommen (Kliche 2011; Kolip & Müller 2009; Wright 2006). Es bedarf deshalb neben der wissenschaftlichen Konzeptualisierung der QE einer eingehenden Diskussion der Umsetzungsvoraussetzungen und einer ständigen Überprüfung der tatsächlichen Anwendungspraxis.

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) ist ein Zusammenschluss von rund 130 Mitgliedsorganisationen, die zu den wichtigsten Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes- und Landesebene in Deutschland zählen. Sie verfügen über verschiedene Erfahrungen, Kriterien, Instrumente und Verfahren der QE für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Es fehlte bisher jedoch eine konkrete Übersicht.

### Arbeitsgruppe „Qualität“

Zur Identifizierung relevanter Themen im Zusammenhang mit der Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung wurde 2008 eine Arbeitsgruppe bei der BVPG eingerichtet, die dem Vorstand einen Zeit- und Maßnahmenplan zur Bearbeitung folgender Fragen vorlegen sollte:

- Wie kann Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung (weiter-)entwickelt und gesichert werden?
- Welche Erfahrungen haben die Mitglieder mit QE in der Praxis gemacht?
- Welche Empfehlungen lassen sich aus diesen Ergebnissen ableiten und im Sinne des Know-how-Transfers für alle Mitglieder verfügbar machen?

Die Arbeitsgruppe definierte als wesentliche Aufgabenbereiche zur Verbesserung der Qualität von Maßnahmen

- die Herstellung von Transparenz über QE im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung und
- die Verbreiterung der Wissensbasis der Akteurinnen und Akteure zu Instrumenten der QE.

### Quantitative Mitgliederbefragung

Ein erster Schritt, diese Aufgaben zu bearbeiten, war eine Mitgliederbefragung zur QE. Ausgehend von der Annahme, dass die Träger/innen der Prävention und Gesundheitsförderung eine breite Palette sehr unterschiedlicher und teilweise indirekter Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität ihrer Projekte einsetzen (Kliche 2011), sollte der prozesshaft-evolutionäre Charakter der Praxis betont werden und auch Platz für wenig formalisierte sowie indirekt wirkende Maßnahmen eingeräumt werden. Die Leitfragen lauteten somit:

- Welche QE-Verfahren (Standards und Instrumente) werden zurzeit von den führenden Akteur/inn/en der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland verwendet?

- Welche Ergebnisse werden durch die Verwendung dieser Verfahren erreicht und wie werden diese Ergebnisse bewertet?
- Nach welchen gesundheitswissenschaftlichen Kategorien der QE und Evidenzbasierung lassen sich die Verfahren klassifizieren?

Die Befragung sollte Transparenz über vorhandene und angewandte QE-Maßnahmen herstellen und einen Einstieg in ein kontinuierliches Monitoring ermöglichen. Im Sinne eines für die Mitglieder der BVPG pragmatischen Vorgehens sollten in der Befragung nur die Teilaspekte „Standards“ und „Instrumente der QE“ erfasst werden.

In einer quantitativen Totalerhebung wurden im Herbst 2009 alle Mitgliedsorganisationen der BVPG aufgerufen, sich an der Befragung zu beteiligen (Wright & Noweski 2010; Wright et al. 2011). Obwohl die Befragung auf großes Interesse bei den Mitgliedern stieß, hat sich der stark strukturierte Fragebogen als ungeeignet erwiesen – trotz positiver Rückmeldungen im Rahmen eines Pre-Tests. Augenscheinlich war es vielen nicht möglich, die oft ineinandergreifenden und gleichzeitig projektspezifisch verschieden gestalteten Maßnahmen mit vertretbarem Zeitaufwand im Fragebogen abzubilden. Es fehlten auch Erfahrungen, QE-Maßnahmen auf diese Weise zu dokumentieren. Das ursprüngliche Ziel einer quantifizierenden, nach festen Vorgaben strukturierten Bestandsaufnahme der QE-Praxis wurde daher nicht erreicht. Die Studie hat – z. T. gerade wegen des verfehlten Ziels – einige wichtige neue Erkenntnisse gebracht:

- Eine Bestandsaufnahme der Maßnahmen zur QE wird von den Mitgliedern der BVPG als sinnvoll erachtet.
- Nicht alle Mitgliedsorganisationen sind für eine Bestandserhebung zu QE-Instrumenten die richtigen Ansprechpartner/innen. Dies ist etwa bei Dachverbänden und Spitzenorganisationen der Fall, die keine eigenen Projekte zur Prävention oder Gesundheitsförderung durchführen und daher keine Erkenntnisse über die tatsächlich eingesetzten Instrumente haben.
- Eine unterschiedliche Verwendung und differierende Verständnisse von zentralen Begrifflichkeiten haben die Befragten verunsichert. Ein einheitliches Vokabular gibt es bisher nicht – so unterscheiden sich etwa die Interpretationen von Begriffen wie „Instrument“ und „Maßnahme“ zum Teil erheblich.
- Die Konzentration der Befragung auf QE-Instrumente lässt außer Acht, dass QE häufig als ein umfangreiches Konzept verstanden wird, das Prozesse der Organisationsentwicklung einschließt.

Trotz aller Schwierigkeiten bei der Datenerhebung konnte im Rahmen der Mitgliederbefragung eine Vielzahl von QE-Instrumenten erfasst werden. Diese wurden nach dem Typ des Instruments, dem Einsatzbereich und Ziel, dem Adressaten/der Adressatin, dem Anwender/der Anwenderin oder dem Nutzer/der Nutzerin unterschieden. Die genannten Instrumente wurden auch von den Befragten nach verschiedenen Kriterien bewertet (Wright & Noweski 2010; Wright et al. 2011).

Aufgrund der Studie hat die BVPG folgende vier zentrale Schlussfolgerungen für ihre künftige Arbeit formuliert:

1. Die Entwicklung eines gemeinsamen Vokabulars und gemeinsamer Kategorien muss in Gang gesetzt werden, um sich untereinander zukünftig angemessen austauschen zu können.
2. Es muss anerkannt werden, dass der eine Teil der Mitglieder seinen Schwerpunkt auf die Vorgabe von Qualitätskriterien und die Entwicklung einzelner Instrumente legt und der andere Teil

---

seine Aufgabe in der Sensibilisierung der eigenen Mitgliederorganisationen und der Politik für das Thema QE sieht. Dies setzt ein breites Verständnis von QE voraus.

3. Die Koordinierungsfunktion der BVPG für QE in Prävention und Gesundheitsförderung sollte ausgebaut werden.
4. Möglichst alle Mitglieder der BVPG sollten aktiv an der Diskussion zur QE beteiligt werden.

#### Qualitative Erhebung

Die mit der Durchführung der Mitgliederbefragung beauftragten Wissenschaftler empfahlen eine Folgeuntersuchung, um im Rahmen eines qualitativen Designs die vorhandenen QE-Prozesse und die damit verbundenen einrichtungsspezifischen Logiken besser abbilden zu können. Die Ergebnisse der Folgeuntersuchung sollten die empirische Grundlage für die Erarbeitung eines gemeinsamen QE-Konzepts liefern. Dieser Empfehlung folgend bekam im Jahr 2010 Prof. Dr. Michael T. Wright vom Institut für Soziale Gesundheit an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin den Auftrag, eine Studie dieser Art wissenschaftlich zu begleiten. Der vorliegende Bericht stellt den Verlauf und die Ergebnisse dieser Studie dar.

Die wissenschaftliche Leitung der Studie lag bei Herrn Prof. Dr. Wright. Herr Felix Lüken von der BVPG war der für die Studie tätige wissenschaftliche Mitarbeiter.

## 2 Ziele und Fragestellung der Studie

Das erste Ziel der Studie war die Abbildung von QE-Prozessen und -Konzepten in den Mitgliedsorganisationen der BVPG. Durch das qualitative Verfahren sollte ermöglicht werden, ein tieferes Verständnis der QE-Praxis zu gewinnen, das den Kontext der angewandten Instrumente und Verfahren berücksichtigt.

Das zweite Ziel war, den Bedarf der Mitgliedsorganisationen an Unterstützung für die Weiterentwicklung ihrer QE-Praxis festzustellen.

Als drittes Ziel sollten Eckpunkte für einen gemeinsamen Handlungsrahmen der BVPG zur QE in der Prävention und Gesundheitsförderung formuliert werden, die die heutige Praxis und den aktuellen Bedarf an Unterstützung berücksichtigen.

Entsprechend der Zielsetzung wurden folgende Fragenkomplexe untersucht:

- 1) Was ist die heutige QE-Praxis der Mitgliedsorganisationen der BVPG im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung?
  - a) Welche Inhalte, Ausrichtung und Schwerpunkte werden verfolgt und mit welcher Zielsetzung?
  - b) Wie erklärt sich die Praxis durch spezifische Merkmale der Einrichtungen?
  - c) Welche Unterschiede und welche Gemeinsamkeiten existieren zwischen den Einrichtungen?
- 2) Welcher Weiterentwicklungsbedarf existiert im Bereich QE?
  - a) Welche Formen der Praxis haben sich bewährt, welche sind nicht erfolgreich?
  - b) Welche Formen der Unterstützung würden eine Weiterentwicklung der QE-Praxis in den verschiedenen Einrichtungen fördern?
- 3) Welche Inhalte und welche Ausrichtung braucht ein gemeinsamer Handlungsrahmen zur QE in der Prävention und Gesundheitsförderung?

### 3 Methodik

Die Laufzeit der Studie war Dezember 2010 bis Februar 2012.

Im Rahmen eines qualitativen, teilpartizipativen Designs wurden zwei Formen von Befragungen realisiert: Experteninterviews und ein modifiziertes Delphi-Verfahren.

#### 3.1 Partizipation am Forschungsprozess

Partizipative Gesundheitsforschung (PGF) bedeutet eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxiseinrichtungen und engagierten Bürger/inne/n, um gemeinsam neue Erkenntnisse zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zu gewinnen (vgl. Wright, 2012). Besonders bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen hat sich die PGF bewährt, um innovative Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, die die Auswirkungen sozialer Determinanten von Gesundheit lindern sollen. PGF ist Teil der Partizipativen Sozialforschung, die zu den neueren Forschungsansätzen zählt. Ihr Ursprung liegt in der Aktionsforschung. Trotz aller Vielfalt haben die verschiedenen Formen der Partizipativen Sozialforschung zwei Merkmale gemeinsam:

1. Erkenntnisgewinn wird unmittelbar mit der Entwicklung und Erprobung neuer Handlungsmöglichkeiten verknüpft, um die Lebensumstände der Beteiligten zu verbessern.
2. Wissenschaftler/innen, Praktiker/innen und die Menschen, deren Leben im Mittelpunkt der Forschung steht, arbeiten auf gleicher Augenhöhe, um alle Phasen eines Forschungsprozesses gemeinsam zu konzipieren und durchzuführen. In diesem Sinne ist die Forschungsarbeit partizipativ.

International werden verschiedene Begriffe für diesen Forschungsansatz verwendet, die zum Teil auf unterschiedliche regionale oder disziplinäre Traditionen zurückzuführen sind, z.B. *community-based participatory research*, *collaborative research*, *action research*, *interactive research*. Diese Vielfalt steht auch für den Zustand dieses relativ jungen Wissenschaftsfeldes, das noch keine Konsolidierungsphase erreicht hat.

In der Partizipativen Sozialforschung sind zwei Forschungsschwerpunkte zu finden:

- *Praxisforschung*, die von Praktiker/inne/n selbst (mit oder ohne Unterstützung von Wissenschaftler/inne/n) konzipiert und umgesetzt wird, um die eigene Praxis zu verbessern.
- *Gemeinschaftsforschung*, in deren Mittelpunkt sozial benachteiligte Menschen stehen, die von Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens profitieren sollen. Forschungsziel ist, diese Menschen zu unterstützen, ihre eigene Lebenslage zu erforschen und dabei Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, die diese Lage positiv verändern (oft in Zusammenarbeit mit Praktiker/inne/n).

Die hier vorgelegte Studie ist der Kategorie der Praxisforschung zuzuordnen. In diesem Fall kooperierte eine wissenschaftliche Einrichtung mit der Geschäftsstelle eines Bundesverbands. Das Forschungsprojekt samt Fragestellung, Ziel, Methodik und Auswertung wurde gemeinsam von den beiden Einrichtungen entwickelt und umgesetzt. Dadurch, dass der wissenschaftliche Mitarbeiter auch Angestellter der BVPG ist, ist die Studie in das Praxisfeld einbettet: Die Ergebnisse sind für die Arbeit der Bundesgeschäftsstelle und des Vorstands der BVPG bestimmt. Die wissenschaftliche Begleitung von außen stützte einen Prozess der Selbstbeobachtung im Verband und trug zur Weiterentwicklung der internen wissenschaftlichen Kompetenzen bei.

Die Mitgliedsorganisationen waren nur mittelbar am Forschungsprozess beteiligt: Das Delphi-Verfahren (vgl. 3.2) ermöglichte ihnen eine Einflussnahme auf Datenkategorien und den Auswertungsprozess. Die geplante Gruppendiskussion zur weiteren Abstimmung des Handlungsrahmens mit den Teilnehmenden konnte aus Zeitgründen nicht realisiert werden.

Nach dem von Wright, von Unger und Block entwickelten Stufenmodell der Partizipation (vgl. von Unger 2012) waren die beteiligten Mitgliedsorganisationen auf Stufe 5 (Einbeziehung) eingebunden, da sie über das Delphi-Verfahren Einfluss auf die Konzeption des Handlungsrahmens nehmen konnten. Der begleitende Wissenschaftler und die Geschäftsstelle der BVPG befanden sich auf der Stufe 8 (Entscheidungsmacht), der höchsten Ebene der Partizipation im Sinne von Einflussnahme auf den Forschungsprozess.

### 3.2 Die Experteninterviews

Bei einer Auswahl von Mitgliedsorganisationen wurden Experteninterviews durchgeführt, um Erkenntnisse über die aktuelle QE-Praxis zu gewinnen. Aus Zeit- und Kapazitätsgründen wurde die Anzahl der teilnehmenden Organisationen auf sieben beschränkt. Basierend auf dem Konzept des theoretischen Samplings wurden im Rahmen eines zweistufigen Auswahlverfahrens folgende Kriterien berücksichtigt:

- Es sollte eine gute Abbildung der Vielfalt der Mitglieder und
- eine Vertretung der Organisationen, die bereits über mehrjährige Erfahrung auf dem Gebiet der QE verfügen, erreicht werden.

Ausgangspunkt für das Auswahlverfahren waren die Ergebnisse aus der vorangegangenen quantitativen Mitgliederbefragung. Potenzielle Teilnehmer/innen wurden aus den verschiedenen Mitgliederkategorien gewählt, um eine Streuung nach Organisationstypus zu ermöglichen und die Mitgliedervielfalt widerzuspiegeln (s. Anhang, Mitglieder der BVPG nach Einrichtungskategorie). Die Mitgliederbefragung erbrachte auch Erkenntnisse in Bezug darauf, welche Mitgliedsorganisationen bei der QE besonders engagiert sind. Diese Erkenntnisse wurden durch Erfahrungen der BVPG-Geschäftsstelle und Ergebnisse der bisher gelaufenen Statuskonferenzen zur QE ergänzt, um den Grad der Erfahrung der Mitgliedsorganisationen zum Thema QE einzuschätzen.

Im Sinne der Grounded Theory (vgl. Glaser & Strauss 2008; Flick 2007) wurden nicht alle Teilnehmer/innen auf einmal, sondern in zwei Stufen ausgewählt. In der ersten Stufe wurden zunächst vier Interviews durchgeführt und im Hinblick auf die Zielsetzung und Fragestellung der Studie ausgewertet. Die noch offenen Fragen wurden präzisiert, um als Grundlage für die zweite Stufe des Auswahlverfahrens zu dienen, in der die letzten drei Organisationen selektiert wurden. Um die Expert/inn/en auf dem Gebiet der QE in jeder Organisation zu identifizieren, wurden Telefongespräche mit den Personen geführt, die für die Vertretung der Organisation in der BVPG zuständig waren. Die von den Vertretungspersonen genannten Kolleg/inn/en wurden dann in einem telefonischen Erstgespräch über die Studie informiert. Es wurde gemeinsam entschieden, ob diese Personen die richtigen Ansprechpartner/innen waren oder ob andere über die notwendige Expertise verfügen.

Auf diese Weise kamen Experteninterviews mit folgenden Mitgliedsorganisationen zustande:

Einrichtung	Einrichtungskategorie
AOK-Bundesverband (AOK)	Krankenkassen und ihre Verbände
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) <sup>1</sup>	Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.	Wohlfahrtsverbände
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)	Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände
Deutscher Olympischer Sportbund e. V. (DOSB)	Fachverbände und Stiftungen
Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/ Krankengymnasten e. V. (ZVK)	Freie Berufsverbände
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)	Landesvereinigungen für Gesundheit

*Tabelle 1: Interviewte Organisationen der ersten Erhebungsrunde*

In vier Organisationen nahmen zwei Personen an den Gesprächen teil, in den anderen dreien wurde jeweils eine Person interviewt. Im Fall des Paritätischen Gesamtverbands fanden zwei Interviews statt: eins mit einer Vertreterin der Bundesgeschäftsstelle und eins mit einer Vertreterin der PQ GmbH, der Tochtergesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (des Gesamtverbandes sowie von neun Landesverbänden), die alle Aktivitäten zum Thema ‚Qualitätsmanagement‘ bündelt. Den Gesprächspartner/inne/n wurde bei der Vereinbarung der Interviews Anonymität zugesichert. Der Interviewleitfaden beinhaltete zwölf Fragen, unterteilt in drei Bereiche: Definitionen und heutige Praxis, Bedarf und Handlungsrahmen (s. Anhang). Der dritte Bereich bildete die Grundlage für das Delphi-Verfahren (s. 3.2).

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und nach den Prinzipien des thematischen Kodierens (vgl. Flick 2007) ausgewertet. Diese Form des Kodierens ermöglicht, die besonderen Merkmale des Einzelfalls zu fokussieren, damit in einem weiteren analytischen Schritt mehrere Fälle miteinander verglichen werden können. Die daraus entstandenen Texte wurden den Interviewten zugeschickt und von ihnen validiert. Die Korrekturen und Ergänzungen wurden in die Endfassung des Textes eingearbeitet. Unstimmigkeiten zwischen den nachträglichen Änderungen und Aussagen im Rahmen des Interviews wurden in telefonischen Nachgesprächen geklärt. Die Endfassungen der Texte wurden verglichen und kontrastiert, um fallübergreifende Aussagen zu den Forschungsfragen treffen zu können.

### 3.3 Das Delphi-Verfahren

Das Delphi-Verfahren wurde entwickelt, um Expert/inn/en systematisch zu befragen, mit dem Ziel, zu einer vorgegebenen Fragestellung einen gemeinsamen Standpunkt zu erarbeiten. Während in einer Gruppendiskussion wenige Teilnehmende einen erheblichen Einfluss auf den Prozess der Konsensbildung ausüben können, können Expert/inn/en im Rahmen des Delphi-Verfahrens ano-

<sup>1</sup> Als nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit.

nym und getrennt voneinander Meinungen zum Forschungsgegenstand abgeben. Dieser Prozess der Meinungsbildung ist daher von der Dynamik eines Gruppengesprächs nicht beeinflusst. In der Regel erhalten die Befragten jedoch auch die Möglichkeit, über mehrere „Runden“ die Ergebnisse der anderen Befragten einzusehen und auf dieser Basis die eigene Meinung ausführlicher zu begründen oder zu modifizieren. Das bietet einen großen Vorteil gegenüber den üblichen Einzelinterviews, bei denen die Befragten die Meinungen der anderen nie erfahren und die es ausschließlich den Wissenschaftler/inne/n überlassen, disparate Meinungen abzugleichen. Durch das Delphi-Verfahren können sich Expert/inn/en austauschen und widersprüchliche Äußerungen korrigieren bzw. erklären. So entsteht eine gemeinsame Stellungnahme, die auf einer breiten Expertenbasis fußt (vgl. Häder 2002).

Das Delphi-Verfahren wurde ursprünglich in den technischen und wirtschaftlichen Bereichen der Sozialforschung für – auch quantitative – Prognosen oder Trends eingesetzt. Die Anspielung auf das Orakel der Antike im Namen deutet auf den vorwiegend prognostischen Charakter des Verfahrens hin. Das Verfahren wird jedoch in abgewandelten Formen auch in zahlreichen anderen Bereichen der Sozialforschung verwendet, um Meinungen von Expertengruppen abzubilden. Alle Formen verbindet das Kernprinzip, über ein strukturiertes Verfahren die Meinungen verschiedener Expert/inn/en systematisch und anonym zusammenzuführen. Die hier angewandte Variante ist nach der Typologie von Häder (2002) der Kategorie der „Delphi-Befragungen zur Konsensbildung unter den Teilnehmern“ zuzuordnen. Die Variante entstand aus einer Anpassung an die Frage- und Zielstellung des Vorhabens sowie an die gegebenen Kapazitäten seitens der Wissenschaftler und Befragten. Das Verfahren lief in zwei Runden, um die Grundlage für einen gemeinsamen Handlungsrahmen der QE für die BVPG zu ermitteln.

#### Erste Runde

Nachdem der Gesprächspartner/die Gesprächspartnerin nach der QE-Praxis in der eigenen Einrichtung befragt worden war, wurde er/sie aufgefordert, Vorschläge für einen gemeinsamen Handlungsrahmen zu formulieren. Beim ersten Interview musste der Gesprächspartner/die Gesprächspartnerin alle Themen und Kategorien selbst vorschlagen. Ab dem zweiten Interview erhielten alle Befragten eine Zusammenstellung der Aussagen aller bisherigen Teilnehmenden mit der Aufforderung, diese Vorschläge zu kommentieren und eventuell Änderungen oder Ergänzungen vorzunehmen.

#### Zweite Runde

Alle sieben befragten Einrichtungen und auch Vertreter/innen von sieben<sup>2</sup> weiteren Einrichtungen bekamen per E-Mail ein Papier mit den Eckpunkten für einen Handlungsrahmen zugeschickt, die auf den Aussagen der ersten Runde basierten. Die auf 21 Module verteilten Eckpunkte sollten eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Vorschlägen ermöglichen.

---

<sup>2</sup> Eine achte Mitgliederorganisation war vorgesehen, musste jedoch die Teilnahme absagen, da kein geeigneter Gesprächspartner bzw. keine geeignete Gesprächspartnerin gefunden werden konnte.

Die Liste der sieben oben genannten Einrichtungen wurde auf Grundlage der bereits aufgeführten Kriterien durch folgende Mitgliedsorganisationen ergänzt:

Einrichtung	Einrichtungskategorie
Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V.	Fachverbände und Stiftungen
Bundesärztekammer	Kammern
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)	Interessenverbände
Deutsche AIDS-Hilfe e. V.	Fachverbände und Stiftungen
HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e. V.	Landesvereinigungen für Gesundheit
Industriegewerkschaft Metall (IG Metall)	Interessenverbände
Verband der Oecotrophologen e. V. (VDOE)	Freie Berufsverbände

*Tabelle 2: Zusätzlich in der zweiten Erhebungsrunde interviewte Organisationen*

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

Die Struktur für das Eckpunktepapier wurde von den Wissenschaftlern vorgegeben, allerdings aufgrund von Kategorien, die von den Teilnehmenden genannt wurden. Die Teilnehmenden wurden dann telefonisch gefragt, ob sie Änderungs- oder Ergänzungswünsche zum Eckpunktepapier hätten. Jeder Wunsch sollte durch eine fachliche Begründung untermauert werden, die sich direkt auf die QE-Praxis der Einrichtung bezieht. Auf diese Weise sollten die Aussagen in der praktischen Erfahrung verankert werden und sich nicht (ausschließlich) auf ideologische oder politische Positionen stützen.

Die Aussagen der 13 Befragten zu den 21 Modulen des Eckpunktepapiers wurden drei Kategorien zugeordnet: Zustimmung, teils Zustimmung/teils Ablehnung, Ablehnung. Module, die sich im Wesentlichen einer der ersten beiden Kategorien zuordnen ließen, wurden in den Handlungsrahmen aufgenommen. Die mehrheitlich abgelehnten Module wurden herausgelassen.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Analyse der Interviews: Zusammenfassung der Fälle (fallimmanente Analyse)

#### AOK-Bundesverband

*„Wir wollen unseren Versicherten qualitativ hochwertige Produkte anbieten, die einen nachgewiesenen Nutzen haben. Und Qualität ist ein Wettbewerbselement, wodurch sich Anbieter – ob es nun eigene Kurse oder externe Kurse sind – von anderen Wettbewerbern abheben können.“*

Die AOK hat gemäß § 20 SGB V den gesetzlichen Auftrag, Prävention und Gesundheitsförderung zu fördern. Dieser gesetzliche Auftrag wird ergänzt um Schutzimpfungen, die Verhütung von Zahnerkrankungen sowie Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen. Zur Umsetzung des § 20 SGB V hat der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen den Leitfaden Prävention entwickelt, der unter anderem einen Konsens über gemeinsame Präventionsziele darstellt. Sowohl an der Ausarbeitung des Leitfadens als auch an dessen kontinuierlicher Weiterentwicklung war und ist der AOK-Bundesverband beteiligt.

Zur Umsetzung der Ziele des Leitfadens Prävention erarbeitet der AOK-Bundesverband u. a. eigene bundesweite Präventionsangebote. Diese werden ergänzt um die Angebote der zwölf regionalen AOKen.

Gemäß dem Leitfaden Prävention finanziert die AOK Maßnahmen der Individualprävention – hierzu zählen beispielsweise Bewegungsangebote oder Raucherentwöhnungskurse – sowie Maßnahmen nach dem Settingansatz. Zu Letzterem zählen etwa Projekte zur Stressbewältigung in Betrieben oder zur Förderung eines gesunden Essverhaltens in Kindergärten.

Zur Ausarbeitung neuer Präventionsangebote greift die AOK auf die Standards von Fachgesellschaften zurück, nutzt die Expertise des eigenen wissenschaftlichen Institutes (WIdO) oder kooperiert mit anerkannten wissenschaftlichen Einrichtungen. Ziel ist es, die höchste verfügbare wissenschaftliche Evidenz in die Angebote einfließen zu lassen. Dies dient zum einen der Absicherung des eigenen Handelns, zum anderen soll dies auch nach außen eine hohe Qualität vermitteln.

Der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Angebote liegt der PDCA-Zyklus (Plan – Do – Check – Act) zugrunde, der die regelmäßige Reflexion des eigenen Handelns vorsieht. In die Weiterentwicklung werden auch die Leiter/innen von Präventionskursen eingebunden. Zu Qualitätssicherungszwecken werden regelmäßig Teilnehmer/innen von Präventionskursen befragt. Entsprechende Evaluationsinstrumente stellt der GKV-Spitzenverband zur Verfügung. In der überwiegenden Zahl der Fälle werden Angebote der AOK von ihr selbst oder einer kooperierenden Universität evaluiert bzw. wurden auf Basis von Expertenvorschlägen entwickelt.

Die Qualität von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung bemisst sich für die AOK daran, die im Leitfaden Prävention gesetzten Anforderungen einzuhalten. Darüber hinaus wird besonderer Wert auf eine adressatengerechte Versicherten- und Patientenkommunikation gelegt.

Aufbauend auf dem Leitfaden Prävention hat der AOK-Bundesverband gemeinsam mit den zwölf Mitglieds-AOKen eine Präventionsstrategie entwickelt. Diese fasst die internen Abstimmungen und Zielsetzungen zusammen.

Als positive Entwicklung im Bereich der Qualitätssicherung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bewertet die AOK die freiwillige gemeinsame Zielsetzung der gesetzlichen Krankenkassen im Leitfaden Prävention sowie dessen kontinuierliche Weiterentwicklung.

Herausforderungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung in Prävention und Gesundheitsförderung werden insbesondere in der Forschung und deren Finanzierung gesehen. So fehlt es bislang an ausreichenden Wirksamkeitsnachweisen für viele Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Als Mitgliedsorganisation der BVPG gehört der AOK-Bundesverband der Kategorie „Krankenkassen und ihre Verbände“ an. Die Krankenkassen stellen im deutschen Gesundheitswesen eine mittelbare Staatsverwaltung mit Rechtsaufsicht dar. Dementsprechend beruhen die Angebote der AOK auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung auf gesetzlichen Vorgaben bezüglich Schwerpunktsetzung und Ausrichtung. Auch die Adressatenorientierung – in erster Linie an den Kassenmitgliedern – lässt sich direkt von den strukturellen Bedingungen der Krankenkassen ableiten (z. B. in Form von Kursangeboten). Der von den Krankenkassen entwickelte Leitfaden Prävention setzt einen Rahmen für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags. Daher bemisst sich die Qualität von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung für die AOK und auch zwangsläufig für die anderen Mitgliedsorganisationen dieser Kategorie daran, wie die im Leitfaden Prävention gesetzten Anforderungen eingehalten werden und der gesetzliche Auftrag dadurch erfüllt wird.

Auch wenn die gesetzlichen Krankenkassen einen gemeinsamen Leitfaden entwickelt haben, sind der Kooperation zwischen den Krankenkassen Grenzen gesetzt. Dies ist auch auf die gesetzlich festgelegten Rahmenbedingungen zurückzuführen: Die Kassen stehen in Konkurrenz zueinander, und Qualität bietet einen Wettbewerbsvorteil, um Mitglieder zu behalten und neue Mitglieder anzuwerben. Qualitätsentwicklung auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung seitens der Krankenkassen wird deswegen auch durch die Notwendigkeit, sich auf dem Markt zu behaupten, geprägt. Hierin gleichen die gesetzlichen Krankenversicherungen beispielsweise dem ZVK oder dem DOSB (s. u.), deren Mitglieder sich ebenfalls im marktwirtschaftlichen Wettbewerb behaupten müssen. Auch in diesen beiden Verbänden wird Qualitätsentwicklung als eine Möglichkeit der Verbesserung der Marktposition gesehen.

Bemerkenswert ist die systematische und explizite Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise aus internen, fachgesellschaftlichen und universitären Quellen sowie die Anwendung von Kernkonzepten und Methoden der Qualitätsentwicklung (wie des PDCA-Zyklus). Zu Letzterem gehören routinemäßige Evaluationen von Angeboten, z. B. durch den Einsatz standardisierter Instrumente, die vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt werden. Mit dem hauseigenen Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) verfügt die AOK über umfangreiches gesundheitswissenschaftliches Wissen, das sie in die Konzeption ihrer Präventionskampagnen einbeziehen kann.

Der vom AOK-Bundesverband genannte Mangel an ausreichenden Wirksamkeitsnachweisen für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung leitet sich konsequent vom Anspruch der Krankenkassen ab, wissenschaftliche Erkenntnisse in der Gestaltung und Bewertung ihrer Angebote zu berücksichtigen.

### **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

*„Die Verfahren, die jetzt existieren, wären in der Fülle nicht da, wenn wir uns nicht auch so intensiv um die Förderung dieses Schwerpunktes bis jetzt gekümmert hätten.“*

*„Wir [...] haben gesehen, dass die Bedingungen für Qualitätssicherung im Feld der Gesundheitsförderung und Prävention heterogen sind und dass man nicht ein Verfahren für alle Institutionen, alle Projekte direkt anwenden kann, weil es eben auch sehr unterschiedliche Ausgangsbedingungen gibt in Bezug auf: Wie viel Personal ist da? Welche Möglichkeiten gibt es?“*

Die Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) lässt sich in drei Arbeitsbereiche unterteilen:

1. Kommunikation: Hierzu gehören große Informationskampagnen, etwa zur AIDS- und Suchtprävention, zur Kinder- und Jugendgesundheit, zur Sexualaufklärung und Familienplanung sowie zur Organ- und Blutspende.
2. Qualitätssicherung und wissenschaftliche Untersuchungen: In diesem Feld werden u. a. Wirkungsanalysen zur Arbeit der BZgA angefertigt, Instrumente und Verfahren zur Qualitätsentwicklung und -sicherung (mit-)entwickelt sowie Informationen aus eigenen Studien oder bereits bekanntes Wissen (state of the art) für Externe aufbereitet.
3. Kooperation und Koordination: Die BZgA arbeitet sektoren- und ressortübergreifend mit staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammen.

Die Qualität von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zeichnet sich aus Sicht der BZgA durch die Wirksamkeit einer Maßnahme und ihren Nutzen für die Zielgruppe bzw. weitere betroffene Personengruppen aus. Um die Qualität der eigenen Angebote sicherzustellen und weiterzuentwickeln, arbeitet die BZgA mit einer „Zielorientierten Projekt- und Programmplanung“ (ZoPP). Diese unterstützt die evidenzbasierte Projektplanung, den Entwurf realisierungsfähiger Konzepte sowie die Umsetzung und Prozesssteuerung. Zu ZoPP gehört auch die Überprüfung von Zwischen- und Teilergebnissen. Die Ergebnisse der Überprüfung fließen wiederum in den laufenden Prozess zurück. ZoPP wird allen neuen Kampagnen der BZgA zugrunde gelegt und begleitet sie in allen Phasen.

Um auch anderen Akteur/inn/en den Zugang zur Qualitätsentwicklung und -sicherung zu erleichtern, entwickelt die BZgA eigene Instrumente und Verfahren bzw. fördert deren Entwicklung durch externe Kooperationspartner. Hierzu gehören beispielsweise QIP (Qualität in der Prävention), der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ sowie die Zertifizierung „GUT DRAUF“ und die geförderten Verfahren „Partizipative Qualitätsentwicklung“ und Qualitätszirkel „QuiG®“.

Darüber hinaus verleiht die Bundeszentrale kriteriengestützt Präventionspreise, um besondere Projektideen und deren Umsetzung zu würdigen. Diese vielfältigen Unterstützungsangebote liegen in den recht unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnissen der Akteure und Akteurinnen begründet. Die Vielfalt der entwickelten Instrumente und Verfahren ermöglicht es unterschiedlichsten Akteur/inn/en in unterschiedlichsten Handlungsfeldern und mit der unterschiedlichsten Personalausstattung Qualitätsentwicklung und -sicherung zu betreiben. Eine wichtige Voraussetzung aller Verfahren sollte jedoch sein, dass sie die zentralen Qualitätsdimensionen enthalten: Planungsqualität, Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

Qualitätsentwicklung und -sicherung bieten laut BZgA vielen Akteur/inn/en die Möglichkeit, ihre Leistungen auch nach außen darzustellen. Damit würden oftmals auch Aktivitäten zum ersten Mal dem Bereich „Gesundheit“ zugeordnet, die bislang dort nicht verortet wurden, nach einem modernen Gesundheitsverständnis aber durchaus die Gesundheit förderten.

Innerhalb der BZgA wurden viele Prozesse der Qualitätssicherung standardisiert und können so vergleichsweise schnell durchgeführt werden. Auch die entsprechenden internen Kommunikationsprozesse sind institutionalisiert, wodurch sich eine gewisse Routine ergibt.

Ein besonderer Nutzen der Qualitätssicherung ist aus Sicht der BZgA die Möglichkeit, rational diskutieren zu können. Erfolge und Misserfolge können auf ihre Ursachen hin analysiert werden. Dies verbessert sowohl die interne Kommunikation, ist aber auch für die Außendarstellung – etwa gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesrechnungshof, dem Wissenschaftsrat oder externen Geldgebern – relevant.

Von der Bereitstellung der BZgA-Evaluationsergebnisse für die Öffentlichkeit profitieren auch Akteurinnen und Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung, die selbst nur über geringe Mittel verfügen. Bislang fehlt es jedoch noch an einer systematischen Analyse, wie die von der BZgA entwickelten und geförderten Instrumente und Verfahren zur Qualitätsentwicklung und -sicherung genutzt werden und welche Wirkung sie entfalten.

Gemäß der Mitgliedskategorie „Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände“ hat die BZgA als nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit auf dem Gebiet der

Prävention und Gesundheitsförderung einen breiteren Auftrag als die Krankenkassen. Die BZgA ist die Einrichtung auf Bundesebene, die im Rahmen groß angelegter Projekte und in Zusammenarbeit mit Akteur/inn/en aus Politik, Wissenschaft, Praxis und Zielgruppenkreisen richtungsweisende Konzepte und Methoden der vorwiegend nichtmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung und deren Qualitätsentwicklung erarbeitet, bündelt, bewertet und verbreitet. Eine Auswahl der wichtigsten Projekte und deren Ergebnisse werden im Interview dargestellt. Die BZgA ist auch selbst tätig in der Konzipierung und Durchführung von Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene.

Entsprechend diesem Auftrag hat die BZgA den Anspruch, eine führende Rolle in der Gestaltung der Qualitätsentwicklung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung einzunehmen. Durch die vielfältigen Tätigkeiten will die BZgA Unterstützung auch für kleine Anbieter von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ermöglichen.

Wie auch beim AOK-Bundesverband ist die systematische Umsetzung einer einrichtungsinternen Strategie der Qualitätsentwicklung deutlich erkennbar. Die BZgA bezieht sich auch explizit und systematisch auf wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für Qualitätsentwicklungsmaßnahmen und hat die Entwicklung mehrerer der heute gängigen Ansätze durch direkte Förderung wissenschaftlich begleiteter Modellvorhaben ermöglicht.

Die systematische Entwicklung, Durchführung und insbesondere die umfangreiche Evaluation ihrer Präventionskampagnen zeugt von einem besonders ausgeprägten Bewusstsein für die Qualitätsentwicklung und -sicherung. Hierin gleicht die BZgA der DGUV (s. u.), die ebenfalls umfangreiche öffentlichkeitswirksame Kampagnen durchführt bzw. initiiert und deren Wirkung evaluiert.

### **Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.**

*„Am Anfang gibt es gegenüber Qualitätsmanagement in ganz vielen sozialen Einrichtungen Widerstände. Sie sind auch mit Ängsten und dem hohen zeitlichen Druck verbunden. Dazu kommen noch das Qualitätsmanagement und die Dokumentation. Am Anfang sind die Beteiligten oft erschlagen von den Aufgaben. Erst eine systematische Strukturierung und eine nach Ressourcen aufgeteilte Aufgabenstellung helfen, den Druck zu mindern. Die Motivation wächst dann, wenn konkrete Erleichterungen in der täglichen Arbeit realisiert werden, z.B. durch Klarheit, wer wofür zuständig ist, wie die Dienstleistung abläuft und welche Qualitätskriterien zu erfüllen sind. Damit sind auch die Selbst- statt Fremdsteuerung und die Selbstkontrolle der eigenen Prozesse möglich.“*

Der Paritätische Gesamtverband hat rund 10.000 Mitgliedsorganisationen, die etwa 100.000 Dienste und Einrichtungen betreiben – hierzu gehören u. a. Suchtberatungsstellen, Kitas, Jugendheime sowie Senioren- und Migranteneinrichtungen. Prävention und Gesundheitsförderung ziehen sich als Querschnittsthemen durch die Arbeit des Paritätischen Gesamtverbandes. Um seinen Mitgliedsorganisationen Unterstützung, Beratung und Schulungen für das Themenfeld „Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit“ anbieten zu können, hat der Paritätische Wohlfahrtsverband 1998 die Tochtergesellschaft PQ GmbH – Paritätische Gesellschaft für Qualität und Management gegründet. Dort wurde das Paritätische Qualitätssystem PQ-Sys<sup>®</sup> entwickelt.

PQ-Sys<sup>®</sup> orientiert sich an der für Qualitätsmanagement-Systeme zuständigen Norm DIN EN ISO 9001 und integriert gesetzliche und fachliche Anforderungen. Das Qualitätssystem befasst sich u. a. mit Führungs- und Steuerungsaspekten von Organisationen. Einen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Arbeit in den sozialen Einrichtungen haben vor allem motivierte und professionell handelnde Mitarbeiter/innen. Die teilweise starken körperlichen und psychischen Belastungen sind bei der Gestaltung von Arbeitsabläufen entsprechend zu berücksichtigen und zu kompensieren. Daher sind u. a. die Prävention von Erkrankungen, Gesundheit, Motivation und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen wichtige Zielsetzungen des Qualitätsmanagements.

Im Auftrag des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes betreibt die PQ GmbH die Entwicklung neuer Qualitätsmanagement-Konzepte, Arbeitshilfen und Fortbildungen.

Zu den Aufgaben der PQ GmbH gehört auch die Vorbereitung von Mitgliedsorganisationen auf externe Qualitätszertifizierungen – beispielsweise durch die Zertifizierungsgesellschaft SQ Cert, einer weiteren Tochtergesellschaft des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Eine derartige Zertifizierung wird für soziale Einrichtungen zunehmend eine Voraussetzung, um Verträge mit Leistungsträgern eingehen zu können. Kleinere Einrichtungen können eine von vielen Leistungsträgern anerkannte Zertifizierung unterhalb der ISO-Norm erlangen. Auf diese Weise wird auch weniger finanzstarken Mitgliedsorganisationen eine Zertifizierung ermöglicht.

Zur Weiterentwicklung des Themenbereichs „Qualität“ engagiert sich die PQ GmbH für den Paritätischen Wohlfahrtsverband im Qualitätsmanagement-Ausschuss der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Dort wurde unter anderem ein Modellprojekt zur Ermittlung von Qualitäts- und Ergebnisindikatoren in der Pflege initiiert. Die Entwicklung derartiger Indikatoren stellt für den Bereich der sozialen Arbeit nach wie vor eine große Herausforderung dar. Zudem vernetzt sich die PQ GmbH mit den Landesverbänden des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und konzipiert gemeinsam mit ihnen Entwicklungsprojekte sowie die Anpassung bestehender Qualitätsmanagementangebote an die aktuelle Rechtslage bzw. neue fachliche Anforderungen.

Qualitätsmanagement wird von der PQ GmbH als Aufgabe der Leitungsebene einer Organisation gesehen. Diese muss sich engagieren und die notwendigen Ressourcen bereitstellen. Darüber hinaus muss aber die Belegschaft befähigt werden, im Qualitätsmanagementprozess eine aktive Rolle zu spielen. Das Qualitätsmanagement muss den erreichten Status-quo regelmäßig systematisch hinterfragen, um anschließend Verbesserungsprozesse einzuleiten.

Die Qualitätsentwicklung beinhaltet dann notwendige Mechanismen, um Lern- und Weiterentwicklungsprozesse in Gang zu setzen. Um die bereits erreichten Fortschritte zu sichern und das Vertrauen in die „Qualitätsfähigkeit“ einer Organisation zu stärken, bedarf es der Qualitätssicherung.

Nach Einschätzung der PQ GmbH ist das Thema „Qualität“ bereits in vielen sozialen Einrichtungen angekommen und viele Organisationen sind hoch motiviert, sich in diesem Feld zu engagieren. Durch die Arbeit der PQ GmbH wird den unterstützten Einrichtungen die Möglichkeit gegeben, ihre vielfach gute Arbeit auch nach außen transparent darzustellen. Gegenüber Kosten- und Leistungsträgern kann der Qualitätsmanagementnachweis existenzsichernd sein.

Notwendige Weiterentwicklungsbedarfe werden insbesondere in zwei Bereichen gesehen: Erstens muss das Thema „Qualität“ noch stärker in den Leitungsebenen der Mitgliedsorganisationen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes verankert werden. Zweitens müssen sich Wissenschaft und Praxis gemeinsam mit der Frage auseinandersetzen, wodurch sich (Ergebnis-)Qualität in der sozialen Arbeit auszeichnet und wie diese objektiv, valide und reliabel gemessen werden kann.

Wie beim AOK-Bundesverband und bei der BZgA wird beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband (folgend „Der Paritätische“) eine einrichtungsinterne Qualitätsentwicklungsstrategie systematisch umgesetzt. Aber als Mitglied aus der Kategorie „Wohlfahrtsverbände“ hat die Arbeit des Paritätischen auf diesem Gebiet eine andere Schwerpunktsetzung und findet unter anderen Rahmenbedingungen statt.

Im Paritätischen wird Prävention und Gesundheitsförderung nicht als eigenes Tätigkeitfeld wahrgenommen, sondern bildet vielmehr einen integralen Bestandteil der Sozialen Arbeit. Aus diesem Grund liegt das Interesse des Paritätischen bei der übergeordneten Frage der Qualitätsentwicklung im breiten Feld der Sozialen Arbeit. Um Konzepte, Methoden und Verfahren (auch Zertifizierungsverfahren) für die diversen Arbeitsbereiche zu entwickeln und Unterstützungsangebote für Mitgliedsorganisationen bereitzustellen, wurde eine eigene GmbH gegründet. Hieraus entwickelte sich ein eigenes Qualitätssystem (PQ-Sys®). Ähnlich wie bei der DGUV (s. u.) mit ihrem Institut für Arbeit und Gesundheit wird das Themengebiet „Qualitätsentwicklung“ damit schwerpunktmäßig von einer eigenen Sub-Organisation bearbeitet.

Als Bundesgeschäftsstelle eines Wohlfahrtsverbandes hat der Paritätische in erster Linie seine Mitglieder im Blick, das schließt aber Kooperationen zum Thema Qualitätsentwicklung z. B. mit anderen Wohlfahrtsverbänden nicht aus. Die gemeinsame Entwicklung von Qualitäts- und Ergebnisindikatoren mit anderen Trägern der freien Wohlfahrtspflege erinnert an die von den gesetzlichen Krankenversicherungen gemeinsam entwickelten Evaluationsinstrumente zur Bewertung von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung.

Auch der Paritätische fördert eine Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis, um Qualitätsentwicklung voranzutreiben. Er merkt an, dass in Bezug auf die Soziale Arbeit bisher kaum zuverlässige Kriterien für Qualität formuliert werden konnten. Hier besteht also weiterhin Handlungsbedarf.

### **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)**

*„Mir ist nichts Vergleichbares anderer Sozialversicherungszweige bekannt, was sich bezüglich der realisierten thematischen Vielfalt so explizit mit Fragen der Qualitätssicherung befasst und daraus auch die entsprechenden Konsequenzen zieht, im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.“*

Das Arbeitsspektrum der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) umfasst die Bereiche „Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren“, „Verhütung von Berufskrankheiten“ sowie „Verhütung von Arbeitsunfällen“. Insbesondere der Bereich der „Arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren“ setzt nach Eigenauskunft einen modernen Präventionsbegriff voraus, der die Ressourcen der Organisation sowie die individuellen Ressourcen von Arbeitnehmer/innen berücksichtigt. In Folge dieses breiten Arbeitsauftrages gewinnt das Thema „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ einschließlich der Betrieblichen Gesundheitsförderung in der DGUV und bei ihren Mitgliedern zunehmend an Bedeutung und fließt bereits heute in zahlreiche Arbeitsprozesse mit ein – etwa in Positionspapiere, Vorschriften und Curricula.

Die Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung orientiert sich bei der DGUV an der bedarfsgerechten Ausgestaltung von Maßnahmen und muss sich letztendlich auch am finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourceneinsatz messen lassen. Da das Aufgabenspektrum der im Auftrag der Unfallversicherungsträger tätigen Aufsichtspersonen in starkem Maße beratende Funktionen umfasst, nehmen Information, Schulung und Qualifikation der Aufsichtspersonen einen besonderen Stellenwert in der Arbeit der DGUV ein. Um eine einheitlich hohe Qualität der Fort- und Weiterbildungen zu gewährleisten, haben sich Unfallversicherungsträger und die DGUV (als deren Dachorganisation) gemeinsam auf ein Qualitätsrahmenmodell zur Qualifizierung geeinigt. Es ist Grundlage eines eigenen Qualitätsmanagement-Systems.

Um auch eine hohe Qualität von Vorschriften und Regeln der DGUV sowie von Informationsschriften zum Thema „Prävention und Gesundheitsförderung“ sicherzustellen, tauschen sich die Expert/innen der Unfallversicherung in Fachgremien, insbesondere in Fachbereichen und deren Sachgebieten, aus. Die Aufgabe dieser Gremien ist die fachliche Beratung und Unterstützung der DGUV und ihrer Mitglieder, staatlicher Stellen, der Hersteller/innen sowie anderer interessierter Kreise in Fragen der Prävention<sup>3</sup>. Ergänzende Expertise wird durch die mögliche Einbindung von Expert/innen gewonnen – hierzu zählen bspw. Unternehmer/innen, Sozialpartner/innen sowie Vertreter/innen von Fachverbänden. Ziel ist es, einheitliche Fachmeinungen zu erreichen.

Zu den Präventionsleistungen der DGUV gehören auch öffentlichkeitswirksame Kampagnen wie „Risiko raus!“ oder „Deine Haut: Die wichtigsten 2 m<sup>2</sup> Deines Lebens“. Die jeweiligen Dachkampagnen mit einem einheitlichen Design, einer einheitlichen Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit sowie gemeinsamen Materialien werden von der DGUV entwickelt, durchgeführt und evaluiert. Trägerkampagnen, die von den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen durchgeführt werden, ergänzen die Dachkampagnen, indem sie sich zielgruppenspezifisch an einzelne Betriebe und Personengruppen richten.

<sup>3</sup> DGUV-Grundsatz „Fachbereiche und Sachgebiete der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV e. V.) – Organisation und Aufgaben“, DGUV 2011.

Die Effektivität und Effizienz der Präventionsleistungen der Unfallversicherungsträger überprüft die DGUV mit regelmäßigen und unregelmäßigen Evaluationen. Hier liegt ein Schwerpunkt der Arbeit des Instituts für Arbeit und Gesundheit (IAG) der DGUV. So wurden im Forschungsprojekt „Qualität in der Prävention“ u. a. die Returns on Investment der eigenen Präventionsleistungen errechnet. „Qualität in der Prävention“ hat nach eigener Wahrnehmung Best Practice sichtbar gemacht und kann damit Vorlagen für erfolgreiche Projekte in den Mitgliedsorganisationen der DGUV liefern. Aus dem Forschungsprojekt ist mittlerweile ein internationales Forschungsvorhaben entstanden, das in rund 20 Staaten die Einflussfaktoren für den Nutzen und die Kosten von Präventionsmaßnahmen untersucht.

Der besondere Stellenwert der Kooperation zeigt sich in zahlreichen nationalen und internationalen Netzwerken, an denen die DGUV beteiligt ist oder mitwirkt – etwa in der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) oder in der Europäischen Arbeitsschutzagentur.

Auch bei der DGUV sind die Einflüsse von Auftrag und (gesetzlichen) Rahmenbedingungen auf die Praxis der Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung erkennbar. Dennoch bleibt festzuhalten, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht zum eigentlichen gesetzlichen Auftrag der Unfallversicherungsträger gehören. Vielmehr handelt es sich um eine freiwillige Leistung, die nicht mit dem gesetzlichen Auftrag der Schadensregulierung verbunden ist.

Wie die BZgA hat auch die DGUV als Mitglied aus der Kategorie „Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände“ Aufgaben auf Bundesebene zu erfüllen. Das Aufgabengebiet ist jedoch spezifischer definiert und stärker von gesetzlichen Vorgaben bestimmt. Dementsprechend fokussiert das Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung (und deren Qualitätsentwicklung) primär auf arbeitsbezogene Themen, wenn auch der Präventionsbegriff weit gefasst ist, um im Sinne der Betrieblichen Gesundheitsförderung Faktoren auf verschiedenen Ebenen zu berücksichtigen. Den strukturellen Bezugsrahmen bilden die Sozialversicherungsträger und deren Leistungen.

Dass Versicherungsträger auch Prävention betreiben, um letztendlich Krankheitsfälle und damit eventuelle Regulierungskosten zu reduzieren, ist ein Grundgedanke, der die DGUV mit den Krankenkassen verbindet, auch wenn sich die gesetzlichen Bestimmungen und organisatorischen Strukturen unterscheiden. Sowohl die gesetzlichen Unfallversicherungsträger als auch die Krankenkassen betreiben und fördern Präventionsmaßnahmen in Betrieben.

Wie beim Paritätischen gibt es auch innerhalb der DGUV ein gemeinsames Streben der Mitgliedsorganisationen und des Dachverbandes nach höherer Qualität. Dies drückt sich bei der DGUV beispielsweise durch den Qualitätsverbund Qualifizierung aus. Wie bei der BZgA werden groß angelegte Präventionskampagnen selbst konzipiert und umgesetzt.

Wie bei allen anderen Interviewpartner/innen ist auch bei der DGUV sowohl ein großes Engagement in der Qualitätsentwicklung mit vielfältigen Reflexionsprozessen zu beobachten als auch ein expliziter Bezug auf wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für die Qualitätsentwicklung.

## Deutscher Olympischer Sportbund e. V. (DOSB)

*„Das Qualitätssiegel [SPORT PRO GESUNDHEIT] ist schon eigentlich unser Haupt-„Produkt“ im Bereich des Gesundheitssports. Ansonsten sind wir gerade in einem Prozess der Strategieentwicklung [...].“*

*„Gute Qualität zeichnet vor allem auch Transparenz aus – für alle Beteiligten –, dass sie wissen, worauf sie sich einlassen.“*

Der Deutsche Olympische Sportbund und seine Mitgliedsorganisationen engagieren sich nach eigener Auskunft für eine „zukunftsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung“ durch die im Sport bestehenden Strukturen. Dazu gehören unter anderem die Entwicklung von Qualitätssiegeln im Handlungsfeld Sport und Gesundheit, die Mitarbeit in überregionalen Netzwerken wie der Bundesinitiative Sturzprävention sowie die Konzeption des „Rezepts für Bewegung“ zur Aktivierung körperlich Inaktiver. In der Sportlandschaft der Vereine und Verbände hat sich eine Reihe von speziellen Gesundheitsprogrammen und -angeboten herausgebildet.

Ein Schwerpunkt des DOSB im Handlungsfeld „Sport und Gesundheit“ liegt auf dem Qualitätssiegel „SPORT PRO GESUNDHEIT“, dem gemeinsame, verbindliche Qualitätskriterien zu Grunde liegen. Dadurch stellen der DOSB und seine Mitgliedsorganisationen die Qualität ihrer gesundheitsförderlichen Sportangebote vor Ort sicher.

Das Qualitätssiegel wurde im Jahr 2000 gemeinsam mit der Bundesärztekammer entwickelt und ist auf den unterschiedlichen Organisationsebenen des DOSB (Verbände, Vereine) verankert worden. Im Rahmen von „SPORT PRO GESUNDHEIT“ können Übungsleiter/innen ihr gesundheitsförderliches Sportangebot für einen Zeitraum von zwei Jahren zertifizieren lassen. Das Siegel soll dem Endverbraucher Orientierung bei der Auswahl von qualitativ hochwertigen Bewegungsangeboten liefern und dient zugleich den Sportvereinen als Marketinginstrument.

Zurzeit sind ca. 18.000 gesundheitsförderliche Angebote in rund 8.000 Vereinen mit dem Qualitätssiegel zertifiziert.

Dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT liegen sechs Qualitätskriterien zugrunde, anhand derer die Präventionskurse ausgestaltet werden müssen. Sie beziehen sich u. a. auf ein zielgruppengerechtes Angebot, einheitliche Organisationsstrukturen, die qualifizierte Leitung etc. Dokumentiert werden die Kriterien, ebenso wie das hinter dem Programm stehende Qualitätsmanagement, in einem Qualitätsmanagement-Handbuch. Die Qualitätskriterien sollen eine hohe Qualität der Angebote sicherstellen und die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Kursteilnehmer/innen in die Lage versetzt werden, „langfristig einen gesünderen Lebensstil zu entwickeln“.

Eine hohe Qualität im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ zeichnet sich zudem für den DOSB durch eine hohe Transparenz gegenüber „allen Beteiligten“ aus, damit „sie wissen, worauf sie sich einlassen“, sowie durch ein durchdachtes Konzept und eine kontinuierliche Weiterentwicklung der eigenen Angebote.

Um das Thema „Qualität“ nachhaltig zu bearbeiten und auch die Qualität des Programms SPORT PRO GESUNDHEIT weiterzuentwickeln, sind auf Bundes- und Landesebene verschiedene Fachgremien eingerichtet worden.

Weiterhin arbeitet ein Expertengremium daran, einen Methodenpool zum Wirksamkeitsnachweis von Präventionskursen zu erstellen. Der Wirksamkeitsnachweis ist in den aktuellen Zertifizierungsverfahren Voraussetzung für Vergabe des Qualitätssiegels SPORT PRO GESUNDHEIT.

Derzeit arbeitet der Deutsche Olympische Sportbund im Handlungsfeld „Sport und Gesundheit“ an einer grundlegenden Strategieentwicklung für den organisierten Gesundheitssport. An der strategischen Ausrichtung sind Expert/inn/en aus Sport und Medizin beteiligt.

Beim DOSB ist ebenfalls ein starkes Engagement zum Thema Qualitätsentwicklung erkennbar. Dabei liegt der Fokus in diesem Themenfeld bislang primär auf dem Qualitätssiegel „SPORT PRO GE-

SUNDHEIT“. Der DOSB ist der Mitgliedskategorie „Fachverbände und Stiftungen“ zugeordnet und steht in Bezug auf Rahmenbedingen und Auftrag dem Paritätischen am nächsten. Ähnlich dem Paritätischen ist die Orientierung am Bedarf der Mitgliedsorganisationen maßgeblich. Wie der Paritätische und die DGUV hat auch der DOSB ein System qualitätsgesicherter Maßnahmen für seine Mitgliedsorganisationen etabliert.

Wie bei den Mitgliedsorganisationen des Paritätischen auch ist mit der Zertifizierung herausragender Angebote eine Besserstellung im marktlichen Wettbewerb intendiert. Während es allerdings beim Siegel des DOSB vorwiegend um eine bessere Sichtbarkeit für Konsument/inn/en geht, ist die Zertifizierung für die Mitglieder des Paritätischen unter Umständen Voraussetzung für eine Mittelzuwendung.

Der DOSB unterscheidet sich von den anderen bisher vorgestellten Einrichtungen durch seine explizite Schwerpunktsetzung auf einen Teilbereich von Prävention und Gesundheitsförderung – auf Sport. Sport steht für eine große Vielfalt an Bewegungsmöglichkeiten zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.

### **Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/ Krankengymnasten e. V. (ZVK)**

*„Es ist ja auch wichtig, dass man überzeugen kann mit Qualität [...] – auch, weil es gewisse Vorgaben seitens der Kostenträger gibt, die nur qualitativ hochwertige Angebote fördern und unterstützen wollen. Und zum anderen haben wir natürlich auch den Anspruch, dass die Zielgruppen den Nutzen/die Wirkung spüren können. Qualität bedeutet für uns auch einfach, die Qualität nachvollziehbar zu machen.“*

Wesentliches Element der Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung beim Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e. V. (ZVK) sind Fort- und Weiterbildungen. Der ZVK ermöglicht seinen Mitgliedern auf diese Weise ein tieferes Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung. Zentral sind die Förderung von Begriffsverständnissen, von Wissen über Projektarbeit, die Gestaltung von Präventionsangeboten nach § 20 SGB V sowie ein Verständnis für die Rolle der Physiotherapie in Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Auseinandersetzung mit Aspekten der Qualität ist für den ZVK aus zweierlei Gründen bedeutsam: Erstens geht er damit auf die Vorgaben von Kostenträgern ein und zweitens sollen die Mitglieder des ZVK, bzw. im weiteren Sinne auch die Patient/inn/en, einen spürbaren Nutzen der Fortbildung bzw. des Kurses/Projektes etc. wahrnehmen können.

Die Qualität wird durch Ausbildungsstandards für die Referent/inn/en von Fort- und Weiterbildungsangeboten sowie durch die Vermittlung von Wissen zum Wirksamkeitsnachweis „physiopräventiver“ Interventionen gefördert. Die Qualität der ZVK-Angebote wird durch unterschiedlichste interne Institutionen sichergestellt. So verfügt der ZVK über einen Wissenschaftsrat, ein Kompetenzzentrum für den Bereich Prävention, eine Arbeitsgemeinschaft Prävention, eine Physioakademie mit wissenschaftlichen Mitarbeiter/inne/n sowie einen Beirat, bestehend aus Vertreter/inne/n unterschiedlicher ZVK-Arbeitsgruppen.

Die Qualitätssicherung umfasst zudem die Publikation von Handbüchern, die standardisierte Testverfahren mit dem aktuell höchsten verfügbaren Evidenzgrad der physiotherapeutischen/-präventiven Praxis vorstellen, sowie die Evaluation der Fort- und Weiterbildungen durch Fragebogenerhebungen. Darüber hinaus können die teilnehmenden Physiotherapeut/inn/en lernen, wie sie ihre eigenen Angebote evaluieren können.

Innerhalb des ZVK lässt sich nach Eigenangaben eine hohe Motivation in den Bereichen Qualitätssicherung und -entwicklung feststellen. Der interne Austausch ist besonders gut. Auch nach außen hat sich ein entscheidender Wandel vollzogen: Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist ausgebaut worden. Dadurch hat sich auch die Reflexion des eigenen Handelns verstärkt.

Qualitätsentwicklung und -sicherung werden im ZVK auch als Element des Marketings verstanden. Angebote des ZVK, die mit einer großen Akzeptanz und Zufriedenheit der Zielgruppe honoriert werden,

können dazu dienen, neue Mitglieder zu gewinnen. Zudem bewirken die vorgenommenen Reflexionsprozesse auch eine Neuorientierung der Physiotherapie und schaffen damit die Grundlage zur Erschließung neuer Handlungsfelder. Beispielhaft dafür ist etwa die verstärkte Hinwendung zu Prävention und Gesundheitsförderung.

Einen besonderen Bedarf an Weiterentwicklung sieht der ZVK bei der Durchführung von Wirksamkeitsnachweisen, die aufgrund ihres Aufwandes nicht alleine bewerkstelligt werden können. Auch die Kommunikation mit den Krankenkassen – etwa im Hinblick auf die von den Kassen erhobenen Daten bei den Kursteilnehmer/innen – wird als verbesserungsfähig bezeichnet.

Der ZVK wird der Mitgliederkategorie „Freie Berufsverbände“ zugeordnet und vertritt dementsprechend die Interessen der Fachkräfte, die im Verband organisiert sind. Die Profilierung der Berufsgruppe ist ein zentrales Anliegen, auch durch die Stärkung der Qualität der Leistungen, die die Fachkräfte erbringen. Dabei spielt die Vermittlung von Wissen zu Wirksamkeit in der Physiotherapie eine zentrale Rolle in den Fortbildungen des ZVK.

Im Gegensatz zu den bisher vorgestellten Einrichtungen sind die Adressat/inn/en der Qualitätsentwicklungsmaßnahmen des ZVK nicht andere Einrichtungen, sondern professionell tätige Einzelpersonen. Diese Ausrichtung kann als ein zentrales Merkmal der Freien Berufsverbände in der BVPG vermutet werden.

Ähnlich wie für den DOSB und den Paritätischen ist die Qualitätsentwicklung für den ZVK auch deswegen bedeutsam, weil seine Mitglieder auf Vorgaben von Kostenträgern reagieren müssen.

Der ZVK verfügt über unterschiedliche Strukturen und Verfahren, um Qualitätsentwicklung innerhalb der eigenen Organisation zu fördern. Die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis wird auch hier betont. Die Erbringung der notwendigen wissenschaftlichen Nachweise zur Wirksamkeit einzelner „physiopräventiver“ Interventionen übersteigt jedoch die Möglichkeiten des Verbandes.

### **Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)**

*„Ein grundlegendes Kriterium in der Gesundheitsförderung, das Qualität auszeichnet oder beschreibt, ist auf alle Fälle ‚Partizipation‘.“*

Das Arbeitsspektrum der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) umfasst Vernetzungs-, Koordinations-, Beratungs- und Informationsarbeit. Konkret beinhaltet dies die Initiierung und Koordination von Netzwerken sowie die Ausrichtung von Fortbildungen und Workshops. Zur Förderung von Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung verfolgt die HAG mehrere Ansätze: Zum einen vergibt sie Projektmittel. Finanziell gefördert werden Hamburger Projekte, die sich an den Zielen der Ottawa-Charta orientieren und den Kriterien des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes entsprechen. Das gilt auch für den von der HAG verliehenen Preis „Gesunde Schule in Hamburg“.

Zum anderen richtet die HAG eigene Veranstaltungen aus mit dem Ziel, Akteur/inn/en aus den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung Verfahren und Instrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung näher zu bringen. Dort werden etablierte Verfahren und Instrumente, wie beispielsweise der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, quint-essenz, evaluationstools.de und Partizipative Qualitätsentwicklung, vorgestellt und erprobt. Meistens sind es die Entwickler/innen der Ansätze selbst, die die Veranstaltungen im Auftrag der HAG durchführen.

Um die Qualität der eigenen Arbeit zu verbessern, wird das eigene Handeln regelmäßig reflektiert. Die HAG orientiert sich dabei am Public-Health-Action-Cycle. Neben verschiedenen quantitativen Instrumenten zur Qualitätssicherung (z. B. Auswertung von Fragebögen oder Beratungen im Ernährungsbe-

reich) ist die Einbindung der Zielgruppen in Prozesse und Maßnahmen (Partizipation) ein zentrales Element. Die HAG ist auf Multiplikatorenebene tätig. So unterstützt sie beispielsweise Multiplikator/inn/en, ihre jeweiligen Zielgruppen partizipativ einzubinden.

Die Bedeutung von Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention vermittelt die HAG durch die Transparenz von Prozessen, Vorhaben und Zielen. Hierzu gehören auch die Veranstaltungsdokumentationen, Projektzwischen- und -endberichte.

Die Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung verbessern nach Auffassung der HAG die eigene Arbeit und führen zu Weiterentwicklungen. Dazu zählt neben dem Austausch mit den Entwickler/inne/n von Instrumenten und Verfahren zur Qualitätsentwicklung die Kooperation mit anderen Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung und weiteren Partner/inne/n.

Die Sichtbarkeit der eigenen Fortschritte erzeugt Zufriedenheit. Auch in der Außenwirkung hat Qualitätsentwicklung positive Folgen: So ist die Anerkennung der HAG als Kooperationspartnerin kontinuierlich gestiegen.

Die Weiterentwicklung der eigenen Qualität könnte durch weitere finanzielle und personelle Ressourcen gestärkt werden. Der (Erfahrungs-)Austausch mit anderen Akteur/inn/en stiftet Nutzen, etwa durch Synergieeffekte.

Als Mitgliedsorganisation aus der Kategorie „Landesvereinigungen“ zeigt die HAG Merkmale der Qualitätsentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung, die für diese Einrichtungsart typisch sein könnten.

Als Einrichtung mit Koordinierungstätigkeiten auf Landesebene nimmt die HAG den Auftrag wahr, Unterstützung für Akteure und Akteurinnen anzubieten, die Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung durchführen. Wie bei den meisten der interviewten Einrichtungen sind auch hier die Adressat/inn/en vorwiegend Organisationen und selten Einzelpersonen. Der Schwerpunkt der Tätigkeit der HAG liegt nicht darauf, eigene Verfahren und Instrumente zu entwickeln, sondern bereits existierende Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten zu vermitteln, um Qualitätsentwicklung in der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung im Bundesland Hamburg zu verbreiten. Dabei spielt die Vernetzung mit anderen Organisationen eine zentrale Rolle – weit über die eigene Mitgliedschaft hinaus. Bei dieser Aufgabe stößt jedoch die HAG aufgrund begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen an ihre Grenzen.

Partizipation ist ein Merkmal, das in der Qualitätsentwicklung der HAG besonders betont wird, sowohl in einrichtungsinternen als auch in den von der HAG vermittelten Verfahren und Instrumenten.

Die Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis ist auch für die HAG selbstverständlich. Dies findet Niederschlag in der Einbindung von Wissenschaftler/inne/n in die Entwicklung der eigenen Publikationen bzw. in der Durchführung von Fortbildungsangeboten.

## 4.2 Analyse der Interviews: Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Einrichtungen (fallübergreifende Analyse)

Im Vergleich der interviewten Organisationen lassen sich einige Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede bezüglich des Themas „Qualitätsentwicklung und -sicherung“ und ihrer Nähe zu Prävention und Gesundheitsförderung feststellen. Im Folgenden werden ausgewählte Charakteristika kontrastiert.

### Große Vielfalt an Arbeitsschwerpunkten und Umsetzungsformen

Die Nähe zum Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ variiert zwischen den einzelnen interviewten Organisationen deutlich. Während einige Organisationen dort ihren Arbeitsschwerpunkt sehen, ist er bei anderen nur ein Bereich von mehreren. Bei einigen Organisationen wiederum bildet „Prävention und Gesundheitsförderung“ bislang keinen eigenen Arbeitsbereich, zieht sich aber als Querschnittsthema durch alle Arbeitsbereiche.

Zentrales Element der Beschäftigung mit Prävention und Gesundheitsförderung ist im ZVK die Fort- und Weiterbildung von Multiplikator/inn/en. Die teilnehmenden Physiotherapeut/inn/en sollen befähigt werden, qualifizierte Präventionskurse und externe Unterstützung für Projekte in Settings anzubieten.

Auch die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. bietet Fortbildungen für Multiplikator/inn/en an – etwa zu Instrumenten und Verfahren der Qualitätsentwicklung und -sicherung. Darüber hinaus bildet die Vernetzung regionaler Akteurinnen und Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung einen wesentlichen Bereich der Arbeit der HAG.

Die Initiierung von Netzwerken und deren Koordination ist ebenfalls ein wichtiges Element der Arbeit der BZgA. Mit nationalen Informationskampagnen richtet sie sich zudem an die breite Öffentlichkeit und klärt beispielsweise über AIDS- und Suchtrisiken auf. Den dritten Aufgabenbereich der BZgA bilden die Qualitätssicherung und die Durchführung bzw. Förderung wissenschaftlicher Untersuchungen.

Die DGUV und ihre Mitglieder sind im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ mit großen Kampagnen aktiv – z. B. „Deine Haut: Die wichtigsten 2 m<sup>2</sup> Deines Lebens“ zur Prävention von Hauterkrankungen. Ziel ist die Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Zu diesem Zweck schult die DGUV auch Multiplikator/inn/en.

Prävention und Gesundheitsförderung bilden beim Paritätischen Wohlfahrtsverband keinen eigenen Tätigkeitsschwerpunkt. Dennoch werden sie als integraler Bestandteil der eigenen Tätigkeit verstanden. In der Sozialen Arbeit bilden Prävention und Gesundheitsförderung ein Querschnittsthema, das in allen Mitgliedsorganisationen des Paritätischen präsent ist.

Der Deutsche Olympische Sportbund konzentriert sich im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung vorrangig auf die Vergabe und Weiterentwicklung des Qualitätssiegels SPORT PRO GESUNDHEIT. Damit sollen Angebote an objektiven Qualitätskriterien gemessen und ausgezeichnet werden.

### Interne Qualitätsentwicklung wichtig und vielfältig umgesetzt

Eine hohe Qualität der eigenen Angebote und des eigenen Handelns wird von den interviewten Mitgliedsorganisationen durch regelmäßige Reflexionen und das Hinzuziehen des bestmöglichen verfügbaren Wissens sichergestellt. Dies verläuft in unterschiedlichem Ausmaß systematisch.

Insbesondere die großen, ressourcenstarken Organisationen betreiben eigene wissenschaftliche Abteilungen und Institute, die sich mit dem Thema „Qualitätsentwicklung und -sicherung“ befassen bzw. Informationen über die beste verfügbare Evidenz zusammentragen. So steht der AOK das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) zur Verfügung, der DGUV das Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG), dem Paritätischen Wohlfahrtsverband die PQ GmbH und der BZgA das Referat „Wissenschaftliche Untersuchungen; Qualitätssicherung“.

In kleineren Organisationen fehlen aufgrund geringerer Ressourcen derartige Strukturen. Doch auch der ZVK, die HAG und der DOSB greifen auf wissenschaftliche Expertise zurück – oftmals über Fachgremien oder externe Referent/inn/en.

Die Reflexion des eigenen Handelns wird in nahezu allen Organisationen von intern und/oder extern besetzten Ausschüssen und Beiräten begleitet. Alle interviewten Organisationen betonten die Notwendigkeit der Reflexion für die eigene Weiterentwicklung. Dabei orientieren sie sich häufig 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 Evaluationen zu den eigenen Präventionskampagnen, zu deren Wirkung und Nutzen, führen die DGUV und die BZgA durch. Dazu wird ein breites Spektrum sozialwissenschaftlicher und teilweise auch ökonomischer Methoden eingesetzt.

Auch die meisten Präventionsangebote der AOK werden evaluiert. Die AOK greift hierzu auf die vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellten Fragebögen zur Beurteilung der Präventionskurse und des Gesundheitszustandes der Teilnehmer/inn/en zurück und kooperiert häufig mit Hochschulen. Auch die PQ GmbH, die HAG und der ZVK lassen ihre Fort- bzw. Weiterbildungsangebote von den Teilnehmer/inn/en bewerten.

Eine Evaluation des Qualitätssiegels SPORT PRO GESUNDHEIT des DOSB hat bislang nicht stattgefunden – allerdings ist die Siegelvergabe an die Erfüllung von Qualitätskriterien gebunden.

### Vernetzung als zentrales Element der Qualitätsentwicklung

Gemeinsam ist allen interviewten Organisationen, dass sie dem Aspekt der Vernetzung einen zentralen Stellenwert in der Qualitätsentwicklung und -sicherung einräumen. So tauscht sich etwa der AOK-Bundesverband mit weiteren Gesetzlichen Krankenversicherungen über den GKV-Spitzenverband aus und arbeitet gemeinsam mit ihnen am Leitfaden Prävention.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. engagiert sich in nationalen und internationalen Netzwerken. Im Themenbereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ sind dies insbesondere Netzwerke zur Förderung der Betrieblichen Gesundheitsförderung – beispielsweise die „Initiative Gesundheit und Arbeit“. Zu den Netzwerkinhalten gehört auch die Verbesserung der Evidenzlage in Prävention und Gesundheitsförderung.

Sein Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT hat der Deutsche Olympische Sportbund gemeinsam mit der Bundesärztekammer entwickelt und weiterentwickelt. Zu den weiteren Kooperationspartner/inne/n gehören unter anderem der Deutsche Turner-Bund, der Deutsche Schwimm-Verband, die Spitzenverbände der Krankenkassen und mehrere Fachverbände.

Die Vernetzung mit regionalen Akteur/inn/en steht im Zentrum der Arbeit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. Ziel ist es, unterschiedliche Institutionen, Initiativen und professionelle Akteurinnen und Akteure zusammenbringen.

Um die Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Sozialen Arbeit aktiv mitzugestalten, engagiert sich die PQ GmbH im Auftrag des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes im Qualitätsmanagement-Ausschuss der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Darüber hinaus baut die PQ GmbH ein bundesweites Netzwerk mit Fachleuten des Qualitätsmanagements auf.

Der Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e. V. sieht eine stärkere Vernetzung mit anderen Berufsgruppen als Folge der Auseinandersetzung mit dem Thema „Prävention und Gesundheitsförderung“ und die gestärkte Qualität der eigenen Arbeit.

Die Kooperation und Koordination ist in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) einer von drei Arbeitsschwerpunkten. Im Bereich der Qualitätsentwicklung arbeitet die BZgA mit unterschiedlichsten Akteur/inn/en aus Wissenschaft und Praxis an der (Weiter-)Entwicklung von Verfahren zur Qualitätsverbesserung sowie deren Transfer in die Praxis.

### Qualität wird oft als Wettbewerbs- und Marketinginstrument betrachtet

In den Interviews zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Organisationen bezüglich der Einordnung der Qualitätsentwicklung und -sicherung als Wettbewerbs- bzw. Marketinginstrument. Organisationen, die eine stärkere Marktorientierung aufweisen, sehen in der hohen Qualität ihrer Leistungen einen Wettbewerbsvorteil.

Der ZVK, Berufsverband der Physiotherapeuten und Krankengymnasten, muss sicherstellen, dass die von ihm angebotenen Fort- und Weiterbildungen auch den Anforderungen von Kostenträgern gerecht werden. Qualitätsentwicklung und -sicherung tragen also direkt dazu bei, dass die Mitglieder des ZVK wettbewerbsfähig sind. Gleichzeitig führen qualitativ hochwertige Kurse zu einer gesteigerten Zufriedenheit der Mitglieder, wodurch neue Mitglieder gewonnen werden können.

Die Qualitätsentwicklung und die damit einhergehende Reflexion des eigenen Handelns wirken sich nach eigenen Angaben auch auf die Zukunftsfähigkeit des ZVK aus. So konnte sich der ZVK neue Handlungsfelder erschließen (bspw. Prävention und Gesundheitsförderung), die vormals nicht zum Aufgabengebiet gezählt wurden.

Auch die AOK sieht in der Qualitätsentwicklung und -sicherung eine Möglichkeit, die Attraktivität der eigenen Präventionsleistungen für die Versicherten zu steigern und sich damit im Wettbewerb der Krankenversicherungen besser zu positionieren.

Der DOSB versteht sein Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT als ein Marketinginstrument für die Sportvereine vor Ort. Sie bekommen auf diese Weise die Möglichkeit, aus dem großen Bewegungsangebot der Vereine und Fitnesscenter hervorstechen.

Für die Mitgliedsorganisationen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes sind die Zertifizierungen nach den PQ-Standards eine Gelegenheit, nach außen die Einhaltung gesetzlicher und fachlicher Anforderungen dokumentieren zu können. Insbesondere gegenüber Kostenträgern ist dies häufig elementar, um weiterhin existieren zu können.

Die Interviewten der anderen Organisationen (BZgA, DGUV, HAG) haben im Interview keinen Wettbewerbs- oder Marketingeffekt der Qualitätsentwicklungsmaßnahmen hervorgehoben. Diese Organisationen stehen auch nicht im Wettbewerb mit anderen Anbietern.

### Herausforderungen für die Qualitätsentwicklung: Evidenz und Verstetigung von Maßnahmen

Gefragt nach den Herausforderungen für die Qualitätsentwicklung und -sicherung in Prävention und Gesundheitsförderung, haben vier der sieben Organisationen den Aspekt der Evidenzbasierung genannt. Aus Sicht der AOK mangelt es in Prävention und Gesundheitsförderung oftmals

noch an ausreichender Evidenz für Interventionen. Hier besteht laut AOK weiterer Forschungsbedarf.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband sieht insbesondere für den Bereich der Sozialen Arbeit, der mit der Gesundheitsförderung und Prävention eng verknüpft ist, momentan noch ein klares Problem darin, die Qualität von Maßnahmen zu messen. Forschung und Praxis sollten sich daher zusammmentun und Methoden und Indikatoren zur Bewertung der Güte Sozialer Arbeit definieren.

Der ZVK weist darauf hin, dass die Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des § 20 SGB V evaluiert werden. Die Ergebnisse der Befragungen würden bislang aber nur unzureichend an die Kursleitenden zurückgespiegelt. Darüber hinaus fehlt es an einer zentralen Auswertungsstelle für Evaluationen. Sie könnte, so der ZVK, dazu beitragen, das Wissen über die Wirkung der präventiven und gesundheitsfördernden Angebote zu verbessern.

Einen Wirksamkeitsnachweis der Bewegungsangebote der eigenen Mitgliedsorganisationen wäre auch aus Sicht des DOSB wichtig, um daraus Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

Die BZgA betont einen weiteren Aspekt: Sie sieht die größten Herausforderungen in der Verstetigung der Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Damit einher geht die Notwendigkeit, entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Die Knappheit der personellen und zeitlichen Ressourcen ist auch ein Thema, das die HAG beschäftigt. Qualitätsentwicklung und -sicherung erfordern die Bereitstellung entsprechender Mittel. Aber auch Aspekte der Vernetzung und Transparenz werden als grundlegend für die Qualitätsentwicklung und -sicherung bewertet.

Die DGUV sieht insbesondere in der eigenen Organisation die Notwendigkeit, sich noch stärker und systematischer mit der Qualitätsentwicklung auseinanderzusetzen.

### **4.3 Verwendung zentraler Begrifflichkeiten und gemeinsamer Handlungsrahmen**

#### Sprachgebrauch

In ihrer Untersuchung von 2010 haben Wright&Noweski die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. dazu angeregt, die Entwicklung eines einheitlichen Vokabulars in der Qualitätsentwicklung zu fördern. In ihrer Erhebung waren sie damit konfrontiert, dass die Begriffsverständnisse zwischen den BVPG-Mitgliedsorganisationen differierten.

Auf der BVPG-Statuskonferenz „Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung“ konkretisierten sie dieses Anliegen wie folgt: „Die Entwicklung eines gemeinsamen Vokabulars und gemeinsamer Kategorien muss in Gang gesetzt werden, um sich untereinander zukünftig angemessen austauschen zu können“. (BVPG 2010, S. 5).

In der aktuellen Untersuchung wurden im Rahmen der ersten Erhebungsrunde die Verständnisse der Begriffe „Qualität“, „Qualitätsentwicklung“, „Qualitätssicherung“ und „Qualitätsmanagement“ erfasst. Dabei wurde deutlich, dass alle Organisationen ein sehr ähnliches Begriffsverständnis haben, und das dieses Verständnis mit den Definitionen führender Qualitätsmanagementsysteme übereinstimmt (z.B. Internationale Organisation für Normung, ISO oder *European Foundation for Quality Management*, EFQM).

Alle befragten Organisationen weisen darauf hin, dass Qualität etwas mit der Orientierung an Anforderungen – entweder den eigenen, denjenigen der Zielgruppe/Kunden oder von Fachgesellschaften – zu tun hat. Die definitorische Unterscheidung der Begriffe „Qualitätsentwicklung“, „Qualitätssicherung“ und „Qualitätsmanagement“ konnte in den Organisationen klar vorgenom-

men werden, die sich an einem etablierten Qualitätsmanagementsystem explizit orientieren. Das war vor allem bei den größeren Organisationen der Fall. So eine Unterscheidung fiel den anderen Organisationen schwerer. Dies dürfte unter anderem darin begründet liegen, dass im Fall dieser Organisationen die Unterscheidung für den Arbeitsalltag keine praktische Relevanz aufweist.

Doch auch wenn die großen Organisationen die Definitionen klar unterscheiden, werden sie im alltäglichen Sprachgebrauch nicht immer strikt eingehalten. Sofern die Begrifflichkeiten in schriftlichen Texten verwendet werden, wird jedoch darauf geachtet, eine möglichst deutliche sprachliche Trennung zu gewährleisten.

Unter „Qualitätsentwicklung“ wird von allen Organisationen die eigene (kontinuierliche) Weiterentwicklung verstanden. Dies beinhaltet beispielsweise die Orientierung am wissenschaftlichen ‚state of the art‘ (ZVK), die Beratung durch Gremien (DOSB) sowie die Verbesserung der Wirksamkeit von Maßnahmen (BZgA).

„Qualitätssicherung“ meint dagegen eine Sicherung des erreichten Qualitätsniveaus. Dies gelingt beispielsweise durch Selbstevaluationen und Audits (PQ GmbH), durch die Einhaltung von Kriterien (DOSB) oder durch die Evaluation und Dokumentation von Veranstaltungen.

Die größten definitorischen Unterschiede zwischen den befragten Organisationen ergeben sich bezüglich des Begriffs „Qualitätsmanagement“. Während die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. hierunter ein eher starres System, ein „Vorgehen nach Handbüchern“ vermutet, sieht der DOSB darin einen Oberbegriff zur Bezeichnung aller Maßnahmen im Zusammenhang mit Qualität. Für die PQ GmbH bezeichnet „Qualitätsmanagement“ die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, um Prozesse der Qualitätsentwicklung und -sicherung realisieren zu können.

### Handlungsrahmen

Auf der ersten Statuskonferenz „Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung“ im Juni 2010 brachten die Mitgliedsorganisationen der BVPG ihren Wunsch zum Ausdruck gemeinsam im Bereich Qualitätsentwicklung aktiv zu werden. Die vorliegende Studie eruierte daher die Möglichkeiten eines gemeinsamen Handlungsrahmens.

Die im Folgenden aufgeführten Eckpunkte basieren auf Vorschlägen aus den Interviews. Diese wurden in der ersten Interviewrunde gesammelt und in der zweiten, erweiterten Runde auf ihre Konsensfähigkeit hin geprüft. Die dargestellten Elemente eines BVPG-Handlungsrahmens zum Thema „Qualitätsentwicklung“ trafen auf eine breite Zustimmung – teilweise jedoch mit Einschränkungen. Die zuoberst aufgeführten Elemente, die allgemeiner formuliert sind, haben die größte Zustimmung erhalten, die weiter unten aufgeführten Teile, die auch spezifischer sind, wurden zurückhaltender bewertet.

### 1 Gemeinsames Leitbild der BVPG zu guter Prävention und Gesundheitsförderung

10 von 13 Interviewten sprachen sich explizit dafür aus, ein Leitbild der BVPG-Mitgliedsorganisationen mit gemeinsamen Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln. Damit können sich die BVPG-Mitgliedsorganisationen auf eine gemeinsame handlungsleitende Philosophie und Sprache verständigen. Die Kommunikation der BVPG wird damit auch nach außen gestärkt.

Ein Leitbild wird mit einer positiven Außenwahrnehmung verbunden. So kann sich durch die Verständigung auf gemeinsame Handlungsgrundlagen das Image von Prävention und Gesundheitsförderung verbessern. Mittelfristig können damit die Rahmenbedingungen für Prävention und Ge-

sundheitsförderung positiv beeinflusst werden. Ein Leitbild der BVPG kann auch unabhängig von einem möglichen Präventionsgesetz die Grundlagen für einen gesamtgesellschaftlichen Konsens bzgl. der Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung schaffen.

Innerhalb der BVPG kann ein Prozess der Leitbildfindung zu einer stärkeren Vernetzung und der Bildung eines „common sense“ beitragen. Mit dem Leitbild liefert die BVPG eine Antwort darauf, wie gute Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung aussehen sollen.

Breite Unterstützung findet die Forderung, dass „Partizipation“, „Empowerment“ und der „Settingbezug“ von Interventionen zentrale Prinzipien eines solchen Leitbildes sein sollen. Die einzelnen Begrifflichkeiten müssen in einem Bottom-up-Prozess mit Inhalt gefüllt werden. So sollen neben „klassischen“ Settings, wie Betrieb, Schule, Kita etc., auch Sportvereine als Setting berücksichtigt werden. Da einige Mitgliedsorganisationen bislang weniger in Settings arbeiten und stärker Individualprävention betreiben, soll der Settingansatz aber nicht als einzige ideale Interventionsform benannt werden – eine Schwerpunktsetzung scheint dagegen konsensfähig.

Da wesentliche Defizite in der Gesundheit in einer sozialen und damit gesundheitlichen Chancengleichheit begründet liegen, soll auch der Soziallagenbezug in einem Leitbild berücksichtigt werden. Der besondere Stellenwert der Salutogenese soll im Leitbild ebenfalls hervorgehoben werden.

Vorgeschlagen wurde auch, wesentliche Elemente der Qualitätsentwicklung und -sicherung in ein Leitbild aufzunehmen. Zu diesen Elementen gehören die Berücksichtigung verschiedener Qualitätsdimensionen, die Notwendigkeit von Zieldefinitionen, Konzeptausarbeitungen, die Zugrundelegung von Wirkungsmodellen sowie die Überprüfung des eigenen Handelns mittels Evaluationen.

Ein derart gestaltetes Leitbild wird als Möglichkeit gesehen, Zielformulierungen innerhalb der BVPG-Mitgliedsorganisationen zu unterstützen.

Offen blieb, ob die einzelnen Prinzipien für die unterschiedlichen BVPG-Mitgliedsorganisationen weiter spezifiziert werden sollten. Die Befürworter/innen dieser Position sehen aufgrund der in der BVPG-Mitgliedschaft vorhandenen Vielfalt die Gefahr, dass ein Leitbild lediglich den „kleinsten gemeinsamen Nenner“ abbildet. Um den unterschiedlichen Gegebenheiten der Mitgliedsorganisationen gerecht zu werden, fordern sie daher eine Konkretisierung des Leitbildes für einzelne Mitgliedercluster.

Die Gegner/innen einer Spezifizierung befürchten, dass ein Zuschnitt auf einzelne Cluster zu einer Abschwächung der Bedeutung des Leitbildes beitragen könnte. Zudem werden die Prinzipien unabhängig von den jeweiligen Organisationen, deren Tätigkeitsschwerpunkten und Strukturen für eine erfolgreiche Intervention bei den jeweiligen Zielgruppen gelten. Davon unberührt bleibt, so die Gegner/innen, die Möglichkeit jeder Organisation, das Leitbild für die eigenen Bedürfnisse ausdifferenzieren.

Eine Interviewpartnerin schlug vor zu prüfen, wie gut sich das Leitbild auf die Praxis einzelner Organisationen anwenden lässt.

Lediglich in einem Interview wurde ein gemeinsames Leitbild abgelehnt, da dieses mit dem Leitfa- den Prävention des GKV-Spitzenverbandes schon vorliege.

Ein gemeinsames Leitbild scheint in weiten Teilen konsensfähig zu sein. Von den 13 in der zweiten Erhebungsrunde interviewten Personen stimmte lediglich eine dagegen. Zwei weitere sind indifferent.

## 2 Gemeinsamer Bericht zur Prävention und Gesundheitsförderung

Vorgeschlagen wurde die regelmäßige Veröffentlichung eines gemeinsamen Tätigkeitsberichtes der BVPG-Mitgliedsorganisationen zum Thema „Prävention und Gesundheitsförderung“. Für einen derartigen Bericht spricht sich ein Großteil der Interviewten aus. Zielgruppen eines derartigen Berichtes sind politische Entscheidungsträger, die (Fach-)Öffentlichkeit und die Mitgliedsorganisationen der BVPG selbst.

Abgesehen vom Präventionsbericht der Gesetzlichen Krankenversicherungen fehlt bislang eine flächendeckende Darstellung der Präventionstätigkeiten in Deutschland. Diese Lücke kann mit einem entsprechenden Bericht der BVPG geschlossen werden.

In Politik und Öffentlichkeit kann durch die damit gesteigerte Transparenz der Nutzen von Prävention und Gesundheitsförderung besser vermittelt werden. Ein Tätigkeitsbericht kann die bestehende Vielfalt in Prävention und Gesundheitsförderung sichtbar machen. Den BVPG-Mitgliedsorganisationen wird zugleich eine Plattform gegeben, sich einer breiteren (Fach-)Öffentlichkeit zu präsentieren. Durch die Darstellung funktionierender Strukturen, produktiver Kooperationen und von Beispielen guter Praxis kann die Notwendigkeit der Verstetigung – im Gegensatz zur Auflage immer neuer Interventionen (Stichwort „Projektitis“) – aufgezeigt werden. Auf diese Weise wird auch der Stellenwert der BVPG-Mitgliedsorganisationen für das deutsche Gesundheitssystem deutlich gemacht. Auch der Bekanntheitsgrad der Bundesvereinigung und damit ihr politischer und gesellschaftlicher Stellenwert lassen sich durch die Publikation verbessern.

Nach außen kann ein gemeinsamer Tätigkeitsbericht der BVPG-Mitgliedsorganisationen auch die Einhaltung bzw. Umsetzung der in einem Leitbild erfassten Prinzipien dokumentieren. Zudem zeigt ein derartiger Bericht Ansatzpunkte für neue Kooperationen auf und regt zur Nachahmung erfolgreichen Handelns an.

Um die unterschiedlichen Zielgruppen eines solchen Berichtes zu erreichen, muss es neben einer umfangreicheren Publikation auch eine Kurzfassung – beispielsweise für politische Entscheidungsträger/innen – geben.

Einig sind sich alle Interviewten darin, dass ein BVPG-Bericht lediglich eine neutrale Tätigkeitsbeschreibung umfassen soll, ohne einen Vergleich zwischen den einzelnen Mitgliedsorganisationen zu ziehen. Vergleiche werden als Hindernis für künftige Kooperationen gesehen und vermitteln in der Außendarstellung kein Bild der BVPG als Einheit.

Grundsätzlich wird auch bezweifelt, dass ein solcher Vergleich sinnvoll durchgeführt werden kann. Aufgrund der Verschiedenheit der Mitgliedsorganisationen wird angenommen, dass dies praktisch nicht möglich ist. Damit einher geht die Empfehlung, Darstellungen (vorwiegend) deskriptiv zu formulieren und auf die Abbildung von Maßzahlen zu verzichten. Lediglich ein Interviewbeitrag äußert die Überlegung, dass Vergleiche zwischen den Organisationen Anreize für Verbesserungsprozesse liefern können. Um den Einwänden der anderen Interviewten gerecht zu werden, wurde daher vorgeschlagen, zumindest über die Gesamtheit der BVPG-Mitgliedschaft Maßzahlen zu veröffentlichen. So kann angegeben werden, welcher Anteil der Mitglieder die einzelnen Prinzipien eines Leitbildes in seiner Arbeit berücksichtigt.

Wenn es darum geht, ob in einer gemeinsamen Publikation auch der Nutzen der von den BVPG-Mitgliedsorganisationen durchgeführten Maßnahmen dargestellt werden soll, gehen die Meinungen der Interviewten auseinander. So wird darauf hingewiesen, dass der Nutzen von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nur schwer zu erfassen ist. Zugleich wird aber auch erkannt, dass die Nutzendarstellung gegenüber der Öffentlichkeit und gegenüber politischen Ent-

scheidungsträger/inne/n eine wichtige Argumentationsgrundlage darstellen kann. Aus der von der BVPG geforderten Stärkung der Evidenzbasierung der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der praktischen Nutzung des verfügbaren Wissens sollte eine Nutzenbeschreibung in einem BVPG-Tätigkeitsbericht folgen, so die Erklärung einer Interviewpartnerin.

Zur Lösung dieses Konfliktes werden unterschiedliche Vorgehensweisen zur Nutzendarstellung vorgeschlagen:

- die Entwicklung gemeinsamer quantitativer Maßzahlen
- eine lediglich qualitative Beschreibung des Nutzens
- eine subjektive Nutzenbeschreibung durch die einzelnen Mitgliedsorganisationen
- eine Nutzenbeschreibung für die Gesamtheit der Mitgliedsorganisationen, die dann evtl. sogar eine monetäre Nutzenabschätzung ermöglichen würde – etwa in Bezug auf die Auswirkungen auf das Sozialsystem
- die Verwendung wissenschaftlich etablierter Kennzahlen zum Nachweis der Wirksamkeit einer Maßnahme

Um den Nutzen der Tätigkeiten der BVPG-Mitgliedsorganisationen darstellen zu können, müssen zunächst die individuellen und/oder die BVPG-eigenen Zielstellungen operationalisiert werden, so eine Einschätzung.

Eine breite Zustimmung erhielt der Vorschlag, in einem Tätigkeitsbericht ein eigenes Kapitel mit dem Schwerpunkt „Kooperationen“ einzurichten. Da die Vernetzung zu den Kernaufgaben der BVPG gehört, erachten die Interviewten eine Berichterstattung zu diesem Arbeitsfeld als sehr sinnvoll. Dabei könnte der Bericht zu bestehenden Kooperationen als Netzwerkanalyse verfasst werden. Zusätzlich wird aber auch die Darstellung von konkreten Inhalten (Projekten, Maßnahmen etc.) empfohlen. Ein Kooperationskapitel kann politischen Entscheidungsträger/inne/n die Synergieeffekte der vorhandenen Kooperationen verdeutlichen, neue Kooperationsmöglichkeiten aufzeigen und durch die Darstellung guter Beispiele Lernimpulse für weitere Vernetzungen aussenden. Grundlegend für ein solches Kooperationskapitel ist die Spezifikation des Begriffs, so ein Interviewpartner. So reichen Kooperationen von (un)regelmäßigen Treffen bis zum systematischen Zusammenarbeiten.

Für die konkrete Umsetzung eines BVPG-Tätigkeitsberichtes muss geprüft werden, ob Tätigkeitsbeschreibungen zu allen 126 Mitgliedsorganisationen zielführend sind oder ob eine clusterspezifische und damit vermutlich weniger umfangreiche Darstellung zweckmäßiger ist. Dabei soll auch berücksichtigt werden, dass die BVPG-Mitgliedsorganisationen in unterschiedlich starkem Ausmaß im Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ aktiv sind und damit bisweilen auch nur bedingt entsprechende Tätigkeitsbeschreibungen liefern können.

Vor einer Veröffentlichung eines Tätigkeitsberichtes soll überprüft werden, inwiefern die Inhalte eines solchen Berichtes tatsächlich den an ihn gestellten Anforderungen entsprechen, so eine abschließende Forderung.

Drei von 13 befragten Personen sind indifferent in ihrer Bewertung eines gemeinsamen Berichtes, zehn sprechen sich dafür aus.

### 3 Organisation clusterspezifischer Workshops auf den Statuskonferenzen der BVPG

Die BVPG soll bei zukünftigen Statuskonferenzen prüfen, ob sich als ein Element des Konferenzprogramms clusterspezifische Workshops einrichten lassen, so eine Mehrheit der Befragten. Die „Cluster“ sind die Einrichtungskategorien der Mitgliedsorganisationen (s. Anhang). Diese würden Mitgliedsorganisationen mit ähnlichen Arbeitsweisen und Interessenlagen verbesserte Möglichkeiten des Strategie- und Erfahrungsaustausches bieten. Auf diese Weise können Synergieeffekte erzielt werden. Insbesondere bezogen auf das Themengebiet „Qualität“ kann ein Austausch zwischen ähnlichen Organisationen zu verstärkten Lerneffekten beitragen – doch auch in anderen Themenbereichen können derartige Workshops befruchtend wirken.

Clusterspezifische Workshops können somit den Nutzen für die Teilnehmer/inn/en der Veranstaltungen nachhaltig erhöhen. Durch die ähnliche Sprache innerhalb von Clustern wird die Kommunikation vereinfacht. Innerhalb der Cluster kann zudem eine höhere Verbindlichkeit von erarbeiteten Zielen erreicht werden.

Auch zur Formulierung der an die einzelnen Cluster gestellten Anforderungen sowie eigener, clusterspezifischer Zielstellungen bieten die Workshops eine gute Möglichkeit.

Ob die im Rahmen der vorangegangenen Studie vorgenommene Einteilung der Mitgliedsorganisationen geeignet ist, um den beschriebenen Nutzen clusterspezifischer Workshops zu erzielen, muss sich in der Praxis zeigen.

Einige Interviewte wiesen aber auch darauf hin, dass der Austausch zwischen Mitgliedsorganisationen unterschiedlicher Cluster weiterhin ermöglicht werden muss. Gerade auf Grund ihrer vielfältigen Mitgliedschaft bietet die BVPG ihren Mitgliedern eine Möglichkeit, auch mit solchen Organisationen in Kontakt zu kommen, mit denen sie sonst kaum Berührungspunkte aufweisen. Auch hierüber generieren sich Lerneffekte und Kooperationen.

Aus diesem Grund sollen clusterspezifische Programmelemente nur einen Teil des jeweiligen Tagesablaufs ausmachen. Zudem sollen die Ergebnisse der Workshops allen Teilnehmer/inn/en vorgestellt und mit ihnen diskutiert werden.

Es soll zudem jeweils geprüft werden, ob eine Einteilung in clusterspezifische Workshops thematisch sinnvoll ist. Unter Umständen sind andere Aufteilungen nach Themenbereichen oder Zielgruppen der Prävention und Gesundheitsförderung zweckmäßiger. Auf diese Weise können sich auch Kostenträger und NGOs in Workshops austauschen.

Die clusterspezifischen Workshops werden von elf von 13 Personen grundsätzlich unterstützt, zwei weitere sind unschlüssig in ihrer Bewertung.

#### 4 Selbstevaluation

Alle Mitgliedsorganisationen der BVPG sowie deren Mitglieder sollen verstärkt zu Selbstevaluationen bzw. selbstreflexiven Prozessen angeregt werden, um eigene Stärken und Schwächen zu identifizieren. Diese Aussage traf auf breite Zustimmung. Selbstevaluationen stärken demnach die Reflexion über die eigenen Organisationsstrukturen, tragen damit zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess bei und befördern letztendlich hochwertige Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Damit wird ein besserer Einsatz der vorhandenen Ressourcen ermöglicht.

Selbstevaluationen sollen dabei kein Ersatz für (externe) Fremdevaluationen sein, können aber dort, wo entsprechende Ressourcen fehlen, bzw. als Grundlage für eine oder Ergänzung zu einer Fremdevaluation wichtige Impulse geben.

Unterstützende Materialien und Schulungen zum Thema „Selbstevaluation“ sollen von der BVPG bereitgestellt bzw. über die BVPG organisiert werden, um einen strukturierten und nutzenstiftenden Ablauf der Selbstevaluationen zu fördern und ressourcenschwache Organisationen zu unterstützen. Dabei sollen die Unterstützungen so ausgestaltet werden, dass die Materialien bzw. das in Schulungen vermittelte Wissen auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Mitgliedsorganisationen angewendet werden können. Damit kann ein niedrigschwelliger Zugang zur Thematik gewährleistet werden. Eventuell muss die Unterstützung für die Mitgliedercluster unterschiedlich ausgestaltet werden.

Einzelne BVPG-Mitgliedsorganisationen haben bereits positive Erfahrungen mit Selbstevaluationen und der Unterstützung von Evaluationsprozessen gemacht. Unterstützende Angebote können auch ihnen neue Anregungen liefern.

Um einen wirklichen Nutzen zu stiften, sollen Selbstevaluationen auf freiwilliger Basis durchgeführt werden. Ihre Ergebnisse sollen lediglich zur internen Organisationsentwicklung genutzt werden und sind nicht für die Öffentlichkeit bestimmt. Damit können auch Hemmnisse gegenüber der Thematik abgebaut werden. Auch Möglichkeiten des Erfahrungsaustausches können die Hürden senken, so die allgemeine Einschätzung.

Eine Interviewpartnerin wies darauf hin, dass die BVPG selbst kein Bildungsträger ist und damit auch nicht über eine entsprechende Infrastruktur verfügt. Daher müssen die Schulungen über Dritte angeboten werden. Einzelne Mitgliedsorganisationen der BVPG haben bereits erklärt, im Auftrag der BVPG derartige Schulungen ausrichten zu können.

Klärungsbedarf sahen die Interviewten bezüglich des Gegenstandsbereichs der Selbstevaluationen. Einzelne Maßnahmen der BVPG-Mitgliedsorganisationen, die jeweiligen Mitgliedsorganisationen als Organisation oder andere Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention können unter eigener Regie evaluiert werden.

Auch wenn der Vorschlag zur Unterstützung von Selbstevaluationen auf eine breite Zustimmung traf, gaben insbesondere größere Organisationen an, oftmals keinen Bedarf für unterstützende Angebote bei sich zu sehen. Dies liegt unter anderem daran, dass sie selbst über entsprechende unterstützende Organisationseinheiten verfügen.

Den Eckpunkt „Selbstevaluation“ haben lediglich zwölf Personen bewertet: vier sind unentschieden, acht sprechen sich dafür aus.

### 5 Fortbildungen zu Qualitätsentwicklung und -sicherung

Bei den befragten BVPG-Mitgliedsorganisationen besteht ein grundsätzliches Interesse an Fortbildungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. Allerdings lässt sich derzeit nicht abschätzen, wer ein solches Angebot nutzen würde. Gerade in größeren Organisationen scheinen oft ausreichend eigene Ressourcen für interne Fortbildungen vorhanden zu sein. Nichtsdestotrotz können diese Organisationen nach eigenem Bekunden selbst als Anbieter von Fortbildungen für BVPG-Mitgliedsorganisationen fungieren.

Da es aber auch in großen Organisationen nicht immer einen Zuschnitt auf Prävention und Gesundheitsförderung in der Fortbildung gibt, können durch ein von der BVPG organisiertes Angebot Lücken geschlossen werden. Auch bei den Mitgliedern und Unterorganisationen der BVPG-Mitgliedsorganisationen wird von einigen Interviewpartner/inne/n ein Bedarf vermutet, der nicht immer durch die BVPG-Mitglieder selbst abgedeckt werden kann.

Die Fortbildungen müssen unter Umständen clusterspezifisch ausgestaltet werden, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Mitgliedsorganisationen gerecht zu werden, so eine Überlegung.

Um insbesondere kleinere Mitgliedsorganisationen mit geringer Personaldecke nicht zu stark zu belasten, sollen die Fortbildungen als zeitlich kompakte Tages- oder Wochenendangebote organisiert werden. Aufbauend auf derartigen Basisangeboten können dann weitere Vertiefungen erfolgen.

Als bedeutend für die Nachfrage eines Fortbildungsangebotes hob ein Interviewpartner die Vermittlung des Nutzens für die Teilnehmer/innen hervor. Nur wenn ein erkennbarer Nutzen mit der Teilnahme verbunden werden kann, wird sich eine Nachfrage etablieren.

Eine Befragte schätzte, dass die Organisation derartiger Fortbildungen auch die Aufmerksamkeit der Fachöffentlichkeit auf das Thema „Qualitätsentwicklung und -sicherung in Prävention und Gesundheitsförderung“ lenken wird. Zudem bieten Fortbildungen die Möglichkeit, sich mit anderen über eigene Erfahrungen auszutauschen.

Fortbildungsangebote zum Thema „Qualitätsentwicklung“, die von der BVPG vermittelt werden, wurden von einer Person abgelehnt, vier weitere Personen waren unschlüssig in der Bewertung und acht Personen unterstützten ein derartiges Vorhaben.

## 6 Mitgliederdatenbank

Der Vorschlag, eine öffentlich zugängliche Datenbank mit den Profilen und Tätigkeitbeschreibungen der BVPG-Mitgliedsorganisationen einzurichten, stieß auf ein geteiltes Echo. Von den Befürwortern wurden drei thematische Ausrichtungen einer solchen Datenbank benannt. Einerseits können ganz allgemein die zentralen Aufgabengebiete der Mitgliedsorganisationen benannt werden. Andererseits können dort alle Aktivitäten einer Organisation im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt werden. Drittens kann sich das Angebot auch lediglich auf Aktivitäten der Qualitätsentwicklung und -sicherung in Prävention und Gesundheitsförderung beziehen.

Für den Vorschlag einer Mitgliederdatenbank spricht, dass ein derartiges Angebot die Transparenz zwischen den Mitgliedsorganisationen verbessern könnte. Nicht allen sind alle Mitgliedsorganisationen und deren Tätigkeiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung bekannt. Die Datenbank kann als Basis für Vernetzungen dienen. So könnten die Mitgliedsorganisationen beispielsweise zur Vorbereitung eigener Veranstaltungen recherchieren, welche Organisation über interessante Referenten und Referentinnen verfügt. Aber auch Kooperationen im Rahmen von Projekten könnten durch die gesteigerte Transparenz erleichtert werden.

Die Beschreibungen sollen anhand einer knappen und einheitlichen Struktur zur Selbstdarstellung erfolgen, die beispielsweise die Zielsetzung der Organisation bzgl. Prävention und Gesundheitsförderung bzw. Qualitätsentwicklung in diesem Bereich umfasst, so ein Vorschlag zur Umsetzung.

Gegen die Einrichtung einer Mitgliederdatenbank spricht der damit verbundene hohe Arbeitsaufwand. Nur bei hoher Aktualität der Darstellung ist das Angebot überhaupt interessant – dies zu gewährleisten, erfordert aber einen gewissen Ressourceneinsatz. Diese Einschätzung wurde von rund der Hälfte der Befragten geteilt.

Darüber hinaus wurde betont, dass es solche Datenbanken bereits gibt bzw. alle wichtigen, interessanten Informationen über Jahresberichte oder die Homepages der Organisationen zu beschaffen sind.

Zudem besteht die Gefahr, dass Mitgliedsorganisationen, die keinen Arbeitsschwerpunkt in Prävention und Gesundheitsförderung haben bzw. keine Qualitätsentwicklungsmaßnahmen betreiben, ausgegrenzt werden.

Eine Mitgliederdatenbank wird nur von etwa der Hälfte der Befragten deutlich unterstützt (7 Personen). Vier Personen sind indifferent und zwei klar dagegen.

### 7 Forderung eines Nachweises der Qualitätssicherung bei öffentlich geförderten Maßnahmen

Vorgeschlagen wurde, dass sich die BVPG dafür einsetzen soll, dass öffentlich geförderte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung einen Nachweis ihrer Anstrengungen zur Qualitätsentwicklung und -sicherung erbringen sollen.

Auch dieser Vorschlag traf auf ein geteiltes Echo.

Aus Sicht der Befürworter ist ein derartiger Schritt zur Stärkung der Evidenzbasis in Prävention und Gesundheitsförderung erforderlich. Da sich die BVPG schon seit Langem für eine stärkere Bereitstellung und Nutzung empirischer Wirksamkeitsnachweise in Prävention und Gesundheitsförderung einsetzt, ist die Forderung eines Nachweises über Maßnahmen der Qualitätsentwicklung für sie nur folgerichtig.

Unter anderem wird vermutet, dass durch eine Mittelvergabe, die einen Nachweis von Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung zur Voraussetzung hat, die Nachhaltigkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen gestärkt werden kann: Da Qualitätsentwicklung die Initiierung von Lernprozessen beinhaltet, muss ausreichend Zeit vorhanden sein, um Erfahrungen zu machen und diese in den weiteren Verlauf einer Maßnahme einfließen zu lassen. Mit der Einforderung von Nachweisen über Maßnahmen der Qualitätsentwicklung muss also auch ein Zugeständnis an längere Projektlaufzeiten verbunden sein.

Für die Forderung eines entsprechenden Nachweises spricht auch die Überzeugung, dass öffentlich geförderte Projekte transferfähig sein sollten. Sie sollten zudem eine Weiterentwicklung bestehender Interventionsansätze darstellen. Beide Aspekte setzen eine hohe Qualität der geförderten Maßnahmen voraus.

Um einen tatsächlichen Nachweis über den sinnvollen Einsatz von öffentlichen Mitteln zu erhalten, wird auch ein weitergehender Nachweis der *Wirksamkeit* in die Diskussion gebracht. Ein Wirksamkeitsnachweis von Maßnahmen macht die Vereinbarung von Zielkriterien zwischen Projektgebern und -nehmern bei der Vergabe von Projektmitteln erforderlich. Unterstützend für einen derartigen Prozess könnte eine zentrale Einrichtung wirken, die einzelne Projekte und Programme bei der Auswertung von Befragungen und anderen Erhebungen im Rahmen eines Wirksamkeitsnachweises unterstützt.

Kritisch gegen ein derartiges Engagement der BVPG wurde eingewandt, dass Maßnahmen der Qualitätsentwicklung nicht per se einen Nutzen stiften. Zudem besteht die Gefahr, dass Praktiker/innen durch Forderungen nach Evaluationen und Nachweisen von Qualitätsentwicklungsprozessen abgeschreckt werden.

Aus diesem Grund lautete der Vorschlag aus einem Interview, dass die BVPG gemeinsam mit den betroffenen Ministerien an Rahmenkriterien zur Förderung arbeiten soll. Diese Kriterien sollen unabhängig von der Größe und der Zielstellung eines Projektes anwendbar sein.

Bereits bei der Antragstellung soll der/die Antragsteller/in aufzeigen, wie er/sie Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und -sicherung durchführen will. Damit können derartige Elemente auch

Entscheidungskriterien für die Förderung sein. Die Antragsteller/innen müssen sich dann an der Erreichung ihrer eigenen Vorgaben messen lassen.

Acht von zwölf Personen sind grundsätzlich für die Forderung eines QS-Nachweises bei öffentlich geförderten Maßnahmen, zwei sind unentschlossen und zwei votieren dagegen.

## 5 Diskussion und Empfehlungen

Durch Experteninterviews und ein modifiziertes Delphi-Verfahren wurde in dieser Studie drei Leitfragen nachgegangen:

- Wie sieht die heutige QE-Praxis der Mitgliedsorganisationen der BVPG im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung aus?
- Welcher Weiterentwicklungsbedarfs besteht im Bereich QE?
- Welche Inhalte und welche Ausrichtung braucht ein gemeinsamer Handlungsrahmen zur QE in der Prävention und Gesundheitsförderung?

Eine Vollerhebung bei allen Mitgliedsorganisationen konnte aufgrund der begrenzten Ressourcen nicht durchgeführt werden. Wegen des Auswahlverfahrens und der geringen Fallzahl sind die Ergebnisse nicht repräsentativ für alle Mitgliedsorganisationen. Dennoch wurde bei der Auswahl der Interviewpartner/innen auf eine möglichst gute Abbildung der BVPG-Mitgliedschaft geachtet. So wurden als Interviewpartner Personen aus unterschiedlichen Einrichtungskategorien ausgewählt, von denen durch die Erfahrungen der vorausgegangenen Erhebung bekannt war, dass sie sich im Themenfeld „Qualitätsentwicklung“ engagieren.

Die Teilnehmenden bilden jedoch eine große Vielfalt der in Deutschland tätigen Einrichtungen ab, die zum Thema QE in der Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten.

Durch die Einzelinterviews wird deutlich, dass die Praxis der Qualitätsentwicklung in den einzelnen Einrichtungen stark von strukturellen Rahmenbedingungen und dem jeweiligen Auftrag im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung abhängt. Die Unterschiede erklären sich zum Teil durch die Eigenschaften der jeweiligen Einrichtungskategorie und zum Teil durch organisationseigene Besonderheiten.

Kernbegriffe der QE werden von allen Einrichtungen verwendet, wenn auch mit unterschiedlicher Betonung und im Rahmen verschiedener Verfahren und Systeme. Für alle Interviewten bedeutet QE eine vielschichtige Organisationsentwicklungsstrategie, die notwendigerweise den spezifischen Fragestellungen jedes einzelnen Arbeitsbereichs entsprechen muss. Die interviewten Einrichtungen stehen für große Bündnisse von Organisationen bzw. Fachkräften und sind dementsprechend komplex und hoch spezialisiert. Das verhindert überwiegend detaillierte Vergleiche der Mitgliedsorganisationen untereinander – insbesondere, wenn die zu vergleichenden Organisationen unterschiedlichen Einrichtungskategorien angehören.

Die Mitgliedsorganisationen der BVPG sind per Gesetz oder aufgrund fachlicher Initiativen entstanden, um Aufgaben zu übernehmen, die von anderen nicht oder nicht ausreichend übernommen werden, übernommen werden können oder, historisch betrachtet, nicht übernommen wurden. Zudem bieten Prävention und Gesundheitsförderung vielfältige Ansatzpunkte zur Intervention und verbinden zahlreiche unterschiedliche Interessen. So gesehen, besteht die BVPG aus zum Teil sehr heterogenen Mitgliedsorganisationen.

Vor diesem Hintergrund ist das Gelingen des Delphi-Verfahrens an sich ein wichtiges Ergebnis. Über die erheblichen institutionellen Grenzen hinweg konnten Schwerpunkte gesetzt und auch Hinweise für zukünftige gemeinsame Entwicklungsmöglichkeiten gewonnen werden.

Die erarbeiteten sieben Eckpunkte für einen gemeinsamen Handlungsrahmen geben ein klares Signal, dass das gesamte Feld der Prävention und Gesundheitsförderung auch in puncto QE von

einem gemeinsamen Auftreten und Handeln der BVPG-Mitgliedsorganisationen profitieren kann. Eine Vereinheitlichung der Aufgabenfelder oder Strategien aller Mitgliedsorganisationen ist in diesem Zusammenhang weder wünschenswert noch möglich. Ideen wie gemeinsame Indikatoren, Zertifizierungsverfahren und vergleichende Leistungsdarstellungen haben aus diesem Grund keine Mehrheit gefunden. Ziel muss es stattdessen sein, eine Kohärenz zu schaffen, die den Sinn der Vielfalt verdeutlicht und nach außen transportiert und dabei Qualitätsentwicklungsmöglichkeiten für die verschiedenen Arbeitsfelder aufzeigt.

Bemerkenswert an den Eckpunkten für den Handlungsrahmen ist, dass die Vorschläge über allgemein formulierte politische Statements hinausgehen. Bei einer so großen Vielfalt wäre zu erwarten gewesen, dass die Mitgliedsorganisationen das gemeinsame Handeln auf eine öffentlichkeitswirksame Form der Außendarstellung beschränken möchten. Das ist aber nicht der Fall. Die Interviewten interessieren sich ernsthaft für die Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung über ihre eigenen Zuständigkeitsbereiche hinaus und suchen durch die Zusammenarbeit im Rahmen der BVPG neue Möglichkeiten, um die großen, offenen Fragen anzugehen – vor allem die Fragen nach dem Nutzen von Prävention und Gesundheitsförderung und seiner Darstellung in der Öffentlichkeit. Alle Befragten befassen sich intensiv in diversen Zusammenhängen mit der Frage des Nutzens, am häufigsten unter den Themen „Evidenzbasierung“ und „Evaluation“. Unter dem Punkt „Gemeinsamer Bericht“ wird der Wunsch am deutlichsten, ein gemeinsames Vorgehen und einheitliche Handlungslinien in Bezug auf das Thema „Nutzen“ zu erarbeiten.

Die Eckpunkte für den Handlungsrahmen geben klare Hinweise auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten, zeigen aber gleichzeitig auch Bereiche auf, die weiterer Klärung bedürfen. So ist der Erfolg des Handlungsrahmens abhängig von dem Ausmaß der Identifikation jeder einzelnen Mitgliedsorganisation mit ihm sowie von der auch nach außen sichtbaren Einheit, die ein derartiger Rahmen erzeugt.

Damit ein Handlungsrahmen erfolgreich ist, wird empfohlen zu gewährleisten, dass jede Einrichtungskategorie im weiteren Verfahren vertreten ist. Es ist unwahrscheinlich, dass alle Mitgliedsorganisationen an allen Entwicklungsschritten teilnehmen können – umso wichtiger ist, dass eine Vielfalt unter den beteiligten Organisationen vertreten ist. Eine breit angelegte Beteiligungsstrategie wird auch eine größere Partizipation ermöglichen. So könnten Diskussionsprozesse in Arbeitsgruppen und auf den BVPG-Statuskonferenzen eingeleitet werden. Die Ergebnisse sollten dann an alle Mitgliedsorganisationen – mit der Bitte zur Kommentierung – kommuniziert werden.

Die Erfahrungen aus dieser und der vorangegangenen Studie zeigen, dass die meisten Mitgliedsorganisationen nur wenig Zeit für eine Zusammenarbeit zur Verfügung stellen können. Die zukünftige Arbeit an einem praxistauglichen Konzept zur gemeinsamen Weiterentwicklung der Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung sollte deshalb mit wenigen Sitzungsterminen auskommen. Diese sollten einen „Werkstatt-Charakter“ aufweisen.

## 6 Fazit

Diese Untersuchung zur Entwicklung eines gemeinsamen Handlungsrahmens zur Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung für die BVPG und deren Mitgliedsorganisationen hat seine Ziele erreicht. QE-Prozesse und -Konzepte ausgewählter Mitgliedsorganisationen der BVPG konnten abgebildet werden, um ein tieferes Verständnis der QE-Praxis zu gewinnen, das den Kontext der angewandten Instrumente und Verfahren berücksichtigt. Dabei konnten auch die Bedarfe der teilnehmenden Einrichtungen an Unterstützung für die Weiterentwicklung ihrer QE-Praxis ermittelt werden. Diese Bedarfe sind die Basis für die erarbeiteten Eckpunkte eines gemeinsamen Handlungsrahmens der BVPG zur QE in der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Eckpunkte benennen die Themen, die bei der Erarbeitung eines Handlungsrahmens in den Mittelpunkt gestellt werden sollen.

## Literatur

- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (2010) Dokumentation der Statuskonferenz 2010 „Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung“. Statusbericht, 1. Bonn: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001) Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 15. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung Konkret, Bd. 5. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Flick, U (2007) Qualitative Sozialforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Glaser, BG; Strauss, AL (2008) Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber Verlag.
- Goldapp, C; Cremer, M; Graf, C et al. (2011) Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 54:295–303.
- Häder, M (2002) Delphi-Befragungen. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Kliche, T (2011) Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 54:194–206.
- Kliche, T; Elsholz, A; Escher, C et al. (2009) Anforderungen an Qualitätssicherungsverfahren für Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung 4:251–258.
- Kolip, P; Müller, VE (2009) Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber Verlag.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- 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. Köln: Hanns Martin Schleyer-Stiftung 283–288.
- Unger, H (2012) Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? Forum Qualitative Sozialforschung. 13(1,) Art. 7.
- Wright, MT (2012) Partizipative Gesundheitsforschung als wissenschaftliche Grundlage für eine partizipative Praxis. In: Rosenbrock, R; Hartung, S. (Hrsg.) Partizipation und Gesundheit. Bern: Huber Verlag: 418-428.
- Wright, MT (2006) Auf dem Weg zu einem theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. Jahrbuch für Kritische Medizin 43:55–73.
- Wright, MT; Noweski, M (2010) Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung. Mitgliederbefragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. In der Reihe „Discussion Papers“. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

---

Wright, MT; Noweski, M; Robertz-Grossmann, B (2011) Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung. Befragung der Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung. DOI: 10.1007/s11553-011-0317-y.

## Anhang

### I. Interviewleitfaden

#### 1. Teil – Definitionen und heutige Praxis

- a) In welcher Form ist Ihre Organisation (Bundesgeschäftsstelle) im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention tätig?
- b) Was bedeutet für Sie Qualität in der Prävention und Gesundheitsförderung? (Arbeiten Sie mit dem Begriff „Qualität?“)
- c) Gibt es ein Konzept zur Sicherstellung/Weiterentwicklung der Qualität in der Prävention und Gesundheitsförderung?
- d) Gibt es spezifische Maßnahmen/Produkte/Instrumente/Verfahren, um die Qualität der Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken?
- e) Könnten Sie mir Materialien oder Unterlagen zum Konzept und/oder zu den Maßnahmen zeigen, die für Ihre Arbeit von zentraler Bedeutung sind? (bspw. Kernkonzept)
- f) „Qualitätsmanagement“, „Qualitätssicherung“ und „Qualitätsentwicklung“ sind drei Begriffe, die den Umgang mit dem Thema „Qualität“ beschreiben. Nutzen Sie diese Begriffe? Was verbinden Sie mit diesen Begriffen? Welche Begriffe nutzen Sie in Ihrer Arbeit?

#### 2. Teil – Bedarf

- a) Was funktioniert bei Ihnen gut im Bereich QM/QE/QS (konzeptuelle und praktische Ebene)?
- b) Welchen Nutzen ziehen Sie aus eigenem/eigener QM/QE/QS?
- c) Was brauchen Sie, um im/in der QM/QE/QS weiterzukommen?

#### 3. Teil – Rahmen

- a) Was glauben Sie, was die BVPG-Mitgliedsorganisationen in der Qualitätsentwicklung verbindet?
- b) Was können wir in der BVPG gemeinsam schaffen, um uns gegenseitig in der Qualitätsentwicklung zu unterstützen? (konkrete Form; Mitglieder, nicht Geschäftsstelle; Bezugnahme auf den bereits formulierten Bedarf)
- c) Ab dem 2. Interview: aktuelle Fassung des Handlungsrahmens wird vorgestellt und diskutiert, Erweiterungs- und Änderungsvorschläge werden notiert.

## II. Mitglieder der BVPG nach Einrichtungskategorie (Stand 28.02.2012)

### Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände (10)

<i>Nr.</i>	<i>Organisation</i>
1.	Bundesministerium der Verteidigung
2.	Bundesrepublik Deutschland vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit
3.	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)
4.	Deutsche Rentenversicherung Bund
5.	Deutscher Landkreistag
6.	Deutscher Städtetag
7.	Freie und Hansestadt Hamburg vertreten durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
8.	Hessen vertreten durch das Hessische Sozialministerium
9.	Nordrhein-Westfalen vertreten durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
10.	Saarland vertreten durch das Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz

### Krankenkassen und ihre Verbände (7)

#### (mittelbare Staatsverwaltung mit Rechtsaufsicht und ihre Verbände)

<i>Nr.</i>	<i>Organisation</i>
11.	AOK-Bundesverband
12.	BARMER GEK
13.	KKH Allianz
14.	Knappschaft
15.	Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV SpV)
16.	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
17.	Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)

### Kammern (10)

#### (mittelbare Staatsverwaltung mit Rechtsaufsicht und ihre Verbände)

<i>Nr.</i>	<i>Organisation</i>
18.	Ärztammer Nordrhein
19.	Ärztammer Schleswig-Holstein
20.	Ärztammer Westfalen-Lippe

21.	Bayerische Landesärztekammer
22.	Bundesärztekammer
23.	BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK)
24.	Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V.
25.	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
26.	Landesärztekammer Baden-Württemberg, Bezirksärztekammer Südwürttemberg
27.	Landesärztekammer Hessen

### Wohlfahrtsverbände (5)

<i>Nr.</i>	<i>Organisation</i>
28.	AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.
29.	Deutscher Caritasverband e. V.
30.	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V.
31.	Deutsches Rotes Kreuz (DRK)
32.	Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.

### Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (13)

<i>Nr.</i>	<i>Organisation</i>
33.	Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung
34.	HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung
35.	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
36.	LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e. V. (LAGS)
37.	Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.
38.	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V.
39.	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
40.	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. in Schleswig-Holstein
41.	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG)
42.	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e. V. (AGETHUR)
43.	Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V.
44.	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V.

45.	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG)
-----	--

**Freie Berufsverbände (23)**

<i>Nr.</i>	<i>Organisation</i>
46.	Alexander-Technik-Verband Deutschland (ATVD)
47.	Arbeitsgemeinschaft Christlicher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen in Deutschland e. V. (ADS)
48.	Berufsverband Deutscher Präventologen e. V.
49.	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.
50.	Berufsverband staatlich geprüfter Gymnastiklehrerinnen und -lehrer – Deutscher Gymnastikbund DGYMB e. V.
51.	Berufsverband Unabhängiger Gesundheitswissenschaftlicher YogalehrerInnen (BUGY)
52.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV) e. V.
53.	Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)
54.	Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.
55.	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.
56.	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)
57.	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. – Bundesverband (DBfK)
58.	Deutscher Hebammenverband e. V.
59.	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)
60.	Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e. V.
61.	Freie Gesundheitsberufe e. V.
62.	Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V.
63.	Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V.
64.	Verband der Diätassistenten – VDD – Deutscher Bundesverband e. V.
65.	Verband der Oecotrophologen e. V. (VDOE)
66.	Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.
67.	Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e. V.
68.	Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin e. V.

**Fachverbände und Stiftungen (42)**

<i>Nr.</i>	<i>Organisation</i>
69.	Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempädagogik und Atemtherapie e. V
70.	Aktion Gesunder Rücken e. V. (AGR)
71.	Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V. (ÄGGF)
72.	Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e. V.
73.	BAG SELBSTHILFE – Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.
74.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi) e. V.
75.	Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e. V.
76.	Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
77.	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V.
78.	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM)
79.	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V. (DGPR)
80.	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
81.	Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (Deutscher Sportärztebund) e. V. (DGSP)
82.	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)
83.	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)
84.	Deutsche Herzstiftung e. V.
85.	Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
86.	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.
87.	Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V.
88.	Deutscher Dachverband für Quigong und Taijiquan e. V. (DDQT)
89.	Deutscher LandFrauenverband e. V. (dlv)
90.	Deutscher Naturheilbund e. V.
91.	Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)
92.	Deutscher Pflegerat e. V.
93.	Deutscher Turner-Bund e. V. (DTB)
94.	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)
95.	Deutscher Verein für Gesundheitspflege e. V. (DVG)
96.	Deutscher Verkehrssicherheitsrat e. V. (DVR)

97.	Deutscher Wanderverband e. V.
98.	Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e. V. (DNGfK)
99.	Fachverband Sucht e. V.
100.	Förderverein für Yoga und Ayurveda e. V.
101.	Forum Gesunder Rücken – besser leben e. V.
102.	Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – Familienbildung und Frauengesundheit – Bundesverband e. V. (GfG)
103.	Gesundes Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
104.	Gütegemeinschaft Ernährungskompetenz e. V.
105.	Kneipp-Bund e. V. Bundesverband für Gesundheitsförderung und Prävention
106.	Kuratorium Knochengesundheit e. V.
107.	Malteser Werke gGmbH
108.	Medusana Stiftung gGmbH
109.	pro familia – Bundesverband
110.	Verein für Zahnhygiene e. V.

#### Wissenschaftliche Einrichtungen, private und öffentliche (8)

<i>Nr.</i>	<i>Organisation</i>
111.	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
112.	Bundesverband der Berufsfachschulen für Gymnastik und Sport (BBGS)
113.	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ)
114.	Deutscher Volkshochschul-Verband e. V. (DVV)
115.	GESOMED – Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin mbH
116.	GesundheitsAkademie e. V.
117.	Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V. (SAMA)
118.	Zentrum für Gesundheit der Deutschen Sporthochschule Köln

#### Interessenverbände (7)

<i>Nr.</i>	<i>Organisation</i>
119.	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
120.	Deutscher Heilbäderverband e. V.
121.	Deutscher Saunabund e. V.

122.	Industriegewerkschaft Metall (IG Metall)
123.	Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.
124.	Sozialverband VdK Deutschland e. V.
125.	Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv)

**Unternehmen (1)**

<i>Nr.</i>	<i>Organisation</i>
126.	Wort & Bild Verlag

**III. Mitglieder der BVPG nach Einrichtungskategorie – Zusammenfassung (Stand 28.02.2012)**

<b>Einrichtungskategorie</b>	<b>Beispiele</b>	<b>Anzahl</b>
Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände	Bundesministerium für Gesundheit, Deutscher Städtetag, Freie und Hansestadt Hamburg	10
Krankenkassen und ihre Verbände	AOK-Bundesverband, Verband der privaten Krankenversicherung e. V.	7
Kammern	Bundesärztekammer	10
Wohlfahrtsverbände	Deutsches Rotes Kreuz DRK	5
Landesvereinigungen für Gesundheit	Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V.	13
Freie Berufsverbände	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP)	23
Fachverbände und Stiftungen	Deutsche Herzstiftung e. V.	42
Wissenschaftliche Einrichtungen	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DAKJ)	8
Interessenverbände	Deutscher Heilbäderverband e. V.	7
Unternehmen	Wort & Bild Verlag	1
<b>Gesamt</b>		<b>126</b>