

Qualitäten der Gesundheitsförderung

Konzepte für die Praxis

Raimund Geene, Holger Kilian,
Livia Ryl, Christian Schütte (Hrsg.)

WZB

TK
Techniker
Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.


Gesundheit Berlin e.V.

Hans **Böckler**
Stiftung

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

Raimund Geene, Holger Kilian, Livia Ryl, Christian Schütte (Hrsg.)

Qualitäten der Gesundheitsförderung

Dokumentation einer Workshoptagung

Mittwoch, 22. Juni 2005 in Berlin

**Mit Beiträgen von:
Gudrun Borchardt, Raimund Geene, Holger Kilian, Frank Lehmann,
Rolf Rosenbrock, Livia Ryl, Christian Schütte, Volker Syring,
Michael T. Wright**

Berlin 2006

Impressum

Raimund Geene, Holger Kilian, Livia Ryl, Christian Schütte (Hrsg.):
Qualitäten der Gesundheitsförderung

Verlag: Gesundheit Berlin e.V.
Friedrichstr. 231, 10969 Berlin
Copyright © 2006 Gesundheit Berlin e.V.

Redaktion: Rike Hertwig, René Riedel
Satz und Layout: Rike Hertwig, Artur Mattern
Umschlaggestaltung: Artur Mattern
Printed in Germany, 2006

ISBN: 3-939012-05-X

Inhaltsverzeichnis

Raimund Geene

Vorwort: Qualitäten der Gesundheitsförderung 7

Rolf Rosenbrock

Wirksamkeit und Qualität in der Primärprävention: Wissenschaft – Praxis - Wissenschaft 9

Raimund Geene

Evidenz, Evaluation, Qualitätsorientierung und Good Practice – Beiträge zu einer partizipativen Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung 15

Frank Lehmann

Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Kriterien guter Praxis konsentiert im beratenden Arbeitskreis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 27

Holger Kilian

Good Practice als Methode der Qualitätsentwicklung 31

Michael T. Wright

Partizipative Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention am Beispiel der AIDS-Hilfe-Organisationen 37

Gudrun Borchardt

Qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung aus der Perspektive der Techniker Krankenkasse 41

Volker Syring

Qualitätsentwicklung in der Praxis 53

Livia Ryl und Christian Schütte

Kriterien, Konzepte, Konfusion? Aktuelle Ressourcen zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung 57

Autorinnen und Autoren 67

Vorwort: Qualitäten der Gesundheitsförderung

Raimund Geene

Gesundheitsförderung in Deutschland steht erst am Anfang. Weder die handelnden Personen, noch die Finanzierung, nicht einmal die Inhalte sind geklärt.

Bekannt hingegen ist: Gesundheitsförderung und Prävention kann Krankheit vermeiden und Gesundheit verbessern, Lebenszufriedenheit erhöhen und sogar Geld sparen. Die Erfolge in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, der Zahngesundheit oder in der Kompression von Mortalität im Alter – die Menschen leben nicht nur länger, sondern haben auch mehr beschwerdefreie Jahre in guter Gesundheit und kürzere Phasen chronisch-degenerativer Erkrankungen – sind Stichworte für das große Potenzial, das in der Gesundheitsförderung steckt. Sie ist also nicht nur ethisch, sondern auch ökonomisch geboten.

Der erste Anlauf der Gesundheitsförderung in Deutschland (1989– 1996) scheiterte jedoch an einem Paradox: die gesetzlichen Krankenkassen als dafür ausgewiesener Träger bekamen gleichzeitig den (damals neuen) Auftrag, sich dem Wettbewerb zu stellen und miteinander zu konkurrieren. Das Ergebnis waren mittelschichtorientierte Gesundheitskurse, die nur die ohnehin Bekehrten erreichten, nicht jedoch jene, die Gesundheitsförderung besonders benötigen.

Im 2. Anlauf ab 2000 ist die Gesundheitsförderung nunmehr an enge Bedingungen geknüpft: die Leistungserbringung soll gemeinsam und einheitlich erfolgen und einen Beitrag leisten zur Verringerung sozial ungleicher Gesundheitschancen. Eine erneute „Verheizung“ der Gesundheitsförderung im Kassenwettbewerb soll damit verhindert werden.

Tatsächlich gibt die Zielorientierung auf sozial Benachteiligte der Gesundheitsförderung eine neue Aufgabe, die aus Sicht der Gesundheitswissenschaften nur begrüßt werden kann. Sozial Benachteiligte haben nicht nur großen Bedarf – nämlich höhere Belastungen und geringere Ressourcen als Bessergestellte – sie haben auch die höchsten Präventionspotenziale.

Wenden wir die Erfahrungen aus der Betrieblichen Gesundheitsförderung, der Zahnprophylaxe oder den Konzepten des gesunden Alterns auf sozial benachteiligte Zielgruppen wie Migrant/innen, Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche in sozialen Brennpunkten an, müssen wir zunächst erkennen, dass wir nicht „von außen“ intervenieren sollten, sondern vielmehr eine Selbstorganisation unterstützen. So sehr die Mitarbeiter in den Betrieben, die Kinder, Lehrer und Erzieher in den Zahnprogrammen und die älteren Menschen in ihrem Wohnumfeld selber Probleme erheben und Lösungen erarbeiten und umsetzen möchten, so wichtig ist auch die Partizipation der sozial Benachteiligten in den Gesundheitsprogrammen. Wir müssen also Partner für die Gesundheitsförderung finden, die unmittelbar in und bei den Zielgruppen arbeiten.

Erste Ansprechpartner hier sind Aktive aus den Zielgruppen. Unmittelbar vor Ort tätig sind gemeinnützige, mitunter auch öffentliche Einrichtungen. Diese Aktiven von freien Trägern und Wohlfahrtsverbänden sind der Schlüssel für die Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter. Sie müssen für die Idee der Gesundheitsförderung gewonnen werden. Das heißt aber auch, dass sie diese Idee als eigene entwickeln und gestalten können.

Der vorliegende Band startet mit einem Überblick von **Rolf Rosenbrock**. Er legt dar, welche unterschiedlichen Ansätze in der internationalen Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen bestehen, und welche Schlussfolgerungen dies für die aktuelle Diskussion in Deutschland

bietet. Er argumentiert gegen überhöhte Ansprüche und plädiert für ein pragmatisches Vorgehen.

Raimund Geene stellt in seinem anschließenden Beitrag die Qualitätsdimensionen unterschiedlicher fachlicher Richtungen dar. Hier besteht nicht nur der Ansatz der häufig überstrapazierten und überschätzten „Evidence-based Medicine“, sondern auch ökonomische, soziologische oder sozialpädagogische Konzepte, die den Zielen der Gesundheitsförderung in mancher Hinsicht besser gerecht werden können. Am wirkungsvollsten erscheint ein Methoden-Mix, der sich den jeweiligen Übertragbarkeiten der Qualitätskonzepte bedient und diese nutzerorientiert zusammen führt.

Frank Lehmann berichtet sodann von einer praktischen Schlussfolgerung, die im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ gezogen wurde: als eine Art Konsensplattform hat der Beratende Arbeitskreis der BZgA 12 Kriterien guter Praxis zusammen gestellt, die in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten besondere Berücksichtigung finden sollen.

Holger Kilian greift dies in seinem Beitrag auf. Er schildert die Arbeit mit den Kriterien, in dem sie als Good Practice multipliziert und an Hand von Praxisprojekten verdeutlicht werden.

Michael T. Wright berichtet von seiner modellhaften Qualitätsentwicklung bei verschiedenen AIDS-Hilfe-Projekten. Mit dem Ansatz der partizipativen Evaluation forciert er eine umfassende Teilnahme und Teilhabe der Projektaktiven an Planung, Durchführung, Steuerung und Auswertung ihrer Maßnahmen.

Auch gesetzliche Krankenkassen orientieren sich an der Qualitätsentwicklung, wie der Beitrag von **Gudrun Borchardt** am Beispiel des Stressprogramms „Snake“ aufzeigt. Sie ergänzt dies um eine ausführliche Diskussion der normativen Überlegungen zur Qualitätsentwicklung, die sich in den Leitlinien der Krankenkassen oder auch der Diskussion um ein Präventionsgesetz niederschlägt.

Ein weiteres Praxisprojekt präsentiert **Volker Syring**: An Hand des als „gute Praxis“ ausgezeichneten Projektes „Schutzengel“ aus Flensburg zeigt er auf, wie sich die Qualitätsorientierung in der Praxis ergibt – nicht als Vorgabe, sondern auf dem Hintergrund von Selbstmotivation und konkretem Praxisnutzen.

Den Abschluss bildet ein Überblick von **Livia Ryl** und **Christian Schütte** über die verschiedenen Ansätze und Ressourcen, die für die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen. Erarbeitet haben sie dieses im Rahmen ihres von der Hans Böckler-Stiftung finanzierten Praktikums bei Gesundheit Berlin. Ihnen beiden und der Hans Böckler-Stiftung sowie der Techniker Krankenkasse, Gesundheit Berlin und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gilt der besondere Dank für die engagierte Zusammenarbeit, die sich zunächst auf einer gleichnamigen Tagung und nunmehr in diesem Band ausdrückt.

Wirksamkeit und Qualität in der Primärprävention: Wissenschaft – Praxis - Wissenschaft

Rolf Rosenbrock

Was ist eigentlich die Qualität, die gesichert werden soll? Nicht nur für die Prävention, sondern für alle Aspekte und Stufen der Gesundheitssicherung gilt die Definition des US-amerikanischen Institute of Medicine (Lohr 1990). Danach bezeichnet „Qualität das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen.“ Letzter Maßstab der Qualität ist also die gesundheitliche Wirksamkeit.

Nun steht die Feststellung der Wirksamkeit von primärer Prävention vor einer Reihe von Schwierigkeiten, die zum Teil über die auch in der Kuration bislang nicht gelösten Probleme der Messung und Bewertung im Rahmen der Bemühungen um eine „evidenzbasierte Medizin“ noch hinausgehen: Grundsätzlich zielt Prävention auf die Vermeidung eines schlechteren Zustandes. Der „klinische Endpunkt“ primärer Prävention ist damit ein langes Leben ohne – über den normalen Alterungsprozess hinausgehende gesundheitliche Einschränkungen. Medizinische Erfolge sind leichter zu messen: Endpunkt dabei ist die Besserung oder Bewältigung einer gesundheitlichen Störung durch den Einsatz spezifisch wirkender Instrumente. Maßnahmen der primären Prävention richten sich an Menschen bzw. Gruppen, deren für den Erfolg der Intervention relevante Belastungs-/Ressourcen-Bilanz – und damit: Gesundheit – von sehr viel mehr und meist auch sehr viel stärkeren Faktoren abhängt als von der Intervention. Zudem entziehen sich diese Faktoren vielfach der Beobachtung und der Messung, auch soweit überhaupt Messkonzepte vorliegen.

Darüber hinaus sind zielgruppenorientierte und insbesondere Interventionen in Settings wegen ihres systemischen Charakters kaum standardisierbar (Grossmann, Scala 1994), was der Verwendung methodisch anspruchsvollerer Evaluations-Designs (z.B. im Hinblick auf Kontrollgruppenbildung und Nachverfolgung) enge Grenzen setzt. Die damit gegebene Benachteiligung komplexerer Interventionen setzt sich in der gängigen Wissenschaftspraxis fort: Auch die Evaluationsforschung tendiert dazu, vor allem solche Interventionen zu untersuchen (und damit zu fördern), für die entwickelte Forschungs- und Bewertungsmethoden vorliegen.

Die Feststellung der Wirksamkeit primärpräventiver – sowohl individuell als auch im Setting ansetzender – Interventionen ist demnach in der Regel mit größeren Unsicherheiten behaftet als diejenige von kurativen Interventionen, wobei Ex-ante-Aussagen noch problematischer sind als Ex-Post-Feststellungen.

Das in gesundheitswissenschaftlicher und -ökonomischer sowie auch sozialrechtlicher Perspektive grundsätzlich zu unterstützende Bestreben nach guter Evidenz jeder Intervention kann deshalb in Wissenschaft und Praxis mitunter in die Irre führen: Bevorzugt werden dann einfache (und deshalb leichter untersuch- und messbare) Interventionen am Individuum gegenüber komplexeren (im Verlauf nicht exakt vorhersehbare und störanfällige) Interventionen z.B. in soziale Systeme (Rosenbrock 1999a, S. 14), obwohl vorliegende Befunde (z.B. Minkler 1997, Lenhardt 2003) sowie die Plausibilität (Syme 1991) für die größere Wirksamkeit und Nachhaltigkeit solcher komplexen Setting-Interventionen sprechen.

Dies stellt präventionspolitische Akteure vor die schwierig zu bewältigende Herausforderung der Entwicklung von Methoden, Instrumenten und Verfahren, die einerseits die Wirksamkeit von Interventionen immer besser in Richtung auf das Ziel der Evidenzbasierung abbilden und beeinflussen, ohne andererseits zur Fessel der notwendigen kreativen Weiterentwicklung von populations- und setting-bezogenen Interventionen zu werden.

Evaluationsforschung stellt sich damit die Aufgabe der Weiterentwicklung des Instrumentariums der Ergebnismessung. Die Akteure der praktischen Prävention können auf die Ergebnisse solcher Forschungen freilich nicht warten. Vielmehr müssen sie sich bei der Auswahl und Durchführung von lohnend erscheinenden Interventionen auf grobe Kriterien der Priorisierung sowie auf eine pragmatische Anwendung der Kategorien „Plausibilität“ und „Analogie“ stützen, die letztlich ja auch dem Konzept der evidence-based-medicine zugrunde liegen. Denn auch vom hohen Anspruch der evidenzbasierten kurativen Medizin (Sackett et al. 1996) braucht sich die Prävention nicht ins Bockshorn jagen zu lassen: Auch in der kurativen Medizin sind jene Interventionen nicht die Regel, sondern die Ausnahme, die sich auf eindeutige Ergebnisse der höchsten Evidenzklasse, also auf klare Befunde aus kontrollierten und randomisierten Studien (RCT) stützen können. Und auch in diesen Fällen beruht die Übertragung von Studienergebnissen in die medizinische Praxis immer auf der Annahme, dass die untersuchten Populationen in den für die Therapieentscheidung wesentlichen Parametern die gleichen Merkmale aufweisen wie die konkrete PatientIn. Letztlich geht es also auch hier um Plausibilität und Analogie. Das Mindestmaß an Plausibilität und die Grenzen der Analogie sind demnach sowohl in der Kuration wie in der Prävention im Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis mit dem Ziel der Präzisierung und Härtung von Kriterien und Maßstäben zu prüfen und weiter zu entwickeln. Das setzt ein wirklich partnerschaftliches Verhältnis zwischen Praxis und Wissenschaft voraus.

Wenn zum Beispiel für eine größere Anzahl von Betrieben mit einer großen Zahl Beschäftigter im Gefolge von Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung (mit Gesundheitszirkeln) im Vergleich zu strukturähnlichen, nicht intervenierten Betrieben eine relativ zeitstabile Reduktion der krankheitsbedingten Abwesenheit (AU) um mehr als 25% festgestellt wird (SVR 2002, Band III, Ziff. 32 – 34; Lenhardt 2003), ist es plausibel, diese AU-Senkung auf die Intervention zurückzuführen und dies mit der Annahme zu verbinden, dass der gleiche Interventionstypus auch in anderen Betrieben zu analogen Präventionserfolgen führt. Obgleich die gesundheitlichen Wirkmechanismen dieser Interventionen keineswegs klar sind, sprechen – analog interpretierte – Ergebnisse dafür, dass sie durch eine – von Projekt zu Projekt unterschiedliche – Mischung aus der Senkung gesundheitlicher Beanspruchungen und der Vermehrung von Kompetenz, Partizipation und sozialer Unterstützung erzielt wurden. Wenn es nun Interventionen in anderen, im Hinblick auf gesundheitliche Ergebnisse bislang weniger konkludent evaluierten Settings, z.B. Schulen, gibt, in denen – bei anderer Akteurkonfiguration – mit ähnlicher Methodik die gleichen Ziele verfolgt werden, ist es plausibel, von – sinngemäß analogen – Interventionen in diesem Setting auch ähnliche gesundheitliche Wirkungen zu erwarten.

Die Instrumente, Methoden und Maßstäbe der evidence based medicine helfen also hier nur begrenzt weiter. Andererseits ist eine eigenständige, tragfähige Methodik zur evidence health promotion bislang nicht in Sicht. Immerhin gibt es Ansätze, wenigstens die Kategorien der Evidenzbestimmung an den Gegebenheiten der Welt der Prävention zu orientieren.

Z.B. legen Bödeker/Kreis (2003) ihrer umfangreichen Re-Evaluation für verhaltensbezogene Interventionen in der Arbeitswelt das folgende, vom American Journal for Health Promotion entwickelte Bewertungsschema für Wirksamkeitsbelege in der Primärprävention zugrunde, das sich sowohl auf Studien als auch auf Expertenschätzungen stützt:

„Conclusive“: Der Ursache-Wirkungszusammenhang zwischen Intervention und Ergebnis wird gestützt durch eine umfangreiche Anzahl von Studien mit gutem Untersuchungsdesign und randomisierter Kontrollgruppe. Fast universelle Übereinstimmung der Experten in diesem Gebiet bezüglich der Wirksamkeit.

„Acceptable“: Der Ursache-Wirkungszusammenhang wird gestützt durch Studien mit gutem Untersuchungsdesign und randomisierter Kontrollgruppe. Übereinstimmung der Mehrheit der Experten in diesem Gebiet bezüglich der Wirksamkeit.

„Indicative“: Der Zusammenhang wird gestützt durch eine umfangreiche Anzahl von Studien mit gutem Untersuchungsdesign, aber nur wenige oder gar keine Studien mit Kontrollgruppe. Die Mehrheit der Experten auf diesem Gebiet ist auf Grundlage der vorliegenden Befunde der Auffassung, dass der Zusammenhang kausal ist, sehen diese Einschätzung aber als vorläufig an wegen des Fehlens randomisierter Studien und der Möglichkeit von alternativen Erklärungen.

„Suggestive“: Mehrere Studien zeigen hinsichtlich des Zusammenhangs konsistente Ergebnisse, allerdings keine Studie mit gutem Design und randomisierten Kontrollgruppen. Mehrheit der Experten auf diesem Gebiet ist überzeugt, dass der kausale Zusammenhang übereinstimmt mit Befunden aus anderen Gebieten, sehen diese Befundlage aber als begrenzt und erkennen auch plausible alternative Erklärungen an.

„Weak“: Die Forschungsbefunde, die den Wirkungszusammenhang unterstützen, sind bruchstückhaft, nicht experimentell und/oder ungenügend operationalisiert. Die Mehrheit der Experten in diesem Gebiet ist der Auffassung, dass die Wirksamkeit plausibel ist, allerdings nicht mehr als alternative Erklärungen.

Auch diesem Klassifikationsschema haftet noch sehr viel individualmedizinisches Denken an, im Vergleich zu den Evidenzklassen der Cochrane-Collaboration sind lediglich die Maßstäbe etwas milder formuliert. Das Gleiche gilt auch für die seit Jahren in Zusammenarbeit mit den CDC laufenden Evaluationsbemühungen im Rahmen des ‚Guide to Community Preventive Service‘ (2004).

Vieles der Unsicherheit hängt damit zusammen, dass Primärprävention und Gesundheitsförderung keine etablierten Handlungsfelder oder Handlungspraxen darstellen, sondern eher einen Entwicklungsauftrag. Im Entwurf des – nunmehr wegen der Neuwahlen gescheiterten – Präventionsgesetzes war dieser Sachverhalt sehr gut verstanden worden, indem zum Beispiel auch Setting-Projekte ohne vorherigen Wirksamkeitsnachweis förderungswürdig gewesen wären, sofern die Qualitätssicherung gesichert war.

Die vom US-amerikanischen Institute of Medicine in Auftrag gegebene und herausgegebene Denkschrift ‚Promoting Health. Intervention Strategies from Social and Behavioral Research‘ (Smedley/Syme (eds.) 2001) kommt auf Grund der Schwierigkeit des Wirksamkeitsnachweises zu der Empfehlung, zwischen ‚proven‘ (nachgewiesen wirksamen) und ‚promising‘ (vielversprechenden) Interventionen zu unterscheiden und auch ‚promising‘ Interventionen zur Durchführung und weiteren Evaluation sowie Qualitätssicherung zu empfehlen:

‚Promising interventions‘ (‚viel versprechende Interventionen‘) werden dabei als solche definiert, die „sowohl auf einer theoretischen Basis für ihre Wirksamkeit beruhen als auch empirische Evidenz aufweisen, welche zumindest Teile des theoretischen Modells stützt. Viel versprechende Interventionen können durch Studien nachgewiesen werden, die günstige Interventionseffekte bei ausgewählten Gruppen zeigen und zugleich ein theoretisches Modell ent-

halten, das die Ausdehnung der Intervention auf andere Gruppen nahe legt. Das Kriterium ‚viel versprechend‘ wird auch von Studien erfüllt, die eine nur bescheidene Interventionswirkung auf eine größere Bevölkerung ausweisen, wo aber andererseits eine starke theoretische Basis für die Annahme besteht, dass die Wirksamkeit durch eine Veränderung der Intervention erheblich gesteigert werden kann.“ (Smedley/Syme 2001, S. 9. Übersetzung RR).

Um die Sicherheit der Wirksamkeitsvermutung – wiederum im Dialog mit der Wissenschaft – laufend zu erhöhen bzw. zu korrigieren sowie auch zur Sicherung einer hohen und zumindest gleich bleibenden Qualität der Interventionen gewinnt dann die laufende Qualitätssicherung auf der Basis einer dafür aussagefähigen Dokumentation entscheidende Bedeutung.

Einer der wirklich wichtigen Fortschritte, der durch das nun vorerst gescheiterte Präventionsgesetz zu erzielen gewesen wäre, war die vorgesehene ausnahmelose Verpflichtung aller im Rahmen dieses Gesetzes finanzierten Prävention auf verbindliche Qualitätssicherung nach zentral vorgegebenen Verfahren und Kriterien. Das „Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001) hat erst in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit erfahren (z.B. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen 1998). Ausgangspunkt der Systematisierung ist regelmäßig der Public Health Action Cycle mit seiner logischen Stufenfolge der Problemabschätzung, der Politik- bzw. Maßnahmenformulierung, der Durchführung und der Evaluation (Rosenbrock 1995). Qualitätssicherung bezieht sich dabei auf alle vier Stufen.

Wie in der Medizin hat sich auch in der Prävention (und anderen Feldern der sozialen Intervention) der Zugriff durch die Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1966) etabliert. Mittlerweile sind auch für komplexe Interventionen praxistaugliche Kataloge von operationalisierbaren Kriterien veröffentlicht, und zwar sowohl für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung (Badura, Ritter, Scherf 1999; Nationale Kontaktstelle 1999) als auch für Interventionen in andere soziale Felder bzw. Settings (zahlreiche Projektbeschreibungen und Beispiele in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001). Das im Auftrag des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit von der Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ durchgeführte Projekt „quint-essenz“ (www.quint-essenz.ch/de Abfrage 31.03.05) enthält zum Beispiel Formulierungs- und Handlungsvorschläge für Qualitätsziele, Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren, die sich auf alle wichtigen Dimensionen des präventiven Geschehens und seiner Wirkung auf Gesundheit und soziale Umwelt beziehen (Bedarfsnachweis, Begründung des Vorgehens, Beziehungspflege, Einbettung des Projekts, Erfahrungstransfer, Know-how, Kommunikation, Motivation der Beteiligten, Nachhaltigkeitspotential, Nachweisbarkeit der Wirkungen, Nutzen des Projekts, Nutzung der Erfahrungen, Projekt-Organisation, Partizipation, Projektplanung/Etappierung, Projekt-Rahmenbedingungen, Projektumfeld, Qualifikationen, Ressourcen, Selbstevaluation, Valorisation, Vernetzung, Vertragliche Regelungen, Zielerreichung, Zielformulierung, Zielgruppenerreichung und Zufriedenheit). Darüber hinaus gibt [www-quint-essenz.ch/de](http://www.quint-essenz.ch/de) sinnvolle Hinweise, in welchen Projektphasen und im Zusammenhang mit welchen typischen Projekt-Themen diese Kriterien mit welchen Instrumenten zu erheben bzw. zu beeinflussen sind. Die Anwendung der Qualitätskriterien soll dazu dienen, Schwächen und Stärken des Projekts in den verschiedenen Phasen zu lokalisieren und zu dokumentieren, im Projekt- oder Begleitem, mit Auftraggebern oder Mitgliedern der Settings zu diskutieren, wo Verbesserungen im Projekt notwendig sind, Qualitätsziele zu formulieren und durch wiederholte Bewertung den Prozess der Qualitätsentwicklung zu etablieren und zu stabilisieren.

Es besteht also kaum ein Mangel an geeigneten Konzepten, Begriffen und Instrumenten der Qualitätssicherung. Der Engpass dürfte viel mehr in der Motivation und Bereitschaft der Akteure und der Finanziere liegen, diese Instrumente an die Bedingungen der jeweiligen Inter-

vention anzupassen, sowie in den Ressourcen, die zur Durchführung einer angemessenen Qualitätssicherung erforderlich sind, und die auf bis zu 10% der Interventionskosten geschätzt werden (WHO/Health Canada/CDC 1998). Zu Recht wird deshalb auf den nur scheinbar trivialen Sachverhalt aufmerksam gemacht, dass die erste Voraussetzung für Qualitätssicherung in der Schaffung von Bewusstsein für Qualitätsmanagement in der eigenen Einrichtung besteht (Walter, Schwartz, Hoepner-Stamos 2001b, S. 316). In einer eigenen Untersuchung in deutschen Aids-Hilfen stießen wir allerdings durchweg auf eine sehr hohe Motivation zur Qualitätssicherung (Wright/Block 2005)

Motivation der Akteure der Prävention zur Qualitätssicherung setzt freilich voraus, dass diese Anforderung nicht einfach von außen oder von oben herangetragen, sondern von den Akteuren auch selbst gewollt wird und von ihnen mitgestaltet werden kann. Qualitätssicherung ohne oder sogar gegen die Träger der Intervention führt bestenfalls zu Verbesserungen der Papierlage, oft dagegen zur bloß formalen Abarbeitung von Prüfkriterien oder gar zur inneren Kündigung der Akteure und damit u. U. sogar zur Qualitätsverschlechterung. Das ist ein sehr starkes Argument für Verfahren der direkten Partizipation und partnerschaftliche Beziehungen zwischen Zielgruppen, ProjektmacherInnen und Wissenschaft, wie wir (die Forschungsgruppe Public Health im WZB) es derzeit gemeinsam mit Gesundheit Berlin e.V. in einem BMBF-geförderten Projekt in Präventions-Projekten mit sozial Benachteiligten ausprobieren und im Hinblick auf seine fördernden und hemmenden Bedingungen erforschen.

Allerdings sollte man sich bei aller Begeisterung für mehr Qualitätssicherung keinen Illusionen hingeben: allein durch bessere Qualität und ihren Nachweis gegenüber den Geldgebern, den potenziellen Nutzern und der Öffentlichkeit werden die zarten Pflänzchen der setting- bzw. community-Projekte nicht sehr viel schneller wachsen. Entscheidend ist die politische Unterstützung. Die wichtigste Bedingung für die Inangsetzung, Finanzierung und Durchführung erfolgreicher Prävention ist – so der britische Sozialmediziner Walter Holland in einem bemerkenswerten Resumée im Rahmen einer Vortragsveranstaltung von Gesundheit Berlin e.V. im Jahre 2003 – nicht der Nachweis ihrer Wirksamkeit oder ihrer Qualität, sondern die politische Unterstützung, die ihrerseits ihre Wurzeln eher in politischen Themenkarrieren, öffentlich wahrgenommenen Skandalen oder in Aktivitäten sozialer Bewegungen hat (Holland 2004). Wirksamkeit oder ihr Nachweis in Form guter Qualitätssicherung spielte dabei allenfalls die Rolle einer nicht einmal immer notwendigen Nebenbedingung, und oft nicht einmal das. Keinesfalls ist Evidenz der Wirksamkeit eine notwendige und zugleich hinreichende Bedingung für politisches Handeln, das Prävention befördert.

Und auch John Øvretveit kommt in seinem 2002 erschienenen Lehrbuch „Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen“ aufgrund langjähriger teilnehmender Beobachtung zu dem zusammenfassenden Schluss: „Bis heute sind die meisten Gesundheitsreformen allerdings aus ideologischen Gründen eingeführt worden und nicht aufgrund des Nachweises ihrer Effektivität oder anderer Ergebnisse einer Evaluation.“

Ich glaube nicht, dass die Dinge in Deutschland sehr viel anders liegen als in Skandinavien und Großbritannien. Aber auch das ist kein Grund zynisch zu werden. Es bleiben genügend Gründe, auch in Zukunft beides zu tun: fachlich an der Verbesserung der Qualität und der Qualitätssicherung der Prävention und Gesundheitsförderung zu arbeiten und politisch dafür zu sorgen, dass die trotz des Scheiterns des Präventionsgesetzes anhaltende Konjunktur des Themas Prävention auch tatsächlich zu einer Konjunktur wirksamer präventiver Interventionen wird und möglichst bald zu einem neuen und guten Präventionsgesetz führt.

Evidenz, Evaluation, Qualitätsorientierung und Good Practice – Beiträge zu einer partizipativen Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

Raimund Geene

Der zweite Aufschlag der kassenfinanzierten Gesundheitsförderung – nach dem gescheiterten 1. Anlauf 1989-1996 – steht unter dem Vorbehalt, dieses Mal „wirklich“ nutzbringend zu sein, nicht für das Marketing einzelner Krankenkassen, sondern die Gesundheit der Bevölkerung. Dieser Anspruch ist richtig. Doch wie kann er angemessen bedient werden?

Der Gesetzgeber hat zunächst mit der Gesundheitsreform wichtige Qualitätskriterien formuliert. Die Maßnahmen der primären Prävention sollen nicht nur gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen umrissen werden, sondern „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ (SGB V, § 20)¹. Jede Maßnahme hat sich demnach zu fragen, ob sie tatsächlich sozial Benachteiligte erreicht, oder aber durch die Ansprache von Mittelständlern die soziale Schere paradoxer Weise sogar noch weiter verbreitert (Rosenbrock 2005, Mielck 2005).

Im Präventionsgesetz 2005 – vom Bundestag beschlossen, im Bundesrat blockiert, durch die Auflösung des Bundestages zunächst gescheitert und nun zur erneuten Beratung vorgelegt – wird zudem auf Gesundheitsförderung in Lebenswelten orientiert. Damit wird die internationale Diskussion zum Setting-Ansatz (Baric/Conrad 2000) aufgegriffen. Die Sozialversicherungsträger werden zu Rahmenvereinbarungen in den Ländern verpflichtet, mit denen die Präventionsziele der vorgesehenen Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung als Gesamtprogramm in die Fläche gebracht werden (Altgeld et al 2006).

Strukturen, Ziele und Qualitäten für eine umfassende Präventionsoffensive sind also grob skizziert. Offen ist jedoch die Frage, wie sie in eine gelingende Praxis umgesetzt, aufeinander abgestimmt und schließlich im Detail justiert werden können (Kliche et al. 2004, Geene/Kilian 2004). Dieser Beitrag beschäftigt sich vor allem mit dem Praxiswerkzeug für die Qualitätsentwicklung. Basis dafür sind die Aktivitäten im Bereich Qualitätssicherung und Evidenzbasierung, in dem bei Gesundheit Berlin 2003 bis 2005 Expert/innen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen und praktischen Richtungen zusammen geführt wurden (siehe im Überblick Luber/Geene 2004). Im Folgenden wird das Evidenzkonzept der Medizin, Evaluationskonzepte aus der Soziologie, die Qualitätsdimensionen der Betriebswissenschaften und schließlich an Hand der Good Practice-Kriterien des Programms „Soziale Stadt“ das Konzept der Qualitätsentwicklung aus der Sozialen Arbeit diskutiert. Für eine partizipative Qualitäts-

¹ Die gesetzliche Bestimmung lautet insgesamt wie folgt:

§ 20 Prävention und Selbsthilfe

- (1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.
- (3) Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,56 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

entwicklung in der Gesundheitsförderung, so die These dieses Beitrages, sollten Elemente aus diesen Konzepten zusammen geführt werden.

Qualitätsdiskussion in der Medizin

Ungeachtet dessen, dass die Gesundheitsförderung und ihr wissenschaftlicher Überbau Public Health seit den 90er Jahren in Deutschland deutlich an Boden gewonnen haben und mit guten Argumenten den direkten Zusammenhang von Gesundheit und Medizin bestreiten, gilt dieser doch im Bewusstsein von Bevölkerung und Politik nach wie vor sehr stark. Auch die Qualitätsdiskussion in Gesundheitsförderung und z.T. auch in der Sozialen Arbeit ist vom Begriff der evidenzbasierten Medizin dominiert (Luber 2004, Schilling 2005).

Das Evidenzkonzept in der Medizin widmet sich naturwissenschaftlichen Erkenntnissen und Konzepten. Es gründet sich auf Arthur Cochrane, nach dem auch die Cochrane-Gesellschaft benannt ist, die international als Vorreiter in der Operationalisierung und praktischen Anwendung der Evidenzbasierung gilt. Die medizinische Evidenz unterscheidet in fünf Evidenzklassen.

Evidenzklassen

Klasse I

Evidenz aufgrund wenigstens einer systematischen Übersicht oder einer randomisierten, kontrollierten Studie

Klasse II

Evidenz aufgrund prospektiver Interventionsstudien

Klasse III

Evidenz aufgrund gut geplanter Kohorten- oder Fall-Kontroll-Studien, vorzugsweise aus mehr als einer Studiengruppe

Klasse IV

Evidenz aufgrund von mehr als einer methodisch hochwertigen klinischen Studie

Klasse V

Evidenz auf Grund von Expertenmeinungen, Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen oder deskriptive Darstellungen, Berichte von Expertenkomitees, Konsensus-Konferenzen, Einzelfallberichte.

Die Evidenz bedeutet im Sinne dieser Klassen die untermauerte Sicherheit des Eintretens, sozusagen die Härte der Beweiskraft.

Mit der Entdeckung des Tuberkel-Bazillus durch Robert Koch wurde 1882 ein damals euphorisch gefeierter Beweis der Pathogenese vorgelegt. Er passte in eine Zeit des Aufbruches, der geprägt war durch die Emanzipation von Adel und Klerus, den umfassenden Glauben an die Gesetze der Mechanik – durch Darwin u.a. in gewissem Sinne auch für die Natur- und Le-

benswissenschaften belegt – und die neue Zeitalter der Industrialisierung. Körperfunktionen und Krankheit wird dabei mechanistisch begriffen. Entsprechend kann – so die Grundannahme – jeder Krankheit eine präzise Ursache zugeordnet werden. War zunächst die Geburt der Klinik als vereinheitlichter Raum für die „stumme Darbietung des Körpers“ (Foucault 1973) die Grundvoraussetzung medizinischer Klassifizierung, so konnte durch die Virchowsche Cellulopathologie und die Kochschen Erkenntnisse ein Modell der körperinneren Prozesse handhabbar gemacht werden. Koch selbst begegnete dieser Entwicklung mit Skepsis und fordert Standards ein (die Kochschen Postulate), um einer Inflation von oft sehr kurz greifenden Krankheitserklärungen zu begegnen (ausführlich in Geene 2000)². Von den Kochschen Postulaten führt ein gerader Weg dahin, mit unterschiedlichen Studientypen Krankheiten scheinbar objektiv zu erklären. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts waren die Entwicklungen so weit, dass Ursache-Wirkungs-Prinzipien zu Studienabläufen verdichtet werden konnten. Tatsächlich ist die Medizin derartig präzise ausdifferenziert, dass eine so hohe Standardisierung greifen kann.

Mittels Querschnitts- oder gar Längsschnittstudien kann tatsächlich ein kausaler Zusammenhang aufgezeigt werden zwischen Therapien, Verhalten o.ä. und Gesundheit, und zwar durch den Vergleich mit einer Kontrollgruppe. Eine Interventionsstudie kann diese Evidenz sogar noch weiter verstärken. Wird sie gar als doppelt-blinde, randomisierte Studie ausgelegt, gilt sie gar als Gold-Standard der evidenzbasierten Medizin.

Dieser Evidenzbasierung kommt der große Verdienst zu, die verschiedenen medizinischen Behandlungsmethoden und Therapien gewichten zu können. Es ist damit nicht mehr alleine der subjektiven Erfahrung eines Arztes, seines „klinischen Wissens“, zu vertrauen. Medizinische Innovationen haben präzise Argumente und können leichter Zugang in den medizinischen Alltag finden, Fehlversorgung und kontraproduktive Behandlungen können verhindert werden.

Dennoch gibt es unter Medizinern auch massive Vorbehalte gegen die Evidenzbasierung: sie fühlen sich degradiert zu Erfüllungsgehilfen scheinbarer Objektivitäten, sehen den konkreten Einzelfall und ihre eigene Erfahrung zu wenig gewürdigt, sprechen von Bürokratie und Fließbandmedizin. Hinter diesen Vorbehalten steckt mehr als nur die Angst vor Macht- und Kontrollverlust, sondern auch die Erkenntnis, dass die Komplexität menschlicher Erkrankungen und Gesundungen nicht nur mit Statistik erfasst und beschrieben werden kann. Weiche Faktoren wie Vertrauen und Empathie finden nur schwer Eingang in die Evidenzbasierung, sind aber dennoch von herausragender Bedeutung. Ohnehin ist jeder Mensch mit seiner jeweiligen Krankheit (und seinen Gesundheitspotenzialen) spezifisch.

Die Evidenzbasierung als Spitze einer naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin kennt nämlich als theoretische Grundlage nur das bio-medizinische Krankheitsmodell. Das Modell ist reduktionistisch, da es davon ausgeht, dass es für die eine Krankheit auch den einen Erreger gibt. Es reduziert komplexe Probleme, bis es auf Teilfragen kommt, die es lösen kann. Dabei hat es sich vor allem bei der Erforschung von Infektionskrankheiten bewährt.

Zu diesem Denkmodell passt der pathogenetische Blickwinkel. Auch die Prävention (anders die Gesundheitsförderung) denkt zunächst pathogenetisch – sie kommt der Krankheit zuvor. Eine Weiterentwicklung stellt das Risikofaktorenmodell, mit dem die heute dominierenden chronischen Krankheiten besser verstanden werden können. Es berücksichtigt, dass mehr als eine Ursache zu Krankheit führen kann und dass mehrere Faktoren eine Rolle spielen. Dies wird der Tatsache gerecht, dass schon das Entstehen von Krankheiten sehr komplex ist.

² „Der Erreger ist nichts, das Umfeld ist alles“ lautet ein bekanntes Zitat seines Pariser Kollegen Louis Pasteur.

Das Konzept der Evidenzbasierten Medizin in seinen abgestuften Wirkungsklassen ist ein wichtiger Bezugspunkt dahingehend, dass es Ursache-Wirkungsprinzipien für klar abgegrenzte Fragestellungen abbilden kann. Dieses Wissen stärkt den Kliniker, der es in seine Behandlung einbringen kann. Entscheidend bleibt jedoch die Rückmeldung des Patienten, seine Zufriedenheit mit dem Therapieverlauf, seine (Mit-)Wirkung am Gesundungsprozess und sein subjektives Wohlbefinden, gespiegelt auch in der klinischen Erfahrung („clinical wisdom“) des Arztes oder der Ärztin (Luber 2004).

Auch Grundfragen der Prävention sollten in solchem Blickwinkel betrachtet werden: was sind die Basiserfordernisse für gesunde Zähne in Kitas und Schulen, gesunde Mitarbeiter/innen in Betrieben oder ein gesundes Altern? Hier können Evidenzen erarbeitet werden hinsichtlich materiellen, strukturellen und psychologischen Grundlagen: Wenn keine Zahnbürsten vorhanden sind, können die Kinder in den Einrichtungen ihr Zähne nicht putzen – eine Binsenweisheit, der es nur mitunter an Bewusstsein darüber mangelt. Ebenso benötigen Mitarbeiter/innen Partizipation, ältere Menschen ein Leben in Autonomie und Sinnstiftung. In Ausarbeitung und Verbreitung solcher Art von Schlussfolgerungen und Vorgaben für eine gute Praxis könnte das Konzept der evidenzbasierten Medizin der Gesundheitsförderung nützlich sein.

Das Evidenzkonzept schwächelt allerdings hinsichtlich komplexer Zusammenhänge, diese vermag es nicht zu erklären. Warum Gesundheitsförderung in der einen Schule besser klappt als in der anderen, im Stadtteil schwieriger ist als im Betrieb – solche Fragen haben in der Regel viele Einflussfaktoren, so dass ihre Gesamtwirkung nicht in eine dichotome Ursache-Wirkungs-Beziehung gebracht werden können. Vielfach gibt es jedoch Evidenzen über ihre einzelnen Einflussfaktoren – und diese sollten, wo notwendig auch über Expertenmeinungen und Konsensuskonferenzen, in die jeweilige Maßnahmenplanung einfließen.

Evidenz und Evaluation in der Soziologie

In den Sozialwissenschaften, der Psychologie, Politologie, Pädagogik, den Kommunikationswissenschaften, der Volks- und Betriebswirtschaft wurden eine Reihe von Theorien entwickelt, die große Bedeutung für das Gesundheitswesen und insbesondere auch für Prävention und Gesundheitsförderung haben.

Die Soziologie kennt den Begriff der Evidenz nur als „empirische Evidenz“ – mit dem wesentlichen Zusatz, dies sei ohne theoretisches Konzept sinnlos, denn erst daraus ergebe sich die Evidenz. Und dies gibt es dann sogar in der umgekehrten Bezugnahme, nämlich die Relativierung von „nur“ datengestützter Evidenz, der dann nämlich die theoretische Fundierung fehle. Doch ohne diese ist sie eben weitgehend aussageschwach.

Eine entsprechende Problematik stellt sich auch beim Begriff „Evaluation“: hier beklagt Kromrey (2004:78), dass „mit dem Einzug des Konzeptes „Evaluation“ in die Alltagspraxis der Begriff „Evaluation“ um allerlei Konnotationen ausgeweitet wurde, so man ihn gar nicht mehr verwenden kann, ohne zugleich definitorische Erläuterungen hinzuzufügen“. Tatsächlich ist der Begriff derart unklar, dass er für eine wissenschaftliche Terminologie grundsätzlich nicht geeignet sei, so Kromrey weiter. Er kann nämlich – der Etymologie aus dem Amerikanischen entsprechend – sowohl als Denkmodell bzw. Konzept eines Bewertungsverfahrens benutzt werden als auch als spezifisches empirisches Handeln und schließlich auch als Resultat bzw. Werturteil über ein „Evaluationsprodukt“.

Diese Unklarheit verstärkt sich durch die unterschiedlichen Anwendungsfelder der Evaluation: alltagssprachlich ist es einfach ein wohlklingendes und gern benutztes Fremdwort, im

politischen Sprachgebrauch aber eine Expertenbewertung zu einem (weiter) zu finanzierenden Projekt oder auch eine aktuelle Umfrage (ganz unabhängig von dem empirischen Wert des Umfragedesigns) – und im wissenschaftlichen Zusammenhang sowohl als Form der Sozialforschung im Sinne einer experimentellen oder quasi-experimentellen Wirkungsforschung oder der empirischen Erfolgskontrolle als auch als Implementations- oder Begleitforschung, letztlich auch als wissenschaftliche Beratung.

All diese Hinweise von Kromrey geben Anlass zu der Hypothese, dass Evaluation ebenso wie Evidenzbasierung keinesfalls ein allgemeingültiges Konzept sein kann. Vielmehr muss detailliert geprüft werden, was evaluiert wird (es kann nur ein klar benannter Teil-Aspekt sein), in welche Wirkungsrichtung (für welche Zielgruppe?), unter welchen Gesichtspunkten (die dahinter stehenden Interessen müssen offen benannt und kommuniziert werden), von wem (welche Interessen verbindet der Evaluator als Finanzförderer, als Expertengruppe oder im Peer Review) und schließlich: mit welcher Art von Evaluation (diese muss zuvor dargestellt werden – Stichworte: Kontrollierbarkeit und Objektivität der Ergebnisse, Intersubjektivität der Ergebnisse).

Evaluation in der Gesundheitsförderung kann in dieser Logik kein einheitliches Konzept sein, sondern nur als Teilaspekt in spezieller Akteurs- oder Interessensicht vorgenommen werden. Auch hier ergibt sich wiederum die Möglichkeit der Perspektivnahme aus Nutzersicht, auch wenn sie hinsichtlich der Tiefe der Beurteilung Limitierungen unterliegt (siehe dazu auch die im nachfolgenden Kapitel beschriebene Problematik der angebotsinduzierten Nachfrage).

Ökonomischer Blick auf Qualität

In der Betriebswirtschaft bestehen klare Kriterien für Qualität, der Markt spiegelt sie. Wird ein Produkt oder eine Dienstleistung gut verkauft, laufen die Geschäfte, so kann von positiven Qualitätsdimensionen ausgegangen werden. Der Maßstab ist dabei der Erfolg der Mitbewerber und die Qualität ihrer Produkte und Leistungen. Der größte Erfolg wird gemessen in Form von Gewinn-Verlust-Rechnung und gilt als „best practice“. Gemessen wird die an Hand des „Benchmarkings“ (dt. Höhenmarke), in dem Produkte oder Dienstleistungen in Abgleich mit dem stärksten Mitbewerber gemessen werden. Dabei werden die Prozesse, Systeme und Organisationsformen zur Erstellung von Produkten und Dienstleistungen bezüglich Kosten, Qualität, Zeit, Kunden-, Mitarbeiterzufriedenheit und ähnlicher Faktoren untersucht. In diesem Sinne meint Qualität die Eigenschaften eines Produktes oder Verfahrens und den Maßstab für die Kaufentscheidung eines Kunden. Die Definition von Qualität im europäischen Normenwerk DIN EN ISO 9000:2000 lautet: „Qualität ist das Vermögen einer Gesamtheit inhärenter Merkmale eines Produktes zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien“ (Graebig 2006).

Wegen der herausragenden Bedeutung der Qualitätsdimensionen in der Wirtschaft sind diese ausdifferenziert operationalisiert. Zu unterscheiden sind dabei Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Der Begriff der Qualitätskontrolle gilt eher als antiquierter Begriff, der Maßnahmen zur fortlaufenden Überwachung der Qualität von Gütern und Dienstleistungen meint. Die fehlerhaften Produkte werden in dieser Logik einfach aussortiert bzw. eliminiert. Doch wie kommt es zu den Problemen? Dieser Frage geht die Kontrolle nicht nach, und insofern wird sich um früher ansetzende Strategien bemüht.

So zielt die Qualitätssicherung ab auf die Kontrolle der Prozesse und die Beseitigung der Fehlerursachen, um den „Ausschuss“ in Zukunft so niedrig wie möglich zu halten. Qualitätssicherung setzt auf Vertrauen, durch das Qualitätsanforderungen nachhaltig erfüllt werden sollen.

Im Dienstleistungsbereich wird stark zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen umfassen Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. Unter externer Qualitätssicherung werden insbesondere Qualitätssicherungsmaßnahmen mit externen Vergleichen verstanden (ebd.).

Übergreifend für alle Qualitätsentwicklungsprozesse steht der Begriff des Qualitätsmanagements, der den gesamten Prozess berücksichtigt. Es umfasst eine Qualitätspolitik, Festlegung von Qualitätszielen, Qualitätsplanung und -lenkung sowie Sicherung und -verbesserung. Dabei sind Aspekte der Wirtschaftlichkeit, der Gesetzgebung, der Arbeitssicherheit, des Gesundheitsschutzes und der Umwelt zu berücksichtigen. Hinzu kommen die Wünsche und Anforderungen der Kunden. Die Unternehmensleitung trägt eine nicht delegierbare Verantwortung für das Qualitätsmanagement und muss darüber hinaus auch aktiv für die konsequente Umsetzung auf allen Hierarchieebenen sorgen. Mit dieser Orientierung auf Qualitätsmanagement droht immer auch die Gefahr, dass die Prozesse zum Selbstzweck verkommen. Doch die Nähe zu Kunden, die unmittelbare Qualitätsauswirkung und ihre materiell-manifeste Dimension wirkt einer solchen Selbstreferentialität entgegen. Genau hier liegt aber das Problem der Übertragung auf das Gesundheitswesen und die Gesundheitsförderung.

Gesundheit ist kein Gut, der Patient ist bedürftig und kein souveräner Konsument oder Kunde. Daher ist die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen – und das trifft in hohem Maße auch auf die Gesundheitsförderung zu – nicht nachfrageorientiert, sondern vielmehr angebotsindiziert. Zugespitzt gesagt: jedes gesundheitliche Angebot sucht und findet seinen Abnehmer, weitgehend unabhängig von den genannten Qualitätsdimensionen.

Dennoch sollte die Meinung der Nutzer/innen stark einbezogen werden, denn um ihre Gesundheit geht es letztendlich. Inwieweit es also für sie stimmig ist, ist ein entscheidendes Kriterium. Zu Recht wird die Diskussion forciert, wie die Nutzersouveränität, insbesondere der sozial Benachteiligten, gestärkt und systematisch einbezogen werden kann (Bauer et al 2006). Die eklatanten Defizite in diesem Bereich sollten jedoch nicht als Vorwand genommen werden, dieses wesentliche Kriterium außer Acht zu lassen.

Good Practice in der Sozialen Stadt

Mit dem Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - Die soziale Stadt“ hat die Bundesregierung 1999 ein Bund-Länder-Programm zur Stabilisierung benachteiligter Stadtteile aufgelegt. Im Rahmen dieses modernen Ansatzes in der Sozialen Arbeit wurden hier Kriterien guter Praxis entwickelt. Bewusst wird nicht auf Best Practice abgehoben, weil die Fragestellungen im Sozialmanagement zu komplex und unterschiedlich sind, als dass eine Vergleichbarkeit im Sinne von Best Practice möglich wäre.

Die Bewertungskriterien für Good Practice wurden vor allem aus den Zielen des Programms abgeleitet und beziehen sich sowohl auf das strategische Handlungsinstrumentarium als auch auf Projekte und Maßnahmen in den inhaltlichen Handlungsfeldern der integrierten Stadtentwicklung (DifU 2003). Zu den strategischen Handlungsinstrumenten gehören Integrierte Handlungskonzepte, Quartiermanagement sowie Aktivierung und Beteiligung.

Folgende Kriterien werden bei der Good-Practice-Untersuchung zu den strategischen Instrumenten berücksichtigt:

- für das Integrierte Handlungskonzept die Einbindung des gebietsbezogenen Konzepts in gesamtstädtische Entwicklungsstrategien, die Verknüpfung mehrerer inhaltlicher

Handlungsfelder, der fachübergreifend abgestimmte gebietsbezogene Mitteleinsatz, Zeitmanagement und Prioritätensetzung als Bestandteile des Konzepts, Beteiligung lokaler und lokal engagierter Akteure, politische Rückendeckung, Evaluierung und Fortschreibung;

- für Quartiermanagement die Einbindung aller für die Programmumsetzung relevanten kommunalen Steuerungs- und Handlungsebenen, geklärte Zuständigkeiten, funktionierendes Zusammenwirken der Steuerungs- und Handlungsebenen, personelle und zeitliche Kontinuität, Verlagerung von Handlungs- und Entscheidungskompetenzen in den Stadtteil, politische Rückendeckung;
- für Aktivierung und Beteiligung die Orientierung an der spezifischen Situation der Quartiersbevölkerung, aktives Organisieren der Interessen vor Ort durch aufsuchende Arbeit, "Niedrigschwelligkeit" von Beteiligungsangeboten, Einsatz eines Verfügungsfonds, Klarheit über Prozessverläufe und Entscheidungsbefugnisse, Integration bereits bestehender Initiativen und Organisationen, Vor-Ort- Präsenz von Quartiermanagement, politische Rückendeckung.

(DifU 2003)

Bei der Untersuchung von Maßnahmen und Projekten, die den inhaltlichen Handlungsfeldern der Sozialen Stadt zuzurechnen sind, werden – unabhängig von der konkreten Zuordnung zu einem oder mehreren Handlungsfeldern – folgende Good-Practice-Kriterien herangezogen:

- Einbindung in das Integrierte Handlungskonzept (Maßnahmen und Projekte als Teil eines umfassenden Zielsystems);
- innovativer Gehalt (Überschreitung bisheriger Vorgehens- und Verfahrensstandards oder die Integration neuer Aspekte in gewohnte Arbeitsansätze; kreative und experimentelle Ansätze);
- integrativer Gehalt (Überlagerung von mehreren, mindestens aber von zwei verschiedene Lebensbereiche betreffenden Handlungsfeldern; fachübergreifende Umsetzung; Zusammenbringen unterschiedlicher Zielgruppen);
- Impulswirkung für die Stadtteilentwicklung (Anstoßwirkung im Sinne von „Leuchtturm“- oder Schlüsselprojekten);
- Beitrag zum Aufbau langfristig selbsttragender Strukturen (Stärkung der lokalen Wirtschafts- und Beschäftigungsstruktur; Stabilisierung und Aufbau zukunftsfähiger Organisationsstrukturen; Kontinuität des Engagements lokaler Akteure);
- dauerhafte Sicherung (adäquate Laufzeiten von Maßnahmen und Projekten durch finanzielle und personelle Absicherung; Erschließung neuer Finanzierungsquellen);
- hoher Grad an Eigeninitiative von lokalen Akteuren (Unterstützung von Vor-Ort- Ideen; Förderung von Eigeninitiative; Hilfe zur Selbsthilfe);
- hoher Grad an Beteiligungs- und Gestaltungsmöglichkeiten (Motivierung durch Dezentralisierung von Entscheidungs- und Zuständigkeitsstrukturen; Angebot von „Mitmach-Aktionen“);

- hohes Identifikationspotenzial bezogen auf das Gebiet (Verbesserung und Stabilisierung der Lebens- und Wohnverhältnisse; hohes Zugehörigkeits- und Sicherheitsgefühl);
- offensive Öffentlichkeitsarbeit (Beförderung des Problembewusstseins und des Engagements innerhalb und außerhalb der Quartiere);
- Kooperation unterschiedlicher Akteure (Aufbau handlungsfähiger Netzwerke; Einbeziehung von Multiplikatoren in die Gremien- und Projektarbeit).

(DifU 2003)

Die Good-Practice-Kriterien aus dem Programm Soziale Stadt folgen keinem theoretischen Konzept, sondern antizipieren die unmittelbaren Ergebnisse dieses Sozialmanagement-Konzeptes. Sie bilden einen am Programmziel orientierten, selbstreflektierenden und selbstlernenden Prozess ab. Im Sinne des oben dargestellten soziologischen Evidenzkonzeptes bilden sie eine unmittelbare programminterne Antwort, beantworten die Qualitätsfrage also eher auf der konkreten normativen Ebene denn auf der konzeptionellen. Besonders interessant ist dabei die starke Bezugnahme auf die unmittelbaren Effekte, und zwar hier hinsichtlich der Partizipation und Aktivierung der Bewohner/innen. Anders als in der Gesundheitsförderung sind diese jedoch bereits durch das Programmziel „gesetzt“.

Eine analoge Kriterienentwicklung zu Good Practice hat auch der Beratenden Arbeitskreis „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ der BZgA vorgenommen (Lehmann et al. 2005, siehe auch Beiträge von Frank Lehmann und Holger Kilian in diesem Band). Sie bilden einen unmittelbaren Praxisbezug, sind also in besonderem Maße anwendungsorientiert.

Dies bedeutet allerdings auch, dass nicht nur die Partizipation der Bewohner/innen, Nutzer/innen oder Betroffenen gemeint ist. Vielfach wird unter Partizipation auch die Teilnahme und Teilhabe der Maßnahmenanbieter bzw. der Multiplikatoren verstanden. Dies ist in dem wenig strukturierten Feld der Gesundheitsförderung noch stärker geboten. Partizipation ist bei Gesundheitsangeboten aus den oben beschriebenen Gründen besonders schwer zu realisieren. Ersatzweise vereinnahmen all zu häufig die Berufsgruppen dann die Bedürfnisse der Patienten für ihre eigenen professionellen Interessen (Gold et al 2000). Tatsächlich müssen die Praktiker, ausgewiesen vor allem durch ihre besondere Nähe zu den Zielgruppen, in den Prozess mit einbezogen werden, der sich in diesem Sinne weniger als Qualitätssicherung oder Qualitätsmanagement, sondern vor allem als Qualitätsentwicklung versteht. Mitunter stehen die Anbieter in Sozialer Arbeit oder Gesundheitsförderung – zumeist Vertreter/innen öffentlicher oder freigemeinnütziger Angebote – paternalistisch „vor“ ihren Klienten, sehen sich gleichermaßen mit ihnen identifiziert und diese auch von ihnen abhängig (Schilling 2005). Bei aller gebotenen Kritik an diesem Verhältnis sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass andere, häufig wissenschaftlich, tagespolitisch oder medial vermittelte Zugänge zu den Zielgruppen ungleich distanzierter sind. Insofern sollte die Erfahrung aus der unmittelbaren Arbeit mit den Zielgruppen zum Ausgangspunkt genommen werden für eine gesundheitsfördernde Maßnahme, die sich als punktuellen Impuls versteht und auf Nachhaltigkeit durch Partizipation und Aktivierung der Zielgruppe abzielt. In diesen Prozess müssen die Aktiven von Anfang an einbezogen, er muss zu ihrer eigenen Sache werden.

Qualitäten in der Gesundheitsförderung

Zunächst gilt es in der Gesundheitsförderung und Prävention, von guten Beispielen auszugehen. Diese finden sich beispielsweise in der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie in der Zahnprophylaxe in Kitas und Schulen. Die Reduzierung der Fehlzeiten und die Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit sind Nachweis der Nützlichkeit, und in der Zahngesundheit ist gar eine signifikante Verbesserung des Zahnstatus von Kindern und Jugendlichen zu konstatieren (Böhm et al. 2004).

In der Betrieblichen Gesundheitsförderung besteht ein Leitbild der Partizipation, nach der die Mitarbeiter/innen zu Experten ihres eigenen Alltags gemacht werden. Idealtypisch ermitteln sie selber die Belastungen und Ressourcen ihres Arbeitsprozesses und suchen selbstständig die Lösungen für Arbeitsmittel und Arbeitsumgebung, Zeiten und Organisation ihrer Tätigkeiten, Sozialbeziehungen, Qualifizierungen und ein unterstützendes Umfeld (im Sinne einer Work-Life-Balance). Solcherart partizipative Organisationsentwicklung erzielt Selbstverantwortung und Empowerment und kann nachhaltig wirken, wenn die Stakeholder es langfristig begleiten und entsprechende Impulssetzungen sowie moderne Moderationsmethoden einfließen. Die Betriebliche Gesundheitsförderung kann mit den hier nur stichwortartig skizzierten Methoden und Maßnahmen den Einstieg zu einem gesunden Setting sein, und dies ist ein konkret organisierbarer Prozess. Die Organisationsfähigkeit des Setting Betrieb liegt darin, dass hier die Akteure in hoher Verbindlichkeit und Regelmäßigkeit verbunden sind. Das Regelkorsett incl. der Entscheidungsstrukturen bietet gute Möglichkeiten, Innovationen einzubringen und umzusetzen (Lenhardt 2003).

Je diffuser die Entscheidungsstrukturen sind, desto schwieriger ist die Organisation eines solchen Prozesses. Doch nicht ohne Grund sind klare Strukturen ein Ausdruck besserer sozialer Eingebundenheit, und umgekehrt: gerade das Fehlen der Strukturen ist ein Wesensmerkmal der Lebenswelten sozial Benachteiligter in Kitas und Schulen mit starker Fluktuation und geringer Elternmitarbeit, insbesondere in Stadtteilen mit hoher Kriminalität und geringer Bindung (Geene/Rosenbrock 2004).

Um die Partizipationserkenntnisse der Betrieblichen Gesundheitsförderung systematisch anzuwenden, bedarf es zunächst der Nutzung und – wo nicht vorhanden – des Aufbaus von Strukturen. Das Programm Soziale Stadt mit Quartiersmanagement in sozial benachteiligten Stadtteilen setzt hier an. Quartiersmanagement steht dafür, eine lokale Infrastruktur in kleinen Schritten aufzubauen: dem Leerstand der Läden entgegenzuwirken, Beteiligungsmöglichkeiten zu schaffen und die Anwohner zu Initiativen zu ermuntern. Dies kann bereits im Ansatz als gesundheitsfördernd bezeichnet werden. Eine konzertierte Aktion zur Kinder- und Familienfreundlichkeit der Stadt Lingen/Ems seit dem Jahre 1980 – mit finanziellen, strukturellen und partizipativen Maßnahmen wie einem Kinder- und Jugendparlament – kann als weiteres Beispiel gelten mit dem positiven Effekt, dass Lingen heute über eine der höchsten Geburtenraten der Bundesrepublik verfügt (Dienel 2002:145ff.).

Interessant ist auch eine Erkenntnis aus der AIDS-Prävention. Als die Krankheit in den 80er Jahren aus heiterem Himmel aufzutauchen schien, war die Hauptbetroffenengruppe der schwulen Männer gesellschaftlich noch stark isoliert, eine öffentliche Kommunikation zwischen den Schwulen fand kaum statt. Maßnahmen der AIDS-Prävention bestanden vor allem im Community-building, d.h. dem Aufbau von Kommunikationsstrukturen wie schwulen Zentren und Treffpunkten, Beratungsstellen, Szenezeitungen, Diskussionsveranstaltungen (Geene 2000). Die stärkste Wirkung der AIDS-Hilfen als – neben der BZgA - wesentlichen Trägern der AIDS-Prävention besteht vielleicht in der hohen Akzeptanz und Konsensbildung,

die sie einerseits im Bereich der Betroffenengruppen, andererseits im Bereich des sozialen Umfeldes bis hinein in die Politik erzielt, die letztendlich ausschlaggebend ist für die über all die Jahre starke öffentliche Unterstützung der AIDS-Hilfen in Deutschland (Wright 2004).

Es gibt also durchaus evident wirksame Strategien der Gesundheitsförderung. Das Konzept der Evidenzbasierung aus der Medizin bietet eine Grundlage dazu, solche Nachweise der Qualität deutlicher herauszuarbeiten und zu vermitteln. Das Evidenzkonzept der Medizin bietet jedoch auf Grund der komplexen Nachweiserfordernisse (speziell der hohen Evidenzklassen) kaum Methodik für solche Beweisführung, doppelt-blinde Interventionsstudien können im Sozialraum nicht greifen.

Hier macht die Evidenzdiskussion aus der Soziologie deutlich, dass es um kleinräumige Bestimmung von Teilfaktoren geht. Das Erkenntnisinteresse zielt nicht auf dichotome Aussagen (gut oder schlecht, gelungen oder nicht), sondern auf konkrete Teilaspekte. Diese entsprechend zu sortieren und sie auch nur auf ihren tatsächlichen Untersuchungsrahmen anzuwenden, ist eine wichtige Erkenntnis aus dieser Diskussion.

Das Qualitätskonzept der Betriebswirtschaft entstammt einer anderen Logik – der Welt der Waren- und Kundenbeziehungen – und kann nicht als Blaupause für die Gesundheitsförderung benutzt werden. Interessant ist hier jedoch die konsequente Nutzerorientierung, die auch eine Grundbedingung für die Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung sein sollte.

Wie kann eine solche Nutzerorientierung umfassend realisiert werden? Aus dem Programm Soziale Stadt ergeben sich interessante Rückschlüsse zu den wesentlichen Bestimmungsfaktoren einer nachhaltigen Partizipation. Sie vermittelt sich jedoch überwiegend über die Multiplikatoren.

Dieser Hinweis verdeutlicht das Dilemma der Qualität in der Gesundheitsförderung, und bietet gleichzeitig Perspektive für einen pragmatischen Weg: über einen partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess können die Gesundheitsförderer gewonnen werden, um die Partizipation sozial Benachteiligter in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen zu machen. Ziel ist es dann, dass die jeweiligen Zielgruppen den Impuls der Gesundheitsförderung aufgreifen und zu ihrer eigenen Sache machen.

Literatur

- Thomas Altgeld, Raimund Geene, Gerd Glaeske, Petra Kolip, Rolf Rosenbrock, Alf Trojan 2006: Prävention und Gesundheitsförderung - Ein Programm für eine bessere Gesundheits- und Sozialpolitik, Diskussionspapier der Friedrich Ebert-Stiftung, Bonn Eigenverlag FES.
- Bauer, Ulrich; Rosenbrock, Rolf; Schaeffer, Doris 2006: Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit, in: Iseringhausen, Olaf; Badura, Bernhard (Hg.), Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Bern: Huber.
- Baric, Leo; Conrad, Günther 2000: Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Böhm, Andreas; Elsässer, Gabriele, Kuhn, Joseph, Lüdecke, Karin, Senftleben, Bernd, Rojas, Gudrun 2004: Soziale Ungleichheit bei Kindern, Ergebnisse und Folgerungen aus den Brandenburger Einschulungsuntersuchungen, in: Geene, Raimund; Halkow, Anja (Hg.), Armut und Gesundheit, Frankfurt: Mabuse.
- Dienel, Christiane 2002: Familienpolitik. Eine praxisorientierte Gesamtdarstellung der Handlungsfelder und Probleme. Weinheim: Juventa.

- DIfU (Deutsches Institut für Urbanistik) 2003: Good Practice in Altbauquartieren, Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länder-Programms "Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - Die soziale Stadt". Berlin: DIfU.
- Foucault, Michel 1973: Die Geburt der Klinik, Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, München: Hanser.
- Geene, Raimund 2000: AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Frankfurt: Mabuse.
- Geene, Raimund; Kilian, Holger 2004: Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Gutachten im Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin: Gesundheit Berlin.
- Geene, Raimund; Rosenbrock, Rolf 2004: Gesundheitsförderung im Setting als Beitrag zum Abbau sozial ungleicher Gesundheitschancen. In: Göpel, Eberhard, Schubert-Lehnhardt, Viola (Hg.), Gesundheit gemeinsam gestalten: Kommunale Gesundheitsförderung. Frankfurt: Mabuse.
- Gold, Carola; Geene, Raimund; Stötzner, Karin 2000: Patienten – Versicherte Verbraucher, Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen. Berlin: b_books.
- Gaebig, Klaus 2006: Wörterbuch Qualitätsmanagement. Dictionary of Quality Management. Berlin: Beuth.
- Hafen, Martin (2005): Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen. Heidelberg: Carl Auer-Verlag.
- Thomas Kliche, Jürgen Töppich, Stephan Kawski, Harald Lehmann, Volker Stander, Uwe Koch 2004: Ein neues Qualitätssicherungssystem zur Begutachtung von Struktur-, Konzept- und Prozessqualität in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Luber, Eva; Geene, Raimund (Hg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen? Frankfurt: Mabuse.
- Kromrey, Helmut 2004: Evaluation, Evidenz, Qualitätssicherung – worüber reden wir? In: Luber, Eva; Geene, Raimund (Hg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?. Frankfurt: Mabuse.
- Frank Lehmann, Raimund Geene, Lotte Kaba-Schönstein, Holger Kilian, Monika Meyer-Nünrberger, Sven Brandes, Gabi Bartsch 2005: Kriterien guter Praxis in der gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsförderung konkret Bd. 5, Köln: Eigenverlag BZgA.
- Lenhardt, Uwe 2003: Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften (11) 1.
- Luber, Eva 2004: Wessen Qualität ist gemeint? In: Luber, Eva; Geene, Raimund (Hg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen? Frankfurt: Mabuse.
- Mielck, Andreas 2005: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Einführung in die aktuellen Diskussion, Bern: Verlag Hans Huber.
- Rosenbrock, Rolf 2005: Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 durch die GKV. In: Rosenbrock, Rolf; Bellwinkel, Michael; Schröer, Alfons (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle", Reihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe 8. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Schilling, Johannes 2005: Soziale Arbeit. Geschichte, Theorie, Profession. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.) 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Bd. 1: Kooperative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention, Stuttgart: Kohlhammer.
- Wright, Michael T. 2004: Wie kann die innovative Präventionsarbeit im Nicht-Regierungs-Sektor evaluiert werden? Die AIDS-Hilfen als Beispiel. In: Luber, Eva; Geene, Raimund (Hg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen? Frankfurt: Mabuse.

Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Kriterien guter Praxis konsentiert im beratenden Arbeitskreis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Frank Lehmann

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist als Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit zuständig für Prävention und Gesundheitsförderung. Sie führt nationale Präventionskampagnen mit dem Ziel der bevölkerungsweiten Senkung von Krankheitshäufigkeiten und Förderung der Gesundheit durch (z.B. BZgA Dachkampagne „Gib Aids keine Chance“ und BZgA Jugendkampagne „rauchfrei“). Darüber hinaus erfüllt sie eine Qualitätssicherungsfunktion zur bundesweiten Förderung von Effektivität und Effizienz in Gesundheitsförderung und Prävention, in dem sie Verfahren und Instrumente der Qualitätssicherung entwickelt und anbietet. Im Rahmen ihrer Qualitätssicherungsfunktion hat die BZgA das nationale Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ initiiert.

Das nationale Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ ist ein Projekt von BZgA, Gesundheit Berlin e.V. und dem BKK Bundesverband im Rahmen der bundesweiten Kooperation mit allen Landesvereinigungen und Landeszentralen für Gesundheit und der Bundesvereinigung für Gesundheit. Es besteht aus einer bundesweiten Dokumentation von z.Zt. ca. 2.700 Projekten und Regelangeboten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, die auf der Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de recherchierbar ist (Abb. 1).

Die Internetplattform www.gesundheitlich-chancengleichheit.de bietet darüber hinaus aktuelle Informationen und Forschungsergebnisse zum Themenbereich soziallyagenbezogener Gesundheitsförderung, aktuelle Termine, Links und Informationen über die Akteure im Kooperationsverbund.

Mit dem Ziel einen partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess bei den Projekten und Regelangeboten der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten anzustoßen und den Transfer guter Praxis zu stärken, wurden 2003/2004 vom beratenden Arbeitskreis der BZgA **Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten** entwickelt. Bei der Entwicklung der good practice Kriterien wurden die folgenden Forschungsergebnisse, die bereits entwickelten Instrumente und die vorliegenden Erfahrungen berücksichtigt:

- die nationale und internationale Forschung zum Bereich „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“,
- die good practice Kriterien des Bund-Länder Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die Soziale Stadt“ des Deutschen Instituts für Urbanistik (Juni 2002),
- die Qualitätssicherungsinstrumente der BZgA in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (QS-P),
- die Erfahrung aus der Qualitätssicherungsentwicklung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und

- die Erfahrung aus der direkten halbstandardisierten Befragung von Vertreterinnen und Vertretern von Praxisprojekten.

Nur schlaglichtartig können an dieser Stelle die 12 Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten erläutert werden. Eine ausführliche Darstellung findet sich in Band 5 der BZgA-Reihe Gesundheitsförderung konkret „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansatz – Beispiele – weiterführende Informationen“ (2005, Lehmann et al.).

1. Ziel und Konzeption sowie 2. Zielgruppe

Die beiden ersten Kriterien „Ziel und Konzeption“ (es liegt ein klarer Zielbezug zur Gesundheitsförderung und Prävention vor) und „Zielgruppe“ (die Maßnahme richtet sich nachweislich an eine bestimmte Gruppe sozial Benachteiligter) sind Grundvoraussetzungen für jedes good practice Projekt.

3. Innovation und Nachhaltigkeit

Das Projekt hat einen innovativen Charakter bzw. innovative Aspekte (bietet Neues für Andere) und strebt zugleich die kontinuierliche, das heißt nachhaltige Fortführung erfolgreicher Projektkomponenten an.

4. Multiplikatorenkonzept

Es liegt ein Multiplikatorenkonzept vor, das Multiplikatorinnen und Multiplikatoren systematisch einbindet und ggf. qualifiziert.

5. Niedrigschwellige Arbeitsweise

Das Projekt bzw. Angebot ist niedrigschwellig, aufsuchend, begleitend und/oder nachgehend angelegt.

6. Partizipation

Es besteht ein hoher Grad an Beteiligungsmöglichkeiten für die Zielgruppe sozial Benachteiligter.

7. Empowerment

Es erfolgt eine Befähigung und Qualifizierung der Zielgruppe sozial Benachteiligter, die auf den Stärken und Ressourcen der Zielgruppe aufbaut.

8. Settingansatz

Die Aktivitäten des Projektes integrieren Initiativen, die sowohl auf Gesundheitshandeln von Personen als auch auf strukturelle Änderungen abzielen und sich am Settingansatz der WHO orientieren.

9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

Es findet eine Ressourcenbündelung und fachübergreifende Zusammenarbeit statt, die einem integrierten Handlungskonzept entsprechen. Die Umsetzung des Konzepts erfolgt gemeinsam

mit den anderen Akteuren im lokalen Umfeld, d.h. es erfolgt eine Abstimmung und Vernetzung im Sozialraum.

10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

Im Projekt besteht ein Qualitätsmanagement bzw. eine Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, d.h. Qualität wird nicht als einmal geschaffener Wert betrachtet, sondern sie wird in allen Bereichen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) immer wieder überprüft, verbessert und entwickelt.

11. Dokumentation und Evaluation

Dokumentation und Evaluation werden im Projekt zur Qualitätsentwicklung eingesetzt.

12. Kosten-Nutzen-Relation

Die Kosten stehen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.

Beispiel für ein good practice Projekt (Kriterium 3 Innovation Nachhaltigkeit erfüllt)

Im Rems-Murr-Kreis in Baden Württemberg wurden Alleinerziehende einerseits und zentrale Fachinstitutionen für Alleinerziehende (Sozialamt, Jugendamt, Gesundheitsamt, kirchliche und weitere Beratungsstellen) andererseits befragt, um Erwartungen der Alleinerziehenden und Angebote der Institutionen besser aufeinander abzustimmen. Die Ergebnisse wurden in Arbeitsgruppen gemeinsam ausgewertet und bedarfsgerechte Angebote entwickelt. So wurde eine Arbeitsgemeinschaft nach § 78 KJHG „Alleinerziehende“ eingerichtet und konkrete adaptierte Angebote zur Verfügung gestellt (z.B. „Energieräuber und Kraftquellen–Stärkungsseminar für Alleinerziehende“), welche von den Alleinerziehenden besonders gut angenommen werden, weil sie unter ihrer Mitwirkung entwickelt wurden und somit besonders gut ihren Bedarf treffen. Dieses good practice Projekt kann relativ einfach auf weitere Kreise neu übertragen werden und ist daher in besonderem Maß innovativ und aufgrund seines Strukturansatzes auch besonders nachhaltig.

Regionale Knoten

Die im beratenden Arbeitskreis der BZgA entwickelten Kriterien guter Praxis sollen auf Landesebene zum Anstoß partizipativer Qualitätsentwicklungsprozesse in den Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten genutzt werden. Daher wurden von den Kooperationspartnern so genannte regionale Knoten – Netzwerke von Länderpartnern für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten - in bisher 10 Bundesländern gegründet (s. Abb. 2) bis 2006 sollen in allen Bundesländern regionale Knoten aufgebaut sein. Die Vernetzung auf Länderebene – über die regionalen Knoten – ist geprägt durch die Nutzung bereits bestehender Strukturen (z.B. Nordrhein Westfalen: kommunale Gesundheitskonferenzen oder Niedersachsen: Arbeitskreise Armut und Gesundheit) und dem Handlungsbedarf des jeweiligen Bundeslandes. Übergreifendes Ziel aller regionalen Knoten ist die Auswertung und Übertragung (Transfer) guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Die Zentrale Koordinierung erfolgt durch Gesundheit Berlin e.V.. In einem standardisierten Auswahlverfahren werden good practice Projekte aus den 2.700 Projekten und Regelangeboten der Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ identifiziert und anschaulich beschrieben, um eine Weiterverbreitung zu ermöglichen. Die ersten 13

als good practice Projekte identifizierten Angebote wurden im o.g. Fachheft veröffentlicht bzw. sind auf der Internetplattform www.gesundheitliche-chancengleichheit.de eingestellt.

Good Practice als Methode der Qualitätsentwicklung

Holger Kilian

Die auf transparente Kriterien gestützte Präsentation guter Praxisbeispiele kann einen kostengünstigen und praxisnahen Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der Praxis leisten, indem Praxisanbieter zur (angepassten) Nachahmung motiviert werden. In diesem Beitrag werden die Überlegungen und Handlungsansätze vorgestellt, die dem Prozess zur Auswahl guter Beispiele zugrunde liegen, der im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ durchgeführt wird.

„Qualität“ als Schlüsselbegriff

Die Anbieter gesundheitsfördernder Maßnahmen sehen sich zunehmend mit der Erwartung konfrontiert, die gute Qualität ihrer Aktivitäten nachweisen zu müssen. Auch wenn dies von Auftraggebern und Trägerseite (noch) nicht immer gefordert wird, so gehört es doch mehr und mehr zum Nachweis von Professionalität, eine Evaluation der eigenen Arbeit vorweisen zu können.

Für die Praxisanbieter stellen sich an dieser Stelle zentrale Fragen: Was sind Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung? Wer evaluiert was und mit welchen Instrumenten? Was kann als Maßstab für den Erfolg oder Misserfolg einer Intervention dienen?

Anders als in der Medizin oder auch dem produzierenden Gewerbe gibt es in der Gesundheitsförderung kein – im Sinne des angelsächsischen Sprachgebrauchs – „evidenzbasiertes“, also auf belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhendes Referenzsystem, an dem sich alle Projektphasen von der Planung und Durchführung bis zur Evaluation orientieren könnten. Dies hat zahlreiche Gründe, die bei der noch jungen Disziplin Gesundheitsförderung mit einer gerade erst im Aufbau befindlichen Evaluations-Schiene beginnen und noch lange nicht bei der Komplexität der zu evaluierenden Interventionen enden. Denn insbesondere wenn Interventionen nach dem Setting-Ansatz in ihrer Wirksamkeit beurteilt werden sollen, dann geht es um die Einschätzung hochkomplexer Wirkungszusammenhänge, deren Ergebnisse oftmals von zahlreichen, schwer kontrollierbaren Rahmenbedingungen beeinflusst werden und sich erst in weiterer Zukunft beurteilen lassen – wenn nämlich Gesundheit auch über einen langen Zeitraum erhalten bleibt.

Doch auch ein weiterer Umstand erschwert die flächendeckende Umsetzung von Evaluation und Qualitätsentwicklung in der gesundheitsfördernden Praxis: Den oftmals kleinen Projekten und Angeboten fehlen ganz einfach die finanziellen und personellen Mittel, die zur Durchführung einer Evaluation oder zur Etablierung eines Qualitätsentwicklungs-Systems notwendig wären.

Ziel: Qualität der gesundheitsfördernden Praxis stärken!

Im Rahmen des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) soll ein Beitrag zur Stärkung und Verbreitung guter Praxis in der Gesundheitsförderung geleistet werden. Da eine individuelle Projektberatung oder -begleitung angesichts der begrenzten Mittel nicht möglich ist, ent-

schloss sich der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes, die qualitätsorientierte Praxis durch die Auswahl guter Beispiele zu unterstützen. Dieser Ansatz ist als „Good Practice“ bekannt: Nicht (nur) durch theoretische Konzepte oder Wissensvermittlung in Handbüchern soll gute Praxis verbreitet werden, sondern auch durch die anschauliche Vorstellung guter Beispiele. Die Vorteile liegen auf der Hand: Gute Beispiele haben eine motivierende Wirkung, indem sie zeigen, was in der Praxis möglich ist. Die Vermittlungsform ist lebendig, die vermittelten Inhalte sind fachlich orientiert. Anders als komplexe Prozesse der Organisationsentwicklung kann das Good Practice-Prinzip auch in Eigeninitiative der Praxisanbieter funktionieren, wenn instruktive Beispiele angepasst übertragen werden. Eine Garantie für das Gelingen einer solchen Übertragung gibt es selbstverständlich nicht, immer aber wird bei den Akteuren der Praxis durch die Auseinandersetzung mit den Beispielen guter Praxis ein fachlicher Reflektionsprozess über Inhalte und Strukturen der eigenen Arbeit angeregt.

Das „Good Practice“-Prinzip wird zwar oft zitiert und verwendet, ihm liegt jedoch kein geschlossenes Konzept zugrunde, das z.B. anerkannte Standards für ein Verfahren zur Auswahl und Dokumentation guter Beispiele bestimmt. Typische, meist jedoch nicht so benannte Verfahren zur Auswahl von Good Practice-Beispielen sind Wettbewerbe und Preisvergaben. Nicht alle Begründungen für die ausgewählten Preisträger sind so ausführlich und im Blick auf die zugrunde liegenden Auswahlkriterien so transparent wie z.B. der Deutsche Präventionspreis (www.deutscher-praeventionspreis.de). Oftmals werden Preisträger für ihre „gute Arbeit“ gelobt und ausgezeichnet, ohne dass für interessierte Praktiker erkennbar wäre, was genau diese auszeichnet. Eine klare Benennung der konkreten Stärken der ausgewählten Beispiele ist aber die Voraussetzung dafür, dass andere Praxisvertreter einen konkreten Nutzen für ihre Arbeit aus den vorgestellten Beispielen ziehen können. Denn es ist in den wenigsten Fällen möglich oder auch nur sinnvoll, komplette Projekte zu kopieren. Meist sind es einzelne Aspekte der jeweiligen Preisträger – z.B. ein interessanter Ansatz zur Einbeziehung der Zielgruppe oder ein nachahmenswertes Multiplikatorenkonzept - die nach dem Prinzip des „Benchmarking“ erfolgreich übernommen werden können.

Konzentration auf gute Praxisbereiche

Aus diesem Grund entschied der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes, den Auswahlprozess guter Beispiele auf transparente Kriterien zu stützen und diese in der Darstellung der ausgewählten Angebote so präzise wie möglich zu beschreiben. Statt pauschaler guter Beispiele werden also vor allem die guten Praxisbereiche ausgewählter Beispiele dargestellt. Hierdurch wird der leicht entstehende Eindruck vermieden, „Good Practice“-Beispiele müssten in jeder Hinsicht perfekt und im Vergleich zu allen anderen die besten sein. Der Good Practice-Prozess ist nicht als Wettbewerb konzipiert, sondern als ein so genanntes „kooperatives Benchmarking“, das wechselseitige Lernprozesse angestoßen soll. Ein zweiter großer Vorteil des beschriebenen Vorgehens besteht darin, dass nicht komplette Interventionen zur Nachahmung empfohlen werden, denn Gesundheitsförderung insbesondere nach dem Setting-Ansatz ist stark von den (meist nicht übertragbaren) Bedingungen des jeweiligen Settings geprägt, so dass eine pauschale 1:1-Übertragung erfolgreicher Ansätze in andere Kontexte nicht sinnvoll ist.

Das Deutsche Institut für Urbanistik (difu) hat den beschriebenen Ansatz in zwei Publikationen erfolgreich umgesetzt und diente als gutes Beispiel für die Entwicklung der hier vorgestellten Auswahlmethodik (difu 2003a und 2003b).

Kriterien für gute Praxis

Der vom beratenden Arbeitskreis des Kooperationsverbundes entwickelte Katalog für Kriterien guter Praxis hat das Ziel, die relevanten Bereiche gesundheitsfördernder Interventionen abbilden. Als Good Practice ausgewählt werden können beispielsweise Angebote, die in vorbildlicher Weise den Setting-Ansatz umsetzen oder die Beteiligung (Partizipation) ihrer Zielgruppe bei Planung, Umsetzung und Bewertung der Maßnahmen gewährleisten. Die ersten beiden Kriterien allerdings müssen alle Angebote erfüllen: Sie müssen in Konzeption und Selbstverständnis einen klaren Gesundheitsbezug aufweisen ihre Arbeit an der sozialen Lage ihrer Zielgruppe(n) ausrichten.

1. Gesundheitsbezug in Konzeption und Selbstverständnis
2. Zielgruppe in schwieriger sozialer Lage
3. Innovation und Nachhaltigkeit
4. Multiplikatorenkonzept
5. Niedrigschwellige Arbeitsweise
6. Partizipation
7. Empowerment
8. Settingansatz
9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung
10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

Erläuterungen und weitere Informationen zu den Kriterien für gute Praxis finden sich auf der Internet-Seite des Kooperationsverbundes www.gesundheitliche-chancengleichheit.de unter dem Menüpunkt „Good Practice“.

Auswahl guter Beispiele

Gesundheitsförderung wird vor Ort umgesetzt, deshalb können gute Beispiele am besten von denjenigen ausgewählt werden, die Zugang zu den regionalen Strukturen und Aktivitäten haben. Den Regionalen Knoten im Kooperationsverbund kommt damit eine zentrale Rolle bei der Auswahl guter Beispiele zu. Träger der Regionalen Knoten sind i.d.R. Netzwerkakteure auf Ebene der Bundesländer (insbesondere die Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung), sie organisieren regionale Arbeitskreise und führen Fachveranstaltungen durch. Auf der Grundlage eines zweistufigen Auswahlinstrumentes befragen die Koordinator/innen der Regionalen Knoten potenzielle Good Practice-Angebote und arbeiten anschließend die guten Praxisbereiche heraus: Auf der ersten Auswahlstufe füllen die Projektanbieter eine knappe Checkliste aus, die zusammen mit ergänzenden Materialien (Selbstdarstellungs-Broschüren, Website) eine erste Einschätzung ihrer Arbeit ermöglichen. Anschließend werden in einer leitfadengestützten Befragung ausgewählte Praxisbereiche vertieft.

Unterstützt werden die Koordinator/innen der Regionalen Knoten bei der Einschätzung und Auswahl der guten Beispiele durch Rückmeldungen von den anderen Knoten-

Koordinator/innen, aus dem beratenden Arbeitskreis und von der zentralen Koordinierung bei Gesundheit Berlin.

Die Good Practice-Konzeption stößt vor allem bei Praktiker/innen auf große Zustimmung. Insgesamt wird es als hilfreich für die Unterstützung der Qualitätsentwicklung der soziallyagenorientierten Gesundheitsförderung eingeschätzt. Aus der Praxis ergeht der Impuls, im weiteren Prozess drei Punkte zu berücksichtigen.

Um für die unterschiedlichen Träger der Angebote - vom Öffentlichen Gesundheitsdienst bis zu Wohlfahrtsverbänden und Krankenkassen - sowie für die diversen Projektstrukturen und Handlungsfelder nutzbare Unterstützung zu bieten, sollten die ausgewählten Beispiele ein möglichst breites Spektrum gesundheitsfördernder Praxis abbilden.

Erfolgreiche Praxis ist nur als Prozess zu verstehen. Die Darstellung der Beispiele sollte deshalb auch die Frage aufgreifen, wie der Weg zur guten Praxis verlaufen ist und dabei auch ggf. zwischenzeitig eingeschlagene Irrwege nicht unterschlagen. Damit wird die Lebendigkeit der Darstellung erhöht und den Praktiker/innen gleichzeitig vermittelt, dass die Bearbeitung von Problemen und das gegenseitige Lernen aus Fehlern wichtige Schritte auf dem Weg zur guten Praxis sind.

Good Practice kann ein hilfreicher Beitrag zur Entwicklung der Angebotsqualität sein. Viele Projektanbieter aber sind nicht in der Lage, sich intensiv mit den Kriterien und ihrer erfolgreichen Umsetzung auseinander zu setzen. Gründe hierfür können fehlende Erfahrung mit Prozessen der Projektentwicklung oder auch schlicht mangelnde Ressourcen sein. Die „autodidaktische“ Beschäftigung mit den guten Praxisbeispielen sollte deshalb langfristig durch eine fachlich qualifizierte individuelle Projektbegleitung ergänzt werden, die gemeinsam mit den Projektanbietern nach erfolgreichen Wegen der Arbeit sucht. In diesem Zusammenhang können die Beispiele guter Praxis wichtiges Material darstellen.

Ausblick

Der Erfolg des Good Practice-Ansatzes steht und fällt mit der Auswahl, Beschreibung und Präsentation guter Beispiele. Gemeinsam mit den Koordinator/innen der Regionalen Knoten im Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wird diese Auswahl vorangetrieben. Die Ergebnisse werden im Rahmen von Publikationen, auf Veranstaltungen und der Internet-Seite des Kooperationsverbundes (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) vorgestellt werden. Erste Arbeitsergebnisse liegen inzwischen vor (vgl. BZgA 2005).

Die Reflektion über Kriterien für gute Praxis in der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung und deren Messung ist niemals abgeschlossen, deshalb muss das Konzept des Good Practice-Prozesses kontinuierlich weiter entwickelt werden. Nachdem die Startphase mit der Kriterienentwicklung und der Auswahl erster Beispiele erfolgreich abgeschlossen ist, soll im weiteren Verlauf des Prozesses verstärkt die Perspektive der Praktiker/innen einbezogen werden, die mit den guten Beispielen arbeiten sollen: Sind sie hilfreich? An welchen Stellen sollte das Konzept weiter entwickelt werden? Das seit Mai 2005 gemeinsam vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und Gesundheit Berlin durchgeführte und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Forschungsprojekt „Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern“ wird diese Fragen im Rahmen von Interviews, Arbeitstagen und Workshops gemeinsam mit Vertreter/innen der Praxis beleuchten.

Weitere Anregungen werden von der europäischen Ebene kommen. Im Rahmen des von BZgA und EuroHealthNet koordinierten und von der EU geförderten Projektes „Closing the Gap – Strategies to Tackle Health Inequalities in Europe“ (www.health-inequalities.eu) werden von den 23 nationalen Partner-Institutionen unter anderem Beispiele guter Praxis auf europäischer Ebene in einer Online-Datenbank zusammengestellt. Dieser Auswahlprozess orientiert sich eng an den Konzepten und Erfahrungen des deutschen Projektes und soll in der zweiten Jahreshälfte 2006 veröffentlicht werden.

Literatur

- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) 2003: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure, Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 22. Köln: BZgA.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) 2005: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen, Gesundheitsförderung Konkret 5. Köln: BZgA.
- difu (Deutsches Institut für Urbanistik) 2003a: Good Practice in Neubauquartieren, Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länder-Programms "Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - Die soziale Stadt". Berlin: difu (Deutsches Institut für Urbanistik).
- difu (Deutsches Institut für Urbanistik) 2003b: Good Practice in Altbau- und gemischten Quartieren, Eine Analyse im Rahmen des Bund-Länder-Programms "Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf - Die soziale Stadt". Berlin: difu (Deutsches Institut für Urbanistik).
- Kilian, Holger; Geene, Raimund; Philippi, Tanja 2004: Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting, in: Rosenbrock, Rolf; Bellwinkel, Michael; Schröer, Alfons (Hrsg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle", Reihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe 8. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 151-230.
- Lehmann, Frank 2004: Auf dem Weg zu Kriterien für "Good Practice-Angebote" der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, in: Geene / Halkow: Armut und Gesundheit, Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt a.M.: Mabuse, 397-400.
- Luber, Eva; Geene, Raimund (Hrsg.) 2004: Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?. Frankfurt a.M.: Mabuse.

Partizipative Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention am Beispiel der AIDS-Hilfe-Organisationen

Michael T. Wright

Das Ziel partizipativer Ansätze in Qualitätssicherung und Evaluation ist es, lokale, nachhaltige Entscheidungsprozesse zu unterstützen und eine flexible Anpassung von Interventionsstrategien an die jeweiligen Gegebenheiten vor Ort zu ermöglichen. Deshalb wird eine möglichst umfassende Teilnahme und Teilhabe von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der in der Primärprävention tätigen Projekte und – im Sinne von Empowerment vor allem der Zielgruppen – in allen Aspekten der Planung, Durchführung; Steuerung und Auswertung der Maßnahmen angestrebt.

Dieser Beitrag bezieht sich auf eine Studie zur partizipativen Evaluation am Beispiel primärpräventiv tätiger Projekte deutscher AIDS-Hilfe-Organisationen, die die Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe durchgeführt hat³. Sie liefert eine systematische Bestandsaufnahme der bestehenden Praxis der Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe in der Qualitätssicherung und Evaluation ihrer primärpräventiven Arbeit. Daneben verfolgt sie weitere Ziele:

Sie soll das Interesse der AIDS-Hilfe-Organisationen in Deutschland an der Anwendung von Evaluations- und Qualitätssicherungsmethoden in der Primärprävention wecken bzw. verstärken und dadurch auch einzelne Einrichtungen für die Teilnahme an einer längerfristigen Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe und der Forschungsgruppe gewonnen.

Zudem soll der Bedarf nach fachlicher Unterstützung für die Durchführung von Evaluations- und Qualitätssicherungsaktivitäten in den AIDS-Hilfe-Organisationen ermittelt werden.

Nicht zuletzt wird die Verbindung zwischen Planung und Durchführung primärpräventiver Maßnahmen und den Ergebnissen laufender Evaluationsverfahren im Sinne der Qualitätsentwicklung überprüft.

Um eine möglichst starke Einbindung der Zielgruppen und Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter zu erreichen, unterscheidet sich die am Prinzip der Partizipation ausgerichtete Evaluation deutlich von herkömmlichen evaluativen Maßnahmen, die ausschließlich an wissenschaftlichen Kriterien ausgerichtet und für nicht speziell Ausgebildete kaum handhabbar sind. Ein kurzer Vergleich zwischen beiden ist in Tabelle 1 dargestellt.

3 Wright/ Block [2005]: Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. In der Reihe „Discussion Papers“. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Tabelle 1: Unterschiede zwischen einer konventionellen und einer partizipativen Evaluation⁴

	konventionelle Evaluation	partizipative Evaluation
Veranstalter	externe Experten	Vertreter aus der Zielgruppe, Projektmitarbeiter
Erfolgskriterien	im Voraus festgelegte Maßstäbe der Effizienz und des erzielten Gesundheitseffekts	durch Zusammenarbeit ausgehandelte Kriterien, die einen direkten Bezug auf selbst definierte Bedürfnisse der Zielgruppe nehmen
Methode	im Voraus festgelegte Methoden, die nur durch wissenschaftlich ausgebildete Mitarbeiter angewendet werden können; wissenschaftliche Kriterien der Datenqualität stehen im Vordergrund	durch Zusammenarbeit ausgehandelte Methoden, die auch von Praktikern bzw. Zielgruppenmitgliedern angewendet werden können; Handhabbarkeit und Praxisrelevanz der Methoden stehen im Vordergrund
Berichterstattung	Ergebnisse werden erst nach dem Abschluss der Evaluation bekannt; Analyse wird allein vom Wissenschaftler durchgeführt; eingeschränkter Zugang zu Daten	Ergebnisse werden kontinuierlich allen Kooperationspartnern mitgeteilt; Analyse wird in Kooperation mit allen Partnern durchgeführt; offener Zugang zu Daten für alle Kooperationspartner
Zeitraum	punktuell, üblicherweise nach der Durchführung der Intervention	Fortdauernd im Sinne des Monitoring
Ziel	Wirksamkeit einer Intervention zu überprüfen, üblicherweise im Rahmen einer Entscheidung zur weiteren Finanzierung	Projektmitarbeitern und Zielgruppen zu ermöglichen, Gesundheitsprobleme längerfristig zu beobachten und angemessene Interventionen zu entwickeln und zu verbessern (Empowerment)

Weder Qualitätssicherung noch Evaluation bildet allein eine ausreichende Basis für die Steuerung von Primärprävention. Qualitätssicherung blickt primär auf Arbeitsprozesse und erlaubt auch die Bewertung von Einrichtungen und Abläufen im sozialen und gesundheitlichen Bereich, berücksichtigt dabei aber nicht die besonderen Bedingungen in diesem Bereich, dessen Finanzierung nicht unter Marktbedingungen organisiert wird, sondern an einen öffentlichen Auftrag gebunden ist. Evaluation dagegen, stellt den öffentlichen Auftrag in den Mittelpunkt und betont wissenschaftliche Erklärungsmuster. Dadurch treten die organisatorischen Besonderheiten derartiger Einrichtungen in den Hintergrund.

Die Optimierung primärpräventiver Arbeit sollte also beide Aspekte berücksichtigen. Das ist, ihrer unterschiedlichen Hintergründe wegen, ein schwieriges Unterfangen.

⁴ Aus Wright/Block 2005: 15.

Der partizipative Ansatz in der Qualitätssicherung und Evaluation versteht sich hier zunächst als Querschnittsaufgabe, die unabhängig von Theorie oder Modell erfüllt werden kann. Durch die Anwendung der Handlungs- oder Aktionsforschung wird dieser Ansatz in die Praxis umgesetzt. Diese versucht in der Evaluation einen Rahmen aufzuspannen, in dem alle Akteure – aus Zielgruppe, Projekt, Wissenschaft und Kosträgern – gleichberechtigt zusammenarbeiten können. Dieser ist gekennzeichnet durch:

Aufbau und Erhaltung von Kapazitäten zur Selbstreflexion und systematischen Erhebung und Auswertung von Informationen zur eigenen Arbeit durch die Projektmitarbeiterinnen und –mitarbeiter, Mitbestimmung aller Akteure in allen wesentlichen Aspekten der Qualitätssicherung und Evaluation, dies erfordert ein Verhältnis der Gleichstellung von Beobachteten und Beobachtenden, so dass sich Respekt, Selbstbewusstsein und Empowerment entwickeln können. Durch allgemein verständliche Sprache und Methoden soll der Zugang zu den Ergebnissen für alle Beteiligten gewährleistet werden, so dass Qualitätssicherung und Evaluation eine Form der Weiterbildung für Projekte und Zielgruppen darstellen können. Die Prozesse und dadurch gewonnenen Daten sollen als Eigentum der beteiligten Projekte und der sie Nutzenden verstanden und von wissenschaftlichen Akteuren und Kostenträgern als solches respektiert werden. Die Projekte und deren Nutzerinnen und Nutzer werden dabei unterstützt, die Ergebnisse von Qualitätssicherung und Evaluation so einzusetzen, dass die Zielgruppe ihren Gesundheitszustand durch individuelles und kollektives Handeln selbständig verbessern kann.

Der partizipative Ansatz basiert auf einer Zusammenarbeit interner und externer Akteure in der Evaluation: Die Daten werden im Projekt erhoben, ausgewertet werden sie gemeinsam mit den anderen Akteuren.

Werden diese Kernmerkmale berücksichtigt, so ist der partizipative Ansatz grundsätzlich mit verschiedenen Qualitätsmodellen wie etwa Total Quality Management, Innovationsmanagement, dem Konzept der Lernenden Organisation oder Change Management vereinbar und kann mit diesen kombiniert werden, um Qualitätssicherungsprozesse zu unterstützen.

Partizipation als zentrales Element von Qualitätssicherung und Evaluation der Gesundheitsförderung findet vor allem in den USA, Großbritannien und Skandinavien viel Beachtung. In der Literatur zu HIV und AIDS wie auch anderen Maßnahmen im Gesundheitsbereich findet sie unter vielerlei Begrifflichkeiten und Konzepten, vor allem Participatory Action Research Eingang. In Deutschland wird Partizipation in diesem Zusammenhang neben der Theorie und Praxis der Selbstevaluation vor allem in den Bereichen „betriebliche Gesundheitsförderung“ und „gesundheitsfördernde Schule“ diskutiert.

Die Befragung der in der Primärprävention tätigen AIDS-Hilfe-Projekte erfolgte in zwei Schritten: zunächst wurden in einem Fragebogen grundsätzliche Einstellungen und Erfahrungen sowie Basisinformationen zum Einsatz von Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen abgefragt. In einer Totalerhebung aller Mitgliedsorganisationen der Deutschen AIDS-Hilfe wurden 119 Einrichtungen angesprochen. Der Rücklauf betrug 89 Prozent.

In einem zweiten Schritt wurden bei Besuchen von zwölf Projekten, die die Vielfalt der primärpräventiven Arbeit in der AIDS-Hilfe abbilden sollten, 54 Einzel- und 12 Gruppengespräche durchgeführt.

Die Auswertung der Untersuchung deutet darauf hin, dass ein ausgeprägter Bedarf nach Unterstützung beim weiteren Aufbau von Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen bei den AIDS-Hilfe-Organisationen besteht. Die Projekte haben konkrete Anforderungen an Unterstützung bei der Entwicklung von Maßnahmen, die

- zeitlich in angemessenem Verhältnis zur Präventionsarbeit stehen sollen,
- an die jeweiligen Angebote und Praxisstrukturen der Einrichtung angepasst sind,
- praktikabel, d.h. unter anderem nicht zu umfangreich,
- routinemäßig mit der alltäglichen Arbeit zu verbinden,
- wissenschaftlich abgesichert sind,
- qualitative Aspekte der Arbeit im Sinne der subjektiven Einschätzung von Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern und Nutzerinnen und Nutzern berücksichtigen und ihre Meinungen zu Bedarf und Realität der Angebote einbeziehen,
- übersichtliche und leicht bedienbare Dokumentationsysteme verwenden und
- einen kritischen Blick von außen auf die Präventionsarbeit ermöglichen und einbeziehen.

Ausgehend von den Ergebnissen der Studie wurden Empfehlungen für die Unterstützung der AIDS-Hilfe-Organisationen in der Weiterentwicklung von Qualitätssicherungs- und Evaluationsverfahren formuliert. Die Vielfalt der AIDS-Hilfe-Organisationen erfordert ein flexibles Modell für Unterstützungsangebote für Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen, das zugleich systematisch und übersichtlich gefasst sein muss. Diesen Anforderungen soll ein Baukastensystem aus fünf Elementen gerecht werden:

- Workshop zu Methoden der Evaluation und Qualitätssicherung,
- interaktives Handbuch zu Ressourcen für die Qualitätssicherung und Evaluation,
- individuelle Beratung für die Einrichtungen zur eigenen Durchführung diesbezüglicher Maßnahmen,
- Unterstützung in der Verwendung epidemiologischer Daten und ein Peer-review-Verfahren.

Die Teilnahme an allen Angeboten sollte freiwillig und kostenlos sein. Die einzelnen Elemente des Baukastens können einzeln und oder in Kombination in Anspruch genommen werden.

Mit einem solchen System kann ein den jeweiligen Bedingungen anpassbares und ortsübergreifend praktikables Modell für die Unterstützung von Evaluation und Qualitätssicherung der primärpräventiven Arbeit der AIDS-Hilfe-Organisationen geschaffen werden.

Qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung aus der Perspektive der Techniker Krankenkasse

Gudrun Borchardt

1. Vorbemerkungen

Das Thema Qualität und Qualitätssicherung in der Prävention beschäftigt die Akteure des Gesundheitssystems, verschiedene Wissenschaftsdisziplinen eingeschlossen, nun schon mindestens ein Jahrzehnt.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Prävention hat die Diskussion um die Qualität von Maßnahmen, Aktivitäten und Angeboten insbesondere zur Primärprävention und Gesundheitsförderung wesentlich belebt und sicher auch entsprechend vorangebracht aber noch immer nicht die Gesetzesweihe erhalten.

Zahlreiche Präventionsangebote sind nicht erst in den letzten beiden Jahren sondern wenigstens nach der Neufassung des Paragraphen 20 des Sozialgesetzbuches Fünf also seit dem Jahr 2000 entstanden.

Es ist demzufolge keineswegs so, dass die Leistungen der Primärprävention bislang ohne die Beachtung von Qualitätsanforderungen erbracht wurden oder die Akteure des Gesundheitssystems nun angesichts der zeitlichen Verzögerungen hinsichtlich der Verabschiedung des Präventionsgesetzes orientierungslos handeln oder in Agonie verfallen müssten.

Und will man auf seinem Handlungsfeld so gar nicht ohne „update“ fortfahren, könnte man sich auch des zusammengefassten Wissensstandes aus dem jüngsten Gutachten des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen vom Mai 2005 in der Kurz- oder Langfassung vergewissern.

Man kann allerdings auch noch einmal beim Vorsitzenden des Sachverständigenrates von 2000 nachschlagen, denn schon damals befassten sich diese Berufenen mit der Prävention, wenn auch vielleicht nicht in der Ausführlichkeit von 2005 und in z.T. anderer personeller Besetzung des Rates.

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz betrachtete im Zusammenhang mit dem § 20 SGB V im Dezember 1999 mögliche Auswirkungen der damaligen künftigen Gesundheitsreform auf die Qualität der Versorgung und fand die in diesem Zusammenhang formulierten Qualitätsregelungen für die Prävention positiv erwähnenswert:

Pro Qualität sprechen nach seiner Meinung die gesetzlichen Qualitätsvorgaben in § 20 für prioritäre Handlungsfelder und –kriterien, ebenso die Vorschrift, wonach die Kassen ihre Vorgaben und Leistungen nach § 20 SGB V dokumentieren und veröffentlichen sollen.

Als problematisch betrachtete Schwartz auch damals, dass die krankenkasseneigene Prävention nach § 20 SGB V besonders anfällig für Marketingüberlegungen im Wettbewerb sei. Insgesamt verfolge der Gesetzesentwurf (von 2000) aber die richtigen Qualitätsziele.

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich der Sachverstand – nicht nur im Sinne des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – durchset-

zen wird und die Fragen der Qualitätsanforderungen speziell auch an Projekte der Primärprävention weiterhin auf der Agenda stehen werden.

Bis zur Verabschiedung eines späteren Präventionsgesetzes gilt für die Krankenkassen nach wie vor der inzwischen fast legendäre § 20 SGB V "Prävention und Selbsthilfe" mit den von ebendiesem Gesetz geforderten und unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständs entwickelten "prioritären Handlungsfeldern und Kriterien... insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik", bei dem man allerdings auch immer den § 12 SGB V "Wirtschaftlichkeitsgebot" im Sinne der Leistungsgewährung "mitdenken" sollte, da er auf spezifische Weise auch die Forderung nach Qualität der zu erbringenden Leistungen beinhaltet :

"Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und Krankenkassen nicht bewilligen."

Diese Grundsätze gelten nicht nur für die "eigenen" Maßnahmen und Projekte der Krankenkassen, sondern sind auch Maßstab für die Förderfähigkeit von Projekten Dritter in diesem Handlungsfeld durch Versichertengelder.

Im Folgenden werden deshalb zunächst die immer noch gültigen Qualitätsanforderungen an Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung des Sozialgesetzbuches Fünf und deren Konkretisierung durch den so genannten Leitfaden der Spitzenverbände dargestellt

("Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs.1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003").

Daran schließt sich eine Betrachtung aus einer Kassensicht an, inwieweit der § 20 des Entwurfs des Präventionsgesetzes über die bisherigen Qualitätsanforderungen hinausgeht oder nicht.

Anhand des konkreten Präventionsangebotes der Techniker Krankenkasse zur Stressbewältigung im Jugendalter "SNAKE" wird die Qualitätsphilosophie der TK - Qualität und Innovation - auch für die Entwicklung und Umsetzung von Angeboten der Primärprävention exemplarisch dargestellt.

2. § 20 SGB V Prävention und Selbsthilfe unter dem Aspekt der Qualitätssicherung

Im Absatz (1) des § 20 SGB V werden Auftrag und Ziel sowie ein Qualitätsmanagement zur Primärprävention an die Krankenkassen als eine Soll-Aufgabe formuliert:

"die Krankenkasse soll in ihrer Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik..."

(Nebenbemerkung: Da sich das TK-Beispiel unter 4. nicht mit der betrieblichen Gesundheitsförderung beschäftigt, wird der entsprechende Absatz des § 20 SGB V an dieser Stelle vernachlässigt; die Qualitätsanforderungen des "Leitfadens" gelten auch für diesen Bereich.)

Das heißt, es geht im § 20 SGB V um die Primärprävention mit der Zielsetzung

- den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern,
- die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern,
- Maßnahmeausrichtung nach Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik,
- qualitätsgeprüftes Angebot.

Quasi als Abgrenzung zu anderen Leistungsfeldern bedeutet das ebenso:

- mit der Hilfestellung zur gesunden Lebensweise die Entstehung von Krankheiten zu verhindern oder ihren Eintritt zu verzögern,
- sich ausdrücklich an gesunde Versicherte, ggf. mit Risikofaktoren oder Befindlichkeitsstörungen zu richten.

Mit dem § 20 SGB V ist ein Richtwert (Budgetierung) der Ausgaben im Bereich Prävention festgelegt worden. Auch dies trägt dazu bei, bei der Auswahl von Angeboten der Primärprävention gleichermaßen auf Wirksamkeit und effizienten Einsatz der Ressourcen zu achten.

Außerdem ist die Gewährung dieser Leistungen per Satzung der Krankenkasse festzulegen.

Die TK hat diese Leistungsgewährung im § 15 ihrer Satzung geregelt und orientiert sich bei der Ausgestaltung dieser an dem sog. Leitfaden der Spitzenverbände, der lt. § 20 SGB V von der GKV zu erstellen, zu beschließen und weiterzuentwickeln ist.

Was besagt nun dieser Leitfaden, der in der Langfassung heißt:

"Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs.1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003".

Die Präambel greift sowohl die allgemeine Zielsetzung des Paragraphen 20 SGB V als auch den Auftrag zur Festlegung von Qualitätsstandards sowie deren Umsetzung und Sicherung auf.

Der Leitfaden konzentriert sich auf zwei Ansätze:

- Interventionen, die mehr auf die Verhältnisse abzielen und die Strukturbildung Gesundheit fördern (Setting-Ansatz),
- Interventionen, die in erster Linie auf den Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind und die individuellen Möglichkeiten einer gesunden Lebensweise aufzeigen (Individueller Ansatz).

Es wurden verbindliche Qualitätskriterien erarbeitet für die Sicherung:

- der Angebotsqualität (Strukturqualität),
- der Dokumentation und Erfolgskontrolle (Aspekte von Prozess- und Ergebnisqualität) sowie
- der Durchführung und Kostenerstattung von Maßnahmen der Primärprävention und der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Für die individuellen Maßnahmen hieß das: Pro Handlungsfeld wurde das entsprechende Präventionsprinzip definiert. Dieses wiederum wurde hinterfragt nach Bedarf und Wirksamkeit (meist durch Studien). Daraus sollten die Zielgruppe sowie die Methodik und die entsprechend benötigte Anbieterqualität abgeleitet werden.

Der viel größeren Komplexität von Interventionen im Sinne eines Setting-Ansatzes konnte man durch ein Herangehen wie bei den Vorgaben für die Verhaltensprävention nicht gerecht werden. Deshalb spielten z. B. beim Setting-Ansatz Gesunde Schule Verweise auf Zwischenergebnisse von erfolgversprechenden Modellversuchen (z. B. OPUS-Schulen) und die bisherigen Erfolge in der betrieblichen Gesundheitsförderung eine große Rolle.

Als Qualitätskriterium für Aktivitäten zur Gesunden Schule für alle Betroffenen zur erkennbaren Förderung von Gesundheit, zum Abbau von Gesundheitsbelastungen und Erschließen von Gesundheitsressourcen, diente die Formulierung von zehn Zielebenen und der Empfehlungen (an die Schulprojektteams) von entsprechenden Projektschritten für die Planung und Umsetzung.

Am ehesten kam hier das Prinzip der Analogie als Kriterium für Qualität zur Anwendung.

Insgesamt ließen sich vorwiegend im Bereich der Verhaltensprävention fortlaufende Routinen entwickeln mit dem Ziel, Transparenz zur Bewertung von Maßnahmen und der Zielerreichung herzustellen. Die gewonnenen Daten und Erfahrungen sollten in die Planung künftiger Aktivitäten einfließen, um einen permanenten Optimierungsprozess in Gang zu setzen.

Die für alle Krankenkassen verbindlichen Dokumentationen, die für die klassischen Individualangebote (meist Kurse) ebenso gelten wie für die Angebote der Verhältnisprävention (lebensweltbezogene Programme / Settings) wie Betriebliches Gesundheitsmanagement oder Gesunde Schule u. a. werden seit 2003 (Datenbasis 2002) jährlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDS) ausgewertet und als Präventionsberichte der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Eine Kommission zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien (Einbeziehung unabhängiger Sachverständiger) passt den Handlungsleitfaden an die neuen Erfordernisse und Erkenntnisse aus der Gesundheitswissenschaft an.

Dadurch wurden beispielsweise folgende neue Forderungen im Sinne eines Qualitätsmanagements an die Konzeption und Durchführung von Maßnahmen der Primärprävention erhoben:

- Konzentration nicht nur auf die Maßnahme selbst, sondern auch auf den Zugang, die Erreichbarkeit solcher Maßnahmen,
- Ressourcen nicht nur für die Maßnahmen sondern auch für die Umsetzungsmodalitäten, -strategien zur Verfügung stellen,

- für alle Altersgruppen eigene Strategien und Konzepte für attraktive Präventionsangebote entwickeln,
- Nachhaltigkeit der Maßnahmen gewährleisten z. B. Auffrischungsmaßnahmen, wiederholte (telefonische) Kontaktaufnahme nach Maßnahmeabschluss (Gefühl langfristiger Begleitung).

Wenn man sich also den vielzitierten Paragraphen 20 des Sozialgesetzbuches Fünf und die daraus abgeleiteten Richtlinien und korrespondierenden anderen Paragraphen im Zusammenhang sorgfältig betrachtet, findet man demnach nicht nur die Auftragserteilung zur Leistungsgewährung "Primärprävention", sondern zahlreiche Qualitätsanforderungen sowohl an die Leistungsgewährung ("sollen gewähren") als auch an die Grundlagen und die Art und Weise der Erbringung bzw. Gewährung der Leistungen.

Nicht zuletzt daraus leitet auch die TK ihre hohen Qualitätsansprüche an Präventionsprodukte und ihre Erbringung ab.

3. § 20 Entwurf Präventionsgesetz "Wirksamkeit und Qualitätssicherung" (2005)

Der Gesetzesentwurf betrachtet im § 20 sowohl die Verhaltens- als auch die Verhältnisprävention.

Das heißt, es geht sowohl um die Anforderung an Maßnahmen, die allgemein als Kurse bezeichnet und meist von Krankenkassen selbst erbracht werden oder deren Erbringung in Auftrag gegeben wird (s. § 15 Entwurf PräVG) als auch um die Lebenswelt bezogenen wie Gesunde Schule, Gesunde Kita. Letztere werden in der Regel nicht von den Projektträgern oder sozialen Präventionsträgern wie z. B. Krankenkassen allein finanziert, sondern die Projektträger werden um Kofinanzierung von solchen Lebenswelt-Maßnahmen bitten und müssen deshalb auch die geforderten Qualitätsmaßstäbe für solche Aktivitäten erfüllen.

Danach können die Leistungen zur Verhaltensprävention grundsätzlich nur erbracht bzw. gewährt werden, wenn ihre Wirksamkeit wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen ist.

Auch wenn im Rahmen des Gesetzesentwurfs nicht näher auf "Wirksamkeit wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen" eingegangen wird, kann man diese Forderung als eine Weiterentwicklung der Qualitätsansprüche gegenüber dem § 20 SGB V und dem "Leitfaden" betrachten.

Ebenso stellen die Formulierungen zur geforderten Qualität an Leistungen der Verhältnisprävention nach dem Gesetzesentwurf (§ 17 Entwurf PräVG sowie für Aktionen zur gesundheitlichen Aufklärung nach § 13 Entwurf PräVG) hohe Anforderungen dar, die im Rahmen der bisherigen Gesetzgebung in dieser Klarheit nicht gefordert waren.

Zunächst muss der Paragraph 17 erfüllt sein:

§17 Definition Ziel (Begründung zu § 17) des Setting-Ansatzes ...bei möglichst "vielen Menschen in ihrem konkreten Lebenszusammenhang das Gesundheitsbewußtsein...stärken und gemeinsam entwickelte Gestaltungsmöglichkeiten" aufzeigen,

"die gesundheitliche Lage der Menschen nicht nur bezogen auf das individuelle Gesundheitsverhalten, sondern im Zusammenhang mit den Gegebenheiten eines bestimmten Abschnitts ihrer sozialen und natürlichen Umwelt" aufgreifen...

Dann wird die Qualitätsanforderung an Settings formuliert:

Erbringung und Gewährung von den sozialen Präventionsträgern nur, "wenn vorab der Nachweis eines präzisen, nachvollziehbaren und erfolgversprechenden Konzepts einschließlich eines Konzepts zum Qualitätsmanagement ... wird."

Daran schließt sich an, was denn unter einem solchen Qualitätsmanagement zu verstehen ist: Erbringer von Leistungen und Maßnahmen stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Leistungen gewährleistet und fortlaufend verbessert.

Außerdem wird die Überprüfung der Qualität und Qualitätssicherung nach diesem Gesetzesentwurf dahingehend geregelt, dass die Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung Kriterien und Methoden der Qualitätskontrolle entwickelt.

Nun kann man sagen, dass diese Qualitätsvorstellungen für den Bereich der Primärprävention (speziell Verhaltensprävention) lange nicht an Evidenzforderungen für die medizinische Leistungsgewährung heranreichen; das ist auch nicht zwingend nötig bzw. u. U. nicht sinnvoll und andererseits ein Trugschluss. Die Forderungen hinsichtlich der Angebote zur Verhaltensprävention setzen zwar nicht den Beweis durch Studien der Evidenzklasse 1 voraus, verlangen jedoch einen wissenschaftlich hinreichenden Nachweis der Wirksamkeit der Maßnahme. Die erforderlichen Kriterien hat eine künftige Bundesstiftung (oder andere Institution) zu entwickeln. Übrigens kann ein Großteil der medizinischen Therapieverfahren die Wirksamkeit nicht mit der Evidenzklasse 1 nachweisen. Das zeigten gerade die aktuellen Diskussionen im Gemeinsamen Bundesausschuss sehr deutlich.

Und wer denkt, dass ein für die Setting-Ansätze gefordertes verbindliches Vorab-Konzept (präzise, nachvollziehbar, erfolgversprechend) inklusive Konzept zum Qualitätsmanagement durch den gänzlichen Verzicht auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu erstellen ist, der wird wohl keine Kooperationspartner zu Mitfinanzierung solcher Ansätze finden. Denn präzise und nachvollziehbar scheint manches Konzept zu sein, doch wie belegt man "erfolgversprechend"? Spätestens an dieser Stelle sind beispielsweise Analogien und Plausibilitäten heranzuziehen, die zumindest vergleichbare Kriterien für ein Vorhaben erfordern, die wiederum ihren Erfolg nachgewiesen haben müssen.

Auch die Forderungen hinsichtlich des Qualitätsmanagements stellen die konsequente Festschreibung dessen dar, was durch die Weiterentwicklung des Leitfadens gefordert wird, z.B. Bereitstellung der Ressourcen nicht nur für das Präventionsprodukt, sondern auch für die Umsetzungsmodalitäten der Erbringung. Das schließt Fragen der Partizipation aller am Projekt Beteiligten genauso ein wie die Forderung nach Evaluation und Netzwerkbildung, um exemplarisch nur einige Aspekte eines Qualitätsmanagements zu nennen.

Insofern kann und sollte man aus Kassensicht die Formulierungen des Entwurfs eines Präventionsgesetzes zu Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement als eine konsequente Weiterentwicklung und Festschreibung der wissenschaftlichen Erkenntnisse betrachten, die ansatzweise schon im Rahmen der bisherigen und noch immer gültigen Gesetzgebung umgesetzt werden sollen. Und sollte ein solches Präventionsstärkungsgesetz mit etlicher Zeitverzögerung und möglicherweise auch dieser oder jenen Modifizierung Gesetzeskraft erlangen,

hinter die Erkenntnisse und Forderungen zur Qualität der Primärprävention wird es wohl (hoffentlich) kaum zurückgehen können oder wollen. Auch angesichts der Debatten zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung würde dies für einen kleinen und nicht unwichtigen Teil der Versorgung nicht in die Landschaft passen.

4. Ausgewählte Aspekte des TK-Qualitätsmanagements im Bereich Primärprävention am Beispiel der Entwicklung und Umsetzung eines Stressbewältigungstrainings für Jugendliche: SNAKE (Stress nicht als Katastrophe erleben)

Projektidee

Um Jugendliche dabei zu unterstützen, aktuelle Belastungssituationen besser zu bewältigen und sie auf den Umgang mit zukünftigen Stresssituationen vorzubereiten, hat die Techniker Krankenkasse in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie am Fachbereich Psychologie der Universität Marburg ein Stressbewältigungsprogramm für Schüler der 8. und 9. Jahrgangsstufe entwickelt, das vorrangig im Schulsetting als integraler Bestandteil der Schulorganisationsentwicklung angeboten werden soll.

Nun werden die Skeptiker anmerken, dass es "wieder" und "nur" um Verhaltensprävention geht, bestenfalls um die Verlagerung des Präventionsortes - also um Verhaltensprävention (ein Kurs) im Setting.

Die folgende Kurzdarlegung des Konzepts und der Umsetzungsmodalitäten soll nicht nur das Qualitätsmanagement der TK skizzieren, sondern auch die Kontext-Integration (kontextorientierte Verhaltensprävention) belegen.

Zwei Definitionen sollen vorangestellt werden.

- Qualitätsmanagement (QM)

Unter Qualitätsmanagement versteht man alle Tätigkeiten der Unternehmensführung, welche die Qualitätspolitik, die Qualitätsziele und -verantwortungen festlegen, soweit diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung geeignet sind, Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement-Darlegung und Qualitätsverbesserung zu verwirklichen (nach DIN EN ISO 8402).

- kontextorientierte Verhaltensprävention / verhältnisgestützte Verhaltensprävention / Setting

Diese Begriffe werden in der Fachliteratur als Zwischenformen von Verhaltens- und Verhältnisprävention diskutiert. Ihre Umsetzung erfolgt vor allem im Setting.

Im Gutachten des Sachverständigenrates von 2005 (Ziffer 164) wird darauf folgendermaßen verwiesen: Chancen einer Verbesserung von gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen durch gezielte Interventionen bietet vor allem der Setting-Ansatz, der allerdings nicht eindeutig einer bestimmten Interventionsform wie Verhältnis- und Verhaltensprävention oder Gesundheitsförderung zuzuordnen ist, sondern eine Integration der unterschiedlichen Ansätze ermöglicht und erfordert.

Ein Setting ist ein durch formale Organisation, regionale Situation und/oder gleiche Lebenslage und/oder gemeinsame Werte bzw. Präferenzen definierter und den beteiligten Personen

subjektiv bewusster sowie dauerhafter Sozialzusammenhang. Von ihm gehen wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder -ressourcen (Einfluss auf die Belastungs-Ressourcen-Bilanz) aus. Bedeutung in der Praxis haben vor allem die Settings Betrieb, Stadt bzw. Stadtteil, Schule und Krankenhaus gewonnen.

Konzept und Durchführung des TK-Programms SNAKE

Das Programm umfasst acht Doppelstunden. Kernstück ist die Vermittlung eines Problemlöseansatzes, der eine übergeordnete Form der Stressbewältigung darstellt. Es werden fünf Problemlöseschritte anhand des Modells der Stressschlange "SNAKE" erarbeitet, die dem Programm gleichzeitig den Namen gab. Der Problemlöseansatz wird durch eine von drei optionalen Kurseinheiten zu den Themen "Gedanken und Stress", "Soziale Unterstützung" oder "Entspannung und Zeitmanagement" ergänzt. Die Auswahl richtet sich nach dem Bedarf und den Interessen der Schüler.

Für die Durchführung des Programms wird die Schulklasse in zwei Gruppen aufgeteilt, für die jeweils ein ausgebildeter Kursleiter (Dipl.-Psychologe) zur Verfügung steht.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung des Programms ist, dass es ein sinnvoller und von den potentiellen Teilnehmern selbst gewählter Baustein in einem Projekt Gesunde Schule nach dem Setting-Ansatz ist. Im Idealfall existieren auch schon Steuerkreise an der Schule, die sowohl die Integration von SNAKE in das Gesamtkonzept schulischer Gesundheitsförderung (Organisationsentwicklung) gewährleisten, als auch mögliche Anregungen der Schüler aus dem Kurs im Nachhinein aufgreifen können.

Zusätzlich besteht für Schüler und Kursleiter die Möglichkeit der Kommunikation über klassenspezifische Internetforen während des Kurses und für eine (schul)individuell zu vereinbarenden Nachlaufzeit.

Das Programm wird zunächst in drei Modellregionen (Hamburg, Berlin und Saarland) ausschließlich in Zusammenarbeit mit im Bereich Schulentwicklung erfahrenen Vermittlern des Angebots, wie beispielsweise Landesarbeitsgemeinschaften für Gesundheit umgesetzt.

In Berlin besteht eine Kooperation mit der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport. Im Laufe des Jahres 2005 soll "SNAKE" bundesweit ausgerollt werden. Derzeit laufen die Vorbereitungen hierzu.

Wie spiegelt sich nun der TK-Anspruch "qualitätsgesicherte innovative Angebote" für die Primärprävention wider?

Die Stichworte zu Mindestanforderungen an Angebote der Primärprävention lt. geltender gesetzlicher Lage sind: Präventionsfeld, Präventionsprinzip, Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppe, Methodik, Anbieterqualität, Dokumentation, Erfolgskontrolle, Nachhaltigkeit, Ressourcen für Angebot und Umsetzung, attraktives Angebot, Erreichbarkeit,

Nicht alle Stichworte und Kriterien können im Rahmen dieses Beitrages abgearbeitet oder in der eigentlich gebotenen Ausführlichkeit dargelegt werden.

Zum grundsätzlichen Vorgehen der TK sei bemerkt, dass es um das Prinzip geht, ein qualitätsgesichertes Angebot zu entwickeln und zu evaluieren, die Umsetzung/Einführung zu pilotieren und dann auszurollen.

Bedarfsermittlung

Schon die Bedarfsermittlung hat verschiedene Ebenen. Exemplarisch seien drei genannt.

- Empirie (Prozesse wie Stresserleben und Stresssymptome sind im Jugendalter weit verbreitet),
- wissenschaftliche Befassung mit Thematik (wissenschaftliche Diskussion des Themas bezüglich dieser Zielgruppe, ggf. Vorlage von Studien),
- Vorliegen von zumindest ähnlichen Interventionsmöglichkeiten (TK selbst hat ein individuelles und evaluiertes Interventionsprogramm für Kinder im Alter von 8-10 Jahren).

Ausgehend vom Vorliegen o.g. Faktoren führte die TK im Jahr 2002 eine Befragungsstudie mit 1957 Schülern der 5. bis 12. Klassen verschiedener Schultypen durch.

Das Ergebnis war:

Jeder zweite Jugendliche hat mindestens einmal wöchentlich Kopfschmerzen oder Schlafprobleme, jeder dritte Jugendliche – Symptome wie Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit und Herzklopfen; auch psychische Probleme wie das Gefühl der Anspannung und Überforderung. Als Zusammenhang wurden Anforderungen in der Schule, Probleme in der Familie oder mit Freunden genannt.

Programmerstellung

Nach der Suche nach einem geeigneten Kooperationspartner (s.o. Universität Marburg) wurde ein neues Konzept für die besagte Zielgruppe entwickelt, welches die verschiedenen Erfahrungen und Erkenntnisse der Kooperationspartner und Ergebnisse der Befragung einfließen lässt. Die gesundheitspolitischen Strategien und Forderungen (Setting, soziale Benachteiligung...) wurden gleichermaßen berücksichtigt.

Evaluation

Nach der Konzeptentwicklung kam es vom Oktober 2003 bis zum Februar 2004 zur Erprobung und Evaluierung des Angebots zunächst im Rahmen eines Modellprojekts in 18 Schulklassen in Hessen und NRW (Gesamtschulen, Gymnasien, Einbezug Schüler unterschiedlicher Leistungsgruppen, ausschließlich 8. und 9. Klassen; 18 Trainingsklassen, 14 Kontrollgruppen).

Die Ergebnisse der Evaluation wiesen auf die Wirksamkeit und eine hohe Akzeptanz des Programms durch die Jugendlichen hin. Das Evaluationskonzept konzentrierte sich auf folgende Schwerpunkte:

- Vergleich von Trainings- und Kontrollgruppe,
- Trainingsbewertung durch die Trainingsteilnehmer,
- Unterschiede zwischen den Trainingsmodulen,
- Einflüsse des Schultyps und der Klassenstufe auf die Evaluationsergebnisse,

- Evaluationsergebnisse für geschlechtshomogene und -heterogene Gruppen,
- Evaluationsergebnisse zur Nutzung des Internets,
- Eltern- und Lehrerperspektive,
- Konsequenzen für die weitere Programmgestaltung und die kleinräumige und dann bundesweite Etablierung.

Als Trainings- und Evaluationsinstrumente wurden Fragebogenverfahren (Schüler, Eltern, Lehrer) gewählt, dadurch konnten die Urteile des schulischen und familiären Umfeldes zu den Programmwirkungen mit einbezogen werden.

Fragenkomplexe des Evaluationsfragebogens waren:

- Gedanken über den Stress
- Wissensfragen zu Stress und Stressbewältigung
- Problemfragebogen für Jugendliche
- Coping - Fragebogen für Jugendliche
- Coping - Fragebogen zu Entspannung, Kognition und sozialer Unterstützung
- Erhebung der physischen und psychischen Stresssymptomatik
- Fragebogen zu Stärken und Schwächen
- Fragebogen zur Erfassung der sozialen Unterstützung
- Nach dem Programmende: Bewertung des Programms insgesamt und Bewertung von einzelnen Trainingsbestandteilen

Art und Weise dieser Befragung:

- geschlossenes Antwortformat
- fünfstufige Bewertungsskala (überhaupt nicht gut – nicht so gut – teils-teils – gut – sehr gut).

Darüber hinaus wurden Bewertungen zu Arbeitsmethoden erfragt, die während des Trainings zum Einsatz gelangt waren sowie zum Klima/ Stimmung in der Gruppe.

Die grundsätzlichen Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus der Evaluation waren:

Das Programm ist mit positiven Wirkungen auf die Jugendlichen verbunden und die intendierten Wirkungen wurden weitgehend erreicht.

Wichtig ist, dass die Effekte nicht nur die Wissensebene betreffen sondern auch die Angaben zur Anforderungsbewertung und zum Coping.

Wünschenswert wäre eine Darstellung zusätzlicher Effekte auf der Ebene der physischen und psychischen Symptomatik gewesen. Das leisten aber primärpräventive Programme nur schwer.

Äußerst günstig für den künftigen Programmeinsatz war die Erkenntnis, dass wenige Effekte von der Geschlechts- und Schulzugehörigkeit abhängen.

Die Vorstellung des Trainingsleiters und des Trainings in der Gruppe zu Beginn des Programms ist sehr wichtig. Es ist günstig, am Ende der Problemlösesitzungen des Hauptmoduls die drei Ergänzungsmodule vorzustellen, über ihre Präferenzen diskutieren, die Entscheidung zum weiteren Programmablauf liegt dann bei den Jugendlichen selbst.

Insgesamt haben sich die Programmeffekte nicht als instabil erwiesen – trotzdem muss der Frage nach der Nachhaltigkeit der Programmwirkung weiter nachgegangen werden, es ist über diesbezügliche Maßnahmen nachzudenken; z. B.:

- Wirkung auch außerhalb der Trainingsgruppe initiieren (Poster, Schülerzeitung),
- Auffrischungssitzungen,
- Stressbewältigungstraining einbinden in andere Maßnahmen der GF,
- Lehrer und Eltern über das Training informieren, damit Inhalte in anderen Kontexten wieder eingesetzt werden können,
- Internet,
- Kleinräumiger Einsatz.

Nach den positiven Erfahrungen und entsprechenden Hinweisen aus der Evaluation, die in das Programm und das weitere Durchführungskonzept aufgenommen wurden, kam das Angebot zum sog. kleinräumigen Einsatz (pilotieren). Damit werden weitere Aspekte erfasst und verarbeitet. Erst danach wird das Programm bundesweit angeboten.

Das bundesweite Angebot setzt auch voraus, dass die TK als Bestandteil ihres Qualitätsmanagements schon parallel zur Programmentwicklung die Voraussetzungen z.B. hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität geschaffen hat. Das heißt u. a. die künftigen Kursleiter mit definierter Grundqualifikation mussten zunächst gewonnen und dann für einen bundesweiten Einsatz geschult werden.

Manuale für Kursleiter und Teilnehmer waren zu entwickeln (entsprechende Stückzahlen planen). Das Material muss nicht nur didaktisch gut aufgebaut sein, sondern auch attraktiv und gut handhabbar für die jeweilige Zielgruppe sein.

Diese logistischen Aufgaben erfordern interne und externe Ressourcen bis hin zu Druckereikapazitäten, Vertragsabschlüssen usw.

Zum Angebot und Vermittlung des Programms an "Setting-Schulen" wurden Kontakte - zeitlich abgestimmt auf die Ressourcen - zu den gewünschten Multiplikatoren hergestellt und bestehende genutzt. Gleichermaßen wurde die interessierte und nichtinteressierte (Fach)Öffentlichkeit über verschiedene Medien zum neuen Angebot informiert.

Zur Realisierung dieser Aufgaben hat TK schrittweise in den vergangenen Jahren entsprechend der Aufgabenstellung ein gegliedertes Personalkonzept und -management aufgebaut und Kontakte sowie Netzwerke zu notwendigen Externen (Wissenschaft eingeschlossen) entwickelt. Diese werden "gepflegt" und den gesundheitspolitischen Erfordernissen und der TK-Strategie angepasst.

Literatur

Sozialgesetzbuch Fünf, Verlag CW Haarfeld GmbH Essen.

"Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003".

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention, BT-Drucksache 15/ 4833.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, BT-Drucksache 15/5670.

J. Carels, O. Pirk , Springer Wörterbuch Gesundheitswesen, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005

Kursleitermanual SNAKE, Herausgeber Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung: 22201 Hamburg, Referat Gesundheitsmanagement, 2004.

Qualitätsentwicklung in der Praxis

Volker Syring

Zu vermitteln, was „Qualität“ in der Praxis bedeutet, ist das Ziel dieses Beitrags. Am Anfang möchte ich daher kurz das Projekt Schutzengel vorstellen: Es wurde im Jahr 2000 gegründet mit dem Ziel niedrigschwellige Angebote für Familien mit kleinen Kindern im sozialen Brennpunkt Flensburg-Neustadt zu entwickeln. Dazu haben wir mit vielen verschiedenen Vertreter/ -innen aus dem Stadtteil gemeinsam überlegt, was die Familien brauchen und welche Bausteine wir hierzu entwickeln könnten. Dabei sind Angebote gesundheitlicher Prävention entstanden.

Wichtig ist vor allem der Gesichtspunkt, Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Primärprävention soll immer durch die Familien selbst in Angriff genommen werden; sie sollen selbst für sich sorgen.

Auch Vernetzung und integriertes Handeln sind von Anfang an Ziele gewesen, und sind mit der Zeit noch weiter entwickelt worden. Dabei mussten Synergieeffekte erzeugt werden. Die Familien befinden sich in sehr schwierigen Situationen, für die zwar genügend Hilfsangebote bestehen, die aber nicht wirksam waren. Also mussten wir in der Vernetzung aus den bestehenden Ressourcen neue und wirkungsvollere Instrumente schaffen.

So haben wir einen Elterntreffpunkt eingerichtet, der als Kommunikationszentrum dient. Die Eltern kommen also nicht dorthin, um von Problemen nur zu berichten, sondern um sich etwa bei einem Familienfrühstück auszutauschen und sich gegenseitig bei der Lösung ihrer Probleme zu unterstützen und Ratschläge zu geben. Der Vorteil dieses Ansatzes ist, dass dabei auch einmal eine Ärztin oder die Familienhelferin oder eine Mitarbeiterin der Frühförderung mit am Tisch sitzt. So können Kontakte entstehen. Wichtig im Projekt sind immer die persönlichen Kontakte und ein Vertrauensverhältnis. Wir bieten Mitmachangebote, zum Beispiel ein Antistressstraining mit Müttern, eine Gesundheitsberatung durch eine Ärztin, und ein Hebammenfrühstück.

Niedrigschwelligkeit wird dadurch erreicht, dass wir auf die Familien zugehen und diese zudem selbst an der Gestaltung der Angebote beteiligen. Im Setting, im Stadtteil, auf die Zielgruppe zuzugehen, ist ein wichtiger Teil des Konzepts.

Eine Familienhebamme sucht die Familien auf, wenn diese ihr Einverständnis dazu signalisiert haben. Zum Beispiel können zur Kontaktaufnahme Mütter im nach der Entbindung im Krankenhaus darauf angesprochen werden, ob sie Hilfe benötigen und annehmen möchten. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass die Familienhebamme Mutter und Kind beim Besuch der Schreiambulanz begleitet, da die meisten Eltern aus dem Stadtteil trotz eines bestehenden Bedarfs, nicht von selbst den Weg in die Klinik finden, obwohl es dort ein sehr gutes und professionelles Angebot gibt.

Das Projekt beruht auf einer gewachsenen Struktur. 2000 haben wir einen Förderverein gegründet, der sich im Stadtteil auch gut entwickeln konnte, weil es schon im Rahmen von „soziale Stadt“ Strukturen gab, auf die wir uns stützen konnten. So haben wir Beratung von außen etwa durch das Stadtteilmanagement erhalten. Wichtig ist, dass der Verein eine neutrale Basis darstellt. Hier wird diskutiert, es werden Stadtteilkonferenzen abgehalten, neue Inhalte entwickelt und bestehende gesichert. Zu den Vereinsstrukturen gehört aber auch die professionelle Ebene mit Verwaltung und Projektentwicklung. Da Schutzengel ein Modellprojekt des Landes Schleswig-Holstein war, konnte eine Evaluation durchgeführt werden. Zentral ist

selbstverständlich die Projektarbeit, die zum Beispiel mit den Kindergärten gemacht wird oder unter Einbezug von Kinderklinik, Ärzten und Krankenkassen.

Das Schutzengel-Projekt wurde von der Experten-Kommission der BzGA als good-practice-Projekt benannt. Im Zuge dessen wurden wir bereits von Vertreter/-innen eines tschechischen Projektes zum gemeinsamen Austausch besucht.

Von besonderer Bedeutung für die Projektarbeit ist die Schaffung identifikationsstiftender Momente für die Mitarbeiter/-innen. Zentrale Motivation ist der Wunsch zu helfen. Soll eine Familienhebamme beispielsweise zur Entwicklung eines Qualitätshandbuches bewegt werden, ohne dass sie einen praktischen Sinn darin sieht, dann ist das aussichtslos. Sie trifft als Mitarbeiterin freie Entscheidungen. Erst wenn sie diese Arbeit als hilfreich ansieht, wird sie sich beteiligen. Das ist unsere Arbeitsweise. Wir haben einfache Instrumente der Qualitätssicherung einführen können, wenn sie für hilfreich angesehen wurden. Das bedeutet ressourcenorientiertes Handeln und das Einbeziehen vorhandener Strukturen im Stadtteil: Wir haben es geschafft, das Gesundheitssystem, soziale Arbeit – das Jugendamt und Behindertenhilfe – mit einzubinden. Das ist leider nicht immer üblich. Vernetzung bedeutet immer auch Konkurrenz. Diese Auseinandersetzung muss gestaltet werden. Dafür sind Zielvereinbarungen, Qualitätsstandards und die Abstimmung des gemeinsamen Vorgehens nötig.

Während des Modellprojektes erfolgte eine Prozessbegleitung und der Versuch der Einführung einfacher Elemente eines Qualitätsmanagements und einer Evaluation. Wichtig ist auch der öffentliche Austausch: auf Tagungen wird das Projekt Schutzengel vorgestellt. Zudem unterhalten uns auch mit denjenigen, die ähnliche Projekte durchführen.

Prozessbegleitung bedeutet die fachliche Begleitung, das Hereingeben von Ideen und auch immer wieder die Reflexion auf Mitarbeiterebene. Wir haben gemeinsam Bögen entwickelt, in denen alle Mitarbeiter/-innen sich selbst reflektieren, eigene Schlüsselprozesse identifizierten und persönliche Erfolgsfaktoren herausstellten. Eine Ärztin sagte beispielsweise, ein Erfolgsfaktor ihrer Arbeit sei eine Zuwendung in ungeteilter Aufmerksamkeit, also etwas, das die Familien unter Umständen bei einem Hausarzt nicht erleben. Im Rahmen des Elterntreffpunkts ist also eine ganz andere Gesundheitsberatung möglich, mit einer ganz anderen Motivation der Eltern, als das sonst der Fall ist.

Die Begleitung der Führungsebene in den Prozessen gehört ebenso dazu. Auch die Prozesse auf Stadtteilebene haben sich in jüngster Zeit in diese Richtung entwickelt: Wir sehen die Bereitschaft der Stadt Flensburg und des Landes Schleswig-Holstein, immer wieder in Austausch zu treten und gemeinsame Projekte zu machen. So haben wir kürzlich das Projekt „Erziehungskompetenz stärken“ mit den Kindergärten des Stadtteils durchgeführt. Dabei haben wir angesichts der existierenden Hilfesysteme der jeweiligen Ebene gemeinsame Fortbildungen beispielsweise zum systemischen Arbeiten organisiert.

Eine Rückmeldung zur Außenwahrnehmung geschieht durch bundesweite Experten im Austausch mit unseren eigenen Erfahrungen aus unserem Projekt. Unser Qualitätsmanagement orientiert sich am „Total Quality Management“. Da die Mitarbeiter unser Hauptwirksamkeitsfaktor sind, haben wir sie mit eingebunden. Es finden regelmäßige Teamsitzungen statt. Im Schutzengelprojekt sind die Ressourcen begrenzt und müssen gesichert werden. Ziele werden gemeinsam aufgestellt. Bei Bedarf gibt es Supervision. Bei manchen Problemstellungen, in denen man mit ganz schwierigen Familien zusammenarbeitet, ist das unerlässlich. Die Informationswege erhalten besondere Aufmerksamkeit: Es hat sich herausgestellt, dass wenn Probleme auftraten, diese oft im Zusammenhang standen mit dem Informationsfluss von den Familien und Mitarbeitern zum Förderverein und zurück.

Wir haben eine Dokumentation eingeführt, in der die Mitarbeiter/ -innen Buch darüber führen, welche Familien mit welchem kulturellen Hintergrund und welchen Problemen zu uns kommen, was in der Zusammenarbeit besonders hilfreich war. Daraus werden Schlüsselprozesse identifiziert und es kann untereinander ein Austausch erfolgen.

Am Ende des Modellprojektes wurde eine Evaluation durchgeführt. Dazu wurden leitfragenorientierte Interviews durchgeführt und ausgewertet, um zu überprüfen, inwieweit wir niedrigschwellig arbeiten und die Familien auch erreichen und wie Vernetzungsprozesse gestaltet werden, aber auch um herauszufinden, was wir noch verbessern können. So hatten wir, da wir wenige ausländische Mitarbeiterinnen und Familien hatten, wenig Migrantinnen und Migranten eingebunden. Das hat sich jetzt geändert. Wir sind jetzt mit der Moschee in Verbindung getreten, sind auf die Gemeinde zugetreten und haben uns einmal vorgestellt. Aufgrund dessen sind uns gegenüber die Gemeindemitglieder und der Imam offener gewesen und jetzt sind die Familienhebammen auch öfter in den türkischen Familien. Dazu mussten sich nicht die Migranten verändern, sondern wir haben unser Vorgehen verändert.

Der Feldbesuch des tschechischen Projekts im Rahmen des „Social Inclusion“-Projekts stand im Zeichen des gegenseitigen Austauschs, mit dem Ziel, zu sehen, welche Prozesse ähnlich verlaufen, was man voneinander lernen und übernehmen kann. Wichtig sind auch Gespräche im Hintergrund. Die neue schleswig-holsteinische Sozialministerin Frau Dr. Trauernicht hatte Gelegenheit, sich unser Projekt anzusehen, hat den Elterntreffpunkt besucht und sich positiv über den eingeschlagenen Weg geäußert.

Die Ergebnisse der Evaluation sind veröffentlicht auf www.schutzengel-flensburg.de und in englischer und weiteren europäischen Sprachen auf www.locin.info zu finden.

Faktoren die auf der Praxisebene Qualität sichern, sind unserer Erkenntnis nach Zielvereinbarungen auf verschiedenen Ebenen: auf eine ganz einfache Art mit den Familien selbst. Es ist sehr wichtig, dass die Familien immer wieder kommen, dass auch neue Familien kommen. Das ist auch ein Erfolgsfaktor für die Mitarbeiter, die dadurch erfahren, dass ihre Arbeit wirkt. Qualitätsentwicklung entsteht so in der Arbeit mit der Zielgruppe. Die Familien sollen durch die Zielvereinbarungen flexibel eingebunden werden und auch selbst konkret so wie wollen mitarbeiten können. Sie haben beispielsweise ein Sommerfest selbst gestaltet und organisiert. So können sie sich durch Prozesse, die sie im täglichen Leben nicht erfahren, in dem sie eher Probleme haben, eigene Erfolgserlebnisse schaffen.

Vernetzung ist Auseinandersetzung. Sie ist unsere tägliche Arbeit, hat aber auch immer mit Konkurrenz zu tun und braucht einen gemeinsamen Anlaufpunkt, jemanden, der den roten Faden der Beziehung immer wieder aufnimmt, auch nach Konflikten. So sind Synergieeffekte möglich. Im Vernetzungsprozess entstehen win-win-Situationen, jede Einrichtung soll etwas von der Vernetzung haben, kein Partner soll nur geben müssen.

Wissenschaft braucht Praxis. Dafür möchte ich ein einfaches Beispiel liefern. Die Universität Flensburg hat eine Fragebogenaktion für alleinerziehende Mütter zur Identifikation relevanter Gesundheitsfaktoren durchgeführt. Hätte die Universität, die Studenten, die Bögen einfach verteilt, so wäre kaum Rücklauf erfolgt. Stattdessen haben wir im Schutzengel-Projekt uns mit den Familien zusammengesetzt, haben ihnen die Fragebögen mitgegeben und sie immer wieder daran erinnert, dass sie sie ausfüllen und abgeben. Nur so konnten diese Daten erhoben werden. Auf der anderen Seite erhalten wir durch die Auswertung der Daten von der Universität die Möglichkeit, unsere Arbeit gegebenenfalls auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnis umzustellen.

Zehn Prozent des Budgets eines Projekts sollen für Qualitätsmanagement und Evaluation aufgewendet werden. Das ist uns in dem Jahr gelungen, in dem die Evaluation durchgeführt wurde, sonst liegt der Anteil bei fünf Prozent. Von den Mitarbeitern, von den Familien und vom Geldgeber wird die konkrete Hilfe erwartet. Dennoch kann ohne ein ständiges Ringen um die Qualitätsentwicklung und eigene Fortentwicklung ein Projekt nicht langfristig überleben. Dafür müssen die Mitarbeiter auf Ihrer Ebene die dazu nötigen Ressourcen ebenso besitzen wie die Organisation insgesamt. Uns wäre nicht geholfen, wenn beispielsweise die Krankenkassen ein Organ besäßen, das uns kontrollierte. Damit wäre weder den Familien noch der Qualität geholfen. Das muss in einem Prozess geschehen, in dem zum einen alle mit eingebunden sind und der vor allem auf den unteren Ebenen abläuft.

Kriterien, Konzepte, Konfusion? Aktuelle Ressourcen zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

Livia Ryl und Christian Schütte

Der Bedarf

Der Bedarf nach Qualitätsentwicklung sowie nachweisbarer Wirksamkeit primärpräventiver Maßnahmen im gesamten Gesundheitswesen ist groß. Auch für den Bereich qualitätsbasierter Gesundheitsförderung spielen Konzepte und Methoden der Belegbarkeit und Erfassung »guter Praxis« eine immer größere Rolle. Schon längere Zeit sind Fragen nach Qualität und Qualitätsentwicklung in sozialen Organisationen ein Thema. Fachöffentlichkeit und Gesundheitspolitik diskutieren engagiert mögliche Vorteile verschiedenster Qualitätsansätze. Dabei kommt heute kaum mehr eine gesundheitspolitische Stellungnahme ohne den Verweis aus, dass Primärprävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden müssen.

Anforderungen

Die formulierten Anforderungen nach guter und wirksamer Qualität, die zudem auch nachgewiesen werden soll, sind im Gesundheits- wie auch Sozialbereich in aller Munde. Insbesondere Zuwendungsgeber, so genannte Entscheider (wie Krankenkassen, staatliche Behörden/Ministerien/politische Mandatsträger) aber auch die Fachöffentlichkeit formulieren ein wachsendes Interesse an einem kriteriengeleiteten Nachweis von Qualität in Praxisprojekten. Exemplarisch ließe sich dieser Druck von Außen, Strukturen für Qualität und Koordination im Gesundheitswesen zu implementieren, mit dem Präventionsgesetz veranschaulichen. Trotzdem durch den Bundesrat am 27. Mai 2005 das Gesetz zunächst abgelehnt wurde kann es dennoch verdeutlichen, wie sich ein geforderter Qualitätsnachweis verdichtet. Dort heißt es im »Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention« des Deutschen Bundestages Artikel 1, § 20 Absatz 1 »Wirksamkeit und Qualitätssicherung«:

»(1) Leistungen zur Verhaltensprävention nach § 15 dürfen grundsätzlich nur erbracht oder gewährt werden, wenn ihre Wirksamkeit wissenschaftlich hinreichend nachgewiesen ist«.

Die Qualität und Wirksamkeit dieser Arbeit lässt sich aber nicht so einfach messen, analysieren oder testen wie ein Werkstoff oder eine gewerbliche Dienstleistung. Gesundheitsfördernde Arbeit setzt in den vielschichtigen Lebenswelten der Menschen, in den Settings an. Ihre Wirkung entfaltet sich in der Regel nur über größere Zeiträume. Im Zusammenhang präventiver Maßnahmen beispielsweise ist eine schnelle Erfolgskontrolle kaum möglich. Der geforderte Nachweis erfolgreicher Praxis ist ein entsprechend schwieriger Prozess, der die MitarbeiterInnen in den gesundheitsförderlichen und sozialen Praxisprojekten, aber auch die Entscheidungsträger, die Fachöffentlichkeit sowie die Wissenschaft vor neue Aufgaben stellt. Rolf Rosenbrock erklärt in diesem Zusammenhang, dass sich die bisherigen Instrumente zur Qualitätsmessung nicht so ohne weiteres übertragen lassen (vgl. Rosenbrock 2004 a, 2004 b). Das medizinisch-naturwissenschaftliche Verfahren Evidenz-basierter Medizin (EBM) ist darum bemüht, genaue Aussagen zu treffen, eindeutige Beweise als Arbeitsgrundlage zu erzeugen und therapeutische Ergebnisse auf der Grundlage objektiv-statistischer Kategorien zu überprüfen. Diese Nachweismethoden sind häufig auf einen längeren Zeitraum ausgerichtet. Sie werden von externen Gutachtern durchgeführt, sind stark formalisiert, zeitintensiv und präsentieren sich als geschlossene Systeme. Darüber hinaus sind die Angebote an Mess- und Zer-

tifizierungsprogrammen wie DIN/ISO, EFQM, Qualitätsentwicklung etc. ausgesprochen vielfältig.

Vielfalt und Komplexität

Die Diskussion um Qualität im Gesundheitswesen, befindet sich in Deutschland noch in der Anfangsphase. Aus diesem Grund wird sie auf einem relativ abstrakten Niveau geführt. Es existiert inzwischen zwar eine Reihe von Konzepten aus dem Profitbereich. Diese müssen allerdings noch systematisch für die Arbeit in Non-Profit-Organisationen angepasst werden. Es gilt neue Qualitätsmanagementstrategien für gesundheitsbezogene Einrichtungen zu erarbeiten. Die Schwierigkeit einer durchweg komplexen Struktur und Unübersichtlichkeit von Konzepten, Kriterien und Ansätzen bleibt indes bestehen. Mittlerweile sehen wir uns mit einer kaum mehr zu überblickenden Vielzahl qualitätsbasierter Verfahrensweisen und Konzepte konfrontiert, die so einfach nicht zu überblicken sind. Geben wir beispielsweise beim Internetportal »Google« den Begriff Qualität und Gesundheitsförderung ein, so ergibt sich eine Trefferquote von circa 85.100 Einträgen. Wir sehen ein breites Spektrum der Fundstellen. Renommiertere, anerkannte, namhafte Akteure in der Gesundheitsförderung fallen darunter wie zum Beispiel:

- Gesundheitsförderung Schweiz
www.gesundheitsfoerderung.ch/de/about/mission/default.asp,
- Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. www.gesundheit-nds.de,
- www.datenbank-gesundheitsprojekte.de heute umbenannt in www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, dem gemeinsamen Projekt von BZgA, Gesundheit Berlin e.V. und der BKK Bundesverband im Rahmen der bundesweiten Kooperation mit allen Landesvereinigungen,

bis hin zu interessanten Homepages wie:

- Infoline, ein Informationsdienst des süd- und mittelhessischen RKW-Arbeitskreises "Gesundheit im Betrieb" und die
- Abteilung Pflegeforschung des IPG der Universität Linz (Österreichisches Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung).

Als Resultat lässt sich festhalten, dass es vielfältige Vorstellungen, Ideen und Aktivitäten aus dem Bereich qualitätsbasierter Gesundheitsförderung gibt. Für konkrete Fragestellungen indes kann sich die Vielfalt als Dschungel durchaus, als hinderlich erweisen. Eine Systematisierung dieser Variationsbreite ist demnach wünschenswert und anzustreben.

Kriterien und Konzepte für Qualität in der Gesundheitsförderung

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, Instrumente zur Erfassung von Qualitätskriterien beispielhaft zu systematisieren. Wir tun dies anhand von vier ausgewählten Internetressourcen. Es soll deutlich werden, wie bereits an vielen Stellen mit guten und brauchbaren Leitlinien im Kontext von Qualitätsentwicklung gearbeitet wird. Ein solches erstes Ordnungs- oder Orientierungsschema bleibt dabei sicherlich unvollständig und muss es auch bleiben, weil es bei dem Versuch einen Überblick zu verschaffen nicht um die Identifizierung der ei-

nen Qualität gehen kann. Aus dem reichhaltigen Angebot sollen vielmehr jene Beispiele vorgestellt werden, weil sie entweder sehr facettenreich aufgebaut sind und den Nutzer gründlich informieren, oder aber weil sie punktuell einen inhaltlichen Teilaspekt herausgreifen und monothematisch ein gutes Angebot bieten.

Jene Angebote zur kriteriengeleiteten Überprüfung gesundheitsförderlicher Maßnahmen teilen wir beispielhaft in eine Matrix mit den Elementen:

- globales Angebot
- europäisches Angebot
- nationales Angebot
- und ein Angebot „ganz konkret“.

Im nachfolgenden Teil werden zunächst ein globales Internetangebot und dann ein europäisches Angebot vorgestellt.

Ressourcen als Grundlagenwissen

Die anschließend dargestellten Internetangebote sind als Informationsquellen zum Thema der Qualitätsentwicklung auf dem internationalen Markt zu verstehen.

- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)

Die International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) ist eine Organisation die seit mehr als 50 Jahren existiert und sich selbst als einzige Organisation weltweit bezeichnen, die sich ausschließlich der Förderung von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung verschrieben haben. Übergeordnetes Ziel ist es, einen Beitrag für die gesundheitliche Chancengleichheit zwischen und innerhalb der Länder der Welt zu leisten. Zu den Mitgliedern dieses globalen Netzwerkes zählen Regierungsbehörden, Universitäten, Institute, Nicht-Regierungs-Organisationen und Einzelpersonen.

Folgt man dem Link <http://www.iuhpe.nyu.edu> gelangt man auf die Homepage der Internationalen Vereinigung für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung.

Die Ziele der Internationalen Vereinigung für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung sind es, sich für Maßnahmen einzusetzen, die der Gesundheitsförderung dienlich sind; eine Wissensgrundlage zum Thema Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung zu schaffen; die Qualität und Effektivität von Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung zu verbessern und zu fördern sowie jene Länder zu unterstützen, in denen Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung durchgeführt werden soll.

Die Seite bietet die Möglichkeit zur Information und zu Ressourcen, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung und –erziehung auseinandersetzen. So ermöglicht der Bereich ‚Veröffentlichungen/Publikationen‘ den Zugang zu verschiedenen Zeitschriften der IUHPE. Eine Recherche nach bestimmten Themen wird somit in den Organen der IUHPE möglich. Des Weiteren kann man sich über laufende Projekte der Organisation informieren. Z.B. Projekte

wie das HPsource net.⁵, ein freiwilliger Kooperationszusammenschluss von Forschern, Praktikern und politischen Entscheidungsträgern; deren Ziel die Stärkung der Effizienz und Effektivität von Politik, Infrastruktur und Praxis der Gesundheitsförderung ist. Andere Informationsmöglichkeiten bietet die ausführliche Linkliste, die auf dieser Seite zu finden ist.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die IUHPE und deren Homepage den Austausch mit und zwischen Wissenschaftlern und Praktikern weltweit ermöglicht, unter anderem auch durch Online-Debatten zu bestimmten Themen. Einschränkend ist festzuhalten, dass man konkrete Handlungshilfen durch diese Internetressource nicht erhalten kann.

- Getting Evidence into Practice (GEP)

Getting Evidence into Practice (GEP), ein Projekt auf der europäischen Ebene, präsentiert die Zusammenarbeit zwischen 20 Ländern Europas in Form des Evidenz Konsortiums. Hierbei handelt es sich um ein seit Februar 2004 von der Europäischen Kommission finanziertes Projekt. Der Schwerpunkt des Projektes liegt auf Gesundheitsförderung, Public Health und Prävention.

Die Internetadresse <http://subsites.nigz.nl/systeem3/site2/index.cfm> führt auf die Homepage des Getting Evidence into Practice (GEP) Projektes.

Die erste Arbeitsphase des Projektes GEP ist bereits abgeschlossen und einige Ergebnisse liegen vor. So wurde die Evidenz für die Themenbereiche Psychische Gesundheit und Tabakkontrolle sowie die Evidenzbasis für wirkungsvolle Gesundheitsförderung aktualisiert. Ein Prüfprotokoll (consensus Review Protocol) wurde erarbeitet, das der Evidenzfindung, -sammlung, -definition, -beschreibung dient. In der derzeitigen Arbeitsphase von GEP wird an der Entwicklung eines europäischen Instrumentes zur Qualitätssicherung gearbeitet, um Gesundheitsförderung beurteilen und verbessern zu können. Durch dieses Instrument wird es möglich Erfolg versprechende Maßnahmen aus der Praxis zu identifizieren und zu erforschen. Die so bekannt gewordenen Erfahrungen können zu Wirksamkeitsnachweisen werden.

Zu den Zielen des Projektes zählt die verstärkte Zusammenarbeit im europäischen Bereich zum Thema Evidenz und Qualität der Gesundheitsförderung, mit so vielen Beteiligten wie möglich. Die gemeinsam abgeleiteten Standards etablieren und diese in Programme zu übertragen, führt im Idealfall zu einer europäischen Gesundheitsförderung, die nach dem Ansatz der evidenz-gestützten Praxis ausgeführt wird.

Auf dieser Homepage kann man sich eine Access-Datenbank herunterladen, die all jene Qualitätssicherungsinstrumente enthält, die der Entwicklung des europäischen Qualitätssicherungsinstrumentes zu Grunde liegen. Man kann sich die einzelnen Instrumente unter bestimmten Gesichtspunkten näher anschauen (s. Abb. 1).

⁵ HPsource net: Health Promotion source net

Beispiel Schoolbeat checklist (v. 1.2.)

focus/perspective		type of project		setting/theme	
measure quality, choice of interv., improve qual.		...		school health promotion	
target of instrument		usergroup(s)		theoretical model/underpinning	
aspects of quality of school HP interventions		HP and education professionals		Intervention mapping, various sources	
country	developer	owner/copyright	language	when developed (most recent)	
Netherlands	NJGZ, GGD Zuid Zuidijk Limburg (author)	GGD Zuid zuidelijk Limburg (author)	Dutch (English 8/2004)	2002 (2003)	
availability	type of scoring	number of criteria	clusters	type of tool	
http://www...	3point scale	31	9	scoring form	
evaluation (process/effect)		implementation		validity	
lit. review, expert consultation, pretest		slow diffusion		expert panel (32)	
reliability		usefulness		empirical evidence	
Cont. validity (mt. factor analysis)		62 % valuable, 64 % easy to use (n=68)		based on existing national and international instruments	

Abb.1 Instrument - Überblick

Jedes einzelne Instrument wurde durch diese Matrix beurteilt. Als Beispiel ist hier das Projekt „schoolbeat checklist“ dargestellt (s. Abb. 1). Die Beurteilung enthielt z.B. den Fokus des Projektes, das Setting, das Ziel des Instrumentes, Benutzergruppen, die Sprachen, in denen das Instrument verfügbar ist, die Verfügbarkeit im Internet sowie die empirische Evidenz. In dieser Datenbank wurde dies an 35 durchgeführt. Möglich ist es, anhand dieser Datenbank auch für das eigene Projekt zu schauen, wie es in die aufgeführten Schemata und Cluster passt.

Auch hier bleiben die Informationen zum Thema Qualität eher unpraktisch und auf der Informationsebene. Allein durch die Datenbank und die darin vorgestellten Instrumente kann man Anregungen erhalten.

Deutlich wird durch das vorgestellte globale und das europäische Projekt, dass ein systematischer Ansatz gefordert ist, um Evidenz in die Praxis umzusetzen. Ermöglicht wird dies durch folgende Punkte:

- zusammenstellen und vergleichen, überprüfen und zusammenfassen der Effektivitäts-Nachweise für Gesundheitsförderung,
- zweckdienliches bekannt machen der Nachweise an Adressaten aus Politik und Praxis,
- sowie das Lernen aus wirksamer Praxis, zum weiteren Ausbau der Kapazität und zur Stärkung der Evidenzbasis.

Soweit zu den Ressourcen auf globaler und europäischer Ebene, im nachfolgenden Abschnitt werden konkretere und in gewisser Art auch handfestere Projekte vorgestellt.

Praxisbezogene Ressourcen

Auf die Frage »Welche Standards lassen sich praxistauglich festschreiben und umsetzen« haben wir mehrere praxisbasierte Beispiele im deutschsprachigen Raum untersucht, die mal mehr mal weniger konkret auf den Bedarf nach Arbeitshilfen eingehen. Unser Ziel ist dabei gewesen, möglichst niedrighschwellige, praktische Hilfestellungen im Internet aufzuspüren, die sich mit dem Prozess der Qualitätsentwicklung beschäftigen. Entscheidend war bei der Recherche und endgültigen Auswahl der jeweiligen Ressourcen, schließlich einen strukturierten Überblick geben zu können.

Dabei lassen sich nicht alle Fundstellen im Internet in entweder gut oder schlecht (unbrauchbar) klassifizieren. Es braucht schon einen Moment des Experimentierens um letztlich erklären zu können, wie das jeweilige Angebot als elektronische Ressource didaktisch aufgebaut ist und nutzbar präsentiert werden kann. Entscheidend war bei der Suche nach praktischen, unkomplizierten, kostenlosen Lösungen, dass die Nutzungsvoraussetzungen nicht an verpflichtende Bedingungen geknüpft werden sondern als open source – Informationen für jede Person frei erhältlich und zugänglich waren. Wir suchen also nach „offenen Quellen“⁶.

In unserem Beitrag soll es aber weniger um verbandlich etablierte Programme gehen, sondern vielmehr um unbürokratische, auf den Einzelfall das jeweiligen Praxisprojekt übertragbare open source Ressourcen und deren Systematisierung.

- www.quint-essenz.ch: zwischen komplex und konkret. Qualitätskriterien als Arbeitshilfen für Projekte

Die Schweizer Internetressource »quint-essenz«, ein Projekt der staatlichen Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“, richtet sich an Personen, die sich mit der Planung und Durchführung von Projekten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen.

Quint-Essenz ist über verschiedene Anwendungsebenen aufgebaut. Horizontal finden sich einführende Texte unter den Überschriften »Einleitung«, »Qualitätskriterien«, »Themen«, »Instrumente« und »Weitere Ressourcen«. Sie geben einen ersten Überblick über die Kerninhalte dieser Website. Für einen ersten Einstieg überzeugt die Seite „Qualitätskriterien“ (Abb. 2).

⁶ Damit sollen bereits etablierte Qualitätsentwicklungssysteme, wie beispielsweise das Dienstleistungspaket »das Paritätische Qualitätssystem®« keinesfalls in ihrer Wirksamkeit unterschätzt werden (vgl. <http://www.pq-sys.de>).



Abb. 2 Seite zu den Qualitätskriterien für Projekte

Vertikal sehen wir so genannte phasenspezifische Indikatoren, mit deren Hilfe sehr gezielt Qualitätskriterien für das eigene Projekt durchdekliniert werden können. Entlang der Items »Bedarf«, »Bedürfnisse«, »Chancengleichheit« oder »Evaluation« bis hin zu »Zielsetzung« können auf diese Weise Kriterienpunkte bearbeitet werden. Auf dieser Seite können sehr konkrete Arbeitshilfen als Dokumente zum Download genutzt werden. Beispielsweise findet sich ein Kriterienkatalog, der als Orientierungsformular und Leitfaden dienen kann.

Bewertungsprofil

Bewertungszeitpunkt: Grobplanung Feinplanung Durchführung Abschluss

	Relevanz	Bewertung <input type="checkbox"/>			
	zur Zeit nicht relevant	--	-	+	++
1. Konzepte der Gesundheitsförderung					
1.1	Gesundheitliche Chancengleichheit (<i>Chancengleichheit</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Ressourcenorientierung und Empowerment (<i>Empowerment</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Setting bezogene Interventionen (<i>Settings</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Partizipation der Akteure des Settings (<i>Partizipation</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Projektbegründung					
2.1	Bedarfsnachweis des Projekts (<i>Bedarf</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Bedürfnisse der Ziel- und Anspruchsgruppen (<i>Bedürfnisse</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Einbettung des Projekts in übergeordnete Strategien (<i>Einbettung</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Rahmenbedingungen und Projektumfeld (<i>Rahmenbedingungen</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Lernen aus anderen Projekten (<i>Lernen</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abb. 3 Bewertungsprofil

Qualitätskriterien sind dann zum Beispiel »Gesundheitliche Chancengleichheit«, »Ressourcenorientierung« und »Empowerment«, »Setting bezogene Interventionen« sowie »Partizipation der Akteure des Settings«. Die WORD-Datei „Bewertungsprofil“ erlaubt es, systematisch verschiedene Kategorien und Stationen im Bewertungsprozess abzufragen. Dies kann für verschiedene Phasen praktiziert werden: »Phase der Grobplanung«, »Phase der Feinplanung« und »Phase der Durchführung und des Abschlusses«. Insgesamt ist der Aufbau der Seite „Quint-Essenz“ sehr feingliedrig und kleinteilig. Dies führt dazu, dass das Angebot nicht ohne weiteres auf den ersten Blick zu erschließen ist. Es braucht Zeit und Geduld die mehrdimensionalen Verästelungen zu verstehen, um schließlich einen Nutzen davon zu haben.

- www.selbstevaluation.de: konkrete Arbeitshilfen und Orientierungsformulare zur Selbstevaluation

Die Internetressource selbstevaluation.de der Fachhochschule Düsseldorf ist ein vergleichsweise einfaches und unkompliziertes Angebot. Über eine monothematische Struktur, erfährt der Nutzer Grundlagen über das Thema Selbstevaluation, hier aus der Bedarfsperspektive der Sozialen Arbeit, die sich aber problemlos auf den Bereich Gesundheitsförderung übertragen lässt⁷.

Selbstevaluation.de

Harro Dietrich Kähler
Fachhochschule Düsseldorf, Fachbereich Sozialarbeit

Selbstevaluation - erstes Verständnis - Voraussetzungen - Chancen

1. Ein erstes Verständnis von Selbstevaluation

Im alltäglichen Sprachgebrauch wird unter Evaluation verstanden, dass irgendetwas von irgendjemandem in irgendeiner Weise nach irgendwelchen Kriterien bewertet wird. Dass dieses Verständnis für wissenschaftliche oder fachliche Zwecke nicht ausreichen kann, leuchtet unmittelbar ein, denn mit dieser Definition wäre jegliche bewertende Äußerung von der Art "Die Maßnahme XY ist super gelaufen" schon als Evaluation zu interpretieren. Im wissenschaftlich-fachlichen Kontext kann man von einer Evaluation erst dann sprechen, wenn "Programme, Maßnahmen, Organisationen etc. durch Personen, die zur Bewertung besonders befähigt sind, in einem objektivierten Verfahren nach explizit auf den Sachverhalt bezogenen und begründeten Kriterien (und ggf. Standards) bewertet (werden)" (Kromrey 2001: 108).

Dabei kann **Evaluation als eine Maßnahme der Qualitätssicherung**, die wiederum als eine Ausprägung des Qualitätsmanagements in Sozialen Organisationen begriffen werden (nach König 2000: 33):

Management in sozialen Organisationen

```

graph TD
    A[Management in sozialen Organisationen] --> B[z.B. Finanzierung]
    A --> C[z.B. Personalmanagement]
    A --> D[Qualitätsmanagement]
    D --> E[z.B. Bewertungsgespräche]
    D --> F[z.B. Leitbildentwicklung]
    D --> G[Qualitätssicherung]
    G --> H[z.B. Controlling]
    G --> I[z.B. Zeiterfassungssysteme]
    G --> J[Evaluation]
  
```

Abb. 4 Homepage von Selbstevaluation.de

Praxisnah und verständlich liefert ein einführender Text Unterstützung für ein erstes Verständnis von Selbstevaluation. Danach wird Selbstevaluation definiert als die Beschreibung und Bewertung von Ausschnitten des eigenen alltäglichen beruflichen Handelns und seiner Auswirkungen nach selbst bestimmten Kriterien (vgl. König 2000). Evaluation ist »eine be-

⁷ Professor Harro Kähler ist Hochschullehrer am Fachbereich Sozialarbeit an der Fachhochschule Düsseldorf und ist verantwortlicher Experte für diesen Webauftritt.

sondere Art der wissenschaftlichen Begleitung von Praxis« (König 2000: 34), bei der es um die systematische Sammlung von Informationen, deren Analyse und Interpretation geht⁸. Die Unterscheidung von Evaluation und Selbstevaluation gehören dabei genauso zum Angebot der Homepage, wie die Erläuterung verschiedener Stellungen der Evaluatoren, also zum Beispiel interne, externe Evaluation, Selbst- und Fremdevaluation. Interessant ist der Hinweis auf die stellvertretende Selbstevaluation, die zwar von einer externen Person stellvertretend organisiert wird (Harro Kähler erwähnt hier das Beispiel eines studentischen Mitarbeiters), aber in gemeinsamer Absprache und Zusammenarbeit mit dem Kollegium des Praxisprojekts abläuft.

Weiterhin werden Merkmale von Selbstevaluation vorgestellt. Zunächst wird festgehalten: Selbstevaluation ist Selbstreflexion. Sie soll sich in die Alltagsroutine des Fachpersonals integrieren, um praktikabel zu sein, sie soll sich auf ausgewählte Teilbereiche der beruflichen Praxis beschränken, sie muss freiwillig ablaufen, sie muss sich dem Risiko eines Nachweises möglicher Misserfolge, Mängel oder Inkonsistenzen stellen. Als ein Teil von Qualitätsentwicklung gelingt Selbstevaluation nur von unten nach oben. Damit kann Selbstevaluation als kleinste Einheit im Qualitätsentwicklungsprozess angesehen werden. Trotz ihres schlichten und monothematischen Aufbaus führen diverse Links im Fließtext zu erklärenden und weiterführenden Textstellen. Es sind vor allem Online-Rezensionen verwendeter Fachliteratur, die in der Regel in der Datenbank socialnet.de eingestellt wurden. So führen mehrere Links auf die Arbeiten des Nürnberger Professors Joachim König⁹. Er ist insofern ein „erfolgreicher Treffer“ bei der strukturierten Suche nach Instrumenten zur Selbstevaluation, als dass sein Fachbuch »Einführung in die Selbstevaluation« unseres Erachtens als vorbildliche Lektüre bezeichnet werden kann. Am Ende der Internetseite findet sich ein Download-link zur Homepage des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit: www.DBSH.de.






Qualitätskriterien des DBSH direkt hier zum lesen	Link	
Qualitätskriterien des DBSH	PDF-Dokument	
Qualitätskriterien des DBSH (Word-Dokument zur Weiterbearbeitung für das eigene Arbeitsfeld)	Word-Dokument	
Diskussionsgrundlage: „Raster zur Selbstbewertung“	PDF-Dokument	
Diskussionsgrundlage: „Raster zur Selbstbewertung“ (zur Weiterbearbeitung für das eigene Arbeitsfeld)	Word-Dokument	

Abb. 5 Download-Dokumente auf der Seite des DBSH

Hier werden mehrere Dokumente zum Herunterladen angeboten. Unter anderem auch ein „Raster zur Selbstbewertung von Qualität in der Sozialen Arbeit“. Unter den drei Aspekten »Kontextebene«, »Klientenbezug« und »Kompetenzebene« kann die eigene Praxis strukturiert entlang der Frage: „Was mache ich überhaupt“ reflektiert werden. Mit Hilfe eines einfachen Bewertungsprinzips mit Punktzahlen lassen sich Praxisbedingungen einordnen, Vergleiche

⁸ »Ohne Evaluation geht im praktischen Leben nichts, nichts im intellektuellen Leben und auch nicht in der Ethik; ohne sie ist alles auf Sand gebaut. Die Frage ist also nur, wie man richtig evaluiert, nicht, wie man einer Evaluation aus dem Weg geht« (Scriven 1991).

⁹ <http://vhb.evfh-nuernberg.de/evaluation/wir.htm>.

mit anderen Einrichtungen leichter herstellen und allgemein auch bessere Diskussionsgrundlagen schaffen. So kann besser beschrieben werden, was gute Qualität (hier am Beispiel Soziale Arbeit) ausmacht und benötigt.

Ausblick

Von Gesundheitsförderern wird heute immer mehr verlangt, dass sie die Qualität ihrer Arbeit belegen und sie ständig verbessern sollen. Da Gesundheitsförderung aus sich heraus komplex, dynamisch und multi-sektoriell ist, kann sie sich nicht darauf begrenzen, Konzepte und Instrumente zur Evidenzstützung oder Qualitätssicherung aus der medizinischen Praxis zu übernehmen. Das bisherige Evidenz- und Qualitätsverständnis muss in Bezug auf Gesundheitsförderung ausgedehnt werden. Hinzu kommt das Problem der Distanz zwischen Forschern und Praktikern. Verfügbares Wissen über wirksame Methoden der Gesundheitsförderung ist Praktikern häufig nicht bekannt und wird für die Umsetzung zu wenig berücksichtigt. Lösungen sind in dem Bereich zu finden, wo es bereits Protokolle und Richtlinien gibt, an denen sich beide Forscher und Praktiker gleichermaßen orientieren können. Das vorgestellte Projekt Getting Evidence into Practice stützt sich auf Bestehendes um die Diskussion um Evidenzen und Qualität weiter voran zu treiben. Neben der Darstellung des gegenwärtigen (Evidenz-)Standes der Gesundheitsförderung, wird dieser den Praktikern gleichzeitig zugänglich gemacht. Das übergeordnete Ziel des Projektes ist es unter europäischen Fachleuten einen Konsens zu erwirken, der inhaltliche und formelle Aspekte von Richtlinien, Instrumenten und Dokumenten der Gesundheitsförderung betrifft. Das von Christian Schütte angeführte Beispiel Selbstevaluation.de liefert dagegen sehr konkrete Arbeitshilfen. Dieses Beispiel für Qualitätsentwicklung ist niedrigschwellig und praxisorientiert. Es passt sich in die Alltagsroutine des spezifischen Arbeitsfeldes ein. Der Einstieg in das Themenfeld Qualitäten kann so recht schnell gefunden werden. Der Hinweis auf die Seite des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH) zeigt eine weitere Möglichkeit der Selbstevaluation durch das zum Download bereitgestellte „Raster zur Selbstbewertung von Qualität“. Es lässt sich trefflich mit Rolf Rosenbrock schließen: »Allein durch bessere Qualität und ihren Nachweis gegenüber Geldgebern, den potenziellen Nutzer(innen) und der Öffentlichkeit wird das zarte Pflänzchen der Gesundheitsförderung nicht sehr viel schneller wachsen. Entscheidend ist die politische Unterstützung« (Rosenbrock 2004b, S. 71).

Literatur

- König, Joachim (2000): Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis Sozialer Arbeit. Freiburg. Lambertusverlag.
- Müller, Burkhard (1993): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. Hier: Kap.8: Was hat's gebracht? (Sozialpädagogische Evaluation). Freiburg. Verlag Lambertus.
- Rosenbrock, Rolf (2004a): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung. In: Luber, Eva/Geene, Raimund: Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main, S. 59-73.
- Rosenbrock, Rolf (2004b): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: Rosenbrock, Rolf/Bellwinkel, Michael/Schröer, Alfons: Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm 'Mehr Gesundheit für alle'. Bremerhaven, S. 7-150.
- Scriven, Michael S. (1991): Evaluation Theasaurus. London.

Autorinnen und Autoren

Borchardt, Gudrun

Geboren 1951

Dr.

Studium der Philosophie, Ästhetik und Sozialwissenschaften; wissenschaftliche Tätigkeit,

Seit 1991 Referentin Gesundheitswesen bei der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse Berlin-Brandenburg.

Publikationen:

- Mitautorin ›Glossar Gesundheitswesen‹, Hrsg. Berliner Zentrum Public Health, 2001 Berlin

Kontakt:

Techniker Krankenkasse, Alte-Jakob-Str. 81/82, 10179 Berlin

E-Mail: tklv-berlin-brandenburg@tk-online.de

Geene, Raimund

Geboren 1963

Dr. rer.pol., MPH

Bis März 2006 Geschäftsführer bei Gesundheit Berlin, Vertretungsprofessur „Kindliche Entwicklung und Gesundheit“ an der Hochschule Magdeburg-Stendal.

Publikationen:

- Geene, Raimund/ Luber, Eva (Hg.), Gesundheitsziele, Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt/Main 2000.
- Geene, Raimund, AIDS-Politik, Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung, Frankfurt/Main 2000.
- Geene, Raimund et al. (Hg.), Armut und Gesundheit Bände 1-6, Berlin 2003.

Kontakt:

Hochschule Magdeburg Stendal, Osterburger Str. 25, 39576 Stendal

E-Mail: raimund.geene@hs-magdeburg.de

Kilian, Holger

Geboren: 1965

Dipl.-Soz., MPH

Mitarbeiter von Gesundheit Berlin, Arbeitsschwerpunkte Gesundheit und soziale Lage, Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheitsberichterstattung.

Publikationen:

- Kilian, Holger; Geene, Raimund; Philippi, Tanja 2004: Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting, in: Rosenbrock / Bellwinkel / Schröer 2004. Essen: Wirtschaftsverlag NW, 151-230.
- Kilian, Holger 2004: Gesundheitsförderung durch Vernetzung stärken!, Das Kooperationsprojekt "Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte", in: Geene / Halkow 2004. Frankfurt a.M.: Mabuse, 393-396.

Kontakt:

Gesundheit Berlin, Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

E-Mail: kilian@gesundheitberlin.de

Lehmann, Frank

Geboren: 1955

Arzt für Allgemeinmedizin, Dr. med., MPH

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Derzeitige Tätigkeit in kurzer Form: Ärztliche Tätigkeit in verschiedenen Krankenhausabteilungen und hausärztlicher Praxis, Primary Health Care Programm in Benin/Westafrika, Entwicklung und Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen nach § 20 SGB V, Referent Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer,

Seit 2001 Leiter des Referates Planung und Koordinierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Publikationen:

- Lehmann, F. (2004): Auf dem Weg zu Kriterien für good-practice-Angebote der Gesundheitsförderung. In: Geene, R. & Halkow, A. (Hrsg.) Armut und Gesundheit – Strategien der Gesundheitsförderung, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Lehmann, F., Geene, R. & Kaba-Schönstein, L. et al. (2005): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten – Ansätze – Beispiele - weiterführende Informationen, Band 5 der Reihe Gesundheitsförderung KONKRET, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Lehmann, F., Meyer-Nürnberg, M., Altgeld, T. et al. (2003): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte – Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernet-

zung der Akteure, Band 22 der Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Kontakt:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimerstr. 220, 51109 Köln

E-Mail: frank.lehmann@bzga.de

Rosenbrock, Rolf

Geboren 1945

Prof. Dr. rer. pol.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler

Leiter der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung,

Dozent unter anderem an der Technischen Universität Berlin für Gesundheitspolitik, seine wichtigsten Themen sind die sozial bedingten Ungleichheiten von Gesundheitschancen, Prävention, Krankenkassenpolitik sowie Steuerung und Finanzierung von Prävention und Krankenversorgung.

Seit den 70er Jahren betreibt er Gesundheitsforschung und Politikberatung und ist u.a. Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR – G) sowie Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Mitglied des Nationalen Aids- Beirates (NAB), des Vorstandes im Berliner Zentrum Public Health (BZPH) etc.

Publikationen:

- Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Verlag Hans Huber, Bern usw. 2004, (2. Auflage 2006 i.E.).
- Rolf Rosenbrock/Michael Bellwinkel/Alfons Schröer (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wirtschaftsverlag NW: Bremerhaven 2004.

Kontakt:

Wissenschaftszentrum Berlin, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin

E-Mail: rosenbrock@wz-berlin.de

Ryl, Livia

Geboren 1978

M.A. Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie

Seit 2003 im Graduiertenkolleg der Hans-Böckler-Stiftung und der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Promotion zum Thema „Haben soziale Patientenmerkmale einen Einfluss auf die Anwendung von diagnostischen Herzkathetern und Koronarinterventionen?“.

Kontakt:

Thomasiusstraße 12, 10557 Berlin

E-Mail: livia.ryl@web.de

Schütte, Christian

Geboren 1969

Dipl. Päd., Dipl. Soz.Päd. (FH)

Exam. Krankenpfleger, Studium der Erziehungswissenschaften, Schwerpunkt Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung, Soziologie und Psychologie an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main,

Promotionsstipendiat der Hans-Böckler-Stiftung und Doktorand am Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung der JWGoethe-Universität Frankfurt am Main. Forschungsschwerpunkte sind Untersuchungen zum professionellen Selbstverständnis von Sozialarbeiter/innen insbesondere im Berufsfeld Aids-Hilfe, Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, qualitativ-empirische Sozialforschung sowie identitätskritische Reflexionen im Spannungsfeld der queer theory.

Kontakt:

Alt-Eschersheim 64, 60433 Frankfurt am Main

Mail: chrschuette@web.de

Syring, Volker

Geboren 1970

Dipl. Päd.

Projektentwicklung und Vorstandsmitglied Förderverein Schutzengel e.V., Einrichtungsleiter der Integrativen Kindertagesstätte Sol-Lie (Adelby 1).

Publikationen:

- In Fehr, Rainer u.a. (Hg.), Gesundheit und Umwelt, Vignette: Schutzengelprojekt – Gesundheitsförderung für Familien in einem benachteiligten Stadtteil, Bern 2005.
- In EuroHealthNet (HG), Promoting social inclusion and tackling health inequalities in Europe, good practices: guardian angel, Brüssel 2004.

Kontakt:

Integrative Kindertagesstätte Sol-Lie, Meisenstraße 15, 24939 Flensburg

Mail: vsyring@adelby.de

Wright, Michael T.

Geboren 1962

Dr. phil., LICSW, MS

Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)

Publikationen:

- Wright, MT; Block, M (2005) Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. In der Reihe „Discussion Papers“. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Wright, MT (2005) Homosexuality and HIV/AIDS prevention: The challenge of transferring lessons learned from Western Europe to Central and Eastern European Countries. Health Promotion International, 20(1): 91-98.
- Wright, MT (2004) Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings. In: R. Rosenbrock; M. Bellwinkel; A. Schröer (Hg.) Primäre Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW für Neue Wissenschaft: 297-346.

Kontakt:

WZB, Forschungsgruppe Public Health, Reichpietschufer 50, 10785 Berlin

Mail: wright@wz-berlin.de

Qualitäten der Gesundheitsförderung

Konzepte für die Praxis

Vielfältige Vorstellungen, Ideen und Aktivitäten kreisen um die Frage qualitätsbasierter Gesundheitsförderung. Dabei kommt heute keine gesundheitspolitische Stellungnahme ohne den Verweis aus, dass Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden müssen. Auch wenn wir um den weiten Weg zwischen Anspruch und Wirklichkeit wissen, sollte uns die öffentliche Debatte ermuntern, Fragen der Qualitäten und Wirksamkeit in der Gesundheitsförderung zu vertiefen. Die Workshoptagung möchte den Blick nach vorne wagen und fragen:

- wie sieht das Zukunftsmodell nachahmenswerter Gesundheitsförderung aus?
- wie begründen und belegen wir den Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention?
- können wir in der Prävention von anderen Wissenschafts- und Praxisfeldern lernen?
- wie können schließlich Eckpunkte für die Praxis festgehalten werden?

Es geht dabei nicht um den einen Königsweg. Vielmehr sollen unterschiedliche Ansätze in eine gemeinsam getragene Qualitätsentwicklung einfließen. Wissenschaft und Praxis waren zu der Workshoptagung eingeladen, um theoretische Konzepte, vorbildliche Praxis und Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen ergebnisorientiert zu erörtern. Der vorliegende Band dokumentiert die Beiträge.

