



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

Verständigungsprozess zu Qualitätskriterien in der Übergewichtsprävention bei Kindern – eine Träger- und Expert_innenbefragung (PräKIT)

Abschlussbericht

Projektleitung: Prof. Dr. Bär, Gesine; Prof. Dr. Voss, Anja

Projektmitarbeitende: Dr. Noweski, Michael; Ihm, Maria (M.A.); Fricke, Laura

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Gesine Bär
Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin
Tel. 030-99245-543
E-Mail: baer@ash-berlin.eu

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Zuwendung des Bundes aus Kapitel 15 04 Titel 686 04 im Haushaltsjahr 2016

Förderung der Kindergesundheit

Aktenzeichen: ZMVI1-2516KIG003
Laufzeit: 15.06.2016 - 15.12.2016
Fördersumme: 62.903,00 €

Inhalt

Zusammenfassung	3
1 Einleitung	4
1.1 Ausgangslage des Projektes	4
1.2 Projektziele.....	5
1.3 Projektstruktur und Verantwortlichkeiten.....	6
2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	7
2.1 Feldzugang	7
2.2 Expert_innenstatus	9
2.3 Sampling.....	10
2.4 Datenerhebung	12
2.5 Datenauswertung.....	13
3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	17
4 Ergebnisse	18
4.1 Bedarfe/ Erfordernisse an Träger übergreifenden Standards für Maßnahmenqualität	18
4.2 Aktuelle handlungsleitende Standard setzende Dokumente	19
4.3 Vernetzung, Kooperation und gegenseitige Bezugnahme unter den Akteur_innen	20
4.4 Den Verständigungsprozess gestaltende Akteure und Akteurinnen	21
4.5 Herausforderungen für die weitere Vereinheitlichung von Standards	21
4.5.1 Prioritäre Inhalte der Standards.....	21
4.5.2 Settinggrenzen als Herausforderungen für allgemeine Standards.....	22
4.5.3 Verbindlichkeit	22
5 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung	23
6 Gender Mainstreaming Aspekte	26
7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse	27
8 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)	28
9 Literaturverzeichnis.....	29
Anlagen.....	31
Anlagen (als separate Dokumente)	35

Zusammenfassung

Das Forschungsprojekt analysierte die Perspektiven von Akteurinnen und Akteuren im Standardisierungsprozess der Übergewichtsprävention bei Kindern in Deutschland. Der Bedarf für diese Analyse resultierte u.a. aus den Ergebnissen des Vorgängerprojekts QuAK „Qualitätsstandards der Adipositas-Prävention bei Kindern – Eine Bestandsaufnahme“ (Bär et al. 2016a und 2016b). Hier wurde aufgezeigt, dass in den letzten Jahren eine beachtliche Anzahl Standard setzender Dokumente publiziert wurde, die konkrete Kriterien für Maßnahmenqualität vorgeben, allerdings nur selten spezifisch für Übergewichtsprävention bei Kindern. Die Inhalte der Dokumente variierten, was die Fragen aufwarf, ob die Qualitätsentwicklung der Träger konvergiert oder sich unabhängig voneinander und trägerspezifisch entwickelt, ob gemeinsame Standards erwünscht sind und in welcher Weise diese erreicht werden könnten.

Die Datenerhebung erfolgte in Form teilstandardisierter Expert_innen-Interviews auf Basis eines Leitfadens. Das qualitative Vorgehen bot die Möglichkeit, spezifisches und konzentriertes Wissen sachkundiger Akteur_innen des Untersuchungsfeldes abzufragen. Es wurden 23 Interviews geführt, als Audio-Dateien aufgezeichnet, transkribiert und unter Verwendung der Software MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet.

Die Befragung lässt einen Konsens- und Standardisierungsprozess insoweit erkennen, als dass eine positive Grundeinstellung zur Standardisierung der Maßnahmenqualität der gesundheitlichen Primärprävention deutlich wird und einige der Standard setzenden Dokumente bei vielen Organisationen bekannt und anerkannt sind. Bei allen befragten Akteur_innen gab es zudem ein Interesse an mehr Vernetzung und einem Konsensprozess zur Formulierung Träger übergreifender Standards. Die Vertreter_innen der Organisationen hielten einen längerfristigen und komplexeren Abstimmungsprozess, der die Praxisebene einbindet, für notwendig. Die Entwicklung eines geeigneten Formates für diesen Prozess steht allerdings noch aus.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage des Projektes

Das vorliegende Projekt baute auf den Ergebnissen des Projektes „Qualitätsstandards der Adipositas-Prävention bei Kindern – Eine Bestandsaufnahme“ (Bär et al. 2016b) auf. Dieses hatte gezeigt, dass sich in der gesundheitlichen Primärprävention in Deutschland ein vielstimmiger Standardisierungsprozess vollzieht.

Wissenschaftler_innen sowie Kosten- und Maßnahmenträger formulieren und publizieren Qualitätsstandards setzende Dokumente. Die Analyse der Dokumente zeigte grundsätzliche Übereinstimmungen hinsichtlich des Qualitätsbegriffs und der verwendeten Qualitätsdimensionen, allerdings existieren innerhalb des Qualitätsdiskurses verschiedene inhaltliche Diskussionsstränge nebeneinander, so z. B. der spezifisch auf Adipositas und Übergewicht bezogene Strang, der allgemeine zu Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie verschiedene setting- und handlungsfeldbezogene Stränge.

Auch bei den Qualitätskriterien gab es Schnittmengen. Allerdings waren die formulierten Qualitätskriterien vielfach nicht auf die Zielgruppe der Kinder zugeschnitten, es mangelte an einer einheitlichen Standardisierung der Qualitätskriterien und an geeigneten Voraussetzungen für eine systematische und nachhaltige Umsetzung der Standards. Es ließen sich zwar unterschiedliche Schwerpunkte und Förderungsverständnisse feststellen, aber keine konkurrierenden Konzepte. Kontroversen zwischen den Autor_innen waren nicht erkennbar. Die Übereinstimmungen in Form und Inhalt ließen eine wechselseitige Rezeption der Publikationen vermuten, die in den Dokumenten allerdings meist nicht explizit war. Im Detail unterschieden sich die Dokumente aber noch deutlich. Einige Qualitätskriterien traten häufig auf und können als konsensfähig gelten, andere waren nur vereinzelt anzutreffen, obgleich sie gesundheitswissenschaftlich und ethisch bedeutsam erschienen. Aufgrund dieser Lücken konnte keines der bislang publizierten Dokumente als allumfassend angesehen werden. Hinsichtlich der Handhabbarkeit für die Praxis sind zu umfangreiche Qualitätskataloge vermutlich auch nicht zielführend.

Die Bestandsaufnahme ergab keine Hinweise darauf, warum viele Akteure keine eigenen Dokumente publiziert haben und warum die vorhandenen Kriterien-Kataloge wenig Einheitlichkeit aufwiesen. Mögliche Gründe dafür können ein frühes Entwicklungsstadium der Dokumente sein. Dieser Entwicklungsprozess vollzieht sich trotz der zentralen Position der BZgA augenscheinlich weitgehend dezentral, weil die Autor_innen nur bedingt vernetzt agieren. Außerdem schienen sich alle präventionspolitischen Gruppierungen und insbesondere die einzelnen Fach- und Berufsverbände auf der Ebene der Details eigene Prioritäten zu setzen und waren zudem spezifischen Rahmenvorgaben verpflichtet. Dennoch wird es für möglich erachtet, gemeinsame Standards auf abstrakter Ebene zu entwickeln, wie die „Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung“ der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) oder die des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ beispielhaft zeigen.

Trotz einiger Differenzen und Unklarheiten im Detail zeigt die vorliegende Bestandsaufnahme einen beträchtlichen Bestand gemeinsamer Qualitätskriterien. Allerdings ergab die Dokumentenanalyse keinen Aufschluss darüber, in welcher Weise die verschiedenen beteiligten Organisationen und Personen bei der Entwicklung ihrer Qualitätskonzepte und -standards sowie der Erstellung ihrer Dokumente im Austausch stehen und inwieweit die Autor_innen sich auf Ergebnisse vorausgegangener Publikationen stützen. Auch die Auswirkungen von Forschungsergebnissen und Publikationen aus

dem Ausland auf die Entwicklung von Qualitätskriterien und -standards in Deutschland ließen sich an dieser Stelle nicht rekonstruieren. Angesichts der Vielzahl Standard setzender Dokumente und der dezentralen Weiterentwicklung stellt sich folglich die Frage, wie ein Verständigungsprozess über gemeinsame Qualitätskriterien umsetzbar ist.

Die weitere gezielte Entwicklung von Qualitätsstandards setzt das Wissen um die Problemlagen, Einstellungen, Bedürfnisse und Handlungspotenziale der Kosten- und Maßnahmenträger voraus. Deshalb erschien eine Befragung von Vertreter_innen dieser Organisationen notwendig. Ein wichtiger Zusatzeffekt einer Befragung war zudem die Sensibilisierung für das Thema Qualitätsentwicklung in den Handlungsfeldern der Übergewichtsprävention.

1.2 Projektziele

Das Projekt verfolgte das übergeordnete Ziel, die Voraussetzungen für einen Standardisierungsprozess zu Qualitätskriterien in der Übergewichtsprävention bei Kindern zu erfassen. Die übergeordnete Zielperspektive war in mehrere Teilziele untergliedert (vgl. Abb.1).

Im Mittelpunkt stand zunächst die Ermittlung orientierungsleitender Qualitätsstandards der Kosten- und Maßnahmenträger bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Übergewichtsprävention bei Kindern (Ziel 1). Dafür waren die von den Kosten- und Maßnahmenträgern tatsächlich genutzten Standard setzenden Dokumente von Interesse (Teilziel 1). Daneben sollten von den Akteuren des Untersuchungsfeldes Bedarfe und Wünsche nach Vereinheitlichung der Qualitätsstandards in der gesundheitlichen Primärprävention gleichermaßen ermittelt werden wie die Präferenzen mit Blick auf eine kooperative Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards. Des Weiteren sollten Informationen zu den Einstellungen zu Qualitätswettbewerb in der Primärprävention seitens der Kosten- und Maßnahmenträger eingeholt und vorhandene Ressourcen sowie Unterstützungs- und Förderungsbedarfe bei der Qualitätssicherung identifiziert werden (Teilziel 2). Das abschließende Ziel bestand in der Analyse der Daten und der Dokumentation des theoretischen und empirischen Vorgehens (Ziel 2).

Abb. 1: Projektziele

Ziele	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
Ziel 1	
Ermittlung der orientierungsleitenden Qualitätsstandards der Kosten- und Maßnahmenträger bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Übergewichtsprävention bei Kindern	
Teilziel 1	
Ermittlung der von den Kosten- und Maßnahmenträgern tatsächlich genutzten Standard setzenden Dokumente	Abstimmung der zentralen Akteur_innen mit dem BMG Telefonische Befragung von Vertreter_innen der relevanten Kosten- und Maßnahmenträger

Teilziel 2	
Einschätzung von Bedarfen und Wünschen der Kosten- und Maßnahmenträger nach Vereinheitlichung der Qualitätsstandards in der gesundheitlichen Primärprävention	Interviews mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten der Maßnahmenträger
Ermittlung von Präferenzen der Kosten- und Maßnahmenträger mit Blick auf eine kooperative Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards verschiedener Organisationen	
Informationen zu den Präferenzen der Maßnahmenträger im Hinblick auf die Aufsicht über die Qualität in der Primärprävention	
Informationen zu den Einstellungen zu Qualitätswettbewerb in der Primärprävention seitens der Kosten- und Maßnahmenträger	
Ermittlung von vorhandenen Ressourcen sowie Unterstützungs- und Förderungsbedarfen bei der Qualitätssicherung	
Einstellungen zu spezifischen Standards in der Übergewichtsprävention bei Kindern	
Ziel 2	
Zusammenfassende Analyse	Projektbericht

1.3 Projektstruktur und Verantwortlichkeiten

Prof. Dr. Gesine Bär und Prof. Dr. Anja Voss hatten die Projektleitung, -koordination und -organisation inne. Dazu gehörten die Planung und Weiterentwicklung der Aufgaben und Arbeitsabläufe, die Projektablaufkontrolle inkl. der gesetzten Meilensteine und Leistungen sowie die Verwaltung der projekteigenen Infrastruktur. Während die Koordination administrativer Angelegenheiten mit dem Mittelgeber primär im Verantwortungsbereich von Frau Prof. Dr. Bär angesiedelt war, oblag Frau Prof. Dr. Voss die Koordination mit der Verwaltung der ASH. Die Finanz- und Ressourcenplanung wurde gemeinschaftlich erstellt und umfasste die Planung interner Budgetierung gemäß der Finanzpläne und im Falle der Finanzplanabweichung die Abstimmung mit dem Zuwendungsgeber und der Drittmittelverwaltung der Hochschule, Einleitung von Maßnahmen wie Mittelumwidmung, Mittelverschiebung oder Projektverlängerung. Die wissenschaftliche Ebene wurde von beiden Leiterinnen mit den entsprechenden Expertisen in unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen, Kontakten zu verschiedenen Scientific Communities und Schwerpunkten in methodischen Verfahren abgedeckt.

Die wissenschaftlichen Projektmitarbeiter_innen Dr. Michael Noweski und Maria Ihm (M.A.) führten die projektierten Erhebungs- und Auswertungsschritte durch. Während Maria Ihm die Logistik der Interviews organisierte und koordinierte, die Kommunikation mit den Interviewpartner_innen innehatte und einige der Interviews führte, wurde die Mehrzahl der Expert_innengespräche von Dr. Michael Noweski geführt. In den Zuständigkeitsbereich der wissenschaftlichen Mitarbeiter_innen fielen neben administrativen Tätigkeiten zudem die computergestützte Auswertung des erhobenen Datenmaterials und die Projektdokumentation, wozu u.a. die Unterstützung bei der Erstellung des Abschlussberichtes sowie die Vorbereitung von Publikationen gehörten.

Die studentische Mitarbeiterin Laura Fricke unterstützte die Projektleitung und die wissenschaftlichen Mitarbeiter_innen bei allen anfallenden, allgemeinen Aufgaben im Projekt, insbesondere bei der Verwaltung des Interviewmaterials und der Organisation und Koordination der Interview-Transkription. Außerdem wirkte sie bei der Datenerhebung und -auswertung sowie der Erstellung von Dokumentationen und Publikationen mit.

2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Um orientierungsleitende Qualitätsstandards der Kosten- und Maßnahmenträger bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Übergewichtsprävention bei Kindern sowie die damit verbundenen Probleme und spezifischen Bedarfe in der Tiefe erfassen zu können, wurde das qualitative Interview gewählt. Die Datenerhebung erfolgte in Form teilstandardisierter Expert_innen-Interviews auf Basis eines Leitfadens. Das qualitative Vorgehen entsprach dem fokussierten problemzentrierten Interview (PZI). Das Erhebungsverfahren des PZI bot die Möglichkeit des Dialogs zwischen Interviewer_in und Expert_in. Den Teilnehmer_innen wurde Anonymität zugesichert.

2.1 Feldzugang

Das Sampling für die Durchführung der qualitativen Interviews sollte 20 Expert_innen umfassen. Dies erschien eine der Kürze der Projektlaufzeit angemessene und realistische Größe zu sein. Um die angestrebten 20 Interviews führen zu können, erschien es notwendig, Vertreter_innen von mindestens 90 Organisationen einzuladen.

In einem ersten Schritt wurde ein Set relevanter Organisationen auf der Basis externer Listen erstellt. Dabei wurde auf die Organisationen rekurriert, die bereits im Vorgängerprojekt „QuAK“ Bezüge zur Übergewichtsprävention bei Kindern gezeigt hatten:

- Mitgliederliste des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge
- Mitgliederliste der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung
- Mitgliederliste der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
- Liste der eingeladenen sachverständigen Organisationen zur Erörterung des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention am 26.11.2014 im Bundesministerium für Gesundheit
- Liste der Organisationen, die schriftliche Stellungnahmen zur Erörterung des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention am 26.11.2014 im Bundesministerium für Gesundheit eingebracht haben

Die aus diesen Listen ausgewählten Organisationen wurden durch weitere ergänzt. Die zwölf gesetzlichen Krankenkassen mit den meisten Mitgliedern und der Spitzenverband der gesetzlichen Kran-

kenkassen wurden vorgesehen, um die Sichtweise der Kostenträger zu erfassen. Weiterhin wurden Organisationen aufgenommen, die bei ähnlichen Projekten als sprachfähig zum Thema Qualität in der Primärprävention aufgefallen waren (vgl. Wright et al. 2012; Grossmann/ Noweski 2016). Darunter waren Organisationen, die im Vorgängerprojekt QuAK durch besonders gehaltvolle Standard setzende Dokumente herausragten (Bär et al. 2016a: Tab. 3). Die so erstellte Liste wurde entsprechend folgender Ein- und Ausschlusskriterien selektiert:

Einschlusskriterien

- Bezug zur gesundheitlichen Primärprävention
- Bezug zur Übergewichtsprävention bei Kindern nicht auszuschließen

Ausschlusskriterien:

- Kein Bezug zur Übergewichtsprävention bei Kindern anzunehmen
- Landesebene und kommunale Ebene zurückgestellt, wenn Bundesebene vorhanden

Wie an den Ausschlusskriterien erkennbar ist, lag der Schwerpunkt zunächst auf Akteuren der Bundesebene. Diese Priorität war nicht allein dem Umstand geschuldet, dass die kurze Projektlaufzeit nur eine begrenzte Anzahl von Expert_innen-Interviews zuließ. Vielmehr war anzunehmen, dass sich an einem Verständigungsprozess über Qualitätsstandards vorwiegend Akteure der Bundesebene beteiligen würden. Es war aber vorgesehen, diese Befragungsteilnehmer_innen selektiv durch Organisationen der Landesebene zu ergänzen, wenn Hinweise auf besondere Kompetenzen zu Maßnahmenqualität und Praxiserfahrungen zum oben genannten Handlungsfeld erkennbar werden würden. Zudem wurden die Landesvereinigungen für Gesundheit a priori als wichtig eingeschätzt, weil sie als intermediäre Organisationen zwischen Bundes- und Landesebene sowie lokaler Praxisebene fungieren. Auch bei den gesetzlichen Krankenkassen wurden regional organisierte AOKen angesprochen, da hier maßgeblich eigene Präventionsmaßnahmen und -programme unterstützt werden.

Im zweiten Schritt erfolgte die Kontaktaufnahme zu den ermittelten Organisationen über ein Anschreiben. Inhalt des Schreibens war eine Kurzbeschreibung des Forschungsanliegens sowie die Anfrage nach einem oder einer geeigneten Interviewpartner_in innerhalb der jeweiligen Organisation. Zusätzlich wurde dem Brief ein Flyer, mit einer Kurzdarstellung des zugrunde gelegten Vorgängerprojektes, beigefügt. Dieses Anschreiben wurde postalisch an 92 Organisationen und Akteure der zusammengestellten Samplingliste versendet. Adressiert wurde jeweils die Geschäftsführung oder der Geschäftsvorstand. Bei 14 Organisationen war bereits bekannt, welcher Experte oder welche Expertin der/die geeignete Ansprechpartner_in ist. Zu diesen Personen wurde der Kontakt persönlich per Telefon oder E-Mail aufgenommen. Zum Teil reagierten die postalisch oder telefonisch angefragten Personen eigeninitiativ und meldeten sich direkt für eine Terminvereinbarung, andere übermittelten eine Absage.

Der dritte Schritt umfasste die telefonische Kontaktaufnahme zu den postalisch angeschriebenen Organisationen. Für diesen Schritt wurde im Vorfeld ein Gesprächsleitfaden formuliert. Das Ziel der Telefongespräche mit den Ansprechpartner_innen bestand darin, die relevanten Expert_innen der Organisationen, die eine Beteiligung signalisiert hatten, zu identifizieren. Das heißt, das Sampling wurde neben der direkten Ansprache von Expert_innen durch Gatekeeper generiert (Reinders 2005: 139 ff.), die z.B. auf weitere potentielle Expert_innen verweisen konnten. Außerdem wurde die Liste der zu befragenden Organisationen während der Interview-Phase im Sinne einer induktiven Stichprobenziehung nach dem Schneeballprinzip ergänzt. Das heißt, Interviewteilnehmer_innen wurden nach weiteren möglichen Interviewpartner_innen gefragt, andere hingegen wurden zurückgestellt,

da ihre Aktivitäten und Kompetenzen eher im Bereich der Praxisebene (z.B. Durchführung von Kursen) lagen (Reinders 2005: 141 f.). Im Rahmen des telefonischen Nachfassens erklärten 32 Expert_innen ihre Bereitschaft an einem Interview teilzunehmen. Aufgrund der begrenzten Projektressourcen und der unerwartet hohen Teilnahmebereitschaft des Feldes konnten nicht alle interessierten Akteur_innen in die Befragung einbezogen werden.

In einem vierten Schritt wurden die zu befragenden Interviewpartner_innen auf der Basis des vorab definierten Expert_innenstatus festgelegt (vgl. Kap 3.1.1). Dafür wurde zunächst das für die Beantwortung der Forschungsfragen relevante Expert_innenwissen festgelegt. Dieser Schritt hatte einerseits Einfluss auf die Auswahl der geeigneten Expert_innen, denn die Arten des verfügbaren Expert_innenwissens sind im Falle der vorliegenden Studie in der Regel eng an die beruflichen Positionen und Erfahrungen der Befragten gebunden. Andererseits wirkt sich die Festlegung des fokussierten Expert_innenwissens auf die Gestaltung des Interviewleitfadens aus. Nach Prüfung der Passung zwischen dem vorab festgelegten Expert_innenstatus und denjenigen Akteur_innen, die Bereitschaft zur Interviewteilnahme signalisiert hatten, wurden diejenigen Personen, die dem Passungsverhältnis am wenigsten gerecht wurden oder bei denen sich ein Interviewtermin logistisch oder zeitlich als schwierig gestaltete, aus dem Sampling rausgenommen. Schlussendlich wurden 23 Interviews mit 27 Expert_innen aus unterschiedlichen Organisationstypen geführt. So waren sowohl Vertreter_innen von Wohlfahrtsverbänden und Gebietskörperschaften als auch von Sozialversicherungsträgern, Berufs- und Fachverbänden vertreten (vgl. Abb. 2).

2.2 Expert_innenstatus

Zur bestmöglichen Beantwortung der Forschungsfragen war es entscheidend, innerhalb der Organisationen die richtigen Gesprächspartner_innen zu finden. Dies machte eine Definition des Expert_innenstatus notwendig.

Für die gezielte Entwicklung von Qualitätsstandards in der Prävention von Übergewicht bei Kindern sollte die vorliegende Studie spezifisches und vertiefendes Wissen um die Problemlagen, Einstellungen, Bedürfnisse und Handlungspotentiale der Kosten- und Maßnahmenträger hervorbringen. Aus diesem Grund lag der Fokus vorrangig auf dem *Handlungswissen* der befragten Akteure und Akteurinnen. Da es sich beim Verständigungsprozess um Qualitätsstandards in der Übergewichtsprävention bei Kindern jedoch um einen organisationsübergreifenden Prozess handelt, war für diese Studie gleichzeitig das *Funktionswissen* der Interviewpartner_innen von Bedeutung. Dementsprechend wurden die Fragen im Interviewleitfaden so gestaltet, dass die Befragten angeregt wurden zu beiden Wissensformen Auskunft zu geben.

Nach Meuser/ Nagel (2009) verfügt ein Experte oder eine Expertin über Wissen, „das sie zwar nicht notwendigerweise alleine besitzt, das aber doch nicht jedermann in dem interessierenden Handlungsfeld zugänglich ist“ (Meuser/ Nagel 2009: 467). Der/die Expert_in sollte eine, in der jeweiligen Organisation typische Problemperspektive oder -theorie sowie typische Entscheidungsstrukturen repräsentieren (vgl. ebd.: 469). Weiterhin ist laut Meuser/ Nagel (2009) Experte oder Expertin „wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Ausarbeitung, die Implementierung und/oder die Kontrolle einer Problemlösung, und damit über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen, Soziallagen, Entscheidungsprozesse, Politikfelder usw. verfügt“ (ebd.: 470).

An diese Überlegungen anschließend wurde der Expert_innenstatus für das vorliegende Projekt wie folgt definiert:

Als Experte bzw. Expertin wurden solche Personen gesehen, die über *Handlungswissen* um alltägliche Arbeitsabläufe, Kommunikation und Interaktion in diesem Handlungsfeld verfügen sowie über *Funktionswissen*, als ein durch Erfahrung und Qualifizierung erworbenes, organisationsübergreifendes Wissen, über die formalen Entscheidungsstrukturen bei den Maßnahmen- und Kostenträgern. *Handlungswissen* meint in der vorliegenden Studie das Wissen um formale und inhaltliche Abläufe, bezüglich des Handlungsfeldes der Qualitätsstandards in der Primärprävention, innerhalb der eigenen Organisation bzw. hinsichtlich der eigenen beruflichen Position. *Funktionswissen* meint: Das Wissen um thematische und institutionalisierte Verbindungen und Zusammenhänge zu anderen Organisationen im Handlungsfeld des primärpräventiven Qualitätsdiskurses, d.h. organisationsübergreifendes Wissen, um formale und inhaltliche Abläufe im genannten Handlungsfeld.

Expert_innen innerhalb der Organisationen waren Personen, die übergeordnetes Wissen um die Umsetzung von verschiedenen Präventionsmaßnahmen hatten, aber selbst nicht auf der Ebene der praktischen Umsetzung von primärpräventiven Maßnahmen tätig waren. Mögliche berufliche Positionen der Expert_innen in den jeweiligen Organisationen sollten Qualitäts-, Präventions- oder Settingbeauftragte_r, Beauftragte_r für Gesundheitsförderung oder Gesundheitsmanagement, die Geschäftsführung, Vorstandvorsitzende_r oder ähnliche Funktionen sein.

2.3 Sampling

Der Rücklauf auf die Interviewanfrage war unerwartet hoch und es lagen 32 Einwilligungen für Interviewtermine vor. Aufgrund der kurzen Projektlaufzeit und der Planung von 20 Interviews konnte jedoch nicht mit allen Interessierten ein Interview geführt werden.

In der Zeit von Juni bis September 2016 wurden bundesweit 26 Interviews mit Expert_innen, welche in relevanten Organisationen im Handlungsfeld der Primärprävention tätig sind, durchgeführt (Abb. 2).

Von den insgesamt 26 geführten Befragungen konnten 23 audiodigital aufgezeichnet, transkribiert und ausgewertet werden. In zwei Fällen konnte aus technischen Gründen keine Aufzeichnung angefertigt werden und in einem Fall wurde die Aufzeichnung nicht gewünscht. Von diesen drei Expert_innenbefragungen wurden allgemeine Aussagenprotokolle angefertigt, die, zwar aufgrund der hohen Abweichung des Datenmaterialtyps nicht in den inhaltsanalytischen Auswertungsprozess einbezogen werden konnten, aber für die Interpretation den Datenkorpus ergänzten.

Abb. 2: Verteilung der inhaltsanalytisch ausgewerteten Interviews auf Organisationstypen

Organisationstyp	Interviews	Anzahl Personen
Wohlfahrtsverbände	3	4
Gebietskörperschaften	9	10
Sozialversicherungsträger	4	5
Berufsverbände	4	5
Fachverbände	3	3
	23	27

Die beruflichen Positionen der Interviewten entsprachen durchgängig denen der Expert_innendefinition (Kapitel 2.2). So wurden in den Organisationsgruppen Interviewpartner_innen nach Reputation und folgender Stellenpositionen befragt: drei Geschäftsführungen, drei Vorstandsvorsitzende oder -mitglieder, 11 Fachreferent_innen für Qualitätsentwicklung, -management, -

sicherung, Gesundheitsförderung, Gesundheit oder Prävention, fünf Fachgruppen- bzw. Ressortleiter_innen für Gesundheitsförderung, Prävention oder Qualitätsmanagement, drei Geschäftsstellenmitarbeiter_innen oder Projektverantwortliche sowie zwei Fachsprecher_innen für Kinder- und Jugendgesundheit (Abb.: 3). Alle Befragten verfügten über Handlungswissen. Das Funktionswissen korrelierte mit der Dauer der Betriebszugehörigkeit. Naturgemäß äußerten sich Befragte der Fachebene überwiegend zu gesundheitswissenschaftlichen Sachfragen. Befragte der Leitungsebene äußerten sich überwiegend zu politischen Prozessen.

Abb. 3: Berufliche Positionen der Befragten

Geschäftsführungen	3
Vorstandsvorsitzende oder –mitglieder	3
Fachreferent_innen für Qualitätsentwicklung, -management, -sicherung, Gesundheitsförderung, Gesundheit oder Prävention	11
Fachgruppen- bzw. Ressortleiter_innen für Gesundheitsförderung, Prävention oder Qualitätsmanagement	5
Geschäftsstellenmitarbeiter_innen oder Projektverantwortliche	3
Fachsprecher_innen für Kinder- und Jugendgesundheit.	2

Bei einigen Organisationen erforderte der vorab definierte Expert_innenstatus Schwierigkeiten. Ihnen war es nicht möglich nur einen/eine Mitarbeiter_in zu finden, welche_r dieser Expert_innenanfrage gerecht wird, weshalb sie mehrere Gesprächspartner_innen zur Verfügung stellten. Die Forscher_innen mussten sich in diesen Fällen den Bedingungen des Feldes anpassen und vier Gruppeninterviews mit zwei bis drei Interviewpartner_innen führen. Die befragten Expert_innen berichteten von Einstellungen und Handlungsressourcen in Organisationen, die zur Primärprävention bei Kindern arbeiten. Diese Organisationen sind eine kleine Stichprobe einer deutlich größeren Grundgesamtheit. Die Auswahl ist nicht repräsentativ. Sie ist jedoch von vorab definierten Kriterien geleitet. Diese folgend dem Erkenntniszweck der Untersuchung (vgl. Byrne 2001). Die Ausgewählten sind typisch für die Grundgesamtheit und erlauben zumindest eine begrenzte Generalisierung der Aussagen auf die Einstellungen in den nicht befragten Organisationen (vgl. Merrens 1997: 98). Dabei bestand ein Ziel der Zusammenstellung darin, die gesamte Breite des Spektrums verschiedener Akteure zu erfassen indem in den relevanten Merkmalen maximal kontrastiert wurde (Prinzip der Varianzmaximierung: Patton 2002). Die Wahrscheinlichkeit, für die Fragestellung bedeutsame Informationen nicht zu erheben, sollte dadurch minimiert werden (Reinders 2005: 134 ff.). Zielpunkt war die so genannte theoretische Sättigung, d.h. mit der Auswertung der Stichprobe sämtliche Eigenschaften der Organisationen sichtbar zu machen. Eine größere Stichprobe hätte keine weiteren theoretisch relevanten Unterschiede oder Ähnlichkeiten aufgedeckt. Mit der Größe der vorliegenden Stichprobe konnte die theoretische Sättigung jedoch nicht erreicht werden. Bis zum Abschluss der Datenerhebung kamen mit jedem Interview neue Aspekte hinzu. Diese hohe Varianz der Akteursperspektiven lässt sich auf das breite Spektrum, der in die Untersuchung einbezogenen Organisationstypen, zurückführen. Bei der Definition der Stichprobe wurden deduktive und induktive Sampling-Techniken kombiniert (vgl. Reinders 2005: 136 ff.).

2.4 Datenerhebung

Die Daten der vorliegenden Studie wurden mit dem Erhebungsinstrument des Expert_inneninterviews generiert. Nach einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Spektrum der möglichen Erhebungsmethoden erschien dieses Instrument als im besonderen Maße geeignet, um gewinnbringende Daten zur Beantwortung der Forschungsfragen zu erhalten. Es sollte spezifisches Wissen, verschiedener Expert_innen aus unterschiedlichen Organisationen erhoben werden. (vgl. Flick 2012: 216, 270; vgl. Meuser/ Nagel 2009: 466).

Das Anliegen der Studie, die Perspektiven und Positionen der relevanten Organisationen und Akteure, bezüglich eines Verständigungsprozesses zu Qualitätskriterien in der Übergewichtsprävention bei Kindern, zu erfassen, konnte eingelöst werden, indem Interviews mit geeigneten Repräsentant_innen der Organisationen geführt wurden. Dabei wurden die Befragten in ihrer spezifischen beruflichen Funktion, nicht in ihrer Funktion als Privatperson adressiert. Sie konnten organisationstypische Problemtheorien, Lösungswege und Entscheidungsstrukturen wiedergeben. (vgl. Meuser/ Nagel 2009: 469)

Der Pretest wurde in drei Interviews von zwei Projektmitarbeiter_innen mit jeweils einem Experten bzw. einer Expertin durchgeführt. Den Expert_innen war der Entwurf des Gesprächsleitfadens vorab zugesandt worden. Dieser hatte sich im Gespräch bewährt. Aufgrund der Erfahrungen in diesen Gesprächen und den Hinweisen der Expert_innen wurden die Anordnung der Items leicht modifiziert und kleinere Ergänzungen vorgenommen. Wegen der hohen Qualität der drei Interviews wurden diese in die Auswertung einbezogen.

Die Befragungen wurden von insgesamt drei Projektmitarbeiter_innen geführt. Auf den ersten Mitarbeiter entfielen 19, auf die zweite Mitarbeiterin drei und die dritte ein Interview. Die Interviews wurden jeweils von einem oder einer Interviewer_in allein moderiert. In einem Fall (Pretest) waren zwei Interviewer_innen an der Gesprächsführung beteiligt. Die Forscher_innen führten 19 Interviews in persönlichen Gesprächen bei den Befragten vor Ort durch und vier Interviews fanden telefonisch statt. Die Option der telefonischen Befragung musste in diesen Fällen genutzt werden, da sie expliziter Wunsch der zu befragenden Akteur_innen war oder ein Treffen aus verschiedenen organisations-technischen Gründen nicht möglich war. Es hat sich gezeigt, dass die Gesprächsführung bei Telefoninterviews für den/die Interviewer_in etwas schwieriger war, da die Möglichkeit, den Kontakt durch nonverbale Kommunikation aufrecht zu erhalten, wegfiel. Dennoch unterschied sich die Qualität des auf diese Weise generierten Datenmaterials nicht gewichtig von den übrigen Daten, weshalb die Telefoninterviews unbedenklich in die Auswertung einfließen konnten.

Das zentrale Steuerungsinstrument für den Ablauf der Interviews bildete der Leitfaden (Anlage 1). Ihm kam eine Steuerungsfunktion mit Blick auf die Gesprächsinhalte und ihre Abfolge sowie zur besseren Vergleichbarkeit des Datenmaterials zu. In allen Interviews wurde der gleiche Gesprächsleitfaden verwendet. Da sich das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie auf die Perspektiven und Einstellungen der im Handlungsfeld relevanten Akteure und Akteurinnen bezüglich des Diskurses zu

übergreifenden Qualitätskriterien in der Übergewichtsprävention bei Kindern richtete, war der Interviewleitfaden in folgende Oberthemen gegliedert¹ (Abb. 4):

Abb. 4: Gliederung des Interviewleitfadens nach Oberthemen

1 Bedeutung von Qualitätsstandards
2 Formulierung von Qualitätsstandards
3 Aufsicht
4 Standard setzende Dokumente
5 Kinderübergewicht
6 Schluss

Der Interviewleitfaden wurde in den einzelnen Interviews flexibel eingesetzt, da die Gesprächsdynamik möglichst nah an den spontanen Erzählabsichten der Befragten orientiert bleiben sollte. Auf diese Weise konnte garantiert werden, dass sich alle Interviewpartner_innen in der von ihnen bevorzugten thematischen Reihenfolge und zu allen relevanten Forschungsthemen des vorliegenden Projektes geäußert haben. Es entstand, trotz der vielen unterschiedlichen Akteursperspektiven, eine Vergleichbarkeit zwischen den Interviews.

In einem letzten Arbeitsschritt vor der Datenauswertung transkribierte eine extern beauftragte Person die 23 Audiodateien.

2.5 Datenauswertung

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, spezifische Perspektiven, Themen und Aspekte aus dem Datenmaterial herauszufiltern. Es sollte ein empirisch fundierter Gesamtüberblick über die momentane Situation und die aktuellen Einstellungen von im Handlungsfeld relevanten Akteuren mit Blick auf einen Verständigungsprozess zu Qualitätskriterien in der Übergewichtsprävention bei Kindern entstehen. Um diesem Anspruch gerecht werden zu können, wurde das Interviewmaterial theorie- und regelgeleitet sowie methodisch kontrolliert ausgewertet. Dafür wurde die Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) als geeignet ausgewählt. Dieses Vorgehen zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht nur die Aufdeckung gegenstandsbezogener Einzelfaktoren, sondern auch die Konstruktion möglicher Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Faktoren ermöglicht. Aus dem gesamten Datenmaterial wurden zunächst themenbezogene und für die Forschungsfragen relevante Textsegmente unter definierten Kodeüberschriften gesammelt. In weiteren Arbeitsschritten wurden die zu den Kategorien gehörenden Textsegmente paraphrasiert und abschließend kategorienbezogen zusammengefasst. (Mayring 2015: 99).

Von den drei möglichen Analysetechniken (vgl. ebd.) wurde zum einen mit der **Zusammenfassung** gearbeitet, die das Ziel verfolgt, das Interviewmaterial so zu abstrahieren, dass sowohl wesentliche

¹ Der ausführliche Gesprächsleitfaden befindet sich im Anhang dieses Berichts (Anlage 1).

Inhalte erhalten bleiben als auch gleichzeitig ein übersichtlicher ‚Datenfundus‘ angelegt werden kann, der der Übersicht über das Datenmaterial dient. Zum anderen wurde die **Strukturierung** eingesetzt und mit Hilfe von vorab festgelegten Kategorien bzw. Codes wurde das Interviewmaterial systematisch eingeschätzt und analysiert (ebd.).

Ein Qualitätskriterium der inhaltsanalytischen Auswertungsmethode nach Mayring (2015) besteht darin, dass zu Beginn ein systematisches und strukturiertes Ablaufmodell des Auswertungsprozesses festgelegt wird (vgl. ebd.: 61 ff., 103 ff.). Orientiert an zwei Vorlagen (ebd.: 98, Abb. 14; ebd.: 104, Abb. 16) wurde für das vorliegende Projekt das folgende individuelle Ablaufmodell zusammengestellt (Abb. 5):

Abb. 5: Ablaufmodell der Datenanalyse

Ablaufmodell der Datenanalyse	
1	Festlegung der Analyseeinheiten
	<p>Im ersten Auswertungsschritt wurden folgende Analyseeinheiten bestimmt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Die Kodiereinheit</u>: Der minimalste Materialbestandteil, welcher ausgewertet werden durfte, war ein inhaltlich bedeutsamer Nebensatz. • <u>Die Kontexteinheit</u>: Der größte Materialbestandteil, welcher ausgewertet werden durfte, war eine vollständige, sinnzusammenhängende Antwortsequenz. • <u>Die Auswertungseinheit</u>: Das gesamte Datenmaterial, bestehend aus 23 Interviews mit 27 Expert_innen, wurde nacheinander ausgewertet.
2	Deduktive Festlegung der inhaltlichen Hauptkategorien
	Der zweite Analyseschritt umfasste eine hypothesengeleitete Festlegung der zu kodierenden Hauptkategorien sowie die Zusammenstellung des Kategoriensystems. Weiterhin wurden Definitionen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien formuliert.
3	Erster Materialdurchlauf, Überarbeitung des Kategoriensystems, Fundstellenkodierung

Im dritten Arbeitsschritt wurde von zwei Mitarbeiter/innen ein erster Durchlauf durch das gesamte Datenmaterial vorgenommen. Dabei wurden thematisch relevante Textsegmente zu den formulierten Haupt- und Unterkategorien zugeordnet.

Ließen sich bestimmte Textsegmente zu keiner der deduktiv entwickelten Kategorien zuordnen, wurden weitere induktive Kategorien, einschließlich der Definitionen und Kordierregeln, gebildet.

Am Ende dieses Arbeitsschrittes war das Kategoriensystem mit folgenden deduktiven und induktiven Oberkategorien abschließend festgelegt²:

Kategoriensystem (Oberkategorien)	
1	Bedarf von übergreifenden Qualitätsstandards
2	Bereits vorhandene Qualitätsstandards/Prozesse
3	Verbindlichkeit/Freiwilligkeit der Qualitätsstandards
4	Einschätzung der Möglichkeiten bezüglich der Entwicklung von Qualitätsstandards
5	Prozess der Formulierung von Qualitätsstandards
6	Eigene Mitwirkung bei der Entwicklung von übergreifenden Qualitätsstandards
7	Standard setzende Dokumente
8	Vernetzung/Kooperation
9	Kinderübergewicht
10	Förderbedarfe

4 Zweiter Materialdurchlauf, Überprüfung,

Der zweite Durchlauf durch das gesamte Datenmaterial, umfasste die Überprüfung der kodierten Textsegmente und die Nachkodierung der induktiven Kategorien, welche im ersten Durchlauf entstanden sind. Dabei wurden jeweils die kodierten Transkripte des/der anderen Mitarbeiter_in geprüft.

5 Überarbeitung

Der fünfte Arbeitsschritt beinhaltete eine letzte gegenseitige Überprüfung der kodierten Textstellen.

6 Paraphrasierung des extrahierten Materials

An diesem sechsten Analyseschritt waren drei Mitarbeiter_innen beteiligt. Die kodierten Textsegmente wurden zunächst, zusammenhängend zur jeweiligen Kategorie, in Excel-Tabellen exportiert. Anschließend erfolgte die Paraphrasierung der einzelnen

² Ein ausführliches Kategoriengerüst mit Ober- und Unterkategorien befindet sich im Anhang dieses Berichts (Anlage 3).

	Textsegmente.
7	Zusammenfassung pro Kategorie
	In diesem Arbeitsschritt wurden die paraphrasierten Aussagen der Interviewpartner/innen, innerhalb der jeweiligen Kategorien, zusammengefasst, reduziert und generalisiert. Auf diese Weise konnten die Kernaussagen sowie die Gewichtung der Antworten zu den jeweiligen Kategorien aus dem Datenmaterial extrahiert werden.
8	Zusammenfassung der Ergebnisse
	Abschließend wurden die Resultate aus allen Kategorien zu einem Endergebnis der Studie zusammengefasst.

Diese Arbeitsschritte wurden in der Zeit vom 26.09.2016 bis 28.10.2016 von zwei, bei späteren Arbeitsschritten drei Mitarbeiter_innen, in wechselseitiger Kontrolle und Reflektion, durchgeführt. Die Datenauswertung wurde computergestützt, mit Hilfe der Software MAXQDA 12, vorgenommen.

Zusammenfassung und Zielerreichung bei der Erhebung

Im Rahmen des Projektes wurden die eingangs formulierten Ziele erreicht: Es wurden 23 Interviews mit 27 Akteur_innen geführt und somit die Zielmarke von 20 übertroffen. An jedem Interview nahmen ein oder mehrere sachkundige Akteur_innen des Untersuchungsfeldes teil, die die jeweilige Organisation angemessen vertreten konnten und über internes Organisationswissen verfügten. Die drei ursprünglich als Pretest angelegten ersten Interviews konnten aufgrund ihrer hohen Qualität und der geringen Veränderung am Leitfadendesign in die Auswertung einbezogen werden. Im Forschungsprozess traten lediglich kleinere Probleme auf, so dass zwei Interviews aufgrund technischer Probleme nicht aufgezeichnet werden konnten. Eine Interviewperson lehnte den Audio-Mitschnitt ab. Die Interviews wurden somit nicht inhaltsanalytisch ausgewertet, aber in Form von Protokollen bei der Interpretation der Ergebnisse mit berücksichtigt.

3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Der Arbeits- und Zeitplan des Projekts konnte entsprechend der projektierten Zeitfenster umgesetzt werden:

Abb. 6: Projektierter Arbeits- und Zeitplan

	2016					
	Jun	Jul	Aug	Sept	Okt	Nov
Kontaktaufnahme zum Feld und Vorbereitung der Erhebungsphase: - Festlegung des Samplings - Pretests - Anschreiben an potentielle Expert_innen - Logistische Planung der Interviews - Entwicklung des Interviewleitfadens						
Feldphase: - Durchführung der Expert_inneninterviews						
Auswertung und Interpretation der Interviews						
Dokumentation der Ergebnisse in einem schriftlichen Projektbericht für den Auftraggeber						

Entsprechend der Projektplanung wurde in der ersten Phase, von Juni bis Juli 2016, der Kontakt zum Feld aufgenommen sowie die Erhebungsphase vorbereitet. In dieser Arbeitsphase wurden das Sampling festgelegt, der Expert_innenstatus definiert, der Interviewleitfaden entwickelt sowie drei Pretests durchgeführt und analysiert. Der Leitfaden hatte sich bereits beim ersten Interview bewährt. Nach dem dritten Interview wurde er etwas gekürzt und eine einheitliche Einleitung des Interviews festgelegt. Neu aufgenommen wurde die Frage, welche Standard setzenden Dokumente in der Organisation rezipiert wurden und welche von diesen Vorbildfunktion für die Entwicklung der eigenen Standards haben. Im Vergleich zu den o.g. Zielen (vgl. Abb. 1) wurden im Leitfaden fast alle Teilziele mit direkten Fragen angesteuert. Lediglich die Frage nach den Ressourcen bzw. Unterstützungsbedarfen für Qualitätsentwicklung wurde nicht direkt abgefragt, da die relevanten Aspekte in der Regel bereits aus dem Gespräch über den Bedarf übergreifender Standards ergaben und aus dem Gesamtgespräch rekonstruierbar waren.

Weiterhin erstellte das Projektteam in dieser Phase ein Anschreiben, welches im Rahmen der ersten Kontaktaufnahme zum Feld an die im Handlungsfeld der Primärprävention relevanten Organisationen versendet wurde. Im Anschluss an die postalische Versendung der Anschreiben erfolgte die telefonische Kontaktaufnahme zu den angeschriebenen Akteuren und Akteurinnen. Das Ziel dieses Arbeitsschrittes war es, die geeigneten Expert_innen innerhalb der Organisationen zu identifizieren und

bestenfalls Interviewtermine zu vereinbaren. Mit der logistischen Planung der Interviews endete die erste Projektphase.

Der Übergang zur Feld- bzw. Erhebungsphase gestaltete sich fließend. Erste Interviews wurden bereits im Juni 2016 geführt. Die Kernphase der Datenerhebung bildete der Monat August 2016, letzte Interviews wurden im September 2016 geführt, womit diese Projektphase zeitplangemäß zum Abschluss kam. Aufgrund des hohen Teilnahmeinteresses des Feldes wurden in dieser Phase 26 Interviews geführt, von denen 23 aufgezeichnet werden konnten. Damit wuchs die Anzahl der geführten Interviews, von der Anzahl der 20 ursprünglich geplanten Interviews, um sechs zusätzliche Interviews ab.

Die dritte Projektphase konnte, nachdem die ersten Interviewdaten erhoben waren, bereits parallel zur zweiten beginnen. Um die Daten für die spätere Auswertung nutzbar zu machen, transkribierte eine extern beauftragte Fachkraft die Audiodateien in der Zeit von Anfang September bis Mitte Oktober 2016. Hierbei handelt es sich um eine Abweichung vom projektierten Zeitplan, denn es war vorgesehen, dass die Transkripte der Interviews bereits bis Ende September 2016 vollständig vorliegen. Zudem waren die Forscher_innen im Monat August 2016 noch sehr intensiv mit der Datenerhebung befasst, so dass mit den ersten Auswertungsschritten erst im September 2016, nicht wie geplant bereits im August 2016, begonnen werden konnte. Diese zeitliche Verzögerung lässt sich mit der zur anfänglichen Planung nach oben abweichenden Datenmenge begründen. Dennoch gelang es den Forscher_innen die dritte Projektphase zeitgerecht zum Abschluss zu bringen. So waren Ende Oktober 2016 alle Auswertungs- sowie Interpretationsschritte durchlaufen und die Untersuchungsergebnisse konnten in den Projektbericht aufgenommen werden.

Die letzte Arbeitsphase von November bis Mitte Dezember 2016, die durch eine kostenneutrale Verlängerung möglich wurde, umfasste die Erstellung des Projektberichts für den Auftraggeber sowie die Erstellung einer Sammelbandpublikation und einer schriftlichen Rückmeldung an die Befragungsteilnehmer_innen.

4 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich im Folgenden an den oben formulierten forschungsleitenden Fragen bzw. Projektzielen (vgl. Kap. 1.2).

4.1 Bedarfe/ Erfordernisse an Träger übergreifenden Standards für Maßnahmenqualität

Die Interviewergebnisse bestätigen hier die Befunde des QuAK-Projektes, wonach sich der Qualitätsdiskurs zur Übergewichtsprävention nicht in den Anfängen befindet, sondern die Tendenz einer zunehmenden Systematisierung vorliegender Standards bereits erkennbar ist. Seitens der Befragten besteht eine positive Grundeinstellung zu einem Verständigungsprozess und Interesse an mehr Vernetzung. Die Mehrheit der Befragten äußert erheblichen Bedarf an Träger übergreifenden Standards für Maßnahmenqualität. Von den Standards versprechen sich die Befragten in erster Linie Vorteile. Diese werden z.B. in Synergien der Beteiligten mit Blick auf klare Zielperspektiven der Aktivitäten gesehen, aber auch in mehr Transparenz der zahlreichen Programme und Projekte, in fruchtbaren Kooperationen und einer besseren Positionierung im Wettbewerb. Von einer besseren Nachweisbarkeit der Qualität der Leistungen könnte die Finanzierung des gesamten Feldes Primärprävention profitieren und den Finanzierungsträgern würde die Auswahl unter den Anbietern erleichtert. Die Anbie-

ter von Maßnahmen wiederum könnten sich leichter im Wettbewerb positionieren aber auch leichter von den Lösungen der anderen lernen - eine Position, die vor allem von den Berufsverbänden vertreten wird. Ihre Arbeitsbeziehung zu den Finanzierungsträgern könnte effizienter werden, wenn diese mehr an Standards gebunden und somit berechenbarer wären und vergleichbare Konzepte aufgrund der Standardisierung nicht immer wieder neu entwickelt und begründet werden müssten. Ein_e befragte Expert_in erhofft sich, dass die Dokumente bzw. Broschüren, die in den letzten Jahren zum Thema Qualitätssicherung veröffentlicht wurden, durch einige wenige anerkannte Standardwerke ersetzt werden. Dieser Meinung nach reproduzieren die Broschüren stets dieselben Inhalte, ohne jedoch die Handelnden auf der Praxisebene zu erreichen.

Über die geeignete Form eines gesteuerten Konvergenzprozesses und seine genauen Ziele besteht jedoch keine einheitliche Meinung. Zudem sehen die Expert_innen einige Fallstricke. An vielen Stellen in den Interviews sprechen sich die Befragten für eine Praxistauglichkeit der Qualitätsanforderungen aus. Obwohl Vertreter_innen von Maßnahmen nicht Teil der Erhebung waren, werden unterschiedliche Praxisfelder anwaltschaftlich von den Interviewten repräsentiert. Insofern wären für eine Weiterentwicklung der Kriterien die unterschiedlichen Praxisfelder zu berücksichtigen, da die ärztliche Praxis sich beispielsweise von der Praxis in pädagogischen Feldern unterscheidet.

4.2 Aktuelle handlungsleitende Standard setzende Dokumente

Für die Erhebung der Einschätzungen zu vorhandenen Träger übergreifenden Standards wurde den Befragten im Interview die im QuAK-Projekt erstellte Übersicht der als relevant identifizierten Dokumente vorgelegt (vgl. Anhang 2 sowie Bär et al. 2016b). In den Gesprächen mit den Akteur_innen kommt zum Ausdruck, dass wesentliche Vorarbeiten zu Träger übergreifenden Standards bereits geleistet wurden und die bislang verfügbaren Standard setzenden Dokumente in Teilen bekannt sind. Der Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des SGB V §20 war allen Akteur_innen bekannt (GKV-SV 2014). Insbesondere die Broschüre zu Kriterien guter Praxis des Kooperationsverbands gesundheitliche Chancengleichheit wird häufig positiv bewertet. Anerkennend erwähnt werden zudem die Broschüren der BZgA (BZgA 2010) und die Kriterien guter Praxis (Kooperationsverbund 2015). Auch die Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung sind überwiegend bekannt und finden, soweit sie wahrgenommen werden, viel Zustimmung (BVPG 2013). Sie werden jedoch zum Teil als zu abstrakt angesehen, als dass sie eine Hilfestellung wären. Nicht allen sind die QM-Programme Quint-Essenz und QIP bekannt (Gesundheitsförderung Schweiz 2014, QIP 2005), die zudem teilweise als zu aufwendig für die Anwendung angesehen werden. Die Broschüren der Landesvereinigungen für Gesundheit fallen positiv auf (Gold et al. 2014, LIGA.NRW 2010). Einige der Befragten äußern die Auffassung, dass bislang keine dieser Broschüren auf der Ebene der Umsetzung von Maßnahmen (z.B. in Kita oder Schule) rezipiert werde.

Bereits bestehende Träger übergreifende Standards konstatieren die Befragten innerhalb des staatlichen Programms InForm, in welchem den einzelnen Projekten Vorgaben gemacht werden. Die Standpunkte der BZgA, des Kooperationsverbands gesundheitliche Chancengleichheit und des GKV-Spitzenverbandes zur Maßnahmenqualität erscheinen z.T. weitgehend deckungsgleich. Ein_e Vertreter_in eines Fachverbands widerspricht in diesem Punkt jedoch. Nach dieser Einschätzung stimmen die Vorgaben von BZgA und GKV-SV vor allem im Bereich „Setting-/Lebensweltansatz“ noch nicht soweit überein, dass die Anbieter hinreichend Orientierung über die Erwartungen seitens dieser Organisationen hätten.

Der Nutzen einer Standardisierung Träger übergreifender Maßnahmen wird allerdings auch mit Skepsis betrachtet. Diese äußert sich zum einen in der Befürchtung, statische Standards könnten die Qualitätsentwicklung auf der Ebene der einzelnen Organisationen aber auch auf Systemebene behindern. Zum anderen wird vermutet, dass Träger übergreifende Standards überflüssig würden, wenn die Evidenz der verschiedenen Maßnahmenkonzepte bzw. Präventionsprinzipien durch Studien hinreichend geklärt wäre. Die Befragung hat gezeigt, dass auf der Ebene der einzelnen Trägerorganisationen bereits selbst entwickelte und formalisierte Qualitätssicherungs- und Zertifizierungssysteme bestehen. In der Regel halten die Befragten ihr System für sehr leistungsfähig. Sie erwarten nicht, dass dieses durch neue übergreifende Standards obsolet wird. Vielmehr erwarten einige, dass andere ihrem Beispiel folgen und sich ihre Lösung zum Vorbild nehmen.

4.3 Vernetzung, Kooperation und gegenseitige Bezugnahme unter den Akteur_innen

Unter den Befragten ist umstritten, ob es für Übergewichtsprävention bei Kindern spezifische Standards geben sollte. Einerseits scheint klar, dass die generischen Standards für jedes Handlungsfeld in konkrete Handlungsstrategien übersetzt werden müssen. Andererseits wird befürchtet, dass spezifische Standards den komplexen Ursachen von Übergewicht nicht gerecht würden und komplexe Interventionen eher verhindern. Nicht wenige Expert_innen raten ohnedies zu unspezifischer Gesundheitsförderung. Auflösen lässt sich dieses Dilemma wohl nur durch Standards, die spezifisch auf Handlungsbedingungen in einzelnen Settings und die Ansprache einzelner Zielgruppen eingehen, aber keinen Fokus auf Krankheitsbilder und Risikofaktoren beinhalten, sondern jedes Maßnahmenkonzept und auch unspezifische Gesundheitsförderung zulassen. Wie die Maßnahmen zu konzeptualisieren sind, müsse laut den Aussagen der Befragten den Finanzierungs- und Maßnahmenträgern anheimgestellt bleiben. Von diesen könne jedoch erwartet werden, dass sie die gesundheitswissenschaftliche Evidenz der verschiedenen Konzepte berücksichtigen.

Ein besseres Zusammenwirken erachten mehrere der Befragten als notwendig. Es überwiegt die Meinung, die Organisationen im Feld arbeiteten bei der Formulierung von Standards zwar in dieselbe Richtung, jedoch weitgehend unkoordiniert. Intensivere Vernetzung würde begrüßt und es wird als wichtig erachtet, dass die Settingakteure und -akteurinnen an einem Konsolidierungsprozess beteiligt werden oder wenigstens intensiv zu ihren Bedarfen und Handlungsbedingungen befragt werden. Die Befragten fordern außerdem praxistauglichere und übersichtlichere Formate. Viele plädieren dafür, Entscheidungsspielräume auf der operativen Ebene zu bewahren und keine starren Vorgaben zu machen, die eine Anpassung der Maßnahmen an lokale Voraussetzungen und individuelle Bedarfe sowie die Partizipation der Setting-Akteure stören. Mangelnde Flexibilität ist in Bezug auf Standardisierung die einzige häufig genannte Befürchtung.

Das Veranstaltungsformat eines Workshops wird dem einer Konferenz vorgezogen. Von einer Zusammenkunft einer größeren Zahl von Verbänden werden nur sehr abstrakte Formulierungen mit fragwürdigem Nutzen erwartet. Die Beteiligung von Wissenschaftler_innen wird grundsätzlich befürwortet, allerdings wird deren Beteiligung aufgrund der z.T. fehlenden Nähe zur Praxis auch kritisch gesehen. Gleiches wird auch für Krankenkassen angemerkt. Andererseits wird die Beteiligung der Kassen als sehr wichtig erachtet, damit es bei der Umsetzung der Standards nicht zu Konflikten zwischen Leistungsanbietern und Finanzierungsträgern kommt.

4.4 Den Verständigungsprozess gestaltende Akteure und Akteurinnen

Bei der Frage, wer die Hauptverantwortung für den Konsensprozess übernehmen sollte, streuen die Antworten sehr breit. Häufig wird die BZgA genannt, weil sie neben den Kassen und Leistungserbringern eine relativ neutrale Position einnimmt. Gegen die BZgA wird eingewandt, dass sie in ihre Arbeit bisher nur große Verbände einbinde. Mehrmals wurde die BVPG als möglicher Moderator des Konsensprozesses angesprochen, wie auch die Möglichkeit, die Qualitätsstandards im Rahmen des Präventionsforums erarbeiten zu lassen. Auch die Landesvereinigungen für Gesundheit und der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit werden, unter Verweis auf ihre Dokumente zum Thema und auf ihre Praxisnähe, genannt. Zwei Befragungsteilnehmer_innen war es wichtig, dass die Industrie, beispielsweise die Lebensmittelindustrie, ausgeschlossen bleibt, weil diese nicht nur aber insbesondere die Verhältnisprävention behindere.

4.5 Herausforderungen für die weitere Vereinheitlichung von Standards

Gute Umsetzungschancen etwaiger neuer Standards werden seitens der Befragten erwartet. Die Standardisierung wird zumindest in der Individualprävention bzw. im Kursbereich als bereits weit entwickelt eingeschätzt. Die vorfindlichen Dokumente zum Thema werden als gutes Ausgangsmaterial angesehen, aus dem sich ein qualitativ zufriedenstellender Konsens synthetisieren lassen sollte und einige Qualitätskriterien gelten inzwischen als gut etabliert. Mit Blick auf die Settings Kindertagesstätte und Grundschule sind laut den Befragten drei Punkte besonders zu beachten: Ersten bestehen in beiden Einrichtungen bereits Qualitätsmanagementsysteme. Ein zusätzliches Qualitätssicherungsinstrument wird als nicht vermittelbar angesehen. Vielmehr müsste der Aspekt der Qualitätssicherung in der Primärprävention in die vorhandenen Strukturen und Routinen integriert werden. Das sei bei den Qualitätsmanagementsystemen der Träger in den Kindertagesstätten sowie den gesetzlichen Regelungen für Kindertagesstätten bereits teilweise geschehen. In den Schulen hingegen kaum. Zweitens werden die Kindertagesstätten und Schulen durch Landesgesetze und kommunale Behörden reguliert. Das bedeutet, die Regulierungssysteme variieren nach Ländern und die Verankerung neuer Standards bedarf der Mitwirkung der Behörden in den Ländern und Kommunen. Drittens sind Akzeptanz und Wirkung der bislang vorhandenen Standard setzenden Dokumente auf der Ebene der praktisch Handelnden als gering einzuschätzen. Viele der Befragten mahnen für neue Standards daher Praxisnähe an. Ferner wiesen zwei der Befragten darauf hin, dass die Begrifflichkeiten im Zuge einer Standardisierung noch einmal genau zu klären sind, damit falsche oder missbräuchliche Interpretationen der Standards minimiert werden.

4.5.1 Prioritäre Inhalte der Standards

Prioritäre Inhalte der Standards sollten nach Meinung der Interviewpersonen unspezifische Gesundheitsförderung, Verhältnisprävention, lange Projektlaufzeiten und die Verstetigung bewährter Maßnahmen sein. Es wird der Wunsch nach Evidenz bzw. Wirksamkeitsnachweisen zu den verschiedenen Maßnahmenkonzepten formuliert. Im Fall der Übergewichtsprävention bei Kindern wird auch die Ansicht vertreten, dass spezifische Standards wenig hilfreich seien, da die Ursachen für Übergewicht komplex und von Kind zu Kind verschieden seien. Im Falle der Primärprävention sind die jeweiligen individuellen Risikofaktoren nicht ohne erheblichen Aufwand zu ermitteln. Daher sind in der primärpräventiven Vermeidung von kindlichem Übergewicht sowohl auf individueller als auch populationsbezogener Ebene Maßnahmen zur unspezifischen Gesundheitsförderung monokausal begründeten Konzepten vorzuziehen. Standards für unspezifische Gesundheitsförderung machen demzufolge Standards für primärpräventive Übergewichtsprävention bei Kindern überflüssig.

4.5.2 Settinggrenzen als Herausforderungen für allgemeine Standards

Der Abstraktionsgrad möglicher neuer Standards ist nach Ansicht der Befragten als Schlüsselproblem anzusehen, welches gelöst werden müsste, bevor ein strukturierter Konsensprozess stattfinden kann. Der Orientierungswert sehr abstrakter Standards wird als zu gering angesehen. Insbesondere auf der Ebene der praktischen Umsetzung wird der Ruf nach konkreter Anleitung laut, beispielsweise durch Checklisten. Diese müssten an die Bedingungen im jeweiligen Handlungsfeld angepasst sein. Es wird auch bezweifelt, dass diese Anpassung bei Settingprojekten gelingen könne, da jede Lebenswelt komplex sei und keine der anderen gleiche. So wird seitens der Befragten von spezifischen Festlegungen in Standards störende Einschränkungen bei operativen Entscheidungen erwartet. Hier scheint ein Dilemma vorzuliegen, das im Rahmen der Interviews nicht aufzulösen war. Mehrere Befragte sprechen sich dafür aus, Träger übergreifende Standards nur generisch bzw. auf abstrakter Ebene zu formulieren und die Übersetzung in Handreichungen für Maßnahmenträger und Settingakteure den Trägern des Settings, beispielsweise Wohlfahrtsverbänden, und lokalen Multiplikatoren zu überlassen.

4.5.3 Verbindlichkeit

Die Verbindlichkeit von Qualitätsstandards wird nach Auffassung der Befragten als wünschenswert erachtet. Einige grundsätzliche Standards sollten alle beteiligten Organisationen einhalten. Gleichzeitig wird jedoch betont, dass auf der Ebene der Anbieter und praktisch Handelnden genug Entscheidungsfreiraum bleiben sollte, die Maßnahmen an die lokalen Voraussetzungen und die individuellen Bedarfe der Maßnahmenteilnehmer anzupassen. Dies gilt insbesondere bei Settingprojekten. Teilweise werden detailliertere gesetzliche Vorgaben für hilfreich und machbar gehalten. Eine Intensivierung der gesundheitsbehördlichen Aufsicht über Präventionsmaßnahmen scheint derzeit kein Thema zu sein. Ein Ansatzpunkt zu mehr Verbindlichkeit wird z.B. darin gesehen, die gesetzlichen Grundlagen über Ziele in der frühen Bildung der Länder zu ergänzen und die Managementsysteme der Wohlfahrtsverbände weiterzuentwickeln. Verbindliche Standards sehen die Befragten bislang vor allem im Bereich der GKV. Vertreter der Kassen geben an, für sie seien die Vorgaben des Leitfadens Prävention des GKV-SV bindend. Vertreter_innen der Leistungsanbieter sehen sich nach Einführung der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) im Jahr 2014 sogar mit einem Zulassungssystem konfrontiert, zumindest im Segment der Individualprävention. Das bedeutet, Kassen vergüten den Anbietern von Kursen lediglich noch die Umsetzung zertifizierter Maßnahmenkonzepte. Die Zertifizierungspraxis der ZPP wird in den Interviews zum Teil als zu bürokratisch kritisiert und fachlich infrage gestellt. Eine Ausweitung ihrer Zuständigkeit auf den Settingbereich wird folglich abgelehnt. Mit Blick auf das Antwortverhalten der Expert_innen überwiegt der Eindruck, dass die Beteiligten die Vorteile von Verbindlichkeit erkennen, jedoch insbesondere die Anbieter auf absehbare Zeit eine settingangemessene Form der Regulierung, also Empfehlungen und Beispiele guter Praxis, vorziehen. Alternativ wird für möglich gehalten, sich nur abstrakten und nicht sanktionierten Dokumenten wie den Prinzipien der BVPG anzuschließen. Für mehr Verbindlichkeit fehlt ihnen noch der akzeptable Standard. Dieser ist auch durch den Leitfaden Prävention bislang nicht gegeben, der mehrfach fachlich kritisiert wurde. Meist geht es hierbei um die Hürden, die durch Berufs- oder Basisqualifikationen für die Settingakteure entstehen.

5 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die Interviewergebnisse bestätigen die Befunde des QuAK-Projektes, wonach sich der Qualitätsdiskurs zur Übergewichtsprävention nicht in den Anfängen befindet, sondern die Tendenz einer zunehmenden Systematisierung vorliegender Standards bereits erkennbar ist. Bei den Befragten aller Organisationen besteht eine positive Grundeinstellung zur Standardisierung der Maßnahmenqualität der gesundheitlichen Primärprävention und sie signalisieren Interesse an mehr Vernetzung und der (Weiter-)Entwicklung und Verständigung über gemeinsame Standards für Maßnahmenqualität. Dies wird nicht zuletzt durch die unerwartet große Bereitschaft zur Interviewteilnahme seitens der Akteur_innen untermauert.

Die existierenden Dokumente werden als geeignete Grundlage für den Verständigungsprozess erachtet. Wie im Projekt QuAK zeigen sich verschiedene Qualitätsdiskurse in den Interviewdaten. Bestätigen lässt sich der Befund, dass diese Diskurse relativ unverbunden nebeneinanderstehen. Jedoch tritt klarer hervor, dass die Trennung weniger zwischen inhaltlichen und formalen Qualitätserfordernissen verläuft, sondern verschiedene inhaltliche Diskursstränge nebeneinander existieren. Beispiele hierfür sind der spezifisch auf Adipositas und Übergewicht bezogene Diskurs, der allgemeine zu Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie verschiedene setting- und handlungsfeldbezogene Stränge, wie die zur Kita- und Schulqualität zeigen (vgl. Anlage 4).

Interessant ist hierbei, dass die befragten Akteur_innen alle im Qualitätsdiskurs stehen und selbstbewusst ihre Perspektiven vertreten. Die in ihrem Handlungsfeld erarbeiteten Standards scheinen für den eigenen Arbeitskontext orientierend und handlungsleitend zu sein. Bei einer Weiterentwicklung werden vor allem folgende Dilemmata bzw. deren Auflösung als Herausforderung formuliert:

- *Abstraktion gegenüber spezifischer und praxisnaher Ausformulierung*
Für die Abstraktion spricht, dass hierin ein Konsens zwischen den verschiedenen Qualitätsanforderungen erreichbar scheint und auch für eine weitere Qualitätsverbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung prinzipiell für sinnvoll erachtet wird. Allerdings scheint die wissenschaftliche Basis in Bezug auf die komplexe Verflechtung von gesundheitlichen Determinanten hierfür noch nicht ausreichend zu sein, da in den Interviews deutlich die Sorge einer unangemessenen Vereinfachung zum Ausdruck gebracht wird. Daher wird als die richtige Abstraktionsebene die der Settings betrachtet. Dabei werden allerdings weitere Hürden sichtbar.
- *Ausdifferenzierte Kataloge gegenüber Checklisten mit wenigen zusammengefassten Kriterien*
Die Breite der vorgefundenen Qualitätskriterien zeigt an, dass es einen Bedarf an differenziertem Überprüfen von Qualität gibt. Jedoch erweisen sich nur kompakte Checklisten mit wenigen Kriterien als praxistauglich. Diese mögen aber für unterschiedliche Handlungsfelder variieren.
- *Interdisziplinär geltende Kriterien gegenüber fachspezifischem Qualitätsverständnis*
Gerade im Bereich der bildungs- und gesundheitsbezogenen Settings wird deutlich, dass es zwischen expliziten Gesundheitsthemen und pädagogischem Selbstverständnis kein deckungsgleiches Qualitäts- und Förderverständnis eines gesunden Aufwachsens gibt. Fokussieren die Gesundheitsakteur_innen auf spezifische Qualitätserfordernisse für gesundheitsbezogene Handlungsfelder wie Ernährung, Bewegung oder auch Sprachentwicklung und spezifische Krankheitsphänomene wie Adipositas oder AD(H)S, so setzen die pädagogischen Berufe an der allgemeinen Kompetenzentwicklung für ein gesundes Aufwachsen an, an einem Klima der Wertschätzung, der

Befähigung und des entdeckenden Lernens. In der Literatur finden sich sogar Belege dafür, dass Pädagog_innen in Bezug auf ihr Gesundheitshandeln dem eigenen Bildungsverständnis und der Ressourcenorientierung widersprechen und sich eher „einer trainingsorientierten und belehrenden Einführung“ bedienen (BeKi/ GBB 2016: 30). Bemerkenswert ist, dass mit der Fokussierung auf explizite Gesundheitsthemen offensichtlich eine vereinfachende und an einem eher traditionellen Gesundheitserziehungsverständnis orientierte Vorgehensweise verbunden wird. Dies schwingt auch in zahlreichen Aussagen in den Interviews mit, wie die Ergebnisdarstellung oben gezeigt hat. Dieses traditionelle Bild von Gesundheitsförderung und Prävention erstaunt, weil sich zumindest konzeptionell in den letzten 30 Jahren mit der WHO Ottawa Charta der Gesundheitsförderung ein Verständnis durchgesetzt hat, das Selbstbestimmung, Kompetenzentwicklung und die Verbesserung der Lebensumwelten in den Blick genommen hat; ein Verständnis also, das eine enge Verwandtschaft mit pädagogischer Fachlichkeit pflegt. Dies wird zwar in den Referenzrahmen zur „guten gesunden Kita“ (vgl. Voss/ Viernickel 2016) oder „guten gesunden Schule“ (vgl. Brägger/ Posse 2007) auch deutlich, scheint aber nicht der Praxiserfahrung unserer Interviewpartner_innen zu entsprechen.

Diese Differenz zwischen Konzeption und gelebter Praxis weist auf einen weiteren Bruch hin, der in der Studie zum Ausdruck kommt. Er korrespondiert mit dem, was Kaba-Schönstein in Anlehnung an die WHO-Konferenz von Nairobi 2009 die „Umsetzungslücke“ in der von Ottawa-geprägten Gesundheitsförderung nennt (vgl. Kaba-Schönstein 2017).

Unsere Gesprächspartner_innen reagieren auf diesen wahrgenommenen Bruch von Konzeption und Umsetzungspraxis, in dem sie sich skeptisch gegenüber einem weiteren intensiven und vollständigen Abgleich von ausdifferenzierten Standard setzenden Dokumenten zeigen. Ihr Wunsch nach gut vermittelbarem Handwerkzeug für Setting-Akteure ist deutlich, auch wenn es gleichzeitig eine Sensibilität vor zu starken Vereinfachungen gibt. Dies führt zu einem weiteren in der Studie sichtbaren Dilemma.

Qualitätsstandards können, das zeigen die Befragungsergebnisse, nur gemeinsam mit den jeweiligen Verbänden und Setting-Akteur_innen etabliert werden. Maßnahmen und deren Qualitätssicherungsbemühungen sollten an die Voraussetzungen der Handlungsfelder und jeweiligen Settings angepasst sein. Für die Übergewichtsprävention bei Kindern bedeutet dies zuvorderst, die bildungspolitischen Regulatoren und die Träger der Bildungseinrichtungen einzubinden. Hier sollte das Dilemma der interdisziplinär geltenden Kriterien gegenüber einem fachspezifischen Qualitätsverständnis überwunden werden und eine stärkere Verknüpfung gesundheits- und bildungswissenschaftlicher Diskurse angestrebt werden (vgl. auch Hoffmann-Steuernagel et al. 2016). Existierende Referenzrahmen z.B. zur „Guten gesunden Kita“ (vgl. Voss/ Viernickel 2016) scheinen (noch) nicht der Praxiserfahrung der Interviewpartner_innen zu entsprechen.

Zudem sollte vor dem Hintergrund der im Präventionsgesetz gesetzlich vorgenommenen Stärkung von lebensweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention der Settingansatz auch für das Anwendungsfeld der Prävention von kindlichem Übergewicht weiterentwickelt werden (vgl. Quilling, Dadaczynski & Müller 2016).

Für die weitere Standardisierung des Feldes stellt sich primär die Frage nach der Gestaltung eines Konvergenzprozesses, da dieser wahrscheinlich kein Selbstläufer sein wird. Dabei sollten die eigenlogischen Perspektiven sowie sozialrechtliche und trägerspezifische Kriterien der Akteursgruppen stärker zur Kenntnis genommen werden. Die Qualitätsentwicklung und die Konsentierung von Qualitäts-

kriterien sind für einige Organisationen der Primärprävention zunehmend Routineprozesse, die immer häufiger von der Leitungs- an eine im Ausbau befindliche Fachebene (z.B. Multiplikator_innen) delegiert werden.

Mit Blick auf die Erarbeitung und die weitere Anschlussfähigkeit können vor allem die von der BZgA vorgelegten Standardisierungen beispielgebend sein, etwa für den derzeit vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aufgelegten Förderschwerpunkt zur Übergewichtsprävention bei Kindern, aber auch für die Weiterentwicklung des Leitfadens für Prävention des GKV-Spitzenverbandes (vgl. Bär et al. 2016a).

Auf einer strukturellen Ebene stellt das Präventionsgesetz (PrävG) die beteiligten Akteur_innen vor die Herausforderung, sich in den veränderten Strukturen zu orientieren. Durch das Präventionsgesetz ist ein Entwicklungspfad untergesetzlicher Normierung und des Aufbaus von Selbstverwaltungsstrukturen eingeschlagen worden. Die befragten Organisationen orientieren sich gegenwärtig in den veränderten Strukturen. Soweit ihnen durch §§ 20ff. SGB V neue Aufgaben und Funktionen übertragen wurden, versuchen sie diesen gerecht zu werden. In der Befragung wurde deutlich, dass die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen des Gesetzes weiterhin umstritten sind. Die Kritik, wie sie bei den Anhörungen bereits artikuliert wurde, besteht weiterhin. Zudem besteht Unzufriedenheit, insbesondere bei den Fach- und Berufsverbänden, zur Arbeitsweise der Zentralen Prüfstelle Prävention, wiewohl sich der GKV-SV um Nachbesserungen bemüht, was bei den betroffenen Verbänden anerkannt wird. Diese Gemengelage bindet Ressourcen bei den Vorständen und Geschäftsführungen aber auch den Fachreferaten der Organisationen, was deren Möglichkeiten, sich personell am in Rede stehenden Konsensprozess zu beteiligen, einschränkt.

Eine öffentliche Förderung und strukturelle Rahmungen wie Präventionsforum und -konferenz, die Landesrahmenvereinbarungen und das Beratungsangebot bei den Landesvereinigungen für Gesundheit („Multiplikatorensystem“) können den Qualitätsdiskurs weiter formalisieren und stabilisieren. Die beteiligten Organisationen werden sich wahrscheinlich mit Blick auf Qualitätsanforderungen positionieren und legitimieren müssen.

Innerhalb des Qualitätsdiskurses existieren verschiedene inhaltliche Diskussionsstränge nebeneinander, so z. B. der spezifisch auf Adipositas und Übergewicht bezogene Strang, der allgemeine zu Primärprävention und Gesundheitsförderung sowie verschiedene setting- und handlungsfeldbezogene Stränge (Anlage 4). Es zeichnet sich ab, dass die im Qualitätsdiskurs stehenden Akteur_innen die in ihrem Handlungsfeld erarbeiteten Standards für den eigenen Arbeitskontext als orientierend und handlungsleitend nutzen, dass aber auch trägerintern die im eigenen Feld etablierten Qualitätsmaßstäbe nicht immer in der Praxisebene zur Geltung gebracht werden können. Hier könnte eine Motivation der Träger liegen, sich für eine praxisnahe gemeinsame Weiterentwicklung der Qualitätsstandards einzusetzen. Gesundheitswissenschaftlich gäbe es gute Argumente für eine Spezifizierung – allerdings scheint es in der Breite der Akteurslandschaft zu früh für eine rein übergewichtsbezogenen Fokussierung.

Demgegenüber ist zu bedenken, dass mit einer Weiterentwicklung der gesundheitswissenschaftlichen Evidenz verschiedener Maßnahmenkonzepte mehr Erkenntnisse zur inhaltlichen Qualität verfügbar sein und Leitlinien an Bedeutung gewinnen werden (vgl. Walter & Piegeot 2016). Diese Leitlinien sind, soweit vorhanden, heute bereits spezifisch für Übergewichtsprävention bei Kindern. Von dieser Seite aus ließe sich die Debatte öffnen in Bezug auf einen interdisziplinären Diskurs, um somit

zu einem gemeinsamen Begriff von gesundheitsrelevantem sozialen Handeln für Settings und vulnerable Gruppen zu kommen. Mit der Stärkung dieser inhaltlichen Qualitätskriterien wäre im Rahmen des Verständigungsprozesses eine systematische Klärung, Priorisierung und Rechtfertigung möglicher Maßnahmen erreichbar, die auf gemeinsamen ethischen Grundsätzen, Werten und Überzeugungen von Akteursgruppen, Wissenschaft und Praxis beruhen.

Abschließend soll auf folgende Limitationen der Studie hingewiesen werden:

- Aufgrund der begrenzten Zahl der Interviews konnte die Praxisebene und die kommunale Ebene nicht direkt einbezogen werden.
- Der Streuung der Inhalte der durchgeführten Interviews zeigt an, dass die inhaltliche „Sättigung“ der Befragung noch relativ gering ist. Es ist möglich, dass nicht alle Sichtweisen der am Diskurs beteiligten Experten_innen erfasst wurden.
- Trotz der sorgfältigen Auswahl der Expert_innen konnte immer nur die Perspektive einer, zwar fachkundigen, Einzelperson, nicht aber die der gesamten Organisation erfasst werden.

6 Gender Mainstreaming Aspekte

Die geschlechterbezogenen Aspekte der Gesundheits- und insbesondere der Übergewichts- und Präventionsforschung finden in dem Projekt eine gendersensible Berücksichtigung. Das Untersuchungsinteresse lag auf den Perspektiven und Einstellungen der im Handlungsfeld der Primärprävention relevanten Akteure und Akteurinnen zum Verständigungsprozess zu übergreifenden Qualitätskriterien in der Übergewichtsprävention bei Kindern. Dazu wurden Interviews mit Experten und Expertinnen dieses Feldes geführt. Geschlechterbezogene Aspekte wurden einerseits in Bezug auf das Auftreten von Übergewicht bei Kindern berücksichtigt. Demnach ist Übergewicht bei Mädchen und Jungen zwar ähnlich stark verbreitet, Unterschiede zeigen sich aber z.B. unter Bezugnahme auf den sozialen Status. Andererseits waren geschlechterbezogene Aspekte bei der Datenerhebung und –auswertung stets handlungsleitend. So wurde bereits bei der Zusammenstellung des Samplings im Sinne einer geschlechtergerechten Perspektive darauf geachtet, dass Expertinnen und Experten gleichermaßen angefragt wurden. Im Rahmen der Datenauswertung wurden die Aussagen von Männern und Frauen stets gleich gewichtet behandelt. Während des gesamten Projektverlaufs bestand ein forschungsleitendes Interesse darin, eine geschlechterbezogene Perspektive und eine reflektierte sowie differenzierte Sicht auf Geschlechter einzunehmen und diese nicht zu stereotypisieren. Die gewählte methodische Vorgehensweise wurde auf mögliche Gender Bias und blinde Flecken im Umgang mit geschlechterbezogenen Informationen überprüft. Im Rahmen der Erhebung hat sich gezeigt, dass die Diskussion um Qualitätsstandards in der Übergewichtsprävention bei Kindern derzeit primär geschlechtsneutral geführt wird. Dies wäre bei einem fortschreitenden Standardisierungsprozess weitergehend zu differenzieren. Ebenso steht im Feld gesundheitsbezogener Forschungsgebiete eine geschlechtersensible Forschung im Sinne der Integration der Kategorie `Geschlecht` noch aus.

7 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Kongress-/Workshopbeiträge

Voss, Anja/ Fricke, Laura/ Noweski, Michael/ Ihm, Maria/ Bär, Gesine (2017) In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Dokumentation Kongress Armut & Gesundheit, Berlin.

Bär, Gesine/ Fricke, Laura/ Ihm, Maria/ Noweski, Michael/ Voss, Anja (2017): Standard setzende Dokumente der Qualitätsentwicklung. Ergebnisse aus den Projekten QuAK und PräKiT zu Qualitätsstandards der Übergewichtsprävention bei Kindern. Vortrag in der UAG „Good Practice“ des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ am 27.3.2017 in Köln.

Mitwirkung bei Fachgesprächen der anderen BMG-geförderten Projekte

Fachgespräch zum Thema „Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen“ am 13.12.2016 in Bonn (Bundesministerium für Gesundheit); Vortrag: Vorstellung und Diskussion der Projektergebnisse (Prof. Dr. Gesine Bär und Maria Ihm (M.A.))

Zweiter Expertenworkshop im Rahmen des BMG-geförderten Projektes "Bevölkerungswieites Monitoring Adipositas-relevanter Einflussfaktoren im Kindesalter – Aufbau, Ergebnisse und Entwicklungsmöglichkeiten" am 19. und 20. Januar 2017 am Robert Koch-Institut in Berlin (Liegenschaft General-Pape-Straße 62-66) (Prof. Dr. Anja Voss)

Publikationen

Voss, Anja/ Ihm, Maria/ Noweski, Michael/ Bär, Gesine (im Druck) Qualitätsdiskurs in der Übergewichtsprävention bei Kindern . In: Quilling, Eike/ Walter, Ulla/ Dadaczynski, Kevin (Hrsg.) Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Strategien und Praxis der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung (Hogrefe Verlag)

Noweski, Michael/ Bär, Gesine/ Voss, Anja/ Ihm, Maria/ Fricke, Laura (eingereicht): Qualitätsstandards in der Primärprävention - die ExpertInnenbefragung PräKiT. Prävention und Gesundheitsförderung.

Pressemitteilungen und Internetauftritte

Einträge im ASH Newsletter Nr. 3/16 und Nr. 1/17

Voss, Anja/ Bär, Gesine/ Ihm, Maria/ Noweski, Michael (2016): Kindliches Übergewicht. Zwei Studien beschäftigen sich mit den Qualitätskriterien zur Prävention von Übergewicht bei Kindern. In: Alice - Das Hochschulmagazin der Alice Salomon Hochschule Berlin . Ausgabe 33/ 2016, S. 74. [online verfügbar unter https://alice.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/alice-Magazin/2017/Alice_33_WEB_a.pdf]

Projektbeschreibung ASH Homepage: Verständigungsprozess zu Qualitätskriterien in der Übergewichtsprävention bei Kindern – eine Träger- und Expert*innenbefragung (PräKiT): Internet: <http://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte/praekit/>; Zugriff: 11.11.2016

Flyer: Erstellung eines zusammenfassenden Projektflyers (inkl. Hintergrund, Studiendesign und Ergebnissen) für die Versendung an die Befragungsteilnehmer_innen nach Abschluss des Projektes sowie zur Unterstützung bei anderen öffentlichen Auftritten

8 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Das Projekt hat keine direkten Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Es werden keine neuen Strukturen etabliert. Eine Verstetigung ist nicht möglich. Die Ergebnisse legen nahe, dass fördernde Eingriffe des BMG in den Konsensprozess zur Formulierung Träger übergreifender Standards für Maßnahmenqualität nicht zwingend notwendig sind. Nur in einem Interview wurden detailliertere gesetzliche Festlegung in den §§ 20ff. SGB V gefordert. Allerdings hat die Befragung auch gezeigt, dass der Verständigungsprozess zur Standardisierung der Primärprävention wahrscheinlich kein Selbstläufer sein wird. Eine öffentliche Förderung und strukturelle Rahmungen wie das Präventionsforum, die Landesrahmenvereinbarungen und das Beratungsangebot bei den Landesvereinigungen für Gesundheit („Multiplikatorensystem“) können ihn weiter formalisieren und stabilisieren.

Das BMG kann den Konsensprozess unterstützen, indem es die beteiligten Akteure ermutigt, ihr Engagement fortzusetzen oder auszubauen. Es kann das wichtige Programm InForm fortsetzen und Forschungsprojekte finanzieren. Es kann zudem politische Signale aussenden, dass die notwendige Kooperation der gesundheitspolitischen und bildungspolitischen Akteure im Handlungsfeld Übergewichtsprävention bei Kindern erwünscht ist und Vernetzungsinitiativen unterstützen, soweit das auf der Bundesebene möglich und sinnvoll ist. Es ist zu vermuten, dass die Verbindlichkeit der Standards z. B. durch die Präventionsberichte der Nationalen Präventionskonferenz (NPK), die Bundesrahmenempfehlung und die Landesrahmenvereinbarungen zunimmt und die Beteiligten sich dieser Dynamik nicht entziehen können.

Wenn sich im Konvergenzprozess zunehmend verbindlichere Standards entwickeln (sollen), so sollte die nächste Phase dieses Prozesses weniger konfrontativ gegenüber den Praxispartnern sein, sondern vielmehr im Dreieck von Akteuren, Wissenschaft und Praxis und unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Dilemmata bearbeitet werden.

Die Ergebnisse der Befragung ermöglichen Anschlussfähigkeit z.B. für eine repräsentative Erfassung des Feldes in seiner Breite im Rahmen einer weiteren (qualitativ oder auch quantitativ angelegten) Untersuchung. Zum anderen scheint eine Befragung derjenigen Akteur_innen sinnvoll, die auf der Praxisebene aktiv sind.

Danksagung

Wir danken den Maßnahmen- und Kostenträgern für die Beteiligung am Forschungsprojekt und den Expert_innen für die Interviews und die Bereitschaft, ihr Wissen mit uns zu teilen.

9 Literaturverzeichnis

Bär, Gesine/ Noweski, Michael/ Ihm, Maria/ Voss, Anja (2016a): Übergewichtsprävention bei Kindern: Standard setzende Dokumente. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Online first. DOI: 10.1007/s00103-016-2450-4

Bär, Gesine/ Noweski, Michael/ Ihm, Maria/ Voss, Anja (2016b): Qualitätsstandards in der Primärprävention von Übergewicht bei Kindern – Eine Bestandsaufnahme. Abschlussbericht. Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages im Zeitraum: 01.06.2015 - 30.03.2016. Berlin: ASH

BeKi/ GBB (Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung/ Gesundheit Berlin-Brandenburg) (2016): Was heißt hier eigentlich gesund? Und wie können Kinder in ihrem Gesundsein gestärkt werden? Ergebnisse der „Pilot-Wirkungsstudie zur Förderung von Gesundheits- und Bildungszielen für Kinder im Aktionsraum Plus Neukölln Nord“. Berlin: Bezirksamt Neukölln von Berlin

Brägger, Gerold/ Posse, Norbert (2007): Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen (IQES). Wie Schulen durch eine integrierte Qualitäts- und Gesundheitsförderung besser werden können. Hrsg.: Landesprogramme Bildung und Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Hessen und Schweiz. h.e.p.-Verlag: Bern. [Online verfügbar unter: <https://www.iqesonline.net/index.cfm?id=6a5a582c-e0c6-b4e6-23c2-7a8b70ed6115>; Zugriff am 17.07.2017]

BVPG (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung) (2013): Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Bonn: BVPG.

Byrne, M. M. (2001). Sampling for qualitative research. AORN Journal, 73 (2), 494-498.

BZgA (2010): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Köln: BZgA.

Flick, Uwe (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuchverlag: Reinbek bei Hamburg

Gesundheitsförderung Schweiz (2014): Qualitätskriterien für Projekte. www.quint-essenz.ch

GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin: GKV-SV.

Gold, Carola/ Bräunling, Stephan/ Geene, Raimund/ Kilian, Holger/ Sadowski, Ute/ Weber, Andrea (2014): Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg.

Grossmann, Beate/ Noweski, Michael (2016): Qualität in der Primärprävention. Ergebnisse einer Mitgliederbefragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 21(3), 163-167.

Hoffmann-Steuernagel, Sabine/ Stange, Nela J./ Hirsch, Siri (2016). Qualitätsentwicklung am Beispiel Adipositasprävention in Kitas: Abschlussbericht. Kiel: LVGFSSH

Kaba-Schönstein (2017): Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung [online verfügbar: www.bzga.de/Leitbegriffe]

Kooperationsverbund (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit) (2015): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.

LIGA.NRW (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen) (2010): Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: LIGA.NRW.

Mayring, Phillip (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Überarbeitete Auflage. Beltz Verlag: Weinheim und Basel.

Merkens, Hans (1997): Stichproben bei qualitativen Studien. In: Friebertshäuser, Barbara/ Prengel, Annedore (Hrsg.) (1997): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa: Weinheim, München; S. 97-106.

Meuser, Michael/ Nagel, Ulrike (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, Susanne/ Pickel, Gert/ Lauth, Hans-Joachim/ Jahn, Detlef (Hrsg.) (2009): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden; S. 465-479.

Patton, M. Q. (2002). Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks, CA: Sage.

QIP (2005): Beurteilungsbogen. Angebote zur Adipositas-Versorgung für Kinder und Jugendliche. Manuskript.

Quilling, Eike/ Dadaczynski, Kevin/ Müller, Merle (2016): Settingbezogene Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Theoretische Fundierung, Einflussfaktoren und Interventionsplanung. In: Bundesgesundheitsblatt: published online 30.9.2016.

Reinders, Heinz (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. Oldenbourg Verlag: München.

Voss, Anja/ Viernickel, Susanne (2016): Gute gesunde Kita: Bildung und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen. Prävention in NRW, Heft 65. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen: Düsseldorf.

Walter, Ulla/ Pigeot, Iris (2016): Universelle Programme zur Primärprävention kindlichen Übergewichts. Ein Überblick. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Online first. DOI: 10.1007/s00103-016-2446-0

Wright, Michael T./ Noweski, Michael/Robertz-Grossmann, Beate (2012): Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung. Befragung der Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung, 7(1), 11-17.

Anlagen

Anlage 1: Gesprächsleitfaden der Expert_innen-Interviews

Erkenntnisinteresse	Voraussetzungen für einen Standardisierungsprozess der Maßnahmenqualität		
1 Bedeutung von Qualitätsstandards	1.1 Braucht die gesundheitliche Primärprävention in Deutschland Träger übergreifende Qualitätsstandards?	1.2 Sollten es verbindliche Mindeststandards sein, oder sollten die Standards freiwillig bleiben?	1.3 Ist die erfolgreiche Entwicklung übergreifender Qualitätsstandards realistisch? Was wäre ihres Erachtens erreichbar?
2 Formulierung von Qualitätsstandards	2.1 Durch welches Verfahren sollten Träger übergreifende Qualitätsstandards formuliert werden?	2.2 Welche Organisationen sollten dazu welche Beiträge leisten?	2.3 Was sollten die <ul style="list-style-type: none"> • Kassen • Fachverbänd. • LVG'n... Dazu beitragen?
3 Aufsicht	3.1 Sollte es mehr Aufsicht über die Qualität der Maßnahmen geben?		
4 Standard setzende Dokumente	4.1 Welche Standard setzenden Dokumente anderer Organisationen finden Sie gelungen? Welche geben Ihnen Orientierung?	4.2 Können Sie uns zum Thema Qualitätsstandards ein Dokument aus Ihrer Organisation empfehlen?	
5 Kinderübergewicht	5.1 Werden die verschiedenen Handlungsfelder der Primärprävention jeweils eigene Qualitätsstandards entwickeln?	5.2 Wird die Übergewichtsprävention bei Kindern eigene Standards entwickeln?	
6 Schluss	6.1 Haben wir bei unseren Fragen einen wesentlichen Aspekt übersehen?		

Anlage 2: Zentrale Standard setzende Dokumente

BVPG (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung) (2013): Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. Bonn: BVPG.

BZgA (2010): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Köln: BZgA.

DOSB (2008): Qualitätskriterien zur Vergabe des Qualitätssiegels SPORT PRO GESUNDHEIT. Frankfurt/Main: DOSB.

Gesundheitsförderung Schweiz (2014): Qualitätskriterien für Projekte. www.quint-essenz.ch

GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2014): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin: GKV-SV.

Gold, Carola/Stefan Bräunling/Raimund Geen/Holger Kilian/Ute Sadowski/Andrea Weber (2014): Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg.

Kooperationsverbund (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit) (2015): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.

LIGA.NRW (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen) (LIGA.NRW) (2010) Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: LIGA.NRW.

Nolte, Burkhard/Carolin Becklas/Oliver Janiczek (2015): Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung und Prävention Ein Qualitätsinstrument zur Qualitätsentwicklung für Projekte, Maßnahmen und Initiativen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Hessen. Manuskript.

QIP (2005): Beurteilungsbogen. Angebote zur Adipositas-Versorgung für Kinder und Jugendliche. Manuskript.

Anlage 3: Kategoriengerüst der Datenauswertung

	Oberkategorie	Unterkategorie
1	Bedarf von übergreifenden Qualitätsstandards	
2	Bereits vorhandene Qualitätsstandards/Prozesse	
3	Verbindlichkeit/Freiwilligkeit der Qualitätsstandards	
4	Einschätzung der Möglichkeiten bezüglich der Entwicklung von Qualitätsstandards	
5	Prozess der Formulierung von Qualitätsstandards	
		5.1 Verfahren/Vorgehen bei der Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards
		5.2 Beteiligte Organisationen/Akteure bei der Entwicklung Qualitätsstandards
		5.3 Zu beachten bei der Entwicklung von Qualitätsstandards
6	Eigene Mitwirkung bei der Entwicklung von übergreifenden Qualitätsstandards	
		6.1 Probleme/Schwierigkeiten bei eigener Mitwirkung
		6.2 Ressourcen/Potentiale für die eigene Mitwirkung
		6.3 Voraussetzungen für eigene Mitwirkung
7	Standard setzende Dokumente	
		7.1 Allgemein Standard setzende Dokumente
		7.2 Eigene Standard setzende Dokumente
8	Vernetzung/Kooperation	
9	Kinderübergewicht	
		9.1 Qualitätsstandards im Handlungsfeld der Übergewichtsprävention bei Kindern
		9.2 Abstrakte vs. spezifische Qualitätsstandards
10	Förderbedarfe	
		10.1 Förderbedarfe der eigenen Organisation
		10.2 Förderbedarfe der Settingakteur_innen
		10.3 Förderbedarfe des Settings

Anlage 4: Setting- und handlungsfeldbezogene Diskussionsstränge

