



**Alice Salomon Hochschule Berlin**  
University of Applied Sciences

**Qualitätsstandards in der Primärprävention von Übergewicht bei  
Kindern – Eine Bestandsaufnahme**

**Abschlussbericht**

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

Projektmitarbeitende: Dr. Noweski, Michael, Ihm, Maria,

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 aus dem Bundeshaushalt im Haushaltsjahr 2015 aus Kapitel 1502 Titel 686 07

Förderung der Kindergesundheit

Zeitraum: 01.06.2015 - 30.03.2016

Fördersumme: 64.128 Euro

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
1.1	Ausgangslage des Projekts .....	4
1.2	Ziele des Projekts .....	4
1.3	Projektstruktur und Verantwortlichkeiten .....	4
<b>2.</b>	<b>Erhebungs- und Auswertungsmethodik</b> .....	<b>5</b>
2.1	Datenerhebung .....	7
2.2	Datenauswertung .....	8
<b>3.</b>	<b>Durchführung, Arbeits- und Zeitplan</b> .....	<b>11</b>
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>12</b>
4.1	Darstellung des Forschungsstandes .....	12
4.2	Prinzipien und Stand der Qualitätsentwicklung .....	13
4.3	Relevante Akteur_innen für einen möglichen Standardisierungsprozess .....	16
<b>5.</b>	<b>Gesamtbeurteilung</b> .....	<b>17</b>
<b>6.</b>	<b>Gender-Mainstreaming Aspekte</b> .....	<b>18</b>
<b>7.</b>	<b>Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse</b> .....	<b>18</b>
<b>8.</b>	<b>Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)</b> .....	<b>19</b>
<b>9.</b>	<b>Publikationsverzeichnis</b> .....	<b>21</b>
<b>10.</b>	<b>Anlagen (als separate Dokumente)</b> .....	<b>37</b>

Zusammenfassung

## **Qualitätsstandards in der Primärprävention von Übergewicht bei Kindern – Eine Bestandsaufnahme**

### *Hintergrund*

Die Qualität von Präventionsmaßnahmen ist eine wesentliche Voraussetzung für deren Erfolg. Ein aktuelles gesundheitspolitisches Ziel in Deutschland ist es, die Kriterien für Qualität zu erkennen, systematisch aufzubereiten und gemeinsam mit den relevanten Akteursgruppen weiterzuentwickeln.

### *Ziel der Arbeit*

Ziel der Studie war eine Bestandsaufnahme der Qualitätsstandards der Primärprävention von Übergewicht bei Kindern. Analysiert wurden sowohl wissenschaftliche Fachbeiträge als auch Standard setzende Dokumente der Regulierungs-, Kosten- und Maßnahmenträger.

### *Material und Methoden*

Per Literaturrecherche mit der Meta-Datenbank Medpilot wurden 19 relevante Fachbeiträge identifiziert und einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Eine Internetrecherche mit der Suchmaschine Google ergab 62 Standard setzende Dokumente der Träger.

### *Ergebnisse*

Die Befundlage an der Schnittstelle von Qualitätsstandards und Übergewichtsprävention bei Kindern ist unzureichend. Nur sechs der Standard setzenden Dokumente haben einen Fokus auf Übergewichtsprävention bei Kindern. Die Dokumente der Träger weisen eine breite Schnittmenge auf und zeigen ein gemeinsames Verständnis von Qualität. Gleichwohl beziehen sich die Dokumente meist nicht aufeinander und es ist bislang nicht erkennbar, welche Dokumente handlungsleitend für die Präventionspraxis sind.

### *Diskussion*

Für die Entwicklung gemeinsamer Standards der Übergewichtsprävention bei Kindern bedarf es einer stärkeren wechselseitigen Bezugnahme zwischen Trägern, Wissenschaft und Politik und eines Handlungsfelder übergreifenden fachlichen Diskurses.

# 1. Einleitung

## 1.1 Ausgangslage des Projekts

Kindliches Übergewicht stellt laut WHO aktuell das größte chronische Gesundheitsproblem dar. Die Ursachen für Übergewicht und Adipositas sind vielschichtig, die Studienlage zur Evidenz einzelner Präventionskonzepte ist unzureichend und es stellt sich die Frage, wie Maßnahmen beschaffen sein müssen, dass sie diejenigen Kinder und Jugendlichen erreichen, die sie besonders brauchen. Zudem ist von Interesse, in welcher Form diese Maßnahmen langfristig zu einer normalen Gewichtsentwicklung beitragen können. Befragungen von Maßnahmenträgern legen nahe, dass der Begriff und das Konzept von Qualität für Maßnahmen vor wenigen Jahren noch weitgehend unklar waren und Qualitätssicherung überwiegend situativ erfolgte [1]. Inzwischen scheint sich ein generelles Qualitätsverständnis zu etablieren [2, 3]. Evaluationen primärpräventiver und übergewichtsspezifischer Programme stellen Kriterien zur multidimensionalen Messung von Qualität zur Verfügung [4]. Unterschiedliche Qualitätssicherungsverfahren werden angeboten, erprobt und angewandt [5].

## 1.2 Ziele des Projekts

Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg von Maßnahmen im Feld der Übergewichtsprävention bei Kindern liegt darin, die Kriterien für Qualität zu erkennen, systematisch aufzubereiten und gemeinsam mit den relevanten Akteursgruppen weiterzuentwickeln. Die QuAK-Studie liefert eine Bestandsaufnahme der Qualitätsstandards der gesundheitlichen Primärprävention unter besonderer Berücksichtigung der Übergewichtsprävention bei Kindern bis zwölf Jahren in Deutschland. Teilziele waren

- a) Darstellung des Forschungsstandes zu Maßnahmen der Prävention von Übergewicht bei Kindern,
- b) Bestandsaufnahme der Qualitätsstandards für Maßnahmen der Übergewichtsprävention bei Kindern,
- c) Bestandsaufnahme relevanter Akteure für einen potentiellen Verständigungsprozess.

Grundlagen der Analyse bildeten sowohl wissenschaftliche Fachbeiträge als auch Standard setzende Dokumente der Regulierungs-, Kosten- und Maßnahmenträger.

Die Diskussion um Qualitätsstandards erforderte definitorische Grundlagen zu den zentralen Begriffen: *Maßnahmenqualität* wurde als geeignete Form definiert, Anforderungen zu erfüllen [6]. Die Anforderungen wurden im Rahmen der Qualitätsdiskurse von Akteur\_innen der fachlichen Arena formuliert [7]. Auf Qualität bezogene Aussagen wurden dann *Qualitätsstandards* genannt, wenn sie zudem Aussagen über die Messbarkeit trafen, institutionell abgesichert waren und im Feld damit eine hohe Verbindlichkeit genossen. Der Leitfaden für Prävention der Gesetzlichen Krankenversicherungen oder auch medizinische Leitlinien sind hierfür Beispiele. *Qualitätskriterien* als überprüfbare Merkmale, die Qualität anzeigen, müssen nicht notwendigerweise institutionell abgesichert oder mit messbaren Indikatoren unterlegt sein und lassen sich nach *Qualitätsdimensionen* gruppieren. Diese sind Teilmengen der Gesamtheit von Qualitätskriterien, die sich auf einen jeweiligen Teilaspekt von Qualität beziehen und hier in Konzept-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität unterschieden wurden [8]. *Präventionsprinzipien* als konzeptionelle Grundlage für Maßnahmenprinzipien sind Funktionsschemata, welche Präventionsprobleme, -ziele und -lösungen beschreiben.

## 1.3 Projektstruktur und Verantwortlichkeiten

Die Projektleitung, -koordination und -organisation lag bei Prof. Dr. Gesine Bär und Prof. Dr. Anja Voss. 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 Zuwendungsgeber und 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.

Der wissenschaftliche Projektmitarbeiter Dr. Michael Noweski führte die projektierten Erhebungs- und Auswertungsschritte durch, katalogisierte und systematisierte die Literaturübersicht, erstellte Übersichten relevanter Akteure und entwickelte Relevanz- und Kategorisierungskriterien für die Auswertung der mittels Internet recherchierten Dokumente. In seinen Zuständigkeitsbereich fiel außerdem die Repräsentation des Projektes auf Tagungen und die Projektdokumentation, wozu u.a. die Erstellung des Abschlussberichtes sowie die Vorbereitung von Publikationen gehörten.

Die studentische Mitarbeiterin Maria Ihm unterstützte die Projektleitung und den wissenschaftlichen Mitarbeiter bei allen anfallenden, allgemeinen Aufgaben im Projekt, insbesondere bei der Literaturrecherche, der Datenerhebung und -auswertung sowie bei der Erstellung von Präsentationen, Dokumentationen und Publikationen.

## 2. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Tabelle 1: geplante Ziele und Indikatoren

<b>Ziel(e)</b>	<b>Indikatoren zur Messung der Zielerreichung</b>
<b>Ziel 1:</b>	
Darstellung des Forschungsstandes zu Maßnahmen der Prävention von Kinderübergewicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kategorisierte und systematische Literaturübersicht</li> </ul>
<b>Teilziele:</b>	
Systematische Literaturrecherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste relevanter Quellen</li> </ul>
Literaturbeschaffung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quellenarchiv</li> </ul>
Auswertung der Literatur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhaltsanalytisches Verfahren als Grundlage für die Auswertung der Dokumente</li> <li>• Relevanz-, Kategorisierungs- und Bewertungskriterien</li> </ul>
<b>Ziel 2:</b>	
Bestandsaufnahme der Qualitätsstandards für Maßnahmen der Übergewichtsprävention bei Kindern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kategorisierte und systematische Übersicht über die in der Praxis vorfindlichen Qualitätsstandards</li> <li>• Übersicht über „Wirkungsindikatoren“ von Maßnahmen</li> <li>• Formulierung des Fachdiskurses zu Qualitätsstandards der Prävention von Übergewicht bei Kindern</li> <li>• Darstellung von fachlichem Konsens und Dissens, fehlender Evidenz, Forschungs-</li> </ul>

	<p>lücken und von weiterem Forschungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenfassende Darstellung des „State of the Art“ und Empfehlungen zur Translation in regulatorische Standardsetzung</li> </ul>
<b>Teilziele:</b>	
Recherche von Dokumenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste relevanter Quellen</li> </ul>
Beschaffung der Dokumente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quellenarchiv</li> </ul>
Bewertung/Analyse der Dokumente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriterien-Raster zur Auswertung der Daten</li> </ul>
Auswertung der Literatur und der Dokumente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhaltsanalytisches Verfahren als Grundlage für die Auswertung der Dokumente</li> <li>• Relevanz-, Kategorisierungs- und Bewertungskriterien</li> </ul>
<b>Ziel 3:</b>	
Bestandsaufnahme relevanter Akteure für den Konsensprozess	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liste ausgewählter Beispiele guter Praxis formalisierter Qualitätsstandards bei Finanzierungs- und Maßnahmenträgern und ihren Verbänden</li> <li>• Liste der relevanten Akteur_innen für einen möglichen Konsensprozess</li> </ul>
<b>Ziel 4:</b>	
Dokumentation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Darstellung der Projektentwicklung und der Analyseergebnisse</li> <li>• Schaffung von Möglichkeiten eines zielgerichteten Zugriffs auf Projektinformationen</li> </ul>
<b>Teilziele:</b>	
Erstellung des Projektberichtes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schriftlicher Projektbericht</li> </ul>
Verfassen eines Beitrages für eine Fachzeitschrift	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissenschaftlicher Aufsatz</li> </ul>
Vortrag auf einer Fachkonferenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PowerPoint-Präsentation für einen Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft e.V., ggf. Poster</li> </ul>

## 2.1 Datenerhebung

Die Bestandsaufnahme fokussierte auf Standards für primärpräventive Maßnahmen bzw. Maßnahmenqualität und ausschließlich auf den bundesdeutschen Diskurs seit 2005. Es erfolgte keine Auswertung der gesundheitswissenschaftlichen Evidenz verschiedener Maßnahmenprinzipien und kein Review von Studien, als vielmehr eine Übersicht derjenigen Standards, die Akteur\_innen der Primärprävention auf Basis ihrer Einstellungen, ihres Wissens und ihrer Erfahrungen formulieren und priorisieren. Die Bestandsaufnahme bildete neben den relevanten Dokumenten auch die beteiligten Organisationen ab. Dazu zählten insbesondere wissenschaftliche Einrichtungen, die Krankenkassen, die Bundesministerien und -behörden, die Landesvereinigungen für Gesundheit, wissenschaftliche Fachgesellschaften, Fachverbände, Berufsverbände, sowie Interessenverbände. Eine vergleichbare Kategorisierung der Forschungs-, Finanzierungs-, Maßnahmen- und Regulierungsträger der Primärprävention hatte sich bei einer Bestandsaufnahme von Qualitätssicherungsinstrumenten bei den Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung bewährt [1].

Die Datenerhebung erfolgte in zwei Schritten. Zunächst wurden Forschungsbeiträge durch eine systematische Literaturrecherche (a) erhoben. Anschließend erfolgte die Erhebung der Standard setzenden Dokumente der Träger durch eine systematische Internetrecherche (b).

### a) Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde mit der Datenbank Medpilot durchgeführt. Die Wahl fiel auf diese Meta-Datenbank, weil sie auf Bestände vieler gesundheitswissenschaftlich relevanter Literaturdatenbanken zugreift. Vergleichende Tests mit den Datenbanken EMBASE, SCOPUS, ScienceDirect, SpringerLink und WISO führten zu geringeren Trefferanzahlen. Die Trefferzahl bei Google Scholar erschien mit 22.000 zu hoch. Nach Tests verschiedener Kombinationen von Suchbegriffen und Selektionsbedingungen wurde der folgende String verwandt: (Übergewicht AND Kinder AND Qualität) AND (Prävention OR Gesundheitsförderung) AND PY=2005:2015. Die Anwendung dieser Befehlszeile führte zu 2.207 Treffern, davon 181 in deutscher und 2.000 in englischer Sprache<sup>1</sup>. Diese Treffer wurden mittels Durchsicht der Titel, Abstracts und Inhaltsverzeichnisse von einer Person selektiert. Dabei kamen fünf Selektionskriterien zur Anwendung, die durch Einschluss- und Ausschlusskriterien operationalisiert waren (Tab. 2). Nach der Selektion verblieb lediglich eine Auswahl von 19 Texten.

#	Kriterium	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
1	Art der Publikation	[...] OR Leitlinien OR Dissertationen OR Handbücher OR PDF-Broschüren mit ISSN/ ISBN	Bachelor-Arbeit, Master-Arbeit, Konferenz(-band)-Abstract
2	Region	Deutschland	Kein Bezug zu Deutschland
3	Zielgruppe	Kinder bis 12 Jahre (0 - 6 Jahre, 7 - 12 Jahre)	Kein Bezug zu Kindern
4	Indikation	Übergewicht OR Adipositas	Kein Bezug zu Übergewicht OR Adipositas
5	Gegenstand	Übergewicht AND (Standards für Maßnahmenqualität OR Kriterien für Maßnahmenqualität OR Empfehlung zur Maßnahmenqualität)	Sekundärprävention OR Tertiärprävention

Mit Blick auf die Textsorten und thematischen Schwerpunkte zeigte sich eine sehr heterogene Textlage: von Kursmanuals, Ratgebern der öffentlichen Hand und Projektdokumentationen von öffentlich

<sup>1</sup> Zugriff am 25.08.2015

geförderten Übersichtsarbeiten, über Beiträge in wissenschaftlichen Handbüchern bis zu Dissertationen und Zeitschriftenaufsätzen in Peer-reviewed Journals. Prävention oder Gesundheitsförderung als Schlagwörter aller Quellen wurden in sehr unterschiedlichem Umfang behandelt.

#### b) Internetrecherche

Die Internetrecherche zu den Standard setzenden Dokumenten der Regulierungs-, Kosten- und Maßnahmenträger primärpräventiver Projekte erfolgte mit der Suchmaschine Google, da diese auf die Homepages der Trägerorganisationen zugreift und dort eingestellte Dokumente anzeigt. Insgesamt wurden 123 Organisationen als relevant eingestuft (Tab. 4).

Es wurden 281 Dokumente auf ihre Relevanz geprüft. Davon wurden 191 als nicht relevant eingestuft, weil sie keine Qualitätsstandards oder -kriterien beinhalteten. Bei 33 Dokumenten wurden Standards formuliert, jedoch ohne Bezug zum Thema Übergewichtsprävention oder Präventionsmaßnahmen bei Kindern. Für die Studie als relevant eingestuft wurden 62 Dokumente, weil sie entweder Standards für primärpräventive Maßnahmen zur Übergewichtsprävention enthielten oder Standards zur Primärprävention bei Kindern (Abb. 2 und Tab. 5). Von diesen Dokumenten wurden einige wenige noch einmal wegen Redundanz ausgesondert, weil sie dieselben Kriterien enthielten, wie andere Dokumente derselben Organisation, aber beispielsweise als Kurzversion.

## 2.2 Datenauswertung

Die 19 ermittelten Texte der Literaturrecherche wurden mit dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) und der Software MAXQDA 12 inhaltsanalytisch ausgewertet. Dieses Vorgehen erwies sich als gegenstandsangemessene Methode, um den Stand des Qualitätsdiskurses regelgeleitet nachzuzeichnen. Die Computersoftware ist nicht an einen bestimmten methodischen Ansatz gebunden. Sie unterstützt zum einen das Codieren und das Arbeiten mit Kategorien und stellt zum anderen sicher, dass alle relevanten Textpassagen in die Auswertung einbezogen werden und schnell zugänglich sind. Nach dem Schneeballprinzip wurden 55 weitere Texte ermittelt. Hierfür wurden die Literaturverzeichnisse der vorliegenden Beiträge ausgewertet. Die so ermittelten Texte wurden wiederum von denselben Personen nach denselben Kriterien selektiert. Der Literatúrauswertung standen somit 74 Texte zur Verfügung (Abb. 1).

In Anlehnung an die drei Grundformen des Ablaufmodells der qualitative Inhaltsanalyse (Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung) wurde für die vorliegende Analyse das Vorgehen der *zusammenfassenden* Analyse mit dem der *Strukturierung* verbunden. Mit der *Zusammenfassung* wurde das Ziel verfolgt, das Interviewmaterial so zu abstrahieren, dass zum einen wesentliche Inhalte erhalten blieben und zum anderen gleichzeitig ein übersichtlicher ‚Datenfundus‘ angelegt werden konnte, der der Übersicht über das Datenmaterial diene. Mittels der *Strukturierung* wurde das Textmaterial mit Hilfe vorab festgelegter Kategorien systematisch eingeschätzt und analysiert (Mayring, 2010, S. 64ff.).

Im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse stand das Kategoriensystem, das sowohl durch einzelne, vorab festgelegte und theoretisch hergeleitete Kategorien (z.B. die zentralen Qualitätsdimensionen nach Donabedian [8]) als auch durch eine induktive Kategorienbildung, also aus direkt aus dem Material abgeleiteten Kategorien, entwickelt wurde. Die Kategorien stellten zentrale Auswertungsaspekte in Kurzform dar und orientierten sich an den zugrunde liegenden Fragstellungen. Konkret waren dies Fragen nach dem Forschungsstand zu Qualitätsstandards in der Prävention von Übergewicht bei Kindern und nach den Inhalten und Zielen der Standard setzenden Dokumente.

In einem ersten Schritt wurden die Analyseeinheiten paraphrasiert, d.h., die Kодиereinheiten wurden gekürzt und ggf. umformuliert und auf ein möglichst einheitliches Sprachniveau gebracht. Anschließend erfolgte die Generalisierung, bei der die paraphrasierten Texteinheiten auf ein Abstraktionsniveau gebracht wurden. Danach wurden in mehreren Reduktionsschritten Paraphrasen mit gleicher Bedeutung gestrichen, der Text insgesamt reduziert und nur diejenigen Paraphrasen weiter verwen-



det, die für die Beantwortung der zugrundeliegenden Fragen relevant waren. In einem letzten Schritt wurde das auf diese Weise verdichtete Material ausgewertet und interpretiert.

Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich in drei thematische Bereiche: In einem ersten Teil werden allgemeine Informationen über das Feld der Prävention von Übergewicht bei Kindern dargestellt, die aus dem Material entnommen und für die Entwicklung von Qualitätsstandards als relevant erachtet wurden. In einem zweiten Teil geht es um Prinzipien und den Status Quo der Qualitätsentwicklung als Grundlage für Qualitätsstandards und abschließend werden die Qualitätsdimensionen Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mit konkreten Qualitätskriterien für Maßnahmen der Übergewichtsprävention bei Kindern gefüllt.

Der gesamte Korpus der ausgewählten Literatur wurde systematisch nach dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet und wie folgt kategorisiert:

Zusammenfassende Oberkategorien der Literaturanalyse	
1	Allgemeine Informationen über das Feld der Prävention von Übergewicht bei Kindern
1.1	Prävalenz von Übergewicht
1.2	Definition von Übergewicht
1.3	Risikofaktoren für die Entstehung von Übergewicht
1.4	Folgen von Übergewicht
1.5	Stand der Forschung
1.6	Prävention in spezifischen Handlungsfeldern
1.7	Bewegungs- und Ernährungsförderung: Ansätze und Beispiele
2	Prinzipien und Stand der Qualitätsentwicklung
2.1	Gesundheitspolitische Vorgaben und Ziele
2.2	Allgemeine Qualitätskriterien
2.3	Primär-/Sekundär-/Tertiärprävention
2.4	Qualitätskriterien für Präventionsmaßnahmen
2.4.1	Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern (Goldapp et al. 2011)
2.4.2	Checkliste Qualitätskriterien zur Vermeidung von Übergewicht in NRW (Graf 2014)
2.5	Partizipative Qualitätsentwicklung
2.6	Qualitätssicherungssysteme
3	Konzeptqualität
3.1	Ziele/ Zielebenen
3.2	Definition von Zielgruppen
3.3	Partizipation
3.4	Setting
4	Vertiefende Hinweise zu einzelnen Qualitätsdimensionen
4.1	Planungsqualität
4.2	Strukturqualität
4.3	Prozessqualität
4.4	Ergebnisqualität
5	Hinweise auf Literatur und weiterführende Quellen

Im Rahmen der systematischen Internetrecherche wurden zur Identifizierung relevanter Organisationen folgende Listen ausgewertet:

- 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.

Nicht berücksichtigt wurden Organisationen, bei denen aufgrund ihrer thematischen Ausrichtung eine Bezugnahme auf die Zielgruppe Kinder und auf das Thema Primärprävention unwahrscheinlich ist. Organisationen der Suchtprävention wurden einbezogen, weil übermäßiges Essen von einigen Psycholog\_innen als Suchtverhalten angesehen wird (vgl. „Binge Eating“). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) reklamiert für sich u. a. für die Prävention von „Ess-Sucht“ zuständig zu sein [9]. Aufgrund der begrenzt verfügbaren Ressourcen fanden lediglich Akteur\_innen der Bundesebene Berücksichtigung. Eine Ausnahme bildeten die Landesvereinigungen für Gesundheit (LVG'n), die aufgrund ihrer Bedeutung für das Qualitätsmanagement in der Primärprävention in die Recherche einbezogen wurden. Die übrigen Akteur\_innen der Landesebene und der kommunalen Ebene blieben ausgeschlossen. Insgesamt konnten 123 Organisationen als relevant eingestuft und analysiert werden (Tab.4). Statt einer Suche mit nur einem String wurde für jede Organisation eine eigene Suche mit einer spezifischen Befehlszeile durchgeführt und die Bezeichnung der Organisation mit den Suchbegriffen Qualität und Prävention kombiniert. Mit Hilfe der erweiterten Suchfunktionen von Google wurde die Recherche auf PDF-Dateien eingegrenzt. Im Falle des Deutschen Olympischen Sportbundes ergab sich somit die Befehlszeile: "Deutscher Olympischer Sportbund" Qualität Prävention filetype: PDF.<sup>2</sup> Bei jeder Suche wurden die ersten 50 ausgegebenen Treffer geöffnet und auf Relevanz geprüft. Tests hatten gezeigt, dass in den Trefferlisten nach den ersten 50 Treffern keine relevanten Dateien mehr enthalten sind. Zusätzlich wurden die Homepages der jeweiligen Organisationen aufgerufen und hinsichtlich aufschlussreicher Dokumente durchsucht. Insgesamt wurden 281 Dokumente durch eine Person ermittelt und anhand von zwei Auswahlkriterien selektiert (Tab. 3). Dabei wurden 219 Dokumente ausgesondert (Abb. 2) und die verbliebenen 62 Dokumente wurden im Projektzeitraum kategorisiert (Tab. 5). Die Dokumente können nach Projektende ggf. einer ausführlichen Inhaltsanalyse unterzogen werden.

Die Auswertung der Dokumente hatte eine Deskription der Qualitätskriterien zum Ziel. Zunächst wurden alle identifizierbaren Qualitätskriterien oder -merkmale von Maßnahmen aus den Dokumenten in eine tabellarische Kriterienliste übertragen - insoweit sie sprachlich klar formuliert waren und einen Qualitätsanspruch formulierten. Wenn Qualitätskriterien von Maßnahmen lediglich als Stichworte beispielsweise in einer Aufzählung genannt wurden, ohne dass ein Umsetzungsanspruch formuliert war, wurden diese Stichworte nicht in die Kriterienliste aufgenommen.

---

<sup>2</sup> Im Gegensatz zur Bezeichnung der Organisation wurden die Begriffe Qualität und Prävention nicht in Anführungsstriche gesetzt. Testdurchläufe hatten gezeigt, dass Dokumente anderer Organisationen, als sie durch den String angesteuert werden, die Dokumente der eigentlich adressierten Organisation verdrängen, wenn Qualität und Prävention in Anführungsstriche gesetzt werden. Durch die begrifflich leicht unschärfere Suche wurde dies vermieden und in der Auflistung der Treffer erschienen mehr Dokumente der angesteuerten Organisation.

### 3. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die im Projektantrag anvisierten Zeit- und Arbeitsphasen der Literaturrecherche und deren Auswertung konnten wie geplant durchgeführt werden:

	2015						
	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov
1. Literaturrecherche und -beschaffung							
2. Auswertung der Literaturrecherche							
3. Beratung mit ausgewählten Mitgliedern des Beirats							
4. Analyse und Auswertung der qua Internet-Recherche ermittelten Dokumente							
5. Dokumentation der Ergebnisse							

Die projektierte Beratungsphase mit einem wissenschaftlichen Beirat entfiel, da ein solcher Beirat in Rücksprache mit dem BMG nicht konstituiert wurde. Die mit dem Einsatz eines Beirats intendierte öffentliche Dokumentation von Zwischenergebnissen sowie die Nutzung von externem Sachverstand musste aber nicht entfallen, sondern wurde durch die Beteiligung an den vom BMG initiierten Fachgesprächen und Expert\_innenrunden zum Thema „Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen“ umgesetzt.

Der vierte Schritt der Dokumentenanalyse mittels Internet war ursprünglich nicht geplant und wurde von dem Projektteam eingeschoben, nachdem die Recherche Standard setzender Dokumente, die von den Akteur\_innen offiziell angegeben wurden, kaum relevante Dokumente hervorbrachte. Die Analyse und Auswertung der qua Internetrecherche ermittelten Dokumente gestaltete sich zudem aufwendiger als geplant und die Zusammenführung der beiden Erhebungs- und Auswertungsverfahren war nicht mit einem angemessenen Zeitfenster in die Planung einbezogen worden. Dadurch kam es zu Verzögerungen in der Dokumentation der Ergebnisse, die aber durch die verlängerte Projektlaufzeit ausgeglichen werden konnten.

Im Vergleich zu den unter Kapitel 2 genannten Projektzielen wurde lediglich das der Liste der weiter am Konsensprozess zu beteiligenden Organisationen nicht vollständig erreicht, da die Recherchen ergeben hatten, dass ein Konsensprozess bei der Vielstimmigkeit des Diskurses und den Autonomiebedürfnissen der verschiedenen Trägergruppen derzeit nicht vollstellbar war. Aus diesem Grund wurde lediglich die auf der Grundlage der Internetrecherche etwas reduzierte Akteursliste mit knapp 100 Akteur\_innen für das Nachfolgeprojekt PräKit generiert (vgl. Kapitel 8). Aus dem gleichen Grund wird im Ergebnisteil unten auch von einem weitergehenden „Standardisierungsprozess“ statt eines unmittelbar angestrebten „Konsensprozesses“ gesprochen.

Das Projekt wurde über die ursprünglich geplante Laufzeit von Ende Januar 2016 auf Ende März 2016 kostenneutral verlängert. Die Gründe lauteten wie folgt:

Über den ursprünglichen Antrag hinausgehend wurde der Bereich der (Träger)Organisationen-Recherche dokumentiert. In der Vertiefung dieses neu hinzugekommenen Projektstrangs konnten weitere wünschenswerte Resultate erzielt werden, die jedoch über die vereinbarte Laufzeit hinausgin-

gen und die kostenneutrale Verlängerung begründeten. Zudem wurde auf diese Weise ein fundierter Austausch mit den Partnerprojekten und damit eine weitere Validierung sowie Transfer der Ergebnisse möglich sowie eine Präsentation des Projekts auf dem Kongress „Armut und Gesundheit“ (2016) in Berlin.

## 4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Auswertungsergebnisse in Anlehnung an die oben dargestellte Zieltabelle nach Darstellung des Forschungsstandes, Prinzipien und Stand der Qualitätsentwicklung und relevante Akteur\_innen für einen möglichen Standardisierungsprozess ausgeführt.

### 4.1 Darstellung des Forschungsstandes

Die systematische Literaturrecherche führt lediglich zu 19 Texten im Zeitraum zwischen 2005 und 2015, in denen die Themen Übergewicht, Kinder und Qualität sowie Gesundheitsförderung oder Prävention zusammen diskutiert werden. Das Spektrum der Beiträge umfasst medizinische und sozialwissenschaftliche Fach- und Handbuchartikel sowie programmatische Texte aus dem Feld der Prävention und Gesundheitsförderung. Es zeigt sich, dass die Fachdebatte zur Prävalenz und Therapie von Übergewicht einerseits und die Qualitätsdiskussion zu Gesundheitsförderung und Primärprävention andererseits nur wenig verschränkt sind (vgl. Ziel 1). Die Literaturanalyse verdeutlicht, dass bei der Begründung von Qualitätskriterien der Primärprävention kaum Bezüge zur deutschen Studienlage von Übergewicht und Adipositas hergestellt werden. Zentrale Arbeiten zum Thema werden von der BZgA [10,11] sowie dem Land NRW [12] herausgegeben. Gesundheit Berlin-Brandenburg ist als Geschäftsstelle des Kooperationsverbands gesundheitliche Chancengleichheit von Bedeutung. Fachverbände bieten vor allem Zertifizierungsprogramme (Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB); Kneipp-Bund). Die Grundlagendokumente weisen hier weniger Qualitätskriterien auf. Dafür sind einzelne Kriterien detailliert ausgeführt. Berufsverbände haben sich an der Standardisierung bislang wenig beteiligt. Ihre Ausbildungsstandards und berufsethischen Standards sind eine Parallelstruktur, die kaum Eingang gefunden hat. Ansätze dazu zeigen die Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), die Aufrichtigkeit gegenüber den Teilnehmer\_innen von Maßnahmen fordern, wie auch Respekt vor ihrer Selbstbestimmtheit.<sup>3</sup>

Auf der Folie des oben dargestellten Auswertungsrasters, das bei der qualitativen Inhaltsanalyse entwickelt wurde, lassen sich zunächst allgemeine Informationen über das Feld der Prävention von Übergewicht bei Kindern identifizieren: Zur Datenlage über Prävalenz von Adipositas und Übergewicht lässt sich festhalten, dass die Daten zumeist auf die Ergebnisse der KiGGS-Studie rekurrieren. Die Zahlen werden ergänzt durch Daten aus Schuleingangsuntersuchungen und des Leipziger CrescNet-Systems ([www.crescnet.org](http://www.crescnet.org)), das seit 1998 Daten von Kindern erfasst.

Mit Bezug auf die internationale Datenlage wird gezeigt, dass nach einem starken Anstieg übergewichtiger und adipöser Kinder in den Jahren 1985 bis 2006 seit 2010 ein Plateau erreicht wurde. Die Stagnation wird durch Schuleingangsuntersuchungen in einigen Bundesländern bestätigt. Aufgrund der schlechten Datenlage sollten die Zahlen jedoch mit Vorsicht betrachtet werden. Daher werden auch weitere Studien gefordert.

Bei der Definition von Übergewicht bei Kindern beziehen sich die gesichteten Quellen auf den BMI bzw. die Perzentilen und der individuelle BMI-Wert wird mit einer Referenzpopulation. Ab wann ein erhöhter BMI tatsächlich auch krank macht, ist aktuell nicht bekannt, so die Quellen.

Für die Entstehung von Übergewicht werden unterschiedliche Faktoren verantwortlich gemacht: zum einen werden Lebensstil und familiäre Einflüsse genannt, wozu sowohl die Erziehung aber auch die

---

<sup>3</sup> Eine ausführliche Übersicht der relevantesten Quellen („Top 10“) findet sich unter Abb.3.

körperliche Aktivität der Eltern gezählt werden.<sup>4</sup> Die Folge einer erhöhten Gesamtkalorienaufnahme kann zur Störung der internen Regulation von Hunger und Sättigung führen. Neben der Ernährung, deren Bedeutung für die Ätiologie von Adipositas bislang nicht zufriedenstellend geklärt ist, wird als weiterer Einflussfaktor das Stillen angeführt. Die durch fortschreitende Technisierung und Mediatisierung veränderten Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen spielen ebenso eine Rolle, wie der sozioökonomische Status und soziokulturelle Aspekte. Die Folgen von Übergewicht sind vielschichtig: Neben körperlichen Folgen, wie z.B. einer sinkenden körperlichen Leistungsfähigkeit, stellen Adipositas und Übergewicht Risiken für zahlreiche Erkrankungen dar und bringen neben medizinischen auch psychische, psychosoziale und ökonomische Folgen mit sich.

Bei dem Blick auf Prävention in spezifischen Handlungsfeldern wird einerseits die Notwendigkeit verhältnispräventiver Maßnahmen insbesondere für sozial benachteiligte Menschen deutlich, da sie eine höhere Prävalenz bei Adipositas aufweisen, andererseits wird in der gesichteten Literatur kaum auf Studien zu solch spezifischen Interventionen rekurriert. Zudem sehen praktisch keine Angebote eine gezielte Ansprache von sozial benachteiligten Menschen oder Migrant\_innen vor oder gehen auf das ungleiche Inanspruchnahmeverhalten bzw. die besonderen Lebensbedingungen dieser Gruppen ein.<sup>5</sup>

Eine große Herausforderung und zentrale Aufgabe der Adipositasprävention liegt in der Etablierung von zielgruppenspezifischen Maßnahmen für Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status. Empfohlen wird dabei eine Kombination von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen.

## 4.2 Prinzipien und Stand der Qualitätsentwicklung

Zum Stand der Entwicklung von Qualitätskriterien lässt sich zusammenfassend bilanzieren, dass konkrete Kriterien für Maßnahmenqualität in zahlreichen Dokumenten verschiedener Organisationen weiterentwickelt und ausdifferenziert werden (vgl. Tab. 5 sowie Bär et al. 2016). Die Herausgabe Standard setzender Dokumente ist somit nicht mehr nur in der Evaluationsforschung zu finden bzw. im Rahmen von Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit 2009) oder im Zusammenhang mit Evaluationsinstrumenten und –diensten, die von Hochschulen angeboten werden (Kolip et al. 2012, Kliche et al. 2015).

Die in der Literatur erwähnten existierenden Qualitätssicherungssysteme sind dabei meistens nicht auf Kinder zugeschnitten, einzige Ausnahmen stellen die „Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen“ (BZgA 2010) und „Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen“ im Rahmen der Landesinitiative „Prävention von Übergewicht bei Kindern“ (LIGA.NRW 2010) dar.

Die Durchsicht dieser schriftlichen Quellen zusammengenommen mit den Angaben der Träger in den bisherigen Befragungen (Wright et al. 2012; Grossmann/Noweski 2016) haben zu einer Auflistung von insgesamt 98 im Feld vorfindlichen Qualitätskriterien für Maßnahmen geführt (vgl. Abb. 6). Die meisten, nämlich gut die Hälfte davon, sind der Konzept- und Planungsqualität zuzuordnen, die wenigsten, nämlich nicht einmal ein Zehntel, entfällt auf den Bereich der Strukturqualität. Prozess- und Ergebnisqualität sind mit jeweils ca. 20 Kriterien untersetzt.

Insgesamt zeigt sich hierbei, dass die Qualitätskriterien in den vielfältigen Dokumenten unterschiedlich formuliert werden. Daher war es für eine Gesamtübersicht notwendig, für jedes Qualitätskriterium eine abstrakte Kategorie zu entwickeln, welche die Varianten umfasst. Die einzelnen Qualitätskriterien sind auf diese Weise zusammengetragen und den vier Qualitätsdimensionen zugeordnet worden. Die Übersicht enthält dabei nicht nur Kriterien, die in den als zentral ausgewählten zehn Dokumenten (Abb. 3) vorkamen, sondern auch Kriterien, die den übrigen Dokumenten der Bestandsaufnahme entnommen wurden oder von den Autor\_innen der Studie induktiv generiert wurden.

<sup>4</sup> Kinder, deren Eltern körperlich aktiv sind, um zwei- bis 3,4-mal aktiver sind als Kinder, deren Eltern weniger aktiv oder inaktiv sind

<sup>5</sup> Erwähnung findet hier z.B. MiMi-Projekt (mit Migranten – für Migranten)

Im Detail sind deutliche Unterschiede sowohl in der Formulierungstiefe wie in der Definitionsbreite der Kriterien erkennbar. Im Rahmen dieser Studie wurde vor allem die Breite der Kriterienlandschaft erhoben, die umfassende inhaltsanalytische Aufarbeitung des Kriterienspektrums hätte den Umfang des Projektes überstiegen und muss Aufgabe späterer Detailanalysen bleiben. Beispielhaft lässt sich beim Kriterium „Integrierter Ansatz“ dennoch zeigen, dass die Übereinstimmung zwischen den Dokumenten häufig nur auf der Ebene der gesundheitswissenschaftlich gängigen Stichworte zu bestehen scheint. So werden vom Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ insgesamt sechs Aspekte von Integration benannt, die so in keinem der anderen ausgewählten Dokumente abgedeckt werden. Den größten Wiederhall hat der Aspekt der „Integration von verschiedenen Gesundheitsdeterminanten“, die z.B. mit der Integration von verhaltens- und verhältnispräventiven Elementen umschrieben wird [11, 32]. Andere Aspekte klingen durch, bleiben aber auf der Ebene unspezifischer Appelle, wie die „Integration von Ressourcen“ [33] oder das Ansetzen „auf allen gesellschaftlichen Ebenen“ [11]. Der Aspekt der „Integration verschiedener Interventionsthemen“, wie Ernährung, Bewegung und Stress findet sich unter den ausgewählten Texten nur bei der übergewichtsspezifischen Ausarbeitung [11], während die allgemein primärpräventiv ausgerichteten Dokumente das Problem der „monothematischen Interventionen“ nicht explizit ansprechen.

Implizit sind zudem Zielkonflikte zwischen manchen Kriterien erkennbar. Besonders sticht dies bei den Kriterien „Settingansatz“ und „Zielgruppenbezug“ ins Auge. Während ersteres alle Settingmitglieder in den Blick nimmt, erfordert letzteres eine spezifische Ansprache einzelner Gruppen. Eine Reflektion von Zielkonflikten dieser Art fehlt bislang völlig im Qualitätsdiskurs mit dem Ergebnis, dass die Zielkonflikte auf die Ebene der Maßnahmenträger verlagert werden.

Eine kritische Reflektion von wechselseitigen Abhängigkeiten der Kriterien sowie von Zielkonflikten zwischen einzelnen Qualitätserfordernissen lässt sich in den untersuchten Texten nicht finden. Entlang dieser Übereinstimmungen werden die vorhandenen Qualitätskriterien allerdings nicht spezifiziert, wie sich z.B. am Erfolgsfaktor settingbezogener Maßnahmen zeigt. Diese sind zumeist weder evaluiert noch sind die Schlüsselpersonen mit Blick auf Übergewichtsprävention bei Kindern entsprechend aus- bzw. fortgebildet. Hier zeigen sich zudem Lücken in der Ergebnisqualität, da es vielfach an Evaluationsergebnissen mangelt. Es finden sich keine Übersichtsarbeiten zu den Standards und kein verschriftlichter Diskurs zur Standardisierung der entsprechenden Maßnahmen. Die Ergebnisqualität wird in allen untersuchten Dokumenten angesprochen, in einigen Dokumenten allerdings nur rudimentär. Nachhaltigkeit und eine Verstetigung von Maßnahmen scheinen in hohem Maße an die Transparenz ebendieser gebunden zu sein, damit die Maßnahmen beurteilt und optimiert werden können. Als Erfolg versprechend kristallisiert sich eine summative Evaluation heraus. Die Studienlage zur Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmenkonzepte ist unbefriedigend.<sup>6</sup>

Die Bestandsaufnahme der Standard setzenden Dokumente der Trägerorganisationen zeigt zunächst einmal, dass diese Dokumente z.T. unvermittelt nebeneinander stehen. Zu unterscheiden sind

- Programmstandards,
- Allgemeine Maßnahmenstandards,
- Prinzipien-/Ansatzspezifische Maßnahmenstandards,
- Leitlinien/Zertifizierungsprogramme für Einrichtungen,
- Leitlinien für Maßnahmen,
- Leitlinien für Einrichtungen und Maßnahmen.

Hinsichtlich der verschiedenen Akteursgruppen werden erhebliche Unterschiede bei der Beteiligung am Standardisierungsprozess evident:

---

<sup>6</sup> Siehe auch Deutsche Adipositas-Gesellschaft [15].

## **Wissenschaft**

Die Standard setzenden Dokumente aus Wissenschaft und Hochschulen weisen im Vergleich zu den anderen Akteur\_innen die differenziertesten Kriterienkataloge auf. Von zentraler Bedeutung sind die Evaluationsprogramme „QIP“ [13] und „quint-essenz“ [14]. Sehr ähnlich sind sich die Beiträge in der Aufteilung der Kriterien nach den Qualitätsdimensionen Konzept- bzw. Planungsqualität, Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. „QIP“ und „quint-essenz“ beziehen Position, dass Qualitätssicherung ein Prozess ist, der sich immer wieder des Qualitätsbegriffs und der Qualitätsziele vergewissern muss. Ein sichtbarer Trend ist die Betonung der Bedeutung von Praxiserfahrung für die Formulierung von Maßnahmen zur Sicherung der Qualität. Die Dokumente aus der Wissenschaft fordern bereits regelhaft, die Partizipation der Adressat\_innen der Maßnahmen an wesentlichen Entscheidungen zu gewährleisten.

## **Verbände der Krankenkassen**

Die Analyse der Verbände der Krankenkassen ergibt vier Standard setzende Dokumente. Die Krankenkassen zeigen einen fortgeschrittenen Standardisierungsprozess im engeren Sinne, nämlich eine Vereinheitlichung des Angebots nebst Konsequenzen für die Einnahmenschancen der Anbieter aufgrund eines Zertifizierungsverfahrens bei der 2014 in Betrieb genommenen Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP). Der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes unterscheidet verhaltenspräventive Maßnahmen sowie Maßnahmen in den Lebenswelten und differenziert die Qualitätskriterien nach Handlungsfeldern [16]. Sozialrechtliche Bezüge sind weitere Kennzeichen dieses Dokuments.

## **Bundesministerien und -behörden**

Die Analyse der Bundesministerien und -behörden ergibt elf Standard setzende Dokumente. Sie zeigt umfangreiche Aktivitäten bei der BZgA, einen Themenschwerpunkt auf Prävention bei Kindern und hierin einen Themenschwerpunkt auf Übergewichtsprävention. Die Qualitätsstandards sind breit angelegt, zielgruppenspezifisch aufbereitet und inhaltlich differenziert. Die Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbands gesundheitliche Chancengleichheit [17] sind umfassend erläutert und für die Anwendung durch die Maßnahmenträger operationalisiert.

## **Landesvereinigungen für Gesundheit**

Die Analyse der LVG'n ergibt sechs Standard setzende Dokumente. Die Gesamtbetrachtung zeigt Qualitätsstandards auf gesundheitswissenschaftlich hohem Niveau für mehrere Anwendungsfelder, beispielsweise Primärprävention bei sozial benachteiligten Menschen, in Einrichtungen für Familienarbeit und zur Vermeidung von Übergewicht bei Kindern [18].

## **Wissenschaftliche Fachgesellschaften**

Die Analyse der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ergibt neben Konsensuspapieren zu Patientenschulungen lediglich zwei Leitlinien, die zwar keine Qualitätsstandards für Primärprävention enthalten, wohl aber Standards zu therapeutischen Maßnahmen, die zur Anregung der Diskussion in der Primärprävention wertvoll erscheinen [15, 19]. Die Überprüfung von 27 Gesellschaften hat keinen einzigen Maßnahmenstandard für Primärprävention zum Ergebnis.

## **Fachverbände**

Die Analyse der Fachverbände ergibt 32 Standard setzende Dokumente. Trotz der vergleichsweise hohen Zahl zeigt die Bestandsaufnahme, dass bislang nur wenige Fachverbände Standards vorgelegt haben. Fachverbände publizieren überwiegend themenspezifische Standards, beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) für Ernährung [20] oder der DOSB für Gesundheitssport [21]. Die BVPG demonstriert mit ihren Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung, dass ein Verbände-übergreifender Standard auf abstrakterer Ebene möglich ist [22].

## **Berufsverbände**

Die Gesamtbetrachtung der Dokumente der Berufsverbände zeigt zwei Maßnahmenstandards, vom Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) [23] und vom Dachverband Salutogenese [24]. Die überwiegende Mehrheit der Berufsverbände hat somit noch keinen eigenen Qualitätsstandard für Primärprävention vorgelegt. Viele sind jedoch Mitglied der BVPG und zumindest an deren Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung gebunden.

## **Interessenverbände und sonstige Organisationen**

Die Analyse der 15 noch verbliebenen Organisationen ergibt lediglich bei der Bundesebene der Arbeiterwohlfahrt (AWO) [25, 26] und beim Wohlfahrtsverband der katholischen Kirche Caritas [27] Standard setzende Dokumente.

Resümierend zeigt sich, dass der Status Quo in der Entwicklung von Qualitätsstandards bei den untersuchten Akteursgruppen zwar deutlich variiert, tendenziell zeichnet sich aber eine zunehmende Systematisierung vorliegender Standards ab. Explizite Widersprüche oder Konkurrenzen zwischen den Konzepten sind nicht erkennbar. Unterschiede in der Schwerpunktsetzung und im Förderungsverständnis gibt es gleichwohl. Dies lässt sich beispielsweise bei der Rolle von Expert\_innen bei der Qualitätsbestimmung und bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Forderung nach Partizipation der Adressat\_innen zeigen.

Die Bestandsaufnahme zeigt zudem zwei unterschiedliche Qualitätsdiskurse. Im ersten diskutieren insbesondere wissenschaftliche Fachgesellschaften die Evidenz einzelner Präventionskonzepte, um auf Wirksamkeitsnachweise gestützte Empfehlungen (Leitlinien) zu geeigneten Maßnahmen zu geben (inhaltliche Qualität). Im zweiten entwickeln wissenschaftliche Einrichtungen, der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“, die Landesvereinigungen für Gesundheit sowie die Finanzierungs- und Projektträger Kriterien für Maßnahmenqualität und Voraussetzungen guter Praxis (formale Qualität). Einige Akteur\_innen, insbesondere die Krankenkassen sowie die BZgA aber auch die DGE, versuchen die Ergebnisse beider Diskurse in ihren Standards zusammenzuführen. Der Fachliteratur und den Träger-Dokumenten ist gemein, dass die Qualitätskriterien meist nach drei bis vier Qualitätsdimensionen gruppiert werden. Dabei ist die Konzeptqualität am meisten ausdifferenziert. Es gibt breite Schnittmengen zwischen den Inhalten der Dokumente. Einige Kriterien finden sich in vielen Papieren und können als etabliert gelten, so z.B. „Bedarfsanalyse“, „Definition der Zielgruppe“, „Verhältnisprävention/Settingansatz“, „Partizipation der Zielgruppe“ und „Angemessene Vernetzung/Kooperationsbeziehungen“.

### **4.3 Relevante Akteur\_innen für einen möglichen Standardisierungsprozess**

Unter den Trägern ist eine wechselseitige Bezugnahme am deutlichsten zwischen (Drittmittel finanzierter) Wissenschaft, Bundesbehörden und LVG'n erkennbar. Die Dokumente der anderen Akteursgruppen beziehen sich kaum aufeinander und zitieren sich gegenseitig nur selten. Dadurch ist nicht erkennbar, welche Standards breite Akzeptanz genießen und welche Dokumente Vorbildcharakter haben. Ebenso wenig sind Kontroversen oder Konkurrenz zwischen Konzepten zu erkennen. Die vorgelegte Studie ist darauf fokussiert, die Bandbreite der publizierten Kriterien zu erfassen. Weitere geplante Untersuchungen der vorgelegten Dokumente werden die inhaltliche Tiefe vergrößern. Die vertiefende Befragung von Trägern im Folge-Projekt „PräKit“ zeigt bereits ein hohes Interesse der angeschriebenen Akteur\_innen (siehe Tabelle 4) an einem weiteren Standardisierungsprozess mit Ihrer Expertise mitzuwirken.



## 5. Gesamtbeurteilung

Das QuAK-Projekt konnte einerseits in der relevanten wissenschaftlichen Literatur und bei Maßnahmen- und Kostenträgern einen Grundkonsens zur Gestaltung der Qualitätssicherung im oben genannten Handlungsfeld identifizieren, andererseits wiesen vorhandene Kriterienkataloge Entwicklungsbedarf bzw. fehlende Qualitätsstandards oder eine intransparente Vermittlung dieser auf. Die identifizierten Qualitätsstandards für Maßnahmen der primärpräventiven Übergewichtsprävention bei Kindern bieten Anknüpfungspunkte für die Weiterentwicklung eines übergreifenden Qualitätsdiskurses. Für die weitere Standardisierung des Feldes stellen sich primär Fragen nach der Gestaltung eines Konvergenzprozesses, der die Formulierungsbreite und –tiefe vereinheitlichen kann. Dabei sollten die eigenlogischen Perspektiven sowie sozialrechtliche und trägerspezifische Kriterien der Akteursgruppen stärker zur Kenntnis genommen werden. In Bezug auf die Erarbeitung und die weitere Anschlussfähigkeit können vor allem die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (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. Die geringe Anzahl und die hohe Heterogenität der ermittelten Texte dokumentieren einen bislang unzureichenden Qualitätsdiskurs zum untersuchten Thema in der Fachliteratur. Die Hauptakteur\_innen der Debatte sind Behörden auf Bundes- bzw. Landesebene oder von diesen beauftragte Forschungseinrichtungen. Allerdings bleibt eine große Bandbreite an im Handlungsfeld z.T. recht unverbunden agierenden Organisationen. Eine Rezeption der Studienlage zur Evidenz von Präventionsprinzipien zur Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen spielt in der untersuchten Fachliteratur eine untergeordnete Rolle. Die Literaturrecherche erbringt kaum aussagekräftige Primärstudien. Es ergibt sich eine deutliche Diskrepanz zu der Forderung, dass es präventiver Interventionen bereits in der frühen Kindheit bzw. in der perinatalen Phase bedarf und die Reduktion sozialer Ungleichheiten begleitende und zentrale Aufgabe sein muss. Zudem fördert die datenbankbasierte Recherche keine gegenüber dem Adipositas-Diskurs kritischen Stimmen zutage [vgl. z. B. 28, 29].

Die ermittelten Qualitätskriterien, wie eine Zusammenarbeit relevanter kommunaler und regionaler Akteuri\_nnen, interdisziplinär arbeitende Netzwerke und eine Partizipation der Zielgruppen, korrespondieren mit der Zielsystematik der neuen Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz [30]. Inhaltlich bleiben die Qualitätskriterien allerdings unspezifisch und mit Blick auf die Qualitätsdimensionen mangelt es insbesondere bei der „Ergebnisqualität“. Diese müssten Datenquellen zur Übergewichtsprävention von Kindern umfassend, verlässlich, verständlich und übersichtlich auflisten. Als Hauptgrund für diese schwache Ausprägung ist zum einen eine fehlende Studienlage im Sinne einer Interventionsberichterstattung anzunehmen und zum anderen eine fehlende wechselseitige Rezeption von Übergewichtsforschung und der Debatte um primärpräventive Qualitätsentwicklung.

Werden die Operationalisierungsschritte der Projektziele einem Soll-Ist-Vergleich unterzogen, so ist ein unerwartetes Ergebnis der Untersuchung, dass die Literaturrecherche mit Medpilot lediglich zu 19 relevanten Texten führte, obgleich die Suche ausreichend offen angelegt war, wie die Trefferzahl von 2207 belegt. Aufgrund der geringen Anzahl von relevanten Sekundärquellen muss der Stand der Forschung als unbefriedigend bezeichnet werden. Obgleich Medpilot in Pretests mit mehreren Literaturdatenbanken als beste Option für die Literaturrecherche identifiziert wurde, legen die Ergebnisse nahe, dass Reichweite und Verschlagwortung dieser Datenbank für die projektierte Bestandsaufnahme unzureichend sind. Dadurch ist eine ergänzende Literaturrecherche mit Google Scholar notwendig.

Da die Internetrecherche der vorliegenden Studie auf bundesweit tätige Organisationen beschränkt ist, ist zu vermuten, dass sie einige Standard setzende Dokumente von Organisationen der Landesebene und der lokalen Ebene nicht erfasst. Ein Beispiel hierfür ist das Zertifizierungsprogramm „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ in Nordrhein-Westfalen. Weiterhin ist

davon auszugehen, dass einige interne Dokumente der Organisationen durch die Internetrecherche nicht aufzufinden sind, weil sie nicht im Internet veröffentlicht werden.

Die vorliegende Bestandsaufnahme gibt keinen Aufschluss darüber, in welcher Weise die verschiedenen beteiligten Organisationen und Personen bei der Entwicklung ihrer Qualitätskonzepte und -standards sowie der Erstellung ihrer Dokumente miteinander kommunizierten und inwieweit die Autor\_innen sich auf Ergebnisse vorausgegangener Publikationen stützen. Aus diesem Grund bleibt eine recht umfangreiche Liste von Akteur\_innen am Ende der Recherche bestehen, die als Ausgangspunkt für die Nachfolgestudie verwendet wird. Zum jetzigen Zeitpunkt ist sie noch nicht auf zentrale und im Weiteren zu beteiligende Akteur\_innen reduzierbar. Auch der Einfluss von Forschungsergebnissen und Publikationen aus dem Ausland auf die Entwicklung von Qualitätskriterien und -standards in Deutschland lässt sich an dieser Stelle nicht rekonstruieren. Für derlei Aussagen wäre eine spezifischere Analyse erforderlich gewesen.

## **6. Gender-Mainstreaming Aspekte**

Die geschlechterbezogenen Aspekte der Gesundheits- und insbesondere der Adipositas-Forschung finden in dem Projekt eine gendersensible Berücksichtigung. So wurden geschlechterbezogene Aspekte bereits bei der Antragstellung einbezogen und Kenntnisse über geschlechterbezogene Daten aufgegriffen. Demnach ist Übergewicht bei Mädchen und Jungen zwar ähnlich stark verbreitet, Unterschiede zeigen sich aber z.B. unter Bezugnahme auf den sozialen Status. Ein forschungsleitendes Interesse bei der Recherche und Auswertung der Daten bestand zum einen darin, eine geschlechterbezogene Perspektive und eine reflektierte sowie differenzierte Sicht auf Geschlechter einzunehmen und diese zum anderen nicht zu stereotypisieren. Eine geschlechtersensible Forschung im Sinne der Integration der Kategorie `Geschlecht` in gesundheitsbezogene Forschungsgebiete steht allerdings noch aus. Die gewählte methodische Vorgehensweise wurde auf mögliche Gender Bias und blinde Flecken im Umgang mit geschlechterbezogenen Informationen überprüft und im Literaturreview wurden Texte von Frauen und Männern einbezogen. Es zeigt sich, dass die Diskussion um Qualitätsstandards in der Übergewichtsprävention bei Kindern derzeit primär geschlechtsneutral geführt wird. Dies wäre bei einem fortschreitenden Standardisierungsprozess weitergehend zu differenzieren.

## **7. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse**

### **Kongressbeiträge**

Noweski, M.: Qualitätsstandards der Übergewichtsprävention bei Kindern – Eine Bestandsaufnahme. Vortrag gehalten am 15.10.2015 auf der 31. Jahrestagung der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) in Berlin.

Bär, G.; Voss, A.; Noweski, M.; Ihm, M. (2016): Qualitätsstandards der Übergewichtsprävention bei Kindern – Eine Bestandsaufnahme (QuAK). In: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (Hrsg.): Dokumentation Kongress Armut & Gesundheit, Berlin. (online unter: [http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/Kongress\\_A\\_G/A\\_G\\_16/A\\_G\\_16\\_\\_Material/Dokumentation/Baer\\_\\_G.\\_et\\_al\\_10.pdf](http://www.armut-und-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Kongress_A_G/A_G_16/A_G_16__Material/Dokumentation/Baer__G._et_al_10.pdf), abgerufen am 28.9.2016).

### **Mitwirkung bei den Fachgesprächen der anderen BMG-geförderten Projekten**

Fachgespräch zum Projekt "Systematisierung konzeptioneller Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht in Lebenswelten (SkAP)" am 30.11.2015 in Berlin (Prof. Dr. Gesine Bär)

Fachgespräch zum Thema „Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen“ am 08. 03. 2016 in Berlin (Prof. Dr. Gesine Bär, Dr. Michael Noweski)

Expertenworkshop "Empfehlungen für Fördermittelgebende in der Gesundheitsförderung" am 06.10.2015 an der Deutschen Sporthochschule Köln (Prof. Dr. Anja Voss)

Erster Expertenworkshop im Rahmen des BMG-geförderten Projektes "Bevölkerungswieites Monitoring Adipositas-relevanter Einflussfaktoren im Kindesalter - Aufbau, Ergebnisse und Entwicklungsmöglichkeiten" 4./ 5. 02.2016 am Robert Koch-Institut in Berlin (Prof. Dr. Anja Voss, Prof. Dr. Gesine Bär)

Zweiter Expertenworkshop im Rahmen des BMG-geförderten Projektes "Bevölkerungswieites Monitoring Adipositas-relevanter Einflussfaktoren im Kindesalter - Aufbau, Ergebnisse und Entwicklungsmöglichkeiten" in Planung für Anfang 2017 (Prof. Dr. Anja Voss)

### **Publikationen**

Bär, G., Noweski, M., Ihm, M., Voss, A. (2016) Übergewichtsprävention bei Kindern: Standard setzende Dokumente. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2016 (59) 11: 1405-1414 (akzeptiert zur Veröffentlichung, online first unter DOI: 10.1007/s00103-016-2450-4)

Voss, A., Ihm, M., Bär, G. & Noweski, M. (in Vorbereitung) Qualitätsdiskurse in der Übergewichtsprävention bei Kindern. In: Quilling, E., Walter, U. & Dadaczynski, K. (Hrsg.) Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Strategien und Praxis der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung (Hogrefe Verlag)

### **Pressemitteilungen und Internetauftritte**

ASH Newsletter Nr. 4/15. Internet: [http://www.ash-berlin.eu/fileadmin/user\\_upload/ASH\\_Berlin-NL\\_4\\_2015\\_web.pdf](http://www.ash-berlin.eu/fileadmin/user_upload/ASH_Berlin-NL_4_2015_web.pdf); Zugriff: 28.09.2016; S. 3

Projektbeschreibung ASH Homepage: Qualitätsstandards der Adipositas-Prävention bei Kindern - Eine Bestandsaufnahme (QuAK): Internet: <http://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte/quak/#c15676>; Zugriff: 28.09.2016

Projektbeschreibung BMG Homepage: Qualitätsstandards der Prävention von Übergewicht bei Kindern - Eine Bestandsaufnahme: Internet: [www.bmg.bund.de/themen/praevention/kindergesundheit/foederschwerpunkt/qualitaetsstandards-der-praevention.html](http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/kindergesundheit/foederschwerpunkt/qualitaetsstandards-der-praevention.html); Zugriff: 28.09.2016

## **8. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)**

Eine Vernetzungsinitiative des BMG könnte in doppelter Hinsicht integrierend im Sinne eines Verständigungsprozesses wirken: Zum einen könnte die in der Analyse der Fachliteratur deutliche fehlende Rezeption unterschiedlicher Fachdiskurse von Übergewichtsforschung und generischer Qualitätsdiskussion in der Primärprävention überbrückt werden. Zum anderen zeigt die vorgelegte Analyse der Standard setzenden Dokumente einen Qualitätsdiskurs zur Übergewichtsprävention im engeren Sinne und darüber hinaus dezentrale Wissensbestände und themenspezifische Fachdiskurse. Ein gemeinsamer Konsens über Qualitätsanforderungen an Maßnahmen der Übergewichtsprävention bei Kindern erscheint hier zumindest als Mindeststandard erreichbar. Vielversprechend sind möglicherweise untereinander abgestimmte Standard setzende Dokumente einzelner Träger und Akteursgruppen. Diese sind autonomieschonender, lassen Raum für eigene Profilbildung und können auf dieser Basis konkreter und detaillierter ausgestaltet werden als ein einziges Dokument. Verständigung wäre erreicht, wenn diese Dokumente einen Grundkonsens und einen gemeinsamen Mindeststandard zum Ausdruck bringen. Vorhandene Interdependenzen zwischen Qualitätskriterien und auch Zielkonflikte sowie weitere Detailschärfe wären hierbei kritisch zu reflektieren.

Die inhaltliche Standardisierung, also die Auswahl geeigneter Präventionsansätze bzw. Wirkmodelle, erfordert eine bessere Evidenzbasis. Diese kann durch Studien und Evaluationen erreicht werden. Auch für die formale Standardisierung wäre eine bessere Evidenzbasis wünschenswert. Gemeint ist ein fachlicher und politischer Diskurs über Qualitätsansprüche auf Basis von Erfahrungen in den Projekten. Dieser Diskurs findet bislang ganz überwiegend in Arbeitskreisen insbesondere bei der BZgA jenseits einer breiteren Öffentlichkeit statt. Die Fachliteratur ist quantitativ und empirisch unzureichend und wird fast ausschließlich von Wissenschaft aus Hochschulen getragen. Mehr Beteiligung durch die Projektträger und deren Verbände erscheint wünschenswert. Dazu bedarf es eines Fachforums, das Praxiserfahrung gegenüber sehr offen gestaltet ist. Eine Voraussetzung für den Erfolg ist zudem, dass die Projektträger ohne Sorge um Konsequenzen für ihre Projektfinanzierung Qualitätsdefizite und Umsetzungsschwierigkeiten artikulieren können. Um dies zu gewährleisten, muss gegebenenfalls auf die Beteiligung der Kostenträger verzichtet werden. Fachforen existieren auf Bundesebene bereits, bedürfen aber ggf. einer besseren Verbreitung. Die aktuelle Diskussion zur Qualitätsentwicklung bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf der 13. Landesgesundheitskonferenz in Berlin hat jedoch auch gezeigt, dass die langjährig erfahrenen Akteur\_innen in diesem Handlungsfeld wenig praktisches Handwerkszeug für ihre Arbeit von einem fortgeführten Standardisierungsprozess erwarten. Vielmehr besteht die Befürchtung, dass die Debatten weiterhin in Fachkreisen verhaftet bleiben. Dies unterstreicht einmal mehr, dass auf die praktische Handhabbarkeit der Ergebnisse geachtet werden muss und ggf. Möglichkeiten gesucht werden sollten, bereits in der Phase der weiteren Standardisierung direkte Praxisverbesserungen für die umsetzenden Träger anzustreben.

Es sind bislang nicht alle Akteursgruppen der Primärprävention in den Standardisierungsprozess integriert. Dies gilt insbesondere für die Fach- und Berufsverbände und hier insbesondere für die kleineren Gruppierungen und diejenigen, die außerhalb der Finanzierung durch die GKV Leistungen erbringen.

Der Standardisierungsprozess der gesundheitlichen Primärprävention kann durch einen Erfahrungstransfer aus anderen sozialen Versorgungssystemen sinnvoll unterstützt werden. In anderen Bereichen als der Übergewichtsprävention bei Kindern sind die Standardisierungsprozesse weiter fortgeschritten sind, beispielsweise in der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Prävention des Typ-2-Diabetes, der Suchtprävention und der Prävention von Verhaltensstörungen. Ein „Stewardship“ durch Maßnahmen- und Finanzierungsträger aus diesen Versorgungsbereichen im Wege der Einbindung dieser Organisationen in einen besser vernetzten Entwicklungsprozess der Maßnahmenstandards der Primärprävention von Übergewicht bei Kindern erscheint vielversprechend. Zudem sollten Akteur\_innen aus den Bereichen der Therapie und Rehabilitation von Adipositas für Beratungsfunktionen gewonnen werden, weil sich die Maßnahmen der Adipositas-Prävention und -therapie in weiten Teilen ähneln und beide Versorgungssysteme hinsichtlich der Sicherung der Qualität vor ähnlichen Aufgaben stehen.

Die Standardisierung der Primärprävention hat die Gewährleistung hoher Qualität zum Ziel. Dieses Ziel ist nur durch die Maßnahmenträger zu verwirklichen. Damit diese motiviert sind, ihre Leistungen in bestmöglicher Qualität zu erbringen, bedarf es unter anderem entsprechender ökonomischer Anreize. Das bedeutet, Qualität muss sich für die Anbieter finanziell auszahlen. Ein in diesem Sinne wirksames Belohnungssystem kann ein Qualitätswettbewerb unter den Anbietern sein, welche sich einerseits um Versorgungsverträge insbesondere der Krankenkassen aber auch Klienten und Teilnehmer\_innen bewerben. Primäre Voraussetzung eines solchen Wettbewerbs ist Transparenz über die Qualität der Leistungen. Bereits heute sind die Maßnahmenträger aufgefordert, ihre Projekte zu evaluieren und zu berichten [31]). Das BMG kann dieses Monitoringsystem fördern, indem es Forschungen zur Entwicklung dieses Systems in Auftrag gibt. Ziel dieser Forschungen sollte ein Systementwurf sein, der verantwortliche öffentliche Organisationen benennt, die Daten erheben und zentral publizieren. Erste Nachfragen der BVPG bei ihren Mitgliedsorganisationen deuten darauf hin, dass die Maßnahmenträger und ihre Verbände einen Qualitätswettbewerb grundsätzlich begrüßen und keine Vorbehalte gegen eine zentralisierte Berichterstattung zur Qualität der Angebote haben [3]. Neben den wirtschaftli-

chen Anreizen sowie der Transparenz bzw. des aktiven Austauschs über Qualität müssen konzeptionelle Verständigungen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen vorangetrieben werden. So umfassen beispielsweise pädagogische Konzepte von gesundheitsfördernden Lebenskompetenzen auch Aspekte der Übergewichtsprävention und sind in Qualitätssicherungslogiken der pädagogischen Träger entsprechend einbezogen.

Ein wesentlicher Transfer der Projektergebnisse liegt außerdem in dem QuAK-Folgeprojekt „Verständigungsprozess zu Qualitätskriterien in der Übergewichtsprävention bei Kindern - eine Träger- und Expertenbefragung (PräKiT)“ <https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte/praekit/>.<sup>7</sup> Im Rahmen des Projektes wurden Expert\_innen der Kosten- und Maßnahmenträger über die Ergebnisse des QuAK-Projektes informiert und nach ihren Bedürfnissen, Handlungspotentialen, Einstellungen und Problemlagen bei der gezielten Entwicklung von Qualitätsstandards befragt und damit weitere Voraussetzungen für einen Standardisierungsprozess erfasst.

## 9. Publikationsverzeichnis

Im Projekt entstandene Publikationen

Vgl. Punkt 7

Im Sachbericht zitierte Literatur

1. Wright M T, Noweski M, Robertz-Grossmann B (2012) Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung. Befragung der Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. *Präv Gesundheitsf* 7:11–17
2. Wright M T, Lüken F, Grossmann B (2013) Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung. Entwicklung eines gemeinsamen Handlungsrahmens in der Qualitätsentwicklung für die Mitglieder der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. *Bundesgesundheitsbl* 56:466–472
3. Grossmann B, Noweski M (2015) Qualität in der Primärprävention. Ergebnisse einer Mitgliederbefragung der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, DOI: 10.1055/s-0035-1553987
4. Loss J, Eichhorn C, Reisig V, Wildner M, Nagel E (2007) Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstruments für eine landesweite Gesundheitsinitiative. *Präv Gesundheitsf* 2:199–206
5. Tempel N, Reker N, Bödeker M, Klärs G, Schaefer I, Töppich J, Kolip P (2013) Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung in Settings. Ansätze, Charakteristika und Empfehlungen. *Präv Gesundheitsf* 8:73–77
6. Selbmann HK (2002) Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, in: Kolip P (Hrsg): *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Weinheim, Juventa, S 249
7. Clarke A (1991) Social Worlds/Arenas Theory as Organizational Theory. In: Maines, DR (Hrsg.): *Social Organization and Social Processes. Essays in Honor of Anselm Strauss*. Communication and Social Order. de Gruyter, New York, S 119-158
8. Donabedian A (1966) Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44:166-203
9. Wienemann E, Schumann G (2011) Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) - Ein Leitfaden für die Praxis.

---

<sup>7</sup> Das PräKiT-Projekt wurde 2016 unter der Leitung von Prof. Dr. Gesine Bär und Prof. Dr. Anja Voss sowie unter Mitarbeit von Dr. Michael Noweski, Maria Ihm und Laura Fricke an der Alice Salomon Hochschule Berlin durchgeführt.

[http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Arbeitsplatz/Qualitaetsstandards\\_DHS\\_2011.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Arbeitsplatz/Qualitaetsstandards_DHS_2011.pdf) Zugegriffen: 02. Mai 2016

10. Goldapp C, Mann R, Shaw R (2005) Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in: BZgA (Hrsg): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsförderung konkret 4. Eigenverlag, Köln, S 7-35

11. BZgA (2010) Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsförderung konkret 13. Eigenverlag, Köln

12. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2014) Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen. Planungshilfe für die qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver Maßnahmen. LZG.NRW, Bielefeld

13. Kliche T, Töppich J, Koch U (2015) Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung – Erfahrungen mit QIP, einem System zur Qualitätsmessung. In: Walter U, Koch U (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. BZgA, Köln, S 132-147

14. Kolip P, Ackermann G, Ruckstuhl B, Studer H (2012) Gesundheitsförderung mit System. Quintessenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Huber, Bern

15. Deutsche Adipositas-Gesellschaft (Hrsg.) (2014) Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“.

[http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/050-0011\\_S3\\_Adipositas\\_Praevention\\_Therapie\\_2014-11.pdf](http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/050-0011_S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014-11.pdf) Zugegriffen: 02. Mai 2016

16. 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.

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden\\_Praevention-2014\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention-2014_barrierefrei.pdf) Zugegriffen: 02. Mai 2016

17. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015) Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit.

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=cd82d07635b7a783faaba0d28430f8f9> Zugegriffen: 02. Mai 2016

18. 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. Eigenverlag, Düsseldorf

19. Wabitsch M, Kunze D (2014) Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 21.11.2014. [http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA\\_S2\\_Leitlinie\\_2014.pdf](http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie_2014.pdf) Zugegriffen: 02. Mai 2016

20. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2014) DGE-Qualitätsstandard für die Schulverpflegung. 4. Auflage. Eigenverlag, Bonn

21. Deutscher Olympischer Sportbund (2008) Qualitätskriterien zur Vergabe des Qualitätssiegels SPORT PRO GESUNDHEIT. Eigenverlag, Frankfurt/Main

22. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (2013) Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung.

[http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg\\_prinzipien%20guter%20pr%C3%A4vention%20und%20gesundheitsf%C3%B6rderung.pdf](http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg_prinzipien%20guter%20pr%C3%A4vention%20und%20gesundheitsf%C3%B6rderung.pdf) Zugegriffen: 02. Mai 2016

23. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (1995) Leitsätze zur psychologischen Gesundheitsförderung. Eigenverlag, Bonn
24. Petzold TD (2013) Qualitätsentwicklung und -kriterien aus salutogenetischer Perspektive. *Der Mensch* 46:28-31
25. Groß D, Holz G, Boeckh J (2005) Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit: ein Evaluationskonzept und Analyseraster zur Netzwerkentwicklung. ISS, Frankfurt/Main
26. Petermann A (2004) Qualitätskriterien und Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit. *Theorie und Praxis der sozialen Arbeit* 55:32-39
27. Deutscher Caritasverband (2003) Eckpunkte für Qualität in der verbandlichen Caritas. Eigenverlag, Freiburg
28. Barlösius E (2014) Dicksein. Wenn der Körper das Verhältnis zur Gesellschaft bestimmt. Campus, Frankfurt
29. Schorb F (2015) Die Adipositas-Epidemie als politisches Problem. Gesellschaftliche Wahrnehmung und staatliche Intervention. Springer VS, Wiesbaden
30. Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) (2016) [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praevention/Bundesrahmenempfehlungen/160219\\_Bundesrahmenempfehlungen\\_.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praevention/Bundesrahmenempfehlungen/160219_Bundesrahmenempfehlungen_.pdf) Zugegriffen: 02. Mai 2016
31. Jordan S, Töppich J, Hamouda O, Mensink G B M, Mann R, Hölling H (2011) Monitoring und Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 54:745–751
32. QIP (2005) Beurteilungsbogen. Angebote zur Adipositas-Versorgung für Kinder und Jugendliche. Manuskript
33. Gold C, Bräunling S, Geene R, Kilian H, Sadowski U, Weber A (2014) Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg

Tabellen und Abbildungen

Abb. 1: Flussdiagramm zur Auswertung der fachwissenschaftlichen Beiträge

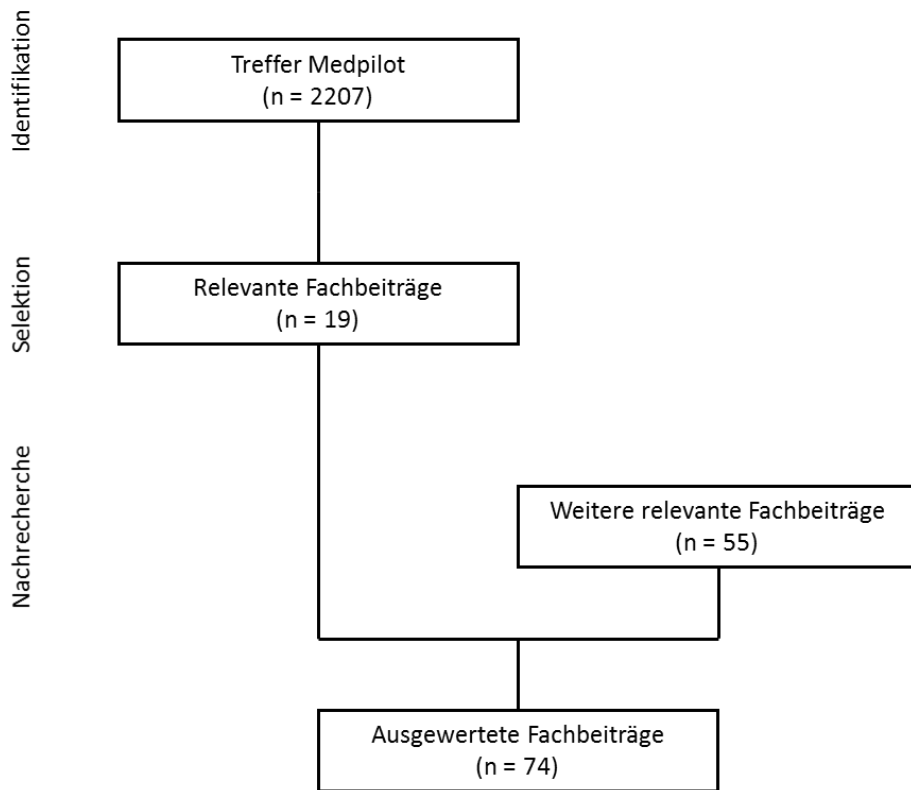




Abb. 2: Flussdiagramm zur Auswertung der Dokumente aus dem Internet

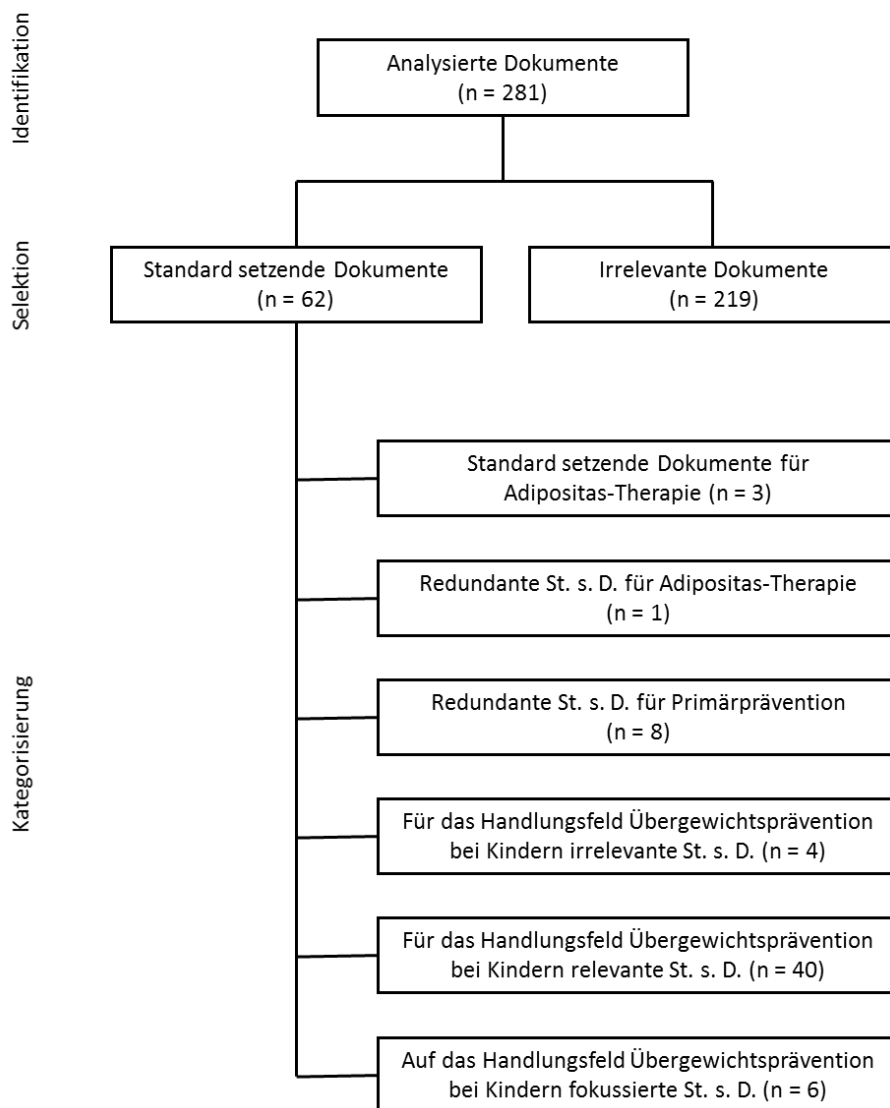


Abb. 3: Top10 Dokumente

Top 10 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.
Kolip, P./Ackermann, G./Ruckstuhl, B./Studer, H. (2012) Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber.
Gesundheitsförderung Schweiz (2012) Qualitätskriterien für Projekte. <a href="http://www.quint-essenz.ch">www.quint-essenz.ch</a>
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, C./Bräunling, S./Geene, R./Kilian, H./Sadowski, U./Weber, A. (2014) Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg.
Kliche, T./Töppich, J./Koch, U. (2015) Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung – Erfahrungen mit QIP, einem System zur Qualitätsmessung. In: Walter, U./Koch, U. (Hrsg.) Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Köln: BZgA.
Kooperationsverbund (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit) (2015) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen 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, B./Becklas, C./Janiczek, O. (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.

Tabelle 3: Selektionskriterien für die Primärquellen

<b>Selektionskriterien für die Primärquellen</b>			
#	Kriterium	Eischlusskriterium	Ausschlusskriterium
1	Qualitätsanspruch	Qualitätsanspruch für primärpräventive Maßnahmen formuliert und beschrieben	Kein Qualitätsanspruch für primärpräventive Maßnahmen formuliert und beschrieben
2	Konkrete Qualitätskriterien	Sämtliche enthaltenen Qualitätsanforderungen wurden als konkrete Qualitätskriterien formuliert.	Keine konkreten Qualitätskriterien enthalten.

Tabelle 4: Organisationen der Internetrecherche

<b>Organisationen, die in die Internetrecherche einbezogen wurden</b>	
Gebietskörperschaften, ihre Verbände und Organe (19)	
	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL)
	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
	Gesundheit Berlin-Brandenburg
	HAGE - Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung
	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
	LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland (LAGS)
	Landesvereinigung für Gesundheit Bremen
	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt (LVG)
	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (LVG AFS)
	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. in Schleswig-Holstein (LVGFSH)
	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V. (LVG)
	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. (AGETHUR)
	Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG)
	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz (LZG RLP)
	Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
	Robert Koch-Institut (RKI)
	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. (SifG)
Sozialversicherungsträger, ihre Verbände und Organe (10)	
	AOK-Bundesverband
	BKK Dachverband
	GKV-Spitzenverband
	IKK-Bundesverband
	Knappschaft
	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
	Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
	Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)

	Zentrale Prüfstelle Prävention (ZPP)
Kammern und Berufsverbände (34)	
	BDY Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland
	Berufs- und Fachverband für Heilpädagogik e.V. (BHP)
	Berufsverband der Motologen - Diplom/Master (BVDM)
	Berufsverband der Präventologen
	Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen (JBCLC)
	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)
	Berufsverband GESUNDHEITSFÖRDERUNG
	Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)
	Berufsverband staatlich geprüfter Gymnastiklehrerinnen und -lehrer – Deutscher Gymnastikbund (DGYMB)
	Berufsverband Unabhängiger Gesundheitswissenschaftlicher Yogalehrender (BUGY)
	Berufsvereinigung der Kindertagespflegepersonen
	Bundesärztekammer (BAÄK)
	BundesPsychotherapeutenKammer (BptK)
	Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVOÄGD)
	Bundesverband für Kindertagespflege
	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK
	Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände (DDH)
	Dachverband Salutogenese
	Deutscher Berufsverband der MotopädInnen/MototherapeutInnen DBM
	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit
	Deutscher Hebammenverband (DHV)
	Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)
	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS)
	Deutscher Verein für Gesundheitspflege (DVG)
	Freie Gesundheitsberufe - Dachverband für frei beratende und Gesundheit fördernde Berufe (FG)
	Freie Heilpraktiker (FH)
	Freier Verband Deutscher Heilpraktiker (FVDH)
	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
	Physio Deutschland - Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK)
	Union Deutscher Heilpraktiker (UDH)
	Verband der Diätassistenten – VDD – Deutscher Bundesverband
	Verband Deutscher Heilpraktiker (VDH)
	Verband Physikalische Therapie - Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT)
	Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin (ZAEN)
Fachgesellschaften und Fachverbände (45)	
	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
	Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung
	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)

	Bundesfachverband Essstörungen
	Bundeskongress für Erziehungsberatung
	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung
	Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG)
	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
	Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
	Deutsche Diabetes-Hilfe
	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
	Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)
	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)
	Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (DGESS)
	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi)
	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
	Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED)
	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)
	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR)
	Deutsche Gesellschaft für Psychomotorik (DGfPM)
	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
	Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)
	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)
	Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (Deutscher Sportärztebund) (DGSP)
	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)
	Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)
	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)
	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
	Deutscher Behindertensportverband (DBS)
	Deutscher LandFrauenverband (dlv)
	Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)
	Deutscher Schwimm-Verband
	Deutscher Turner-Bund (DTB)
	Fachverband Deutscher Heilpraktiker (FDH)
	Fachverband Sucht (FVS)
	Gesellschaft für Jugendsozialarbeit und Bildungsförderung
	Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE)
	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG)
	Kneipp-Bund - Bundesverband für Gesundheitsförderung und Prävention

	Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) - Programm von BÄK, KBV, AWMF
	Verband Deutscher Gebirgs- und Wandervereine - Deutscher Wanderverband
Interessenverbände und sonstige Organisationen (15)	
	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO)
	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
	Deutscher Caritasverband (DCV)
	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband (Der Paritätische)
	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
	Deutscher Volkshochschul-Verband (DVV)
	Deutsches Rotes Kreuz (DRK)
	Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband. Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung
	Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
	Gütegemeinschaft Ernährungskompetenz (GEK)
	Malteser Deutschland
	Sozialverband Deutschland (SoVD)
	Sozialverband VdK Deutschland
	Volkssolidarität Bundesverband
	Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

Tabelle 5: Ergebnisse der Internetrecherche

Dokumentenkatgorie	n
Analysierte PDF-Dokumente	281
Irrelevante Dokumente	219
Standard setzende Dokumente	62
<u>Standard setzende Dokumente für Adipositas-Therapie:</u>  Böhler, T./ Wabitsch, M./ Winkler, U. (2005): Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Köln: BZgA.  Deutsche Adipositas-Gesellschaft (2014): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Martinsried: DAG.  Wabitsch, M./ Kunze D. (2014): Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 21.11.2014.	3
<u>Redundante Standard setzende Dokumente für Adipositas-Therapie:</u>  Böhler, T./ Wabitsch, M./ Winkler, U. (2004): Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas. Berlin.	1
<u>Redundante Standard setzende Dokumente für Primärprävention:</u>  Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Leitfaden Prävention Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenver-	8

	<p>bände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. Bergisch Gladbach: IKK-Bundesverband.</p> <p>DGE (2007): Qualitätsstandards für die Schulverpflegung. Bonn: DGE.</p> <p>DOSB (2012): Antrag auf Verleihung des Qualitätssiegels SPORT PRO GESUNDHEIT für ein Gesundheitssportangebot im Verein (bzw. „Pluspunkt Gesundheit. DTB“. Gesund &amp; Fit im Wasser). Frankfurt/Main: DOSB.</p> <p>DOSB (2015): SPORT UND GESUNDHEIT · Zur Bedeutung von Sport und Bewegung in Gesundheitsförderung und Prävention. Maßnahmen – Projekte – Initiativen. Frankfurt/Main: DOSB.</p> <p>DOSB (o.J.): Qualitätskriterien zur Vergabe des Qualitätssiegels SPORT PRO GESUNDHEIT. Frankfurt/Main: DOSB.</p> <p>DOSB (o.J.): SPORT PRO GESUNDHEIT – Qualitätssiegel des Deutschen Olympischen Sportbundes. Frankfurt/Main: DOSB.</p> <p>GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin: GKV-SV.</p> <p>Petzold, T. D. (2008): Kriterien für eine ‚salutogenetische Orientierung‘. Der Mensch 39, S. 49.</p>	
	<p><u>Für das Handlungsfeld Übergewichtsprävention bei Kindern irrelevante Standard setzende Dokumente:</u></p> <p>Deutscher Caritasverband (2008): Qualitätsleitlinien für die Dienste und Einrichtungen der Offenen Sozialen Altenarbeit der verbandlichen Caritas. Version 2.0 / 29.03.2007. Freiburg: Caritas.</p> <p>Deutscher Caritasverband (2008): Qualitätsleitlinien der Wohnungshilfe der Caritas. Version 4.0 / 02.07.2007. Freiburg: Caritas.</p> <p>Kneipp-Bund (2014): Richtlinien. Vom Kneipp-Bund e.V. anerkannte Senioreneinrichtung. Bad Wörishofen: Kneipp-Bund.</p> <p>Wienemann, E./ G. Schumann (2011): Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ein Leitfaden für die Praxis. Hagen: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.</p>	4
	<p><u>Für das Handlungsfeld Übergewichtsprävention bei Kindern relevante Standard setzende Dokumente:</u></p> <p>Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (1995): Leitsätze zur psychologischen Gesundheitsförderung. Bonn: BDP.</p> <p>Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (2013): Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. Bonn: BVPG.</p> <p>BZgA (2001): Gesundheitsförderung im Kindergarten. Köln: BZgA.</p> <p>BZgA (2012): Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress. Köln: BZgA.</p>	40

	<p>BZgA (2012): GUT DRAUF kompakt. Eine Jugendaktion stellt sich vor. Köln: BZgA.</p> <p>Deutscher Caritasverband (2003): Eckpunkte für Qualität in der verbandlichen Caritas. Freiburg: Deutscher Caritasverband.</p> <p>DGE (2014): Rahmenvereinbarung zur Qualitätssicherung in der Ernährungsberatung und Ernährungsbildung in Deutschland. Manuskript.</p> <p>DGE (2014): DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder. 5. Auflage. Bonn: DGE.</p> <p>DGE (2014): DGE-Qualitätsstandard für die Schulverpflegung. 4. Auflage. Bonn: DGE.</p> <p>Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (1999): Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe. Manuskript.</p> <p>DOSB (2006): Qualitätsmanagement-Handbuch SPORT PRO GESUNDHEIT. Frankfurt/Main: DOSB.</p> <p>DOSB (2008): Qualitätskriterien zur Vergabe des Qualitätssiegels SPORT PRO GESUNDHEIT. Frankfurt/Main: DOSB.</p> <p>DTB (2008): „Pluspunkt Gesundheit.DTB“. Qualität im Gesundheitssport. Das Gütesiegel des Deutschen Turner-Bundes für gesundheitsorientierte Vereinsangebote. Frankfurt/Main: DTB.</p> <p>DTB (2015): Antrag auf Verleihung des Qualitätssiegels PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB (SPORT PRO GESUNDHEIT). Frankfurt/Main: DTB.</p> <p>Deutscher Schwimm-Verband (o.J.): Antrag auf Verleihung des Qualitätssiegels SPORT PRO GESUNDHEIT sowie für ein Gesundheitssportangebot im Verein Gesund &amp; fit im Wasser. DSV. Kassel: DSV.</p> <p>Gesundheit Berlin-Brandenburg (2010): „Mindeststandards“ – Netzwerk Gesunde Kinder. Stand 06.10.2010. Manuskript.</p> <p>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.</p> <p>Gold, C./ Bräunling, S./ Geene, R./ Kilian, H./ Sadowski, U./ Weber, A. (2014): Erfahrungen nutzen – Qualität stärken. Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 5. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg.</p> <p>Groß, D./ Holz, G./ Boeckh, J. (2005): Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit: ein Evaluationskonzept und Analyseraster zur Netzwerkentwicklung. Frankfurt/Main: ISS.</p> <p>Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (2011): Wie gut ist die Information, die Sie lesen? – Eine Checkliste. Köln: GVG.</p> <p>Hallmann, H.-J./ I. Holterhoff-Schulte/ C. Merfert-Diete (2007): Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention. Manuskript.</p> <p>IKK-Bundesverband (2008): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB</p>	
--	--	--



	<p>V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. Manuskript.</p> <p>Kneipp-Bund (2012): Rahmenvereinbarung zwischen den Ersatzkassen und dem Kneipp-Bund über die Durchführung primärpräventiver Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V. Bad Wörishofen: Kneipp-Bund.</p> <p>Kneipp-Bund (2012): Anlage 1 zur Rahmenvereinbarung zwischen den Ersatzkassen und dem Kneipp-Bund über die Durchführung primärpräventiver Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V. Bad Wörishofen: Kneipp-Bund.</p> <p>Kneipp-Bund (2014): Vom Kneipp-Bund e.V. anerkannter Kurbetrieb / Badebetrieb. Bad Wörishofen: Kneipp-Bund.</p> <p>Kneipp-Bund (2014): Richtlinien. Vom Kneipp-Bund e.V. anerkannte Schule. Bad Wörishofen: Kneipp-Bund.</p> <p>Kneipp-Bund (2014): Richtlinien. Vom Kneipp-Bund e.V. anerkannte Kindertageseinrichtung. Bad Wörishofen: Kneipp-Bund.</p> <p>Kneipp-Bund (2014): Richtlinien. Vom Kneipp-Bund e.V. anerkanntes Gästehaus. Bad Wörishofen: Kneipp-Bund.</p> <p>Kneipp-Bund (2014): Richtlinien. Vom Kneipp-Bund e.V. anerkannter Gesundheitshof. Bad Wörishofen: Kneipp-Bund.</p> <p>Kneipp-Bund (2014): Richtlinien. Vom Kneipp-Bund e.V. anerkannter Campingplatz. Bad Wörishofen: Kneipp-Bund.</p> <p>Kneipp-Bund (2014): Richtlinien. Vom Kneipp-Bund e.V. anerkannte Einrichtungen. Bad Wörishofen: Kneipp-Bund.</p> <p>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.</p> <p>Lehmann, F./ Köster, M./ Brandes, S./ Bräunling, S./ Geene, R./ Kaba-Schönstein, L./ Kilian, H./ Linden, S./ Wehen, M./ Reker, N. (2011): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln: BZgA.</p> <p>LIGA.NRW (2009): Das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität. Aktualisierte Handlungsgrundlage. Düsseldorf: LIGA.NRW.</p> <p>Landesvereinigung für Gesundheit Bremen (2011): von gefühlt zu gemessen. Einführung in Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. Bremen: LVG Bremen.</p> <p>Nolte, B./ Becklas, C./ Janiczek, O. (2015): Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung und Prävention Ein Qualitätsinstrument zur Qualitätsentwicklung für Projekte, Maßnahmen und Initiativen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Hessen. Manuskript.</p> <p>Petermann, A. (2004): Qualitätskriterien und Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 55(3), 32-39.</p> <p>Petzold, T. D. (2013): Qualitätsentwicklung und -kriterien aus salutogenetischer Perspektive, Der Mensch 46, S. 28-31.</p>	
--	---	--

	<p>Reisig, V. (2012): Evaluation der Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern, in: Robert Koch-Institut/ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention. RKI: Berlin.</p> <p>Schmidt-Wiborg, P. (2014): Mit Gesundheitsselbsthilfe mehr für Prävention erreichen. Düsseldorf: BAG Selbsthilfe.</p>	
	<p><u>Auf das Handlungsfeld Übergewichtsprävention bei Kindern fokussierte Standard setzende Dokumente:</u></p> <p>BZgA (2006): Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen - So finden Sie ein gutes Programm - Ein Leitfaden für Eltern und Erziehende. Köln: BZgA.</p> <p>BZgA (2010): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Köln: BZgA.</p> <p>Goldapp, C./ Mann, M./ Shaw, R. (2005): Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Köln: BZgA.</p> <p>LIGA.NRW (2010): Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: LIGA.NRW.</p> <p>Max Rubner-Institut (2013): Besser essen. Mehr bewegen. Prävention von Übergewicht bei Kindern. Das bringt Maßnahmen voran. Eine Hilfestellung für Planende und Entscheidungsträger. Karlsruhe: MRI.</p> <p>Max Rubner-Institut (2013): 11 Bausteine, die die Übergewichtsprävention bei Kindern voran bringen. Evaluation des Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“. Manuskript.</p>	6

Tabelle 6: Qualitätstabelle

Qualitätsbereiche	Schlüsselindikatoren (ggf. Beispiele)
<b>Konzept- und Planungsqualität (Maßnahmen-Konzeptualisierung) (49)</b>	
<b>Integrierter Ansatz</b>	Gemeinsames Verständnis entwickeln (Gesundheitsbegriff, Ebenen der Prävention, ...)
	Integrierter Ansatz, mehrere Handlungs- und Akteursebenen, Kombinationsansatz
	Konzeption gemeinsam beschlossen
<b>Voraussetzungen</b> Sind die Voraussetzungen für das Projekt geklärt?	Bedarfsanalyse
	Bestandsaufnahme bereits vorhandener Maßnahmen im Umfeld
	Projekt in übergeordnetes Programm oder Ziel eingebettet
	Evidenzbasierter oder positiv evaluierter Ansatz/Präventionsprinzip
	Positive und negative Erfahrungen aus anderen Projekten sind reflektiert
<b>Zieldefinition</b> Sind die Ziele klar benannt?	Ziele definiert
	Verbesserung der Lebensqualität als Ziel formuliert
	Vermeidung von Nebenwirkungen als Ziel formuliert
	Schriftliches Konzept zum Erreichen der Ziele
	Ausrichtung auf Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen, Empowerment
	Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit

	Begrenzung Anzahl der TeilnehmerInnen für mehr individuelle Betreuung	
	Zentrale Inhalte/Kernbotschaften wurden formuliert	
	Vermeidung von Stigmatisierung der Zielgruppe, Vermeidung negativer Nebenwirkungen	
	Respekt vor/Förderung von Autonomie und Selbstbestimmtheit der Zielgruppe	
<b>Planung des Projektverlaufs</b>	Teilziele/Meilensteine definiert, Etappierung	
	Projektverlaufsplan mit Meilensteinen	
	Dauer/Laufzeit der Maßnahme ist definiert	
	Dauer/Laufzeit ist angemessen	
	Konzept zur Verstetigung der Maßnahme	
<b>Zielgruppendefinition</b> Sind die Bedürfnisse der Zielgruppe bekannt?	Zielgruppendefinition	
	Analyse der Bedürfnisse der Zielgruppe, Risikoanalyse möglicher Nebenwirkungen	
	Erreichbarkeit der Zielgruppe überprüft (z.B. durch Pretest)	
	Schriftliches Konzept zum Erreichen der Zielgruppen, Eruiierung besonderer Zugangswege	
	Besonderheiten/kulturelle Merkmale/ökonomische Merkmale der Zielgruppe berücksichtigt	
	Aspekt Sozialstatus reflektiert, Entscheidung für oder gegen Berücksichtigung begründet	
	Aspekt Migrationshintergrund reflektiert, Entscheidung für oder gegen Berücksichtigung begründet	
	Genderaspekte reflektiert, Entscheidung für oder gegen Berücksichtigung begründet	
	Genderaspekte berücksichtigt	
	Homogenisierung der TeilnehmerInnen	
	Kriterien für Abbruch der Maßnahme, Kriterien für Ausschluss von TeilnehmerInnen	
<b>Multiplikatoren</b>	Multiplikatorenkonzept	
<b>Fachkräfte</b>	Verhaltenstherapeutische Elemente, Verhaltenstherapeutische Mitarbeiterqualifikation	
<b>Sozialraumbezug</b>	Sozialräumliche Ausrichtung	
	Verhältnisprävention, Settingansatz	
<b>Partizipation der Zielgruppe</b>	Zielgruppe wird in die Projektplanung und -durchführung eingebunden, Partizipation	
<b>Niedrigschwelligkeit</b>	Aufsuchende Arbeit, begleitende Arbeit, nachgehende Arbeit	
	Maßnahme ist niedrigschwellig	
	Risikogruppen/schwer Erreichbare/Benachteiligte berücksichtigt	
<b>Innovation</b>	Maßnahme ist innovativ	
<b>Effekte / Wirkungsmessung</b>	Überprüfung der Projektziele geplant	
	Beschreibung des Wirkungsmodells	
	Wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit in Konzeption enthalten	
<b>Ethik</b>	Aufrichtigkeit gegenüber der Zielgruppe	
	Offenlegung finanzieller Interessenkonflikte und Industriepartnerschaften	
	Ethikrichtlinie, Compliance-System	
<b>Strukturqualität (Maßnahmen-Gewährleistung) (8)</b>		
	Finanzierung gesichert	
	Ausreichend Personal	
	Angemessene Qualifikation beim Personal	
	Angemessenes Material (z. B. Räume, Medien)	
	Transparente Organisation	
	Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten geregelt	
	Wissenschaftliche Begleitung	
	Expertenbeirat	
<b>Prozessebene (Maßnahmen-Umsetzung) (21)</b>		

	Funktionelle Kommunikation	
<b>Einbeziehen der Nutzer_innen</b>	Persönliches Beratungsgespräch vor Eintritt, (medizinische) Eingangsuntersuchung	
	Nutzerbefragung Eingang (Erwartungen)	
	adäquate Zielgruppenansprache umgesetzt, ggf. mehrsprachige Kommunikation	
	Tatsächlich Bedürftige werden erreicht	
	Systematische Motivation der TeilnehmerInnen	
<b>Personalentwicklung</b>	Systematische Motivation des Personals, Lobeskultur	
	Interkulturelle Öffnung in Personalpolitik, Diversity-Management	
<b>Qualität der Zusammenarbeit</b>	Angemessene Vernetzung, Kooperationsbeziehungen, Partnerschaften	
	Beiträge externer Partner werden wenigstens stichprobenweise hinsichtlich Qualität überprüft	
<b>Sicherung Prozessqualität</b>	Prozessdokumentation, Dokumentation der Erreichung der Meilensteine	
	Periodische Überprüfung Erreichung Teilziele, Anpassung Vorgehensweise, formative Evaluation	
	Lernende Organisation, Organisationsentwicklung, Weiterbildung, Innovationsförderung	
	Systematisches Qualitätsmanagement, kontinuierliche Qualitätsentwicklung	
	Qualitätszirkel	
	Beschwerdemanagement für TeilnehmerInnen	
	Abbrecher-Statistik, Abbrecher-Analyse	
	Fehlerkultur (intern), Auswertung von Misserfolgen (intern)	
	Dokumentation von Fehlern, Transparenz über/Veröffentlichung von Fehlern	
	kontinuierliches Kostenmanagement, Budgetierung	
	Datenschutz	
	<b>Ergebnisqualität (Maßnahmen-Reflektion) (20)</b>	
<b>Allgemeine Anforderungen an Ergebnissicherung</b>	Dokumentation Ergebnisse, Dokumentation Erfahrungen	
	Dokumentation der Veränderungen (Verhalten, Strukturen, Prozesse), Wirkungsnachweis	
	Kritische Analyse der Prozesse/Organisation	
	Kosten-Nutzen-Analyse, Aufwand-Wirkung-Analyse, Angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis	
	Evaluationsergebnisse werden veröffentlicht	
<b>Summative Evaluation</b>	Ergebnisevaluation/Summative Evaluation, Bewertung der Zielerreichung,	
	Externe Evaluation, Fremdevaluation	
<b>Prä-/Post-Designs</b>	Nutzerbefragung Ausgang (Zufriedenheit)	
	(medizinische) Ausgangsuntersuchung	
	(medizinische) Follow up-Untersuchung	
<b>Selbstevaluation / Anteile von NutzerInnen-/Fachkräfte Perspektive</b>	Zielgruppe wird in die interne Evaluation eingebunden	
	Personalbefragung am Ende der Maßnahme (Zufriedenheit)	
<b>Transfer</b>	Erfahrungstransfer, Projekt ermöglicht Dritten Nachahmung	
	Leitfaden für Nachahmer erstellt	
<b>Nachhaltigkeit / Verstetigung</b>	Nachhaltigkeit der Wirkung, dauerhafte Veränderungen erreicht	
	Fortbestand des Angebotes ist längerfristig gesichert, Verstetigung	
	Unbefristete Angebote (z. B. Bewegungsangebote im Sportverein)	
	Ausbildung von Multiplikatoren für mehr Nachhaltigkeit	
	Qualifizierungsangebot wird etabliert	
	Zertifizierungsprogramm wird etabliert	