

Aus dem Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft

der Deutschen Sporthochschule Köln

Institutsleiter: Univ.-Prof. Dr. Heiko K. Strüder

---

# **Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention – eine empirische Analyse ausgewählter Projekte**

von der Deutschen Sporthochschule Köln

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Sportwissenschaft

genehmigte Dissertation

vorgelegt von

**Eva Rühl**

aus Gießen

---

Köln 2016

1. Gutachterin: Prof. (Apl.) Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf

2. Gutachter: Univ.-Prof. Dr. Claus Buhren

Vorsitzender des Prüfungsausschusses: Univ.-Prof. Dr. med. Wilhelm Bloch

Datum der Disputation: 25. November 2016

## Eidesstattliche Versicherung

Hierdurch versichere ich: Ich habe diese Dissertationsarbeit selbständig und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen und technischen Hilfen angefertigt; sie hat noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorgelegen. Wörtlich übernommene Textstellen, auch Einzelsätze oder Teile davon, sind als Zitate kenntlich gemacht.

Hierdurch erkläre ich, dass ich die „Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis“ der Deutschen Sporthochschule Köln in der aktuellen Fassung eingehalten habe.

Köln, 20. Juni 2016



.....  
Eva Rühl

## Meinen Eltern

## **Danksagung**

Mein ganz besonderer Dank gilt Frau Prof. (Apl.) Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf für die ausgezeichnete wissenschaftliche Betreuung, ihr intensives Engagement und ihre stets konstruktive Kritik, die zum Gelingen der vorliegenden Dissertation beitrugen. Zudem danke ich ihr für das Thema der Dissertation, ihr Vertrauen in meine akademischen Fähigkeiten und die kontinuierliche Förderung meines wissenschaftlichen Werdegangs.

Herrn Univ.-Prof. Dr. Heiko K. Strüder danke ich für die Gelegenheit, am Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft als wissenschaftliche Hilfskraft meine wissenschaftlichen Interessen vertiefen zu können. Außerdem danke ich ihm als Institutsleiter für seine Unterstützung, an Fachkongressen teilnehmen zu dürfen.

Herrn Univ.-Prof. Dr. Claus Buhren danke ich für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Mein herzlicher Dank gilt meinen Eltern, denen diese Arbeit gewidmet ist. Sie haben stets an mich geglaubt, mir ihr Vertrauen geschenkt und meinen Werdegang jederzeit unterstützt.

# Inhaltsverzeichnis

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Einleitung .....   | 1  |
| 2     | Methodik .....   | 4  |
| 2.1   | Projekthintergründe „IN FORM“ .....                          | 4  |
| 2.1.1 | Auswahl der Projekte .....                                   | 4  |
| 2.1.2 | Kurzbeschreibung der ausgewählten Projekte .....             | 6  |
| 2.1.3 | Forschungsdesign .....                                       | 11 |
| 2.2   | Stufe I.....   | 11 |
| 2.2.1 | Kriterienkatalog .....                                       | 11 |
| 2.2.2 | Bewertungsraster .....                                       | 19 |
| 2.2.3 | Durchführung der Dokumentenanalyse .....                     | 23 |
| 2.3   | Stufe II.....  | 25 |
| 2.3.1 | Konzeption des Leitfadens .....                              | 25 |
| 2.3.2 | Durchführung der Befragung .....                             | 25 |
| 2.3.3 | Datenaufbereitung .....                                      | 27 |
| 2.3.4 | Auswertung der Experteninterviews .....                      | 28 |
| 3     | Ergebnisse .....   | 29 |
| 3.1   | Erfüllung der Qualitätskriterien .....                       | 29 |
| 3.2   | Nachhaltigkeit .....   | 80 |
| 3.2.1 | Verstetigungen der Maßnahmen .....                           | 80 |
| 3.2.2 | Verbreitung und Publikationen der Projekte .....             | 83 |
| 3.3   | Formale und inhaltliche Vorgaben der Abschlussberichte ..... | 84 |
| 4     | Diskussion.....  | 85 |
| 4.1   | Methodenkritik.....  | 85 |
| 4.1.1 | Kritische Betrachtung des Forschungsdesigns .....            | 85 |
| 4.1.2 | Kritische Betrachtung des Kriterienkatalogs .....            | 88 |
| 4.1.3 | Kritische Betrachtung der Dokumentenanalyse .....            | 89 |

|        |   |     |
|--------|---|-----|
| 4.1.4  | Kritische Betrachtung der Experteninterviews .....  | 92  |
| 4.1.5  | Kritische Betrachtung der Datenaufbereitung.....  | 95  |
| 4.2    | Diskussion der Ergebnisse.....  | 97  |
| 4.2.1  | Grundlagen zur Entwicklung von Qualitätskriterien<br>unter besonderer Berücksichtigung des PHAC ..... | 97  |
| 4.2.2  | Kritische Betrachtung von Qualitätskriterien.....   | 102 |
| 4.2.3  | Kritische Betrachtung des Bewertungsrasters.....  | 107 |
| 5      | Zusammenfassung und Ausblick .....  | 118 |
| 6      | Literaturverzeichnis .....  | 120 |
| 7      | Abbildungsverzeichnis .....   | 140 |
| 8      | Tabellenverzeichnis .....   | 141 |
| 9      | Abkürzungsverzeichnis .....   | 143 |
| 10     | Anhang.....   | 144 |
| 10.1   | Kriterienkatalog .....  | 144 |
| 10.2   | Bewertungsskalen.....   | 178 |
| 10.3   | Interviewmaterialien .....  | 188 |
| 10.3.1 | Anschreiben an die Interviewpartner .....   | 188 |
| 10.3.2 | Vor- und Abschlussbemerkungen des Interviews...   | 190 |
| 10.3.3 | Interviewleitfaden .....  | 191 |
| 11     | Lebenslauf .....  | 193 |
| 12     | Abstract.....   | 195 |

## 1 Einleitung

Die Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen zeigen international wie auch national eine Zunahme der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (Ng et al. 2014; Skinner und Skelton 2014; Moreno et al. 2013; Waters et al. 2011; Graf und Dordel 2011; De Onis et al. 2010; Olds et al. 2010; Kurth und Schaffrath Rosario 2010, 2007; Malina 2007; Wang und Lobstein 2006). Die Ursachen sind vielfältig. Neben einer genetischen Disposition spielen im wesentlichen Bewegungsmangel und Fehlernährung eine zentrale Rolle (Graf 2010b; Graf et al. 2006). Zusätzlich stellt die Zunahme der Prävalenz infolge der damit verbundenen Komorbiditäten, wie kardiometabolische Krankheiten (MacPherson et al. 2016; Li et al. 2016; Skinner et al. 2015; Flechtner-Mors et al. 2012; Lobstein und Jackson-Leach 2006; Weiss et al. 2004) ein gesamtgesellschaftliches Problem dar. Damit wachsen auch die Gesundheitsausgaben und die Herausforderungen an die Gesundheitsförderung und Prävention (Suhrcke 2009; König und Riedl-Heller 2008; Lobstein et al. 2004). Folglich wird die Bedeutung zielgruppenspezifisch ausgerichteter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) und Prävention (Dehghan et al. 2005) in verschiedenen Settings und Altersgruppen immer wichtiger.

Weltweit besteht eine große Zahl an Projekten und Programmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, besonders im Bereich für Kinder und Jugendliche (Lobstein et al. 2015; Waters et al. 2011; Summerbell et al. 2009; Sachverständigenrat 2009). Trotz kleinerer Erfolge, z.B. geringfügige Senkung des BMI in Schulprojekten, gibt es (noch) keinen Königsweg, welche präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen wo, wie und vor allem mit welchem nachhaltigen Erfolg ein- bzw. umgesetzt werden sollen. Vielmehr zeigen die Ergebnisse zumeist konkrete Schwierigkeiten und Probleme, die auf den Bedarf in der Anwendung von qualitätssichernden Maßnahmen auch in diesem Kontext hinweisen (Kliche et al. 2004; Lehmann und Töppich 2002). Es scheinen Maßnahmen notwendig zu sein, die effektiv, effizient und langfristig wirken (Kolip 2012; Jordan et al. 2011), und damit den Grundsätzen eines grundlegenden qualitätsgesicherten Prozesses entsprechend ausgestaltet werden.

Zur Steigerung der Qualität und langfristigen Implementierung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wurden in den vergangenen Jahren eine Vielzahl unterschiedlicher Instrumente der Qualitätssicherung national (Goldapp et al. 2011; Graf 2010a; Kliche et al. 2004) und international (Ackermann und Studer 2006; Bollars et al. 2005; Molleman et al. 2003) entwickelt.

Zusätzlich sind inzwischen national Übersichten der Instrumente und Leitfäden zur qualitätsgesicherten Implementierung von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention für die Akteure<sup>1</sup> der Praxis beschrieben (KNP 2016; BZgA 2013; Kolip et al. 2012; Tempel und Kolip 2011; BZgA 2001).

Aktuell gibt es jedoch nur vereinzelt Studien unter Anwendung bestehender Qualitätskriterien sowie Instrumenten der Qualitätssicherung. Dazu werden aus diesen bereits bestehenden Instrumenten wieder neue Erhebungsinstrumente konzipiert (Jordan et al. 2011; Van den Broucke et al. 2011; Wildner 2006; Lahtinen et al. 2005) und zur Evaluation komplexer Interventionen beschrieben (Gerken et al. 2012; Loss et al. 2007; Reisig et al. 2006). Zudem werden die Ergebnisse durchgeführter Evaluationen mit qualitätsgesicherter Vorgehensweise in der Gesundheitsförderung und Prävention (Aubert et al. 2002) in Datenbanken zusammengestellt (Fonds gesundes Österreich, KNP), jedoch bisher selten hochrangig publiziert und dadurch wissenschaftlich schwer zugänglich.

Somit gibt es international und national weder eine systematische transparente Anwendung der Instrumente noch die kontinuierliche Überprüfung der Praktikabilität der Instrumente durch wissenschaftliche Studien. Daraus resultierend kann weder den Verantwortlichen in der Politik noch den Akteuren in der praktischen Umsetzung nachweislich aufgezeigt werden, ob und wenn ja, wie sich die qualitätsgesicherte Vorgehensweise durch den Einsatz der Instrumente auf die Förderung der Projektqualität auswirkt

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Dissertation einheitlich die männliche Form verwendet. Alle Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

und eine ökonomischere und kosteneffizientere Implementierung der Maßnahmen in Gesundheitsförderung und Prävention ermöglicht.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollen daher an ausgewählten Projekten zur Gesundheitsförderung im Setting, die Qualitätskriterien der BZgA (2012) angelegt werden. Dadurch sollen Erkenntnisse über die Machbarkeit, aber auch die Vorteile eines qualitätsgesicherten Vorgehens aufgezeigt werden.

**Folgende Forschungsfragen werden somit konkret bearbeitet:**

- Inwieweit erfüllen Projekte in der Gesundheitsförderung bestehende Qualitätskriterien (BZgA 2012)?
- Welche Gemeinsamkeiten oder Unterschiede bestehen in der Beachtung der Qualitätskriterien zwischen den Projekten?
- Welche Qualitätsdimensionen werden von den vorliegenden Projekten anhand des „Leitfadens Qualitätskriterien“ (BZgA 2012) erfüllt?
- Kann ein Zusammenhang zwischen der Beachtung der Qualitätskriterien und dem Outcome eines Projekts konstatiert werden?

## 2 Methodik

### 2.1 Projekthintergründe „IN FORM“

Im Rahmen des 2008 verabschiedeten Nationalen Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ ([www.in-form.de](http://www.in-form.de)) wurden durch das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Projekte zur „Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten“ gefördert (BMELV und BMG 2008a).

Die Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans in den Bereichen Ernährung und Bewegung wurden fünf Handlungsfeldern zugeordnet: „1. Vorbildfunktion der öffentlichen Hand, 2. Bildung und Information über Ernährung, Bewegung und Gesundheit, 3. Bewegung im Alltag, 4. Qualitätsverbesserung bei der Verpflegung außer Haus, 5. Impulse für die Forschung“ (BMELV und BMG 2008a, S. 17ff.); mögliche Ergebnisse des bundesweiten Nationalen Aktionsplans sollen bis 2020 deutlich werden.

#### 2.1.1 Auswahl der Projekte

Für die vorliegende Arbeit wurden Projekte aus dem „Handlungsfeld 3: „Bewegung im Alltag“ (BMELV und BMG 2008a, S. 28ff.) ausgewählt. Die Förderung der „Aktionsbündnisse gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ (BMELV und BMG 2008b, S. 16) erfolgte von 2008 bis 2011.

Das Ziel der Förderinitiative bestand in der Errichtung lokaler und regionaler Bündnisse. Diese sollten „durch vielseitige Präventionsstrategien und Angebote“ in unterschiedlichen Zielgruppen und Regionen „eine langfristige Verbesserung der körperlichen Aktivität“ bewirken (BMELV und BMG 2008b, S. 16). Zentral waren dabei die Berücksichtigung des „WHO-Settingansatz“ (BMG 2008, S. 894) und der Einbezug von Multiplikatoren.

Die öffentliche Ausschreibung erfolgte im Februar 2008. Daraufhin wurden zunächst 25 Projekte für die erste Projektphase – die „Aufbauphase“ (BMG 2008, S. 894) – von August 2008 bis Februar 2009 gefördert (Deutscher Bundestag 2011, S. 12-14). Nach einer zweiten Antragsphase erhielten dann 11 Projekte eine Folgefinanzierung für die zweite Projektphase – die „Durchführungsphase“ (BMG 2008, S. 894) – von März 2009 bis Februar 2011 (Deutscher Bundestag 2011).

Parallel zur zweiten Förderphase wurde im Auftrag des BMG eine „unabhängige wissenschaftliche Evaluation aller Aktionsbündnisse und des gesamten Prozesses der Förderinitiative“ (BMG 2008, S. 895) durch das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bielefeld (BMELV und BMG 2008a, S. 16) durchgeführt. Die beiden Schwerpunkte der Evaluation lagen in der Unterstützung der Aktionsbündnisse in der Qualitätsentwicklung und der Detektion förderlicher und hinderlicher Bedingungen für den Aufbau und die tatsächliche Umsetzung. Auf dieser Basis sollten anschließend Faktoren zur erfolgreichen Etablierung gesundheitsförderlicher Kooperationen und Netzwerke und die Ableitung von Handlungsempfehlungen für Akteure zukünftiger Projekte generiert werden (Gerken et al. 2012). Die Evaluationsergebnisse liegen in Form eines Abschlussberichts (Kolip 2011) und als Kurzfassung mit zentralen Ergebnissen vor (Schaefer et al. 2011).

### 2.1.2 Kurzbeschreibung der ausgewählten Projekte

Im Folgenden werden die Projekte kurz anhand der für die vorliegende Analyse relevanten Kenngrößen (Ziele, Zielgruppen, Setting, Teilmaßnahmen, Projekt- und Kooperationspartner) vorgestellt. Aus Gründen der wissenschaftlichen Anonymisierung wird auf eine detaillierte Beschreibung dieser Kenngrößen sowie einer konkreten Beschreibung der jeweiligen Projektstruktur verzichtet. Projektinterne Eigennamen aus den Zwischen- und Abschlussberichten werden nachfolgend kenntlich gemacht; dazu zählen keine allgemeingültigen feststehenden Begriffe. Außerdem erfolgt aufgrund wissenschaftlicher Anonymisierung kein Verweis zu dem jeweiligen Dokumente bzw. keine namentliche Nennung der einzelnen Projekte.

#### **Projekt 1:**

Das vorrangige Ziel des Projekts lag in der „pädagogische(n) Konzeptarbeit“ innerhalb verschiedener Kindertagesstätten und die damit verbundene „obligatorische“ Implementierung einer festgesetzten Anzahl „standardisierter Programme“ aus dem Bereich Gesundheitsförderung (Bewegung, Ernährung, Stressregulation) sowie die Ausbildung von Multiplikatoren. Auf Grundlage der Bedarfsanalyse wurden die Zielgruppen abgeleitet; diese waren die Erzieher der Kindertagesstätten und die Kinder mit ihren Eltern. Zusätzlich zu den „obligatorischen“ Programmen“ wurden je nach Einrichtung gesundheitsfördernde Teilmaßnahmen umgesetzt. Es erfolgte eine Differenzierung zwischen den Projektpartnern z.B. der Universität und dem Gesundheitsamt sowie den Kooperationspartnern, u.a. den verschiedenen Akteuren aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, differenziert.

#### **Projekt 2:**

Die Ziele des Projekts waren die Optimierung vorhandener Strukturen im Bereich Bewegungs- und Gesundheitsförderung sowie die Entwicklung eines transparenten und übertragbaren „Konzepts“ für dieses Setting. Die Zielgruppe der Migrantinnen in benachteiligten Stadtteilen wurde im Anschluss an die Ergebnisse der Bedarfsanalyse bestimmt. Nach Durchführung einer Bestandsaufnahme wurden verschiedene gesundheitsfördernde

de Teilmaßnahmen aus dem Bereich Gesundheitsförderung z.B. „Powergym“, Joga, Gymnastik, Ernährungsberatung und „Gesundheitstreff“ sowie die Ausbildung von Multiplikatoren geplant und durchgeführt. Zu den Projektpartnern zählten u.a. die Universität, die Sportvereine und die Einrichtungen des Gemeinwesens.

### **Projekt 3:**

Die Ziele des Projekts waren hauptsächlich die Errichtung langfristiger gesundheitsfördernder Strukturen durch die Etablierung eines selbst entwickelten partizipativen Konzepts im Setting Schule. Im Anschluss an die Durchführung der Bedarfsanalyse und einer Bestandsaufnahme erfolgten im Setting Schule gemeinsam mit einer Zielgruppe (sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche und deren Eltern) die Planung und Durchführung der Teilmaßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Stressregulation. Zudem wurden die Kinder und Jugendlichen zu Multiplikatoren und Übungsleitern ausgebildet. Im Setting Kindertagesstätte erfolgte die Ausbildung der Erzieher zu Multiplikatoren (weitere Zielgruppe). Zu den Projektpartnern zählten beispielsweise eine Hochschule, Vereine, das Gesundheits- und Sportamt der Stadt und eine Krankenkasse.

### **Projekt 4:**

Die Ziele des Projektes waren die strukturelle und inhaltliche Erweiterung der Zugänge von Bewegungsangeboten in sozial benachteiligten Stadtteilen sowie die Ausbildung Jugendlicher aus diesen Stadtteilen zu Übungsleitern. Zunächst erfolgten eine Bedarfsanalyse und Bestandsaufnahme. Als Zielgruppe wurden Kinder und Jugendliche im Alter von zehn bis achtzehn Jahren aus sozial benachteiligten Stadtteilen bestimmt. Daraufhin erfolgte die Planung und Durchführung von Bewegungsangeboten für die Zielgruppen; dazu zählten z.B. Tanzangebote, „Sporttreffs“, Fitness, Fußball und „abenteuerpädagogische Fahrten“. In Kooperation mit den Sportvereinen sollten diese Angebote langfristig in das bisherige Angebot eingegliedert und somit nach den Interessen der Zielgruppen ausgerichtet werden. Die Projektpartner setzten sich u.a. aus den Bereichen Gemeinwesen, Sportvereinen und Universität zusammen.

**Projekt 5:**

Das übergeordnete Ziel des Projekts war die Errichtung einer festgelegten Anzahl an „Mehrgenerationengärten“ zur langfristigen Verbesserung der Bewegungs- und Gesundheitsförderung innerhalb der Region. Die „Mehrgenerationengärten“ hatten jeweils eigene Projektziele und wurden individuell unter bewegungs- und gesundheitsförderlichen Aspekten geplant. Innerhalb der Gärten wurden unterschiedliche Strukturen und somit vielfältige Bewegungsmöglichkeiten errichtet. Die Zielgruppen des Projekts waren vorrangig sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche, Senioren sowie Menschen mit Behinderung. Die errichteten Gärten sollten langfristig durch die Vereine vor Ort erhalten werden. Zu den Projektpartnern zählten z.B. der Kreissportbund, ein Forschungsinstitut und eine Stiftung.

**Projekt 6:**

Das vorrangige Ziel des Projekts lag in der Erweiterung der „Bewegungsmöglichkeiten und Angebote“ im Bereich Gesundheitsförderung (Bewegung-, Ernährung- und Stressregulation) durch Entwicklung und Etablierung von „alltagstauglichen Maßnahmen“. Im Anschluss an eine Bedarfsanalyse und Strukturhebung wurden bereits etablierte „qualitätsgesicherte“ Teilmaßnahmen in den verschiedenen Settings durchgeführt und langfristig etabliert. In den Settings Schule und Kindertagesstätte wurden z.B. in den Bereichen Bewegung und Ernährung folgende Teilmaßnahmen durchgeführt: „Fit und Vital“, „Gesundheitskoffer“, „Bewegungspfade“ und „Trinkbrunnen“. Zudem wurden die Zielgruppen Kinder und Jugendliche zu Multiplikatoren ausgebildet, um dadurch langfristige Strukturen der Gesundheitsförderung in diesen Settings zu schaffen. Zur Zielgruppe des Projekts zählte die gesamte Stadtbevölkerung. Als Projektpartner fungierten beispielsweise die Stadt, mehrere Schulen, der Landessportbund und ein Forschungsinstitut.

**Projekt 7:**

Ein vorrangiges Ziel des Projekts lag in der Verbesserung der Bewegungsförderung in sozial benachteiligten Stadtteilen. Nach der Durchführung einer Bedarfsanalyse und einer Bestandsaufnahme erfolgte die Kon-

zeption verschiedener Teilmaßnahmen im Bereich Bewegungs- und Ernährungsförderung der Zielgruppen: Kinder, Jugendliche und deren Eltern aus sozial benachteiligten Stadtteilen. In den Settings Schule, Kindertagesstätte und Familie wurden z.B. folgende Teilmaßnahmen durchgeführt: Kanu, Schwimmen, „Bewegte Pause“ und „Kochaktionen“. Zusätzlich erfolgten verschiedene bauliche Teilmaßnahmen im Setting Stadtteil, z.B. die Errichtung eines „Aktivspielplatzes“ und Neugestaltung von Außenanlagen mehrerer Kindertagesstätten. Zu den Projektpartnern zählten u.a. ein „Quartiersmanagement“, die Stadt sowie das Gesundheitsamt.

### **Projekt 8:**

Das Ziel des Projekts war die Errichtung „nachhaltiger Strukturen“ im Bereich Bewegungsförderung des Settings Stadtteil. Auf der Grundlage einer Untergliederung des Gesamtprojektes in mehrere unabhängige Einzelprojekte erfolgte die Konzeption und Errichtung der Teilmaßnahmen zur Bewegungsförderung in verschiedenen Stadtteilen. Auf der Basis der Ergebnisse aus der Bedarfsanalyse und der Bestandsaufnahme wurden die Kinder bis sechs Jahre mit ihren Eltern aus sozial benachteiligten Stadtteilen als Zielgruppen definiert. Je nach Stadtteil wurden unterschiedliche Teilmaßnahmen geplant und durchgeführt; dazu zählten bsp. „Bewegte Wege“, „Bewegte Winterspiellätze“ und „Bewegte Spielplätze“. Zu den Kooperationspartnern des Projektes zählten z.B. verschiedene Vereine, das Jugendamt, mehrere Kindertagesstätten und Familienzentren.

### **Projekt 9:**

Die Ziele des Projekts waren die „Etablierung struktureller Maßnahmen“ im Setting Stadtteil zur „ganzheitlichen Bewegungsförderung“ sowie die frühzeitige Erlernung eines „gesunden Trinkverhaltens“; zudem die Konzeption eines übertragbaren Konzept zur „Frühförderung gesunden Bewegungs- und Trinkverhaltens“. Nach der Durchführung einer Bedarfsanalyse wurden die Zielgruppen des Projekts (Kinder im Alter von 4 bis 10 Jahren) in den Settings Kindertagesstätte und Schule aus benachteiligten Stadtteile bestimmt und die Teilmaßnahmen konzipiert; zu diesen zählten z.B. Sportmotorische Übungen, Ballsport, Ringen und Kämpfen und die

Errichtung von „Trinkwasserspendern“. Als Projektpartner agierten beispielsweise ein Forschungsinstitut, der Stadtsportbund, eine Kinder- und Jugendklinik sowie die Familienbüros der Stadtteile.

**Projekt 10:**

Die Ziele des Projekts waren „die Etablierung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen“ für die Zielgruppe des Projekts sowie die Erschließung neuer Zugänge zu diesen Maßnahmen. Nach der Durchführung einer Bedarfsanalyse in einem sozial benachteiligten Stadtteil wurde die Zielgruppe: „ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status und Migrationshintergrund“ sowie einer Mobilitätseinschränkung, definiert. Im Anschluss an die Bestandsaufnahme erfolgte die Optimierung verschiedener gesundheitsfördernder Strukturen im Setting Stadtteil und die Entwicklung verschiedener Angebote im Bereich Gesundheitsförderung; dazu zählten z.B. Fachvorträge, Wassergymnastik und Kochkurse. Als Projektpartner konnten u.a. eine Universität, das Präventionszentrum sowie das Seniorenbüro eines Stadtteils gewonnen werden. Zu den Kooperationspartnern des Projekts zählten z.B. Ärzte und ein Pflegedienst.

**Projekt 11:**

Die Ziele des Projekts waren die Identifizierung positiver Veränderung des Lebensstils von Schülern durch die Konzeption und Erprobung von gesundheitsförderlichen Teilmaßnahmen im Setting Schule eines sozial benachteiligten Stadtteils. Nach Durchführung der Bedarfsanalyse erfolgte die Festsetzung der Zielgruppe: Kinder und Jugendliche, überwiegend aus sozial benachteiligten Stadtteilen mit und ohne Migrationshintergrund. Zu den Teilmaßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung (Bewegung, Ernährung und Stressregulation) zählten z.B. „Bio-Frühstück“, „Wohlfühllose“, „Bewegte Schule“, „Sportförderunterricht“, Kochkurse und „Erlebnisparcours“. Die Kooperationspartner des Projekts waren u.a. ein Forschungsinstitut, ein Ministerium des Landes, eine Schule, eine Universität sowie verschiedene Vereine.

### 2.1.3 Forschungsdesign

Das Forschungsdesign besteht aus zwei aufeinanderfolgende Stufen:

**Stufe I:** Zunächst erfolgten die Sichtung aller Dokumente der ausgewählten Projekte und die Durchführung einer Dokumentenanalyse. Dazu wurde ein mehrteiliges Analyseinstrument – bestehend aus Kriterienkatalog und Bewertungsraster – zur qualitativen und quantitativen Analyse entwickelt.

**Stufe II:** Zur Ergänzung der Ergebnisse aus der Analyse wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt.

## 2.2 Stufe I

### 2.2.1 Kriterienkatalog

Der vorliegende Kriterienkatalog gliedert sich insgesamt in vier Teile: a). Qualitätskriterien, b). die Spalte Definition, c). Leitfragen und d). die Spalte Kodierregeln. Der gesamte Kriterienkatalog ist dem Anhang (s. 10.1) zu entnehmen.

#### **a). Qualitätskriterien:**

Der Kriterienkatalog basiert auf der vorgegebenen Reihenfolge der innerhalb der vorliegenden Analyse eingesetzten 20 Qualitätskriterien (BZgA 2012).

Zur möglichst objektiven Analyse wurden vereinzelt die Qualitätskriterien – sofern sie zwei Aspekte umfassten – in 1. und 2. unterteilt. Durch die Unterteilung veränderte sich die Anzahl und Reihenfolge der 20 Qualitätskriterien sowie deren Formulierung nicht.

Nachfolgend sind die betreffenden Qualitätskriterien (5, 6, 10B, 13, 15A und 17) vor und nach der Unterteilung aufgeführt:

**Qualitätskriterium 5:**

„Die Zielgruppe(n) ist (sind) in die Planung und Durchführung der Maßnahme einbezogen“ (BZgA 2012, S. 18).

Nach der Unterteilung:

**5.1** Die Zielgruppe(n) ist (sind) in die Planung der Maßnahme einbezogen.

**5.2** Die Zielgruppe(n) ist (sind) in die Durchführung der Maßnahme einbezogen.

**Qualitätskriterium 6:**

„Haupt- und Teilziele der Maßnahme sind bestimmt“ (BZgA 2012, S. 20).

Nach der Unterteilung:

**6.1** Hauptziele der Maßnahme sind bestimmt.

**6.2** Teilziele der Maßnahme sind bestimmt.

**Qualitätskriterium 10B:**

„Zugangswege und Vermittlungsmethoden sind zielgruppengerecht ausgewählt“ (BZgA 2012, S. 28).

Nach der Unterteilung:

**10B.1** Zugangswege sind zielgruppengerecht ausgewählt.

**10B.2** Vermittlungsmethoden sind zielgruppengerecht ausgewählt.

**Qualitätskriterium 13:**

„Die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen die Umsetzung in die Praxis und das Erreichen der Ziele“ (BZgA 2012, S. 34).

Nach der Unterteilung:

**13.1** Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen die Umsetzung in die Praxis und das Erreichen der Ziele.

**13.2** Die organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen die Umsetzung in die Praxis und das Erreichen der Ziele.

**Qualitätskriterium 15A:**

„Die Inhalte und der Verlauf der Maßnahme sind dokumentiert“ (BZgA 2012, S. 38).

Nach der Unterteilung:

**15A.1** Die Inhalte der Maßnahme sind dokumentiert.

**15A.2** Der Verlauf der Maßnahme ist dokumentiert.

**Qualitätskriterium 17:**

„Aufwand und Wirkung sind gegenübergestellt und kritisch betrachtet“ (BZgA 2012, S. 42).

Nach der Unterteilung:

**17.1** Aufwand und Wirkung sind gegenübergestellt.

**17.2** Aufwand und Wirkung sind kritisch betrachtet.

**Zuordnung der Qualitätskriterien zu den Qualitätsdimensionen:**

Die Qualitätskriterien wurden – unter Berücksichtigung der Basispublikation (Goldapp et al. 2011; BZgA 2010) in Anlehnung an Graf (2010a, S. 16-23) – den fünf Qualitätsdimensionen und der Kategorie Nachhaltigkeit zugeordnet.

Planungsqualität: QK 1, QK 2A, QK 2B, QK 3, QK 4, QK 5.1, QK 5.2, QK 6.1, QK 6.2, QK 10B.1; QK 11, QK 14

Konzeptqualität: QK 7, QK 8, QK 9, QK 10A, QK 10B.2

Strukturqualität: QK 12A, QK 12B, QK 12C, QK 13.1, QK 13.2

Prozessqualität: QK 15A.1, QK 15A.2, QK 15C, QK 16B

Ergebnisqualität: QK 15B, QK 16A.1, QK 16A.2, QK 17.1, QK 17.2

Nachhaltigkeit: QK 18, QK 19, QK 20.

**b).Definition:**

Für die Konzeption der Spalte Definition des Kriterienkatalog wurden zunächst alle die einzelnen Qualitätskriterien definierenden Begriffe auf der Basis wissenschaftlicher Literatur (Brandes und Stark 2011; Franzkowiak 2011; Wright et al. 2009; Leppin 2007; Doran 1981) und der ausführlichen Basispublikation (BZgA 2010) einheitlich festgelegt, um sprachliche Irrtümer zu minimieren. Die innerhalb jedes Qualitätskriteriums resultierte Anzahl an definierten Begriffen wird jeweils fortan als Kategorie bezeichnet.

**c). Leitfragen:**

Für jedes Qualitätskriterium wurden in Anlehnung an „QIP“ (UKE und BZgA 2010; Töppich und Lehmann 2009; Kliche et al. 2004) auf der Grundlage der 20 Qualitätskriterien eine unterschiedliche Anzahl an Leitfragen formuliert, die sich inhaltlich an die – das jeweilige Qualitätskriterium definierenden Begriffe – orientierten. Zur besseren Übersichtlichkeit der Kategorien wurden diese Begriffe kursiv geschrieben.

**d). Kodierregeln:**

Zu jedem Qualitätskriterium wurden Kodierregeln erstellt, die sich an den drei Bewertungsstufen der Bewertungsskala (s. Kapitel 2.2.2) orientierten. Sie dienen der eindeutigen Abgrenzung der Qualitätskriterien untereinander und bildeten die Grundlage zur quantitativen Bewertung.

Zu vier Qualitätskriterien: QK 2A (Tab. 1), QK 5.1 (Tab. 2), QK 6.2 (Tab. 3) und QK 9 (Tab. 4) wird exemplarisch deren Kriterienkatalog aufgeführt.

### Qualitätskriterium 2A:

Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist erwiesen und dokumentiert.

Leitfragen:

Welche Datenangaben wurden erbracht, sodass der *Bedarf* für die *Maßnahme zur Förderung der Gesundheit* erwiesen ist? Inwiefern wurde der Bedarf *dokumentiert*?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Maßnahme</b><br/>Maßnahme bezieht sich auf das durchgeführte Projekt als Ganzes. Jedes Projekt besteht aus einzelnen Teilmaßnahmen.</li> <li>• <b>Förderung der Gesundheit</b><br/>Gesundheitsförderung als vorgegebener Inhalt aller Projekte.</li> <li>• <b>Bedarf erwiesen</b><br/>Erfassung der Ausgangslage im Setting mittels Durchführung einer Bedarfsanalyse auf unterschiedliche Art und Weise z.B. empirischer Beleg durch wissenschaftliche Recherche oder der Durchführung von Datenerhebungen im Setting (s. BZgA 2010, S. 71 f.).</li> <li>• <b>dokumentiert</b><br/>Schriftliche Fixierung der Daten zur Erweisung des Bedarfs in Zwischen- und/oder Abschlussbericht.</li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 1: Kriterienkatalog QK 2A

**Qualitätskriterium 5.1:**

Die Zielgruppe(n) ist (sind) in die Planung der Maßnahme einbezogen (Partizipation).

Leitfragen:

Auf welche Art und Weise wurde(n) *die Zielgruppe(n) in die Planung der Maßnahme(n) einbezogen*? Welche Stufe(n) der Partizipation wurden umgesetzt?

| Definition  | Kodierregeln  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planung der Maßnahme<br/>Die Planungsphase beinhaltet den Zeitraum, in der die gesamte Maßnahme geplant wurde.</li> <br/> <li>• einbezogen (Partizipation)<br/>Partizipation ist die „Teilnahme und Teilhabe“ der Zielgruppe an der Maßnahme (Wright et al. 2009, S. 159).<br/><br/>Die unterschiedlichen Ausprägungen der Partizipation in Prävention und Gesundheitsförderung sind in einem Stufenmodell definiert. Die Stufen der Partizipation sind die Stufen 6, 7 und 8 (Wright et al. 2009, S. 164).</li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p><br><p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p><br><p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p><br><p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 2: Kriterienkatalog QK 5.1

**Qualitätskriterium 6 2:**

Teilziele der Maßnahme sind bestimmt.

Leitfragen:

Wie wurden die *Teilziele der Maßnahme bestimmt*? In wiefern bezogen sich die Maßnahmen auf die formulierten Teilziele?

| Definition  | Kodierregeln  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 600 970 741">• Teilziele der Maßnahme<br/>„Die Teilziele beziehen sich auf die einzelnen Maßnahmen“ (BZgA 2010, S. 86).</li> <br/> <li data-bbox="316 824 970 1310">• bestimmt<br/>Die sprachliche Formulierung der Teilziele erfolgt im Abschlussbericht nach „SMART“ (Doran 1981, S. 36):<br/>„Specific“<br/>„Measurable“<br/>„Assignable“<br/>„Realistic“<br/>„Time-related“.</li> </ul> | <p data-bbox="994 600 1361 678"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p><br><p data-bbox="994 797 1361 927"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p><br><p data-bbox="994 1046 1361 1176"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p><br><p data-bbox="994 1294 1361 1485"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 3: Kriterienkatalog QK 6.2

**Qualitätskriterium 9:**

Die Maßnahme berücksichtigt auch verhältnispräventive Aktivitäten.

Leitfragen:

In welcher Form wurden *verhältnispräventiven* Aktivitäten *auch* in der Maßnahme *berücksichtigt*? In welchen Settings wurden verhältnispräventive Maßnahmen durchgeführt?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="304 658 979 1003"> <p>• verhältnispräventive Aktivitäten</p> <p>Verhältnisprävention zielt auf eine „Veränderung der gesundheitsrelevanten ökologischen, sozialen, kulturellen“ (Franzkowiak 2011, S. 439) sowie „ökonomischen Umweltbedingungen“ (Leppin 2007, S. 36) der Zielgruppen ab.</p> </li> <li data-bbox="304 1084 979 1429"> <p>• berücksichtigt auch</p> <p>Wird bei der Planung der Maßnahme beachtet. Die Formulierung „auch“ beinhaltet, dass die Maßnahme verhältnispräventiv angelegt ist; somit ist das Ausmaß an Verhältnisprävention innerhalb der Maßnahme variabel.</p> </li> </ul> | <p data-bbox="979 658 1366 734"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="979 853 1366 981"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="979 1099 1366 1234"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="979 1352 1366 1541"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 4: Kriterienkatalog QK 9

### 2.2.2 Bewertungsraster

Zunächst erfolgte eine umfassende Literaturrecherche, um vorhandene nationale und internationale Bewertungsskalen von Qualitätssicherungssystemen bzw. Qualitätskriterien zur Analyse settingbezogener Projekte in Gesundheitsförderung und Prävention zu sichten.

Die Literaturrecherche wurde unter Verwendung internationaler Datenbanken: Medline, Medpilot, PubMed, The Cochrane Library zu diesen Stichworten durchgeführt: Assessment, assessment of projects, evaluation, evidence-based health promotion, health promotion, measurement, prevention, public health, public Health action cycle, quality, quality assurance, quality criteria, quality development, quality improvement, quality management, quality measuring, quality systems.

Außerdem wurde in deutschen und internationalen Fachzeitschriften zu diesen Stichworten recherchiert: Bewertung von Projekten, Evaluation, Evidenz basierte Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung, Prävention, Public Health, Public Health Action Cycle, Qualität, Qualitätsentwicklung, Qualitätskriterien, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Qualitätsmessung, Qualitätssysteme.

Des Weiteren wurden aktuelle Fachbücher sowie nationale und internationale Internetseiten folgender Themengebiete gesichtet: Qualitätskriterien, Qualitätskriterien zur Bewertung gesundheitsfördernder Maßnahmen in Gesundheitsförderung und Prävention, Qualitätssicherung, Qualitätssicherungssysteme.

Im Anschluss an die Recherche erfolgte die Zusammenstellung aller international und national vorhandenen Qualitätskriterien zur Bewertung von Projekten in der Gesundheitsförderung. Systematisch wurden der Aufbau, die Struktur sowie das Vorhandensein von Indikatoren (Gesundheitsförderung Schweiz 2014, 2012; GEP und NIGZ 2005; Bollars et al. 2005) oder Leitfragen (UKE und BZgA 2010; Töppich und Lehmann 2009, Kliche et al. 2004) zur Bewertung der Qualitätskriterien miteinander verglichen.

Außerdem wurden jene Qualitätskriterien eingeschlossen, die alle Qualitätsdimensionen (Ruckstuhl et al. 2001; Donabedian 1966) beinhalten. Zu diesen zählen „Quint-essenz“ (Gesundheitsförderung Schweiz 2014; Ackermann et al. 2009; Studer und Ackermann 2009; Ackermann und Studer 2006), „QIP“ (UKE und BZgA 2010; Töppich und Lehmann 2009; Kliche et al. 2004), „EQUIHP“ (Bollars et al. 2005) und die Qualitätskriterien der BZgA (Goldapp et al. 2011; BZgA 2012, 2010).

Auf Basis dieser systematischen Zusammenstellung erfolgte die Entwicklung einer dreistufigen Bewertungsskala zur quantitativen Bewertung der Erfüllung des jeweiligen Qualitätskriteriums (Tab. 5). Die Bewertungsskala jedes Qualitätskriteriums ist dem Anhang (10.2) zu entnehmen.

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Das Kriterium ist vollständig erfüllt.                                    |
| +     | Das Kriterium ist teilweise erfüllt.                                      |
| --    | Das Kriterium ist nicht erfüllt.  |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 5: Bewertungsskala

Über die drei Bewertungsstufen hinaus beinhaltet die Bewertungsskala (Tab. 5) die Stufe „k.A.“ (keine Angaben). Diese Stufe ist wertneutral und wurde in Anlehnung an „Preffi 2.0“ (Molleman et al. 2003) in die Bewertungsskala integriert, da es sich bei der vorliegenden Arbeit um die Analyse von Dokumenten handelt, die ohne eine Vorgabe von Qualitätskriterien verfasst wurden. Im Rahmen eines Forschungsprojektes erfolgte der Einsatz dieser entwickelten Bewertungsskala (Goldapp et al. 2013).

Zusätzlich beinhaltet das Bewertungsraster (Tab. 6) in Anlehnung an „Quint-essenz“ (Gesundheitsförderung Schweiz 2014; Ackermann et al. 2009; Studer und Ackermann 2009; Ackermann und Studer 2006) zusätzlich zur Bewertungsskala die Spalte Begründung.

| Bewertungsskala |   |    |      | Begründung                      |                                  |             |
|-----------------|---|----|------|---------------------------------|----------------------------------|-------------|
| ++              | + | -- | k.A. | Seitenzahlen<br>Zwischenbericht | Seitenzahlen<br>Abschlussbericht | Anmerkungen |

Tab. 6: Bewertungsraster

Bei der Durchführung der Analyse wurden vor jeder endgültigen Bewertung eines Qualitätskriteriums in der Spalte Begründung die die Seitenzahlen der entsprechenden Textstellen dokumentiert sowie bei Bedarf in der Spalte Anmerkungen zusätzliche Informationen zur Einstufung des Qualitätskriteriums in die jeweilige Bewertungsstufe schriftlich fixiert.

Die Anwendung der dreistufigen Bewertungsskala auf die Qualitätskriterien wird exemplarisch anhand von vier Qualitätskriterien dargestellt: QK 2A (Tab. 7), QK 3 (Tab. 8), QK 5.2 (Tab. 9) und QK 6.2 (Tab. 10).

### Qualitätskriterium 2A:

Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist erwiesen und dokumentiert.

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist vollständig erwiesen und dokumentiert. |
| +     | Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist teilweise erwiesen und dokumentiert.   |
| --    | Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist nicht erwiesen und dokumentiert.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                           |

Tab. 7: Bewertungsskala QK 2A

### Qualitätskriterium 3:

Die Zielgruppe ist vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die Zielgruppe ist vollständig vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.   |
| +     | Die Zielgruppe ist teilweise vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.     |
| --    | Die Zielgruppe ist nicht vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.         |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 8: Bewertungsskala QK 3

**Qualitätskriterium 5.2:**

Die Zielgruppe(n) ist (sind) in die Durchführung der Maßnahme einbezogen (Partizipation).

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die Zielgruppe(n) ist (sind) vollständig in die Durchführung der Maßnahme einbezogen. |
| +     | Die Zielgruppe(n) ist (sind) teilweise in die Durchführung der Maßnahme einbezogen.   |
| --    | Die Zielgruppe(n) ist (sind) nicht in die Durchführung der Maßnahme einbezogen.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.             |

Tab. 9: Bewertungsskala QK 5.2

**Qualitätskriterium 6.2:**

Teilziele der Maßnahme sind bestimmt.

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Teilziele der Maßnahme sind vollständig bestimmt (nach SMART).            |
| +     | Teilziele der Maßnahme sind teilweise bestimmt.                           |
| --    | Teilziele der Maßnahme sind nicht bestimmt.                               |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 10: Bewertungsskala QK 6.2

### 2.2.3 Durchführung der Dokumentenanalyse

Zur Auswertung der Dokumente wurde das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2015; Flick 2014) eingesetzt. Die Zwischen- und Abschlussberichte der Projekte wurden als Analyseeinheiten bestimmt. Zur wissenschaftlichen Anonymisierung erfolgte eine zufällige Bezeichnung der Projekte von Projekt 1 bis Projekt 11 (s. Kapitel 2.3.3, Tab. 11). Als Analysetechnik diente die Variante der inhaltlichen Strukturierung, bei der ein Kategoriensystem erstellt wird, das eine eindeutige Zuordnung des Textmaterials zu den Kategorien ermöglicht. Aus Gründen der wissenschaftlichen Anonymisierung wurde auf die Nennung konkreter „Ankerbeispiele“ (Mayring 2015, S. 112) verzichtet.

Zunächst erfolgte die Zusammenstellung des Kategoriensystems. Dieses setzt sich aus den Qualitätskriterien des Kriterienkataloges (s. Anhang 10.1) und den davon abgeleiteten Leitfragen der einzelnen Qualitätskriterien zusammen. Durch den Kriterienkatalog ergab sich die Vorgabe der Kategorien. Diese gliederten sich in Anlehnung an die fünf Qualitätsdimensionen (Graf 2010b) in fünf Abschnitte (s. Kapitel 2.2.1). Da jeder Qualitätsdimension eine unterschiedliche Anzahl an Qualitätskriterien zugeordnet wurde, beinhaltete jeder Abschnitt eine festgelegte Anzahl an Kategorien. Demzufolge wurde jedem Abschnitt eine Farbe zur Kennzeichnung der Textstellen zugeordnet.

Die Indikatoren der einzelnen Kategorien leiteten sich von der Formulierung der jeweiligen Qualitätskriterien ab. Als Indikatoren wurden die zentralen Begriffe aus den einzelnen Qualitätskriterien – welche die Kategorien bildeten – bestimmt und definiert. Anschließend erfolgte die Erstellung der Kodierregeln, um eine Eindeutigkeit zwischen der Zuordnung der einzelnen Kategorien zu gewährleisten und um Abgrenzungsprobleme durch inhaltliche Überschneidungen zwischen den Kategorien zu vermeiden (Mayring 2015).

Der Kodierleitfaden setzte sich aus dem Qualitätskriterium – das die Bezeichnung der Kategorie darstellt – und der Definition der jeweiligen Kategorie sowie den Kodierregeln zusammen.

Jedes Dokument wurde im ersten Durchlauf zum inhaltlichen Verständnis gesichtet. Daraufhin erfolgten eine zweite Sichtung sowie die Erprobung der Kategorien und des Kodierleitfadens. Die Textstellen in den Dokumenten, die der jeweiligen Kategorie entsprachen, sogenannte „Fundstellen“ (Mayring 2015, S. 113.) wurden am Rand des Textes mit der Abkürzung der Kategorie kenntlich gemacht und in der zuvor festgelegten Farbe markiert. Als Abkürzung diente die jeweilige Nummer des Qualitätskriteriums.

Für jedes Projekt bestand die Kodiereinheit aus dem Zwischen- und Abschlussbericht. Somit fielen in der vorliegenden Analyse die Kodier- und Analyseeinheiten zusammen.

Im Anschluss an die Kennzeichnung der „Fundstellen“ (Mayring 2015, S. 113) in den Dokumenten nach dem Kodierleitfaden wurde für jedes Projekt eine Übersicht angelegt, die den Kriterienkatalog und die Bewertungsskala enthielt. Daraufhin erfolgte die Übertragung der gekennzeichneten Stellen unter Angabe des Dokuments und der Seitenzahlen in die Übersicht. Für jedes Projekt wurden daraufhin die Leitfragen – unter Verwendung des entwickelten Analyseinstruments und der Verwendung der erstellten Übersicht – beantwortet.

Abschließend wurde die Erfüllung jedes Qualitätskriteriums – unter Verwendung des dreistufigen Bewertungsrasters und auf Grundlage der vorliegenden Dokumente – bewertet, indem in der zutreffenden Stufe der Bewertungsskala ein Kreuz gesetzt wurde. Bei Bedarf erfolgte über die Nennung der Seitenzahlen die Dokumentation weiterer Informationen in der Spalte Anmerkungen.

## 2.3 Stufe II

### 2.3.1 Konzeption des Leitfadens

Im Anschluss an die Durchführung der Dokumentenanalyse erfolgte die Entwicklung des Leitfadens. Die Anzahl der Fragen ergab sich aus den zuvor ermittelten Ergebnissen der Dokumentenanalyse. Folglich variierte die Anzahl je nach Interview zwischen dreizehn bis fünfzehn. Eine Liste aller Fragen ist dem Anhang (s. 10.3.3) zu entnehmen.

Die Ableitung der Leitfragen von den Qualitätskriterien des Kriterienkatalogs erfolgte im Vorfeld des jeweiligen Interviews. Dies diente der möglichst hohen Vergleichbarkeit der Projekte und der Gewährleistung einer systematischen und nachvollziehbaren Struktur. Da sich nach der Analyse der Projekte individuelle Lücken zu den Qualitätskriterien ergaben, variierten die Leitfäden der Projekte in der Anzahl der Fragen.

Zusätzlich zu den Leitfragen, die sich am Kriterienkatalog orientierten, wurden einheitlich in jedem Interview zwei Fragen zur Nachhaltigkeit der Projekte sowie eine Frage zur inhaltlichen und formalen Gestaltung der Dokumente gestellt (s. Anhang 10.3.3). Die Antwortmöglichkeiten des Leitfadens wurden offen und ohne standardisierte Antwortskalen gewählt.

### 2.3.2 Durchführung der Befragung

Die Auswahl der Experten begründet sich auf den Analysegegenstand. Um eine möglichst gute Vergleichbarkeit in den Ergebnissen zu erzielen, wurden diejenigen Projektverantwortlichen gewählt, die eine vergleichbare Position im jeweiligen Projekt innehatten. Aufgrund der wissenschaftlichen Anonymisierung wird an dieser Stelle auf eine nähere Beschreibung der Interviewten verzichtet.

Die erste Kontaktaufnahme erfolgte am 28. April 2014 per E-Mail. Dazu wurde im Vorfeld die Aktualität der E-Mail-Adressen der Interviewpartner recherchiert. Die E-Mail beinhaltete ein kurzes Anschreiben und ein

offizielles Informationsschreiben (s. Anhang 10.3.1). Innerhalb dessen erfolgten eine kurze Erläuterung des wissenschaftlichen Hintergrundes der Analyse sowie die Zielsetzung der vorliegenden Dissertation. Außerdem wurde auf die ausschließlich wissenschaftliche Verwendung und Anonymisierung der Interviewdaten hingewiesen.

Im Zeitraum von 28. April bis 16. Mai 2014 erfolgten die Anfrage zum Telefontermin sowie die verbindliche Vereinbarung. Die Kontaktierung der Experten, die schriftlich über eine E-Mail ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung übermittelten, erfolgte telefonisch. Bei dieser zweiten Kontaktaufnahme wurden den Experten die Gründe für die Auswahl, die Art und Weise der Mitwirkung an der wissenschaftlichen Untersuchung – durch ihre Einwilligung zu dem Interview – und die Dauer des Interviews mitgeteilt. Wenn im Zeitraum von 28. April bis 2. Mai keine Rückmeldung der Experten per E-Mail erfolgte, wurden die Experten erneut telefonisch kontaktiert und der Eingang der E-Mail erfragt. Nach einer mündlichen Zusage innerhalb des Gesprächsverlaufs wurden weitere Informationen zum Interview besprochen sowie ein verbindlicher Termin zum Telefoninterview vereinbart. In einem Projekt bestand seitens der Experten keine Bereitschaft zu einem Interview. Daher liegen zu zehn von elf Projekten Interviewdaten vor (Tab. 11).

Am Tag des Interviews erfolgte der Versand des Interviewleitfadens an die Experten zwischen 07.45 Uhr bis 07.55 Uhr per E-Mail, sodass dieser während des Telefoninterviews schriftlich vorlag. Die telefonische Befragung erfolgte im Zeitraum von 6. bis 19. Mai 2014.

Vor Beginn des Interviews wurde zunächst der Interviewverlauf besprochen. Danach erfolgten die Nachfrage, ob der Interviewleitfaden vorliegt sowie diesbezüglich die Klärung eventueller Verständnisfragen. Dann wurde die mündliche Einverständniserklärung der Experten für die digitale Aufzeichnung des Interviews mittels Smartphone-App. und die Speicherung als digitale Datei eingeholt. Zusätzlich erfolgte nochmals eine Bestätigung über die ausschließlich wissenschaftliche Verwendung der Daten des Interviews (s. Anhang 10.3.2). Während des Interviews wurde eine

neutral freundliche Atmosphäre bedacht. Am Ende des Telefoninterviews erfolgte im Anschluss an die letzte Frage eine Nachfrage, ob Rückfragen seitens des Interviewten bestehen. Abschließend erfolgte eine höfliche Verabschiedung mit dem Dank für die Bereitschaft zur freiwilligen Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung (s. Anhang 10.3.2).

### 2.3.3 Datenaufbereitung

Die digitalen Aufzeichnungen wurden direkt im Anschluss an die Durchführung des Telefoninterviews unter Verwendung der Software f4 (Giga Software 2014) wörtlich transkribiert und entsprechend des Projektes nummeriert. Zur Transkription wurden die Aufzeichnungen in normales Schriftdeutsch übertragen. Dazu erfolgten die Bereinigung des Dialekts, die Behebung von Satzbaufehlern und die Glättung des Sprachstils, um eine bessere Lesbarkeit zu erzielen.

Die nachstehende Übersicht beinhaltet die Auflistung aller Interviewdaten. Die Interviewdauer betrug zwischen 12:04 bis 23:50 Minuten (Tab. 11).

| Projekt    | Interviewdaten |                 |             | Transkriptbezeichnung |
|------------|----------------|-----------------|-------------|-----------------------|
|            | Datum          | Interviewbeginn | Dauer [Min] |                       |
| Projekt 1  | 06.05.2014     | 15.15 Uhr       | 00:16:07    | I1                    |
| Projekt 2  | 07.05.2014     | 13.00 Uhr       | 00:16:50    | I2                    |
| Projekt 3  | 08.05.2014     | 16.30 Uhr       | 00:15:05    | I3                    |
| Projekt 4  | 09.05.2014     | 10.30 Uhr       | 00:16:28    | I4                    |
| Projekt 5  | 09.05.2014     | 11.15 Uhr       | 00:16:25    | I5                    |
| Projekt 6  | 12.05.2014     | 14.00 Uhr       | 00:23:50    | I6                    |
| Projekt 7  | 15.05.2014     | 20.00 Uhr       | 00:17:00    | I7                    |
| Projekt 8  | 16.05.2014     | 13.30 Uhr       | 00:17:29    | I8                    |
| Projekt 9  | 19.05.2014     | 10.30 Uhr       | 00:12:04    | I9                    |
| Projekt 10 | 19.05.2014     | 12.30 Uhr       | 00:13:01    | I10                   |

Tab. 11: Anonymisierung der Interviewdaten

#### 2.3.4 Auswertung der Experteninterviews

Die Transkripte wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Das Vorgehen erfolgte nach zusammenfassender Analysetechnik (Mayring 2015). Als Analyseeinheiten dienten jeweils die Textabschnitte zu den einzelnen Interviewfragen.

Die anonymisierten Transkripte wurden in vier Schritten reduziert: Zunächst erfolgte eine Paraphrasierung. Anschließend eine Generalisierung auf das Abstraktionsniveau; danach eine erste Reduktion mittels Selektion durch Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen und eine zweite Reduktion, durch Bündelung ähnlicher Aussagen zu einer Paraphrase (Mayring 2015).

Durch die Erstellung der Interviewleitfäden mit einem allgemeinen Teil und einem individuell nach Projekt in der Anzahl variierenden Teil wurde eine Vergleichbarkeit der Interviewtranskripte gewährleistet.

Die Aussagen der Experten wurden im späteren Verlauf auf der Grundlage des Kriterienkataloges der Qualitätskriterien in einen Kontext gestellt. Da die Leitfadeninterviews einer inhaltlichen Vervollständigung der zuvor ermittelten Daten dienten, wurden die Aussagen zu jedem Qualitätskriterium herausgestellt und nicht das Verfahren einer wortwörtlichen Interpretation der Transkripte verwendet.

Anschließend konnte auf der Grundlage des Kriterienkataloges die quantitative Beurteilung zur Erfüllung der Qualitätskriterien erfolgen.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Erfüllung der Qualitätskriterien

Die Ergebnisse zur Erfüllung der Qualitätskriterien (s. Kapitel 2.2.1) sind in der nachstehende Abbildung 1. (S. 30) dargestellt.

Zur Unterscheidung der Ergebnisse nach der Dokumentenanalyse und nach der Durchführung der leitfadengestützten Interviews werden die Qualitätskriterien entsprechend gekennzeichnet (D = Dokumentenanalyse, I = Interview).

Die farblich abgesetzte Darstellung der dreiteiligen Bewertungsskala: (+ +) = vollständig erfüllt, (+) = teilweise erfüllt, (- -) = nicht erfüllt und der wertneutralen Kategorie (k.A.) = keine Angaben dient der besseren Übersicht.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Erfüllung der Qualitätskriterien in der Reihenfolge von Qualitätskriterium 1 bis Qualitätskriterium 20 anhand der Bewertungsskala dargestellt und erläutert.



Abb. 1: Ergebnisübersicht Erfüllung der Qualitätskriterien

D = Dokumentenanalyse  
I = Interview

**Qualitätskriterium 1:**

Ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und ihren Einflussfaktoren ist unter allen Beteiligten entwickelt und dokumentiert.

Die Dokumentenanalyse (D) ergab bei zehn Projekten keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium. Nach Durchführung der ergänzenden Interviews (I) erfüllten sechs Projekte das Kriterium vollständig, zwei Projekte teilweise und zwei Projekte nicht. Zu einem Projekt existierten keine Angaben (Tab. 12).

| Skala | Qualitätskriterium   | D  | I |
|-------|--|----|---|
| ++    | Ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und ihren Einflussfaktoren ist vollständig unter allen Beteiligten entwickelt und dokumentiert. | 1  | 6 |
| +     | Ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und ihren Einflussfaktoren ist teilweise unter allen Beteiligten entwickelt und dokumentiert.   | 0  | 2 |
| --    | Ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und ihren Einflussfaktoren ist nicht unter allen Beteiligten entwickelt und dokumentiert.       | 0  | 2 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.  | 10 | 1 |

Tab. 12: Ergebnis Qualitätskriterium 1

Vollständig erfüllt (n=6):

- Die Entwicklung und Festlegung des gemeinsamen Verständnisses des Projekts bzw. eines Leitgedanken erfolgte in einem Projekt durch die Gründung eines Gremiums, in dem Vertreter der Projektpartner zugegen waren. Anschließend wurde der Leitgedanke von einem weiteren Gremium verabschiedet und von den Antragsstellern unterzeichnet.
- In vier Projekten erfolgte das gemeinsame Treffen der Antragssteller im Zuge der Verfassung des Projektantrags. Bei diesem Treffen wurden gemeinsam die inhaltliche Ausrichtung des Projektes sowie ein Leitgedanke entwickelt und schriftlich im Projektantrag fixiert.
- In einem Projekt erfolgte die Erstellung eines Entwurfs über das gemeinsame Verständnis des Projektes und über einen Leitgedanken. In einem Treffen der Antragssteller wurde in mehrfacher Diskussion der Leitgedanken diskutiert und im Projektantrag schriftlich fixiert.

Teilweise erfüllt (n=2):

- Ein Projekt verfügte über ein gemeinsames Projektverständnis jedoch wurde kein Leitgedanke gemeinsam schriftlich fixiert.
- In einem Projekt verfassten die Projektpartner gemeinsam den Projektantrag und hatten ein einheitliches Verständnis über das Projekt als Ganzes. Es ist jedoch nicht ersichtlich, inwiefern ein Leitgedanke des Projektes gemeinsam schriftlich fixiert wurde.

Nicht erfüllt (n=2):

- Aufgrund struktureller Veränderungen wechselte in einem Projekt die Zusammensetzung der Projektpartner, sodass diejenigen, die den Antrag einreichten anschließend nicht die Durchführungsphase bestritten. Folglich konnte unter den Beteiligten des Projektes kein Leitgedanke gemeinsam schriftlich fixiert werden.
- In einem Projekt wurde weder ein Leitgedanke unter allen Beteiligten in einer gemeinsamen Sitzung festgelegt noch schriftlich fixiert.

**Qualitätskriterium 2A:**

Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist erwiesen und dokumentiert.

Nach der Dokumentenanalyse (D) erfüllten zehn Projekte das Kriterium vollständig. Bei einem Projekt existierten keine eindeutigen Angaben. Das Interview (I) ergab keine Ergänzungen (Tab. 13).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I  |
|-------|---|----|----|
| ++    | Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist vollständig erwiesen und dokumentiert. | 10 | 10 |
| +     | Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist teilweise erwiesen und dokumentiert.   | 0  | 0  |
| --    | Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist nicht erwiesen und dokumentiert.       | 0  | 0  |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                           | 1  | 1  |

Tab. 13: Ergebnis Qualitätskriterium 2A

Vollständig erfüllt (n=10):

Die Darlegung des Bedarfs erfolgte bei sechs Projekten über eine wissenschaftliche Herleitung:

- In drei Projekten wurden die Daten unterschiedlicher nationaler Studien über die gesundheitliche Situation der Zielgruppen in Deutschland (Daten aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes) herangezogen sowie zusätzlich die Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen der vergangenen Schuljahre, des Statistischen Bundesamtes, aus nationalen Studien zur Situation im Bundesland des Projektes sowie die Daten aus einem Handlungskonzept der Stadt.
- In einem Projekt wurden die Daten zur allgemeinen gesundheitlichen Situation der Zielgruppe in Deutschland aus nationalen Studien und weltweit durch internationale Studien herangezogen.
- In zwei Projekten erfolgte die Darlegung der Daten aus nationalen Studien. Der Beleg des allgemeinen Bedarfs erfolgte über die Daten aus den Berichten der Bundesregierung, einer Expertise des Robert-Koch-Instituts, des statistischen Bundesamtes, der BZgA, des Sportentwicklungsberichts und aus nationalen Fachbüchern.

Zusätzlich zur wissenschaftlichen Herleitung wurden bei zwei Projekten Interviews durchgeführt:

- Ein Projekt legte Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen sowie der Einwohnermeldedatei zugrunde. Zusätzlich erfolgten im Setting Stadtteil Leitfadeninterviews mit den Zielgruppen (Kinder und Jugendliche) und dem Fachpersonal aus den (schulischen) Einrichtungen der Zielgruppen.
- Ein Projekt zog die Sozial- und Gesundheitsberichte der Stadtteilbezirke heran, die zum Setting der Zielgruppen zählten. Problemzentrierte Interviews wurden mit den Zielgruppen (Familien, Bewohner des Stadtteils) durchgeführt. Gespräche und Workshops fanden mit den Akteuren der Stadtteilbezirke statt.

Bei einem Projekt erfolgte die Bedarfsanalyse über Interviews im Setting:

- Ein Projekt führte mit den Kooperationspartnern des Projektes, den Zielgruppen im Setting Stadtteil und Familie (Eltern) sowie mit dem Fachpersonal der Einrichtungen der Zielgruppen (Kindertagesstätte und soziale Einrichtungen) Leitfadeninterviews durch; in den Kindertagesstätten zusätzlich teilnehmende Beobachtungen.
- Bei einem Projekt erfolgte die Bedarfsanalyse über Fragebogen Erhebungen mit den Zielgruppen (Schüler und Eltern), über sportmotorische Testverfahren (Schüler) und ärztliche Untersuchungen (Schüler) im Setting Schule.

**Qualitätskriterium 2B:**

Eine Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen in der eigenen Einrichtung/in der Lebenswelt und im Umfeld ist erfolgt.

Die Dokumentenanalyse (D) ergab bei sieben Projekten keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium. Nach Durchführung der Interviews (I) erfüllten fünf Projekte das Kriterium vollständig, drei Projekte teilweise und ein Projekt nicht. Bei zwei Projekten existierten keine Angaben (Tab. 14).

| Skala | Qualitätskriterium   | D | I |
|-------|--|---|---|
| ++    | Eine Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen in der eigenen Einrichtung/in der Lebenswelt und im Umfeld ist vollständig erfolgt. | 4 | 5 |
| +     | Eine Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen in der eigenen Einrichtung/in der Lebenswelt und im Umfeld ist teilweise erfolgt.   | 0 | 3 |
| --    | Eine Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen in der eigenen Einrichtung/in der Lebenswelt und im Umfeld ist nicht erfolgt.       | 0 | 1 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.  | 7 | 2 |

Tab. 14: Ergebnis Qualitätskriterium 2B

Vollständig erfüllt (n=5):

- In einem Projekt erfolgte die Bestandsaufnahme bestehender gesundheitsfördernder Strukturen und Maßnahmen im Setting durch Leitfadendeninterviews mit allen Kooperationspartnern.
- Ein Projekt erfasste bestehende gesundheitsfördernden Maßnahmen und Strukturen über die Gründung von Arbeitskreisen in den Settings der Zielgruppen. Zusätzlich wurden von einem Arbeitskreis bereits etablierte Qualifizierungen für Multiplikatoren erfasst.
- Die Bestandsaufnahme erfolgte bei einem Projekt im Rahmen einer Sitzung mit allen Kooperationspartnern. Gemeinsam wurden bestehende Strukturen und gesundheitsfördernde Maßnahmen im Setting durch die Kooperationspartner vorgestellt.
- Ein Projekt führte zur Bestandsaufnahme der gesundheitsfördernden Maßnahmen und Strukturen des Setting mehrere Workshops vor Ort mit den Akteuren der Settings durch.

→ In einem Projekt erfolgte die Bestandsaufnahme bestehender gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen im Setting Stadtbezirk durch die Recherche der Mitarbeiter des Projektes und des Initiativkreises (Kooperationspartner).

Teilweise erfüllt (n=3):

→ Ein Projekt bündelte die Kenntnisse einzelner Kooperationspartner und einer regionalen Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung über Angebote von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Setting.

→ In einem Projekt wurde die Struktur und gesundheitsfördernden Maßnahmen von den bestehenden Institutionen und Träger der Stadt teilweise in Gesprächen erfragt und darüber die Angebote abgeleitet, aber nicht systematisch erfasst.

→ Ein Projekt führte eine Strukturanalyse des Settings Stadt durch. Die Bestandsaufnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen erfolgte teilweise, aber nicht durch eine systematische Erhebung.

Nicht erfüllt (n=1):

→ Bei einem Projekt wurde keine strukturierte Bestandsaufnahme durchgeführt.

**Qualitätskriterium 3:**

Die Zielgruppe ist vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.

Nach der Dokumentenanalyse (D) erfüllten zehn Projekte das Kriterium vollständig und ein Projekt teilweise. Ergänzende Interviews (I) fanden nicht statt (Tab. 15).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Die Zielgruppe ist vollständig vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.   | 10 | X |
| +     | Die Zielgruppe ist teilweise vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt      | 1  |   |
| --    | Die Zielgruppe ist nicht vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.         | 0  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. | 0  |   |

Tab. 15: Ergebnis Qualitätskriterium 3

Vollständig erfüllt (n=10):

Die Bestimmung der Zielgruppen erfolgte durch Berücksichtigung der wissenschaftlichen Studienlage und/oder der Ergebnisse der Interviews. In drei Projekten wurde zwischen einer primären und sekundären Zielgruppe differenziert.

Mehrfachnennungen:

- (Sozial benachteiligte) Kinder und Jugendliche, Eltern bzw. Familien mit und ohne Migrationshintergrund, (Haupt)Schüler und Kindergartenkinder.
- Multiplikatoren, Lehrkräfte und Erzieher.

Einfachnennungen:

- Migrantinnen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf.
- Ältere Menschen in sozial benachteiligte Lebenslagen.
- Senioren, die Bevölkerung, Menschen mit Behinderung.

Teilweise erfüllt (n=1):

- Ein Projekt nannte ausschließlich die Zielgruppen.

**Qualitätskriterium 4:**

Die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n) sind erkannt und beschrieben.

Die Dokumentenanalyse (D) ergab bei allen elf Projekten keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium. Nach Durchführung der Interviews (I) erfüllten fünf Projekte das Kriterium teilweise und fünf nicht. Bei einem Projekt existierten keine eindeutigen Angaben (Tab. 16).

| Skala | Qualitätskriterium   | D  | I |
|-------|--|----|---|
| ++    | Die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n) sind vollständig erkannt und beschrieben. | 0  | 0 |
| +     | Die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n) sind teilweise erkannt und beschrieben.   | 0  | 5 |
| --    | Die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n) sind nicht erkannt und beschrieben.       | 0  | 5 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                  | 11 | 1 |

Tab. 16: Ergebnis Qualitätskriterium 4

Teilweise erfüllt (n=5):

In fünf Projekten wurden die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppen im Zuge der Ermittlung des Bedarfs der Zielgruppen erkannt:

→ In Gesprächen mit den Zielgruppen und/oder Kooperationspartnern, durch teilnehmende Beobachtungen im Setting der Zielgruppen, unter Einsatz von Sprach- und Kulturdolmetschern im Setting oder durch enge Zusammenarbeit mit den Multiplikatoren.

Die Berücksichtigung des niedrigen sozioökonomischen Status der Zielgruppe erfolgte z.B. durch die Wahl einer angemessenen Ansprache ohne die Verwendung von Fremdwörtern.

Nicht erfüllt (n=5):

→ In einem Projekt lag der Schwerpunkt des Projekts auf der Konzeptarbeit in den Kindertagesstätten.

→ In einem Projekt lag der Fokus auf der internen Vernetzung.

→ Drei Projekte gaben keine Besonderheiten und Stärken der Zielgruppen an.

**Qualitätskriterium 5.1:**

Die Zielgruppe(n) ist (sind) in die Planung der Maßnahme einbezogen (Partizipation).

Die Dokumentenanalyse (D) ergab bei allen Projekten keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium. Nach Durchführung der Interviews (I) erfüllte ein Projekt das Kriterium vollständig, sechs teilweise und drei nicht. Bei einem Projekte existieren keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium (Tab. 17).

| Skala | Qualitätskriterium   | D  | I |
|-------|--|----|---|
| ++    | Die Zielgruppe(n) ist (sind) vollständig in die Planung der Maßnahme einbezogen. | 0  | 1 |
| +     | Die Zielgruppe(n) ist (sind) teilweise in die Planung der Maßnahme einbezogen.   | 0  | 6 |
| --    | Die Zielgruppe(n) ist (sind) nicht in die Planung der Maßnahme einbezogen.       | 0  | 3 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.        | 11 | 1 |

Tab. 17: Ergebnis Qualitätskriterium 5.1

Vollständig erfüllt (n=1):

→ Die Zielgruppe wurde in die Planung der Maßnahme einbezogen, indem sie die Teilmaßnahmen im Setting Hauptschule zusammen im Team u.a. mit Lehrkräften zusammen plante (Stufe 6, s. Wright et al. 2009, S. 164).

Teilweise erfüllt (n=6):

→ Im Rahmen der Bedarfsanalyse wurden die Zielgruppen in Form von Interviews und Fragebögen nach ihren Bedürfnissen und Wünschen für die Teilmaßnahmen befragt. Das Einrichtungspersonal äußerte konkrete Vorstellungen in einem Gespräch. Die Ergebnisse wurden zur Maßnahmenplanung verwendet (Stufe 5, s. Wright et al. 2009, S. 164).

Nicht erfüllt (n=3):

→ In drei Projekten erfolgte kein Einbezug der Zielgruppe in die Planung.

**Qualitätskriterium 5.2:**

Die Zielgruppe(n) ist (sind) in die Durchführung der Maßnahme einbezogen (Partizipation).

Nach Durchführung der Dokumentenanalyse (D) erfüllte ein Projekt das Kriterium vollständig und neun Projekte erfüllten das Kriterium teilweise. Bei einem Projekt existierten zu dem Kriterium keine eindeutigen Angaben. Das Interview ergab keine weiteren Ergänzungen (Tab. 18).

| Skala | Qualitätskriterium  | D | I |
|-------|---|---|---|
| ++    | Die Zielgruppe(n) ist (sind) vollständig in die Durchführung der Maßnahme einbezogen. | 1 | 1 |
| +     | Die Zielgruppe(n) ist (sind) teilweise in die Durchführung der Maßnahme einbezogen.   | 9 | 9 |
| --    | Die Zielgruppe(n) ist (sind) nicht in die Durchführung der Maßnahme einbezogen.       | 0 | 0 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.             | 1 | 1 |

Tab. 18: Ergebnis Qualitätskriterium 5.2

Vollständig erfüllt (n=1):

→ Die Zielgruppen führten die in „Gesundheitsteams“ eigenständig geplanten gesundheitsfördernden Angebote selbständig im Setting Schule durch und wurden zu Multiplikatoren sowie „Sporthelfern“ qualifiziert.

Teilweise erfüllt (n=9):

→ Die Zielgruppe wurde zum Teil in die Durchführung der Teilmaßnahmen einbezogen (Vorstufen der Partizipation, vereinzelt Stufen der Partizipation, s. Wright et al. 2009, S. 164), jedoch nicht in die gesamte Maßnahme. Bei anderen Projekten wurde die Einbeziehung der Zielgruppe innerhalb der Durchführungsphase zwar geplant, konnte jedoch nicht realisiert werden.

Eine exemplarische Auswahl für den Einbezug der Zielgruppen:

→ Setting Kindertagesstätte: Die Einbeziehung erfolgte durch die Qualifizierung zu Multiplikatoren und die eigenverantwortliche Konzeptarbeit. Den Einrichtungen wurde eine konkrete Summe zur Verfügung gestellt, mit der dies eigenverantwortlich die ausgewählten Maßnahmen durchführen konnten.

- Setting Schule: Die Einbeziehung erfolgte durch die Qualifizierung zu Multiplikatoren sowie durch die eigenständige Durchführung der „Bewegten Pause“ und verschiedener Bewegungsangebote durch die Schüler. Außerdem wurden der Schülerrat in die Angebotsgestaltung des Schülercafés und einige Schüler in die Planung und Umsetzung der „Bewegungspfade“ einbezogen.
- Setting Stadtteil/Stadtteilbezirk/Garten: Im Sinne der „peer education“ wurden Jugendliche und Eltern zu Multiplikatoren und Übungsleitern qualifiziert. Die Zielgruppe konnte an den Inhalten der Bewegungsangebote mitbestimmen und eigenständig kleiner bauliche Strukturen und Außenflächen im Setting Schule und Garten mitbestimmen. Regelmäßig wurde die Zielgruppe an einer stadtteilbezogenen Arbeitsgruppe (dadurch Einbezug in die Mitgestaltung aller Teilmaßnahmen und deren Umsetzung) und in der Steuerungsgruppe des Projektes beteiligt, wodurch die Mitverantwortung an Abläufen und Entscheidungen innerhalb des Projekts gelang.

**Qualitätskriterium 6.1:**

Hauptziele der Maßnahme sind bestimmt.

Nach der Dokumentenanalyse (D) erfüllten elf Projekte das Kriterium teilweise. Ergänzende Interviews (I) wurden nicht durchgeführt (Tab. 19).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Hauptziele der Maßnahme sind vollständig bestimmt (nach SMART).           | 0  | X |
| +     | Hauptziele der Maßnahme sind teilweise bestimmt.                          | 11 |   |
| --    | Hauptziele der Maßnahme sind nicht bestimmt.                              | 0  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. | 0  |   |

Tab. 19: Ergebnis Qualitätskriterium 6.1

Teilweise erfüllt (n=11):

- In acht Projekten wurde ein Hauptziel genannt.
- Drei Projekte beschrieben mehr als ein Hauptziel.
- Die Formulierung der Hauptziele erfolgte aber in keinem der Projekte kontinuierlich nach den „SMART“-Kriterien (Doran 1981, S. 36).

**Qualitätskriterium 6.2:**

Teilziele der Maßnahme sind bestimmt.

Nach Durchführung der Dokumentenanalyse (D) erfüllten zehn Projekte das Kriterium teilweise und ein Projekt das Kriterium nicht (Tab. 20).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Teilziele der Maßnahme sind vollständig bestimmt (nach SMART).            | 0  | X |
| +     | Teilziele der Maßnahme sind teilweise bestimmt.                           | 10 |   |
| --    | Teilziele der Maßnahme sind nicht bestimmt.                               | 1  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. | 0  |   |

Tab. 20: Ergebnis Qualitätskriterium 6.2

Teilweise erfüllt (n=10):

→ In den Projekten wurden teilweise Teilziele der Maßnahmen genannt. Bei keinem der Projekte erfolgte jedoch eine kontinuierliche Formulierung nach den „SMART“-Kriterien (Doran 1981, S. 36).

Nicht erfüllt (n=1):

→ Ein Projekt formulierte keine Teilziele.

**Qualitätskriterium 7:**

Ein Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Zielgruppen liegt in schriftlicher Form vor.

Die Durchführung der Dokumentenanalyse (D) ergab für alle elf Projekte keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium. Nach Durchführung der ergänzenden Interviews (I) erfüllten zwei Projekte das Kriterium vollständig und acht teilweise. Bei einem Projekt existierten keine Angaben (Tab. 21).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Ein Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Zielgruppen liegt vollständig in schriftlicher Form vor. | 0  | 2 |
| +     | Ein Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Zielgruppen liegt teilweise in schriftlicher Form vor.   | 0  | 8 |
| --    | Ein Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Zielgruppen liegt nicht in schriftlicher Form vor.       | 0  | 0 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                                     | 11 | 1 |

Tab. 21: Ergebnis Qualitätskriterium 7

Vollständig erfüllt (n=2):

- Bei einem Projekt existierten konkrete Angaben über ein schriftliches Konzept zur Erreichung der Ziele und Zielgruppen mit Auflistung der inhaltlichen Überpunkte.
- Im Zuge der Antragsstellung vernetzten sich die Kooperationspartner eines Projekts in Form eines Arbeitskreises und verfassten gemeinsam ein schriftliches Konzept zur Erreichung der Ziele und Zielgruppen, das die Grundlage für den Antrag darstellte.

Teilweise erfüllt (n=8):

- Aufgrund der Projektstruktur zweier Projekte, die sich aus mehreren Einzelprojekten zusammensetzten, erfolgte die Festsetzung der Ziele und Zielerreichung sowie die Erreichung der Zielgruppen individuell für die Einzelprojekte anstatt im Rahmen eines übergeordneten Konzepts.
- In zwei Projekten wurden die Ziele und Zielerreichung mit der Methode der Zielerreichungsskalen festgelegt. Weitere Angaben über ein schriftliches Konzept und zur Erreichung der Zielgruppen existierten nicht.

→ Schriftliche Angaben zur Erreichung der Ziele und teilweise der Zielgruppen erfolgten bei vier Projekten ausschließlich im Rahmen des Projektantrags. Ein zusätzliches schriftliches Konzept über den Projektantrag und den Arbeits- und Zeitplan hinaus wurde nicht verfasst.

### Qualitätskriterium 8:

Vermeidung von Stigmatisierung und potentiellen unerwünschten Nebenwirkungen ist bedacht.

Die Dokumentenanalyse (D) ergab bei keinem der elf Projekte keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium. Nach Durchführung der Interviews (I) wurde das Kriterium von neun Projekten teilweise erfüllt. Bei zwei Projekten existierten keine eindeutigen Angaben (Tab. 22).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Vermeidung von Stigmatisierung und potenziellen unerwünschten Nebenwirkungen ist vollständig bedacht. | 0  | 0 |
| +     | Vermeidung von Stigmatisierung und potenziellen unerwünschten Nebenwirkungen ist teilweise bedacht.   | 0  | 9 |
| --    | Vermeidung von Stigmatisierung und potenziellen unerwünschten Nebenwirkungen ist nicht bedacht.       | 0  | 0 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                             | 11 | 2 |

Tab. 22: Ergebnis Qualitätskriterium 8

#### Teilweise erfüllt (n=9):

- In fünf Projekten wurde einer der beiden Aspekte durch die differenzierte Planung und Auswahl an qualifiziertem Personal zur Umsetzung der Maßnahme sowie durch eine gut kommunizierte Organisation unter den Kooperationspartnern berücksichtigt.
- In einem Projekt wurde der Ausschluss von Stigmatisierung in der Maßnahme schriftlich von allen Bündnispartnern unterzeichnet.
- In einem Projekt wurde die Vermeidung von Stigmatisierung durch gute Kommunikation der Projektpartner bezüglich der Maßnahmen durchgeführt. Die Vermeidung unerwünschter Nebenwirkungen wurde erst in der Projektdurchführung erkannt.

→ In zwei Projekten erfolgte die Vermeidung von Stigmatisierung durch die Konzeption eines stigmatisierungsarmen Vorhabens.

### Qualitätskriterium 9:

Die Maßnahme berücksichtigt auch verhältnispräventive Aktivitäten.

Nach Durchführung der Dokumentenanalyse (D) erfüllten elf Projekte das Kriterium vollständig. Ergänzende Interviews (I) wurden nicht durchgeführt (Tab. 23).

| Skala | Qualitätskriterium   | D  | I |
|-------|--|----|---|
| ++    | Die Maßnahme berücksichtigt vollständig auch verhältnispräventive Aktivitäten. | 11 | X |
| +     | Die Maßnahme berücksichtigt teilweise auch verhältnispräventive Aktivitäten.   | 0  |   |
| --    | Die Maßnahme berücksichtigt nicht auch verhältnispräventive Aktivitäten.       | 0  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.      | 0  |   |

Tab. 23: Ergebnis Qualitätskriterium 9

#### Vollständig erfüllt (n=11):

In allen Projekten wurden verhältnispräventive Teilmaßnahmen durchgeführt, die je nach Projekt in der Anzahl variierten. Eine Auswahl:

Setting Kindertagesstätte und Setting Schule:

→ Die Erschließung neuer Bewegungsräume z.B.: Kletterwand und -Gerüst, Bewegungsparcours und -Pfade sowie die Errichtung von Trinkspendern.

Setting Stadtteil/Stadtteilbezirk/Garten:

→ Die Durchführung verschiedene baulicher Maßnahmen zum Aufbau von Strukturen zur Sicherstellung langfristiger Bewegungsmöglichkeiten für die Zielgruppen, z.B. Kinder- und Familienspielplätze, Spiel- und Bewegungsgeräten in Parks, „bewegte Wege“ und Trimm-Dich-Pfade.

→ Der Aufbau einer bewegungsförderlichen Infrastruktur in Gärten und Parkanlagen der Stadt zur langfristigen Nutzung.

**Qualitätskriterium 10A:**

Die Maßnahme ist niederschwellig angelegt.

Nach Durchführung der Dokumentenanalyse (D) erfüllten elf Projekte dieses Kriterium vollständig. Ergänzende Interviews (I) wurden nicht durchgeführt (Tab. 24).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Die Maßnahme ist vollständig niederschwellig angelegt.                    | 11 | X |
| +     | Die Maßnahme ist teilweise niederschwellig angelegt.                      | 0  |   |
| --    | Die Maßnahme ist nicht niederschwellig angelegt.                          | 0  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. | 0  |   |

Tab. 24: Ergebnis Qualitätskriterium 10A

Vollständig erfüllt (n=11):

Alle Projekte basierten auf dem Settingansatz und wurden niederschwellig angelegt. Die Implementierung der verschiedenen Teilmaßnahmen in den Settings ermöglichte den Zielgruppen eine Teilnahme an den Maßnahmen ohne Aufwand oder die Erfüllung bestimmter Voraussetzungen. Niederschwellige Maßnahmen wurden in den Projekten auf sehr unterschiedliche Art und Weise angelegt. Nachfolgend einige Beispiele:

- Die Qualifizierung der Zielgruppen zu Übungsleitern und Multiplikatoren.
- Die Durchführung verhältnispräventiver Maßnahmen z.B. die Gestaltung von Spielplätzen, der Aufbau von Tischtennisplatten, und Kletterwänden sowie Trimm-Dich-Pfaden, die Errichtung von Trinkspendern und Sport- und Bewegungsgeräten in frei zugänglichen Gärten oder in Parks im Stadtteil.
- Die Durchführung der Teilmaßnahmen im Setting der Zielgruppen: Kindertagesstätte, (Haupt-)Schule und Garten/Stadtteil/Stadtteilbezirk.

**Qualitätskriterium 10B.1:**

Zugangswege sind zielgruppengerecht ausgewählt.

Die Dokumentenanalyse (D) ergab bei acht Projekten keine eindeutigen Angaben. Nach Durchführung der Interviews (I) erfüllten neun Projekte das Kriterium vollständig und ein Projekt teilweise. Bei einem Projekt existierten keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium (Tab. 25).

| Skala | Qualitätskriterium  | D | I |
|-------|---|---|---|
| ++    | Zugangswege sind vollständig zielgruppengerecht ausgewählt.               | 2 | 9 |
| +     | Zugangswege sind teilweise zielgruppengerecht ausgewählt.                 | 1 | 1 |
| --    | Zugangswege sind nicht zielgruppengerecht ausgewählt.                     | 0 | 0 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. | 8 | 1 |

Tab. 25: Ergebnis Qualitätskriterium 10B.1

Vollständig erfüllt (n=9):

- In einem Projekt wurde die Ermittlung der Zugangswege als Teilziel formuliert. Die Zielgruppe waren ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen im Setting Stadtbezirk. Als Zugangswege erfolgten eine direkte Ansprache durch muttersprachliche Personen aus dem nahen Umfeld, z.B. Multiplikatoren, Ärzte, Ehrenamtliche und einen Informationsstand auf dem „Gesundheits- und Seniorentag“ im Setting.
- Ein Projekt wählte die Zugangswege zur Zielgruppe Kinder über die Einrichtungen (Kindertagesstätte und Grundschule), in denen die gesundheitsfördernden Teilmaßnahmen stattfanden.
- Ein Projekt (Zielgruppen: sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und deren Eltern) ermittelte und erprobte im Vorfeld neue Zugangswege über eine wissenschaftliche Institution. Die Jugendlichen wurden anhand eines Fragebogen befragt und eine Analyse in den Settings durchgeführt.
- Die Zielgruppe eines Projekts waren Kindertagesstätten mit den Erziehern und Kindern, sodass der Zugang zu den Einrichtungen über die Träger und jeweiligen Leitungen erfolgte.

- In zwei Projekten (Zielgruppe: Kinder und Jugendliche aus Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf) wurden die Zugangswege über eine direkte Ansprache durch die Sozialpädagogen gewählt.
- Die Zielgruppen eines Projekts waren sozial schwache Kinder, Jugendliche und Senioren Zielgruppen. Die Zugangswege erfolgten über die direkte Ansprache durch die Mitarbeiter des Projekts.
- Als Zielgruppen wurden in einem Projekt sozial benachteiligte Kinder mit und ohne Migrationshintergrund sowie deren Eltern im Setting Stadtteilbezirk gewählt. Die Zugangswege zu den Kindern erfolgten über Qualifizierungsmaßnahmen der Eltern, ehrenamtlicher Personen und des Kindertagesstätte-Personal zu Multiplikatoren. Im Anschluss an die Qualifizierung wurden die verschiedenen Bewegungsangebote durch diese Multiplikatoren in deren Umfeld kommuniziert und die Angebote an bestimmten Tagen betreut.
- In einem Projekt (Zielgruppe: Kinder und Jugendliche, Bevölkerung der Stadt) wurden die Zugangswege beispielsweise über verschiedene Aktionstage, die breite Bekanntmachung der Teilmaßnahmen durch öffentliche Institutionen und strukturell über die Familienstruktur gewählt.

Teilweise erfüllt (n=1):

- Die zielgruppengerechte Auswahl der Zugangswege für die Zielgruppe im Setting Stadtteil wurden in einem Projekt von der Anzahl der Teilnehmer an den gesundheitsfördernden Maßnahmen abgeleitet.

**Qualitätskriterium 10B.2:**

Vermittlungsmethoden sind zielgruppengerecht ausgewählt.

Die Dokumentenanalyse (D) ergab in elf Projekten keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium. Nach Durchführung der Interviews (I) erfüllten neun Projekte das Kriterium vollständig und ein Projekt teilweise. Bei einem Projekt existierten keine eindeutigen Angaben (Tab. 26).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Vermittlungsmethoden sind vollständig zielgruppengerecht ausgewählt.      | 0  | 9 |
| +     | Vermittlungsmethoden sind teilweise zielgruppengerecht ausgewählt.        | 0  | 1 |
| --    | Vermittlungsmethoden sind nicht zielgruppengerecht ausgewählt.            | 0  | 0 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. | 11 | 1 |

Tab. 26: Ergebnis Qualitätskriterium 10B.2

Vollständig erfüllt (n=9):

- In neun Projekten erfolgte eine zielgruppengerechte Auswahl der Vermittlungsmethoden in den Teilmaßnahmen über den Einsatz qualifizierten Personals z.B. über qualifizierte Trainer, Sozialpädagogen, Lehrkräfte, Sportwissenschaftler, Übungsleiter, eine Psychomotologin, Ärzte und Ökotrophologen.
- In zwei dieser Projekte wurden die Zielgruppen zusätzlich im Sinne der „peer education“ qualifiziert, um eine höhere Akzeptanz der Teilmaßnahmen bei den jeweiligen Zielgruppen zu erreichen.

Teilweise erfüllt (n=1):

- In einem Projekt wurden die strukturellen Verhältnisse für die Zielgruppen: sozial schwache Kinder, Jugendliche und Senioren, geschaffen. Die Auswahl der Vermittlungsmethoden erfolgte teilweise, z.B. bei der Zielgruppe Jugendliche durch die Lehrkräfte der Institutionen.

**Qualitätskriterium 11:**

Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen (personale, familiäre, soziale) sind zentraler Bestandteil der Maßnahme (Empowerment).

Die Dokumentenanalyse (D) ergab bei zehn Projekten keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium. Nach Durchführung der Interviews (I) erfüllten fünf Projekte das Kriterium vollständig und fünf Projekte teilweise. Zu einem Projekt existierten keine Angaben (Tab. 27).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen (personale, familiäre, soziale) sind zentraler Bestandteil der Maßnahme.        | 1  | 5 |
| +     | Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen (personale, familiäre, soziale) sind ein (=teilweise) Bestandteil der Maßnahme. | 0  | 5 |
| --    | Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen (personale, familiäre, soziale) sind kein zentraler Bestandteil der Maßnahme.   | 0  | 0 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.   | 10 | 1 |

Tab. 27: Ergebnis Qualitätskriterium 11

**Vollständig erfüllt (n=5):**

Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen war in fünf Projekten ein zentraler Bestandteil:

- Ein Projekt erzielte die zentrale Ausrichtung von Empowerment durch die Etablierung dessen als ein Teilziel des Projektes.
- Die Qualifizierung der Zielgruppen (Schüler, Eltern und Migrantinnen) erfolgte in diesen fünf Projekten zu „Gesundheitsteams“, Übungsleitern, „Sporthelfern“ und Multiplikatoren.
- In einem Projekt war Empowerment durch die Fokussierung der pädagogischen Konzeptarbeit mittels extern ausgebildeter Trainer für standardisierte gesundheitsfördernde Maßnahmen mit den Zielgruppen (Personal der Kindertagesstätten und Eltern) zentral.

Teilweise erfüllt (n=5):

In fünf Projekten bildete Empowerment einen Bestandteil der Maßnahme, jedoch nicht den Zentralen:

- Der Schwerpunkt eines Projekts lag auf der Errichtung einer nachhaltigen Infrastruktur im Setting. Im Rahmen der errichteten Strukturen und Teilmaßnahmen konnten die Zielgruppen daraufhin ihre Kompetenzen weiterentwickeln und stärken.
- Die Zielgruppen eines Projekts wurden in ihren Ressourcen gestärkt, indem eine direkte Ansprache durch qualifiziertes Personal in den jeweiligen Einrichtungen (Kindertagesstätte und Schule) erfolgte.
- Ein Projekt verfolgte einen breiten Settingansatz sowie das Ziel, eine große Anzahl an Personen zu erreichen. Die Stärkung der Ressourcen der Zielgruppen gelang nach Aufbau der Strukturen in unterschiedlichen Settings im Rahmen der Teilmaßnahmen.
- Im Fokus eines Projekts stand der Ausbau von Bewegungsangeboten im Setting Stadtteil. In Zuge dessen wurden die Ressourcen der Jugendlichen weiterentwickelt (Qualifikation zu Multiplikatoren).
- Im Rahmen eines Projekts wurde ein Leitfaden für das Setting Kindertagesstätte entwickelt, der dann anderen Kindertagesstätten, Akteuren und Interessierten online zur Verfügung gestellt wurde. Dadurch wurde es allen Einrichtungen des Settings mit gleicher Zielgruppe möglich, die entwickelten Maßnahmen in ihren Einrichtungen zu etablieren.

**Qualitätskriterium 12A:**

Personen für die Umsetzung in die Praxis sind vorhanden (internes und externes Personal, andere Mitwirkende).

Die Dokumentenanalyse (D) ergab bei elf Projekten eine vollständige Erfüllung des Kriteriums. Ergänzende Interviews (I) wurden nicht durchgeführt (Tab. 28).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Personen für die Umsetzung in die Praxis sind vollständig vorhanden (internes und externes Personal, andere Mitwirkende). | 11 |   |
| +     | Personen für die Umsetzung in die Praxis sind teilweise vorhanden (internes und externes Personal, andere Mitwirkende).   | 0  |   |
| --    | Personen für die Umsetzung in die Praxis sind nicht vorhanden (internes und externes Personal, andere Mitwirkende).       | 0  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.   | 0  |   |

Tab. 28: Ergebnis Qualitätskriterium 12A

**Vollständig erfüllt (n=11):**

In elf Projekten existierten Personen für die Umsetzung der Maßnahme in die Praxis. Es wurde zwischen der Ebene der Maßnahme als Ganzes (Struktur des Projektes) und der Ebene der Teilmaßnahmen (Umsetzung der geplanten Teilmaßnahmen in den Settings mit der Zielgruppe) unterschieden:

→ Ebene der Maßnahme:

Projektpartner (Institutionen oder Einzelpersonen)

→ Ebene der Teilmaßnahmen:

Personal zur Durchführung der Bewegungs- und Ernährungsangebote:  
Lehrkräfte, Erzieher, Sportwissenschaftler und eine Ökotrophologin.

**Qualitätskriterium 12B:**

Zuständigkeiten und Verantwortung sind mit allen Beteiligten geklärt und festgelegt.

Nach Durchführung der Dokumentenanalyse (D) erfüllten fünf Projekte das Kriterium vollständig und sechs Projekte teilweise. Ergänzende Interviews (I) wurden nicht durchgeführt (Tab. 29).

| Skala | Qualitätskriterium   | D | I |
|-------|--|---|---|
| ++    | Zuständigkeiten und Verantwortung sind vollständig mit allen Beteiligten geklärt und festgelegt. | 5 | X |
| +     | Zuständigkeiten und Verantwortung sind teilweise mit allen Beteiligten geklärt und festgelegt.   | 6 |   |
| --    | Zuständigkeiten und Verantwortung sind nicht mit allen Beteiligten geklärt und festgelegt.       | 0 |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                        | 0 |   |

Tab. 29: Ergebnis Qualitätskriterium 12B

Vollständig erfüllt (n=5):

- Ein Projekt nannte auf struktureller Ebene die Projektpartner und beschrieb deren Funktionensowie konkreten Aufgaben. Außerdem wurden die Verantwortungsbereiche der Maßnahme explizit genannt, z.B. die interne wissenschaftliche Evaluation durch die Universität (Projektpartner). Es erfolgte die Unterscheidung zwischen einer Forschungs- und Koordinierungsstelle für die Gesamtkoordination und vier stadtteilbezogenen Arbeitsgruppen zur Durchführung der Teilmaßnahmen.
- In einem Projekt existierte im Rahmen der Projektstruktur eine Planungsgruppe (aus mehreren Projektpartnern), deren Funktion die Planung und Umsetzung der Teilmaßnahmen war. Die Verantwortlichkeiten der vier Teilmaßnahmen wurden den jeweiligen Projektpartnern und Einrichtungen im Setting zugeordnet.
- Ein Projekt nannte auf struktureller Ebene die Projekt- und Kooperationspartner mit deren Zuständigkeiten und Funktion. Unterschieden wurde z.B. zwischen der Projektleitung, der Koordination in den Settings und der internen wissenschaftlichen Evaluation durch eine weitere Universität. Die Durchführung der Teilmaßnahmen erfolgte durch die Kooperationspartner.

- 
- In einem Projekt erfolgte die strukturelle Gliederung des Gesamtprojekts in eine Projektleitung/-Träger und Gremien (Lenkungsgruppe, Projektmanagement und eine Kooperationsgruppe), die regelmäßig tagten. Das Projekt gliederte sich in seiner Gesamtstruktur in fünf Einzelprojekte mit jeweils unterschiedlichen Kooperationspartnern. Zwischen den Verantwortlichen der Einzelprojekte existierten regelmäßige Treffen. Die Einteilung der Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche war transparent. Die Durchführung der Teilmaßnahmen erfolgte innerhalb der Einzelprojekte.
  - Ein Projekt setzte sich strukturell aus verschiedenen Elementen zusammen, z.B. aus einem Steuerkreis, sechs settingbezogenen Arbeitskreise (Funktion: die Konzeption und gezielte Auswahl von Teilmaßnahmen in den Settings) und einem Fachbeirat. Die projektbegleitende wissenschaftliche Evaluation erfolgte extern durch eine Universität sowie intern durch ein Institut. Zu allen strukturellen Elementen und Teilmaßnahmen wurden die Zuständigkeiten und Verantwortungen mit Nennung der jeweiligen Institution und Person dokumentiert.

Teilweise erfüllt (n=6):

- In einem Projekt bestand die Organisationsstruktur z.B. aus einer Koordinationsstelle, Lenkungsgruppe, Verwaltung und einem Arbeitskreis (beinhaltet verschiedene Einrichtungen der Settings). Die Verantwortungsbereiche und Zuständigkeiten der Teilmaßnahmen wurden nicht aufgelistet.
- In einem Projekt erfolgte die strukturelle Organisation des Projektes durch die Gliederung in Projektleitung und -Koordination, Steuerungsgruppe, wissenschaftlichen Beirat, Projektbeirat und drei settingbezogene Arbeitskreise. Alle Funktionen sowie die Zusammensetzung der Institutionen und Personen im Projekt wurden beschrieben. Die Konzeption und Durchführung der Teilmaßnahmen im Setting gelang durch die Arbeitskreise in den Settings. Eine Nennung der in den jeweiligen Arbeitskreisen beteiligten Institutionen oder Personen erfolgte nicht.

- In einem Projekt gliederte sich die Struktur des Projekts in eine Gesamtkoordination, ein Organisationsteam und verschiedene Koordinatoren in jedem der drei Stadtteile. Die Konzeption und Durchführung der Teilmaßnahmen erfolgte durch Mitarbeiter des Projekts und durch Projektpartner. Eine Auflistung über die Zuteilung der konkreten Teilmaßnahmen zu den Verantwortlichen lag nicht vor.
- Ein Projekt gliederte sich in der Organisationsstruktur u.a.in die Projektleitung, die Kooperationspartner, drei Arbeitsgemeinschaften und eine Evaluation. Über konkrete Zuständigkeiten der einzelnen Projekt- und Kooperationspartner lagen keine Angaben im Abschlussbericht vor.
- Ein Projekt gliederte sich in seiner Gesamtstruktur in sechs Einzelprojekte. Die Organisationsstruktur als Ganzes erfolgte auf drei Ebenen: Zuerst die Ebene der Projektleitung, dann die Ebene der Projektkoordination und als dritte Ebene die Steuerungskreise der sechs Einzelprojekte. Eine Auflistung über die Zuteilung der verschiedenen Teilmaßnahmen zu den Verantwortlichen und Zuständigen im Projekt lag im Abschlussbericht nicht vor.
- Ein Projekt gliederte sich eine Steuerungsgruppe (aus Projektpartnern), die das Projekt leitete, und verschiedenen Kooperationspartner, die teilweise genannt wurden. Die konkrete Zuteilung der Verantwortungen auf der Ebene der Teilmaßnahmen lag im Abschlussbericht nicht vor.

**Qualitätskriterium 12C:**

Personal und Mitwirkende sind entsprechend der Zielgruppe, der Ziele und der Lebenswelt, hinsichtlich der Inhalte sowie der Vermittlungsmethoden ausreichend qualifiziert.

Die Durchführung der Dokumentenanalyse (D) ergab bei elf Projekten eine vollständige Erfüllung des Kriteriums. Es wurden keine ergänzenden Interviews (I) durchgeführt (Tab. 30).

| Skala | Qualitätskriterium   | D  | I |
|-------|--|----|---|
| ++    | Personal und Mitwirkende sind entsprechend der Zielgruppe, der Ziele und der Lebenswelt, hinsichtlich der Inhalte sowie der Vermittlungsmethoden vollständig ausreichend qualifiziert. | 11 | X |
| +     | Personal und Mitwirkende sind entsprechend der Zielgruppe, der Ziele und der Lebenswelt, hinsichtlich der Inhalte sowie der Vermittlungsmethoden teilweise ausreichend qualifiziert.   | 0  |   |
| --    | Personal und Mitwirkende sind entsprechend der Zielgruppe, der Ziele und der Lebenswelt, hinsichtlich der Inhalte sowie der Vermittlungsmethoden nicht ausreichend qualifiziert.       | 0  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.  | 0  |   |

Tab. 30: Ergebnis Qualitätskriterium 12C

**Vollständig erfüllt (n=11):**

- In elf Projekten existierte qualifiziertes Personal für die Umsetzung der Maßnahme in die Praxis.
- Die Qualifikationen wurden durch Nennung der Projektpartner, Institutionen, Einrichtungen im Setting oder zusätzlicher Personen zur Durchführung der Maßnahmen genannt.
- Es wurde zwischen der Ebene der Maßnahme im Ganzen (Struktur des Projektes) und der Ebene der Teilmaßnahmen (Umsetzung der geplanten Teilmaßnahmen in den Settings mit der Zielgruppe) unterschieden.

**Qualitätskriterium 13.1:**

Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.

Nach Durchführung der Dokumentenanalyse (D) erfüllten zehn Projekte das Kriterium vollständig und ein Projekt teilweise. Ergänzende Interviews (I) erfolgten nicht (Tab. 31).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen vollständig die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele. | 10 | X |
| +     | Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen teilweise die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.   | 1  |   |
| --    | Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen nicht die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.       | 0  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.   | 0  |   |

Tab. 31: Ergebnis Qualitätskriterium 13.1

Vollständig erfüllt (n=10):

- Ein Projekt gliederte sich auf struktureller Ebene u.a.in Steuerkreis, einen Fachbeirat und interne wissenschaftliche Begleitung. Die Konzeption und Auswahl der Teilmaßnahmen erfolgte durch sechs setting-bezogene Arbeitskreise.
- Die strukturelle Gliederung erfolgte bei einem Projekt in Projektleitung und -Träger, die Lenkungs- und Kooperationsgruppe sowie ein Projektmanagement. Zusätzlich unterteilte sich das Gesamtprojekt in fünf Einzelprojekte mit jeweils unterschiedlichen Kooperationspartnern.
- Bei einem Projekt erfolgte die strukturelle Gliederung auf drei Ebenen: Projektleitung, Projektkoordination bzw. kommunale Unterstützungsstellen und die Steuerkreise der sechs Einzelprojekte.
- Ein Projekt wurde strukturell in eine Steuerungsgruppe und verschiedene Kooperationspartner unterteilt.
- Die Struktur eines Projekts gliederte sich u.a.in die Projektleitung, die verschiedenen Kooperationspartner, drei Arbeitsgruppen und die wissenschaftliche Evaluation eines Instituts.

- In einem Projekt wurde auf struktureller Ebene zwischen der Forschung- und Koordinierungsstelle und der Ebene der Projektpartner unterschieden. Die Projektpartner planten die Teilmaßnahmen in settingbezogenen Arbeitsgruppen und führten diese dann entsprechend in den Settings durch.
- Ein Projekt gliederte sich auf struktureller Ebene in verschiedene Gremien u.a. in die Projektleitung und -Koordination sowie die Steuerungsgruppe. Auf der Ebene der Teilmaßnahmen wurden settingbezogene Arbeitskreise eingesetzt. Eine konkrete Dokumentation über die Zuteilung der Teilmaßnahmen zu den Arbeitskreisen lag nicht vor.
- Ein Projekt unterteilte auf struktureller Ebene die Projekt- und Kooperationspartner. Auf der Ebene der Teilmaßnahmen wurden die Kooperationspartner einzeln genannt.
- In einem Projekt erfolgte eine Unterteilung innerhalb der Organisationsstruktur in die Koordinationsstelle, eine Lenkungsgruppe, den Sanierungsbeirat und einen Arbeitskreis. Die Zuteilung der Teilmaßnahmen zu den Settings wurde im Zusammenhang der Beschreibung der Inhalte dokumentiert.
- In einem Projekt wurde auf struktureller Ebene eine Planungsgruppe aus den Projektpartnern gebildet. Die Verantwortlichkeiten der Teilmaßnahmen wurden Mitgliedern der Planungsgruppe zugeteilt.

Teilweise erfüllt (n=1):

- In einem Projekt wurde die Organisationsstruktur des Projektes mit Projektpartnern beschrieben. Teilweise verhinderten zu starre Strukturen im Setting Schule die Umsetzung der Maßnahme.

**Qualitätskriterium 13.2:**

Die organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.

Nach der Dokumentenanalyse (D) erfüllten fünf Projekte das Kriterium vollständig und sechs Projekte teilweise. Es wurden keine ergänzenden Interviews (I) durchgeführt (Tab. 32).

| Skala | Qualitätskriterium  | D | I |
|-------|---|---|---|
| ++    | Die organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen vollständig die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele. | 5 | X |
| +     | Die organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen teilweise die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.   | 6 |   |
| --    | Die organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen nicht die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.       | 0 |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.   | 0 |   |

Tab. 32: Ergebnis Qualitätskriterium 13.2

Vollständig erfüllt (n=5):

→ In fünf Projekten wurde ein Arbeits- und Zeitplan im Abschlussbericht dokumentiert. Außerdem wurden auf den Ebenen der Projektstruktur und der Teilmaßnahmen die Zuständigkeiten geregelt (s. QK 12B). Regelmäßige Treffen der Projektpartner fanden statt. Zusätzlich zu jeder Teilmaßnahme wurden bei einem Projekt die Räumlichkeiten, das Datum der Durchführung und die Anzahl der Teilnehmer genannt.

Teilweise erfüllt (n=6):

→ In drei Projekten lag im Abschlussbericht kein Arbeits- und Zeitplan vor, die organisatorischen Rahmenbedingungen jedoch teilweise beschrieben.

→ In drei Projekten lag kein Arbeits- und Zeitplan im Abschlussbericht vor; die Abweichungen von dem ursprünglichen Arbeits- und Zeitplan wurden genannt, ohne diesen zusätzlich aufzuführen.

**Qualitätskriterium 14:**

Die für die Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel sind sichergestellt.

Die Durchführung der Dokumentenanalyse (D) ergab bei elf Projekten die vollständige Erfüllung dieses Kriteriums. Zur Ergänzung wurden keine Interviews (I) durchgeführt (Tab. 33).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Die für die Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel sind vollständig sichergestellt. | 11 | X |
| +     | Die für die Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel sind teilweise sichergestellt.   | 0  |   |
| --    | Die für die Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel sind nicht sichergestellt.       | 0  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.             | 0  |   |

Tab. 33: Ergebnis Qualitätskriterium 14

Vollständig erfüllt (n=11):

- Die Anträge aller Projekte wurden für die zweite Förderphase (Durchführungsphase) bewilligt. Die Höhe der genehmigten Fördersumme variierte je nach Projekt.
- Ein Projekt benötigte zur Durchführung eine geringere Summe der ursprünglich bewilligten Fördersumme. Ein Projekt entrichtete zusätzlich zur genehmigten Fördersumme einen Eigenanteil.
- Anzumerken ist, dass es bei einigen Projekten zu einer Kürzung der bewilligten Fördersumme während der Förderphase kam, die zu Abweichungen des Finanzierungsplans führten und einzelne Teilmaßnahmen nicht wie geplant durchgeführt werden konnten (s. QK 15C).

**Qualitätskriterium 15A.1:**

Die Inhalte der Maßnahme sind dokumentiert.

Nach der Dokumentenanalyse (D) wurde das Kriterium von sieben Projekten vollständig und von vier teilweise erfüllt. Ergänzende Interviews (I) erfolgten nicht (Tab. 34).

| Skala | Qualitätskriterium  | D | I |
|-------|---|---|---|
| ++    | Die Inhalte der Maßnahme sind vollständig dokumentiert.                   | 7 | X |
| +     | Die Inhalte der Maßnahme sind teilweise dokumentiert.                     | 4 |   |
| --    | Die Inhalte der Maßnahme sind nicht dokumentiert.                         | 0 |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. | 0 |   |

Tab. 34: Ergebnis Qualitätskriterium 15A.1

Vollständig erfüllt (n=7):

Alle Projekte dokumentierten die Inhalte der Teilmaßnahmen. Die Art und der Umfang der Dokumentation variierten je nach Projekt:

- Ein Projekt dokumentierte jede Teilmaßnahme sehr ausführlich und transparent mit Nennung der Zielgruppe, der Ziele, dem Inhalt, dem Raum/Veranstaltungsort und der leitenden Person.
- In einem Projekt wurde jede Teilmaßnahme mit Bezeichnung, der Zielgruppe, dem Ziel und inhaltlicher Kurzbeschreibung dokumentiert.
- Ein Projekt dokumentierte für jedes der fünf Einzelprojekte alle errichteten Strukturen.
- Ein Projekt dokumentierte zu jeder Teilmaßnahme deren Inhalt in zusammengefasster Form.
- Bei zwei Projekten wurden die Inhalte aller Teilmaßnahmen in zusammengefasster Form kurz dokumentiert.
- In einem Projekt wurden die konkreten Inhalte der Teilmaßnahmen entweder im Abschlussbericht oder im Rahmen des Produktes (Handlungsanleitung) dokumentiert.

Teilweise erfüllt (n=4):

- In zwei Projekten wurden die Inhalte der Teilmaßnahmen teilweise dokumentiert. Zu einigen Teilmaßnahmen erfolgte eine Beschreibung der Inhalte, zu anderen nur die Nennung der Angebote ohne konkrete Beschreibung.
- In einem Projekt wurden die Teilmaßnahmen zum Teil in zusammengefasster Form kurz dokumentiert; jedoch mehrfach nur die Namen der Teilmaßnahmen genannt.
- In einem Projekt wurden die Inhalte der Teilmaßnahmen zum Teil dokumentiert, indem einzelne Angebote genannt, aber nicht weiter beschrieben wurden.

**Qualitätskriterium 15A.2:**

Der Verlauf der Maßnahme ist dokumentiert.

Die Dokumentenanalyse (D) ergab bei vier Projekten keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium. Nach Durchführung der ergänzenden Interviews (I) erfüllten acht Projekte das Kriterium vollständig, zwei teilweise und ein Projekt erfüllte das Kriterium nicht (Tab. 35).

| Skala | Qualitätskriterium  | D | I |
|-------|---|---|---|
| ++    | Der Verlauf der Maßnahme ist vollständig dokumentiert.                    | 5 | 8 |
| +     | Der Verlauf der Maßnahme ist teilweise dokumentiert.                      | 2 | 2 |
| --    | Der Verlauf der Maßnahme ist nicht dokumentiert.                          | 0 | 1 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. | 4 | 0 |

Tab. 35: Ergebnis Qualitätskriterium 15A.2

Vollständig erfüllt (n=8):

- In einem Projekt wurden alle Besucherzahlen der errichteten Strukturen über die gesamte Laufzeit eingetragen, die Teilmaßnahmen mittels Fotos dokumentiert, die Teilnehmerlisten erstellt und ein Newsletter verfasst, der alle Teilprojekte über den aktuellen Verlauf der Maßnahme informierte.

- In einem Projekt erfolgte die Dokumentation des Verlaufs der Maßnahme im Rahmen einer internen wissenschaftlichen Evaluation durch ein Institut in Form von Protokollen.
- Bei drei Projekten wurde der Verlauf aller Teilmaßnahmen in Zusammenhang mit der Beschreibung der Inhalte der Teilmaßnahmen zusammenfassend dargestellt.
- In einem Projekt erfolgte im Rahmen der projektbegleitenden internen wissenschaftlichen Evaluation durch eine Universität die sehr ausführliche Dokumentation des Projektverlaufs. Alle Ergebnisse und tabellarischen Verläufe der durchgeführten Maßnahmen in den Kindertagesstätten wurden einzeln im Anhang des Abschlussberichtes angeführt.
- In einem Projekt wurde die prozessbegleitende Evaluation durch eines der Teilprojekte durchgeführt. Die Ergebnisse dienten der Entwicklung einer Handlungsanleitung des Projekts.
- In einem Projekt wurde der Verlauf der Teilmaßnahmen im Rahmen der Steuerungsgruppe mündlich besprochen. Zudem erfolgte die Dokumentation der Teilmaßnahmen, jedoch keine Darstellung im Abschlussbericht, da die Dokumentationen an das externe Evaluationsvorhaben weitergeleitet wurden.

Teilweise erfüllt (n=2):

- In zwei Projekten erfolgte die Dokumentation des Verlaufs der Maßnahme innerhalb der internen Evaluation; bei einem Projekt durch die Projektleitung (Universität) und bei dem anderen Projekt durch ein Institut (Projektpartner). Innerhalb des Abschlussberichts wurden teilweise Angaben zur Prozessevaluation dokumentiert.

Nicht erfüllt (n=1):

- Ein Projekt erfüllte das Kriterium nicht, da der Verlauf der Maßnahmen im Projekt nicht schriftlich dokumentiert wurde.

**Qualitätskriterium 15B:**

Es ist dokumentiert, inwieweit die Maßnahme die formulierten Ziele erreicht hat.

Nach der Dokumentenanalyse (D) erfüllten neun Projekte das Kriterium vollständig und zwei teilweise. Ergänzende Interviews (I) wurden keine durchgeführt (Tab. 36).

| Skala | Qualitätskriterium   | D | I |
|-------|--|---|---|
| ++    | Es ist vollständig dokumentiert, inwieweit die Maßnahme die formulierten Ziele erreicht hat. | 9 | X |
| +     | Es ist teilweise dokumentiert, inwieweit die Maßnahme die formulierten Ziele erreicht hat.   | 2 |   |
| --    | Es ist nicht dokumentiert, inwieweit die Maßnahme die formulierten Ziele erreicht hat.       | 0 |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                    | 0 |   |

Tab. 36: Ergebnis Qualitätskriterium 15B

Vollständig erfüllt (n=9):

→ Zu jedem der formulierten Haupt- und Teilziele wurde beschrieben, inwieweit diese(s) erreicht wurden. Die Art und Weise der Beschreibung unterschied sich je nach Projekt. Zwei Projekte untergliederten die Beschreibung der Ergebnisse der Teilziele zusätzlich in verschiedenen Ebenen.

Teilweise erfüllt (n=2):

→ Ein Projekt formulierte zwei übergeordnete Ziele und führte dazu die Ergebnisse auf, jedoch nicht zu den Teilzielen. Diese wurden in Dimensionen aufgeteilt, zu denen anschließend die Ergebnisse beschrieben wurden.

→ Ein Projekt formulierte wesentliche Ziele, führte dazu aber keine Ergebnisse auf. Zu den Teilmaßnahmen wurden die Ziele formuliert und beschrieben, inwieweit diese erreicht wurden.

**Qualitätskriterium 15C:**

Veränderungen sind dokumentiert (Verhalten, Strukturen, Prozess)?

Nach der Dokumentenanalyse (D) wurde dieses Kriterium von elf Projekten vollständig erfüllt. Ergänzenden Interviews (I) erfolgten nicht (Tab. 37).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Veränderungen (Verhalten, Strukturen, Prozess,...) sind vollständig dokumentiert. | 11 | X |
| +     | Veränderungen (Verhalten, Strukturen, Prozess,...) sind teilweise dokumentiert.   | 0  |   |
| --    | Veränderungen (Verhalten, Strukturen, Prozess,...) sind nicht dokumentiert.       | 0  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.         | 0  |   |

Tab. 37: Ergebnis Qualitätskriterium 15C

Vollständig erfüllt (n=11):

Folgende Veränderungen traten mehrfach in den elf Projekten auf:

- Der verzögerte Bewilligungsbescheid führte zu einer verspäteten und nicht termingerechten Umsetzungen der Teilmaßnahmen (dies betraf z.B. Bewegungsangebote, bauliche Maßnahmen, Qualifizierung von Multiplikatoren und die Erstellung der Projekthomepage). Außerdem kam es dadurch zum Absprung von Kooperationspartnern.
- Eine Verkürzung der Projektlaufzeit führte zu kurzfristigen Verschiebungen im Zeit- und Arbeitsplan und damit verbunden zu organisatorischen, personellen und logistischen Änderungen.
- Die Kürzung der Fördersumme führte dazu, dass Teilmaßnahmen nicht wie ursprünglich geplant umgesetzt werden konnten.
- Der Absprung von Kooperationspartnern führte zu Veränderungen der Angebotsstruktur und der geplanten baulichen Strukturen.
- Die Teilmaßnahmen die wetterabhängig waren, konnten zwar aufgrund schlechter äußerer Wetterbedingungen realisiert werden, jedoch entweder verzögert oder in einer anderen Form als geplant.
- Eine große Nachfrage (Erhöhung der Teilnehmerzahlen) für Bewegungsangebote führte zur Erweiterung der Angebote.

- Aufgrund von Veränderungen der Hallenkapazitäten kam es zum Mangel an den Räumlichkeiten für die Durchführung der Bewegungsangebote (z.B. Schwimmzeiten im Schwimmbad, Renovierungsarbeiten in Räumen und verschiedene Baumaßnahmen).
- Die mangelnde strukturelle Flexibilität von Einrichtungen sowie die mangelnde Kooperationsbereitschaft zwischen verschiedenen Einrichtungen und personenabhängige Entscheidungen führten zu unlösbaren Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Teilmaßnahmen sowie deren Integration in ein Regelangebot im Setting Schule.
- Die Einstellung von Bewegungsangeboten erfolgte aufgrund zu geringer Öffentlichkeitsarbeit (u.a. Werbung und Bekanntmachung der Angebote), einem Mangel an Teilnehmern und dem Wegfall personeller Ressourcen.
- Das übergeordnete Evaluationsvorhaben erforderte mehr personelle und zeitliche Kapazitäten von den Projekten, als ursprünglich geplant, sodass es zu Unvereinbarkeiten mit den internen Arbeits- und Zeitplänen kam.

**Qualitätskriterium 16A.1:**

Die erwarteten Ziele und Ergebnisse sind gegenübergestellt.

Nach Durchführung der Dokumentenanalyse (D) erfüllten neun Projekte das Kriterium vollständig und zwei Projekte teilweise. Ergänzende Interviews (I) erfolgten nicht (Tab. 38).

| Skala | Qualitätskriterium  | D | I |
|-------|---|---|---|
| ++    | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind vollständig gegenübergestellt. | 9 | X |
| +     | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind teilweise gegenübergestellt.   | 2 |   |
| --    | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind nicht gegenübergestellt.       | 0 |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.   | 0 |   |

Tab. 38: Ergebnis Qualitätskriterium 16A.1

Vollständig erfüllt (n=9):

→ Zu dem(n) formulierten Hauptziel(en) wurden in neun Projekten und zu den verschiedenen Teilzielen in acht Projekten die Ergebnisse beschrieben, je nach Projekt in unterschiedlichem Umfang und verschiedener Art der wissenschaftlichen Aufbereitung.

Teilweise erfüllt (n=2):

- Die übergeordneten Ziele wurden den Ergebnissen gegenübergestellt.
- Die Teilziele wurden in Dimensionen zerlegt, zu denen anschließend die Ergebnisse beschrieben wurden.
- Ein Projekt formulierte wesentliche Ziele und für jede Teilmaßnahmen Ziele. Die wesentlichen Ziele wurden jedoch keinen Ergebnissen gegenübergestellt. Zu jedem Projektzielerfolge eine Beschreibung der Ergebnisse.

**Qualitätskriterium 16A.2:**

Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind kritisch betrachtet und bewertet.

Nach der Dokumentenanalyse (D) erfüllten drei Projekte das Kriterium vollständig und acht Projekte teilweise. Ergänzende Interviews (I) fanden nicht statt (Tab. 39).

| Skala | Qualitätskriterium   | D | I |
|-------|--|---|---|
| ++    | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind vollständig kritisch betrachtet und bewertet. | 3 | X |
| +     | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind teilweise kritisch betrachtet und bewertet.   | 8 |   |
| --    | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind nicht kritisch betrachtet und bewertet.       | 0 |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                  | 0 |   |

Tab. 39: Ergebnis Qualitätskriterium 16A.2

Vollständig erfüllt (n=3):

- In zwei Projekten wurden zum Hauptziel und den Teilzielen die Ergebnisse kritisch betrachtet und das Maß der Erreichung bewertet.
- In einem Projekt erfolgte die Dokumentation jedes Teilziels übersichtlich in Zusammenhang mit dessen Erreichung. Zusätzlich erfolgte eine Darstellung in Tabellenform mit Zielerreichung.

Teilweise erfüllt (n=8):

- Ein Projekt betrachtete teilweise die Ergebnisse kritisch und bewertete die Erreichung der Ziele. Für die Diskussion der Ergebnisse lagen neu formulierte Ziele zugrunde.
- In einem Projekt erfolgte die Formulierung von zwei übergeordneten Zielen, zu denen die Ergebnisse diskutiert wurden. Die formulierten Teilziele des Projektes wurden für die Evaluation in einzelne Dimensionen aufgeteilt und die Ergebnisse anhand der Dimensionen diskutiert.
- In drei Projekten wurden die formulierten Haupt- und Teilziele und die Erreichung teilweise kritisch betrachtet, jedoch nicht nach den Zielen gegliedert, sondern allgemein.

- In zwei Projekten erfolgte die Formulierung wesentlicher Ziele, die jedoch nicht kritisch betrachtet oder die Ergebnisse bewertet wurden. Die Ergebnisse zu den Ziele der Teilmaßnahmen wurden kritisch betrachtet.
- Ein Projekt formuliert zwei Hauptziele und betrachtete diese teilweise kritisch.

### Qualitätskriterium 16B:

Die Prozesse sind kritisch betrachtet und bewertet.

Die Dokumentenanalyse (D) ergab bei zwei Projekten keine eindeutigen Angaben zu diesem Kriterium. Nach Durchführung der ergänzenden Interviews (I) erfüllten neun Projekte das Kriterium vollständig und zwei Projekte teilweise (Tab. 40).

| Skala | Qualitätskriterium  | D | I |
|-------|---|---|---|
| ++    | Die Prozesse sind vollständig kritisch betrachtet und bewertet.           | 9 | 9 |
| +     | Die Prozesse sind teilweise kritisch betrachtet und bewertet.             | 0 | 2 |
| --    | Die Prozesse sind nicht kritisch betrachtet und bewertet.                 | 0 | 0 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. | 2 | 0 |

Tab. 40: Ergebnis Qualitätskriterium 16B

#### Vollständig erfüllt (n=9):

- In einem Projekt wurden die Prozesse sowohl durch die gegebene Organisationsstruktur des Projektes kritisch betrachtet und reflektiert, als auch im Rahmen einer internen Evaluation durch eine Universität evaluiert. Die Dokumentation erfolgte sehr ausführlich im Anhang des Abschlussberichts.
- Ein Projekt evaluierte die Prozesse der Maßnahme im Rahmen einer internen wissenschaftlichen Evaluation durch ein Institut. Zusätzlich kooperierte das Institut mit der externen Evaluation, die projektbegleitend durch eine Universität durchgeführt wurde. Auf diesen Evaluationsbericht wurde im Abschlussbericht direkt verwiesen.

- 
- In einem Projekt erfolgte die projektbegleitende Prozessevaluation intern und extern durch je eine Universität.
  - In einem Projekt erfolgte die projektbegleitende interne Prozessevaluation durch ein Institut (Projektpartner) und die externe Evaluation der Prozesse im Projekt über eine Universität.
  - In einem Projekt erfolgte die wissenschaftliche Evaluation der Prozesse extern durch eine Universität.
  - In einem Projekt erfolgte die kritische Betrachtung und Bewertung der Prozesse im Rahmen der internen Evaluation durch eine Universität (Projektpartner) sowie innerhalb der errichteten stadtteilbezogenen Arbeitsgruppen.
  - In einem Projekt erfolgte die kritische Betrachtung und Bewertung der Prozesse durch eine wissenschaftliche interne Evaluation der Universität (Projektleitung).
  - Ein Projekt führte eine interne projektbegleitende Prozessevaluation durch. Es wurden verschiedene Methoden verwendet, u.a. Protokolle und qualitative Interviews. Zusätzlich nahm das Projekt an der begleitenden externen wissenschaftlichen Evaluation einer Universität teil.
  - In einem Projekt wurden die Prozesse der Maßnahme kritisch im Rahmen der Organisationsstruktur und über eine interne Evaluation durch zwei Institute einer Hochschule durchgeführt. Jedes Institut war für die Evaluation unterschiedlicher Teilmaßnahmen und des Gesamtprojektes zuständig. Die Evaluationsberichte wurden dem Abschlussbericht angefügt. Zusätzlich erfolgte die projektbegleitende externe Evaluation der Prozesse über eine Universität.

Teilweise erfüllt (n=2):

- Ein Projekt führte die kritische Betrachtung und Bewertung der Prozesse innerhalb der Steuerungsgruppe mündlich durch. Die Daten einer internen oder externen Evaluation über die Prozesse des Projektes der Durchführungsphase lagen im Abschlussbericht nicht vor.
- Ein Projekt führte kritische Reflexionen innerhalb des Projektes durch; in welcher Form diese erfolgten ist nicht bekannt.

**Qualitätskriterium 17.1:**

Aufwand und Wirkung sind gegenübergestellt.

**Qualitätskriterium 17.2:**

Aufwand und Wirkung sind kritisch betrachtet.

Nach Durchführung der Dokumentenanalyse (D) existierten zu beiden Kriterien bei allen elf Projekten keine eindeutigen Angaben. Die ergänzenden Interviews (I) ergaben, dass Aufwand und Wirkung von zehn Projekten nicht gegenübergestellt (Tab. 41) und nicht kritisch betrachtet wurden (Tab. 42). Zu einem Projekt existierten bei diesen beiden Kriterien keine eindeutigen Angaben (Tab. 41 und Tab. 42).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I  |
|-------|---|----|----|
| ++    | Aufwand und Wirkungen sind vollständig gegenübergestellt.                 | 0  | 0  |
| +     | Aufwand und Wirkungen sind teilweise gegenübergestellt.                   | 0  | 0  |
| --    | Aufwand und Wirkungen sind nicht gegenübergestellt.                       | 0  | 10 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. | 11 | 1  |

Tab. 41: Ergebnis Qualitätskriterium 17.1

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I  |
|-------|---|----|----|
| ++    | Aufwand und Wirkungen sind vollständig kritisch betrachtet.               | 0  | 0  |
| +     | Aufwand und Wirkungen sind teilweise kritisch betrachtet.                 | 0  | 0  |
| --    | Aufwand und Wirkungen sind nicht kritisch betrachtet.                     | 0  | 10 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. | 11 | 1  |

Tab. 42: Ergebnis Qualitätskriterium 17.2

**Nicht erfüllt (n=10):**

- In keinem der elf Projekte erfolgte eine Gegenüberstellung und kritische Betrachtung von Aufwand und Wirkung (Kosten-Nutzen-Analyse).
- Die monetäre Beurteilung des Aufwands und der Wirkung bei Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wurde als nicht möglich betitelt, da messbare Bezugsgrößen fehlen.

→ In vier Projekten wurden für das Fehlen einer Gegenüberstellung von Aufwand und Wirkung einige Gründe genannt: Die kurze Projektlaufzeit, die grundsätzliche Herausforderung einer Festlegung von messbaren Bezugsgrößen zur Analyse bei Interventionsprogrammen im Bereich der Gesundheitsförderung und die Schwierigkeit in der Gegenüberstellung von Aufwand und Wirkung aufgrund der dadurch erfolgenden Beurteilung der Wertigkeit wissenschaftlicher Ergebnisse.

### Qualitätskriterium 18:

Es werden Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern gepflegt (Vernetzung).

Nach der Durchführung der Dokumentenanalyse (D) erfüllten sieben Projekte das Kriterium vollständig und vier Projekte teilweise. Ergänzende Interviews (I) erfolgten nicht (Tab. 43).

| Skala | Qualitätskriterium   | D | I |
|-------|--|---|---|
| ++    | Es werden vollständig Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern gepflegt. | 7 | X |
| +     | Es werden teilweise Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern gepflegt.   | 4 |   |
| --    | Es werden nicht Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern gepflegt.       | 0 |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.          | 0 |   |

Tab. 43: Ergebnis Qualitätskriterium 18

#### Vollständig erfüllt (n=7):

- Ein Projekt nannte alle Kooperationspartner und führte regelmäßig zentrale Treffen aller Partner durch. Außerdem gelang ein Austausch über die Struktur des Projektes, z.B. durch „settingbezogene Arbeitskreise“ (QK 13.1). Während der Projektlaufzeit wurden weitere Kooperationspartner gewonnen.
- In einem Projekt wurden die Projektpartner genannt. Alle Partner unterzeichneten die „Leitlinien“ des Projekts. Regelmäßige Treffen erfolgten über die Struktur des Projekts hauptsächlich über „settingbezogene Arbeitskreisen“.

- Das Projekt gab alle Projektpartner an. Zusätzlich gliederte sich das Projekt insgesamt in verschiedene Einzelprojekte mit jeweils unterschiedlichen Kooperationspartnern, die alle genannt wurden. Alle Kooperationspartner unterzeichneten einen Vertrag und trafen sich je nach Zuständigkeit im Rahmen der Einzelprojekte vier Mal jährlich.
- Ein Projekt nannte die Partner des Projekts, die eine Steuerungsgruppe bildeten und teilweise die Kooperationspartner. Alle unterzeichneten eine schriftliche Vereinbarung. Treffen der Steuerungsgruppe erfolgten regelmäßig im Abstand von zwei Wochen. Über zusätzliche Treffen der Steuerungsgruppe mit Akteuren wurden weitere Kooperationspartner gewonnen.
- Ein Projekt nannte die Kooperationspartner und deren Anzahl. Zwischen allen Kooperationspartnern fanden innerhalb der Projektlaufzeit Sitzungen statt, an denen sich fast alle Kooperationspartner beteiligten. Innerhalb der Projektlaufzeit wurde die Anzahl der Kooperationspartner erweitert.
- Ein Projekt nannte die Anzahl der Projektpartner und der Kooperationspartner. Ein regelmäßiger Austausch fand statt.
- Ein Projekt nannte die Partner und differenzierte zwischen Projekt- und Kooperationspartnern. Die Projektpartner vernetzten sich im Rahmen eines gemeinsamen Treffens und bildeten verschiedene Arbeitsgruppen. Es erfolgten konkrete Abstimmungen zwischen den Projekt- und Kooperationspartnern.

Teilweise erfüllt (n=4):

- Drei Projekte nannten die Partner des Projekts. Über einen regelmäßigen Austausch der Kooperationspartner existierten keine Informationen.
- Ein Projekt gliederte sich in verschiedene Einzelprojekte, zu denen die Kooperationspartner teilweise genannt wurden. Angaben zur Durchführung regelmäßiger Treffen existierten nicht.

**Qualitätskriterium 19:**

Erfolgreiche Maßnahmen werden in der Organisation/von den Beteiligten weitergeführt (Verstetigung).

Alle Projekte erfüllten nach der Dokumentenanalyse (D) das Kriterium vollständig. Ergänzende Interviews (I) erfolgten nicht (Tab. 44).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Erfolgreiche Maßnahmen werden vollständig in der Organisation/ von den Beteiligten weitergeführt. | 11 |   |
| +     | Erfolgreiche Maßnahmen werden teilweise in der Organisation/von den Beteiligten weitergeführt.    | 0  |   |
| --    | Erfolgreiche Maßnahmen werden nicht in der Organisation/von den Beteiligten weitergeführt.        | 0  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                         | 0  |   |

Tab. 44: Ergebnis Qualitätskriterium 19

Vollständig erfüllt (n=11):

Eine Auswahl zur erfolgreichen Weiterführung der Teilmaßnahmen:

Setting Kindertagesstätte:

- Die Qualifizierung der Erzieher zu Multiplikatoren. Dadurch erfolgt die Verankerung standardisierter gesundheitsfördernder Maßnahmen (Bewegung, Ernährung, Stressregulation) in den Kindertagesstätten.
- Die Qualifizierung der Erzieher zu Multiplikatoren im Bereich Bewegungsförderung. Eine Fortführung wurde durch die Sportjugend sichergestellt.
- Die Weiterführung der Bewegungsangebote für Kindergartenkinder durch die Übungsleiter eines Sportvereins der Stadt.

Setting Garten:

- Die Entwicklung einer langfristigen Arbeitsstruktur und eine schriftliche Vereinbarung der Träger (Vereine/Ehrenamtliche) ermöglichte die Erhaltung und Fortführung der errichteten Infrastrukturen und der Maßnahmen für eine festgesetzte Zeit.

Setting Schule/Hauptschule:

- Durch die Qualifizierung von „Gesundheitsteams“ (Schüler, Eltern, Lehrkräften und Schulsozialarbeiter) wurde die Durchführung der konzipierten Bewegungs- und Gesundheitsmaßnahmen langfristig gesichert.
- Die Qualifizierung von Schülern zu „Bewegungs- und Ernährungslotsen“ durch die Zusammenarbeit mit einer Hochschule. Dadurch konnte eine regelmäßige Durchführung von Bewegungs- und Ernährungsangeboten sichergestellt werden.
- Die Weiterführung der Maßnahmen wurden – durch finanzielle Mittel der Stadt, Eigenmittel der Schulen, der Fördervereine, Sponsorengelder, Ehrenamtliche Mitarbeiter oder einen Jugendlichen, der ein freiwilliges soziales Jahr absolvierte – gesichert.
- Die Implementierung bereits evaluierter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erfolgte in den Schulen durch die Fortbildung der Lehrkräfte und die anschließende Umsetzung der Konzepte.
- Die Verankerung eines neu entwickelten Modells der „Sporthelferausbildung“ gelang über die Fortführung durch die Sportjugend.
- Die Zertifizierung von Schulen mit einem neu entwickelten „Gütesiegel“ konnte verstetigt werden.

Setting Stadtteil:

- Die Qualifizierung einiger Jugendlichen aus den Stadtteilen zu Übungsleitern (C-Lizenz und Multiplikatoren) wurde in Kooperation mit dem Landessportbund erreicht.
- Die Qualifizierung von Schülern zu „Bewegungs- und Ernährungslotsen“ zur Durchführung von Bewegungs- und Ernährungsangeboten in Seniorenheimen wurde eingerichtet.
- Die Qualifizierung einiger Migrantinnen zu Übungsleiterinnen und zu Multiplikatorinnen (C-Lizenz) erfolgte. Dadurch gelang die Eröffnung neuer beruflicher Möglichkeiten durch die Anstellung bei den Sportvereinen.

- Die Übernahme der geschaffenen Bewegungsangebote in das Regelangebot der Sportvereine in den Stadtteilen wurde ermöglicht. Die Durchführung erfolgte durch interne Übungsleiter und qualifizierte Multiplikatoren.
- Ausgewählter Sport- und Bewegungsangebote für Migrantinnen wurden in das Regelangebot der Sportvereine eingegliedert. Die Teilnahme konnte ohne eine Mitgliedschaft erfolgen, da die Finanzierung zusätzlich durch Eigenmittel der Kooperationspartner gesichert wurde.
- Die Übernahme der gesundheitsfördernden Angebote für Senioren in das Regelangebot des Familienbüros oder in das Regelangebot des Seniorenverbandes erfolgte im jeweiligen Stadtteil.
- Die Weiterführung der Maßnahmen wurde durch die finanziellen Mittel aus einer Stiftung, eines Fonds und der Kirche ermöglicht.
- Die Vernetzung der Kooperationspartner sowie die Etablierung der Steuerungsgruppen garantierten eine dauerhafte Zusammenarbeit.

**Qualitätskriterium 20:**

Die Inhalte und Erkenntnisse der erfolgreichen Maßnahme werden nach außen getragen (Verbreitung/Übertragbarkeit).

Das Kriterium wurde nach Durchführung der Dokumentenanalyse (D) von elf Projekten vollständig erfüllt. Ergänzende Interviews (I) fanden nicht statt (Tab. 45).

| Skala | Qualitätskriterium  | D  | I |
|-------|---|----|---|
| ++    | Die Inhalte und Erkenntnisse der erfolgreichen Maßnahme werden vollständig nach außen getragen. | 11 | X |
| +     | Die Inhalte und Erkenntnisse der erfolgreichen Maßnahme werden teilweise nach außen getragen.   | 0  |   |
| --    | Die Inhalte und Erkenntnisse der erfolgreichen Maßnahme werden nicht nach außen getragen.       | 0  |   |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                       | 0  |   |

Tab. 45: Ergebnis Qualitätskriterium 20

Vollständig erfüllt (n=11):

Diese unterschiedlichen Möglichkeiten zur Verbreitung der Inhalte und Ergebnisse wurden mehrfach umgesetzt:

- Projekthomepage.
- Entwicklung einer Online Datenbank zur Suche von Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und von Angeboten der Sportvereine innerhalb der Stadt.
- Wissenschaftliche Publikationen: Kongressbeitrag international (Poster/Vortrag), Kongressbeitrag national (Poster/Vortrag), Fachtagungsbeitrag national (Vortrag), Tagungs- und Kongressdokumentation, Wissenschaftliche Artikel (keine Review-Zeitschrift), Fachbuch, Bachelor- und Diplomarbeit, Dissertationsvorhaben, Präsentation der Projektinhalte vor Gremien aus dem Bereich Gesundheitsförderung, dem Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“
- Die Qualifizierung von Multiplikatoren: Setting Kindertagesstätte, Setting Grund- und Hauptschule, Setting Stadtteil und Setting Stadtteilbezirk.

Einmalig durchgeführte Möglichkeiten der Verbreitung:

- Wissenschaftlicher Artikel (Review-Zeitschrift).
- Betreuung und Supervisionstermine für ausgebildete Multiplikatoren.

Aufbereitungsformen der Inhalte und Erkenntnisse für Akteure:

Praxisleitfäden:

- Setting Kindertagesstätte: „Bewegungs- und Trinkförderung“ (Zielgruppen: Lehrkräfte, Erzieher und die Bevölkerung).
- Setting Hauptschule: Implementierung von „Gesundheitsteams“ in Schulen, allgemeine Informationen zur Konzeption von Maßnahmen des Bereichs Gesundheitsförderung (Zielgruppen: Lehrkräfte und Institutionen).
- Setting Garten: Konzeption von Gärten für mehrere Generationen (Zielgruppe: Bevölkerung).
- Setting Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf: Entwicklung von Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung für Migrantinnen (Zielgruppen: Akteure im Bereich Sportverein sowie Institutionen aus den Bereichen Gemeinwesen und Jugendarbeit).
- Setting Stadtteilbezirk: „Praktische Handlungsempfehlungen“ zur Entwicklung von Angeboten im Bereich „Gesundheitsförderung für ältere Menschen in sozial benachteiligten Lebenslagen“ (Zielgruppe: Akteure aus der Praxis die Maßnahmen entwickeln).

Broschüren:

- „Bewegungsbroschüre“ und „Bewegungsfibel“ (Zielgruppen: Kinder und Jugendliche).

## 3.2 Nachhaltigkeit

Die Ergebnisse zur Verstetigung der Maßnahmen nach Abschluss der Förderdauer, zur aktuellen Weiterführung der Projekte (Zeitpunkt Mai 2014) sowie zum Vorliegen weiterer Publikationen resultieren aus den allgemeinen Fragen der Experteninterviews (s. Anhang 10.3.3).

### 3.2.1 Verstetigungen der Maßnahmen

- Ein Projekt setzte sich aus sechs Teilprojekten zusammen, die jeweils in einer Region durchgeführt wurden. Für jedes Teilprojekt existiert weiterhin eine Steuerungsgruppe in der ursprünglichen Konstellation, deren Aufgabe die Umsetzung der Elemente ist, die für den jeweiligen Stadtteil Relevanz besitzen. Der Leitgedanke ist aktuell präsent. In mehreren Regionen existieren die Kooperationen mit den Kooperationspartnern weiterhin. In einem Stadtteil gelang nach Ende der Förderphase eine Anschlussfinanzierung durch Mittel aus dem Quartiersmanagement, wodurch die Moderation durch das Bezirksamt wie auch die Umsetzung der Teilmaßnahmen dieses Stadtteils sichergestellt werden konnten. In den Stadtteilen wurden die Elemente weitergeführt, die die Steuerungsgruppe festlegte. Diese Elemente variierten je nach Stadtteil. Über eine genaue Anzahl der weitergeführten Elemente in den einzelnen Stadtteilen existieren keine Angaben.
- Ein Projekt besteht nicht mehr in der Form, in der es beantragt wurde. Auf Grund personeller Veränderungen konnte die Aufgabe der Projektsteuerung durch den Landkreis nicht aufrechterhalten werden. Es existieren keine Angaben darüber, welche Teilmaßnahmen aktuell in den Kindertagesstätten weitergeführt werden.
- Ein Projekt wurde nicht in der beantragten Form weitergeführt. Die Stadt übernahm das Projekt, indem die Strukturen der Familienbüros in den Stadtbezirken durch personelle Ressourcen besetzt wurden. Über die Etablierung der Teilmaßnahmen in den Kindertagesstätten existieren keine Angaben. Das entwickelte Konzept für die Durchführung der Maßnahmen in den Kindertagesstätten wurde auf der Internetseite der Stadt zum kostenlosen Download zur Verfügung gestellt.

- 
- Die Koordinierungsstelle eines Projektes besteht aktuell nicht mehr. Darüber hinaus liegen keine Angaben über die aktuell vorhandenen Strukturen vor. Die Teilmaßnahmen werden weiterhin in Form von Angeboten zur Bewegungsförderung in den vier Stadtteilen durchgeführt. Zu den Angeboten zählen Joga, Kindertanzen, Bauch-Beine-Po, Bauchtanz, Qi-Gong, Seniorengymnastik, Schwimmen und Radfahren. Voraussetzungen für die Verstetigung waren die realistische Einschätzung der benötigten finanziellen, räumlichen und personellen Ressourcen.
  - Ein Projekt besteht weiterhin. Nach Abschluss der Förderdauer erfolgte die Veränderung der Netzwerkstruktur, indem die vielen Arbeitsgemeinschaften zu einer zentralen Arbeitsgemeinschaft gebündelt wurden. Im Setting Kindertagesstätte wurden die Teilmaßnahmen innerhalb der Förderdauer an die Sportjugend (Kooperationspartner) übergeben, die über entsprechende personelle Ressourcen verfügte. Im Setting Schule gelang eine Anschlussfinanzierung über Mittel der Stadt, einen Kostenträger aus dem Gesundheitswesen sowie über Eigenmittel. Diese Finanzierung ermöglichte weiterhin die Ausbildung zu Sporthelfern und die Qualifizierung von Gesundheitsteams an Schulen (aktuell 60% der Stadt). Die Qualifizierung wurde von Haupt- auf Real- und Gesamtschulen ausgeweitet. Die geschaffenen Angebote an den Schulen werden aktuell alle durchgeführt. Das im Projekt entwickelte Gütesiegel wird weiterhin verliehen.
  - Über das Bestehen eines Projekts existieren keine Angaben. Die Kooperationsstruktur zwischen den Sportvereinen und der Jugendhilfe im Stadtteil wurde weiterentwickelt und ist aktuell. Die im Rahmen der Förderdauer zu Übungsleitern ausgebildeten Jugendlichen arbeiten weiterhin mit. Die Kooperation mit den Kindertagesstätten und den Sportvereinen der Stadtteile besteht. Das Angebot der Bewegungsangebote wurde ausgebaut und in das Regelangebot der Sportvereine eingegliedert. Über die Anzahl der aktuell durchgeführten Teilmaßnahmen existieren keine Angaben.

- Der Projekttitle eines Projekts bildet weiterhin den übergeordneten Projektrahmen. Die Struktur aus fünf unabhängigen Teilprojekten besteht weiterhin, weil diese ausgeweitet und als private Vereine weitergeführt werden konnten. Die innerhalb der Förderzeit errichtete Infrastruktur bildete die Grundlage für den Ausbau und die aktuelle Nutzung der Teilprojekte. Die im Rahmen der fünf eigenständigen Teilmaßnahmen aufgebaute Infrastruktur besteht aktuell, sodass die individuellen Angebote der Vereine durchgeführt werden können. Die Zuständigkeit liegt bei den Verantwortlichen der Vereine. Voraussetzungen für die Weiterführung war die Finanzierung und Errichtung der Infrastruktur.
- Eine der wichtigsten Grundlagen für die Verstetigung eines Projektes bildete die Vernetzung zwischen den Kooperationspartnern. Aktuell arbeiten die Kooperationspartner des Projektes zusammen und erarbeiten gemeinsam neue Projekte. Die städtebaulichen Teilprojekte wurden erfolgreich abgeschlossen. Die Teilprojekte im Setting Kindertagesstätte wurden teilweise von den Kindertagesstätten übernommen, die genaue Anzahl ist nicht bekannt. Eine Folgefinanzierung der Psychologin und des Sportpädagogen, die die Maßnahmen weiterhin leiten, gelang zunächst über Spenden und anschließend durch die Kooperation mit dem Sportbund und der Stadt.
- Das Leitthema eines Projekts „Gesundheitsförderung für Senioren“ wurde ohne zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen in bestehende Strukturen des Seniorenbüros und eines Arbeitskreises der Stadt integriert. Die innerhalb der Förderzeit entwickelten Teilmaßnahmen werden aktuell als Kursangeboten durchgeführt und als Präventionskurse über die Gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet. Über die exakte Anzahl der Kursangebote existieren keine Angaben. Eine Anschlussfinanzierung konnte bislang nicht erzielt werden.
- Ein Projekt wurde von der Stadt übernommen. Weil die grundlegenden Strukturen und Ressourcen innerhalb der Stadt gegeben sind, können auch die im Rahmen der Förderzeit neu erweiterten Strukturen bestehen. Weitere Angaben zur Anzahl der aktuell durchgeführten Teilmaßnahmen liegen nicht vor.

### 3.2.2 Verbreitung und Publikationen der Projekte

Aus Gründen der wissenschaftlichen Anonymisierung wird auf eine vertiefende inhaltliche Beschreibung und die Nennung der einzelnen Publikationen der Projekte verzichtet.

- In einem Projekt werden die Inhalte und Ergebnisse regelmäßig in Publikationen und Präsentationen auf Fachtagungen durch die wissenschaftliche Leitung oder wissenschaftliche Mitarbeiter vorgestellt.
- Bei einem anderen Projekt werden regelmäßig Vorträge auf Tagungen über das Projekt durch die wissenschaftliche Leitung oder wissenschaftliche Mitarbeiter gehalten.
- In einem Projekt wurde eine Zusammenfassung über alle Projekte für andere Akteure erstellt.
- Ein Projekt publizierte einen Artikel über das Projekt in einer Fachzeitschrift.
- Für vier Projekte existieren aktuell keine weiteren Publikationen über das Projekt.
- Das Konzept eines Projekts wurde innerhalb der Stadt intern auf andere Stadtteile in abgewandelter Form übertragen. Weitere Materialien für andere Akteure existieren nicht.
- Bei einem Projekt existiert ein praxisnaher Leitfaden über die wesentlichen Projektergebnisse für andere Akteure.

### 3.3 Formale und inhaltliche Vorgaben der Abschlussberichte

Nach Angaben aller Interviewpartner existierten keine formalen Vorgaben, die den Umfang des Abschlussberichts festlegten. Demnach variierten die Abschlussberichte der Projekte insgesamt im Umfang – ohne Einbeziehung des Anhangs – zwischen 19 und 89 Seiten. Der Anhang umfasste zwischen 0 und 120 Seiten.

Die inhaltlichen Vorgaben zur Anfertigung des Abschlussberichts wurden von den Interviewpartnern unterschiedlich beschrieben:

- Vier der Projektverantwortlichen nannten eine exakte Gliederungsvorgabe für den Abschlussbericht, die seitens des BMG vorgegeben wurde.
- Drei weitere gaben an, dass eine Gliederung vom BMG existierte, an die sie sich hielten.
- Zwei der Interviewten gaben an, dass keine Vorgabe zur Gliederung des Abschlussberichts vom BMG bestanden, außer zwei formulierte Sätze aus dem Bewilligungsbescheid.
- Einer der Interviewten konnte keine Angaben zu den Vorgaben machen.

## 4 Diskussion

### 4.1 Methodenkritik

#### 4.1.1 Kritische Betrachtung des Forschungsdesigns

Für die vorliegende Arbeit wurde die „between-method triangulation“ (Flick 2008, S. 15; Mathison 1988, S. 14, Denzin 1970, S. 307) genutzt und eine Dokumentenanalyse bzw. Befragung um eine qualitative Inhaltsanalyse und quantitative Datenauswertung ergänzt (Kelle und Erzberger 2013; Flick 2013, 2008).

Diese Herangehensweise dient der möglichst umfassenden und differenzierten Untersuchung eines Forschungsgegenstandes (Flick 2014; Denzin und Lincoln 2011, 2008; Johnson und Onwuegbuzie 2004; Denzin 1970).

Obwohl eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen für diese Methodik existiert, wird darunter überwiegend die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden in Bezug auf die Untersuchung eines Phänomens verstanden (Johnson et al. 2007; Denzin 1970).

Der Vorteil besteht in der differenzierten und umfassenden Betrachtung wissenschaftlicher Fragestellungen aus verschiedenen Perspektiven (O’Cathain 2009; O’Cathain et al. 2007; Johnson et al. 2007). Zudem können quantitative und qualitative Methoden unterschiedlich miteinander kombiniert und beispielsweise im Rahmen des Studiendesigns unterschiedlich stark gewichtet werden (Johnson und Onwuegbuzie 2004). Allerdings werden aktuell unterschiedliche Herangehensweisen zur Konzeption und Evaluation von mixed methods studies eingesetzt (O’Cathain et al. 2013; Curry et al. 2013, 2009; Collins et al. 2007; Bryman 2006b; Sale and Brazil 2004; Campbell et al. 2000) und es gibt keine einheitlichen Vorgaben, wann und inwiefern die verschiedenen Methoden miteinander kombiniert werden sollen (Heyvaert et al. 2013; Wisdom et al. 2012). Ein Nachteil des mixed methods study designs liegt daher in der mangelnden Transparenz der einzelnen angewandten Methoden innerhalb der Analyse und Auswertung (Wisdom et al. 2012; Johnson et al. 2007).

Schwierigkeiten können sich auch bei der Zusammenführung der Ergebnisse aus verschiedenen quantitativen und qualitativen Methoden ergeben (Bryman 2007; Moffatt et al. 2006; Morgan 1998). Die Herausforderung besteht somit in der zielgerichteten Kombination und zutreffenden Auswahl, je nach wissenschaftlicher Fragestellung (Bryman 2006a).

Außerdem werden – trotz Zunahme der mixed methods studies – die Ergebnisse der einzelnen eingesetzten Methoden häufig völlig unabhängig voneinander in verschiedenen Zeitschriften publiziert, und es fehlt eine zusammenhängende Darstellung des komplexen Studiendesigns (Stange et al. 2006).

In einer Metaanalyse im Bereich „health services research“ wurden „118 Studien der Jahre 1994-2004“ vom „Department of Health in England“ erfasst. Bei „75 dieser Studien existierten Anträge und/oder Abschlussberichte“ (O`Cathain et al. 2008, S. 92). Die Ergebnisse zeigten, dass – obwohl die meisten Studien selbst als erfolgreich eingestuft wurden – hauptsächlich die Vorgehensweise innerhalb des qualitativen Teils des Studiendesign unzureichend transparent dargestellt wurde. Dies schmälert entsprechend die Aussage wissenschaftlicher Daten.

Trotzdem setzt sich die Kombination von quantitativen und qualitativen wissenschaftlichen Forschungsmethoden bzw. mixed methods research zunehmend national und international durch (Berendsen et al. 2015; Chuang et al. 2015; Flick 2014, 2008; Kelle und Erzberger 2013; Bergmann 2011; Rothwell und Segrott 2011; De Silva-Sanigorski et al. 2010; Plano Clark 2010; Johnson et al. 2007; Tashakkori und Creswell 2007; Axinn und Pearce 2006; Bryman 2006a; Tashakkori und Teddlie 1998) und wird immer häufiger in der Gesundheitsförderung und Public-Health eingesetzt, da es deren komplexen Thematik gerecht wird (Woodgate und Sigurdson 2015; Cohen et al. 2014; Curry et al. 2013, 2009; O`Cathain et al. 2013, 2009, 2007; Kliche et al. 2006a; Stange et al. 2006; Morgan 1998)

Die Triangulation – eine definierte Form von mixed methods – ist weit verbreitet. Der Ursprung liegt in der amerikanischen Sozialforschung (Greene und McClintock 1985; Jick 1979; Smith 1975; Denzin 1970; Webb et al. 1966; Campbell und Fiske 1959). Der Grundgedanke von Campbell und Fiske (1959, S. 81) bestand in der Annahme, dass ein bestimmter Gegenstand durch die eingesetzte Methode verändert werden könnte. Aufgrund möglicher Fehlern der eingesetzten Methode würde dies zu einer Verfälschung des Forschungsgegenstandes führen. Die Erfassung des Gegenstandes sollte durch eine „multitrait-multimethod matrix“ validiert werden. Webb et al. (1966) forderten Messverfahren, welche die „Reaktivität“ – d.h. die Beeinflussung der Messergebnisse z.B. durch den Untersucher – der eingesetzten Methoden einschränken.

Generell ermöglicht die Verwendung der Triangulation die Kombination verschiedener methodischer Herangehensweisen zur Betrachtung eines Gegenstandes. Es werden nicht der Vorteil oder Nachteil der einen Methode mit der Schwäche oder Stärke der anderen Methode ausgeglichen, sondern durch die gezielte Methodenkombination das bestmögliche Forschungsdesign für die jeweilige Fragestellung erzielt (Denzin 1970, S. 309). Ziel ist eine detailliertere Erfassung des betrachteten Forschungsgegenstandes (Yeasmin und Rahman 2012; Torrance 2012; Fielding 2012) sowie eine Optimierung der Ergebnisse (Flick 2014; Maxwell 2010; Hussein 2009; Johnson und Onwuegbuzie 2004; Jick 1979).

Denzin (1970, S. 301 ff.) differenzierte in der Umsetzung der Triangulation vier Varianten: „Data Triangulation“, „Investigator Triangulation“, „Theorien-Triangulation“ und „Methodologische Triangulation“. Letztere untergliedert sich in die zwei Formen: „within-method triangulation“ und „between-method triangulation“. Bei der „within-method“ erfolgt die Triangulation „innerhalb einer Methode“ und bei der „between-method“ erfolgt sie „zwischen zwei Methoden“ (zitiert in Flick 2008, S. 15-18). Nach Denzin (1970, S. 307 f.) wird die „between-method triangulation“ häufig zur „multi-dimensional[en]“ Betrachtung eingesetzt.

#### 4.1.2 Kritische Betrachtung des Kriterienkatalogs

Der im Rahmen der Arbeit entwickelte Kriterienkatalog erwies sich insgesamt als praktikabel. Durch die Beibehaltung der Reihenfolge der eingesetzten Qualitätskriterien konnte eine systematische Analyse in Anlehnung an die fünf Qualitätsdimensionen (Graf 2010a) erfolgen. Auch die inhaltliche Formulierung der eingesetzten Qualitätskriterien (BZgA 2012) wurde inhaltlich nicht verändert.

Vorteil dieser Herangehensweise ist, dass die Ergebnisse vergleichbar sind. Dadurch können Erfahrungen aus der praktischen Umsetzung zur Steigerung der Qualitätssicherung langfristige Erkenntnisse liefern. Zukünftig könnte eine kontinuierliche Weiterentwicklung der 20 eingesetzten Qualitätskriterien erfolgen, wie dies z.B. bei „Quint-essenz“ geschieht ([www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch)).

Ein Nachteil war die existierende mangelnde Trennschärfe zwischen einzelnen Qualitätskriterien in den vorliegenden Qualitätskriterien der BZgA (2012). Denn damit lassen sich inhaltliche Überschneidungen aufgrund der bestehenden Formulierungen nicht vollständig ausschließen.

Die Festlegung definierender Begriffe für das jeweilige Qualitätskriterium in der Spalte Definition konnte durchgängig angewandt werden. Diese Herangehensweise führte zu einer möglichst klaren Begriffsabgrenzung, einer qualitativen Beschreibung anhand der abgeleiteten Leitfragen sowie der quantitativen Bewertung.

Die festgelegten Kodierregeln ermöglichten in der vorliegenden Arbeit eine transparente Beurteilung der Erfüllung der einzelnen Qualitätskriterien durch eine Einzelperson. Durch den Einsatz des definierten Kriterienkatalogs eine subjektive Bewertung minimiert. Aufgrund der eingesetzten Analysemethoden und der personengebundenen Durchführung kann eine Subjektivität jedoch nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Mollemann et al. (2006) publizierten die Ergebnisse einer qualitativen Beurteilung 20 niederländischer Projekte aus unterschiedlichen Bereichen

der Gesundheitsförderung anhand von strukturell einheitlichen Projektbeschreibungen, die erstens durch die „intuitive“ Bewertung durch drei Experten mit mehrjähriger Berufserfahrung in der Entwicklung und Implementierung von Projekten der Gesundheitsförderung ohne zusätzliche Leitfäden, zweitens durch die „intuitive“ Einschätzung von drei Praktikern aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsförderung mit „6, 4 und 1 Jahr Berufserfahrung“ und drittens unter Verwendung von „Preffi 2.0“ (Molleman et al. 2003) – nach mehrstündiger Einweisung in die praktische Anwendung – durch dieselben drei Praktiker (Molleman et al. 2006, S. 221 f.). Die Praktiker äußerten eine Beeinflussung der Beurteilung durch die Art der Projektbeschreibung konnten sie jedoch nicht ganz ausschließen.

Für die Beurteilungszeit bei Molleman et al (2006, S. 226) ergab unter Anwendung des Instruments „Preffi 2.0“ die doppelte Beurteilungszeit als bei der „intuitiven“ Bewertung, jedoch nur für die ersten 10 Bewertungen. Für die folgenden Bewertungen war kein zeitlicher Unterschied mehr messbar und die durchschnittliche Beurteilungszeit betrug „50 Minuten pro Projekt“. Das Vorwissen zu einem Projekt hätte bei „10 Prozent aller Projekte“ einen großen Einfluss auf die Projektbeurteilung.

#### **4.1.3 Kritische Betrachtung der Dokumentenanalyse**

Die analysierten Dokumente entstammten dem Zwischen- und Abschlussbericht der Projekte. Für die ursprüngliche Erstellung der Dokumente lagen kaum inhaltliche Vorgaben oder Hinweise zur Qualitätssicherung und Umsetzung eines Projektmanagements vor (s. Kapitel 3.3). Auch Vorgaben bezüglich der Personen aus den jeweiligen Projekten, die die Berichte verfassen sollten, in Bezug auf deren Qualifikationen, Aufgabenbereiche im Projekt oder Vorerfahrungen in der Erstellung von Dokumenten dieser Art, fehlten.

Inwiefern sich durch die wenigen Vorgaben oder die sich dadurch ergebende Heterogenität der Berichte Nachteile für die Auswertung bzw. die Analyse ergaben, kann nur spekuliert werden.

Ebenso, ob und wenn ja, wie die Ergebnisse der Analyse abweichend ausgefallen wären, wenn bestehende Qualitätskriterien begleitend zur Erstellung der Dokumente verwendet eingesetzt worden wären.

Die Dokumentenanalyse und die Auswertung der Leitfadeninterviews erfolgten nach dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse bzw. der Technik der „strukturierenden“ qualitativen Inhaltsanalyse. Dieses Verfahren gestattet die Kategorisierung systematischer Textbestandteile unter einem inhaltlichen Aspekt (Mayring 2015, S. 97; Mayring 2002, S. 118).

Der Vorteil der qualitativen Inhaltsanalyse zur Auswertung besteht in der Analyse großer „Textmengen“. Zu den Schwächen zählen die „schnelle Kategorisierung“ und die Interpretation der Daten nach einem bestimmten Schema (Flick 2012, S. 473). Folglich könnte die Erfassung aller Textpassagen unvollständig sein. Da das Forschungsinteresse in der Zuordnung der bestehenden Kategorien und nicht in der Neubildung neuer Kategorien lag, spielte das für diese Arbeit eine untergeordnete Rolle.

Nach Art der Klassifizierung werden zwei Gattungen an Dokumenten unterschieden: „Nicht reaktive“ Dokumente, die täglich zu nicht-wissenschaftlichen Zwecken entstehen. Der Verfasser steht zu keinem Zeitpunkt mit einem Wissenschaftler in Kontakt und hat zum Zeitpunkt der Erstellung keine Informationen darüber, ob die Dokumente zukünftig wissenschaftlich analysiert werden. „Reaktive Dokumente“, bei deren Erstellung der Verfasser über die anschließende wissenschaftliche Analyse in Kenntnis gesetzt ist (Pfaff et al. 2012, S. 464). Für zukünftige retrospektive Analysen, z.B. Sekundäranalysen, werden Dokumente gefordert, die „den Sachverhalt objektiv widerspiegeln“. Seit 2005 liegen Leitlinien für die Analyse sekundärer Daten vor (Swart et al. 2015).

Dokumenten werden aus unterschiedlichen Gründen angefertigt, daher wird im Public-Health Bereich zwischen Dokumenten, die „nicht zum Zweck der Evaluation oder Qualitätssicherung verfasst wurden“ und solchen, die nur mit dieser Zielsetzung erstellt worden sind, differenziert. Der Großteil an Dokumenten, der im Rahmen von Interventionen dieses Be-

reichs erstellt wird, dient der Qualitätssicherung, z.B. handelt es sich im Kontext „medizinischer Maßnahmen“ um den Einsatz eines „Erhebungs- und Dokumentationsbogen“ (Pfaff et al. 2012, S. 464).

Eine weitere Klassifikation der Dokumente erfolgt nach Art der Entstehung: fortlaufend oder zu bestimmten Zeitpunkten (Lee 2000). Demnach muss bei der Auswahl der Dokumente für eine Analyse der Entstehungskontext berücksichtigt werden (Flick 2014; Ballstaedt 1982).

Für die qualitative Beurteilung der Dokumente, die im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen eingesetzt werden, formulierte Scott (1990, S. 6 ff.) vier Kriterien: „Authenticity“, „Credibility“, „Representativeness“ und „Meaning“. Durch die mangelnden Vorgaben im Rahmen der Projektdokumente kann für die genutzten Unterlagen keine Aussage über die Erfüllung dieser Kriterien erfolgen. Zukünftig ist eine entsprechende Empfehlung sinnvoll, um die Verlässlichkeit von Projektberichten und einen Transfer zu ermöglichen.

Die Dokumentenanalyse ist ein „nicht reaktives Verfahren“. Es werden verschiedene Dokumente unterschieden, z.B. „visuelle Dokumente“, „Tonträger“ und „schriftliche Dokumente“ (Pfaff et al. 2012, S. 463 f.). Die Dokumente können z.B. fortlaufend erstellt worden sein, z.B. regelmäßige Dokumentationen (Pfaff et al. 2012; Ahmed 2010). Aufgrund des „nichtreaktiven Charakters“ (Mayring 2002, S. 49) wird die Methode zur retrospektiven Analyse eingesetzt (Walsh 2014; Mayring 2002). Nachteile bestehen in der Abhängigkeit der „Qualität der Dokumentenanalyse“ von „der Qualität der Dokumente“ und deren Vollständigkeit sowie in dem erschwerten Zugang zu den Dokumenten (Pfaff et al. 2012, S. 462 ff.).

Für die vorliegende Analyse wurde die Verfügbarkeit und Vollständigkeit der eingesetzten Dokumente durch das begleitende Forschungsprojekt (Goldapp et al. 2013) und die Genehmigung des BMG zur Verwendung der Dokumente im Rahmen dieser Dissertation, ermöglicht. Insgesamt liefern die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit Aussagen zu den analysierten Projekten und sind nicht allgemeingültig.

#### 4.1.4 Kritische Betrachtung der Experteninterviews

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Experten auf Basis der ausgewählten Projekte festgelegt (s. Kapitel 2.3.2).

Alle Interviewpartner konnten per E-Mail oder Telefon erreicht werden, obwohl die vorliegenden Projekte bereits abgeschlossen waren und sich die projektbezogenen Personalstrukturen nach Abschluss der Förderzeit veränderten. Dies gelang, indem die Experten unter den vorliegenden Kontaktadressen erreicht wurden, die aktuellen Mitarbeiter der jeweiligen Institutionen sehr gut kooperierten und die Anfragen weiterleiteten. Zudem standen anstelle der damaligen Projektleitung deren enge Mitarbeiter zur Verfügung, die ebenso in das Projekt involviert waren.

Trotz der zurückliegenden Zeit zeigten alle Experten ein gesteigertes Interesse und eine hohe Teilnahmebereitschaft an der wissenschaftlichen Untersuchung. Die Zusage zu dem Interview erfolgte bei zehn der elf Projekte. Im Anschreiben wurden die Befragungsziele klar beschrieben (Gläser und Laudel 2010). Die zweistufige Kontaktaufnahme (s. Kapitel 2.3.2) trug zusätzlich zu einer hohen Teilnahmebereitschaft bei.

Zusammenfassend erfolgten die Gewinnung des Vertrauens der Interviewten und die verbindliche Vereinbarung des Interviewtermins (Gläser und Laudel 2010).

Problematisch war dagegen, dass es sich bei dem Gegenstand der vorliegenden Interviews um Projekte handelt, deren Abschluss zeitlich zurück lag. Es kann nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass die Informationen der Interviewten aufgrund der zurückliegenden Zeit und der Durchführung des Interviews mit einem Experten je Projekt unvollständig sind, da sich die Experten möglicherweise nicht an sämtliche Details erinnern konnten. Zudem kann bei einem Interview die subjektive Sichtweise der Experten nicht ausgeschlossen werden (Lamnek 2010; Gläser und Laudel 2010), wie auch das mögliche Wechseln der Perspektive bei den Interviewten „zwischen seiner Expertenrolle und seiner Person“ (Pfaff et al. 2012, S. 455).

Die Telefoninterviews ermöglichten den Experten, ohne zusätzliche Reisekosten und organisatorischen Aufwand an der Untersuchung teilzunehmen (Pfaff et al. 2012; Atteslander 2010; Gläser und Laudel 2010). Während des Interviews sollte eine „persönliche Interviewatmosphäre“ geschaffen werden, um die Bereitschaft auf Seiten des Interviewten zu garantieren (Pfaff et al. 2012, S. 459). Außerdem ist die Einhaltung der Regeln der Gesprächsführung während des Interviews zu beachten, da dies eine neutrale Gesprächsbasis schafft (Gläser und Laudel 2010).

Aufgrund der begrenzten Zeit eines Telefoninterviews muss die Anzahl der Fragen des Leitfadens im Vorfeld berücksichtigt werden (Pfaff et al. 2012; Diekmann 2010). Die durchschnittlich angegebene Dauer für telefonische Interviews „zwischen 10 und 30 Minuten“ (Pfaff et al. 2010, S. 459) wurde für alle durchgeführten Interviews erfüllt (s. Kapitel 2.3.3). Der Leitfaden (s. Anhang 10.3.3) trug zur strukturierten und zeitlich begrenzten Durchführung der Interviews bei.

In der vorliegenden Arbeit erfolgten die Experteninterviews auf Basis eines vorab erstellten Leitfadens. Im Anschluss an die Dokumentenanalyse ergaben sich je nach Projekt individuelle Fragen im Rahmen der einheitlichen Grundstruktur des Leitfadens. So waren drei Fragen innerhalb des Leitfadens für alle Experten identisch, die übrigen orientierten sich an den Projektberichten und sich daraus noch ergebenden möglichen offenen Punkten bzw. den Qualitätskriterien. Durch die gewählte Vorgehensweise war es möglich, die inhaltlichen Lücken, die sich nach der Dokumentenanalyse ergaben, nahezu vollständig zu erfassen.

Der Versand der Leitfäden per E-Mail am Morgen des Interviews gab den Experten Gelegenheit, sich inhaltlich für eine begrenzte Zeit auf das Interview einzustimmen. Eine zu große Vorbereitungszeit hätte Einfluss auf das Antwortverhalten (Gläser und Laudel 2010).

Die Vorteile eines leitfadengestützten Experteninterviews bestehen in der strukturierten Erhebung von Daten, in der Ermittlung gezielter Informationen (Gläser und Laudel 2010; Atteslander 2010; Meuser und Nagel 2005)

sowie in der „rudimentären Vergleichbarkeit der Interviewergebnisse“ (Schnell et al. 2011, S. 379) bei „einer hohen Standardisierung“ mittels „stärker strukturiert und themenbezogenen“ Leitfaden (Pfaff et al. 2012, S. 455). Der Einsatz eines Leitfadens schafft eine Basis für eine Interviewsituation mit wechselnden Gesprächsanteilen (Gläser und Laudel 2010). Durch den Einsatz eines Leitfadens, der „noch stärker eine Steuerfunktion“ bzgl. der Begrenzung des Themengebietes hat (Flick 2014, S. 216 f.), kann eine zentrierte Gesprächsführung ermöglicht werden (Meuser und Nagel 2005).

Die Nachteile bestehen auf Seiten des Experten in dem mögliche Darlegen des „allgemeinen Expertenwissens“ anstelle einer konkreten Beantwortung der Leitfragen (Pfaff et al. 2012, S. 456) sowie auf Seiten des Interviewers aufgrund „allmählich Nachlassen der Konzentration“ zu Fehlern kommen (Gläser und Laudel 2010, S. 187). Weitere Nachteile eines leitfadengestützten Interviews bestehen in einer „Abhängigkeit der Datenqualität von der Qualität der Interviewer“ und zu einem „höheren Zeitaufwand als bei standardisierten Befragungen“ kommen (Atteslander 2010, S. 142).

Durch die Verwendung eines inhaltlich an den Qualitätskriterien orientierten, strukturierter Leitfäden mit begrenzter Fragenanzahl, den vorherigen identischen Ablauf sowie die Durchführung aller Interviews durch eine geschulte Person, konnten mögliche Nachteile minimiert werden.

#### 4.1.5 Kritische Betrachtung der Datenaufbereitung

In der vorliegenden Untersuchung erfolgte die Aufzeichnung der Interviews durch die Verwendung einer Smartphone-App (`Sprachmemos`), einer Tonaufnahme unbegrenzter Länge sowie sofortiger Abspeicherung der Aufzeichnung als digitale Datei. Es wurden digitale Dateien von jeweils zehn minütiger Dauer erstellt, um anschließend die Transkription mit einer Software durchführen zu können. Handelte es sich um eine längere Interviewdauer, wurde während des Interviews ohne Unterbrechung des Interviews geräuschlos eine neue Datei geöffnet.

Die gewählte Vorgehensweise ermöglichte eine zeitgleiche Durchführung der Interviews und eine vollständige digitale Aufzeichnung der Daten. Eine störungsfreie Atmosphäre während des Interviews ohne Unterbrechung des Interviews aufgrund des Batteriewechsels (Gläser und Laudel 2010) wurde durch die gute Qualität der Aufnahmetechnik des integrierten Mikrophones und die große Aufzeichnungskapazität des Smartphones gewährleistet.

Zur Transkription wurde die Software „f4“ eingesetzt. Die Verwendung diente einer Minimierung der finanziellen Kosten, da die Software kostenfrei im Internet (Giga Software 2014) verfügbar ist. Außerdem wird eine Wiedergabe der digitalen Dateien von bis zu zehn Minuten Dauer ermöglicht. Dadurch konnte ein minimaler Zeitaufwand für die vollständige wörtliche Transkription sowie der Wegfall zusätzlicher finanzieller Ausgaben für eine Software erreicht werden.

Für die wörtliche Transkription wurde die Technik der „Übertragung in normales Schriftdeutsch“ gewählt, da die Interviewten als Experten fungierten und in Bezug auf die wissenschaftlichen Fragestellungen eine inhaltlich thematische Ebene im Fokus der Analyse stand (Mayring 2002, S. 91). Es erfolgte eine Transkription, da sie die Voraussetzung für die nachfolgende Auswertung darstellt (Meuser und Nagel 2005). In Vorbereitung auf die anschließende Auswertung wurden die Transkripte direkt formatiert (Gläser und Laudel 2010).

Die Vorteile einer Tonaufzeichnung sind die vollständige Rekonstruktion des Gesprächs und der inhaltlichen Informationen des Interviews sowie eine zeitnahe Auswertung (Atteslander 2010). Zudem ist eine Konzentration auf die Formulierung der Fragen möglich, da parallel keine handschriftliche Mitschrift erfolgen muss. Ein Nachteil besteht in der Art der Aufzeichnungssituation, die sich von einer natürlichen Gesprächssituation unterscheidet (Gläser und Laudel 2010).

Eine Tonaufzeichnung mit dieser Smartphone-App wird bisher noch nicht in wissenschaftliche Untersuchungen beschrieben. Diese Methode der digitalen Aufzeichnung könnte zur den bisher von Atteslander (2010, S. 142) beschriebenen „Tonbandaufzeichnungen“ gezählt werden.

Eine vollständige Transkription hat den Vorteil, dass das Ergebnis einen vollständigen Datensatz ohne Kürzung der Informationen beinhaltet, was die Voraussetzung für viele sich anschließende Analysetechniken ist (Mayring 2002).

Die Nachteile einer vollständigen Transkription sind der hohe Zeitaufwand und die hohen Kosten für eine Software (Gläser und Laudel 2010). Durch die Verwendung einer kostenfreien Software können beide Nachteile ausgeschlossen werden.

## 4.2 Diskussion der Ergebnisse

Um den Einsatz von qualitätssichernden Maßnahmen bzw. die Berücksichtigung von Qualitätskriterien in den Projekten und die mit einem solchen Einsatz verbundenen Wirkungen beurteilen zu können, werden die Ergebnisse des zweistufigen Studiendesigns zusammengefasst analysiert und interpretiert. Zunächst werden die zugrundeliegenden Qualitätsdimensionen diskutiert, anschließend die Inhalte von Qualitätskriterien bzw. der genutzten Qualitätskriterien (BZgA 2012) und schließlich das Bewertungsraster sowie dessen Einsatz.

### 4.2.1 Grundlagen zur Entwicklung von Qualitätskriterien unter besonderer Berücksichtigung des PHAC

Das Modell des Public Health Action Cycle wurde vom Institute of Medicine (1988, S. 42-43) – ausgehend von der Diskussion um die Funktionen und Aufgaben der Regierung im Bereich Public Health – entwickelt. Es besteht aus vier – sich wechselseitig bedingenden – Phasen: „Assessment“, „Policy Development“, „Assurance“ und „Evaluation“. Diese Phasen wurden von Ruckstuhl et al. (2008, S. 4) schematisch als Zirkel dargestellt und von Rosenbrock und Hartung (2011, S. 469) in: „Problembestimmung“, „Strategieformulierung“, „Umsetzung“ und „Bewertung“ sowie von Kolip (2006, S. 234-235) in: „Problemdefinition“, „Strategieformulierung“, „Implementation/Umsetzung“ und „Bewertung/Evaluation“ übersetzt.

Das Ziel dieser Herangehensweise – von sich aufeinander beziehenden Phasen – ist eine sich steigernde Qualität. Im Qualitätsmanagement erfolgt – vorrangig im betriebswirtschaftlichen und industriellen Sektor – der Einsatz des nach Deming (1993) bezeichneten „PDCA Cycle“: „Plan - Do - Check - Act“ (zitiert in Saan 1997, S. 35) und nach Shewhart benannten „PDSA Cycle“: „Plan - Do - Study - Act“ (Best und Neuhauser 2006, S. 142-143; Deming 1993, S. 134 f.).

Im Rahmen der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bietet der Public Health Action Cycle eine wichtige strukturelle Grundlage zur Planung und Durchführung von Interventionen (Ruckstuhl et al. 2008; Kolip 2006; Szagun und Starke 2005). Das Vorgehen der Qualitätssicherung wird als Prozess der kontinuierlichen Weiterentwicklung definiert (Lehmann und Töppich 2002; Speller et al. 1997a).

In Anlehnung an das Modell des Public Health Action Cycle bei Rosenbrock (1995) erläuterte Hösli (1998, S. 229 ff.) exemplarisch die praktische Anwendung der vier Phasen zur Optimierung bestehender Probleme in einem „Jugend- und Kulturzentrum“. Zur Phase: „Problemdefinition“ zählten die „Problemanalyse und die Problemdefinition“, zur Phase: „Strategie“ die Formulierung konkreter Ziele nach „smart“ und zur Phase: „Massnahmen“ die verbindliche inhaltliche Ausarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen. Als letzte Phase schloss sich die „Evaluation“ an sowie nachfolgend auf Basis der Evaluationsergebnisse die Konsequenzen, wie die Zukunft des Zentrums nachhaltig gestaltet werden konnte.

Kolip (2006, S. 234-235) beschrieb am Beispiel „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ Inhalte der vier Phasen des Public Health Action Cycle. Im Rahmen der „Problemdefinition“ wurden die Daten von internationalen und nationalen Studien genannt. Zur „Strategieformulierung“ zählte die Entwicklung eines Präventionsprogramm zur Bewegungs- und Ernährungsförderung auf Basis der Studienlage, die Benennung der Zielgruppe und des Settings. Die Phase: „Implementation/Umsetzung“ beinhaltete die Berücksichtigung kultureller Besonderheiten der Zielgruppe sowie die Bestimmung der „Zugangswege“. Innerhalb der Phase „Evaluation“ sollten die Änderungen der Zielgruppe bezüglich Bewegungs- und Ernährung evaluiert und mit einer Kontrollgruppe verglichen werden.

Macdonald (1997, S. 5-6) betonte die Bedeutung einer guten Problemanalyse als Beginn eines jeden Qualitätszirkels. Die „kritische Startphase“ sei entscheidend, da alle anderen Phasen darauf aufbauten. Für jede qualitätsgesicherte Intervention in der Gesundheitsförderung wäre der Einsatz

einer Vorgehensweise anhand qualitätsgesicherter Instrumente wie z.B. des Qualitätszirkels „nötig und ein entscheidender Teil“.

Chinman et al. (2012, S. 604 ff.) analysierten über einen Zeitraum von 9 Monaten u.a. die notwendigen Ressourcen, die Akzeptanz und Durchführbarkeit des „PDSA Cycle“ zur Qualitätsoptimierung bei 10 Programmen zur Suchtprävention. Es wurden z.B. methodische Trainings-Workshops und qualitative Interviews mit den Mitarbeitern der Programme geführt. Die Teilnehmer erhielten durch die Aktivitäten in den vier Phasen eine Handlungsgrundlage und eine bessere strukturelle Organisation. Zudem fühlten sie sich motiviert, ihre jeweiligen Programme zu optimieren. Als große Herausforderung benannten sie die begrenzte zeitliche Verfügbarkeit von Personal zur qualitätsgesicherten Durchführung der Aktivitäten sowie die Personalfuktuation innerhalb der Programme. Auch wenn sie zunächst die Anwendung der qualitätsgesicherten Vorgehensweise als zeitintensiv ansahen, wurde dieser zeitliche Faktor nach den Trainings-Workshops und durch die kontinuierliche Unterstützung revidiert.

Kahan und Goodstadt (1999, S. 83 ff.) erläuterten verschiedene Aspekte zur Vereinbarung der Modelle des „Continuous Quality Improvement (CQI)“ – das häufig als Überbegriff der Qualitätssicherung („Quality Assurance“) bezeichnet wird und zu dem der „PDSA-Cycle“ zählt – und Gesundheitsförderungsorganisationen in Kanada. Zu diesen Aspekten zählten z.B. die Art der methodischen Anwendung und den möglichen Einfluss der Modelle auf den Bereich der Gesundheitsförderung. Diese Modelle könnten bei der Umsetzung der Prozesse und der Erreichung der Ziele und Optimierung der Ergebnisse in der Gesundheitsförderung helfen, wie es bereits für die Industrie und den Health-Care Bereich gezeigt wurde. Zur Übertragung wäre eine Abstimmung mit den Strukturen und Prinzipien der Gesundheitsförderung notwendig, wie es durch den Einsatz von Qualitätszirkeln, wie z.B. nach Deming (1993) erfolgt.

In Anlehnung an den „PDCA-Cycle“ erprobten Wang et al. (2013) den Einsatz eines „Qualitätskontrollzirkel (QCC)“ in medizinischen Institutionen in Zhejiang (China) und ermittelten den effektiven Einsatz des Instruments

zur Überprüfung der Qualität. Die qualitätsgesicherten Aktivitäten erfolgten in 10 Schritten, u.a. „Themenauswahl, Planung, Ziel- und Strategieformulierung, Ausführung, Evaluation und Reflexion“. Als wichtigste Aktivität galten die „Zirkeltreffen“, da dort die Gelegenheit des Austauschs und der Prozessdiskussion gegeben war, Durch die Verwendung des „Qualitätskontrollzirkel (QCC)“ konnten eine Verbesserung der Qualität in diesen medizinischen Institutionen erzielt werden.

Schwierigkeiten in der praktischen Anwendung des „PDCA-Cycle“ bestünden nach Saan (1997, S. 35) in der transparenten Abgrenzung und Darstellung der einzelnen Phasen: „1.Plan, 2.Do, 3.Check, 4.Act“. Rosenbrock (1995) nannte als Herausforderung zur Übertragung des theoretischen Modells in die Praxis z.B. die Verständigung von Personen unterschiedlicher Interessen, die an den Interventionen beteiligt sind. Dadurch könnten Differenzen entstehen, die z.B. zu Verzögerungen im Projektablauf und nachfolgend zur Verschiebungen der sich anschließenden Phasen führen. Maycock und Hall (2003) betonten die grundsätzliche Abstimmung des Einsatzes eines Qualitätsmanagements mit den Prinzipien der Gesundheitsförderung aufgrund der verschiedenen strukturellen Voraussetzungen und Prinzipien. Sie schlussfolgerten, dass die Implementierung des Qualitätsmanagement eine Möglichkeit zur Operationalisierung der Konzepte der Gesundheitsförderung und dadurch einen positiven Mehrwert für die Praktiker im Umgang mit der komplexen Struktur bietet.

In den vergangenen Jahren wurde das Modell des Public Health Action Cycle weiterentwickelt: Ruckstuhl et al. (2008, S. 8) formulierten für jede Phase Leitfragen und relevante Handlungen, um die praktische Umsetzung des theoretischen Modells zu erleichtern und den Akteure eine „Reflexionshilfe“ in der Planungs- und/oder Durchführungsphase zu bieten.

Graf et al. (2008, S. 1325 ff.) konzipierten ein „Strukturmodell zur Planung und Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen“, das den ursprünglichen Public Health Action Cycle z.B. nicht nur durch die Aspekte „Partizipation“, „Qualifikation“, „Verhaltens- und Verhältnisprävention“ sowie „Empowerment“ erweiterte, sondern auch die Verbindung meh-

rerer Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung durch die Vernetzung mehrerer Wirkungsebenen innerhalb der Gesundheitsförderung realisiert. Die Autoren gingen davon aus, dass diese Erwartungen und kombinierten Verknüpfungen zu einer besseren Umsetzung präventiver Maßnahmen führen.

Jordan (2012, S. 156-158) erweiterte das Modell des Public Health Action Cycle um das Element des Monitoring: „Gesundheits-, Medien-, Politik-, Interventionsmonitoring“ sowie die Elemente: „Evidenzbasierung“, „Partizipation“ und „Qualitätsmanagement“. Durch die Einbeziehung „evidenzbasierter Informationen“ sollen z.B. ein „höheren Erfolg, eine Weiterentwicklung und Transparenz der Gesundheitspolitik“ erreicht werden.

In der Gesundheitsförderung und Prävention hat sich im Rückgriff auf die Phasen des Public Health Action Cycle zur Beurteilung der Qualität von Interventionen die Einteilung in Dimensionen etabliert: Zunächst legte Donabedian (1966, S. 713) die Einteilung in drei Qualitätsdimensionen fest: „Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“.

Anschließend erweiterten Ruckstuhl et al. (2001, S. 40 ff.) diese Qualitätsdimensionen um die „Assessmentqualität“, welche die Basis für jede Intervention darstellt und z.B. die „Abklärung von Bedarf und Bedürfnis“ beinhaltet. Die Erweiterung des Public Health Action Cycle erfolgte „aufgrund von Erfahrungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung“, nachdem zunächst an ausgewählten Projekten sechs Dimensionen: „Struktur-, Prozess-, Ergebnis-, Assessment-, Impakt- und Beziehungsqualität“ erprobt wurden (Ruckstuhl et al. 1998, S. 226).

Graf (2010a, S. 17 ff.) erweiterte die vier Qualitätsdimensionen um die „Konzeptqualität“ auf der Grundlage eines weiterentwickelten Public Health Action Cycle (Graf et al. 2008). Zur „Konzeptqualität“ – welche „die Basis für die übrigen Qualitätsdimensionen“ bildet – zählen z.B. die Fixierung eines „Konzept zum Erreichen der Ziele und Zielgruppen“ sowie die Berücksichtigung von Niederschwelligkeit, Verhältnisprävention und die Festlegung des Zeitraums zur Durchführung einer Maßnahme.

Die Qualitätsdimensionen werden innerhalb der Qualitätssicherung durch mehrere Qualitätskriterien erfasst. Ausgehend vom Modell des Public Health Action Cycle wurden international und national verschiedene Qualitätskriterien beispielsweise in Form von Checklisten zur praktischen Umsetzung von Qualitätssicherung abgeleitet (s. Kapitel 4.2.2).

#### 4.2.2 Kritische Betrachtung von Qualitätskriterien

Der Einsatz von Instrumenten zur Qualitätssicherung mit einer zusätzlichen Operationalisierung der Qualitätskriterien wird für die Anwendung der externen Bewertung (Molleman et al. 2006; Bollars et al. 2005) und zur projektbegleitenden Reflexion in den einzelnen Projektphasen beschrieben (Ackermann und Studer 2006). Die qualitätsgesicherte „systematische Reflexion“ der Projekte (Gesundheitsförderung Schweiz 2014, S. 1) kann die Stärken und Schwächen des analysierten Projekts mithilfe der Qualitätskriterien transparent darstellen (Ackermann und Studer 2006; Bollars et al. 2005).

Die in der vorliegenden Analyse eingesetzten 20 Qualitätskriterien (BZgA 2012, S. 2) gliedern sich in 8 Phasen: „Gemeinsames Verständnis entwickeln“, „Bedarf und Bestand ermitteln“, „Zielgruppe bestimmen/Ziele setzen“, „Konzept erstellen“, „In die Praxis umsetzen“, „Dokumentieren“, „Maßnahme bewerten und reflektieren(Evaluation/evaluieren)“ und „Erfolgreiche Maßnahmen fortführen und verstetigen/Maßnahmen optimieren“. Es besteht keine Operationalisierung. Daher wurde durch die Spalte Definition des Kriterienkatalogs (s. Kapitel 2.2.1) eine transparente Aufgliederung und differenzierte Bewertung der Erfüllung des jeweiligen Qualitätskriteriums erprobt und konnte durchgehend praktikabel erfolgen.

Einige Instrumente zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention verfügen neben einer Anzahl an Qualitätskriterien zusätzlich über festgelegte Indikatoren, die das jeweilige Qualitätskriterium operationalisieren. Zu diesen Instrumenten zählen: „Quint-essenz“ (Gesundheitsförderung Schweiz 2014; Ackermann et al. 2009; Studer und Acker-

mann 2009; Ackermann und Studer 2006), „EQUIHP“ (Bollars et al. 2005; GEP und NIGZ 2005) und „Preffi 2.0“ (Molleman et al. 2003).

Außerdem sind die Qualitätskriterien der zuvor genannten Instrumente allgemein formuliert. Ein Vorteil besteht in der „breite[n] Anwendung“ (Ackermann und Studer 2006, S. 19). Zudem ermöglicht diese Formulierung die Anpassung an die grundsätzliche Herausforderung beim Anlegen der Qualitätskriterien zur systematischen Analyse innerhalb eines komplexen, „multi-disziplinären“ (McQueen 2001, S. 262) bzw. „multifaceted“ (Lahtinen et al. 2005, S. 306) Gebietes wie der Gesundheitsförderung (Walter et al. 2011a; Kliche et al. 2009) aufgrund unterschiedlicher Thematiken sowie der Vielfalt an „Methoden“ und „Standards“ aus mehreren Fachdisziplinen, z.B. der „Psychologie, Medizin und Ökonomie“ (Lahtinen et al. 2005, S. 306-307).

Die Qualitätskriterien von „Quint-essenz“ (Gesundheitsförderung Schweiz 2014, S. 3) gliedern sich in 6 Abschnitte: „1. Konzepte der Gesundheitsförderung“, „2. Projektbegründung“, „3. Projektplanung“, „4. Projektorganisation“, „5. Projektsteuerung“ und „6. Ergebnisse und Wirkungen“. Zu jedem Abschnitt existiert eine unterschiedliche Anzahl an Qualitätskriterien mit jeweils festgelegten Indikatoren. Das Qualitätskriterium „2.1 Der Bedarf für das Projekt ist nachgewiesen“ wird durch zwei Indikatoren operationalisiert: „Die Fachliteratur und andere mögliche Quellen für die fachliche Begründung sind recherchiert“; „Der Bedarf für die geplanten Veränderungen ist erwiesen und dokumentiert (theoretisch/empirisch)“.

Die Qualitätskriterien des Instruments „EQUIHP“ werden in 4 Cluster eingeteilt: „I Framework of Health Promotion Principles“, „II Project Development & Implementation“, „III Project Management“ und „IV Sustainability“ (GEP und NIGZ 2005). Zusätzlich zu jedem Qualitätskriterium existiert eine Anzahl an Indikatoren in Form von Fragen, die bei der Bewertung des Qualitätskriteriums „helfen“ sollen (Bollars et al. 2005, S. 15). Das Qualitätskriterium „III b) The working plan and organisation of the project are firmly established“ hat 4 Indikatoren: „1. Is the project plan logistically structured and clearly written?“, „2. Does the project plan specify the im-

portant decision-making moments?”, „3. Are the methods of the activities clearly described in a working plan?”, „4. Are the organizational aspects of the intervention clearly outlined and documented?”, „5. Is there a realistic timeframe for the project?“ „Jeder einzelne Indikator wird mit einer dreistufigen Skala bewertet: „yes, partly, no“ (GEP und NIGZ 2005).

Das Instrument „Preffi 2.0“ (Mollemann et al. 2003, S. 9 ff.) besteht aus 39 Qualitätskriterien, die auf 8 Cluster aufgeteilt sind. Die Cluster werden zwei übergeordneten Kategorien zugeteilt. Insgesamt zählen zu den „Development aspects“ die Cluster: „2. Problem analysis“, „3. Determinants of (psychological) problems, behavior and environment“, „4. Target group“, „5. Objectives“, „6. Intervention development“ und zu den „Implementation aspects“ die Cluster: „1. Contextual Conditions and Feasibility“, „7. Implementation“, „8. Evaluation“. Jedes Cluster verfügt über eine Anzahl an Qualitätskriterien, die jeweils durch eine Anzahl festgelegter Fragen operationalisiert werden und mit Ja oder Nein beantwortet werden müssen. Zudem hat jedes Qualitätskriterium einen Bewertungsschlüssel. Das Qualitätskriterium „4.3 Accessibility of the target group“ wird operationalisiert in: „1. Is it clear by what channels the target group can be reached? (TIP: think of locations, media, intermediary persons.), 2. Has the choice of channel(s) (locations, medium, person) been substantiated?“.

Ein Vorteil der Operationalisierung besteht in der detaillierten und konkreten Aufgliederung der Qualitätskriterien (Ackermann et al. 2009; Ader et al. 2001; Speller et al. 1997a). Durch die spezifischen, „klaren Anweisungen“ kann eine „reliable Beurteilung“ und „höhere Übereinstimmung“ zwischen den Beurteilern erfolgen (Molleman et al. 2006, S. 220).

Weitere operationalisierte Qualitätskriterien entwickelten und erprobten Ader et al. (2001, S. 187 ff.). Zunächst ermittelten sie „Elementen“, die in Projekten und „Programmen der Gesundheitsförderung „notwendig“, „wichtig“ und entscheidend für ein positives Outcome von schwedischen Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung waren. Anschließend wurden diese „generalisiert“ und als „Qualitätsindikatoren“ bezeichnet sowie durch eine Anzahl an „allgemeinen Fragen“ („question pro-

forma“) operationalisiert. Der Qualitätsindikator: „Target group“ wurde in die „question pro-forma“: „Does the project have defined target group?, On what grounds was the target group chosen?, Are there existing surveillance systems and statistics enabling community analysis and target group follow up?“. Die 14 Qualitätsindikatoren gliederten sich in 6 Strukturindikatoren: „Goals“, „Target groups“, „Design“, „Responsibility“, „Resources“, „Organization“, 4 Prozessindikatoren: „Network“, „Commitment“, „Exposure“, „Participation“ und 4 Ergebnisindikatoren: „Behavioural changes“, „Environmental changes“, „Epidemiological changes“ und „Maintenance“.

Van den Broucke und Lenders (1997, S. 26) führten eine Analyse mit 9 Qualitätskriterien durch, die in Anlehnung an „Windsor et al. (1984) sowie Green und Lewis (1986)“ nach vorheriger Validierung zur Beurteilung der Planungsqualität von gesundheitsförderlichen Projekten erstellt wurden: „(1) empirical basis of the project; (2) target group specification; (3) objective specification; (4) involvement of the target group; (5) method specification; (6) timing; (7) process evaluation; (8) effect evaluation; und (9) competence of submitter“. Durch die unterschiedlichen Anzahl an Indikatoren erfolgte eine Operationalisierung bei 7 der 9 Kriterien: z.B. zählten zum Kriterium „Method specification“ die Indikatoren: „Clarity of the methods“ und „Fit between methods and objectives“, zum Kriterium „Planning“ die Indikatoren „Clarity of the planning“ und „Realism of the planning“. Zwei Qualitätskriterien verfügten über keine Operationalisierung: „Active participation of the target group“ und „Competence of the project submitter“ (Van den Broucke und Lenders 1997, S. 27 Tab. 1).

Neben operationalisierten Qualitätskriterien existieren weitere Qualitätskriterien. Lahtinen et al (2005, S. 308 ff.) erprobten final in einer finnischen Analyse von Projekten der Gesundheitsförderung – die vom „Ministry of Social Affairs and Health“ gefördert wurden – 14 Qualitätskriterien, die zuvor in einem mehrstufigen Verfahren z.B. bezüglich Anwendbarkeit und Formulierung – auch in Rücksprache mit den Praktikern – überprüft wurden. Diese gliederten sich in 7 allgemeine Kriterien: „Scientific quality“,

„Defined scope“, „Anticipated outcomes“, „Operationalization“, „Feasibility“, „Process evaluation“, „Documentation and dissemination“ und 7 Kriterien zur Gesundheitsförderung: „Health promotion relevance“, „Health Promotion values“, „Health promotion innovation“, „Health promotion discourse“, „Health promotion practice“, „Health promotion action“, „Health promotion context“.

Innerhalb des Qualitätssicherungsverfahrens „QIP“ (Töppich und Lehmann 2009; Kliche et al. 2004, S. 127 f.) erfolgt die Einteilung für die Beurteilung von „Strukturen und Konzepten“ mit 6 „Hauptdimensionen“: „Ausstattung der Einrichtung“, „Konzeptqualität“, „Externe Kommunikation“, „Erfolgskontrolle und Evaluation für die gesamte Arbeit“, „Projektmanagement“ und „Qualitätsmanagement“ und für „Präventive Aktivitäten“ mit 7 „Hauptdimensionen“: „Konzeptqualität“, „Planungsqualität“, „Mitwirkende der Aktivität“, „Verbreitung des Angebots (Streuwege, Reichweite, Medien)“, „Verlaufsgestaltung und Projektmanagement“, „Erfolgskontrolle und Evaluation für Einzelaktivität“ und „Unterstützung nachhaltiger Wirksamkeit und Qualitätssicherung“. Dieses Instrument wird beispielsweise zur externen Evaluation der Konzept- und Prozessqualität im Setting Kindertagesstätte (Kliche et al. 2007) sowie in unterschiedlichen Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention (Kliche et al. 2006b) eingesetzt.

#### 4.2.3 Kritische Betrachtung des Bewertungsrasters

Das in der vorliegenden Analyse eingesetzte Bewertungsraster gliederte sich in eine dreiteilige Bewertungsskala und die Spalte Begründung (s. Kapitel 2.2.2, Tab. 6). Diese Aufteilung hat sich bewährt. Die quantitative Bewertung anhand der Bewertungsskala war durchgehend möglich und durch die Spalte Begründung des Bewertungsrasters konnte – in Anlehnung an „Quint-essenz“ (Ackermann und Studer 2006) – mit der schriftlichen Fixierung der Seitenzahlen der Dokumente ein hohes Maß an Nachvollziehbarkeit in der Bewertung erzielt werden.

Die Bewertungsskala (s. Kapitel 2.2.2, Tab. 5) mit der Unterteilung in die drei Bewertungsstufen „vollständig erfüllt“, „teilweise erfüllt“ und „nicht erfüllt“ sowie die zusätzliche wertneutrale Kategorie „k.A.“ – wenn aufgrund unzureichender Informationen in den Dokumenten keine Bewertung möglich war – erwies sich als praktikabel und konnte in allen vorliegenden Dokumenten für jedes Qualitätskriterium erfolgen.

Die Art und Weise, wie gut die Bewertung mit der dreistufigen Bewertungsskala bei den vorliegenden Dokumenten gelang, variierte je nach Kriterium. Insgesamt erfolgte die Bewertung der meisten Qualitätskriterien mit „vollständig erfüllt“ oder „teilweise erfüllt“. Einige Qualitätskriterien und demnach auch einige der Qualitätsdimensionen nach Graf (2010a) konnten von den Projekten durchgehend besser erfüllt werden als andere (s. Kapitel 3.1). Zurückgeführt werden könnte die unterschiedlich gute Anlegung der Qualitätskriterien auf deren Formulierung (s. Kapitel 4.1.2) sowie auf die Güte der Dokumente, da diese nicht zum Zweck der wissenschaftlichen Analyse erstellt wurden (s. Kapitel 2.1.1). Die Bedeutung der Güte des Datenmaterials bestätigten Molleman et al. (2006) und verwiesen auf Schwierigkeiten bei der ausschließlichen Verwendung von Projektbeschreibungen und dem Fehlen der Möglichkeit für persönliche Rückfragen bei der Bewertung mit definierten Indikatoren. Spekulieren kann man, dass die Akteure auch ohne Vorlage von Qualitätskriterien bei der Projektplanung grundlegende Aspekte der Qualitätssicherung bereits umsetzen.

Vergleichende Studien zur Anwendung der teilweise in zwei Aspekte aufgliederten 20 Qualitätskriterien (s. Kapitel 2.2.1) und des entwickelten Kriterienkatalogs (s. Anhang 10.1) liegen zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor.

Insgesamt erzielten die Projekte bei den Qualitätskriterien zur Qualitätsdimension „Planungsqualität“ in der vorliegenden Analyse durchgehend „vollständig erfüllt“ oder „teilweise erfüllt“, nur vereinzelt nach Durchführung der Interviews „nicht erfüllt“ (s. Kapitel 3.1). Eine gute Planungsqualität der vorliegenden Projekte bestätigten die Ergebnisse der begleitenden externen Evaluation, in der eine Analyse mit neu entwickelten Qualitätskriterien erfolgte (Gerken et al. 2012).

Die Planungsqualität bildet eine fundamentale Grundlage der Projektqualität, daher sollte dieser Qualitätsdimension eine hohe Bedeutung innerhalb des Projektes zuteilwerden (Van den Broucke und Lenders 1997).

In der vorliegenden Analyse wurden besonders die Qualitätskriterien der Bedarfsanalyse (QK 2A), der Bestandsaufnahme (QK 2B) und der Bestimmung der Zielgruppe(n) vor der Berücksichtigung des Bedarfs (QK 3) von zehn Projekten „vollständig erfüllt“ (s. Kapitel 3.1).

Die Qualitätskriterien zur Partizipation der Zielgruppe(n) (QK 5.1 und QK 5.2) wurden mehrheitlich „teilweise erfüllt“. Insgesamt erfolgte häufig die Beschreibung und Umsetzung von „Vorstufen der Partizipation: Information, Anhörung, Einbeziehung“ der Zielgruppen (Wright et al. 2015, S. 142; 2009, S. 164). Ähnliche Ergebnisse zur Umsetzung von Partizipation beschrieben Ackermann und Studer (2006, S. 20) anhand des Qualitätssicherungsinstruments „Quint-essenz“ für 34 Projektender Gesundheitsförderung. Am wenigsten erfüllt wurden die zwei Qualitätskriterien „Partizipation der Akteure des Settings“ und „Formative Evaluation“. Eine Ursache für die geringe Erfüllung an Stufen der Partizipation in die Praxis könnten Schwierigkeiten bei der Umsetzung sein, da Partizipation „ein aufwendiger Prozess ist“, der zunächst mit einem höheren Einsatz an Ressourcen verbunden ist und deren Mehrwert sich erst langfristig als „wirkungsvoller“ Prozess erweist (Wright et al. 2008, S. 753).

Für das QK 11 („Empowerment“) ergaben sich zunächst nach der Dokumentenanalyse für zehn Projekte „k.A.“. Im Anschluss an die Leitfadenterviews wurde das QK 11 von zehn Projekten „vollständig erfüllt“ oder „teilweise erfüllt“ (s. Kapitel 3.1). Auch wenn die Ergebnisse bereits auf eine gute grundsätzliche Umsetzung von „Empowerment“ als Konzept der Gesundheitsförderung nach der Ottawa-Charter (WHO 1986) hindeuten, werden in Bezug auf die Evaluation von „Empowerment“ das „Fehlen einer eindeutigen Definition“ (Loss und Wise 2008, S. 757 f.) und die heterogene Verwendung des Begriffs beschrieben, z.B. ermittelten Kliche und Kröger (2008, S. 716 ff.) „acht Hauptdimensionen“, u.a. „(1) Beteiligung an Entscheidungen“, „(2) Selbstwirksamkeitserwartung“, „(4) Kompetenzen“ von Empowerment“.

Die Qualitätskriterien zur Formulierung der Haupt- und Teilziele (QK 6.1 und QK 6.2) wurde bei zehn der Projekte in der vorliegenden Analyse mit „teilweise erfüllt“ bewertet. Diesbezüglich besteht einheitlich ein Optimierungsbedarf zur Formulierung der Ziele nach „SMART“ (Doran 1981, S. 36). In der Analyse eines schwedischen Präventionsprogramms („injury prevention programme“) von Ader et al. (2001, S. 191 ff.) variierte die Erfüllung der 14 Qualitätsindikatoren stark, z.B. wurden die Ziele zur Implementierung des Programmes unspezifisch formuliert und nachträglich bearbeitet. Insgesamt berichteten die Praktiker in Schweden von einem positiven Nutzen der Qualitätsindikatoren zur Qualitätssicherung der Projekte.

Aubert et al. (2002, S. 17 ff.) nannten in der praktischen Anwendung von „Quint-essenz“ – mit einer vierstufigen Bewertungsskala für jeden Indikator: „--, -, +, ++“ und anschließenden Bildung eines „Durchschnittswert“ für jedes Qualitätskriterium (Gesundheitsförderung Schweiz 2014, S. 1 ff.) – Qualitätskriterien, die von Praktikern innerhalb eines Seminars als „besonders erklärungsbedürftig“ wahrgenommen wurden. Dazu zählten: „Der Bedarf für das Projekt ist ausgewiesen“, „Die Projektziele sind wirkungsorientiert und überprüfbar“ und „Strategien und Maßnahmen sind theoretisch und methodisch begründet“.

In einer Studie von Van den Broucke und Lenders (1997, S. 26 f.) wurde die Planungsqualität von 65 Projektanträgen unterschiedlicher Organisationen aus dem Jahr 1995 bestimmt und mit 137 Projektanträgen aus dem Jahr 1993 weiterer Organisationen zu einem breiten Spektrum im Bereich Gesundheitsförderung, z.B. zu den Themen Ernährung und Rauchen sowie zu variierenden Zielgruppen und Settings in Belgien innerhalb der Analyse verglichen. Die Bewertung der Projekte erfolgte mit einer vierstufigen Skala: „3 = completely fulfilled; 2 = largely fulfilled; 1 = partly fulfilled; 0 = not fulfilled“. Die Anwendbarkeit der 9 Qualitätskriterien zur Beurteilung der Planungsqualität der Projekte wurde bestätigt. Die Projekte erfüllten die Qualitätskriterien, jedoch zeigten sich Unterschiede in der Art der Erfüllung je nach Projekt und im Vergleich der Jahre 1993 und 1995. Als Einfluss wurden die zusätzlichen „Training workshops“ für Praktiker aus dem Gesundheitsbereich mit wichtigsten Informationen zur Planung von Projekten durch das „government-financed Institute for Health Promotion“ diskutiert. Die Ergebnisse zur „target group specification“ wurden im Vergleich der Jahre signifikant verbessert.

In einer finnischen Studie von Lahtinen et al. (2005, S. 313) erfolgte die Bewertung der Projektanträge und Abschlussberichte durch drei Experten mit einem vierstufigen Bewertungsraster: „criterion is not fulfilled at all“, „criterion fulfilled to some extent“, „criterion fulfilled completely“ und „criterion cannot be assessed“. Die Bewertung anhand der 14 Qualitätskriterien war innerhalb der Studie möglich. Sowohl die Erfüllung der allgemeinen Kriterien als auch die der speziellen Kriterien zur Gesundheitsförderung gelangen unterschiedlich gut. Am besten wurde das allgemeine Kriterium „Feasibility“ erfüllt. Am wenigsten gut erfüllt wurde von den speziellen Kriterien das Kriterium „Health promotion discourse“, welches die „study questions“ betrifft. Die Grafik zur Realisierbarkeit der Kriterien (Lahtinen et al. 2005, S. 313, Abb. 1) zeigte, dass jeweils bei den allgemeinen und speziellen Kriterien unterschiedliche Kriterien gut und weniger gut erfüllt wurden: Bei den allgemeinen Kriterien wurden „Feasibility“ und „Scientific quality“ gut erfüllt und „Operationalisation“ und „Documentation and dissemination“ weniger gut. Bei den speziellen Kriterien der Gesundheitsför-

derung wurden gut erfüllt: „Health promotion relevance“ und Health promotion context“, weniger gut: „Health promotion values“ und „Health promotion discourse“. Da diese Studie nur die Anwendung der entwickelten Qualitätskriterien bei 16 wissenschaftlichen Projekten zeigte, wurde in der Diskussion deutlich, dass zukünftige Analysen unter Anwendung der 14 Qualitätskriterien zur Qualitätssicherung notwendig sind, um deren Anwendbarkeit auf Projekte der Gesundheitsförderung in Settings außerhalb Finnlands zu belegen.

In der vorliegenden Analyse wurden die Qualitätskriterien der „Konzeptqualität“: QK 7 (Konzept), QK 8 (Vermeidung von Stigmatisierung) und QK 10B.2 (Vermittlungsmethoden) unterschiedlich gut erfüllt (s. Kapitel 3.1). Nach der Durchführung der Dokumentenanalyse wurden diese Qualitätskriterien teilweise mit k.A. (keine Angaben) beurteilt. Im Anschluss an die Durchführung der Leitfadeninterviews konnten die notwendigen Informationen für die Beurteilung vollständig erschlossen werden und die Bewertung mit der dreiteiligen Bewertungsskala erfolgen. Ein Grund dafür ist möglicherweise, dass das Konzept die Grundlage des Antrags darstellt und in den Dokumenten nicht zusätzlich ohne Kenntnis der Nennung beigefügt wird. Im Vergleich dazu wurden die zwei Qualitätskriterien der „Konzeptqualität“: QK 9 (Verhältnispräventive Aktivitäten) und QK 10A (Niederschwelligkeit) von allen Projekten „vollständig erfüllt“. Begründet werden kann dies mit der Orientierung des Ansatzes aller Projekte des Förderschwerpunkts (s. Kapitel 2.1.1) am Settingansatz der Ottawa-Charter der WHO (1986).

Molleman et al. (2006) publizierten die Ergebnisse einer qualitativen Beurteilung 20 niederländischer Projekte aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsförderung. Die Bewertungsskala von „Preffi 2.0“ gliedert sich in drei Stufen: „weak“, „moderate“, „strong“. Bei 12 der 39 Qualitätskriterien bestand zusätzlich die Kategorie „not assessable“. Es ergab sich eine Differenz zwischen den Kriterien der Anzahl der Beurteiler zur Erreichung eines minimalen Standardfehlers. Bei den Kriterien: „Accessibility of target group“ und „Process evaluation“ war eine geringe Anzahl an Beurteilern

ausreichend zur Erreichung, bei: „Coherence of interventions/activities“ und „Objectives are feasible“ wurde eine höhere Anzahl nötig.

Die Qualitätskriterien innerhalb der Qualitätsdimension „Strukturqualität“ (s. Kapitel 2.2.1) wurden alle mit „teilweise erfüllt“ und „vollständig erfüllt“ bewertet. Die Bewertung des QK 12A (Personal ist vorhanden) und des QK 12C (Personal ist qualifiziert) erfolgte bei allen Projekten mit „vollständig erfüllt“. Damit spiegeln die Ergebnisse einen zentralen Aspekt der Förderung (BMG 2008), den Ausbau gesundheitsfördernder Strukturen wider.

Die Qualitätskriterien der Qualitätsdimension „Prozessqualität“: QK 15A.1, QK 15A.2, QK 15C und QK 16B (s. Kapitel 2.2.1) erfüllten die Projekte unterschiedlich gut (s. Kapitel 3.1). Besonders stark variierte die Ausführlichkeit der inhaltlichen Dokumentation der Maßnahmen (QK 15A.1) zwischen den Projekten. Der Verlauf der Maßnahmen (QK 15A.2) wurde bei einem Projekt mit „nicht erfüllt“ bewertet. Am besten wurde das Qualitätskriterium 15C (Dokumentation von Veränderungen) erfüllt, denn alle Projekte wurden mit „vollständig erfüllt“ bewertet. Die Gründe für die starken Abweichungen zwischen den Projekten könnten z.B. der hohe zeitliche Aufwand und die fehlenden Vorgaben zur Ausführlichkeit der Beschreibung im Abschlussbericht sein.

Eichhorn et al. (2007, S. 612 f.) ermittelten in einer Studie für „77,8%“ der eingeschlossenen 42 Projekteder Primärprävention mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche im Bereich Ernährung die Durchführung einer Prozessevaluation. Bei „60,7%“ dieser Projekte lag eine gute Prozessqualität vor. Wildner et al. (2006, S. 150 ff.) ermittelten in Bayern für das Jahr 2004 „insgesamt 1280 aktuell laufende Projekte“, die überwiegend auf die Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtet waren. Von diesen gaben „43,5%“ an, projektbegleitend eine Dokumentation durchzuführen und „28%“ eine Evaluation. Festgestellt wurde, dass die Akteure diesbezüglich ein unterschiedliches Verständnis hatten und demnach unter „Dokumentation“ die alleinige „Erwähnung im Jahresbericht“ umfasste.

Die Qualitätsdimension „Ergebnisqualität“ mit den QK 15B (Dokumentation der Zielerreichung), QK 16A.1 (Gegenüberstellung der Ziele und Ergebnisse) und QK 16A.2 (Kritische Betrachtung der Ziele und Ergebnisse) – bezog sich in dieser Analyse auf die Darstellung der internen Evaluation. Die Bewertung der Projekte erfolgte mit „teilweise erfüllt“ und „vollständig erfüllt“. Es zeigten sich große Unterschiede bezüglich der Transparenz der Dokumentation sowie der Abstimmung zwischen den verfassten Projektzielen, den daraufhin durchgeführten Maßnahmen und der Art der Erhebung innerhalb der internen Evaluation (s. Kapitel 3.1).

Zur Evaluation komplexer Interventionen – wie die der Gesundheitsförderung und Prävention – werden international (Van den Broucke et al. 2011; Macdonald 2000) und national zahlreiche Methoden und Modelle eingesetzt (Loss et al. 2007; Reisig et al. 2006; Kliche et al. 2004). Eine qualitätsgesicherte Evaluation ist zudem fester Bestandteil des Leitfadens zur Förderung von Präventionsprojekten durch die Krankenkassen auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband 2014). Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind jedoch „methodisch hochwertige Evaluationsstudien“ selten (Lüngen und Passon 2011, S. 7). Der umfangreichen Struktur von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention – die durch unterschiedliche Betrachtungsweisen fortlaufend an Komplexität gewinnt (Ruckstuhl 2001) – wird nach Nutbeam (1998) vorrangig ein kombiniertes Design gerecht. Der Evaluationsansatz dieses Design sollte auch durch politische Entscheidungsträger befürwortet werden, um die Qualität der Evidenzlage zu erhöhen und die Effektivität zu belegen (Raphael 2000). Aufgrund der verschiedenen Arten an Outcomes der Projekte, muss das Studiendesign angepasst sein, um zwischen der Beurteilung der Erreichung von medizinischen Parametern und gesellschaftlichen Veränderungen zu unterscheiden (Hepworth 1997). Für die Evaluation „nicht-randomisierter Studien“ besteht eine geringe Evidenzbasierung (Des Jarlais et al. 2004; Deeks et al. 2003). Für die Umsetzung komplexer Studien in der Praxis zeigte sich, dass die Akteure häufig aufgrund der Interventionsstruktur – z.B. die interdisziplinäre Kooperation eines Projekts – überfordert sind (Loss et al. 2007; Spencer et al. 2007; Speller et al.

1997a). Zur größtmöglichen Vollständigkeit der Evaluation und eine auf die Ziele und Maßnahmen bezogenen Durchführung, wird daher eine enge Zusammenarbeit zwischen den Akteuren und der evaluierenden Institution empfohlen (Loss et al. 2007; Speller et al. 1997a). Obwohl eine begleitende Evaluation auch bezüglich der eingesetzten Instrumente in Form von Beratung z.B. durch die Universität sinnvoll ist, kann dies häufig aus Mangel an Ressourcen nicht durchgeführt werden. Außerdem wird die Durchführung einer kontinuierlichen Evaluation innerhalb der Projektlaufzeit von den involvierten Akteuren der Praxis als aufwendig und kostenintensiv empfunden (Kliche 2011; Loss et al. 2007). Zur Evaluation von Initiativen der Gesundheitsförderung sollten als Standard nach Empfehlungen der WHO (1998b, S. 4) insgesamt „10 % der gesamten Projektfördersumme“ für die Entwicklung und Durchführung der Evaluation veranschlagt werden.

Innerhalb der vorliegenden Analyse wurden die QK 17.1 und QK 17.2 (Gegenüberstellung und kritische Betrachtung von Aufwand und Wirkung) der „Ergebnisqualität“ von keinem Projekt mit „vollständig erfüllt“ oder „teilweise erfüllt“ bewertet (s. Kapitel 3.1). Im Gegensatz zu den vorliegenden Ergebnissen steht die Erwartung, dass die Effektivität (Wirksamkeit) der Maßnahmen durch eine Fokussierung auf die Ziele transparenter dargestellt und gesteigert werden kann (Ruckstuhl 2001). Generell scheint es problematisch, sichtbare Wirkungen von Maßnahmen der Primärprävention nachzuweisen (Kliche 2011; Ader et al. 2001) und die Wirksamkeit von langfristig angelegten Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu beurteilen (Studer und Ackermann 2009; Nutbeam 1999).

Inwiefern die Orientierung an Qualitätskriterien in der vorliegenden Analyse zu besseren Projektergebnissen führt oder geführt hätte, kann aktuell auf Grundlage der vorliegenden Daten der Projekte nicht beurteilt werden. Eine Erklärung ist, dass eine retrospektive Analyse durchgeführt wurde, d.h. ausschließlich die vorliegenden Dokumente beurteilt werden konnten. Demnach konnten die Formulierung der Ziele der Maßnahmen sowie die Vollständigkeit der internen Evaluation beurteilt werden, jedoch nicht, in-

wieweit eine Abstimmung der Ziele auf die geplanten Maßnahmen und entsprechende Messbarkeit der jeweils projektintern festgelegten Parameter gegeben war. Außerdem wurden die vorliegenden Projekte zwar alle innerhalb eines Förderschwerpunktes gefördert, jedoch war die übergeordnete Thematik sehr weit gefasst und dementsprechend die Projekte untereinander sehr heterogen, sodass auch eine Vergleichbarkeit des Konzepts insgesamt und z.B. der Zielsetzung und der damit zusammenhängenden internen Evaluation sehr stark variierte und unterschiedlich ausgeführt wurde. Für diese differenzierte Beurteilung eines Zusammenhangs zwischen dem Outcome der Maßnahmen und der Erfüllung von Qualitätskriterien wären zukünftig Studien mit Interventions- und Kontrollgruppe wünschenswert, die projektbegleitend den Einsatz der Instrumente Qualitätskriterien von Beginn an verwenden und in einer begrenzten Thematik messbare Ziele formulieren, die anschließend evaluiert werden.

Durch dieses Vorgehen könnte die Forderung erfüllt werden, innerhalb eines Projekts das Outcome in Relation zur Maßnahme zu betrachten (Nutbeam 1998). Eine Weiterentwicklung dieses Ansatzes ist z.B. das „Ergebnismodell“, das die Planungs- und die Evaluationsphase aufeinander bezieht. Dadurch könnte ein gezielterer Ablauf und bessere Wirksamkeit erzielt werden (Spencer et al. 2007; Ackermann et al. 2005; Cloetta et al. 2004; Ruckstuhl und Abel 2001).

Die Durchführung ökonomischer Evaluationsstudien bewirkt aus ökonomischer Sicht eine transparentere Darstellung des „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen. Derartige Studien zur Effizienz werden bislang hauptsächlich in den USA durchgeführt, während in Deutschland eine geringere Umsetzung erfolgt. Die Durchführung der gesundheitsökonomischen Studien scheint aufgrund der „große[n] Heterogenität der Inhalte und Outcomeparameter“ problematisch (Walter et al 2011b, S. 94 ff.). Außerdem besteht eine grundlegende Schwierigkeit von Kosten-Nutzen Analysen in diesem Bereich in der „Monetarisierung gesundheitlicher Effekte“ (Leidl 2012, S. 497).

Eine Möglichkeit der besseren Verfügbarkeit evidenzbasierter Maßnahmen – auch für politische Entscheidungsträger – sind internationale Datenbanken, z.B. durch die „Cochrane Collaboration“ oder die „Cochrane Health Promotion and Public Health Field“ (Rychetnik und Wise 2004, S. 249 f.). Schwierigkeiten in der geringen Evidenz von Effektivität und Effizienz von Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden vielfach beschrieben (Glattacker und Jäckel 2007; Kliche et al. 2006a; Thurston et al. 2003). Ursachen können in der Komplexität der Interventionen und in der Heterogenität des Kontextbezugs der Projekte liegen (Walter et al. 2011a; Dooris 2005). Die Herausforderung besteht darin, den inhaltlichen Nutzen bzw. „Gewinn“ der jeweiligen Interventionen im Einzelnen aufzuzeigen, und das, was nachhaltig bewirkt wird (Ruckstuhl 2001, S. 17). Außerdem muss gegenüber politischen Entscheidungsträgern transparent vermittelt werden, dass ein nachgewiesener Grad an Qualität besteht und eine Wirksamkeit und einen Nutzen nach sich zieht, z.B. für die Fortsetzung der Maßnahme, einer entsprechende Förderung oder eine Priorisierung der Maßnahme im Vergleich zu einer anderen (Loss et al. 2007). Eine Schwierigkeit ist weiterhin, dass keine Leitlinien oder Vorgaben zur Bestimmung der Effizienz non-randomisierter Interventionen – wie sie zu randomisierten kontrollierten Studien vorliegen – bestehen (Kemmer 2006; Speller et al. 1997b).

Zur Evidenz von Instrumenten der Qualitätssicherung werden Daten gefordert (Wright et al. 2012; Kliche 2011; Kliche et al. 2009; Glattacker und Jäckel 2007; Ruckstuhl 2001). Ein Beitrag dazu kann der Aufbau von Projektdatenbanken auf Basis qualitätsgesicherter Antragsstellung sein, wie dies bei Gesundheitsförderung Schweiz durch die Festlegung von 14 Qualitätskriterien von „Quint-essenz“ für Projektanträge zur Antragstellung (Fonds Gesundes Österreich 2014) – in die Antragsdokumente integriert und näher erläutert sind (Aubert et al. 2002), erfolgt.

Seit 2006 existiert die offizielle Begriffsdefinition von „Evidence-based health promotion“ in der Begriffsergänzung (Smith et al. 2006, S. 342) zum Glossar zur Gesundheitsförderung der WHO (1998 a).

Die Forderung eines hohen Evidenzgrades (Das Deutsche Cochrane Zentrum 2015) ist unabdingbar und für die finanzielle Förderung sowie die politischen Entscheidungsträger relevant. Unumstritten ist, dass die Evidenzlage zur Effektivität bei klinischer Prävention deutlich größer ist, als die zur Gesundheitsförderung (Suhrcke 2009). Dies schlägt sich international in den durchschnittlich geringen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Publikationen zur Ökonomie von Interventionen nieder (Walter et al. 2011a). Der höchste Grad an Evidenz für Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist häufig „die Expertenmeinung“ (Kliche 2011; Øvretveit 1996), bzw. „Evidenzgrad IV“, klassifiziert nach Cochrane (Das Deutsche Cochrane Zentrum 2015). Es besteht eine Diskrepanz zwischen in der Gesundheitsförderung in der Forderung eines hohen Evidenzgrades – als „Goldstandard“ gilt die randomisiert kontrollierte Studie – und der Ablehnung des Einsatzes dieser aufgrund dessen inhaltlichen thematischer Breite und der Grundstruktur dieser Maßnahmen (Elkeles und Broesskamp-Stone 2011, S. 73; Nutbeam 1999, S. 100 ff.).

## 5 Zusammenfassung und Ausblick

Für die Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention wäre es generell wünschenswert, eine Konsensbildung zu schaffen, um auf dieser Grundlage aufgrund der Heterogenität des Gebietes der Gesundheitsförderung daraufhin interdisziplinär durch die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens eine konkrete Umsetzung zu entwickeln und kontinuierlich in der Praxis anzuwenden. Parallel sollten gezielt wissenschaftliche Studien durchgeführt werden, um die Anwendbarkeit bestehender Qualitätskriterien weiterhin durch Daten zu belegen. Dadurch wird der Evidenzgrad dieser Instrumente erhöht.

Im Umgang mit heterogenen Projekten besteht die Herausforderung in der langfristigen Optimierung bestehender Strukturen zur Erfassung von Langzeiteffekten, weil die begrenzte Laufzeit der Projekte ein grundsätzliches Problem ist. Die Projektergebnisse der Evaluation können aufgrund des Projektendes nicht mehr in das abgeschlossene Projekt einfließen. Dadurch kann in der Praxis keine kontinuierliche qualitätsgesicherte Vorgehensweise garantiert werden. Folglich ist die Herangehensweise grundsätzlich zu verändern, indem z.B. ein flächendeckender Einsatz von Qualitätskriterien als Instrument zur qualitätsgesicherten Entwicklung von Maßnahmen vorgegeben wird.

Es ist notwendig, der Heterogenität von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention gerecht zu werden, indem künftig wissenschaftliche Analysen mit komplexen Studiendesigns durchgeführt werden, wie z.B. mit denen dieser Dissertation. Außerdem sollten Qualitätskriterien angelegt werden, z.B. die in dieser Arbeit zugrunde gelegten –inklusive der zusätzlichen Teilung einzelner Qualitätskriterien sowie des entwickelten Bewertungsrasters – um weitere vergleichbare Daten zu generieren. Diesbezüglich wäre zu bedenken, ob zunächst aufgrund der Ergebnisse dieser Dissertation vereinzelte Qualitätskriterien, die in der Transparenz und der Formulierung mehrdeutig waren, zu überarbeiten.

Die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen sollten berücksichtigen, dass der wichtige Ansatzpunkt in der Verminderung des Abstandes zwi-

schen den in den vergangenen Jahren zunehmenden theoretischen Kenntnissen der Qualitätssicherung und der weiterhin noch zu verbessernden praktischen Umsetzung dieses Wissens liegt.

Um einen qualitätsgesicherten guten Standard der Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention zu erzielen, sollten Experten und Praktiker gezielt zusammenarbeiten. Voraussetzung zur Umsetzung sind Kenntnisse qualitätsgesicherter Instrumente. Zudem ist die anschließende wissenschaftliche Unterstützung in der Anwendung vor und während des Projekts erforderlich. Den Praktikern muss durch enge Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Institutionen beispielsweise durch konkrete Projektarbeit vor Ort anschaulich und praxisnah verdeutlicht werden, dass eine systematische und qualitätsgesicherte Durchführung zu einem ökonomischen Ablauf und guten Ergebnissen beiträgt.

Zu empfehlen wäre, von Beginn an bestehende Qualitätskriterien zu verwenden, sowohl zur Antragstellung, als auch zur Durchführung und zur Erstellung der Abschlussberichte. Voraussetzung dazu wäre eine verbindliche Festlegung der jeweiligen Förderinitiatoren auf ein bestehendes Instrument innerhalb einer Ausschreibung. Zusätzlich sollte bereits bei Bekanntgabe der Ausschreibung eine Veranstaltung erfolgen, in der das Instrument praxisorientiert erläutert wird. Das ermöglicht eine qualitätsgesicherte Planung und Durchführung. Zudem sollte bei der Projektbewilligung eine zusätzliche Einweisung der Akteure in das jeweilige Instrument zur Qualitätssicherung erfolgen, um einen reibungslosen Ablauf in der Anwendung zu garantieren.

Zukünftig erscheint es dringend geboten, vorrangig die Implementierung der Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien in eine qualitätsgesicherte Umsetzung in die Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention zu gewährleisten, kontinuierlich zu optimieren und langfristig zu garantieren.

## 6 Literaturverzeichnis

- Ackermann, G.; Studer, H.; Ruckstuhl, B. (2009): Quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P.; Müller, V. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern. Verlag Hans Huber. S. 137-156.
- Ackermann, G.; Studer, H. (2006): Besser mit Methode. Qualitätsentwicklung mit [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch). *Focus*, 26:18-21.
- Ackermann, G.; Broesskamp-Stone, U.; Cloetta, B.; Ruckstuhl, B.; Spencer, B. (2005): Ein Wegweiser zur guten Praxis. Das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. *Focus*, 24:14-17.
- Ader, M.; Berensson, K.; Carlsson, P.; Granath, M.; Urwitz, V. (2001): Quality indicators for health promotion programmes. *Health Promotion International*, 16(2):187-195.
- Ahmed, J. (2010): Documentary Research Method: New Dimensions. *Indus Journal of Management and Social Sciences*, 4(1):1-14.
- Atteslander, P. (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. Auflage, Erich Schmidt Verlag. Berlin.
- Aubert, L.; Studer, H.; Ruckstuhl, B. (2002): Warum die gute Absicht nicht genügt. Qualitätsentwicklung in Projekten/1. Folge: Qualitätskriterien unter der Lupe. *Focus*, 13:16-20.
- Axinn, W.G.; Pearce, L.D. (2006): Mixed Methods Data Collection Strategies. New Perspectives on Anthropological and Social Demography. Cambridge University Press. New York.
- Ballstaedt, S.-P. (1982): Dokumentanalyse. In: Huber, G.L.; Mandl, H. (Hrsg.): Verbale Daten. Einführung in die Methoden der Erhebung und Auswertung. Weinheim und Basel. Beltz Verlag. S. 165-176.
- Berendsen, B.A.J.; Kremers, S.P.J.; Savelberg, H.H.C.M.; Schaper, N.C.; Hendriks, M.R.C. (2015): The implementation and sustainability of a combined lifestyle intervention in primary care: mixed method process evaluation. *BMC Family Practice*, 16:37.

- Bergmann, M.M. (2011): The God, the Bad, and the Ugly in mixed Methods Research and Design. *Journal of Mixed Methods Research*, 5(4):271-275.
- Best, M.; Neuhauser, D. (2006): Walter A Shewhart, 1924, and the Hawthorne factory. *Quality and Safety in Health Care*, 15:142-143.
- BMELV; BMG (Hrsg.) (2008a): IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Der Nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. Bonn, Berlin. Zugriff am 10.02.2012 unter <http://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/Broschueren/AktionsplanINFORM.pdf>.
- BMELV; BMG (Hrsg.) (2008b): Förderung von gesunder Ernährung und mehr Bewegung. Projekte von Bund, Ländern und Kommunen. Berlin. Zugriff am 10.02.2012 unter [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_pressemitteilungen/2008/081202\\_PM\\_In-Form-Bund-Laender.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_pressemitteilungen/2008/081202_PM_In-Form-Bund-Laender.pdf).
- BMG (2008): Öffentliche Bekanntmachung im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ vom 29. Februar 2008. *Bundesanzeiger*, 38:894-896. Zugriff am 09.01.2013 unter <http://www.foerder-programme/bmg-praevention-von-fehlernaehrung.pdf>.
- Bollars C.; Kok, H.; Van den Broucke, S.; Molleman, G.R.M. (2005): User Manual. European Quality Instrument for Health Promotion. Zugriff am 28.03.2015 unter <http://www.nigz.nl/gettingevidence>.
- Brandes, S.; Stark, W. (2011): Empowerment/Befähigung. In: BZgA (Hrsg.) (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Gamburg. Verlag für Gesundheitsförderung. S. 57-60.
- Bryman, A. (2007): Barriers to Integrating Quantitative and Qualitative Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1):8-22.
- Bryman, A. (2006a): Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6(1):97-113.

- Bryman, A. (2006b): Paradigm peace and the implications for quality. *International Journal of Social Research Methodology*, 9:111-126.
- BZgA (Hrsg.) (2013): Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 42. Köln.
- BZgA (Hrsg.) (2012): Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress. 1. Auflage. Köln.
- BZgA (Hrsg.) (2010): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsförderung Konkret. Band 13. Köln.
- BZgA (Hrsg.) (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden, Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 15. Köln.
- Campbell, M. et al. (2000): Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321:694-696.
- Campbell, D.T.; Fiske, D.W. (1959): Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2):81-105.
- Chinman, M.; Hunter, S.B.; Ebener, P. (2012): Employing continuous quality improvement in community-based substance abuse programs. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 25(7):604-617.
- Chuang, E.; Ayala, G.X.; Schmied, E.; Ganter, C.; Gittelsohn, J.; Davison, K.K. (2015): Evaluation Protocol to assess an Integrate Framework for the Implementation of the Childhood Obesity Research Demonstration Project at the California (CA-CORD) and Massachusetts (MA-CORD) Sites. *Childhood Obesity*, 11(1):48-57.
- Cloetta, B.; Spencer, B.; Spörri, A.; Ruckstuhl, B.; Broesskamp, U. Ackermann, G. (2004): Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 27(3):67-72.

- Cohen, G. et al. (2014): Does health intervention research have real world policy and practice impacts: testing a new impact assessment tool. *Health Research Policy and Systems*, 13(3):1-12.
- Collins, K.M.T.; Onwuegbuzie, A.J.; Jiao, Q.G. (2007): A Mixed Methods Investigation of Mixed Methods Sampling Designs in Social and Health Science Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(3):267-294.
- Curry, L.A.; Krumholz, H.M.; O`Cathain, A.; Plano Clark, V.L.; Cherlin, E.; Bradley, E.H. (2013): Mixed Methods in Biomedical and Health Services Research. *Circulation: Cardiovascular Quality Outcomes*, 6:119-123.
- Curry, L.A.; Nembhard, I.M.; Bradley, E.H. (2009): Qualitative and Mixed Methods Provide Unique Contributions to Outcomes Research. *Circulation*, 119:1442-1452.
- Das Deutsche Cochrane Zentrum (2015): Von der Evidenz zur Empfehlung (Klassifikationssysteme). Online verfügbar unter: [www.cochrane.de/de/evidenz-empfehlung](http://www.cochrane.de/de/evidenz-empfehlung). Zuletzt Zugriff am 20.10.2015.
- Deeks, J.J. et al. (2003): Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technology Assessment*, 7(27):1-186.
- Dehghan, M.; Akhtar-Danesh, N.; Merchant, A.T. (2005): Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 4:24.
- Deming, W.E. (1993): The new economics for Industry, government, education. Cambridge, MA. The Massachusetts Institute of Technology.
- Denzin, N.K.; Lincoln, Y.S. (2011): Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. In: Denzin, N.K.; Lincoln, Y.S. (Hrsg.) (2011): The SAGE Handbook of Qualitative Research. SAGE Publications. 4<sup>th</sup> Edition. Thousand Oaks, California. London, UK. New Delhi, India. Far East Square, Singapore. S. 1-19.
- Denzin, N.K. (1970): The research act: A theoretical introduction to sociological methods. Chicago. Aldine Publishing Company.
- De Onis, M.; Blössner, M.; Borghi, E. (2010): Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92:1257-1264.

- De Silva-Sanigorski, A.M. et al. (2010): Scaling up community-based obesity prevention in Australia: Background and evaluation design of the Health Promoting Communities: Being Active Eating Well initiative. *BMC Public Health*, 10:65.
- Des Jarlais, D.C.; Lyles, C.; Crepaz, N. (2004): Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94(3):361-366.
- Deutscher Bundestag (2011): Deutscher Bundestag. 17.Wahlperiode. Drucksache 17/4447 Antwort der Bundesregierung. auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulrike Höfken, Cornelia Behm, Bärbel Höhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 17/4369. Projekte im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Ernährung und mehr Bewegung. Zugriff am 20.04.2013 unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/044/1704447.pdf>.
- Diekmann, A. (2010): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 4.Auflage. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3):166-203.
- Dooris, M. (2005): Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21(1):55-65.
- Doran, G.T. (1981): There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11):35-36.
- Eichhorn, C.; Loss, J.; Nagel, E. (2007): Erfüllen Ernährungsinterventionen für Kinder und Jugendliche in Deutschland Qualitätskriterien für Projektdesign und Evaluation? Ergebnisse einer Befragung von Institutionen auf Landes- und regionaler Ebene. *Das Gesundheitswesen*, 69(11):612-620.
- Elkeles, T.; Broesskamp-Stone, U. (2011): Evidenzbasierte Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.) (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Gamburg. Verlag für Gesundheitsförderung. S. 73-78.

- Fielding, N.G. (2012): Triangulation and Mixed Methods Design: Data Integration with New Research Technologies. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2):124-136.
- Flechtner-Mors, M. et al. (2012): Comorbidities Related to BMI Category in Children and Adolescents: German/Austrian/Swiss Obesity Register APV Compared to the German KIGGS Study. *Hormone Research in Paediatrics*, 77:19-26.
- Flick, U. (2014): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 6.Auflage. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Flick, U. (2013): Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.) (2013): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10.Auflage. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. S. 309-318.
- Flick, U. (2012): Auswertungsverfahren. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.) (2012): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München. Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag. S. 467-485.
- Flick, U. (2008): Triangulation. Eine Einführung. Qualitative Sozialforschung. Band 12. 2. Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlag GmbH.
- Fonds Gesundes Österreich (2014): Leitfaden zur Projektförderung des Fonds Gesundes Österreich. Detailinformationen für Antragssteller/innen und Fördernehmer/innen. Zugriff am 09.11.2014 unter <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/factsheets-und-leitfaden/leitfaden-zur-projektforderung-des-fonds-gesundes-osterreich>.
- Franzkowiak, P. (2011): Prävention und Krankheitsprävention. In: BZgA (Hrsg.) (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Gamburg. Verlag für Gesundheitsförderung. S. 437-447.
- GEP; NIGZ (2005): European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP). Zugriff am 02.05.2014 unter <http://www.nigz.nl/gettingevidence>.

- Gerken, U.; Schaefer, I.; Mühlbach, A.; Gebhardt, B.; Elias, G.M.; Kolip, P. (2012): Evaluation der Förderinitiative „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ – Instrumentarium und erste Ergebnisse zur Planungsqualität. *Das Gesundheitswesen*, 74(2):112-116.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2014): Qualitätskriterien für Projekte. Quint-essenz – Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. Version 5.2. Zugriff am 14.10.2014 unter <http://www.quint-essenz.ch>.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2012): Glossar. Version 2.1. Zugriff am 02.09.2014 unter <http://www.quint-essenz.ch>.
- Giga Software (2014): f4 Transkript, Version 5.10. Zugriff am 20.08.2014 unter <http://www.giga.de/downloads/f4-transkript>.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (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. Zugriff am 10.06.2015 unter [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden\\_Praevention-2014\\_barrierefrei.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention-2014_barrierefrei.pdf).
- Gläser, J.; Laudel, G. (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4.Auflage. Lehrbuch. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Glattacker, M.; Jäckel, W.H. (2007): Evaluation der Qualitätssicherung – aktuelle Datenlage und Konsequenzen für die Forschung. *Das Gesundheitswesen*, 69(5):277-283.
- Goldapp, C. et al. (2013): Sekundäranalyse der im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM seitens des BMG geförderten Projekte. Abschlussbericht. Köln. (Unveröffentlicht).
- Goldapp, C. et al. (2011): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Ein BZgA-geleiteter Expertenkonsens. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54(3):295-303.

- Graf, C.; Dordel, S. (2011): Das CHILT-I-Projekt (Children`s Health InterventionAL Trial). Eine multimodale Maßnahme zur Prävention von Bewegungsmangel und Übergewicht an Grundschulen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54(3):313-321.
- Graf, C. (2010a): Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.Zugriff am 14.11.2015 unter [https://www.praeventionskonzept.nrw.de/\\_media/pdf/Planungshilfe\\_Inhalt\\_mgepa02\\_20141.pdf](https://www.praeventionskonzept.nrw.de/_media/pdf/Planungshilfe_Inhalt_mgepa02_20141.pdf).
- Graf, C.(2010b): Rolle der körperlichen Aktivität und Inaktivität für die Entstehung und Therapie der juvenilen Adipositas. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53(7):699-706.
- Graf, C.; Starke, D.; Nellen, M. (2008): Anwendungsorientierung und Qualitätssicherung in der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Strukturmodell zur Planung und Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51(11):1321-1328.
- Graf, C.; Dordel, S.; Koch, B.; Predel, H.-G. (2006): Bewegungsmangel und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 57(9):220-225.
- Greene, J.C.; McClintock, C. (1985): Triangulation in Evaluation: Design and Analysis Issues. *Evaluation Review*, 9(5):523-545.
- Hepworth, J. (1997): Evaluation in health outcome research: linking theories, methodologies and practice in health promotion. *Health Promotion International*, 12(3):233-238.
- Heyvaert, M; Hannes, K.; Maes, B.; Onghena, P. (2013): Critical Appraisal of Mixed Methods Studies. *Journal of Mixed Methods Research*, 7(4):302-327.
- Hösli, R. (1998): Gesundheitsförderung – als Veränderung von sozialen Systemen. *Sozial- und Präventivmedizin*, 43:229-238.
- Hussein, A. (2009): The Use of Triangulation in Social Sciences Research: Can qualitative and quantitative Methods be combined? *Journal of Comparative Social Work*, 1:1-12.

- Institute of Medicine (1988): *The Future of Public Health*. Washington DC. National Academy Press.
- Jick, T.D. (1979): Mixing qualitative and quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly. Qualitative Methodology*, 24(4):602-611.
- Johnson, R.B.; Onwuegbuzie, A.J.; Turner, L.A. (2007): Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2):112-133.
- Johnson, R.B.; Onwuegbuzie, A.J. (2004): Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7):14-26.
- Jordan, S. (2012): Monitoring für Prävention und Gesundheitsförderung. Der Beitrag des Monitorings und seiner Berichterstattungssysteme zu Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(2):155-160.
- Jordan, S. et al. (2011): Monitoring und Qualitätssicherung von Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54(6):745-751.
- Kahan, B.; Goodstadt, M. (1999): Continuous quality improvement and health promotion: can CQI lead to better outcomes? *Health Promotion International*, 14(1):83-91.
- Kelle, U.; Erzberger, C. (2013): Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 10.Auflage Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, S. 299-309.
- Kemm, J. (2006): The limitations of evidence-base public health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(3):319-324.
- Kliche, T. (2011): Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54(2):194-206.
- Kliche, T.; Elsholz, A.; Escher, C.; Weitkamp, K.; Töppich, J.; Koch, U. (2009): Anforderungen an Qualitätssicherungsverfahren für Prävention und Gesundheitsförderung. Eine Expertenbefragung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4(4):251-258.

- Kliche, T.; Kröger, G. (2008): Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung – Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. *Das Gesundheitswesen*, 70/12):715-720.
- Kliche, T.; Mosch, T.; Post, M.; Varrò, R.; Koch, U. (2007): Wirksamkeitsabschätzung, Konzept- und Prozessevaluation des Projekts „Bauen mit Lehm für Groß und Klein“ von „Bunte Kuh“ e.V. Zugriff am 08.07.2014 unter [http://www.buntekuh-hamburg.de/download/evaluation\\_uke\\_gesamt.pdf](http://www.buntekuh-hamburg.de/download/evaluation_uke_gesamt.pdf).
- Kliche, T.; Koch, U.; Lehmann, H.; Töppich, J. (2006a): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Probleme und Lösungsansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49(2):141-150.
- Kliche, T. et al. (2006b): Preventive Care for obese children and adolescents – quality and deficiencies of programmes and interventions. In: WHO: Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents. WHO. Kopenhagen. S. 43-49.
- Kliche, T.; Töppich, J.; Kawski, S.; Koch, U.; Lehmann, H. (2004): Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen und Lösungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47(2):125-132.
- KNP (2016): Auswahl an Internetressourcen zu Good Practice, Qualitätsentwicklung, Evaluation und Projekttransfer in der Gesundheitsförderung und Prävention. Zugriff am 02.12.2012 unter [http://www.knp-forschung.de/bot\\_Seite4312](http://www.knp-forschung.de/bot_Seite4312).
- Kolip, P.; Ackermann, G.; Ruckstuhl, B., Studer, H. (2012): Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Verlag Hans Huber. Bern.

- Kolip, P. (2011): Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Förderinitiative Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten. Laufzeit: Oktober 2008 bis April 2011. Zugriff am 07.01.2013 unter <http://www.in-form.de/profiportal/in-form-vor-ort-erleben/projekte/projekte/aktions-buendnisse-gesunde-lebensstile-und-lebenswelten.html>.
- Kolip, P. (2006): Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1(4):234-239.
- König, H.H.; Riedel-Heller, S. (2008): Prävention aus dem Blickwinkel der Gesundheitsökonomie. *Internist*, 49:146-153.
- Kurth, B.M.; Schaffrath Rosario, A. (2010): Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53(7):643-652.
- Kurth, B.M.; Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(7):737-743.
- Lahtinen, E.; Koskinen-Ollonqvist, P.; Rouvinen-Wilenius, P.; Tuominen, P.; Mittelmark, M.B. (2005): The development of quality criteria for research: a Finnish approach. *Health Promotion International*, 20(3):306-315.
- Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel. Beltz Verlag.
- Lee, R. M. (2000): *Unobstructive Methods in Social Research*. Buckingham. Open University Press.
- Lehmann, H.; Töppich, J. (2002): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 45(3):234-239.
- Leidl, R. (2012): Grundlagen der ökonomischen Evaluation. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.) (2012): *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München. Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag. S. 493-499.

- Leppin, A. (2007): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.) (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete Auflage. Bern. Verlag Hans Huber. S. 31-40.
- Li, L.; Pérez, A.; Wu, L.T.; Ranjit, N.; Brown, H.S.; Kelder, S.H. (2016): Cardiometabolic Risk Factors among Severely Obese Children and Adolescents in the United States, 1999-2012. *Childhood Obesity*, 12(1):12-19.
- Lobstein, T. et al. (2015): Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 385(9986):2510-2520.
- Lobstein, T.; Jackson-Leach, R. (2006): Estimated burden of paediatric obesity and comorbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *International Journal of Pediatric Obesity*. 1(1):22-41.
- Lobstein, T.; Baur, L.; Uauy, R. for the IASO International Obesity Task-Force (2004): Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity reviews*, 5(Suppl.1):4-85.
- Loss, J.; Wise, M. (2008): Evaluation von Empowerment – Perspektiven und Konzepte von Gesundheitsförderung. Ergebnisse einer qualitativen Studie in Australien. *Das Gesundheitswesen*, 70(12):755-763.
- Loss, J.; Eichhorn, C.; Reisig, V.; Wildner, M.; Nagel, E. (2007): Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstruments für eine landesweite Gesundheitsinitiative. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(4):199-206.
- Lüngen, M.; Passon, A.M. (2011): Eine rationale Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung. Kriterien und Möglichkeiten der Implementierung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 6(1):6-10.
- Macdonald, G. (2000): A new evidence Framework for Health promotion practice. *Health Education Journal*, 59(1):3-11.
- Macdonald, G. (1997): Quality Indicators and Health Promotion Effectiveness. *Promotion and Education*, 4(2):5-8.

- MacPherson, M.; Dr Groh, M.; Loukine, L.; Prud`homme, D.; Dubois, L. (2016): Prevalence of metabolic syndrome and its risk factors in Canadian children and adolescents: Canadian Health Measures Survey Cycle 1 (2007-2009) and Cycle 2 (2009-2011). *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 36(2):32-40.
- Malina, R.M. (2007): Physical Fitness of Children and Adolescents in the United States: Status and Secular Change. *Med Sport Sci*, 50:67-90.
- Mathison, S. (1988): Why Triangulate? *Educational Researcher*, 17(2):13-17.
- Maycock, B.; Hall, S.E. (2003): The quality management and health promotion practice nexus. *Promotion and Education*, 10(2):58-62.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. überarbeitete und neu ausgestattete Auflage. Beltz Studium. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.
- Maxwell, J.A. (2010): Using numbers in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(6):475-482.
- McQueen, D.V. (2001): Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promotion International*, 16(3):261-268.
- Meuser, M.; Nagel, U. (2005): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2.Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlag GmbH. S. 71-93.
- Moffatt, S.; White, M.; Mackintosh, J.; Howel, D. (2006): Using quantitative and qualitative data in health services research: What happens when mixed method findings conflict? *BMC Health Services Research*, 6:28-38.
- Molleman, G.R.M.; Peters, L.W.H.; Hosman, C.M.H.; Kok, G.J.; Oosterveld, P. (2006): Project quality rating by experts and practitioners: experience with Preffi 2.0 as a quality assessment instrument. *Health Education Research*, 21(2):219-229.

- Molleman, G.R.M.; Peters, L.W.H.; Hommels, L.M.; Ploeg, M.A. (2003): Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0 Assessment Package. Zugriff am 16.01.2012 unter <http://www.nigz.nl>.
- Moreno, L.A.; Bel-Serrat, S.; Santaliestra-Pasias, A.M.; Rodriguez, G. (2013): Obesity Prevention in Children. *World Rev Nutr Diet*, 106:119-126.
- Morgan, D.L. (1998): Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative Methods: Applications to Health Research. *Qualitative Health Research*, 8(3):362-376.
- Ng, M. et al. (2014): Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384:766-781.
- Nutbeam, D. (1999): The challenge to provide `evidence` in health promotion. *Health Promotion International*, 14(2):99-101.
- Nutbeam, D. (1998): Evaluating health Promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1):27-44.
- O`Cathain, A.; Thomas, K.J.; Drabble, S.J.; Rudolph, A.; Hewison, J. (2013): What can qualitative research do for randomized controlled trials? A systematic mapping review. *BMJ Open*, 3:e002889. DOI:10.1136/bmjopen-2013-002889.
- O`Cathain, A. (2009): Mixed Methods Research in the Health Sciences. A Quiet Revolution. *Journal of Mixed Methods Research*, 3(1):3-6.
- O`Cathain, A.; Murphy E.; Nicholl, J. (2008): The quality of mixed methods studies in health services research. *Journal of Health Services Research and Policy*, 13(2):92-98.
- O`Cathain, A.; Murphy, E.; Nicholl, J. (2007): Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 7:85.
- Olds, T.S.; Tomkinson, G.R.; Ferrar, K.E.; Maher, C.A. (2010): Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity in Australia between 1985 and 2008. *International Journal of Obesity*, 34:57-66.
- Øvretveit, J. (1996): Quality in health promotion. *Health Promotion International*, 11(1):55-62.

- Pfaff, H.; Bentz, J.; Ommen, J.; Ernstmann, N. (2012): Qualitative und quantitative Methoden der Datengewinnung. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.) (2012): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München. Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag. S. 451-467.
- Plano Clark, V.L. (2010): The adoption and practice of mixed methods: U.S. trends in federally funded health-related research. *Qualitative Inquiry*, 16:428-440.
- Raphael, D. (2000): The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International*, 15(4):355-367.
- Reisig, V.; Nennstiel-Ratzel, U.; Loss, J.; Eichhorn, C.; Caselmann, W.H.; Wildner, M. (2006): Evidenzbasierung und Evaluation in der Gesundheitsförderung und Prävention am Beispiel „Gesund. Leben. Bayern.“ *Medizinische Klinik*, 101(12):964-971.
- Rosenbrock, R.; Hartung, S. (2011): Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: BZgA (Hrsg.) (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Gamburg. Verlag für Gesundheitsförderung. S. 469-471.
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*, 57(3):140-144.
- Rothwell, H.; Segrott, J. (2011): Preventing alcohol misuse in young people aged 9-11 years through promoting family communication: an exploratory evaluation of the Kids, Adults Together (KAT) Programme. *BMC Public Health*, 11:810.
- Ruckstuhl, B.; Somaini, B.; Twisselmann, W. (2008): Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich. Bundesamt für Gesundheit. Zugriff am 12.04.2014 unter [http://www.quintessenz.ch/de/files/Foerderung\\_der\\_Qualitaet.pdf](http://www.quintessenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf).
- Ruckstuhl, B. (2001): Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung: Luxus oder Notwendigkeit? *Sucht magazin*, 2:16-20.

- Ruckstuhl, B.; Abel, T. (2001): Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung. *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 24(2):35-38.
- Ruckstuhl, B.; Kolip, P.; Gutzwiller, F. (2001): Qualitätsparameter in der Prävention. In: BZgA (Hrsg.) (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15. Köln. S. 38-50.
- Ruckstuhl, B.; Studer, H.; Somaini, B. (1998): Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung. *Sozial- und Präventivmedizin*, 43:221-228.
- Rychetnik, L.; Wise, M. (2004): Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward. *Health Promotion International*, 19(2):247-257.
- Saan, H. (1997): Quality Revisited. *Promotion and Education*, 4(2):34-35.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. SVR. Berlin. Zugriff am 02.06.2014 unter <http://www.svr-gesundheit.de>.
- Sale, J.E.M.; Brazil, K. (2004): A strategy to identify critical appraisal criteria for primary mixed-method studies. *Quality and Quantity*, 38:351-365.
- Schaefer, I.; Gerken, U.; Mühlbach, A.; Kolip, P. (2011): Gesundheit fördern in vernetzten Strukturen. Kurzfassung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der "Aktionsbündnisse gesunde Lebensstile und Lebenswelten". In: Görres, S.; Darmann-Finck, I. (Hrsg.) (2011): Universität Bremen, IPP-Schriften Nr. 7. Zugriff am 10.05.2013 unter [http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/ipp\\_schriften/ipp\\_schriften07.pdf](http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/ipp-schriften/ipp_schriften07.pdf).
- Schnell, R.; Hill, P.B.; Esser, E. (2011): Methoden der empirischen Sozialforschung. 9. aktualisierte Auflage. München. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Scott, J. (1990): A Matter of Record. Documentary Sources in Social Research. Cambridge. UK. Polity Press.

- Skinner, A.C.; Perrin, E.M.; Moss, L.A.; Skelton, J.A. (2015): Cardiometabolic Risks and Severity of Obesity in Children and Young Adults. *The New England Journal of Medicine*, 373:1307-1317.
- Skinner, A.C.; Skelton, J.A. (2014): Prevalence and trends in obesity and severe obesity among children in the United States, 1999-2012. *JAMA Pediatrics*, 168:561-566.
- Smith, B.J.; Cho Tang, K.; Nutbeam, D. (2006): WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4):340-345.
- Smith, H.W. (1975): *Strategies of Social Research: The Methodological Imagination*: Englewood Cliffs.
- Speller, V.; Evans, D.; Head, M.J. (1997a): Developing quality assurance standards for health promotion practice in the UK. *Health Promotion International*, 12(3):215-224.
- Speller, V.; Learmonth, A.; Harrison, D. (1997b): The search for evidence of effective health promotion. *British Medical Journal*, 315(9):361-363.
- Spencer, B.; Broesskamp-Stone, U.; Ruckstuhl, B.; Ackermann, G.; Spoerri, A.; Cloetta, B. (2007): Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promotion International*, 23(1):86-97.
- Stange, K.C.; Crabtree, B.F.; Miller, W.L. (2006): Publishing Multimethod Research. *Annals of Family Medicine*, 4(4):292-294.
- Studer, H.; Ackermann, G. (2009): Quint-essenz – Potenziale in Projekten erkennen und nutzen. *SuchtMagazin*, 2:26-30.
- Suhrcke, M. (2009): Ökonomische Aspekte der Prävention: Eine internationale Perspektive. *Das Gesundheitswesen*, 71(10):610-161.
- Summerbell, C.D.; Waters, E.; Edmunds, L.; Kelly, S.A.M.; Brown, T.; Campbell, K.J. (2009): Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Swart, E.; Gothe, H.; Jaunzeme, J.; Maier, B.; Grobe, T.G.; Ihle, P. (2015): Gute Praxis Sekundäranalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. 3.Fassung, Version 2012/2014. *Gesundheitswesen*, 77(2):120-126.

- Szagan, B.; Starke, D. (2005): Prävention und Gesundheitsberichterstattung im ÖGD. Bedingungen und Chancen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 48(10):1125-1129.
- Tang, K.C.; Ehsani, J.P.; McQueen, D.V. (2003): Evidence based health promotion: recollections, reflections and reconsiderations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(11):841-843.
- Tashakkori, A.; Creswell, J.W. (2007): The New Era of Mixed Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1):3-7.
- Tashakkori, A.; Teddlie, C. (1998): Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches. Applied Social Research Methods Series (Vol. 46). Thousand Oaks. CA. Sage.
- Tempel, N.; Kolip, P. (2011): Qualitätsinstrumente in Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für Praktiker in Nordrhein-Westfalen. LIGA. Praxis 8. Zugriff am 10.08.2014 unter [http://www.lzg.nrw.de/\\_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis\\_8\\_qualitaets-weg-weiser.pdf](http://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_8_qualitaets-weg-weiser.pdf).
- Thurston, W.E.; Vollmann, A.R.; Wilson, D.R.; MacKean, G.; Felix, R.; Wright, M.-F. (2003): Development and testing of a framework for assessing the effectiveness of health promotion. *Sozial- und Präventivmedizin*, 48(5):301-316.
- Töppich, J.; Lehmann, H. (2009): QIP – Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P.; Müller, V. (Hrsg.) (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern. Verlag Hans Huber. S.223-238.
- Torrance, H. (2012): Triangulation, Respondent Validation, and Democratic Participation in Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2):111-123.
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Medizinische Psychologie (Hamburg); BZgA (2010): QIP. Qualität in der Prävention. Evidenzgestütztes Informationssystem zum Qualitätsmanagement für Prävention und Gesundheitsförderung. Zugriff am 18.09.2013 unter <http://www.uke.uni-hamburg.de/qip>.

- Van den Broucke, S.; Dargent, G.; Pletschette, M. (2011): Development and assessment of criteria to select projects for funding in the EU health programme. *The European Journal of Public Health*, 1-5.
- Van den Broucke, S.; Lenders, F. (1997): Monitoring the Planning Quality of Health Promotion Projects in Flanders. *Promotion and Education*, 4(2):26-28.
- Yeasmin, S.; Rahman, K.F. (2012): `Triangulation` Research Method as the Tool of Social Science Research. *BUP Journal*, 1(1):154-163.
- Walsh, K. (2014): Documentary research and evaluation in medical education. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 11:18.
- Walter, U.; Plaumann, M.; Dubben, S.; Nöcker, G.; Pawils, S.; Koch, U. (2011 a): Wirksamkeit, Qualität und Transfer: Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung durch Forschung. Der BMBF-Förderschwerpunkt Präventionsforschung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136:1488-1492.
- Walter, U.; Plaumann, M.; Dubben, S.; Nöcker, G.; Kliche, T. (2011b): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 6(2):94-101.
- Wang, L.-R.; Wang, Y.; Lou, Y.; Li, Y.; Zhang, X.-G. (2013): The role of quality control circles in sustained improvement of medical quality. *SpringerPlus*, 2:141.
- Wang, Y.; Lobstein, T. (2006): Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(1):11-25.
- Waters, E. et al. (2011): Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12.
- Webb, E.J.; Campbell, D.T.; Schwartz, R.D.; Sechrest, L. (1966): Unobstructive measures. Nonreactive research in the Social Sciences. Chicago. Rand McNally College Publishing Company.
- Weiss, R. et al. (2004): Obesity and the Metabolic Syndrome in Children and Adolescents. *The New England Journal of Medicine*, 350:2362-2374.
- Wildner, M. et al. (2006): Schwerpunkte der Prävention und Gesundheitsförderung in Bayern – eine empirische Untersuchung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1:149-158.

- Windsor, R.A.; Baranowski, T.; Clark, N.; Cutter, G. (1984): Evaluation of Health Promotion and Education Programs. Palo Alto. Mayfield.
- Wisdom, J.P.; Cavaleri, M.A.; Onwuegbuzie, A.J.; Green, C.A. (2012): Methodological Reporting in Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Health Services Research Articles. *HSR: Health Services Research*, 47(2):721-744.
- Woodgate, E.L.; Sigurdson, C.M. (2015): Building school-based cardiovascular health promotion capacity in youth: a mixed methods study. *BMC Public Health*, 15:421.
- World Health Organization (1998a): Health Promotion Glossary. WHO. Geneva.
- World Health Organization (1998b): Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-Makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen. Zugriff am 20.10.2014 unter <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108116/1/E60706.pdf>.
- World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen. WHO. Geneva.
- Wright, M.T. et al. (2015): Partizipative Qualitätsentwicklung: Zielgruppen in alle Phasen der Projektgestaltung einbeziehen. *Das Gesundheitswesen*, 77(Suppl. 1): S141-S142.
- Wright, M.T.; Noweski, M.; Robertz-Grossmann, B. (2012): Qualitätsentwicklung in Primärprävention und Gesundheitsförderung. Befragung der Mitgliedsorganisationen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(1):11-17.
- Wright, M.T.; Block, M.; von Unger H. (2009): Partizipative Qualitätsentwicklung. In: Kolip, P.; Müller, V. (Hrsg.) (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern. Verlag Hans Huber. S.157-175.
- Wright, M.T.; Block, M.; von Unger, H. (2008): Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber. *Das Gesundheitswesen*, 70(12):748-754.

## **7 Abbildungsverzeichnis**

|   |    |
|---|----|
| Abb. 1: Ergebnisübersicht Erfüllung der Qualitätskriterien..... | 30 |
|---|----|

## 8 Tabellenverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Tab. 1: Kriterienkatalog QK 2A .....             | 15 |
| Tab. 2: Kriterienkatalog QK 5.1 .....            | 16 |
| Tab. 3: Kriterienkatalog QK 6.2.....             | 17 |
| Tab. 4: Kriterienkatalog QK 9.....               | 18 |
| Tab. 5: Bewertungsskala .....                    | 20 |
| Tab. 6: Bewertungsraster.....                    | 20 |
| Tab. 7: Bewertungsskala QK 2A.....               | 21 |
| Tab. 8: Bewertungsskala QK 3 .....               | 21 |
| Tab. 9: Bewertungsskala QK 5.2 .....             | 22 |
| Tab. 10: Bewertungsskala QK 6.2 .....            | 22 |
| Tab. 11: Anonymisierung der Interviewdaten.....  | 27 |
| Tab. 12: Ergebnis Qualitätskriterium 1 .....     | 31 |
| Tab. 13: Ergebnis Qualitätskriterium 2A .....    | 33 |
| Tab. 14: Ergebnis Qualitätskriterium 2B .....    | 35 |
| Tab. 15: Ergebnis Qualitätskriterium 3.....      | 37 |
| Tab. 16: Ergebnis Qualitätskriterium 4.....      | 38 |
| Tab. 17: Ergebnis Qualitätskriterium 5.1 .....   | 39 |
| Tab. 18: Ergebnis Qualitätskriterium 5.2.....    | 40 |
| Tab. 19: Ergebnis Qualitätskriterium 6.1 .....   | 42 |
| Tab. 20: Ergebnis Qualitätskriterium 6.2.....    | 43 |
| Tab. 21: Ergebnis Qualitätskriterium 7.....      | 44 |
| Tab. 22: Ergebnis Qualitätskriterium 8.....      | 45 |
| Tab. 23: Ergebnis Qualitätskriterium 9.....      | 46 |
| Tab. 24: Ergebnis Qualitätskriterium 10A .....   | 47 |
| Tab. 25: Ergebnis Qualitätskriterium 10B.1 ..... | 48 |
| Tab. 26: Ergebnis Qualitätskriterium 10B.2 ..... | 50 |
| Tab. 27: Ergebnis Qualitätskriterium 11 .....    | 51 |
| Tab. 28: Ergebnis Qualitätskriterium 12A .....   | 53 |
| Tab. 29: Ergebnis Qualitätskriterium 12B .....   | 54 |
| Tab. 30: Ergebnis Qualitätskriterium 12C .....   | 57 |
| Tab. 31: Ergebnis Qualitätskriterium 13.1.....   | 58 |
| Tab. 32: Ergebnis Qualitätskriterium 13.2.....   | 60 |

|  |    |
|--|----|
| Tab. 33: Ergebnis Qualitätskriterium 14.....     | 61 |
| Tab. 34: Ergebnis Qualitätskriterium 15A.1 ..... | 62 |
| Tab. 35: Ergebnis Qualitätskriterium 15A.2 ..... | 63 |
| Tab. 36: Ergebnis Qualitätskriterium 15B .....   | 65 |
| Tab. 37: Ergebnis Qualitätskriterium 15C .....   | 66 |
| Tab. 38: Ergebnis Qualitätskriterium 16A.1 ..... | 68 |
| Tab. 39: Ergebnis Qualitätskriterium 16A.2 ..... | 69 |
| Tab. 40: Ergebnis Qualitätskriterium 16B .....   | 70 |
| Tab. 41: Ergebnis Qualitätskriterium 17.1 .....  | 72 |
| Tab. 42: Ergebnis Qualitätskriterium 17.2.....   | 72 |
| Tab. 43: Ergebnis Qualitätskriterium 18.....     | 73 |
| Tab. 44: Ergebnis Qualitätskriterium 19.....     | 75 |
| Tab. 45: Ergebnis Qualitätskriterium 20.....     | 78 |

## 9 Abkürzungsverzeichnis

|        |   |
|--------|---|
| Abb.   | Abbildung   |
| BMG    | Bundesministerium für Gesundheit                                      |
| BMELV  | Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz |
| BMI    | Body-Mass-Index   |
| BZgA   | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung                         |
| bzw.   | beziehungsweise   |
| d.h.   | das heißt   |
| EQUIHP | European Quality Instrument for Health Promotion                      |
| et al. | et altera   |
| etc.   | et cetera   |
| GEP    | European Project Getting Evidence into Practice                       |
| Hrsg.  | Herausgeber   |
| k.A.   | Keine Angaben   |
| KNP    | Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung                      |
| NIGZ   | Netherlands Institute for Health Promotion and Illness Prevention     |
| PHAC   | Public Health Action Cycle  |
| Preffi | Health Promotion Effect Management Instrument                         |
| QIP    | Qualität in der Prävention  |
| QK     | Qualitätskriterium  |
| s.     | siehe   |
| S.     | Seite   |
| Tab.   | Tabelle   |
| u.a.   | unter anderem   |
| UKE    | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf                                |
| WHO    | World Health Organisation   |
| z.B.   | zum Beispiel  |

## 10 Anhang

### 10.1 Kriterienkatalog

#### Qualitätskriterium 1:

Ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und ihren Einflussfaktoren ist unter allen Beteiligten entwickelt und dokumentiert.

Leitfragen:

Auf welche Art und Weise erfolgte die *Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Gesundheit und ihren Einflussfaktoren unter allen Beteiligten*? Inwiefern wurde die Entwicklung des gemeinsamen Verständnisses *dokumentiert*?

| Definition   | Kodierregeln   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses<br/>Einigung bzw. Festlegung eines gemeinsamen Leitgedanken/einer Projektidee.</li> <li>Gesundheit und ihren Einflussfaktoren<br/>Gesundheitsförderung als vorgegebener Inhalt aller Projekte.</li> <li>unter allen Beteiligten<br/>Beteiligte bezieht sich auf alle Partner, die das Projekt auf Organisationsebene zusammen beantragt haben, nicht auf alle in die Maßnahme involvierte Personen.</li> <li>dokumentiert<br/>Schriftliche Fixierung des Leitgedanken/der Projektidee in Zwischen- und/oder Abschlussbericht.</li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 46: Kriterienkatalog QK 1

**Qualitätskriterium 2A:**

Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist erwiesen und dokumentiert.

Leitfragen:

Welche Datenangaben wurden erbracht, sodass der *Bedarf* für die *Maßnahme zur Förderung der Gesundheit* erwiesen ist? Inwiefern wurde der Bedarf *dokumentiert*?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Maßnahme</b><br/>Maßnahme bezieht sich auf das durchgeführte Projekt als Ganzes. Jedes Projekt besteht aus einzelnen Teilmaßnahmen.</li> <br/> <li>• <b>Förderung der Gesundheit</b><br/>Gesundheitsförderung als vorgegebener Inhalt aller Projekte.</li> <br/> <li>• <b>Bedarf erwiesen</b><br/>Erfassung der Ausgangslage im Setting mittels Durchführung einer Bedarfsanalyse auf unterschiedliche Art und Weise z.B. empirischer Beleg durch wissenschaftliche Recherche oder der Durchführung von Datenerhebungen im Setting (s. BZgA 2010, S. 71 f.).</li> <br/> <li>• <b>dokumentiert</b><br/>Schriftliche Fixierung der Daten zur Erweisung des Bedarfs in Zwischen- und/oder Abschlussbericht.</li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 1: Kriterienkatalog QK 2A

**Qualitätskriterium 2B:**

Eine Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen in der eigenen Einrichtung/in der Lebenswelt und im Umfeld ist erfolgt.

Leitfrage:

Auf welche Art und Weise *erfolgte* die *Bestandsaufnahme* von *vorhandenen gesundheitsfördernden Maßnahmen und Strukturen* in der *eigenen Einrichtung/in der Lebenswelt und im Umfeld*?

| Definition   | Kodierregeln  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestandsaufnahme ist erfolgt<br/>Erhebung/Erfassung des Bestandes „in der Lebenswelt“ z.B. „kontinuierliche Maßnahmen, laufende, aber zeitlich und inhaltlich begrenzte Projekte“ und „bereits bestehende Aktivitäten und Maßnahmen“ (BZgA 2010, S. 74).</li> <br/> <li>• vorhandenen gesundheitsfördernden Maßnahmen und Strukturen<br/>Dazu zählen z.B. Aktivitäten und Projekte der Gesundheitsförderung, die bereits aktuell in der Lebenswelt durchgeführt werden.</li> <br/> <li>• eigenen Einrichtung/in der Lebenswelt und im Umfeld<br/>Lebenswelten sind „sozial-räumlichen Strukturen, d.h. Orte, an denen die Zielgruppe ihren Alltag bestreitet z.B. „in Kindertagesstätten, Schulen, Stadtteilen, Familien, am Arbeitsplatz, in Vereinen“. (BZgA 2010, S. 74).</li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p><br><p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p><br><p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p><br><p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 47: Kriterienkatalog QK 2B

**Qualitätskriterium 3:**

Die Zielgruppe ist vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.

Leitfragen:

Wie wurde(n) die *Zielgruppe(n)* vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt? Welche Zielgruppe(n) wurden genannt?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 600 976 842">• Zielgruppe<br/>Dazu zählt die Personengruppe, für die „die Maßnahme direkt (primär)“ konzipiert wird und die Personen, „die im sozialen Umfeld (sekundär)“ involviert sind (BZgA 2010, S. 76).</li> <br/> <li data-bbox="316 927 976 1120">• vor dem Hintergrund von Bedarf<br/>Die Berücksichtigung des Bedarfs bzw. der Bedarfsanalyse zur Festlegung der Zielgruppe.</li> </ul> | <p data-bbox="1002 600 1350 680"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="1002 797 1350 927"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="1002 1043 1350 1173"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="1002 1290 1350 1482"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 48: Kriterienkatalog QK 3

**Qualitätskriterium 4:**

Die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n) sind erkannt und beschrieben.

Leitfragen:

Wie wurden die *Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n) erkannt?*

In welcher Form wurden die Besonderheiten bzw. Stärken der Zielgruppe(n) *beschrieben?*

| Definition   | Kodierregeln   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="304 701 975 1254"> <p>• Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n)</p> <p>Besonderheiten sind „alle Merkmale, die die Zielgruppe näher kennzeichnen“, z.B. Gegebenheiten, die in Verbindung mit der Zielgruppe für die Planung der Maßnahme beachtet und berücksichtigt werden müssen. Die Nennung der Zielgruppe zählt nicht zu diesem, sondern zu QK 3. Zu den Stärken zählen z.B. „familiäre Ressourcen“ und „soziale Ressourcen“ (BZgA 2010, S. 81).</p> </li> <li data-bbox="304 1332 975 1478"> <p>• erkannt</p> <p>Die Feststellung im Zusammenhang mit der Bedarfsanalyse des Projektes.</p> </li> <li data-bbox="304 1556 975 1776"> <p>• beschrieben</p> <p>Schriftliche Fixierung der Daten zur Erweisung des Bedarfs in Zwischen- und/oder Abschlussbericht.</p> </li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab.49: Kriterienkatalog QK 4

**Qualitätskriterium 5.1:**

Die Zielgruppe(n) ist (sind) in die Planung der Maßnahme einbezogen (Partizipation).

Leitfragen:

Auf welche Art und Weise wurde(n) *die Zielgruppe(n) in die Planung der Maßnahme(n) einbezogen*? Welche Stufe(n) der Partizipation wurden umgesetzt?

| Definition  | Kodierregeln  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planung der Maßnahme<br/>Die Planungsphase beinhaltet den Zeitraum, in der die gesamte Maßnahme geplant wurde.</li> <br/> <li>• einbezogen (Partizipation)<br/>Partizipation ist die „Teilnahme und Teilhabe“ der Zielgruppe an der Maßnahme (Wright et al. 2009, S. 159).<br/><br/>Die unterschiedlichen Ausprägungen der Partizipation in Prävention und Gesundheitsförderung sind in einem Stufenmodell definiert. Die Stufen der Partizipation sind die Stufen 6, 7 und 8 (Wright et al. 2009, S. 164).</li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p><br><p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p><br><p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p><br><p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 2: Kriterienkatalog QK 5.1

**Qualitätskriterium 5.2:**

Die Zielgruppe(n) ist (sind) in die Durchführung Maßnahme einbezogen (Partizipation).

Leitfragen:

Wie wurde(n) *die Zielgruppe(n) in die Durchführung der Maßnahme einbezogen*? Welche Stufe(n) der Partizipation wurden umgesetzt?

| Definition   | Kodierregeln   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="320 656 983 846">• Durchführung der Maßnahme<br/>Die Durchführungsphase beinhaltet den Zeitraum, in der die geplante Maßnahme in die Praxis umgesetzt wurde.</li> <li data-bbox="320 931 983 1384">• einbezogen (Partizipation)<br/>Partizipation ist die „Teilnahme und Teilhabe“ der Zielgruppe an der Maßnahme (Wright et al. 2009, S. 159).<br/>Die unterschiedlichen Ausprägungen der Partizipation in Prävention und Gesundheitsförderung sind in einem Stufenmodell definiert. Die Stufen der Partizipation sind die Stufen 6, 7 und 8 (Wright et al. 2009, S. 164).</li> </ul> | <p data-bbox="999 656 1362 734"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="999 853 1362 981"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="999 1106 1362 1234"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="999 1359 1362 1541"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 50: Kriterienkatalog QK 5.2

**Qualitätskriterium 6.1:**

Hauptziele der Maßnahme sind bestimmt.

Leitfragen:

Wie wurden die *Hauptziele* für die Maßnahme *bestimmt*? In wiefern be-  
zogen sich die Maßnahmen auf die formulierten Hauptziele?

| Definition  | Kodierregeln  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hauptziele der Maßnahme<br/>Die „Hauptziele beschreiben die übergeordneten Ziele des Projekts“ (BZgA 2010, S. 86).</li> <br/> <li>• bestimmt<br/>Die sprachliche Formulierung der Hauptziele erfolgt im Abschlussbericht nach „SMART“ (Doran 1981, S. 36):<br/>„Specific“<br/>„Measurable“<br/>„Assignable“<br/>„Realistic“<br/>„Time-related“.</li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p><br><p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p><br><p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p><br><p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab.51: Kriterienkatalog QK 6.1

**Qualitätskriterium 6.2:**

Teilziele der Maßnahme sind bestimmt.

Leitfragen:

Wie wurden die *Teilziele der Maßnahme bestimmt*? In wiefern bezogen sich die Maßnahmen auf die formulierten Teilziele?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 600 986 741">• Teilziele der Maßnahme<br/>„Die Teilziele beziehen sich auf die einzelnen Maßnahmen“ (BZgA 2010, S. 86).</li> <br/> <li data-bbox="316 824 986 1310">• bestimmt<br/>Die sprachliche Formulierung der Teilziele erfolgt im Abschlussbericht nach „SMART“ (Doran 1981, S. 36):<br/>„Specific“<br/>„Measurable“<br/>„Assignable“<br/>„Realistic“<br/>„Time-related“.</li> </ul> | <p data-bbox="1000 600 1361 678"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="1000 797 1361 927"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="1000 1046 1361 1176"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="1000 1294 1361 1485"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 3: Kriterienkatalog QK 6.2

**Qualitätskriterium 7:**

Ein Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Zielgruppen liegt in schriftlicher Form vor.

Leitfragen:

In wiefern existierte *ein schriftliches Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Zielgruppen*? Welche inhaltlichen Aspekte wurden beschrieben?

| Definition   | Kodierregeln  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 712 967 1099"> <p>• Konzept</p> <p>Darin wird „die Maßnahme systematisch in allen Aspekten formuliert und schriftlich dargestellt“, z.B. werden folgende Aspekte beschrieben: die „Ausgangslage und Bedarf“, „Ziele und Teilziele“, „Zielgruppen“, „Beschreibung inhaltlicher Bausteine“ und der „Projektplan“ (BZgA 2010, S. 91).</p> </li> <li data-bbox="316 1189 967 1480"> <p>• Erreichung der Haupt-/Teilziele beziehungsweise Zielgruppen</p> <p>Die schriftliche Erläuterung der Vorgehensweise innerhalb der Maßnahme, um die Haupt-/Teilziele und Zielgruppen zu erreichen.</p> </li> <li data-bbox="316 1570 967 1704"> <p>• in schriftlicher Form</p> <p>Die schriftliche Fixierung des Konzeptes im Abschlussbericht.</p> </li> </ul> | <p data-bbox="989 712 1359 786"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="989 909 1359 1032"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1155 1359 1279"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1402 1359 1592"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 52: Kriterienkatalog QK 7

**Qualitätskriterium 8:**

Vermeidung von Stigmatisierung und potenziellen unerwünschten Nebenwirkungen ist bedacht.

Leitfragen:

In wiefern wurden die Vermeidung von *Stigmatisierung und unerwünschte Nebenwirkungen bedacht*? In welcher Form fanden Vermeidung von Stigmatisierung und unerwünschten Nebenwirkungen in der Maßnahme Berücksichtigung?

| Definition   | Kodierregeln  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 763 967 904">• Stigmatisierung<br/>Bezeichnet jede Form der „Diskriminierung“ (BZgA 2010, S. 93).</li> <li data-bbox="316 987 967 1128">• unerwünschte Nebenwirkungen<br/>Negative Effekte, die in Zusammenhang mit der Maßnahme bei der Zielgruppe auftreten.</li> <li data-bbox="316 1211 967 1509">• bedacht<br/>Die Berücksichtigung und die Ausrichtung der Maßnahme zur Vermeidung von Stigmatisierung und Begleiterscheinungen in die Planung der Maßnahme sowie die schriftliche Fixierung im Abschlussbericht.</li> </ul> | <p data-bbox="989 763 1361 837"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="989 958 1361 1093"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1214 1361 1348"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1469 1361 1648"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 53: Kriterienkatalog QK 8

**Qualitätskriterium 9:**

Die Maßnahme berücksichtigt auch verhältnispräventive Aktivitäten.

Leitfragen:

In welcher Form wurden *verhältnispräventiven* Aktivitäten *auch* in der Maßnahme *berücksichtigt*? In welchen Settings wurden verhältnispräventive Maßnahmen durchgeführt?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="304 656 979 1003"> <p>• verhältnispräventive Aktivitäten</p> <p>Verhältnisprävention zielt auf eine „Veränderung der gesundheitsrelevanten ökologischen, sozialen, kulturellen“ (Franzkowiak 2011, S. 439) sowie „ökonomischen Umweltbedingungen“ (Leppin 2007, S. 36) der Zielgruppen ab.</p> </li> <li data-bbox="304 1084 979 1431"> <p>• berücksichtigt auch</p> <p>Es wird bei der Planung der Maßnahme bedacht. Die Formulierung „auch“ beinhaltet, dass die Maßnahme verhältnispräventiv angelegt ist; somit ist das Ausmaß an Verhältnisprävention innerhalb der Maßnahme variabel.</p> </li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 4: Kriterienkatalog QK 9

**Qualitätskriterium 10A:**

Die Maßnahme ist niederschwellig angelegt.

Leitfragen:

Auf welche Art und Weise wurde die Maßnahme *niederschwellig angelegt*? In welchen Settings wurden niederschwellige Teilmaßnahmen durchgeführt?

| Definition   | Kodierregeln   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 656 967 1048"> <p>• niederschwellig</p> <p>Die Zielgruppe sollte ohne größere Barrieren und spezielle Voraussetzungen an der Maßnahme teilnehmen können (s. BZgA 2010, S. 99), indem vorzugsweise Maßnahmen in der Lebenswelt der Zielgruppen erfolgen, z.B. „in Schulen, in Kindertagesstätten, in Stadtteilen“ (BZgA 2010, S. 135).</p> </li> <li data-bbox="316 1137 967 1323"> <p>• angelegt</p> <p>Innerhalb der Maßnahmenplanung berücksichtigt und schriftlich im Abschlussbericht genannt.</p> </li> </ul> | <p data-bbox="989 656 1361 734"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="989 853 1361 981"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1106 1361 1234"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1359 1361 1541"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 54: KriterienkatalogQK 10.A

**Qualitätskriterium 10B.1:**

Zugangswege sind zielgruppengerecht ausgewählt.

Leitfragen:

Auf welche Weise wurden die *Zugangswege zielgruppengerecht ausgewählt*? Welche Zugangswege wurden für die Zielgruppe(n) gewählt?

| Definition   | Kodierregeln   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 600 970 994"> <p>• Zugangswege</p> <p>Die Zielgruppe erhält dadurch die Möglichkeit, sich im Vorfeld über die Maßnahme zu informieren und darauf aufmerksam zu werden, z.B. durch „Flyer“, Artikel in Zeitungen“, „Internetseiten“ oder „Plakate“ (BZgA 2010, S. 99). Dazu zählt nicht die Öffentlichkeitsarbeit während der Durchführung der Maßnahme.</p> </li> <li data-bbox="316 1079 970 1223"> <p>• zielgruppengerecht</p> <p>Es muss „auf die Zielgruppe abgestimmt“ sein (BZgA 2010, S. 101).</p> </li> <li data-bbox="316 1308 970 1451"> <p>• ausgewählt</p> <p>Bei der Planung der Maßnahme berücksichtigt und schriftlich im Abschlussbericht fixiert.</p> </li> </ul> | <p data-bbox="994 600 1362 680"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="994 797 1362 931"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="994 1048 1362 1182"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="994 1299 1362 1487"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 55: Kriterienkatalog QK 10B.1

**Qualitätskriterium 10B.2:**

Vermittlungsmethoden sind zielgruppengerecht ausgewählt.

Leitfragen:

Wie wurden die *Vermittlungsmethoden zielgruppengerecht ausgewählt*?

Welche Vermittlungsmethoden wurden für die Zielgruppe(n) gewählt?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlungsmethoden<br/>Didaktische Methoden der Vermittlung, individuell je nach Zielgruppe und durchgeführter (Teil-)Maßnahmen (s. BZgA 2010, S. 99).</li> <li>• zielgruppengerecht<br/>Es muss „auf die Zielgruppe abgestimmt“ sein (BZgA 2010, S. 101).</li> <li>• ausgewählt<br/>Bei der Planung der Maßnahme berücksichtigt und schriftlich im Abschlussbericht fixiert.</li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 56: Kriterienkatalog QK 10B.2

**Qualitätskriterium 11:**

Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen (personale, familiäre, soziale) sind zentraler Bestandteil der Maßnahme (Empowerment).

Leitfragen:

In wiefern waren die *Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen* der zentrale Bestandteil der Maßnahme? Wie gelang die Stärkung und Weiterentwicklung?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="304 703 976 1075"> <p>• Stärkung und Weiterentwicklung</p> <p>Empowerment zielt auf die individuelle Festigung und Verbesserung der eigenen Fähigkeiten ab (s. Brandes und Stark 2011, S. 57 ff.). Die alleinige Teilnahme an Veranstaltungen, z.B. Fortbildungen zählt nicht dazu.</p> </li> <li data-bbox="304 1075 976 1545"> <p>• Ressourcen</p> <p>„Eigenständige Einflussfaktoren“, die je nach Zielgruppe variieren. Die „personalen Ressourcen“, z.B. „emotionale Stabilität“, die „familiären Ressourcen“, z.B. „familiärer Zusammenhalt“ und die „sozialen Ressourcen“, z.B. die Unterstützung „durch Lehrkräfte“ (BZgA 2010, S. 103).</p> </li> <li data-bbox="304 1545 976 1747"> <p>• zentraler Bestandteil</p> <p>Zentral, im Mittelpunkt der gesamten Maßnahme.</p> </li> <li data-bbox="304 1747 976 2002"> <p>• Maßnahme</p> <p>Maßnahme bezieht sich auf das durchgeführte Projekt als Ganzes. Jedes Projekt besteht aus einzelnen Teilmaßnahmen.</p> </li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 57: Kriterienkatalog QK 11

**Qualitätskriterium 12A:**

Personen für die Umsetzung in die Praxis sind vorhanden (internes und externes Personal, andere Mitwirkende).

Leitfragen:

Wie wurde beschrieben, ob *Personen* (intern/extern) für die *Umsetzung in die Praxis vorhanden* waren? In welcher Form waren die Personen in die Umsetzung involviert?

| Definition  | Kodierregeln  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="304 703 979 1176"> <p>• Personen</p> <p>Dazu zählt „internes und externes Personal“ zur „Umsetzung der Maßnahme in die Praxis“ (BZgA 2010, S. 108). Zwischen der Organisationsebene und der Ebene der Teilmaßnahmen wird unterschieden. Die Nennung der Personen kann auch über die Nennung der involvierten Institutionen erfolgen.</p> </li> <li data-bbox="304 1176 979 1422"> <p>• Umsetzung in die Praxis</p> <p>Die praktische Durchführung der Maßnahme als Ganzes und die Umsetzung der Teilmaßnahmen.</p> </li> <li data-bbox="304 1422 979 1877"> <p>• vorhanden</p> <p>Bei der Planung der Maßnahme berücksichtigt und schriftlich in Zwischen- und/oder Abschlussbericht fixiert. Es können einzelne Personen mit Namen genannt sein oder Personengruppen bzw. die Institution als übergeordnete Einrichtung der eingeplanten Personen.</p> </li> </ul> | <p data-bbox="979 703 1366 817"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="979 817 1366 1108"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="979 1108 1366 1332"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="979 1332 1366 1877"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 58: Kriterienkatalog QK 12A

**Qualitätskriterium 12B:**

Zuständigkeiten und Verantwortung sind mit allen Beteiligten geklärt und festgelegt.

Leitfragen:

Auf welche Art und Weise wurden die *Zuständigkeiten und Verantwortung mit allen Beteiligten geklärt?* In welcher Form wurden die *Zuständigkeiten und Verantwortung festgelegt?*

| Definition   | Kodierregeln   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="304 703 986 1070"> <p>• <b>Zuständigkeiten und Verantwortung</b></p> <p>Die Aufgabenbereiche und Verantwortungsbereiche werden Personen bzw. Institutionen zugeordnet. Es wird zwischen der Organisationsebene und der Ebene der Teilmaßnahmen unterschieden.</p> </li> <li data-bbox="304 1070 986 1384"> <p>• <b>mit allen Beteiligten</b></p> <p>Beteiligte bezieht sich auf alle Partner, die das Projekt auf Organisationsebene zusammen beantragt haben, nicht auf alle in die Maßnahme involvierte Personen.</p> </li> <li data-bbox="304 1384 986 1677"> <p>• <b>geklärt und festgelegt</b></p> <p>Bei der Planung der Maßnahme berücksichtigt und die Aufgaben- und Verantwortungsbereiche im Zwischen- und/oder Abschlussbericht festgelegt.</p> </li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab.59: Kriterienkatalog QK 12B

**Qualitätskriterium 12C:**

Personal und Mitwirkende sind entsprechend der Zielgruppe, der Ziele und der Lebenswelt, hinsichtlich der Inhalte sowie der Vermittlungsmethoden ausreichend qualifiziert.

Leitfrage:

In wiefern entsprechen die Qualifikationen des *Personals und der Mitwirkenden der Zielgruppe, den Zielen?*

| Definition   | Kodierregeln  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 705 981 1176"> <p>• Personal und Mitwirkende</p> <p>Dazu zählt „internes und externes Personal“ zur „Umsetzung der Maßnahme in die Praxis“ (BZgA 2010, S. 108). Zwischen der Organisationsebene und der Ebene der Teilmaßnahmen wird unterschieden. Die Nennung der Personen kann auch über die Nennung der involvierten Institutionen erfolgen.</p> </li> <li data-bbox="316 1176 981 1512"> <p>• entsprechend der Zielgruppe, der Ziele und der Lebenswelt, hinsichtlich der Inhalte sowie der Vermittlungsmethoden</p> <p>Die Auswahl aller Personen wird auf gesamte Maßnahme bezogen.</p> </li> <li data-bbox="316 1512 981 1977"> <p>• ausreichend qualifiziert</p> <p>Die Qualifikation „ist vom Aufgabenbereich abhängig“ (BZgA 2010, S. 110) und wird auf die durchgeführte Tätigkeit im Projekt bezogen z.B. die Qualifikation Übungsleiter bzw. Sportpädagoge für die Teilmaßnahme: Durchführung von Sportangeboten. Zur Qualifikation zählen Aus- und Weiterbildung sowie Kompetenzen (z.B. Engagement).</p> </li> </ul> | <p data-bbox="995 705 1369 795"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="995 918 1369 1064"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="995 1187 1369 1332"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="995 1456 1369 1646"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 60: Kriterienkatalog QK 12C

**Qualitätskriterium 13.1:**

Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.

Leitfrage:

In wiefern konnten die *strukturellen Rahmenbedingungen* die *Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele ermöglichen*?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 656 979 1008"> <p>• strukturelle Rahmenbedingungen</p> <p>Organisatorische Ebene: Festlegung des strukturellen Rahmens der Maßnahme.</p> <p>Ebene der Teilmaßnahmen: Die Festlegung von z.B. der Ausstattung der Räumlichkeiten und die Beschaffung notwendiger Materialien (s .BZgA 2010, S. 112).</p> </li> <li data-bbox="316 1093 979 1232"> <p>• Umsetzung in die Praxis</p> <p>Die praktische Durchführung der gesamten Maßnahme.</p> </li> <li data-bbox="316 1317 979 1563"> <p>• Erreichung der Ziele</p> <p>Die zielführende Wahl der strukturellen Rahmenbedingungen sodass eine Erreichung der Ziele innerhalb der gesamten Maßnahme möglich ist.</p> </li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab.61: Kriterienkatalog QK 13.1

**Qualitätskriterium 13.2:**

Die organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.

Leitfragen:

In wiefern konnten die *organisatorischen Rahmenbedingungen* die *Umsetzung in die Praxis* und die *Erreichung der Ziele ermöglichen*? In welcher Form lag ein Arbeits-/Zeitplan vor?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="320 712 981 1317"> <p>• Organisatorische Rahmenbedingungen</p> <p>Organisatorische Ebene: Die Zuteilung der Aufgaben und Verantwortungsbereiche in Form eines Arbeits-/Zeitplans und die schriftliche Fixierung des Arbeits-/Zeitplans im Abschlussbericht. Der regelmäßige Austausch über den aktuellen Stand der gesamten Maßnahme.</p> <p>Ebene der Teilmaßnahmen: z.B. die Räume buchen, Absprachen treffen und die Zeiten aus dem Arbeits-/Zeitplan beachten (s. BZgA 2010, S. 112).</p> </li> <li data-bbox="320 1400 981 1541"> <p>• Umsetzung in die Praxis</p> <p>Die praktische Durchführung der gesamten Maßnahme.</p> </li> <li data-bbox="320 1624 981 1877"> <p>• Erreichung der Ziele</p> <p>Die zielführende Wahl der strukturellen Rahmenbedingungen sodass eine Erreichung der Ziele innerhalb der gesamten Maßnahme möglich ist.</p> </li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab.62: Kriterienkatalog QK 13.2

**Qualitätskriterium 14:**

Die für die Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel sind sichergestellt.

Leitfragen:

Wie wurden die *notwendigen finanziellen Mittel* für die Maßnahme *sichergestellt*? Welche Gründe wurden angeführt, wenn finanzielle Mittel fehlten?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Maßnahme</b><br/>Maßnahme bezieht sich auf das durchgeführte Projekt als Ganzes. Jedes Projekt besteht aus einzelnen Teilmaßnahmen.</li> <br/> <li>• <b>notwendigen finanziellen Mittel</b><br/>Finanzielle Mittel, die für die Durchführung der gesamten Maßnahme erforderlich sind.</li> <br/> <li>• <b>sichergestellt</b><br/>Voraussetzung zur Durchführung der Maßnahme sind die Bewilligung des Projektes und die Vorlage des Bewilligungsbescheides mit genehmigter Finanzierungssumme.</li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab.63: Kriterienkatalog QK 14

**Qualitätskriterium 15A.1:**

Die Inhalte der Maßnahme sind dokumentiert.

Leitfragen:

In welcher Form wurden die *Inhalte der Maßnahme dokumentiert*? Wie detailliert erfolgte die Dokumentation der Inhalte der Teilmaßnahmen?

| Definition   | Kodierregeln   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 600 967 741">• Inhalte<br/>Die konkreten Inhalte der gesamten Maßnahme inklusive ihrer Teilmaßnahmen.</li> <li data-bbox="316 824 967 1016">• Maßnahme<br/>Maßnahme bezieht sich auf das durchgeführte Projekt als Ganzes. Jedes Projekt besteht aus einzelnen Teilmaßnahmen.</li> <li data-bbox="316 1099 967 1240">• dokumentiert<br/>Die schriftliche Fixierung im Abschlussbericht.</li> </ul> | <p data-bbox="989 600 1361 680"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="989 797 1361 938"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1055 1361 1196"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1312 1361 1491"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab.64: Kriterienkatalog QK 15A.1

**Qualitätskriterium 15A.2:**

Der Verlauf der Maßnahme ist dokumentiert.

Leitfragen:

In welcher Form wurde der *Verlauf* der Maßnahme *dokumentiert*? Wie detailliert wurde der Verlauf der Teilmaßnahmen dokumentiert?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="304 595 986 974"> <p>• Verlauf</p> <p>Die unterschiedlichen Abschnitte bzw. Zeitpunkte innerhalb der praktischen Durchführung der Maßnahme bzw. der Teilmaßnahmen während der Projektlaufzeit (Prozessdokumentation; s. BZgA 2010, S. 116 f.).</p> </li> <li data-bbox="304 974 986 1243"> <p>• Maßnahme</p> <p>Maßnahme bezieht sich auf das durchgeführte Projekt als Ganzes. Jedes Projekt besteht aus einzelnen Teilmaßnahmen.</p> </li> <li data-bbox="304 1243 986 1527"> <p>• dokumentiert</p> <p>Die schriftliche Fixierung im Abschlussbericht z.B. in Form von Verlaufsprotokollen oder Teilnehmerlisten.</p> </li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab.65: Kriterienkatalog QK 15A.2

**Qualitätskriterium 15B:**

Es ist dokumentiert, inwieweit die Maßnahme die formulierten Ziele erreicht hat.

Leitfragen:

Auf welche Weise wurde *dokumentiert*, inwieweit die Maßnahme die *formulierten Ziele erreicht* hat? Wurde zu allen formulierten Haupt-/Teilzielen beschrieben, inwieweit die Ziele erreicht wurden?

| Definition  | Kodierregeln  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• dokumentiert<br/>Die schriftliche Fixierung im Abschlussbericht.</li> </ul>  | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maßnahme<br/>Maßnahme bezieht sich auf das durchgeführte Projekt als Ganzes. Jedes Projekt besteht aus einzelnen Teilmaßnahmen.</li> </ul>   | <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• formulierten Ziele erreicht<br/>Die Nennung bzw. Darstellung der „erreichten bzw. nicht erreichten“ Ziele (Haupt- und Teilziele). Als formulierte Ziele werden die im Abschlussbericht für die Maßnahme formulierten Ziele (Haupt- und Teilziele) betrachtet (Ergebnisdokumentation, s. BZgA 2010, S. 116).</li> </ul> | <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab.66: Kriterienkatalog QK 15B.2

**Qualitätskriterium 15C:**

Veränderungen sind dokumentiert (Verhalten, Strukturen, Prozess)?

Leitfragen:

In welcher Form wurden *Veränderungen dokumentiert*? Welche Veränderungen traten auf?

| Definition   | Kodierregeln   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 600 970 987"> <p>• Veränderungen</p> <p>Als Veränderungen werden Abweichungen von der ursprünglichen Planung betrachtet. Diese können auf verschiedenen Ebenen auftreten: Verhaltensebene, Strukturebene und Prozessebene. Das Auftreten der Veränderungen in den verschiedenen Ebenen kann variieren.</p> </li> <li data-bbox="316 1077 970 1218"> <p>• dokumentiert</p> <p>Die schriftliche Fixierung der Veränderungen im Abschlussbericht.</p> </li> </ul> | <p data-bbox="992 600 1361 678"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="992 797 1361 938"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="992 1057 1361 1184"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="992 1303 1361 1487"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 67: Kriterienkatalog QK 15C

**Qualitätskriterium 16A.1:**

Die erwarteten Ziele und Ergebnisse sind gegenübergestellt.

Leitfrage:

In welcher Form wurden die *erwarteten Ziele und Ergebnisse gegenübergestellt*?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 600 967 891">• erwarteten Ziele und Ergebnisse<br/>Als erwartete Ziele gelten die für die Maßnahme formulierten Ziele (Haupt- und Teilziele) im Abschlussbericht. Als Ergebnisse werden ausschließlich die Ergebnisse aus der internen Evaluation betrachtet.</li> <br/> <li data-bbox="316 981 967 1223">• gegenübergestellt<br/>Die Auflistung der für die Maßnahme formulierten Ziele (Haupt- und Teilziele) sowie deren Ergebnisse im Abschlussbericht (s. BZgA 2010, S. 119).</li> </ul> | <p data-bbox="991 600 1361 680"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="991 797 1361 931"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="991 1048 1361 1182"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="991 1299 1361 1487"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 68: Kriterienkatalog QK 16A.1

**Qualitätskriterium 16A.2:**

Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind kritisch betrachtet und bewertet.

Leitfragen:

In wiefern fand eine *kritische Betrachtung* der *erwarteten Ziele und Ergebnisse* statt? In welcher Form wurden die erwarteten Ziele und Ergebnisse im Rahmen der Evaluation *bewertet*?

| Definition   | Kodierregeln   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="304 703 983 996"> <p>• erwarteten Ziele und Ergebnisse</p> <p>Als erwartete Ziele gelten die für die Maßnahme formulierten Ziele (Haupt- und Teilziele) im Abschlussbericht. Als Ergebnisse werden ausschließlich die Ergebnisse aus der internen Evaluation betrachtet.</p> </li> <li data-bbox="304 1086 983 1332"> <p>• kritisch betrachtet</p> <p>Die Reflexion (positiv/negativ) der erreichten bzw. nicht erreichten formulierten Ziele (Haupt- und Teilziele) sowie die Ableitung von „Schlussfolgerungen“ (BZgA 2010, S. 119).</p> </li> <li data-bbox="304 1422 983 1677"> <p>• bewertet</p> <p>Wie zufriedenstellend bzw. nicht zufriedenstellend wurden die Ziele erreicht bzw. nicht erreicht (Ergebnisevaluation, Erreichungsgrad der Ziele; s. BZgA 2010, S. 119).</p> </li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab.69: Kriterienkatalog QK 16A

**Qualitätskriterium 16B:**

Die Prozesse sind kritisch betrachtet und bewertet.

Leitfragen:

In wiefern fand eine *kritische Betrachtung der Prozesse* statt? In welcher Form wurden die *Prozesse* im Rahmen der internen Evaluation *bewertet*?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 600 970 792">• Prozesse<br/>Dazu zählen z.B. Abläufe, Art und Weise sowie Verfahren während Durchführung der Maßnahme (s. BZgA 2010, S. 119).</li> <li data-bbox="316 878 970 1173">• kritisch betrachtet<br/>Die Reflexion (positiv/negativ) „über den Verlauf (Prozess) der Maßnahme“ (BZgA 2010, S. 119). Dazu zählt nicht die alleinige Nennung von positiven bzw. negativen Erfahrungen der Maßnahme im Allgemeinen.</li> <li data-bbox="316 1258 970 1597">• bewertet<br/>Die Bewertung der Daten, die während des Maßnahmenverlaufs erhoben wurden (Evaluation). Dazu zählt nicht die alleinige Nennung einer Prozessevaluation ohne belegende Ergebnisdarstellung und vorliegende Dokumentationen.</li> </ul> | <p data-bbox="995 600 1347 680"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="995 797 1347 927"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="995 1043 1347 1173"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="995 1290 1347 1487"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 70: Kriterienkatalog QK 16B

**Qualitätskriterium 17.1:**

Aufwand und Wirkung sind gegenübergestellt.

Leitfrage:

In welcher Form wurde *Aufwand und Wirkung* der Maßnahme *gegenübergestellt*?

| Definition   | Kodierregeln   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 600 967 987"> <p>• Aufwand und Wirkung</p> <p>Dazu zählen die ökonomische Aspekte zwischen dem Aufwand („finanzieller, personeller und zeitlicher Aufwand“), der zur Durchführung der Maßnahme notwendig ist sowie die Wirksamkeit der gesamten Maßnahme (Kosten-Nutzen-Analyse; s. BZgA 2010, S. 122).</p> </li> <li data-bbox="316 1077 967 1216"> <p>• gegenübergestellt</p> <p>Die Auflistung von Aufwand und Wirkung im Abschlussbericht.</p> </li> </ul> | <p data-bbox="989 600 1347 678"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="989 797 1347 936"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1055 1347 1182"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1301 1347 1485"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 71: Kriterienkatalog QK 17.1

**Qualitätskriterium 17.2:**

Aufwand und Wirkung sind kritisch betrachtet.

Leitfrage:

Auf welche Weise wurde *Aufwand und Wirkung* der Maßnahme *kritisch betrachtet*?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 600 967 987"> <p>• Aufwand und Wirkung</p> <p>Dazu zählen die ökonomische Aspekte zwischen dem Aufwand („finanzieller, personeller und zeitlicher Aufwand“), der zur Durchführung der Maßnahme notwendig ist sowie die Wirksamkeit der gesamten Maßnahme (Kosten-Nutzen-Analyse; s. BZgA 2010, S. 122).</p> </li> <li data-bbox="316 1077 967 1267"> <p>• kritisch betrachtet</p> <p>Die Reflexion (positiv/negativ) von Aufwand und Wirkung zum Zeitpunkt des Projektendes, z.B. ob die Kalkulation realistisch war.</p> </li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab.72: Kriterienkatalog QK 17.2

**Qualitätskriterium 18:**

Es werden Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern gepflegt (Vernetzung).

Leitfragen:

In wiefern existierten *Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern*? In welcher Form wurden diese *gepflegt*?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 656 983 898">• Beziehungen und Kooperationen<br/>Die Vernetzung und Zusammenarbeit verschiedener Kooperationspartner des Projektes. Die Anzahl der Kooperationspartner kann je nach Projekt variieren.</li> <li data-bbox="316 981 983 1272">• gepflegt<br/>Ein regelmäßiger gemeinsamer Austausch der Kooperationspartner z.B. durch Treffen und die Bildung von Arbeitsgemeinschaften. Dazu zählt nicht die ausschließliche Nennung der Kooperationspartner.</li> <li data-bbox="316 1355 983 1503">• zu weiteren Partnern<br/>Dazu zählen die Kooperationspartner im aufgebauten Netzwerk (s. BZgA 2010, S. 123).</li> </ul> | <p data-bbox="997 656 1359 734"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="997 853 1359 981"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="997 1099 1359 1234"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="997 1355 1359 1541"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 73: Kriterienkatalog QK 18

**Qualitätskriterium 19:**

Erfolgreiche Maßnahmen werden in der Organisation/von den Beteiligten weitergeführt (Verstetigung).

Leitfragen:

In welcher Form wurden die *erfolgreichen Maßnahmen in der Organisation/von den Beteiligten weitergeführt?*

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="316 658 967 947"> <p>• erfolgreiche Maßnahme<br/>Maßnahme bezieht sich auf das Projekt als Ganzes. Jedes Projekt besteht aus einzelnen Teilmaßnahmen. Für „erfolgreich“ erfolgt keine Wertung sondern eine neutrale Betrachtung.</p> </li> <li data-bbox="316 1032 967 1272"> <p>• in der Organisation/von den Beteiligten<br/>Organisation sind z.B. die Institutionen Schulen, Kindertagesstätten, Senioreneinrichtungen. Zu den Beteiligten zählen z.B. Lehrkräfte, Erzieher und Projektleiter.</p> </li> <li data-bbox="316 1357 967 1704"> <p>• weitergeführt<br/>Die Fortführung der Maßnahme und/oder der Teilmaßnahmen nach Ablauf der Förderlaufzeit, z.B. durch Aufnahme dieser in ein Regelangebot (s. BZgA 2010, S. 125). Dazu zählt nicht die ausschließliche Planung einer Weiterführung.</p> </li> </ul> | <p data-bbox="989 658 1362 734"><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p data-bbox="989 853 1362 981"><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1099 1362 1234"><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p data-bbox="989 1352 1362 1541"><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 74: Kriterienkatalog QK 19

**Qualitätskriterium 20:**

Die Inhalte und Erkenntnisse der erfolgreichen Maßnahme werden nach außen getragen (Übertragbarkeit/Transparenz).

Leitfragen:

Wie wurden die *Inhalte und Erkenntnisse* der *erfolgreichen Maßnahme nach außen getragen*? (Verbreitung) In welcher Form wurden die Inhalte und Erkenntnisse für andere Akteure aufbereitet?

| Definition  | Kodierregeln   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhalte und Erkenntnisse<br/>Die Inhalte beziehen sich auf die gesamte Maßnahme. Die Erkenntnisse beruhen auf Erfahrungen, die während der praktischen Durchführung gewonnen wurden.</li> <li>• erfolgreichen Maßnahme<br/>Maßnahme bezieht sich auf das durchgeführte Projekt als Ganzes. Jedes Projekt besteht aus Teilmaßnahmen. Für „erfolgreich“ erfolgt keine Wertung sondern eine neutrale Betrachtung.</li> <li>• nach außen getragen<br/>Die verschiedenen Formen der Verbreitung, z.B. wissenschaftliche Publikationen, Tagungsbeiträge, Handreichungen, Leitfäden für Akteure und die Ausbildung von Multiplikatoren (s. BZgA 2010, S. 127). Dazu zählt nicht die Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung der Maßnahme während der Projektlaufzeit.</li> </ul> | <p><b>(+ +)</b> Alle Einzelaspekte in der Definition sind erfüllt.</p> <p><b>(+)</b> Die Einzelaspekte in der Definition sind teilweise erfüllt.</p> <p><b>(- -)</b> Keiner der Einzelaspekte in der Definition ist erfüllt.</p> <p><b>(k.A.)</b> Es ist keine eindeutige Kodierung der Einzelaspekte in der Definition möglich.</p> |

Tab. 75: Kriterienkatalog QK 20

## 10.2 Bewertungsskalen

### Qualitätskriterium 1:

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und ihren Einflussfaktoren ist vollständig unter allen Beteiligten entwickelt und dokumentiert. |
| +     | Ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und ihren Einflussfaktoren ist teilweise unter allen Beteiligten entwickelt und dokumentiert.   |
| --    | Ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit und ihren Einflussfaktoren ist nicht unter allen Beteiligten entwickelt und dokumentiert.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.  |

Tab. 76: Bewertungsskala QK 1

### Qualitätskriterium 2A:

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist vollständig erwiesen und dokumentiert. |
| +     | Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist teilweise erwiesen und dokumentiert.   |
| --    | Der Bedarf für die Maßnahme zur Förderung der Gesundheit ist nicht erwiesen und dokumentiert.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                           |

Tab. 7: Bewertungsskala QK 2A

### Qualitätskriterium 2B:

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Eine Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen in der eigenen Einrichtung/in der Lebenswelt und im Umfeld ist vollständig erfolgt. |
| +     | Eine Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen in der eigenen Einrichtung/in der Lebenswelt und im Umfeld ist teilweise erfolgt.   |
| --    | Eine Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen in der eigenen Einrichtung/in der Lebenswelt und im Umfeld ist nicht erfolgt.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.  |

Tab. 77: Bewertungsskala QK 2B

**Qualitätskriterium 3:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die Zielgruppe ist vollständig vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.   |
| +     | Die Zielgruppe ist teilweise vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.     |
| --    | Die Zielgruppe ist nicht vor dem Hintergrund von Bedarf bestimmt.         |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 8: Bewertungsskala QK 3

**Qualitätskriterium 4:**

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n) sind vollständig erkannt und beschrieben. |
| +     | Die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n) sind teilweise erkannt und beschrieben.   |
| --    | Die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe(n) sind nicht erkannt und beschrieben.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                  |

Tab. 78: Bewertungsskala QK 4

**Qualitätskriterium 5.1:**

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Die Zielgruppe(n) ist (sind) vollständig in die Planung der Maßnahme einbezogen. |
| +     | Die Zielgruppe(n) ist (sind) teilweise in die Planung der Maßnahme einbezogen.   |
| --    | Die Zielgruppe(n) ist (sind) nicht in die Planung der Maßnahme einbezogen.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.        |

Tab. 79: Bewertungsskala QK 5.1

**Qualitätskriterium 5.2:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die Zielgruppe(n) ist (sind) vollständig in die Durchführung der Maßnahme einbezogen. |
| +     | Die Zielgruppe(n) ist (sind) teilweise in die Durchführung der Maßnahme einbezogen.   |
| --    | Die Zielgruppe(n) ist (sind) nicht in die Durchführung der Maßnahme einbezogen.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.             |

Tab. 9: Bewertungsskala QK 5.2

**Qualitätskriterium 6.1:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Hauptziele der Maßnahme sind vollständig bestimmt (nach SMART).           |
| +     | Hauptziele der Maßnahme sind teilweise bestimmt.                          |
| --    | Hauptziele der Maßnahme sind nicht bestimmt.                              |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 80: Bewertungsskala QK 6.1

**Qualitätskriterium 6.2:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Teilziele der Maßnahme sind vollständig bestimmt (nach SMART).            |
| +     | Teilziele der Maßnahme sind teilweise bestimmt.                           |
| --    | Teilziele der Maßnahme sind nicht bestimmt.                               |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 10: Bewertungsskala QK 6.2

**Qualitätskriterium 7:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Ein Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Zielgruppen liegt vollständig in schriftlicher Form vor. |
| +     | Ein Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Zielgruppen liegt teilweise in schriftlicher Form vor.   |
| --    | Es Konzept zur Erreichung der Haupt-/Teilziele bzw. Zielgruppen liegt nicht in schriftlicher Form vor.        |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                                     |

Tab. 81: Bewertungsskala QK 7

**Qualitätskriterium 8:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Vermeidung von Stigmatisierung und potenziellen unerwünschten Nebenwirkungen ist vollständig bedacht. |
| +     | Vermeidung von Stigmatisierung und potenziellen unerwünschten Nebenwirkungen ist teilweise bedacht.   |
| --    | Vermeidung von Stigmatisierung und potenziellen unerwünschten Nebenwirkungen ist nicht bedacht.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                             |

Tab. 82: Bewertungsskala QK 8

**Qualitätskriterium 9:**

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Die Maßnahme berücksichtigt vollständig auch verhältnispräventive Aktivitäten. |
| +     | Die Maßnahme berücksichtigt teilweise auch verhältnispräventive Aktivitäten.   |
| --    | Die Maßnahme berücksichtigt nicht auch verhältnispräventive Aktivitäten.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.      |

Tab. 83: Bewertungsskala QK 9

**Qualitätskriterium 10A:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die Maßnahme ist vollständig niederschwellig angelegt.                    |
| +     | Die Maßnahme ist teilweise niederschwellig angelegt.                      |
| --    | Die Maßnahme ist nicht niederschwellig angelegt.                          |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 84: Bewertungsskala QK 10A

**Qualitätskriterium 10B.1:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Zugangswege sind vollständig zielgruppengerecht ausgewählt.               |
| +     | Zugangswege sind teilweise zielgruppengerecht ausgewählt.                 |
| --    | Zugangswege sind nicht zielgruppengerecht ausgewählt.                     |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 85: Bewertungsskala QK 10B.1

**Qualitätskriterium 10B.2:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Vermittlungsmethoden sind vollständig zielgruppengerecht ausgewählt.      |
| +     | Vermittlungsmethoden sind teilweise zielgruppengerecht ausgewählt.        |
| --    | Vermittlungsmethoden sind nicht zielgruppengerecht ausgewählt.            |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 86: Bewertungsskala QK 10B.2

**Qualitätskriterium 11:**

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen(personale, familiäre, soziale) sind zentraler Bestandteil der Maßnahme.        |
| +     | Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen(personale, familiäre, soziale) sind ein (=teilweise) Bestandteil der Maßnahme. |
| --    | Die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen(personale, familiäre, soziale) sind nicht zentraler Bestandteil der Maßnahme.  |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.  |

Tab. 87: Bewertungsskala QK 11

**Qualitätskriterium 12A:**

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Personen für die Umsetzung in die Praxis sind vollständig vorhanden(internes und externes Personal, andere Mitwirkende). |
| +     | Personen für die Umsetzung in die Praxis sind teilweise vorhanden(internes und externes Personal, andere Mitwirkende).   |
| --    | Personen für die Umsetzung in die Praxis sind nicht vorhanden(internes und externes Personal, andere Mitwirkende).       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.  |

Tab. 88: Bewertungsskala QK 12A

**Qualitätskriterium 12B:**

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Zuständigkeiten und Verantwortung sind vollständig mit allen Beteiligten geklärt und festgelegt. |
| +     | Zuständigkeiten und Verantwortung sind teilweise mit allen Beteiligten geklärt und festgelegt.   |
| --    | Zuständigkeiten und Verantwortung sind nicht mit den Beteiligten geklärt und festgelegt.         |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                        |

Tab. 89: Bewertungsskala QK 12B

**Qualitätskriterium 12C:**

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Personal und Mitwirkende sind entsprechend der Zielgruppe, der Ziele und der Lebenswelt, hinsichtlich der Inhalte sowie der Vermittlungsmethoden vollständig ausreichend qualifiziert. |
| +     | Personal und Mitwirkende sind entsprechend der Zielgruppe, der Ziele und der Lebenswelt, hinsichtlich der Inhalte sowie der Vermittlungsmethoden teilweise ausreichend qualifiziert.   |
| --    | Personal und Mitwirkende sind entsprechend der Zielgruppe, der Ziele und der Lebenswelt, hinsichtlich der Inhalte sowie der Vermittlungsmethoden nicht ausreichend qualifiziert.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.  |

Tab. 90: Bewertungsskala QK 12C

**Qualitätskriterium 13.1:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen vollständig die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele. |
| +     | Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen teilweise die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.   |
| --    | Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichen nicht die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.   |

Tab. 91: Bewertungsskala QK 13.1

**Qualitätskriterium 13.2:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen vollständig die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele. |
| +     | Die organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen teilweise die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.   |
| --    | Die organisatorischen Rahmenbedingungen ermöglichen nicht die Umsetzung in die Praxis und die Erreichung der Ziele.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.   |

Tab. 92: Bewertungsskala QK 13.2

**Qualitätskriterium 14:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die für die Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel sind vollständig sichergestellt. |
| +     | Die für die Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel sind teilweise sichergestellt.   |
| --    | Die für die Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel sind nicht sichergestellt.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.             |

Tab. 93: Bewertungsskala QK 14

**Qualitätskriterium 15A.1:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die Inhalte der Maßnahme sind vollständig dokumentiert.                   |
| +     | Die Inhalte der Maßnahme sind teilweise dokumentiert.                     |
| --    | Die Inhalte der Maßnahme sind nicht dokumentiert.                         |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 94: Bewertungsskala QK 15A.1

**Qualitätskriterium 15A.2:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Der Verlauf der Maßnahme ist vollständig dokumentiert.                    |
| +     | Der Verlauf der Maßnahme ist teilweise dokumentiert.                      |
| --    | Der Verlauf der Maßnahme ist nicht dokumentiert.                          |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 95: Bewertungsskala QK 15A.2

**Qualitätskriterium 15B:**

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Es ist vollständig dokumentiert, inwieweit die Maßnahme die formulierten Ziele erreicht hat. |
| +     | Es ist teilweise dokumentiert, inwieweit die Maßnahme die formulierten Ziele erreicht hat.   |
| --    | Es ist nicht dokumentiert, inwieweit die Maßnahme die formulierten Ziele erreicht hat.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                    |

Tab. 96: Bewertungsskala QK 15B

**Qualitätskriterium 15C:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Veränderungen (Verhalten, Strukturen, Prozess,...) sind vollständig dokumentiert. |
| +     | Veränderungen (Verhalten, Strukturen, Prozess,...) sind teilweise dokumentiert.   |
| --    | Veränderungen (Verhalten, Strukturen, Prozess,...) sind nicht dokumentiert.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.         |

Tab. 97: Bewertungsskala QK 15C

**Qualitätskriterium 16A.1:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind vollständig gegenübergestellt. |
| +     | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind teilweise gegenübergestellt.   |
| --    | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind nicht gegenübergestellt.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.   |

Tab. 98: Bewertungsskala QK 16A.1

**Qualitätskriterium 16A.2:**

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind vollständig kritisch betrachtet und bewertet. |
| +     | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind teilweise kritisch betrachtet und bewertet.   |
| --    | Die erwarteten Ziele und die Ergebnisse sind nicht kritisch betrachtet und bewertet.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                  |

Tab. 99: Bewertungsskala QK 16A.2

**Qualitätskriterium 16B:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die Prozesse sind vollständig kritisch betrachtet und bewertet.           |
| +     | Die Prozesse sind teilweise kritisch betrachtet und bewertet.             |
| --    | Die Prozesse sind nicht kritisch betrachtet und bewertet.                 |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 100: Bewertungsskala QK 16B

**Qualitätskriterium 17.1:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Aufwand und Wirkungen sind vollständig gegenübergestellt.                 |
| +     | Aufwand und Wirkungen sind teilweise gegenübergestellt.                   |
| --    | Aufwand und Wirkungen sind nicht gegenübergestellt.                       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 101: Bewertungsskala QK 17.1

**Qualitätskriterium 17.2:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Aufwand und Wirkungen sind vollständig kritisch betrachtet.               |
| +     | Aufwand und Wirkungen sind teilweise kritisch betrachtet.                 |
| --    | Aufwand und Wirkungen sind nicht kritisch betrachtet.                     |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium. |

Tab. 102: Bewertungsskala QK 17.2

**Qualitätskriterium 18**

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Es werden vollständig Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern gepflegt. |
| +     | Es werden teilweise Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern gepflegt.   |
| --    | Es werden nicht Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern gepflegt.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.          |

Tab. 103: Bewertungsskala QK 18

**Qualitätskriterium 19:**

| Skala | Kriterium  |
|-------|--|
| ++    | Erfolgreiche Maßnahmen werden vollständig in der Organisation/von den Beteiligten weitergeführt. |
| +     | Erfolgreiche Maßnahmen werden teilweise in der Organisation/von den Beteiligten weitergeführt.   |
| --    | Erfolgreiche Maßnahmen werden nicht in der Organisation/von den Beteiligten weitergeführt.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                        |

Tab. 104: Bewertungsskala QK 19

**Qualitätskriterium 20:**

| Skala | Kriterium   |
|-------|---|
| ++    | Die Inhalte und Erkenntnisse der erfolgreichen Maßnahme werden vollständig nach außen getragen. |
| +     | Die Inhalte und Erkenntnisse der erfolgreichen Maßnahme werden teilweise nach außen getragen.   |
| --    | Die Inhalte und Erkenntnisse der erfolgreichen Maßnahme werden nicht nach außen getragen.       |
| k.A.  | Es existieren in dem Dokument keine eindeutigen Angaben zu dem Kriterium.                       |

Tab. 105: Bewertungsskala QK 20

## 10.3 Interviewmaterialien

### 10.3.1 Anschreiben an die Interviewpartner



Deutsche  
Sporthochschule Köln  
German Sport University Cologne

Deutsche Sporthochschule Köln · 50927 Köln

Institut für Bewegungs-  
und Neurowissenschaft  
Institute of Movement  
and Neurosciences

Prof. Dr. med. Dr. Christine Graf

Am Sportpark Müngersdorf 6  
50933 Köln · Deutschland  
Telefon +49(0)221 4982-5290  
Telefax +49(0)221 4982-8280  
c.graf@dshs-koeln.de  
www.dshs-koeln.de

Köln, 22.07.2013

**Projekte: Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen eines Dissertationsprojektes an der Deutschen Sporthochschule Köln führen wir eine wissenschaftliche Untersuchung der Projekte: „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ durch, die von dem Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurden.

Ziel ist es die Besonderheiten der Projekte, v.a. in der Planungsphase, herauszuarbeiten und den Ergebnissen gegenüberzustellen, um daraus Schlussfolgerungen für Herangehensweisen ggf. von Folgeprojekten zu erarbeiten. Zu diesem Zweck möchten wir gerne Experteninterviews mit den damaligen Projektkoordinatoren/-innen bzw. den Leitern/-innen der Projekte durchführen.

Gerne möchten wir Sie herzlich um Ihre Kooperation bitten und bedanken uns bereits im Voraus für Ihre Unterstützung!

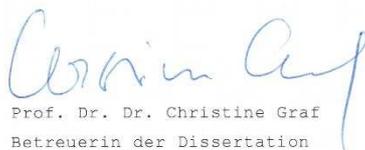


Deutsche  
Sporthochschule Köln  
German Sport University Cologne

Selbstverständlich werden Ihre Aussagen innerhalb des Interviews vertraulich behandelt, die Ergebnisse anonymisiert und ausschließlich zum wissenschaftlichen Zweck verwendet.

Für genauere Fragen stehen wir Ihnen unter 0176-23491130 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

  
Prof. Dr. Dr. Christine Graf  
Betreuerin der Dissertation

  
Eva Rühl  
Doktorandin

### 10.3.2 Vor- und Abschlussbemerkungen des Interviews

#### Vorbemerkungen:

Sehr geehrte Frau ...../ Sehr geehrter Herr.....,

herzlichen Dank das Sie sich zu dem Interview bereiterklärt haben.

Das Ziel des heutigen Interviews ist es, Informationslücken zu schließen, die sich nach Analyse der Abschlussberichte der Projekte „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ ergeben haben. Das Interview wird aufgezeichnet, damit das Telefongespräch im Anschluss verschriftlicht und ausgewertet werden kann. Die Ergebnisse werden anonymisiert und ausschließlich im Rahmen dieser wissenschaftlichen Untersuchung verwendet.

Sind sie mit der Aufzeichnung einverstanden?

Antwort: JA!

Vielen Dank für ihre Bereitschaft! Die Aufzeichnung startet jetzt.

#### Abschlussbemerkungen:

Vielen Dank Frau...../Herr..... für Ihre Zeit und das Gespräch.

### 10.3.3 Interviewleitfaden



Deutsche  
Sporthochschule Köln  
German Sport University Cologne

Interviewpartner: Frau/Herr.....

Projekt: .....

Interviewtermin:.....

Uhrzeit: ..... Uhr

Dauer: ..... Minuten

#### Allgemeine Fragen:

1. Welche formalen (Umfang) und inhaltlichen Vorgaben (Gliederung, inhaltliche Stichworte) existierten zur Anfertigung des Abschlussberichts?
2. In welcher Form wurde das Projekt nach Abschluss der Förderdauer weitergeführt? Welche Maßnahmen konnten verstetigt werden, welche Voraussetzungen waren notwendig? Welche Strukturen wurden erhalten bzw. eventuell modifiziert? (Verstetigung)
3. In welcher Form wurden die Inhalte der Maßnahmen sowie die Erkenntnisse und Ergebnisse aus der/den Maßnahmen aus dem Projekt über den Abschlussbericht (inkl. Publikationsverzeichnis) hinaus verbreitet, aufbereitet bzw. publiziert? (Übertragbarkeit/Transparenz)

Übersicht aller an den Qualitätskriterien orientierten Fragen:

1. Wurde unter allen Beteiligten ein gemeinsames Verständnis des Projekts/ein Leitgedanke zusammen festgelegt? Wenn ja, wie erfolgte dies? Wurde dieses/dieser schriftlich fixiert?
2. Wie wurde der Bedarf für die Maßnahme erhoben und war dadurch erwiesen?
3. Erfolgte eine Bestandsaufnahme vorhandener gesundheitsfördernder Maßnahmen und Strukturen im Setting? Wenn ja, in welcher Form?
4. Wurden die Besonderheiten und Stärken der Zielgruppe erkannt? Wenn ja, wie wurden diese bei der Planung der Maßnahmen berücksichtigt?
5. Wurde die Zielgruppe in die Planung der Maßnahmen einbezogen (Partizipation)? Wenn ja, wie?
6. Existierte ein Konzept zur Erreichung der Haupt- und Teilziele bzw. der Zielgruppen inkl. Zeitplan in schriftlicher Form? Wenn ja, mit welchen Gliederungspunkten?
7. Wurden die Vermeidung von Stigmatisierung und unerwünschten Nebenwirkungen in den Maßnahmen bedacht? Wenn ja, wie?
8. Wurden die Zugangswege zielgruppengerecht ausgewählt? Wenn ja, wie?
9. Wurden die Vermittlungsmethoden zielgruppengerecht ausgewählt? Wenn ja, wie?
10. War die Stärkung und Weiterentwicklung der Ressourcen (Empowerment) zentraler Bestandteil der Maßnahme? Wenn ja, wie konnte dies erreicht werden?
11. Wurde der Verlauf der Maßnahmen dokumentiert? Wenn ja, in welcher Form?
12. Inwiefern fand eine kritische Betrachtung und Bewertung der Prozesse im Projekt statt?
13. Wurden Aufwand und Wirkung der Maßnahmen (Kosten-Nutzen-Verhältnis) im Projekt gegenübergestellt? Wenn ja, in welcher Form? Erfolgte eine kritische Reflexion?

## 11 Lebenslauf

### Eva Rühl

Geburtsdatum: 12. November 1985  
Geburtsort: Gießen  
Staatsangehörigkeit: deutsch  
Familienstand: ledig

#### **Schulischer/Universitärer Werdegang**

**seit 2014** Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg  
Humanmedizin

**2010-2016** Deutsche Sporthochschule Köln  
Promotionsstudium  
Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft,  
Abteilung III: Bewegungs- und Gesundheitsförderung

**2005-2010** Deutsche Sporthochschule Köln/Universität zu Köln  
Studium der Sportwissenschaften und Biologie  
Abschluss: Staatsexamen, LA Gy/Ge

**2005** Liebigschule Gießen, Gymnasium  
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

#### **Beruflicher/Wissenschaftlicher Werdegang**

**seit 2015** Wissenschaftliche Hilfskraft (WHK)  
Universitätsklinikum Erlangen, Medizinische Klinik 2 –  
Kardiologie/Angiologie (Univ.-Prof. Dr. med. Stephan  
Achenbach), Abteilung: Sportkardiologie (PD Dr. med.  
Christian Stumpf).

**2014** Forschungspraktikum  
Klinikum rechts der Isar/TU München,  
Lehrstuhl und Poliklinik für Prävention, Rehabilitation  
und Sportmedizin (Univ.-Prof. Dr. med. Martin Halle).

- 2014**                      Forschungspraktikum  
 Deutsche Sporthochschule Köln,  
 Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin,  
 Abteilung: Molekulare und zelluläre Sportmedizin  
 (Univ.-Prof. Dr. med. Wilhelm Bloch).
- 2012-2013**                Wissenschaftliche Hilfskraft (WHK)  
 Deutsche Sporthochschule Köln,  
 Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft  
 (Univ.-Prof. Dr. Heiko K. Strüder).

**Förderprogramme**

- seit 2014**                      Stipendiatin, e.fellows.net
- 2012-2013**                Mentee im TEAMWORK<sup>science</sup> Mentoring Programm für  
 Nachwuchswissenschaftlerinnen der Deutschen  
 Sporthochschule Köln. Mentor: Univ.-Prof. Dr. med.  
 Martin Halle (Klinikum rechts der Isar/TU München).
- 2013**                              Stipendiatin, Reisestipendium der Deutschen Sport-  
 hochschule Köln, Teilnahme an der Internationalen  
 PhD Summer School (Department of Nutrition, Exerci-  
 se and Sports, University of Copenhagen).
- 2012**                              Stipendiatin, Rheinische FührungsColleg Düsseldorf.

Köln, 20. Juni 2016

.....  
 Eva Rühl

## 12 Abstract

Hintergrund: Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter ist international und national auf ein Höchstmaß angestiegen. Wesentliche Ursachen sind Bewegungsmangel und Fehlernährung. Aufgrund der damit verbundenen gesundheitlichen Folgen sind Gegenmaßnahmen dringend erforderlich. Entsprechende nationale und internationale Projekte und Programme können zwar Erfolge verzeichnen, jedoch wurde bislang (noch) kein „Königsweg“ beschrieben, welche Inhalte, in welchem Alter und Lebensraum, wie nachhaltig erfolgreich sind. Die Daten sind inkonsistent, vielen Programmen mangelt es an einem qualitätsgesicherten Vorgehen, obwohl inzwischen zahlreiche Instrumente international und national entwickelt wurden. Innerhalb der vorliegenden Arbeit erfolgte der retrospektive Einsatz bestehender Qualitätskriterien im Rahmen ausgewählter Settingprojekte, um neben der Anwendbarkeit/Machbarkeit deren Umsetzung und Wirkung zu prüfen.

Methodik: Das Forschungsdesign bestand aus mehreren Stufen. Zunächst wurden die Abschlussberichte der ausgewählten Projekte, die im Rahmen von „IN FORM“ mit den Schwerpunkten Bewegung, Ernährung und Stressregulation vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurden (2009-2011), analysiert. Auf Basis bestehender internationaler und nationaler Instrumente zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung wurde ein Bewertungsraster entwickelt, das aus einer dreistufigen Bewertungsskala mit einer zusätzlichen wertneutralen Stufe sowie der Spalte Begründung bestand. Mögliche Lücken würden durch ergänzende leitfadengestützte Experteninterviews sowie die Gegenüberstellung mit den Ergebnissen aus den Projekten.

Ergebnisse: Die Machbarkeit erwies sich als positiv: sowohl die Qualitätskriterien als auch eine Bewertung des Einsatzes mit der Bewertungsskala war möglich. Die zusätzliche Spalte Begründung ermöglichte ein transparentes Vorgehen. Allerdings zeigten sich qualitative Unterschiede. So wurden die Kriterien zur Bedarfs- und Bestandsaufnahme, Berücksichtigung der Zielgruppe zur Bedarfsermittlung, Verhältnisprävention, Nieder-

schwelligkeit der Maßnahme sowie der Einsatz qualifizierten Personals, gut erfüllt (++)). Die Formulierung der Ziele und die Partizipation der Zielgruppe wurden überwiegend teilweise erfüllt (+). Sehr heterogen erfolgten die Dokumentation der Maßnahme sowie die kritische Betrachtung der Ergebnisse. Aufwand und Wirkung wurden nicht erfüllt (- -) oder es existierten keine Angaben.

Diskussion/Ausblick: Die Ergebnisse zeigen, dass sich das zweistufige methodische Vorgehen bewährt hat. Besonders die Planungs- und Strukturqualität wurden gut erfüllt. Schwierigkeiten bestanden bei der „SMART“-Formulierung der Ziele, der Partizipation der Zielgruppe und Analyse der Effektivität sowie Effizienz der Maßnahme. Erklärungen dafür könnten in der Komplexität des Gebietes der Gesundheitsförderung insgesamt sowie der Herausforderung in der Festlegung messbarer und geeigneter Parameter zur Überprüfung sein. Inwiefern die Orientierung an Qualitätskriterien zu besseren Projektergebnissen führt oder geführt hätte, kann aktuell nicht beurteilt werden. Zukünftige Herausforderungen bestehen in der konkreten Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis sowie der kontinuierlichen Überprüfung qualitätsgesicherter Vorgehensweisen. Dadurch können Daten generiert und der Evidenzgrad der Instrumente erhöht werden.

**Abstract (englisch)**

Background: The prevalence of overweightness and obesity among children and young people has increased to a maximum level internationally and nationally. Major causes are lack of exercise and poor diet. Due to the related consequences for health, countermeasures are urgently required. Corresponding national and international projects and programmes have been successful to some degree, but to date, no “ideal path” has (yet) been specified as to which content will offer a solution, at which age and in which living environment, or for how long. The data is inconsistent, and many programmes lack a quality-assured approach, even though in the interim, numerous tools have been developed internationally and nationally. Within this study, retrospective use was made of existing quality criteria within the scope of selected setting projects, in order to test the applicability/feasibility of their implementation and effect.

Methodology: The research design consisted of several stages. First, the final reports of the selected projects, which were funded by the Federal Ministry of Health as part of the “IN FORM” programme (2009-2011) with a focus on exercise, diet and stress regulation, were analysed. On the basis of existing international and national tools for quality assurance in health care, an evaluation grid was developed consisting of a three-stage evaluation scale with an additional value-neutral stage and a column for explanatory statements. Any possible gaps were covered by supplementary guideline-supported interviews with experts, and by comparisons with the results from the projects.

Results: The feasibility proved to be positive: both the quality criteria and an evaluation of use with the evaluation scale could be implemented. The additional column for explanatory statements made it possible to pursue a transparent approach. However, qualitative differences did emerge. The criteria for a needs assessment and current status review, for taking into account the target group when assessing needs, for situational prevention, for the low threshold nature of the measure and the use of qualified personnel were well met (++) . The formulation of the goals and participation

of the target group were generally partially met (+). The documentation of the measures and the critical assessment of the results were highly heterogeneous, however. The outlay and the effect were not met (- -), or no information existed.

Discussion/outlook: The results show that the dual-stage methodological approach has proven its worth. The criteria for planning and structural quality in particular were well met. Difficulties arose in relation to the “SMART” formulation of the goals, the participation of the target groups and the analysis of the effectiveness and efficiency of the measure. Explanations for this could be the complexity of the field of health research overall and the challenges involved in specifying measurable and suitable verification parameters. Currently, no assessment can be made as to the extent to which an orientation towards quality criteria leads or would have led to better project results. Future challenges are presented by the concrete implementation of scientific findings in practice, as well as the ongoing verification of quality-assured approaches. As a result, data can be generated and the evidence level of the tools can be increased.