

Wright, Michael T.; Noweski, Michael

Working Paper

Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung: Mitgliederbefragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung

WZB Discussion Paper, No. SP I 2010-304

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Wright, Michael T.; Noweski, Michael (2010) : Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung: Mitgliederbefragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, WZB Discussion Paper, No. SP I 2010-304, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/56931>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Michael T. Wright/Michael Noweski

**Qualitätsentwicklung in Primärprävention
und Gesundheitsförderung**
Mitgliederbefragung der Bundesvereinigung
Prävention und Gesundheitsförderung

Discussion Paper SP I 2010-304

Dezember 2010

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Forschungsschwerpunkt:
Bildung, Arbeit und Lebenschancen

Forschungsgruppe
Public Health

<http://www.wzb.eu/bal/ph/>

E-Mail:
wright@wzb.eu
michaelnoweski@gmx.de

**Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialfor-
schung gGmbH (WZB)**

Social Science Research Center Berlin (WZB)

Schwerpunkt:
Bildung, Arbeit und Lebenschancen

Research Area:
Education, Work, and Life Chances

Forschungsgruppe:
Public Health

Research Group:
Public Health Policy

Reichpietschufer 50, D-10785 Berlin
Telefon: +49 30 25491-0, Fax: +49 30 25491-684
<http://www.wzb.eu>

Zusammenfassung

Im Rahmen einer empirischen Studie wurden die 130 Mitgliedsorganisationen¹ der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) zu ihren Maßnahmen der Qualitätsentwicklung (QE) befragt. Erhebungsinstrument war ein eigens entwickelter Online-Fragebogen. Die Rücklaufquote beträgt 35 Prozent. Quantität und Qualität der Antworten lassen keine Folgerungen zum Stand der QE in der Praxis der Primärprävention zu. Auf der Basis der Daten ist es jedoch gelungen, Kategorien zu entwickeln, mit deren Hilfe die Vielfalt der QE-Praxis systematisch deskribiert werden kann. Zur Realisierung einer Bestandsaufnahme der QE in der Primärprävention sowie zur Verstetigung von Lern- und Institutionalisierungsprozessen in diesem Bereich empfehlen die Autoren ein zweistufiges Verfahren: eine qualitative, teilpartizipative Untersuchung unter Beteiligung ausgewählter Akteure sowie eine dauerhafte, öffentlich zugängliche Online-Datenbank.

Abstract

In an empirical study the 130 members of the Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG; Federal Association of Prevention and Health Promotion) were surveyed on their quality development measures.² The survey instrument was a specially developed online questionnaire. The response rate was 35 percent. The quantity and quality of responses precludes drawing any conclusions about the state of quality development in the practice of primary prevention. But on the basis of the data it was possible to develop categories that can be used to systematically describe the diversity of quality development practice. For assessing quality development in primary prevention and consolidating learning and institutionalisation processes in this field the authors recommend a two-stage approach: a qualitative, partially participatory investigation involving selected actors followed by the establishment of a permanent public online database.

¹ Stand: 29.10.2009

² Number of members as of 29 October 2009.

Inhalt

1. Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung.....	1
2. Zielstellung der Studie.....	2
3. Methode	3
4. Fokusgruppe.....	4
5. Struktur des Fragebogens.....	5
6. Verlauf der Befragung	6
7. Ergebnisse	8
8. Diskussion	15
8.1 Zugangsweg Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG).....	15
8.2 Fragebogen.....	17
8.3 Technik.....	18
9. Empfehlungen an die BVPG zum weiteren Vorgehen.....	19
10. Literatur.....	23
11. Anlage 1: Fragebogen	25
12. Anlage 2: Mitglieder der BVPG (Stand 29.10.2009).....	35
13. Anlage 3: Interviewleitfaden für Nachbereitung.....	40
14. Anlage 4: QE-Instrumente, kategorisiert.....	41

1. Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung

Die Bedeutung der Prävention³ und Gesundheitsförderung nimmt international zu, vor allem in Bezug auf Angebote für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. In Deutschland sind Prävention und Gesundheitsförderung neben der Kuration (SGB V), der Rehabilitation (SGB IX) und der Pflege (SGB XI) politisch weitgehend anerkannt (z.B. Schröder 2006). Dennoch ist der strukturelle und finanzielle Rahmen für präventive und gesundheitsfördernde Leistungen zu einem großen Teil ungeklärt. Im Gegensatz zu den etablierten und sozialrechtlich spezifisch regulierten Systemen ist die Interventionspraxis der Prävention und Gesundheitsförderung kaum von anerkannten Qualitätsstandards geleitet (SVR 2009, Ziffer 256), obgleich die Politik auch hier Qualität einfordert (Schröder 2006, 287). International sind noch keine allgemein akzeptierten, wissenschaftlich fundierten Standards für die Evaluation und Qualitätssicherung der Prävention und Gesundheitsförderung vorhanden (Klever-Deichert et al. 2007). Voraussetzung dazu wäre zunächst ein Konsens der Experten und Expertinnen aus Wissenschaft und Praxis, was qualitativ hoch stehende Angebote ausmacht. Von einem solchen Konsens ist die Fachwelt jedoch noch weit entfernt.

Ausgehend von der Diskussion über „evidenzbasierte Medizin“ (EbM) und unter Berücksichtigung der Forschung zu sozialen Determinanten von Gesundheit wird von Gesundheitswissenschaftler/innen debattiert, welche Wirkungsnachweise („Evidenz“) für (soziale) Interventionen auf welcher Ebene erbracht werden können und in welchem Verhältnis diese Nachweise zu anderen Indikatoren der Qualität von Intervention stehen. Bezug nehmend auf diese Debatte stellt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2007 fest (SVR 2007, Ziffer 796):

„Ähnlich schwierig und widerspruchsvoll wie die Identifikation der Zielgruppen gestaltet sich beim gegebenen Stand des Wissens auch die Auswahl geeigneter Interventionen unter den Gesichtspunkten der Wirksamkeit. Der Rat hat schon verschiedentlich auf die Notwendigkeit und die Probleme einer angemessenen Qualitätssicherung und Wirkungsbestimmung präventiver Interventionen hingewiesen (Gutachten 2000/2001, Gutachten 2005). Dabei entsteht regelmäßig das Problem, dass die Schwierigkeit der Wirkungsmessung mit steigender Komplexität der Interventionen zunimmt, solche komplexen Interventionen (z. B. Setting-Projekte) aber gerade im Hinblick auf sozial vulnerable Gruppen häufig auch den aussichtsreichsten Ansatz darstellen. Die Wirksamkeit kann dann häufig nicht direkt gemessen werden.“

Aus diesem Grund fordert der Sachverständigenrat die Entwicklung „gegenstandsangemessener Qualitätssicherung und Dokumentation“ (ebd., Ziffer 36). In diesem Sinne haben zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens in den letzten Jahren Konzepte und Instrumente der Qualitätsentwicklung bzw. Qualitätssicherung für ihre jeweiligen Arbeitsbereiche entwickelt und in der Praxis erprobt. Hier lassen sich im aktuellen deutschen Diskurs drei relativ unvermittelte Stränge unterscheiden (vgl. Wright 2006; Kolip/Müller 2009):

- Eine Gruppe von Autor/innen, vor allem Gesundheitsökonom/innen und Mediziner/innen (z. B. Lungen et al. 2009), vertritt die Meinung, dass die gleichen Kriterien sowohl für klinisch-medizinische als auch für präventive und gesundheitsfördernde Interventionen gelten sollen, nämlich die Kriterien der experimentellen Interventionsforschung. Daher ist der Maßstab der Wirksamkeit („Gold Standard“) eine unmittelbare, quantitativ messbare, biologische Veränderung des Gesundheitszustands unter wissenschaftlich kontrollierten Bedingungen (randomized controlled trial – RCT). Demgemäß sollen Interventionen erst als wirksam anerkannt

³ Gemeint ist ausschließlich Primärprävention, d.h. die Verhinderung neuer Krankheiten.

und verbreitet werden, wenn sie sich unter solchen Bedingungen bewährt haben (Evidenzbasierung).

- Eine andere Argumentation, vor allem von Gesundheitswissenschaftler/inne/n und Präventionsträgern angeführt, definiert Interventionsziele über einen stark erweiterten Gesundheitsbegriff und leitet hieraus Merkmale guter Praxis ab, die auch auf sozialpolitischen und ethischen Normen basieren und den Projekten „Do's and Dont's“ vorgeben (BZgA 2007; vgl. SVR-Gesundheit 2009, Ziffern 251-266). Maßstab sind positiv bewertete Praxiserfahrungen, die sich auf gesundheitswissenschaftliche Argumente der Plausibilität der mittel- und längerfristigen Wirkung auf die (sozialen Determinanten von) Gesundheit der Zielgruppen stützen. Das Ziel ist eine Formalisierung und Verbreitung der Normen erfolgreicher Projekte und bewährter Interventionen (Good Practice).
- Einige mit Management-Konzepten befasste Gesundheitswissenschaftler/innen und Führungskräfte orientieren sich weniger an der Ermittlung und Nachahmung bewährter Verfahren oder der Einhaltung von Qualitätskriterien. Sie diskutieren, wie die strukturellen Voraussetzungen von Qualität zu gewährleisten sind – z.B. durch Organisationsentwicklung und institutionalisierte Lernprozesse (z. B. Ruckstuhl 2009). Dieser Ansatz betont die prozesshafte Entstehung von Qualität in der Arbeit und befasst sich mit Methoden zur Strukturierung von projektinternen Arbeitsverläufen. Demnach verbessert sich die Qualität von Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung dadurch, dass bewährte Methoden des Qualitätsmanagements systematisch angewendet werden (Qualitätsentwicklung).

Gegenwärtig vollziehen sich Orientierungs- und Suchprozesse auf mehreren Ebenen – derjenigen des Gesetzgebers (Koyuncu/Kirch 2009), der Politikberatung (SVR-Gesundheit 2007, Ziffer 796), der Forschung und der Praxis (Kolip/Müller 2009). Ausgehend von der Annahme, dass sachlogische Lösungen gesellschaftlicher Problemlagen ihren Anfang in der Problemanalyse der Praxis nehmen und durch „Policy Feedbacks“ auf höhere Verwaltungsebenen zu vermitteln sind (Noweski 2009a), bedarf es der kontinuierlichen Analyse der Anpassungsversuche der Praktiker/innen (SVR-Gesundheit 2009, Ziffern 258-260). Die vorliegende Studie soll hierzu einen Beitrag leisten.

2. Zielstellung der Studie

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg) beauftragte die Autoren der vorliegenden Schrift, eine Mitgliederbefragung zu Maßnahmen der Qualitätsentwicklung⁴ durchzuführen. Auf der Basis dieser ersten Bestandsaufnahme der Qualitätsentwicklung (QE) bei den Trägern der Prävention und Gesundheitsförderung soll der Erfahrungsaustausch zwischen den Praktiker/inne/n und mittel- bis langfristig der Wissenstransfer zwischen den Gesundheitswissenschaften und dem Praxisfeld angeregt werden.

Die Initiative zu der Erhebung ging von der „Arbeitsgruppe 4 „Qualität entwickeln und sichern – Plattform für Wissens- und Praxistransfer“ der BVPg aus. Diese AG erhielt im Jahr 2008 vom Vorstand den Auftrag, einen Zeit-/Maßnahmenplan zur Bearbeitung folgender Fragen vorzulegen:

- Wie kann Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung (weiter)entwickelt und gesichert werden?

⁴ Qualitätsentwicklung wird hier als Oberbegriff für alle Maßnahmen verstanden, die zu einer wirksamen Prävention und Gesundheitsförderung beitragen sollen.

- Welche Erfahrungen haben die Mitglieder mit Qualitätsentwicklung in der Praxis gemacht?
- Welche Empfehlungen lassen sich aus diesen Ergebnissen ableiten und im Sinne des Know-how-Transfers wieder für alle Mitglieder verfügbar machen?

Die Mitglieder dieser AG hielten es für sinnvoll und machbar, Transparenz über Qualitätsentwicklung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung herzustellen, die Wissensbasis der Akteure/innen zu Instrumenten der Qualitätssicherung zu verbreitern und den Know-how-Transfer zu verbessern und empfehlen zur Umsetzung als ersten Schritt, eine Mitgliederbefragung durchzuführen.

Gemäß dem wissenschaftlichen Erkenntnisinteresse der Arbeitsgruppe und dem vom Vorstand und der Mitgliederversammlung akzeptierten Vorgehen wurden im Rahmen der Studie folgende Leitfragen gestellt:

- Welche Qualitätsentwicklungsverfahren (Standards und Instrumente) werden zurzeit von den führenden Akteuren 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 Qualitätsentwicklung und Evidenzbasierung lassen sich die Verfahren klassifizieren?
- Inwieweit werden gesundheitswissenschaftliche Kriterien der Nachvollziehbarkeit und der Wirksamkeit von den Verfahren erfüllt?

Auf der (präventions-)politischen Ebene sollen die Ergebnisse

- dokumentieren, ob die Präventionsträger ein spezifisches QE-Instrumentarium ausbilden,
- aufzeigen, dass Erfahrungen zur QE zwischen Trägern ausgetauscht werden können, wobei die Verbandsebene als Forum fungieren kann,
- Wege aufzeigen, diesen Institutionalierungsprozess zu fördern.

3. Methode

Die Bestandsaufnahme der Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland erfolgte durch eine quantitative Totalerhebung bei den 130 Mitgliedsorganisationen⁵ der BVPG. Das Erhebungsinstrument bestand aus einem servergestützten Fragebogen auf der Basis des Programms „LimeSurvey“, der online ausgefüllt werden konnte. Diese elektronische Form wurde gewählt, um den Ablauf für die Befragten zu erleichtern. Es war möglich, das Ausfüllen des Fragebogens jederzeit zu unterbrechen und später fortzufahren. Die Daten konnten am Ende der Erhebung in einen SPSS-Datensatz⁶ exportiert werden.

Das Erhebungsinstrument wurde in vier Schritten erstellt:

1. Entwicklung eines ersten Entwurfes des Fragebogens durch die Autoren in Abstimmung mit der Geschäftsstelle der BVPG und erste Klärung der Gestaltungsmöglichkeiten im Programm „LimeSurvey“,
2. Diskussion dieses Entwurfes mit der Fokusgruppe (siehe Abschnitt 4),

⁵ Stand: 29.10.2009.

⁶ SPSS ist eine Software zur statistischen Auswertung.

3. Erstellung der Endfassung und letzte Abstimmung mit der BVPG und
4. Übertragung des Fragebogens in ein servergestütztes Formular (siehe Anlage 1).

Die Mitgliedsorganisationen wurden per E-Mail eingeladen, an der Befragung teilzunehmen. In der E-Mail war ein Link zum Online-Formular enthalten und eine pdf-Datei des Fragebogens angehängt. Adressaten waren die Kontaktpersonen der BVPG in den Mitgliedsorganisationen, die auch sonstige Mitteilungen der BVPG erhalten.

4. Fokusgruppe

Zur inhaltlichen Validierung des Instruments sowie zur Überprüfung der Handhabbarkeit des Fragebogens wurde im Vorfeld der Datenerhebung eine Fokusgruppe mit ausgewählten Vertreter/innen der Mitgliedsorganisationen durchgeführt. Die Auswahl der Teilnehmer/innen sollte die Vielfalt der Organisationen berücksichtigen. Deshalb wurden die Mitglieder zunächst in zehn Kategorien eingeteilt (Abbildung 1; siehe auch Anlage 2).

Aus den ersten sieben Kategorien wurden neun Teilnehmer/innen eingeladen. Die Erfahrung der Geschäftsstelle der BVPG und die Erkenntnisse des WZB zeigen, dass es vor allem Akteure in diesen Kategorien sind, die sich mit Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung und deren Qualitätsentwicklung befassen. Angesichts der zahlenmäßig unterschiedlichen Besetzung der Kategorien, wurden jeweils ein Vertreter bzw. eine Vertreterin der Gebietskörperschaften, der Krankenkassen, der Kammern, der Wohlfahrtsverbände, der Landesvereinigungen für Gesundheit und jeweils zwei der freien Berufsverbände und philanthropischen Verbände eingeladen.

Das Treffen der Fokusgruppe, unter Beteiligung der beiden Autoren und der Geschäftsstelle der BVPG, fand am 29.09.2009 im WZB statt und dauerte drei Stunden. Von den geladenen neun Vertreter/innen waren vier anwesend. Den Teilnehmer/innen war zur Vorbereitung des Treffens eine pdf-Datei des Fragebogens zugesandt worden mit der Bitte, diese vorläufige Version als Pre-Test auszufüllen. Nur ein Fragebogen war ausgefüllt worden.

Die Beratung wurde von der wissenschaftlichen Projektleitung moderiert. Nachdem die Fokusgruppen-Methode (Krueger 1994) vorgestellt wurde, forderte die Moderation die Teilnehmer/innen auf, Rückmeldungen zum Instrument zu geben. Der von der Moderation vorgegebene Maßstab war, dass das Instrument aus Sicht der Teilnehmer/innen „machbar und fachlich sinnvoll“ sein sollte. Das darauf folgende Gespräch wurde von den Interessen der Teilnehmer/innen geleitet. Seitens der Wissenschaftler kamen Verständnisfragen, um die geäußerten Anliegen und deren Folgen für die Überarbeitung des Fragebogens zu klären. Das Gespräch wurde digital aufgezeichnet und ein Protokoll erstellt.

Abbildung 1: Mitglieder der BVPG nach Einrichtungskategorie

Einrichtungskategorie	Beispiele	Anzahl
Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände	Bundesministerium für Gesundheit, Deutscher Städtetag, Hansestadt Hamburg	10
Krankenkassen und ihre Verbände	AOK-Bundesverband, Verband der privaten Krankenversicherung	9
Kammern	Bundesärztekammer	10

Wohlfahrtsverbände	Deutsches Rotes Kreuz	5
Landesvereinigungen für Gesundheit	Landeszentrale für Gesundheit in Bayern	13
Freie Berufsverbände	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen	21
Fachverbände und Stiftungen	Deutsche Herzstiftung	45
Wissenschaftliche Einrichtungen	Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin	8
Interessensverbände	Deutscher Heilbäderverband	8
Unternehmen	Wort & Bild Verlag	1
Gesamt		130

Unter den Teilnehmer/inne/n der Fokusgruppe bestand Konsens, dass die Erhebung nützlich sei und Unterstützung verdiene. Dem Konzept wurde zugestimmt. Alternativen wurden nicht eingebracht. Die zahlreichen sehr konkreten Hinweise bezogen sich auf Fragen der Umsetzung. Relativ übereinstimmend merkten die Vertreter/innen der Organisationen an, dass

- der Fragebogen wesentlich kürzer und übersichtlicher gestaltet werden sollte,
- trotz der großen Zahl von Antwortkategorien die Vielfalt der vorfindbaren Präventions- und QE-Aktivitäten nicht abzubilden ist,
- die Frage nach Instrumenten der QE die Befragten vor Probleme stellt, weil der Begriff „Instrument“ diesen Akteuren nicht geläufig sei.

Im Anschluss an die Sitzung wurde der Fragebogen durch die Autoren gründlich überarbeitet. Insbesondere wurden Kürzungen vorgenommen, Begrifflichkeiten vereinfacht bzw. erklärt und vorgegebene Antwortkategorien durch Freitextfelder ersetzt.

Die Teilnehmer/innen der Fokusgruppe hatten weiterhin übereinstimmend kritisiert, dass der Fragebogen keinen Hinweis für die Befragten aufwies, wie viel Zeit für das Ausfüllen zu veranschlagen sei. Die Autoren verzichteten trotz dieser Kritik darauf, eine geschätzte Dauer anzugeben. Der Fragebogen sieht vor, dass der Teilnehmer oder die Teilnehmerin bis zu neun Instrumente der QE beschreibt. Daher ist der Zeitaufwand wesentlich von der Verfügbarkeit und dem Umfang der Daten abhängig. In vielen Fällen erfordert die Beantwortung der Fragen Recherchen in der eigenen Organisation, die zusätzlich Zeit in Anspruch nehmen.

5. Struktur des Fragebogens

Der Fragebogen weist vier Hauptteile auf (Abbildung 2; Fragebogen s. Anlage 1). Teil A fragt die Kontaktdaten des/der Ausfüllenden ab. In Teil B soll die Organisation charakterisiert werden, insbesondere die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung für die Organisation. Wie sich zeigte, sind durchaus nicht alle Mitglieder der BVPG als Träger in dieses Geschehen direkt eingebunden. Teil C ist als Hauptteil konzipiert. Hier können nacheinander bis zu neun QE-Instrumente detailliert beschrieben werden. Die Fragen zu einem Instrument werden erst aufgeblendet, wenn der/die Befragte ein vorangegangenes Instrument beschrieben hat und zustimmt, über ein weiteres zu berichten. Dadurch werden nur so viele Fragen-

komplexe angezeigt, wie benötigt werden. Teil D weist ein Freitextfeld auf, in welchem der Teilnehmer oder die Teilnehmerin Kommentare oder Hinweise an die Autoren richten kann.

Abbildung 2: Hauptteile des Fragebogens

	Erkenntnisinteresse	Anzahl der Fragen
A	Kontaktdaten der Organisation	6
B	Bedeutung der Primärprävention für die Organisation	2
C	Merkmale eines spezifischen Instrumentes der Qualitätsentwicklung	19
D	Rückmeldung der Organisation	1
Gesamt		28

Bei der Gestaltung des Fragebogens wurde unter anderem Wert darauf gelegt, den Teilnehmer oder die Teilnehmerin explizit aufzufordern,

- auch Instrumente zu beschreiben, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr eingesetzt wurden,
- auch Instrumente zu dokumentieren, die als gescheitert angesehen werden,
- das jeweilige Instrument zu bewerten und neben den Vorteilen auch die Nachteile anzugeben.

Die Einbeziehung negativer Erfahrungen erscheint für die gewünschten Lernprozesse im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung. Zu häufig wird QE mit der Anforderung gleichgesetzt, immer qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen. Aus Sicht der Wissenschaft ist sie jedoch ein Lernprozess, der schneller vorankommt, wenn Raum zur Diskussion von Fehlschlägen geschaffen und genutzt wird. Den Teilnehmer/inne/n wurde zugesichert, dass die Ergebnisse nur anonymisiert veröffentlicht werden.

6. Verlauf der Befragung

Der Fragebogen war vom 29.10.2009 bis zum 17.01.2010 zur Bearbeitung freigeschaltet. Die E-Mails mit der Einladung zur Teilnahme und dem Link zum Fragebogen wurden am 29. und 30.10.2009 an die 130 Ansprechpartner/innen versandt. Vom 09. bis 14.12.2009 wurde eine weitere E-Mail zur Erinnerung an jene 98 Adressaten gesandt, die noch keine Reaktion gezeigt hatten („Nachfassen“). Sie bewirkte vor allem einige Antwort-Mails, in denen Organisationen mitteilten, dass sie von einer Beantwortung Abstand nehmen. Quantität und Qualität des Rücklaufes blieben hinter den Erwartungen zurück⁷.

Am 17.01.2010 hatten 42 Organisationen den Fragebogen ausgefüllt. Drei weitere hatten ihre Angaben per E-Mail oder am Telefon eingereicht (Abbildungen 3 und 4). Dies entspricht einer Rücklaufquote von 35 Prozent. Zählt man die Absagen hinzu, erhöht sich die Quote auf 48 Prozent.

⁷ Frühere Befragungen der Autoren in diesem Feld hatten Rücklaufquoten von 89% (Wright/Block 2005) und 52% (Noweski 2009b) erreicht.

Abbildung 3: Rücklauf nach Antwortform

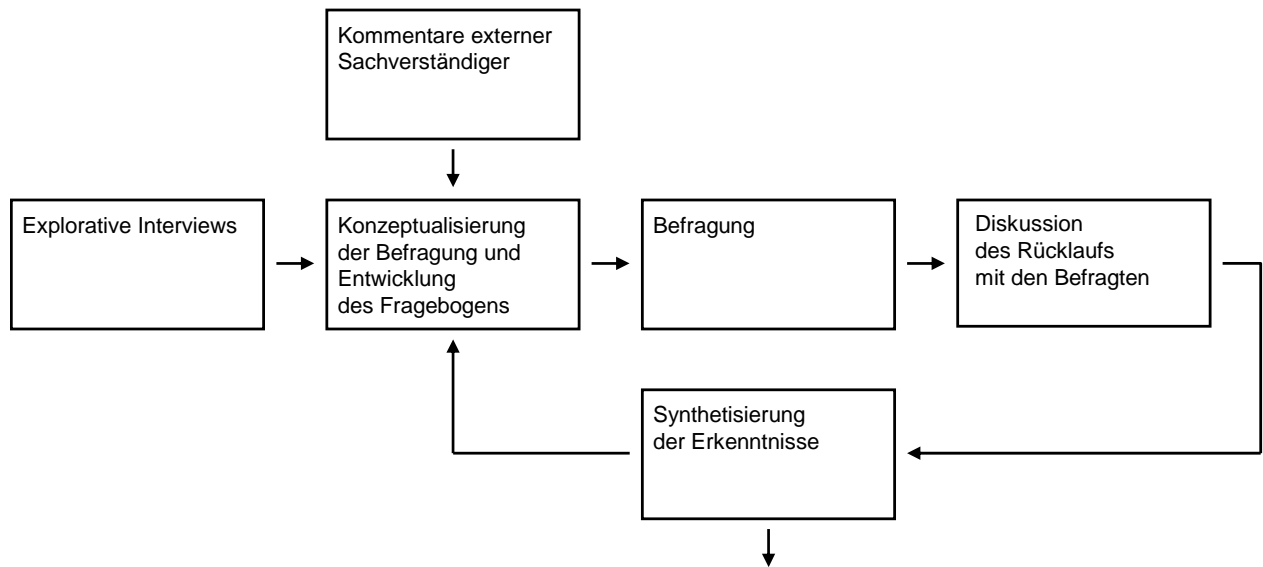
Ausgefüllter Fragebogen	42
Angaben per E-Mail oder Telefon	3
Absage per E-Mail oder Telefon	18
Keine Reaktion	67
Gesamt	130

Abbildung 4: Rücklauf nach Einrichtungskategorie und Antwortform

Einrichtungskategorie	Ausgefüllter Fragebogen	Angaben per E-Mail oder Telefon	Absage per E-Mail oder Telefon	Keine Reaktion
Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände	2	0	2	6
Krankenkassen und ihre Verbände	2	0	4	3
Kammern	2	0	4	4
Wohlfahrtsverbände	2	0	1	2
Landesvereinigungen für Gesundheit	6	0	2	5
Freie Berufsverbände	7	1	1	12
Fachverbände und Stiftungen	17	0	4	24
Wissenschaftliche Einrichtungen	3	1	0	4
Interessensverbände	1	1	0	6
Unternehmen	0	0	0	1
Gesamt	42	3	18	67

Weitere Maßnahmen, den Rücklauf zu stimulieren, wurden nicht ergriffen, da an den Rückmeldungen in den Fragebögen und im direkten Kontakt per E-Mail und Telefon deutlich wurde, dass das Erhebungsinstrument auf ungünstige Voraussetzungen im Feld getroffen war. Die Autoren entschlossen sich, acht angeschriebene Organisationen zu telefonischen leitfadengestützten Interviews einzuladen, um die Ursachen des mangelnden Rücklaufs zu erschließen (Leitfaden siehe Anlage 3). In sechs protokollierten Gesprächen konnten die Ursachen des schlechten Rücklaufes zum Teil geklärt werden. In Summe haben die Autoren ein umfangreiches und vielfach sehr konkretes Feedback aus dem Feld bekommen (vgl. „Feedback Loop“ Abbildung 5).

Abbildung 5: **Feedback Loop bei sozialwissenschaftlichen Befragungen**



Quelle: Jagtenberg 1983, 119.

7. Ergebnisse

Die eingegangenen Fragebögen sind im Sinne der Fragestellung unterschiedlich aufschlussreich. Der Informationsgehalt variiert zwischen vier Kategorien:

- „vollständig“: Die befragte Organisation benennt mehrere konkrete Qualitätsentwicklungsinstrumente und macht hierzu spezifische Angaben.
- „informativ“: Die befragte Organisation benennt ein konkretes Qualitätsentwicklungsinstrument und macht hierzu spezifische Angaben.
- „diffus“: Die befragte Organisation schildert unspezifisch eigene Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung.
- „keine Angaben“: Die befragte Organisation antwortet, macht jedoch keine Angaben zu eigenen Aktivitäten oder gibt an, keine entsprechenden Anstrengungen zu verfolgen.

Die Zuordnung zu diesen Kategorien erforderte eine eingehende Einzelfallprüfung jedes Fragebogens und hierin jeder einzelnen Antwort. Dabei zeigte sich, dass die Befragten nur selten nach einzelnen Instrumenten differenziert antworteten. Vielmehr versuchten sie ihre gesamten Bemühungen zur Qualitätsentwicklung durch möglichst wenige Antworten zu beschreiben. Die Antworten wurden vielfach allesamt in den ersten Fragenkomplex (C1-1 bis C1-20) eingetragen, der nur für *ein* Instrument vorgesehen war. Evident ist dies, wenn in Frage C1-1 („Welche Bezeichnung trägt das Instrument?“) vermischte Sammelangaben eingetragen werden wie z.B. „Checklisten, kollegiale Beratung, Supervision, Fachtagungen, Fragebögen für Weiterbildungsteilnehmerinnen“. Die nachfolgenden charakterisierenden Antworten können dann nicht mehr den einzelnen Maßnahmen zugeordnet werden.

Die Einzelfallprüfung zeigt, dass die Güte der eingegangenen Daten sehr unterschiedlich ausfiel (Abbildung 5) und nur wenige Befragte mehrere Instrumente getrennt beschrieben (Abbildung 6).

Abbildung 6: Güte der eingegangenen Fragebögen und Angaben per E-Mail und Telefon (n = 45)

Einrichtungskategorie	vollständig	informativ	diffus	keine Angabe oder keine QE
Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände	1	0	1	0
Krankenkassen und ihre Verbände	0	0	2	0
Kammern	0	1	1	0
Wohlfahrtsverbände	0	1	0	1
Landesvereinigungen für Gesundheit	2	2	2	0
Freie Berufsverbände	3	3	0	2
Fachverbände und Stiftungen	0	9	6	2
Wissenschaftliche Einrichtungen	1	1	1	1
Interessensverbände	0	1	0	1
Unternehmen	0	0	0	0
Gesamt	7	18	13	7

Weder Quantität noch Qualität des Rücklaufes erlauben eine weiterführende statistische Auswertung. Die Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien ermöglichen keine Häufigkeitsauszählungen. Die Fragen mit Freitext gestatten keine Bildung von Kategorien, die für die eigene Auswertung oder später anschließende Untersuchungen verwendet werden könnten. Aus den eingegangenen Fragebögen lassen sich 45 Instrumente identifizieren (Abbildung 7). Am häufigsten wurden Fragebögen und Richtlinien gemeldet.

Abbildung 7: Ausführlichkeit der ausgefüllten Fragebögen

Fragebögen nach Anzahl der beschriebenen Instrumente	Eingang
9 beschriebene Instrumente	0
8 beschriebene Instrumente	0
7 beschriebene Instrumente	0
6 beschriebene Instrumente	1
5 beschriebene Instrumente	0
4 beschriebene Instrumente	1
3 beschriebene Instrumente	1
2 beschriebene Instrumente	3

1 beschriebenes Instrument	28
0 beschriebene Instrumente	8
Gesamt	42

In den eingegangenen Fragebögen sind 31 Instrumente hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit mit Schulnoten bewertet worden. Die Bewertung der Instrumente hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit ist insgesamt sehr positiv (siehe Abbildung 8). Das Mittel der vergebenen Noten beträgt 1,9.

Bei 29 Instrumenten wurden Einschätzungen zur Übertragbarkeit auf andere Träger abgegeben. Diese streuen stärker als die Bewertung der Leistungsfähigkeit (Abbildung 9). Bei elf Instrumenten wird die Übertragbarkeit als sehr gut betrachtet. Wegen der geringen Fallzahl ist die Aussagekraft dieser Daten allerdings gering. Bei diesen positiven Bewertungen ist auch zu bedenken, dass sie teilweise von den Urhebern und Anbietern der Instrumente abgegeben wurden.

Die nach Instrumenten-Typen aufgeschlüsselten Bewertungen (Abbildungen 10 und 11) lassen keine Folgerungen zu, welche Formen von QE-Maßnahmen besonders erfolgreich und nachahmenswert sind. Dazu sind zu wenige Daten eingegangen. Zu Supervision/Mentoring sind keine Angaben gemacht worden (Missings). Der mit der Note 4 bewertete Fragebogen ist eine Eigenentwicklung eines Projektträgers zur Nutzerbefragung und soll durch ein Qualitätsmanagementprogramm eines externen Anbieters ersetzt werden. Die gleichsam mit der Note 4 bewertete Vernetzungsinitiative eines Verbandes ist von diesem wegen zu geringer Beteiligung seiner Mitglieder vorläufig eingestellt worden. An den Angaben zu diesen beiden Instrumenten zeigt sich jedoch, dass Rückschläge vorkommen und durch eine Bestandsaufnahme, wie der vorliegenden, aufgespürt werden können.

Abbildung 8: QE-Instrumente nach Trägertyp

Instrumenten-Typ	Trägertyp	Anzahl
Audit	LVG'n ⁸ : 2	2
Checkliste	LVG'n: 2	3
	Wissenschaftliche Einrichtungen, private und öffentliche: 1	
Controlling	LVG'n: 1	1
Evaluation	Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände: 1	4
	LVG'n: 1	
	Freie Berufsverbände: 1	
	Fachverbände und Stiftungen: 1	
Fortbildungsmaßnahme	Freie Berufsverbände: 3	3

⁸ LVG'n= Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung und Prävention

Fragebogen	Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände: 1	8
	Kammern: 1	
	Freie Berufsverbände: 3	
	Fachverbände und Stiftungen: 3	
Leitfaden oder Handbuch	Freie Berufsverbände: 1	3
	Fachverbände und Stiftungen: 1	
	Interessensverbände: 1	
Peer-Review-Verfahren	Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände: 1	2
	Fachverbände und Stiftungen: 1	
Qualitätsentwicklungsprogramm	Philanthropische Verbände und Stiftungen: 2	3
	Wissenschaftliche Einrichtungen, private und öffentliche: 1	
Richtlinie	Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände: 1	8
	Kammern: 3	
	Freie Berufsverbände: 3	
	Fachverbände und Stiftungen: 1	
Supervision und Monitoring	Freie Berufsverbände: 1	1
Vernetzung	Fachverbände und Stiftungen: 2	2
Zertifizierung	Wohlfahrtsverbände: 1	5
	LVG'n: 2	
	Fachverbände und Stiftungen: 1	
	Wissenschaftliche Einrichtungen, private und öffentliche: 1	
Gesamt		45

Abbildung 9: Leistungsfähigkeit der QE-Instrumente nach Schulnoten

Leistungsfähigkeit (Schulnote)	Anzahl
Eins	10
Zwei	17
Drei	2
Vier	2
Fünf	0
Sechs	0
keine Benotung	14
Gesamt	45

Abbildung 10: Übertragbarkeit der QE-Instrumente auf andere Träger

Übertragbarkeit	Anzahl
mit Sicherheit	11
wahrscheinlich	5
möglich	11
unwahrscheinlich	0
nein	2
keine Bewertung	16
Gesamt	45

Abbildung 11: Bewertung der Leistungsfähigkeit nach Instrumenten-Typ

Instrumenten-Typ	Leistungsfähigkeit (Schulnote)	Anzahl
Audit	Eins	2
Checkliste	Zwei	1
	Drei	1
Controlling	Zwei	1
Evaluation	Eins	1
	Zwei	1
	Drei	1

Fortbildung	Zwei	2
Fragebogen	Eins	1
	Zwei	2
	Vier	1
Leitfaden oder Handbuch	Zwei	1
Peer-Review-Verfahren	Eins	2
Qualitätsentwicklungsprogramm	Eins	1
	Zwei	2
Richtlinie	Eins	3
	Zwei	2
Supervision/Mentoring	-	-
Vernetzung	Vier	1
Zertifizierung	Zwei	5
Gesamt		31

Abbildung 12: Bewertung der Übertragbarkeit nach Instrumenten-Typ

Instrumenten-Typ	Übertragbarkeit	Anzahl
Audit	mit Sicherheit	2
Checkliste	wahrscheinlich	1
	nein	1
Controlling	nein	1
Evaluation	mit Sicherheit	1
	möglich	2
Fortbildung	möglich	1
Fragebogen	mit Sicherheit	1

	wahrscheinlich	1
	möglich	1
Leitfaden oder Handbuch	möglich	1
Peer-Review-Verfahren	mit Sicherheit	1
	möglich	1
Qualitätsentwicklungsprogramm	mit Sicherheit	3
Richtlinie	wahrscheinlich	1
	möglich	4
Supervision/Mentoring	-	-
Vernetzung	mit Sicherheit	1
	wahrscheinlich	1
Zertifizierung	mit Sicherheit	2
	wahrscheinlich	1
	möglich	1
Gesamt		29

Die Teilnehmer/innen wurden weiterhin befragt, ob sie an ihren Instrumenten positive oder negative Eigenschaften festgestellt haben. Diese sollten in Freitext-Feldern angegeben werden. Der Rücklauf ist auch hier nicht ausreichend. Selbst wenn einzelne Instrumente relativ ausführlich beschrieben wurden, sind diese Fragen oft nicht beantwortet worden. Viele Antworten stammen von den Anbietern der Instrumente und scheinen nur eingeschränkt (selbst-)kritisch. Die Angaben können wie folgt kategorisiert werden:

Als positive Eigenschaften:

- Schnelligkeit der Umsetzung,
- Messbarkeit der Ergebnisse,
- Höhe der Orientierungsleistung,
- Nachhaltigkeit der Verhaltensänderung,
- Beitrag zur Imagepflege,
- Anpasstheit an Praxisrealität bzw. Praktikabilität,
- Aktivierung der Adressaten.

Als negative Eigenschaften kommen vor:

- Höhe des finanziellen Aufwandes,
- Höhe des Zeitaufwandes,
- Akzeptanzdefizit (schlechter Rücklauf oder inkonsequente Anwendung),
- Motivations- und Qualifizierungsbedarf bei Adressaten,
- Verunsicherung der Adressaten.

Um ein genaueres Bild der QE-Praxis zu bekommen, sind zu jedem Instrument folgende Fragen zu klären:

- Welchem Instrumenten-Typ ist es zuzuordnen?
- Wo und mit welchem Ziel wird es eingesetzt?
- An welchen Adressaten wendet es sich?
- Wer ist sein Anbieter und/oder Anwender?
- Wer sind die Nutznießer der Ergebnisse?

Am häufigsten wurden Fragebögen angegeben, mit denen intervenierende Präventionsträger die Zielgruppe im Setting befragen, um ihre eigenen Maßnahmen zu evaluieren (siehe Anlage 4).

8. Diskussion

Die Ergebnisse der Befragung lassen keine Rückschlüsse zu, in welchem Umfang und mit welchen Methoden die Präventionsträger die Qualität ihrer Projekte und Programme sichern und weiterentwickeln. Das ursprüngliche Vorhaben, eine systematische Bestandsaufnahme der Praxis vorzunehmen, ließ sich nicht verwirklichen. Auch nach dieser Studie lässt sich nicht abschätzen, in welchem Umfang und mit welchen Methoden die Träger von Prävention und Gesundheitsförderung die Qualität weiterentwickeln. Es bleibt dabei, dass hierzu nur die einzelnen Projektberichte vorliegen. Die Forschung kann weiterhin nur auf diese Einzelfallbeschreibungen zurückgreifen und diese in Form von Reviews synthetisieren (BZgA 2001). Im besten Fall liegen ausführliche Beschreibungen von einzelnen Instrumenten der Qualitätsentwicklung vor, aber das Ausmaß deren Verbreitung sowie deren (längerfristige) Wirkung bleiben ungewiss (vgl. Kolip/Müller 2009). Der Beitrag der vorliegenden Studie kann lediglich darin bestehen, auf 45 berichtete Qualitätsentwicklungsinstrumente hinzuweisen.

Dass die Studie ihr Ziel nicht erfüllen konnte, ist darauf zurückzuführen, dass die Befragung trotz erheblicher Anstrengungen (Fokusgruppe) auf die Bedingungen im Feld nicht optimal eingestellt war und dass mit den Mitgliedern der BVPG ein Adressatenkreis angesprochen wurde, die nicht immer mit der Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung betraut sind. Dies soll im Folgenden ausgeführt werden. Auf der Basis der Rückmeldungen der Befragten sind zwei Faktoren hervorzuheben:

- die Untersuchungsgruppe war nur eingeschränkt geeignet, Angaben zu konkreten Qualitätssicherungsinstrumenten zu machen und
- der Fragebogen entspricht nicht der Logik der Adressaten und ist zu zeitaufwändig.

8.1. Zugangsweg Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG)

Nur ein Teil der Mitglieder der BVPG erwies sich als geeigneter Ansprechpartner. In ihren Absagen erklärten 14 Organisationen, für die QE bei Prävention und Gesundheitsförderung nicht zuständig zu sein. Zwei gaben an, aus Mangel an Daten nichts zur Bestandsaufnahme beitragen zu können (Abbildung 12).

Vor allem die Spitzen- und Bundesverbände geben an, sich selbst nicht als Adressat der Befragung aufzufassen und verweisen auf ihre Mitglieder

Abbildung 13: Absagen mit Begründung nach Einrichtungskategorie

Einrichtungskategorie	nicht zuständig	Keine Daten
Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände	2	0
Krankenkassen und ihre Verbände	3	2
Kammern	2	0
Wohlfahrtsverbände	1	0
Landesvereinigungen für Gesundheit	0	0
Freie Berufsverbände	2	0
Fachverbände und Stiftungen	3	0
Wissenschaftliche Einrichtungen	1	0
Interessensverbände	0	0
Unternehmen	0	0
Gesamt	14	2

„Der [anonymisiert] ist als kommunaler Spitzenverband so ganz anders mit dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung befasst, dass Ihr Fragebogen in keiner Hinsicht passt/passen kann.“

„[...] da wir kein Kosten- oder Projektträger von Primärprävention sind, ist das Instrument nicht für die [anonymisiert] gedacht.“

„Dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung sind wir in ganz besonderer Weise und bereits seit vielen Jahren verbunden [...]. Die eigentlichen Präventionsarbeiten und die Nutzung von Instrumenten finden aber in notwendigerweise unterschiedlicher Weise in den Kommunen vor Ort statt und nicht direkt bei uns als kommunalen Spitzenverband. Wir bitten Sie daher um Verständnis, wenn wir von der Beantwortung der in Ihrem Fragebogen angesprochenen Fragen absehen, weil diese auf uns als Verband nicht passen.“

Häufigste Begründung ist, nicht zuständig zu sein.

„Das [anonymisiert] ist selber nicht Träger von Einrichtungen und Diensten oder regionalen Angeboten. Wir machen Grundlagenarbeit, die Umsetzung geschieht auf Kreisverbandsebene.“

Einige räumen ein, über keine Daten oder tiefere Einblicke in die qualitätsentwickelnden Aktivitäten ihrer Mitglieder zu verfügen.

„Da bisher keine Erhebungen bezüglich dieses Themenbereiches erfolgt sind, nehmen wir von der Beantwortung des Fragebogens Abstand.“

Seitens der Krankenkassen, so die Einschätzung eines Mitglieds der BVPG, besteht wenig Interesse sich über QE-Instrumente auszutauschen oder Verbände einzubinden, da Prävention und Gesundheitsförderung als Wettbewerbsfelder wahrgenommen werden und Qualität als Argument der Mitgliederwerbung. In diesem Sinne stellen Prävention und Gesundheitsförderung eine Möglichkeit dar, sich im Verdrängungswettbewerb besser zu stellen. Aufgrund der Rivalität auch der übrigen Präventionsträger um Aufträge, dürften diese ökonomischen Kalküle nicht nur bei den Krankenkassen eine Rolle spielen. Die Befragung zeigt jedenfalls, dass die QE bei Prävention und Gesundheitsförderung sehr individuell gehandhabt wird und viele große Verbände weder fördern noch regulieren.

8.2. Fragebogen

Von den informierten und bereitwilligen Mitgliedern der BVPG empfanden viele die Form der Befragung als nicht angemessen. Mehrfach wurde rückgemeldet, der Zeitaufwand des Ausfüllens des Fragebogens übersteige die Möglichkeiten (siehe Abbildung 13).

„[...] es tut mir Leid, dass ich den Fragebogen bislang nicht beantwortet habe. Aber ich hatte es bereits einmal aufgegeben und beim zweiten Mal war ich dann auch schnell wieder an dem Punkt, an dem ich feststellen musste, dass die vielen Fragen für unsere Organisation, die wir mit ganz unterschiedlichen Instrumenten in ganz unterschiedlichen Projekten und auch projektunabhängigen Arbeitsbereichen und in unterschiedlichen Settings sowie auch außerhalb von Settings arbeiten, schwierig, d.h. nur extrem zeitaufwändig zu beantworten wären.“

„vielen Dank für Ihre Anfrage, die ich nicht bearbeiten werde. Wir werden mit Anfragen dieser Art überschüttet und unsere Personalressourcen erlauben es uns nicht, dem nachzugehen.“

Die praktizierten Maßnahmen der Struktur des Fragebogens gemäß zu dokumentieren, wurde oft als schwierig angesehen.

„[...] ich [...] bin hoch motiviert an die Umfrage gegangen. Nach den ersten Angabenfeldern wie der Adresse, Mail, Name, Telefonnummer, Dienststellung usw., usw. war meine Motivation wieder fast auf Null, wie schon am Montag nach erster Ansicht. Ich habe versucht, die Logik zu erfassen und bin gescheitert. Ich habe ihn jetzt ausgefüllt, aber bin nicht zufrieden, weil ich an einer entscheidenden weichenstellenden Stelle nicht weiterkomme. Ich habe jetzt 40 Minuten investiert. Mir fehlt einfach das Wissen und der Hintergrund zu verstehen, was wie abgefragt werden soll. Für unsere Institution wirkt die Umfrage einfach nicht passend.“

„ich fand die Abstraktionsebene - bezogen auf unsere Aktivitäten im Selbsthilfe- und Patientenunterstützungsfeld tatsächlich auch schwierig.“

Dass die qualitätssichernden Instrumente oftmals nicht einzeln sondern vermischt beschrieben wurden, ist ein weiteres Indiz dafür, dass die Befragten über wenig Zeit verfügen. Es deutet auch auf Schwierigkeiten hin, sich an das Abstraktionsschema anzupassen.

„das ist mir alles viel zu kompliziert und zu umfangreich Ich breche hier ab“

„Die Umfrage ist zu zeitaufwendig und nicht in sich schlüssig für das Metier unserer Institution. Schade.“

„Der Fragebogen insgesamt ist schon wahnsinnig lang. [...] Wenn im Fragebogen von Instrumenten gesprochen wird, so ist zunächst schwer vorstellbar, was gemeint ist [...]“

„Allerdings sind die Fragen des Fragebogens für uns so schwer eingängig (Meinung des ganzen Teams von 4 Leuten verschiedener Fachrichtung), dass wir unsere sämtlichen Instrumente, die je nach Projekt sehr unterschiedlich sind, mit viel, viel Mühe für Ihren Fragebogen zurecht formulieren müssten. Als vergleichsweise kleine Einrichtung mit begrenzten Kapazitäten haben wir uns entschieden, das nicht zu tun.“

„Wir haben auch nicht das Instrument. Wir orientieren uns nicht an einem Instrument. Wir könnten uns schon überlegen, woran wir uns orientieren [im Sinne von spezifischen Instrumenten]. Es ist handgestrickt, was wir machen. Ich nehme an, viele werden, wie wir, handgestrickt arbeiten.“

Der Sinn einer Bestandsaufnahme wurde gleichwohl nicht in Frage gestellt.

„Mit den in der Einleitung formulierten Zielen der Befragung gehen wir vollständig konform [...]“

„Die Ergebnisse der Befragung interessieren uns!“

„Qualitätsentwicklung ist ein wichtiges Thema. Ich finde es wichtig, dass die BVPG sich damit auseinandersetzt. Das setzt ein politisches Signal.“

Nur einmal wurde grundsätzliche Kritik an der Form der Befragungsaktion geübt.

„Die Angabe von Instrumenten in einem quantitativ ausgerichteten Fragebogen ist jedoch schwierig und erscheint ohne einen Rahmen und vorrangig auf den Projektsektor ausgerichtet sehr verkürzt- zumal gerade Strukturentwicklung komplexer angelegt ist. Für mich ist nicht deutlich, ob wir wieder nur auf ‚Projekthaftes‘ hinarbeiten.“

Auf Grund der Rückmeldungen und der Insuffizienz der eingegangenen Daten stellt sich die Frage, ob die ausgewählte Struktur den Darstellungsmöglichkeiten und der Logik der Teilnehmer/innen entspricht. Dass diese mehrheitlich versuchten, ihre gesamten Maßnahmen gleichzeitig zu beschreiben, und nicht einzeln, lässt vermuten, dass sie nicht in der Lage waren, ihre Aktivitäten nach einzelnen Instrumenten gesondert zu dokumentieren, oder dass sie diese Art von Darstellung nicht für möglich oder geeignet halten. Um diesen Standard durchzusetzen wäre ein Interviewer oder eine Interviewerin geeignet gewesen, der/die face-to-face lenkend eingreifen kann. Die Schlussfolgerung lautet somit, dass die Qualität des Rücklaufes besser gewesen wäre, wenn kein Fragebogen eingesetzt worden wäre, sondern leitfadengestützte Interviews geführt worden wären. Dies legen auch die Interviews der Nachbereitung nahe.

8.3 Technik

Der Einsatz eines servergestützten Fragebogens mit der Software „LimeSurvey“ hat Vor- aber auch Nachteile. Vorteilhaft ist, dass

- im Fragebogen Freitextfelder mit praktisch unbegrenzter Kapazität eingefügt werden können,
- der Postweg entfällt,
- die Befragten daran gehindert sind, das Ausfüllen des Fragebogens dadurch zu ersetzen, nicht aufbereitete Materialien in Papierform zuzusenden,⁹

⁹ Bei einer ähnlichen Bestandsaufnahme primärpräventiver Maßnahmen bei Kindern (Noweski 2009b) hatten viele Träger versucht ihren Aufwand zu reduzieren, indem sie keine spezifischen Daten lieferten, sondern allgemeines Informationsmaterial (interne Manuskripte, Geschäftsberichte, Broschüren). Der Aufwand, dieses Material zu sichten, überstieg die Kapazitäten des Forschungsprojekts.

- die Daten in einen SPSS-Datensatz exportiert werden konnten.

Probleme traten insofern auf, als dass

- mehrmals die Verbindung zwischen Internet und Server unterbrochen war, wodurch der Zugang zum Fragebogen gestört war,
- Java-Skripts neutralisiert werden mussten, weil das Online-Formular bei Befragten mit älterem Rechner und dem Browser „Internet-Explorer“ extrem verzögert reagierte,
- trotz erstaunlich vieler Optionen bei der Gestaltung des Formulars die Anpassung an die Bedürfnisse der Studie eingeschränkt blieb, und
- trotz Bedienerfreundlichkeit der Software der Zeitaufwand zur Einarbeitung in das Programm wie auch der Erstellung des Fragebogens erheblich war.

Prinzipiell ist anzunehmen, dass einige der Befragten Hemmungen davor haben, einen elektronischen Fragebogen auszufüllen. Mehrere Fragebögen sind ausgedruckt und in Papierform eingesandt worden. Trotzdem hat sich die Technik bewährt. Ähnliche Befragungen in der Zukunft sollten ebenfalls in elektronischer Form erfolgen.

9. Empfehlungen an die BVPG zum weiteren Vorgehen

Die Komplexität der Frage der Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung war sowohl dem Auftraggeber als auch den Autoren dieser Studie im Vorfeld der Arbeit bekannt. Um die Komplexität zu reduzieren und eine gemeinsame Grundlage für eine systematische Auseinandersetzung mit dem Thema auf Verbandsebene zu erstellen, schien es machbar und sinnvoll nach konkreten Maßnahmen der Qualitätsentwicklung („Instrumenten“) zu fragen. Die Umsetzung dieses Vorhabens ist jedoch gescheitert. Obwohl die meisten Befragten das Anliegen der BVPG für fachlich richtig halten, verfügen sie (zumeist Verbände) selbst nicht über Informationen zu QE in der Prävention und Gesundheitsförderung bei ihren Mitgliedern bzw. halten sie das Medium Fragebogen für ungeeignet, um über ihre Tätigkeiten berichten zu können. Letzteres bezieht sich sowohl auf den Zeitaufwand, der mit dem Ausfüllen verbunden ist, als auch auf die Abstraktion der Vielfalt der Praxis. Daraus kann gefolgert werden:

- Eine Bestandsaufnahme über QE in der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ist fachlich sinnvoll.
- Die Mitglieder der BVPG können nur zum Teil als direkte Ansprechpartner fungieren, wenn es darum geht, Informationen über den Stand der QE von gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erhalten. Dies deshalb, weil die Durchführung von Maßnahmen und auch die QE von Maßnahmen vor allem auf kommunaler und auf Landesebene stattfindet. Daher haben diejenigen Mitglieder der BVPG, die dort verortet sind, auch mehr Informationen als auf Bundesebene organisierte Verbände. Die letztgenannten sind aber diejenigen, die in der BVPG zahlenmäßig am stärksten vertreten sind. Dieser Sachverhalt wurde bei der Konzeption der Befragung zu wenig berücksichtigt. Bei manchen Verbänden wäre es möglich, in Rücksprache mit ihren Unterorganisationen mehr über die Praxis der QE auf kommunaler und Landesebene zu erfahren. Dafür müssten jedoch längere Zeiträume für eine Datenerhebung eingeplant werden.
- Obwohl QE in der Prävention und Gesundheitsförderung für notwendig gehalten wird, existiert noch keine gemeinsame Sprache, um sie zu beschreiben. Auch Begriffe wie „Instrument“ oder „Maßnahme“ werden nicht unbedingt gleichbedeutend verwendet

und verunsichern zunächst. Vor diesem Hintergrund kann zu diesem Zeitpunkt eine Bestandsaufnahme der QE in der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland durch eine standardisierte Befragung nicht erreicht werden.

- Die Fokussierung auf spezifische Maßnahmen der QE lässt außer Acht, dass QE oft als Gesamtkonzept verstanden wird. Dieses Gesamtkonzept ist von Einrichtung zu Einrichtung mehr oder weniger ausformuliert und verfolgt eine einrichtungsspezifische Logik. Die Aufteilung in einzelne Maßnahmen entspricht nicht den Vorstellungen von Akteuren der Prävention und Gesundheitsförderung.
- Die Online-Befragung hat sich als technische Möglichkeit für die Gewinnung von Teilnehmer/innen, die Erhebung von Daten und die Nachbefragung bewährt.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse schlagen die Autoren der Studie ein zweistufiges Verfahren vor, um eine Bestandsaufnahme auf diesem Gebiet zu realisieren.

Stufe 1: Qualitative, teilpartizipative Befragung ausgewählter Akteure

Aufbauend auf der hier vorgestellten Analyse werden zehn bis zwölf ausgewählte Mitglieder der BVPG bzw. designierte Koordinierungsstellen auf Landes- und kommunaler Ebene nach ihrer aktuellen Praxis der QE in der Prävention und Gesundheitsförderung gefragt. Es werden detaillierte Informationen über vorhandene Konzepte und Instrumente der QE erhoben, mit dem Ziel die vorhandene (implizite) übergeordnete QE-Strategie beschreiben zu können. Die Vor- und Nachteile der Strategie werden erhoben und der Weiterentwicklungsbedarf der Einrichtung in Bezug auf QE wird festgestellt. Ein stufenweise durchgeführtes theoretisches Sampling wird ermöglichen, dass die interviewten Einrichtungsvertreter/innen ein breites Spektrum an Organisations- und Interventionsformen darstellen. Auf Grundlage der Befragung wird ein konzeptueller Überbau erstellt, um QE in der Prävention und Gesundheitsförderung zu beschreiben. Dieses Ergebnis wird im Rahmen eines Workshops partizipativ und diskursiv mit den Teilnehmer/innen der Studie diskutiert (vgl. Baron-Epel et al. 2004). Diese Diskussion wird nicht nur der Validierung des Konstrukts dienen, sondern eventuell zu dessen Ergänzung bzw. Modifizierung führen. Am Ende der Studie wird ein konzeptuelles Gerüst vorliegen, das eine einrichtungsübergreifende Beschreibung von QE in der Prävention und Gesundheitsförderung ermöglichen soll.

Stufe 2: Erstellung einer Datenbank:

Das Ergebnis aus der in Stufe 1 durchgeführten qualitativen Studie wird verwendet, um standardisierte Kategorien für eine QE-Datenbank zu erarbeiten. Die Erhebung von Instrumenten bzw. Strategien zur Qualitätsentwicklung sollte langfristig angelegt werden, wie die „Good-Practice-Datenbank“ (Kilian et al. 2009) des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Für die Präventionsträger entfällt dadurch der Zeitdruck, der bei einer zeitlich befristeten Befragung unvermeidlich ist. Zudem können die Organisationen sicher sein, dass ihre Angaben „verwertet“ werden, in wissenschaftlichen Publikationen und auf Tagungen, und der Aufwand ihrer Beteiligung langfristig Früchte trägt. Systemisches Lernen (Noweski 2009a, 25) wird gefördert, weil Erfahrungswerte auch kleinerer und befristeter Projekte zentral abrufbar sind, kontinuierlich zur Verfügung stehen und Vergleiche zwischen verschiedenen Modellen erleichtert werden. Eine auf Dauer gestellte Datenbank macht die Abfolge vieler Projekte und Entwicklungstrends transparent und unterstützt den kontinuierlichen Lernprozess, der nur gewährleistet ist, wenn neue Vorhaben die Erfahrungen der älteren berücksichtigen (Lernkette). Ziel ist die systemische Qualitätssicherung (Noweski 2009b,

28), also die Hebung des Qualitätsniveaus im gesamten Versorgungssystem und all seinen Verästelungen.

Eine „Quality-Assurance-Datenbank“ für Präventionsträger ist gleichwohl voraussetzungsreich, denn sie müsste an die Heterogenität dieses Netzwerkes angepasst sein. Die Organisationen unterscheiden sich in ihren Funktionen (Geldgeber, Auftragnehmer, Regulierungsträger, Forum) und Rechtsformen. Die Qualifikationen des Personals variieren und die Terminologie ist uneinheitlich. Da in absehbarer Zeit keine Vereinheitlichung oder Standardisierungen in diesem Akteursnetzwerk zu erwarten ist, behalten qualitative Daten ihr Gewicht. Das bedeutet weiterhin Freitextfelder anzubieten. Vorgegebene Antwortkategorien setzen Konsens über deren Bedeutung voraus und werden erst nach längerfristigen Konsensbildungs- und Lernprozessen eingesetzt werden können.

Insoweit QE-Instrumente bewertet werden (Fragen Cx-12, Cx-14, Cx-15, Cx-17) sind die Daten, sofern die Fallzahl überhaupt eine quantitative Auswertung zulässt, nach Anbietern und Nutzern getrennt auszuweisen, weil die Bewertungen der Anbieter interessengeleitet zu positiv ausfallen könnten.

So wie bei der „Good-Practice-Datenbank“ soll die Fachöffentlichkeit angesprochen werden, sodass Akteure auch auf lokaler Ebene die Möglichkeit haben, ihre Qualitätsmaßnahmen einzutragen. Ziel sollte es sein, Vorzüge und Nachteile der einzelnen Instrumenten-Typen zu erörtern, wie dies in anderen Versorgungssystemen, wie Psychotherapie (Hohagen et al. 2008) und Selbsthilfe (Danner 2009; Overbeck-Schulte 2009) bereits der Fall ist. Für die Qualitätssicherung in der Prävention und der Gesundheitsförderung sind bereits erste Kategorien vorgelegt worden (s.o.; Kliche et al. 2009). Dass die Frage nach positiven und negativen Eigenschaften in der vorliegenden Befragung zu wenig aufschlussreichen Rückmeldungen führte, dürfte auch daran liegen, dass diese Kategorien noch nicht etabliert sind. Die von Kliche et al. angestoßene Entwicklung derselben sollte dazu führen, dass hier mehr Konsens, bzw. eine Vereinheitlichung des Sprachgebrauchs Einzug hält.

Die Bedeutung der Berufsverbände als Akteure der Qualitätsentwicklung und -sicherung sollte bei den weiteren Bemühungen ausreichend Berücksichtigung erfahren. Ihr Anteil am Rücklauf war relativ hoch. Berufsethische Richtlinien und Qualifizierungsinitiativen innerhalb der Berufsgruppen sollten neben den vergleichsweise häufiger thematisierten Maßnahmen der Finanzierungs- und Projektträger als zweite Säule der Qualitätsentwicklung angesehen werden.

Die Ergebnisse weiterer Befragungen, ob quantitativ oder qualitativ, sollten soweit möglich nicht anonymisiert werden, weil der Erfahrungsaustausch über Erfolge und Misserfolge zwischen den Präventionsträgern in direkter Kommunikation effizienter und letztlich fruchtbarer erfolgt. Dazu jedoch müssen jene mit relevanten Erkenntnissen für das interessierte Publikum identifizierbar sein.

Einige Akteure betrachten Qualität als Wettbewerbsfaktor und sind nur bedingt bereit, Kompetenzen zu transferieren. Sowohl die Verbände als auch die BVPG als überspannendes Forum sollten ihre Mitglieder anregen, hieran teilzunehmen, denn ohne Motivation und Vernetzung auf der Verbandsebene bleibt der Diskurs abhängig von Einzelinitiativen und fragmentiert. Im Verlauf der Befragungsaktion signalisierten mehrere Verbände, dass sie bei entsprechendem zeitlichen Vorlauf bereit wären, die Datenerhebung bei ihren Landesverbänden oder Einzelmitgliedern zu legitimieren und zu organisieren.

Die BVPG sollte im Vorfeld weiterer Befragungen ihre Mitglieder intensiv informieren und motivieren und in Erwägung ziehen, spezifische Hilfestellungen für ressourcenschwache Organisationen vorzusehen. In den Rückmeldungen der Befragten wurde die BVPG zwar als geeignetes und alternativloses Forum der systemischen Qualitätsentwicklung anerkannt, es wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass schätzungsweise weniger als die Hälfte der Mit-

glieder an den Kommunikationsprozessen und Veranstaltungen aktiv und konstruktiv mitwirkt, also die Bindung zwischen der Bundesvereinigung und ihren Mitgliedern als Voraussetzung des angestrebten Austausches verbessert werden kann.

10. Literatur

- Baron-Epel, Orna/Diane Levin-Zamir/Carmit Satran-Argaman/Neomi Livny/Nima Amit (2004): A Participatory Process for Developing Quality Assurance Tools for Health Education Programs. *Patient Education and Counseling*, 54/2, pp. 213-219.
- BVPG AG 4 (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Arbeitsgruppe 4) (2008): Empfehlungen der AG 4 „Qualität entwickeln und sichern“ an den Vorstand der BVPG zum weiteren Vorgehen in 2009. Manuskript vom 5. Dezember 2008.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* Band 15. Köln: BZgA.
- BZgA (2007): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. *Gesundheitsförderung Konkret* Band 5. Köln: BZgA.
- Danner, Martin (2009): Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe – Orientierung durch Leitsätze und Monitoring. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.): *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2009*. Gießen: Focus.
- Hohagen, Fritz/Wolfgang Gaebel/Michael Linden (2008): Pro und Contra: Verwendung von Leitlinien. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 2/3, S. 138-141.
- Jagtenberg, Tom (1983): *The Social Construction of Science. A Comparative Study of Goal Direction, Research Evolution and Legitimation*. Dordrecht: Reidel.
- Kilian, Holger/Sven Brandes/Frank Lehmann (2009): Der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In: Petra Kolip/Veronika E. Müller (Hrsg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber.
- Klever-Deichert, Gabriele/Andreas Gerber/Milly-Anna Schröer/Evelyn Plamper (2007) Untersuchung international erfolgreicher Interventionen der Prävention und der Gesundheitsförderung unter der Perspektive der Übertragbarkeit auf Deutschland. Köln: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Uniklinik Köln.
- Kliche, Thomas/A. Elsholz/C. Escher/Katharina Weitkamp/Jürgen Töppich/Uwe Koch (2009): Anforderungen an Qualitätssicherungsverfahren für Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4/4, S. 251-258.
- Kolip, Petra/Veronika E. Müller (2009): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber.
- Koyuncu, Adem/Wilhelm Kirch (2009): Prävention und Recht. Zur rechtlichen Regulierung der Prävention im Gesundheitswesen. *Medizinische Klinik*, 104/9, S. 704-709.
- Krueger, Richard A. (1994): *Focus Groups*. London: Sage Publications.
- Lüngen, Markus/Milly-Anna Schröer-Günther/Anna Marie Passon/Andreas Gerber/Karl W. Lauterbach (2009): Evidenz der Wirksamkeit internationaler Präventionsmaßnahmen und Auswirkungen auf ein deutsches Präventionsgesetz. *Medizinische Klinik*, S. 104/2, 101-107.
- Noweski, Michael (2009a): Policy Learning im Politikfeld Primärprävention. Discussion Paper der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, SP I 2009-302.
- Noweski, Michael (2009b): Primärprävention bei Kindern in Deutschland – Bestandsaufnahme und Kritik. Discussion Paper der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, SP I 2009-304.

- Overbeck-Schulte, Brigitte (2009): Muss Selbsthilfe zertifiziert werden? In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2009. Gießen: Focus.
- Ruckstuhl, Brigitte (2009): Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Petra Kolip/Veronika E. Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.
- Schröder, Klaus T. (2006): „Prävention in Deutschland als eigenständige Säule im Gesundheitssystem“ In: Horst Michna/Peter Oberender/Joachim Schultze/Jürgen Wolf (Hrsg.): „... und ein langes gesundes Leben“. Prävention auf dem Prüfstand. Köln: Hanns Martin Schleyer-Stiftung.
- SVR-Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- SVR-Gesundheit (2009): Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Wright, Michael T. (2006) Auf dem Weg zu einem theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. Jahrbuch für Kritische Medizin 43, S. 55-73.
- Wright, Michael T./Martina Block (2005) Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. Discussion Paper der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, SP I 2005-304.

11. Anlage 1: Fragebogen

Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung

Eine Befragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) ihrer Mitglieder zu deren Qualitätsentwicklungsmaßnahmen in Prävention und Gesundheitsförderung

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Qualitätsentwicklung ist in allen Bereichen des Gesundheitswesens zum wichtigen Thema geworden, auch in der Prävention und Gesundheitsförderung. Zahlreiche Akteure haben Maßnahmen ergriffen, um eine hohe Qualität ihrer Arbeit zu gewährleisten. Diese Untersuchung soll die Erfahrungen der Mitglieder der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) auf diesem Gebiet systematisch zusammentragen und auswerten. Dadurch soll ein erster Überblick über die Qualitätsentwicklung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland geschaffen werden, der als Basis für einen künftigen Wissenstransfer zwischen den Akteurinnen und Akteuren dienen kann. Die Untersuchung wird von Dr. Michael T. Wright und Dr. Michael Noweski von der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) im Auftrag der BVPG durchgeführt.

Im Fragebogen werden Sie nach dem Namen Ihrer Einrichtung und einer Kontaktperson gefragt. Diese Angaben benötigen wir um sicherzustellen, dass keine Organisation mehrfach vertreten ist. Die Inhalte werden jedoch vertraulich behandelt. Das heißt, die Ergebnisse werden so präsentiert, dass ein Rückschluss von den Angaben auf die jeweilige Einrichtung nicht möglich sein wird. Auf diese Weise soll ermöglicht werden, dass die Befragten sich auch zu negativen Erfahrungen mit Maßnahmen der Qualitätsentwicklung äußern, ohne schädliche Konsequenzen für ihre Einrichtung befürchten zu müssen.

Unter Qualitätsentwicklung verstehen wir organisierte Anstrengungen, um die Arbeit im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern oder deren Qualität aufrecht zu erhalten.

Unter Prävention und Gesundheitsförderung verstehen wir organisierte Anstrengungen, die entweder durch die Minderung von Belastungen (Risiken) oder durch die Stärkung von Ressourcen die Gesundheit von Menschen sichern sollen. Prävention bedeutet hier ausschließlich Primärprävention, d.h. die Vorbeugung einer neuen Krankheit. Sekundärprävention (die Früherkennung und Behandlung einer Krankheit) und Tertiärprävention (Kuration und Rehabilitation) sind nicht gemeint.

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Instrumente und Standards, die Ihre Organisation selbst anwendet, anderen Anwendern empfiehlt

oder von denen Ihre Einrichtung abrät. Unter Instrumenten verstehen wir alle Verfahren und Methoden, die der Qualitätsentwicklung dienen, von den ganz einfachen (z.B. Checklisten) bis zu komplexen Vorgängen (z.B. Qualitätsmanagementsysteme). Die mit Ihnen assoziierten Einrichtungen verwenden sicherlich eine Vielzahl weiterer Methoden der Qualitätsentwicklung, die Ihnen nicht bekannt sind bzw. die von Ihnen nicht unbedingt empfohlen werden. Diese sind jedoch nicht Gegenstand der Befragung. Ziel der Befragung ist es nicht, die Qualitätsentwicklungsmaßnahmen aller PraktikerInnen abzubilden, sondern jene Standards und Instrumente zu identifizieren, die von leitenden Einrichtungen auf der Bundesebene selbst erprobt werden, anerkannt werden oder auch verworfen wurden.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, das Ausfüllen zu unterbrechen und den Zwischenstand zu speichern. Die Schaltfläche hierfür ("Später Fortfahren") finden Sie am Ende des Fragebogens. Der unfertig ausgefüllte Fragebogen wird dann auf unserem Server abgelegt. Er kann später von Ihnen wieder aufgerufen werden. Er ist für uns als unfertig erkennbar und wird noch nicht in die Auswertung einbezogen.

Bitte füllen Sie nur einen Fragebogen aus. Vergessen Sie nicht die Angaben zu Ihrer Organisation.

Wir geben jederzeit gerne Hinweise, falls Sie Nachfragen haben sollten.

Dr. Michael Noweski
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Forschungsgruppe Public Health
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
Deutschland
Tel.: +49-30-25491-391
E-Mail: noweski@wzb.eu

A - Identifikation

A1: Welche Organisation vertreten Sie?

A2: Wie lauten Ihr Vor- und Ihr Nachname?

A3: Was ist Ihre Position bzw. Funktion in Ihrer Organisation? In welcher Abteilung sind Sie tätig?

A4: Unter welcher Telefonnummer können wir Sie erreichen?

A5: Unter welcher E-Mail-Adresse können wir Sie erreichen?

A6: Unter welcher Postadresse können wir Sie erreichen?

B - Zur Einrichtung

B1: Welche Rolle spielen Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeit Ihrer Organisation?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

Keine

- Wir sind Kostenträger, d.h. wir finanzieren Projekte, die von anderen Trägern durchgeführt werden.
- Wir sind Projektträger, d.h. wir organisieren und führen eigene Projekte durch.
- Wir fungieren dauerhaft als Forum und Unterstützer unserer Mitgliedsorganisationen, wenn es um Prävention und Gesundheitsförderung geht.
- Wir werden zu den einzelnen Projekten als externe Berater von Finanzierungs- oder Projektträgern hinzugezogen.
- Wir erfüllen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung öffentlich-rechtliche Planungs- bzw. Steuerungsaufgaben.
- Wir haben Koordinations- und Informationsaufgaben im Rahmen von nichtstaatlichen Selbstverwaltungsstrukturen.
- Lässt sich nicht spezifizieren.
- 'Sonstige:' Angabe möglich:

B2: Falls Ihre Organisation selbst Kosten- und/oder Projektträger ist, welcher Art sind Ihre Projekte und Programme schwerpunktmäßig?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- Beratungsgespräche mit Menschen aus einer bestimmten Zielgruppe
- betriebliche Gesundheitsförderung
- Kurse oder Lehrveranstaltungen für Menschen aus einer bestimmten Zielgruppe oder MultiplikatorInnen
- Stadtteil-Projekte
- Projekte der gesundheitsfördernden Schule
- Lässt sich nicht spezifizieren.
- 'Sonstige:' Angabe möglich:

C - Instrumente der Qualitätsentwicklung für Prävention und Gesundheitsförderung

Beschreiben Sie bitte die von Ihnen verwendeten Instrumente der Qualitätsentwicklung. Unter Instrumenten verstehen wir alle Verfahren und

Methoden, die der Qualitätsentwicklung dienen, von den ganz einfachen (z.B. Checklisten) bis zu komplexen Vorgängen (z.B. Qualitätsmanagementsysteme).

Bitte informieren Sie uns auch über Instrumente, die als gescheitert zu betrachten sind, bereits wieder abgeschafft wurden oder noch im Planungsstadium sind.

Sie können in diesem Fragebogen nacheinander bis zu neun Instrumente beschreiben. Es ist natürlich auch möglich, eine geringere Anzahl zu beschreiben. Springen Sie in diesem Fall ans Ende des Fragebogens und betätigen Sie die Schaltfläche "Absenden".

C1-1: Welche Bezeichnung trägt das Instrument?

C1-2: Wer ist der Urheber (Entwickler, Anbieter) des Instruments?

C1-3: Falls das Instrument Teilelement eines größeren Qualitätsentwicklungs-Programmes Ihrer Organisation ist, welche Bezeichnung trägt dieses übergeordnete Programm?

C1-4: Welcher Art ist das Instrument? Welche Elemente beinhaltet es?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- Zertifizierungsverfahren durch eine externe Zertifizierungsstelle

- Interne Standards oder Leitlinien
- schriftliches Leitbild
- Audits
- Qualitätszirkel
- Dokumentationssystem
- veröffentlichter Qualitätsbericht
- Beschwerdemanagement
- Befragung der Zielgruppe
- Evaluation durch eigene Sachverständige
- Evaluation durch externe Sachverständige
- Beirat mit eigenen Mitarbeitern
- Beirat mit externen Experten
- Externe Qualitätshandbücher
- Interne Qualitätshandbücher
- Qualitätsbeauftragte
- Spezifisches Qualitätsmanagementsystem
- Lässt sich nicht spezifizieren.
- 'Sonstige:' Angabe möglich:

C1-5: Wer soll das Instrument anwenden?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- Kostenträger des Projektes
- Verwaltung des Projektträgers
- Projektleitung
- Mitarbeiter des Projektes
- Mitglieder der Zielgruppe
- Lässt sich nicht spezifizieren.
- 'Sonstige:' Angabe möglich:

C1-6: Welche Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung sollen unterstützt werden (1 = sehr intensiv bis 5 = gar nicht)?

	1	2	3	4	5	keine Antwort
Bedarfsbestimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Planung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Umsetzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Evaluation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

C1-7: In welchem Setting soll das Instrument die Qualitätsentwicklung unterstützen (z.B. Arztpraxen, Schulen, Stadtteile, Straßenstrich, ...)?

C1-8: Soll das Instrument die Qualitätsentwicklung in der Arbeit mit der Zielgruppe oder in der Arbeit mit den Multiplikatoren unterstützen?

Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.

- primär Zielgruppe
- primär Multiplikatoren
- gleichermaßen Zielgruppe und Multiplikatoren
- Lässt sich nicht spezifizieren.

C1-9: Wenn das Instrument die Qualitätsentwicklung in der Arbeit mit der Zielgruppe unterstützen soll, bei welcher Zielgruppe (z.B. MigrantInnen, Arbeitslose, alleinerziehende Eltern, ...)?

C1-10: Bei welchen Formen der Prävention und Gesundheitsförderung soll das Instrument eingesetzt werden (z.B. Beratungsgespräche, Kurse, Printmedien, Netzwerkbildung, ...)?

C1-11: Welche spezifischen Ziele sollen mit diesem Qualitätsentwicklungsinstrument erreicht werden?

C1-12: Wie bilanzieren Sie die Leistungsfähigkeit des Instrumentes? Bewerten Sie bitte mit Schulnoten von 1 bis 6.

In dieses Feld dürfen nur Ziffern eingetragen werden.

C1-13: Auf welcher Informationsbasis beruht Ihre Bewertung?

C1-14: Sehen Sie bei diesem Instrument positive Eigenschaften?

C1-15: Sehen Sie bei diesem Instrument negative Eigenschaften?

C1-16: Welche Reichweite hat das Instrument aktuell bezüglich Ihrer Präventionsaktivitäten?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten.

- Für alle Präventionsaktivitäten verbindlich.
- Für viele Präventionsaktivitäten verbindlich.
- In Teilbereichen in der Erprobung.
- Einsatz noch nicht erfolgt.
- Einsatz wurde abgebrochen.
- Lässt sich nicht spezifizieren.
- 'Sonstige:' Angabe möglich:

- keine Antwort

C1-17: Könnte sich dieses Instrument, Ihrer Meinung nach, zur Anwendung bei anderen Trägern eignen?

Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten.

- mit Sicherheit
- wahrscheinlich
- möglich
- unwahrscheinlich
- nein
- keine Antwort

C1-18: Was sollten andere Träger beachten oder anders machen, falls Sie dieses Instrument zur Qualitätsentwicklung ebenfalls anwenden?

C1-19: Möchten Sie uns zusätzlich noch etwas zu diesem Instrument mitteilen?

***C1-20: Möchten Sie ein weiteres Instrument beschreiben?**

Ja Nein

D - Verabschiedung

Wir bedanken uns für die Informationen. Abschließend eine letzte Frage.

D1: Haben Sie Fragen, Hinweise oder Bitten, die Sie an uns richten möchten?

Zwischengespeicherte Umfrage laden

Später Fortfahren

Absenden

[Umfrage verlassen und löschen]

12. Anlage 2: Mitglieder der BVPG (Stand 29.10.2009)

Gebietskörperschaften, ihre Verwaltung und ihre Verbände (10)

Nr.	Organisation
1	Bundesminister 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	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 Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
10	Saarland vertreten durch das Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales

Krankenkassen und ihre Verbände (9)

(mittelbare Staatsverwaltung mit Rechtsaufsicht und ihre Verbände)

Nr.	Organisation
11	AOK-Bundesverband
12	Barmer Ersatzkasse (BEK)
13	Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
14	Gmünder Ersatzkasse - GEK
15	IKK e.V.
16	Kaufmännische Krankenkasse
17	Knappschaft
18	Verband der Ersatzkassen e.V.
19	Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Kammern

(mittelbare Staatsverwaltung mit Rechtsaufsicht und ihre Verbände) (10)

Nr.	Organisation
20	Ärztekammer Nordrhein
21	Ärztekammer Schleswig-Holstein
22	Ärztekammer Westfalen-Lippe
23	Bayerische Landesärztekammer
24	Bundesärztekammer
25	Bundespsychotherapeutenkammer

26	Bundeszahnärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.
27	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
28	Landesärztekammer Baden-Württemberg vertreten durch Bezirksärztekammer Süd-württemberg
29	Landesärztekammer Hessen

Wohlfahrtsverbände (5)

Nr.	Organisation
30	AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
31	Deutscher Caritasverband e.V.
32	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.
33	Deutsches Rotes Kreuz
34	Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.

Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung (13)

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

Freie Berufsverbände (21)

Nr.	Organisation
48	Alexander-Technik-Verband Deutschland (ATVD)
49	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS)
50	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.

51	Berufsverband staatlich geprüfter Gymnastiklehrerinnen und –lehrer – Deutscher Gymnastikbund DGYMB e.V.
52	Berufsverband Unabhängiger Gesundheitswissenschaftlicher YogalehrerInnen (BUGY)
53	Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV) e.V.
54	Bundesverband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)
55	Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
56	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.
57	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)
58	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. – Bundesverband (DBfK)
59	Deutscher Hebammenverband e.V.
60	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)
61	Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) 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.
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.

Philanthropische Verbände und Stiftungen (45)

Nr.	Organisation
69	Aktion Gesunder Rücken e.V. (AGR)
70	Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Atempflege e.V. (AFA)
71	Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen Bundesverband e.V. (AFS)
72	Arbeitskreis für Gesundheitspädagogik e.V.
73	Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e.V. (ÄGGF)
74	Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e.V.
75	Bundesarbeitsgemeinschaft für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (Basi) e.V.
76	Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V.
77	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG-Selbsthilfe)
78	Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
79	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)
80	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)
81	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-erkrankungen e.V. (DGPR)
82	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)

83	Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (Deutscher Sportärztebund) e.V.
84	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
85	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
86	Deutsche Herzstiftung e.V.
87	Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
88	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
89	Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.
90	Deutscher LandFrauenverband e.V. (dlv)
91	Deutscher Naturheilmittelverband e.V.
92	Deutscher Olympischer Sportbund
93	Deutscher Pflegerat e.V.
94	Deutscher Turner-Bund e.V.
95	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)
96	Deutscher Verein für Gesundheitspflege e.V. (DVG)
97	Deutscher Verkehrssicherheitsrat e.V. (DVR)
98	Deutsches Grünes Kreuz e.V. (DGK)
99	Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. (DNGfK)
100	Fachverband Sucht e.V.
101	Förderverein für Yoga und Ayurveda e.V.
102	Forum Gesunder Rücken – besser leben e.V.
103	Gesellschaft für Geburtsvorbereitung – Familienbildung und Frauengesundheit – Bundesverband e.V. (GfG)
104	Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
105	Gütegemeinschaft Diät und Vollkost e.V.
106	Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten (IME)
107	Kneipp-Bund e.V. Bundesverband für Gesundheitsförderung
108	Malteser Werke gGmbH
109	Medusana Stiftung gGmbH
110	Nationale Herz-Kreislauf-Konferenz (NHKK)
111	pro familia – Bundesverband
112	Verein für Zahnhygiene e.V.
113	Women's Health Coalition e.V. (WHC)

Wissenschaftliche Einrichtungen, private und öffentliche (8)

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

Interessenverbände (8)

Nr.	Organisation
122	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)
123	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
124	Deutscher Heilbäderverband e.V.
125	Deutscher Saunabund e.V.
126	Industriegewerkschaft Metall (IG Metall)
127	Marburger Bund - Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. Bundesverband
128	Sozialverband VdK Deutschland e.V.
129	Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)

Unternehmen (1)

Nr.	Organisation
130	Wort & Bild Verlag

13. Anlage 3: Interviewleitfaden für Nachbereitung

Sehr geehrter Herr [...]

im Auftrag der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) führten wir von Oktober 2009 bis Januar 2010 eine Befragung der BVPG-Mitglieder durch, um eine Bestandsaufnahme der Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung zu erstellen. Der Rücklauf ist quantitativ und qualitativ hinter unseren Erwartungen zurückgeblieben. Wir möchten nunmehr acht ausgewählte Vertreter/innen zu den Ursachen dieses Antwortverhaltens befragen. Es wäre sehr freundlich, wenn Sie uns in einem Telefongespräch (ca. 20 Minuten) Ihre Einschätzung zu folgenden Punkten mitteilen könnten:

- 1. Wie bewerten Sie unsere Untersuchung? Ist die Fragestellung sinnvoll? Sind die Mitglieder der BVPG (präventionspolitische Dachverbände) geeignete Ansprechpartner?*
- 2. Der Rücklauf liegt bei nur ca. 30 Prozent. Was könnten die Gründe dafür sein, abgesehen vom Zeitmangel bei den Befragten?*
- 3. Viele Fragebögen sind nur sehr unvollständig ausgefüllt worden. Ist unser Fragebogen, Ihrer Einschätzung nach, als Befragungsinstrument geeignet?*
- 4. Sollte die BVPG einen neuen Anlauf zu einer Bestandsaufnahme der Qualitätsentwicklung in der Primärprävention unternehmen? Welche Form der Befragung könnte einen besseren Rücklauf ergeben?*

Den Fragebogen haben wir noch einmal an diese E-Mail angehängt.

Wann könnten wir Sie am besten telefonisch erreichen?

*Wir bedanken uns für Ihr Verständnis,
mit freundlichen Grüßen,
[...]*

14. Anlage 4: QE-Instrumente, kategorisiert

Instrumen- ten-Typ	Einsatzbereich und Ziel	Adressat	Anbieter und/oder Anwender	Nutzer	An- zahl
Audit	zu Interventions- maßnahmen	mit intervenierendem Präventionsträger und Zielgruppe im Setting	vom intervenierenden Präventi- onsträger	für den intervenie- renden Präventions- träger und die Ziel- gruppe im Setting	2
Checkliste	zu Interventions- maßnahmen	der intervenierenden Präventionsträger	durch einen externen Evalua- tionsträger	für den intervenie- renden Präventions- träger	1
Checkliste	zu Interventions- maßnahmen	für intervenierenden Präventionsträger	vom intervenierenden Präventionsträger		2
Controlling	der Kosten der In- terventionsmaß- nahmen	für intervenierenden Präventionsträger	vom intervenierenden Präventionsträger		1
Evaluation	der Interventions- maßnahmen	der intervenierenden Präventionsträger	vom Finanzierungsträger der Intervention		1
Evaluation	der Interventions- maßnahmen	der intervenierenden Präventionsträger	durch einen externen Evaluati- ons- träger	für den intervenie- renden Präventions- träger	2
Evaluation	von Bildungsange- boten	für die Mitglieder der intervenierenden Berufsgruppe	von einem Fachverband	für den eigenen Bil- dungsträger des Fachverbandes	1

Fortbildung	für die Weiterqualifizierung	der Mitglieder der intervenierenden Berufsgruppe	vom jeweiligen Berufsverband	für die Einzelmitglieder des Berufsverbandes	3
Fragebogen	zur Evaluation von Bildungsangeboten	für die Mitglieder der intervenierenden Berufsgruppe	vom jeweiligen Berufsverband	für den eigenen Bildungsträger des Berufsverbandes	1
Fragebogen	zur Evaluation von Interventionsmaßnahmen	für die Zielgruppe im Setting	vom Finanzierungsträger des Präventionsprojektes		1
Fragebogen	zur Evaluation von Interventionsmaßnahmen	für die Zielgruppe im Setting	vom intervenierenden Präventionsträger		6
Leitfaden oder Handbuch	zu Interventionsmaßnahmen	der Mitglieder der intervenierenden Berufsgruppe	vom jeweiligen Berufsverband	für die Einzelmitglieder des Berufsverbandes	1
Leitfaden oder Handbuch	zu Interventionsmaßnahmen	der intervenierenden Präventionsträger	von einem Fachverband	für die intervenierenden Präventionsträger, die Mitglied im Verband sind	1
Leitfaden oder Handbuch	zur Selbstevaluation	der intervenierenden Präventionsträger	von einem Fachverband	für die intervenierenden Präventionsträger	1
Peer-Review-Verfahren	der Interventionsmaßnahmen	der intervenierenden Präventionsträger	durch einen Fachverband	für die intervenierenden Präventionsträger	1

Peer-Review-Verfahren	der Interventionsmaßnahmen	der intervenierenden Präventionsträger	durch den zuständigen Fachausschuss	des Finanzierungsträgers des Präventionsprojektes	1
Qualitätsentwicklungsprogramm	für die Struktur- und Prozessqualität	der intervenierenden Präventionsträger	durch einen Fachverband	für die intervenierenden Präventionsträger, die Mitglied im Verband sind	2
Qualitätsentwicklungsprogramm	für die Struktur- und Prozessqualität	für intervenierenden Präventionsträger	vom intervenierenden Präventionsträger		1
Richtlinie	für die Ausbildung	der Mitglieder der intervenierenden Berufsgruppe	vom jeweiligen Berufsverband	für die Berufsbildungsträger	1
Richtlinie	für die Fortbildung	der Mitglieder der intervenierenden Berufsgruppe	vom Finanzierungsträger des Präventionsprojektes	für den eigenen Bildungsträger des Finanzierungsträgers	1
Richtlinie	für ethisches Verhalten	der Mitglieder der intervenierenden Berufsgruppe	vom jeweiligen Berufsverband	für die Einzelmitglieder des Berufsverbandes	1
Richtlinie	für Interventionsmaßnahmen	der Mitglieder der intervenierenden Berufsgruppe	vom jeweiligen Berufsverband	für die Einzelmitglieder des Berufsverbandes	4
Richtlinie	für Interventionsmaßnahmen	der intervenierenden Präventionsträger	von einem Fachverband	für die intervenierenden Präventionsträger, die Mitglied im Verband sind	1

Supervision/ Mentoring	der Interventionsmaßnahmen	der Mitglieder der intervenierenden Berufsgruppe	durch den jeweiligen Berufsverband	für die Auftraggeber und/oder Arbeitgeber der Einzelmitglieder des Berufsverbandes	1
Vernetzung	zum Erfahrungsaustausch	der intervenierenden Präventionsträger	durch einen Fachverband	für die intervenierenden Präventionsträger, die Mitglied im Verband sind	2
Zertifizierung	der Interventionsmaßnahmen	der intervenierenden Präventionsträger	durch eine externe Zertifizierungsstelle	für den intervenierenden Präventionsträger	3
Zertifizierung	der Interventionsmaßnahmen	der intervenierenden Präventionsträger	durch einen Fachverband	für die intervenierenden Präventionsträger, die Mitglied im Verband sind	2
Gesamt					45

Forschungsgruppe Public Health

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health untersucht und beeinflusst epidemiologisch fassbare Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Interventionen sind sowohl vor als auch nach Eintritt von Erkrankungen bzw. Behinderungen von gesundheitlichem Nutzen. Insofern erstreckt sich der Gegenstandsbereich von Public Health sowohl auf Prävention als auch auf Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die daraus herleitbaren Wahrnehmungsmuster, Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in nahezu alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche und Politikfelder integriert werden. Im Vergleich zum dominanten Umgang des Medizinsystems mit gesundheitlichen Risiken und Problemen beinhaltet Public Health tiefgreifende Veränderungen der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Steuerungslogik für die daran beteiligten Professionen und Institutionen. Die Forschungsgruppe untersucht fördernde und hemmende Bedingungen für Entstehung, Entwicklung und Wirkungen der mit Public Health intendierten sozialen Innovation.

Unter diesem Gesichtswinkel konzentrieren sich die überwiegend qualitativ ansetzenden und zum Teil international vergleichenden Arbeiten der Gruppe gegenwärtig auf Prävention und Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Organisationslernen (z. B. in Betrieben, Stadtteilen und Institutionen) sowie durch zielgruppenspezifische Kampagnen (v. a. HIV/Aids) und auf Veränderungen im Bereich der Krankenversorgung (an den Beispielen Integrierte Versorgung und Krankenhaussteuerung).

Homepage: <http://www.wzb.eu/bal/ph>

Wissenschaftliche Mitglieder der Forschungsgruppe:

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Leiter)

Dr. Michael Bochow

Dr. med. Anja Dieterich, MPH

Katrin Falk, M. A.

Susanne Hartung, Dipl.-Soz.

Dr. Susanne Kümpers, MPH

Stefanie Lenuweit, Dipl.-Soz.

Jeannette Zsusza Madarász, PhD

Dr. Hella von Unger

Barbara Weigl, Dipl.-Päd./Dipl.-Geront.

Prof. Dr. Michael T. Wright LICSW, MS

Papers der Forschungsgruppe Public Health

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Reichpietschufer 50

10785 Berlin

Tel: 030 25491-577 Fax: 030 25491-556

WZB Public Health Homepage: <http://www.wzb.eu/bal/ph/publikationen.de.htm>

Auf der Homepage sind Abstracts für die Papers ab 1995 einzusehen.

2010

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2010-301	Doris Schaeffer/ Martin Moers/ Klaus Hurrelmann	Public Health und Pflegewissenschaft – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren
SP I 2010-302	Michael Noweski	Zur Ausreifung des Politikfeldes Public Health
SP I 2010-303	Jens Holst	Patient Cost Sharing – Reforms without Evidence

2009

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2009-301	Michael Bochow/ Axel J. Schmidt/ Stefanie Grote	„Das schnelle Date“ – Internetgestützte Sexualekontakte und HIV-Infektionsrisiko. Ergebnisse einer 2006 durchgeführten Internetbefragung
SP I 2009-302	Michael Noweski	Policy Learning im Politikfeld Primärprävention
SP I 2009-303	Axel J. Schmidt/ Michael Bochow	Trends in Risk Taking and Risk Reduction Among German MSM. Results of Follow-Up Surveys „Gay Men and AIDS“ 1991–2007
SP I 2009-304	Michael Noweski	Primärprävention bei Kindern in Deutschland – Bestandsaufnahme und Kritik

2008

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2008-301	Susanne Kümpers	Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Prävention
SP I 2008-302	Fabian Engelmann/ Anja Halkow	Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung
SP I 2008-303	Rolf Rosenbrock	Primärprävention – Was ist das und was soll das?
SP I 2008-304	Michael Noweski	Ausreifung von Politikfeldern – Metapher oder Theorie?
SP I 2008-305	Jens Holst	Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Überarbeitete und aktualisierte Fassung des WZB Discussion Papers SP I 2007-304
SP I 2008-306	Lars E. Kroll/ Thomas Lampert/Cornelia Lange/Thomas Ziese	Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung
SP I 2008-307	Hella von Unger/Michael T. Wright (Hg.)	„An der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis“ – Dokumentation einer Tagung zu partizipativer Forschung in Public Health

2007

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2007-301	Sebastian Klinke	Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern, Teil II
SP I 2007-302	Marc Suhrcke/Dieter Urban/Kim Moesgaard Iburg/David Schwappach/Till Boluarte/Martin McKee	The economic benefits of health and prevention in a high-income country: the example of Germany
SP I 2007-303	Hella von Unger/Martina Block/Michael T. Wright	Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht
SP I 2007-304	Jens Holst	Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz!
SP I 2007-305	Susanne Kämpfers	Nationale und lokale Pfadabhängigkeit: Die Steuerung integrierter Versorgung. Institutionenorientierte Studien in England und den Niederlanden am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Demenz
SP I 2007-306	Edward Velasco	Behavioural surveillance and HIV prevention in men who have sex with men. Reports from Australia, Belgium, Canada, France, Germany, Switzerland, the United Kingdom, and the United States

2006

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2006-301	Martina Block	Qualitätssicherung der Primärprävention im Fokus. Eine Untersuchung zu Erfahrungen und Wünschen der Aids-Hilfen in Deutschland
SP I 2006-302	James I. Martin	Jenseits der Homosexualität? Zur Zukunft der HIV-Prävention für schwule Männer Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock und einer Replik von Michael T. Wright
SP I 2006-303	Hagen Kühn	Der Ethikbetrieb in der Medizin Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung
SP I 2006-304	Werner Maschewsky	„Healthy public policy“ – am Beispiel der Politik zu Umweltgerechtigkeit in Schottland
SP I 2006-305	Hartmut Reiners	Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen
SP I 2006-306	Eva Barlösius/ Regine Rehaag (Hg.)	Skandal oder Kontinuität - Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock
SP I 2006-307	Michael Noweski/ Fabian Engelmann	Was ist Gesundheitspolitik? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen Beitrages zur Gesundheitssystemforschung
SP I 2006-308	Zsofia Nemeth	HIV-Primärprävention in Osteuropa. Ein Vergleich der HIV-Primärpräventionsstrategien von Estland, Polen und Ungarn. Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock

SP I 2006-309	Sebastian Klinke/ Hagen Kühn	Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004
SP I 2006-310	Anja Dieterich	Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll ...
SP I 2006-311	Petra Buhr/ Sebastian Klinke	Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien
SP I 2006-312	Michael T. Wright/ Michael Noweski	Internetstricher. Eine Bestandsaufnahme der mann-männlichen Prostitution im Internet
SP I 2006-313	Michael Noweski/ Michael T. Wright	Aids-Forschung im Internet. Erfahrungen aus einer Studie zur mann-männlichen Prostitution.

2005

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2005-301	Hildegard Theobald	Social exclusion and social care for the elderly. Theoretical concepts and changing realities in European welfare states
SP I 2005-302	Verena Mörath	Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994 – "So ein Wurf wie der Trimmy gelingt nur einmal im Leben"
SP I 2005-303	Sebastian Klinke	Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischem Wandel im Gesundheitswesen – Auswirkungen der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten von Chefärzten im Bundesland Bremen
SP I 2005-304	Michael T. Wright/ Martina Block	Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention
SP I 2005-305	Jens-Uwe Niehoff	Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zwischen Korporatismus und Wettbewerb

2004

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2004-301	Werner Maschewsky	Umweltgerechtigkeit. Gesundheitsrelevanz und empirische Erfassung
SP I 2004-302	Hildegard Theobald	Care services for the elderly in Germany. Infrastructure, access and utilisation from the perspective of different user groups
SP I 204-303	Klaus Priester	Aktuelle und künftige Dimensionen demenzieller Erkrankungen in Deutschland – Anforderungen an die Pflegeversicherung
SP I 204-304	Michael Noweski	Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens

2003

Nr.	Verfasser	Titel
SP I 2003-301	Thomas Gerlinger	Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996
SP I 2003-302	David Klemperer	Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen – Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation
SP I 2003-303	Hans-Jürgen Urban	Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System

2002

Nr.	Verfasser	Titel
P02-201	Nicola Wolf	Krankheitsursachen Gene. Neue Genetik und Public Health
P02-202	Christa Brunswicker	Information und Dokumentation für New Public Health. Informationsströme, Akteure und Institutionen am Beispiel BSE (Bovine Spongiforme Enzephalopathie) und vCJK (Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit)
P02-203	David Klemperer	„Die Öffentlichkeit schützen und den Berufsstand anleiten“ – Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada
P02-204	Thomas Gerlinger	Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel

2001

Nr.	Verfasser	Titel
P01-208	Uwe Lenhardt	Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege? Dokumentation eines Workshops am 5.4.01 in Magdeburg
P01-207	Susanne Jordan	Violence and Adolescence in Urban Settings: A Public Health Approach Based on the MLIVEA Framework
P01-206	Hans-Jürgen Urban	Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit – Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende
P01-205	Michael Simon	Die Ökonomisierung des Krankenhauses – Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen
P01-204	Hagen Kühn	Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung
P01-203	Uwe Lenhardt	Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in Bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit
P01-202	Hagen Kühn	Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive: Dimension und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses
P01-201	John Harrington	A contingent Value? The Changing Role of Autonomy in Law on AIDS