

Definitionen zur ‚Checkliste zu Bereichen Guter Praxis‘ und zum ‚Vertiefungsfragebogen zu Bereichen guter Praxis‘

Armut

»Der Begriff Armut entzieht sich wegen seiner Vielschichtigkeit einer allgemeingültigen Definition.« (aus: Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2001).

Im theoretischen Grundverständnis unterscheiden sich ökonomische Konzepte, die Armut als Mangelversorgung mit materiellen Gütern und Dienstleistungen verstehen, von soziokulturellen Konzepten, die auch nichtmaterielle Bedürfnisse thematisieren (z. B. das Fehlen ausreichender Bildungsmöglichkeiten)

Absolute Armut: Als grober Indikator für die absolute Armut wurde von der Weltbank die Verfügbarkeit von 1 US-Dollar in lokaler Kaufkraft pro Tag (internationaler Dollar) für die Befriedigung der Lebensbedürfnisse angesehen. In weiteren Schritten wurden nationale bzw. regionale Schwellenwerte festgelegt, die zwischen 2 Dollar für Lateinamerika und die Karibik über 4 Dollar für Länder in Osteuropa und der GUS bis zu 14,40 Dollar für die Industrieländer schwanken (UNDP 1997).

Relative Armut: In Wohlstandsgesellschaften wird Armut häufig auf andere Weise definiert. Es wird sich dann nicht mehr auf die absolute Armut, sondern auf eine Armut in Bezug auf die Gesellschaft, in der jemand lebt, bezogen. Wegen dieser Umfeldabhängigkeit wird von "relativer Armut" gesprochen.

Die relative Armut kann objektiver Natur sein, ihr Vorhandensein wäre demnach unabhängig davon, ob sie vom Betroffenen als solche empfunden wird. Von subjektiver relativer Armut spricht man, wenn der Betroffene sich arm fühlt, unabhängig von der objektiven Feststellung. Neben der (relativen) materiellen Unterversorgung gewinnt der Mangel an immateriellen Ressourcen eine zunehmende Bedeutung. Die sozi-kulturelle Verarmung, der Mangel an Teilhabe an der Gesellschaft durch finanziellen Mangel wird von Soziologen teilweise als noch gravierendere gesellschaftliche Herausforderung gesehen.

Dennoch existiert auch in Wohlstandsgesellschaften absolute Armut, etwa bei Junkies oder Obdachlosen (77.000 Obdachlose allein in Nordrhein-Westfalen).

Armutsgrenzen: Relative Armutsgrenzen beziehen sich auf verschiedene statistische Maßzahlen für eine Gesellschaft (z.B. Durchschnitt oder Median des Einkommens). Eine in Politik und Öffentlichkeit benutzte Angabe der relativen Armutsgrenze ist dabei 50 % oder 60 % des Durchschnittseinkommens. So wird seit 2001 in den Mitgliedsländern der EU derjenige als arm bezeichnet, der weniger als 60 % des Medians bzw. arithmetischen Mittels des Nettoäquivalenzeinkommens nach der neuen OECD-Skala hat. Diese Definition von Armut ist allerdings ausgesprochen umstritten, nicht nur, weil sie wenig über den tatsächlichen Lebensstandard der Menschen aussagt. Vielmehr ergeben sich einige kuriose Effekte bei Anwendung dieser Maßzahl. Wer jetzt weniger als 50 % vom Durchschnittseinkommen zu Verfügung hat, wird auch dann, wenn sich alle Einkommen verzehnfachen, weniger als 50 % vom Durchschnitt haben. Er bliebe also weiterhin arm. Auch würde der Wegzug oder Vermögensverlust eines Reichen den Durchschnitt senken und daher die Armut in einem Land verringern. Umgekehrt kommt es zu einer Erhöhung der Armut, wenn ein Nicht-Armer sein Einkommen steigern kann. Relative Armutsgrenzen vermischen daher die Armutproblematik mit der Verteilungsproblematik. Sie sind wegen ihrer einfachen Anwendbarkeit beliebt.

Im Gegensatz zu relativen Armutsgrenzen stehen Konzepte absoluter Armutsgrenzen. Absolute Armutsgrenzen werden aufwändig ermittelt, indem Warenkörbe festgestellt werden, die verfügbar sein müssen, um am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können (zu notwendigen Kompetenzen zur Teilnahm s.u. Lebenslagenansatz, Kompetenzarmut). Die deutsche Sozialhilfe orientiert sich am Konzept der relativen Armut ("... soll Teilnahme ermöglichen.") und ermittelt dazu eine absolute Armutsgrenze mittels eines Warenkorbes.

Sowohl absolute wie auch relative Armutsgrenzen sind nicht ohne normative Vorgaben umzusetzen. Weder die Wahl eines bestimmten Prozentsatzes vom Durchschnittseinkommen zur Bestimmung relativer Armut noch die Bestimmung eines Warenkorbes sind wertfrei begründbar.

Effektivität

Effektivität ist das Verhältnis von erreichtem Ziel zu definiertem Ziel. Ein Verhalten ist dann effektiv, wenn es ein vorgegebenes Ziel erreicht. Es ist wenig effektiv, wenn das Ziel nicht oder nur teilweise erreicht wird. Dies ist unabhängig vom zur Zielerreichung nötigen Aufwand, der anhand des Kriteriums der Effizienz beurteilt werden kann.

Effizienz

Effizienz ist das Verhältnis eines in definierter Qualität vorgegebenen Nutzens zu dem Aufwand, der zur Erreichung des Nutzens nötig ist. Als effizientes Verhalten bezeichnet man ein Verhalten, das sowohl tatsächlich zur Erreichung des Nutzens führt (Effektivität) als auch den dafür notwendigen Aufwand möglichst gering hält.

Empowerment

Empowerment in der Gesundheitsförderung ist die Befähigung und Stärkung der Menschen zu gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen.

Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Sie hilft den Menschen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben und ermöglicht ihnen zugleich, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Durch gegenseitige Unterstützung und soziale Aktion sollen diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden.

Empowerment trägt dazu bei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, die verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuelle chronische Erkrankungen und Behinderungen angemessen zu bewältigen. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen als auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Öffentliche Körperschaften, Privatwirtschaft und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die traditionellen Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen.

Evaluation

Unter Evaluation versteht man das systematische Sammeln, Analysieren und Bewerten von Informationen über Aktivitäten, Eigenschaften und Ergebnisse von Projekten, Personen und Produkten. Durch Evaluation werden wichtige Kenntnisse über Stärken und Schwächen eines Projektes oder einer Maßnahme gewonnen. Dadurch verbessern sich die Grundlagen für projektbezogene Entscheidungen und wird die Basis für die Erhöhung der Effektivität und Effizienz geschaffen. Es können sowohl Prozesse (Prozessevaluation) als auch Ergebnisse und Wirkungen der Maßnahmen (Ergebnisevaluation) evaluiert werden.

Evaluation in der Gesundheitsförderung kann sehr unterschiedlichen Zwecken dienen:

- Entscheidungshilfe bezüglich der Weiterführung von Projekten
- Verbesserung von Strategien und Maßnahmen
- Projektsteuerung
- Legitimation bei der Verwendung öffentlicher Gelder oder gegenüber Zielgruppen und Fachöffentlichkeit
- Untersuchung wissenschaftlicher Fragestellungen

Die jeweilige Zielsetzung bedingt unterschiedliche Vorgehensweisen und Methoden. Je nach Zweck der Evaluation ist die Anwendung unterschiedlicher Evaluationsformen (Selbst- oder Fremdevaluation) und Evaluationstypen (Planungs-, Prozess- oder Ergebnisevaluation) sinnvoll.

Bei Evaluationen gesundheitsfördernder Projekte sollten folgende Punkte untersucht werden:

- Machbarkeits- oder Feasibilitystudien berücksichtigen die Plausibilität einer Intervention, die Akzeptanz für die verschiedenen Interessengruppen (Stakeholder) sowie die technische Durchführbarkeit eines Projektes oder einer Maßnahmen in ihrem spezifischen sozialen Kontext.

- Monitoring und Prozessevaluationen untersuchen die Qualität der Implementierung einer Maßnahme.
- Ergebnisevaluationen untersuchen die Effektivität, die Nachhaltigkeit und die Effizienz (Impact, Outcome) eines Projektes oder einer Maßnahme.

Zusammenfassend kann man Evaluation beschreiben als kritische, analytische Interpretation durch systematische Erhebung gewonnener (nicht routinemäßig verfügbarer) Informationen, das Ableiten von Schlussfolgerungen daraus und letztlich die Beurteilung und/oder Bewertung eines Projektes oder einer Maßnahme mit dem Ziel, sie zu verbessern.

Gesundheit

Es gibt viele unterschiedliche Definitionen von Gesundheit. Sie beeinflussen die Sichtweise auf die einzusetzenden Mittel zur Vermeidung und Behandlung von Krankheiten und Förderung von Gesundheit. Sie entscheiden auch darüber, in welchem Maße den Menschen Selbstverantwortung für ihr Gesundheitsverhalten übertragen werden kann oder soll.

In den letzten Jahrzehnten gab es zwei Ansätze, die in besonderer Weise die heutige Sicht von Gesundheit und Krankheit geprägt haben: Die Internationale Konferenz von Alma Ata 1978 und das salutogenetische Konzept von Aaron Antonovsky.

1978 wurde auf der Internationalen Konferenz von Alma Ata eine Erklärung verabschiedet, die richtungsweisend für Basisgesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung wurde und noch heute die Diskussion bestimmt. In ihrem ersten Paragraphen wird Gesundheit folgendermaßen definiert: § 1. Die Konferenz bekräftigt, dass Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur Abwesenheit von Krankheit ist und dass sie ein fundamentales Menschenrecht darstellt. Das Erreichen des höchsten Niveaus von Gesundheit ist eines der wichtigsten sozialen Ziele weltweit, dessen Realisierung den Einsatz von vielen anderen sozialen und wirtschaftlichen Sektoren zusätzlich zum Gesundheitswesen erfordert.

Antonovsky betont gegenüber der starken Ausrichtung der Medizin auf Riskikofaktoren die Stärkung der Gesundheitsressourcen eines Menschen. Im salutogenetischen Konzept interessiert v.a. warum Menschen gesund bleiben und nicht so sehr warum sie krank werden. Während man in der westlichen Medizin im Allgemeinen davon ausgeht, dass sich Gesundheit und Krankheit ausschließen, stellte Antonovsky dieser Sichtweise die Vorstellung eines Kontinuums gegenüber, auf dem Menschen als mehr oder weniger krank, bzw. mehr oder weniger gesund eingestuft werden. Dabei existiert kein strenges zeitliches Nacheinander von Gesundheit und Krankheit, sondern ein gleichzeitiges Nebeneinander von verschiedenen Zuständen objektiven und subjektiven Wohlbefindens.

Gesundheitliche Ungleichheit

„Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert verschiedene Ebenen der Ungleichheit, deren gesundheitliche Folgen bekämpft werden sollen:

- die Kluft zwischen besser gestellten und schlechter gestellten sozialen Schichten innerhalb einzelner Gesellschaften, hierbei insbesondere der ungleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung,
- die Kluft zwischen ärmeren und reicheren Ländern sowie als weitere Querschnittsthemen:
- die Chancenungleichheit zwischen den Generationen hinweg, die durch die Verursachung von Umweltrisiken und deren gesundheitliche Folgen bedingt wird,
- die Chancenungleichheit zwischen den Geschlechtern in der gesundheitlichen Versorgung

Für diese Formen der Ungleichheit bedeutet Chancengleichheit die Herstellung gleicher Möglichkeiten, gesund zu sein und gesund zu bleiben, unabhängig vom sozialen Status, nationaler Zugehörigkeit, Ethnie, Generation, Alter und Geschlecht. Einer der wesentlichen Ansätze zur Förderung von Chancengleichheit in der Gesundheit ist der Setting-Ansatz (siehe *Setting-Ansatz*).

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Sie zielt darauf, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen (Gesundheitsdeterminanten), zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz und umfasst ausdrücklich sowohl die Verbesserung von

gesundheitsrelevanten Lebensweisen (Gesundheitshandeln) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Verhältnisse/ Strukturen/ Kontexte).

Good Practice

Good Practices in der Gesundheitsförderung sind diejenigen Maßnahmen und Aktivitäten, die mit den Werten und Theorien der Gesundheitsförderung übereinstimmen, deren Wirksamkeit belegt sind und die geeignet sind, die Ziele der Gesundheitsförderung in einer gegebenen Situation zu erreichen. Im Kooperationsprojekt „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wird der Begriff „Good Practice“ statt des umfassenden Begriffs „Best Practice“ verwendet, da die zahlreichen Projekte nicht ausgeschlossen werden sollen, die gute und vorbildliche, aber nicht in allen Bereichen „beste“ Arbeit leisten. Ihre Expertise soll nicht verloren gehen, sondern anderen Projekten und Interessierten zugänglich gemacht werden.

Innovativer Charakter

In Gesundheitsförderung und Prävention sind diejenigen Projekte und Maßnahmen innovativ, die durch Anwendung neuer Ideen, Techniken und Methoden neuartige Lösungen für bestimmte Probleme und Herausforderungen praktizieren. Angestrebt wird die Umsetzung bisher nicht realisierter Möglichkeiten und damit eine Optimierung der Zielerreichung.

Es ist jedoch zu bedenken, dass eine Idee, die an einen Ort zu einem bestimmten Zeitpunkt innovativ ist, anderswo Standard sein kann. Der innovative Charakter von Projekten muss je nach den Rahmenbedingungen unterschiedlich eingeschätzt werden, denn verschiedene Sozialräume verfügen über verschiedene Voraussetzungen.

Kontinuierlich arbeitende Projekte oder Regelangebote müssen gegenüber kurzfristigen Projekten, die häufiger mit Innovation assoziiert werden, nicht im Nachteil sein, wenn sie bereit sind, auf gesellschaftliche Entwicklungen zu reagieren und fähig sind, sich zu verändern. Innovation ist somit auch ein Balanceakt im Spannungsfeld von Bewahren und Verändern, zwischen Kreativität und Zuverlässigkeit und zwischen Risikobereitschaft und Qualitätsgewährleistung.

Integriertes Handlungskonzept

Ein integriertes Handlungskonzept liegt dann vor, wenn bei der Realisierung eines Projektes oder Vorhabens alle zur Planung und Umsetzung notwendigen Akteure, z.B. aus Politik, Verwaltung oder Praxis, einbezogen sind. Dies schließt auch die Zielgruppen der Projekte ein. Integrierte Handlungskonzepte sind gegenüber Einzelmaßnahmen wesentlich komplexer und stoßen sowohl Kommunikations- und Koordinations- als auch Lernprozesse zwischen den Akteuren an. Sie sind gekennzeichnet durch ergebnisoffene Prozesse, in denen Ziele, Maßnahmen zur Problemlösung und Organisationsformen sowie Verfahrensweisen formuliert und festgelegt werden. Besonders im Quartiersmanagement haben sich integrierte Handlungskonzepte bewährt.

Kosten-Nutzen-Verhältnis

Das Kosten-Nutzen-Kriterium besagt, dass Gesundheitsfördernde Interventionen auch dann als besonders erfolgreich bezeichnet werden können, wenn der nachgewiesene Nutzen die entstehenden/entstandenen Kosten übertrifft bzw. aufwiegt. Ein solcher Nachweis ist jedoch i.d.R. nur schwer zu führen, da sowohl die Kosten (Personal, Finanzmittel, Zeitaufwand etc.) als auch die Ergebnisse (Verlängerung der Lebenserwartung, Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Lebensqualität, Befähigung der Zielgruppe etc.) unterschiedlich quantifiziert sind und zu unterschiedlichen Zeitpunkten sichtbar bzw. messbar werden. Eine einfache Gegenüberstellung ist nicht möglich. Deswegen findet die den Wirtschaftswissenschaften entspringende Kosten-Nutzen-Analyse im Bereich der Gesundheitsförderung in der Regel keine Anwendung. Stattdessen wird zur gesundheitsökonomischen Evaluation von Projekten/ Maßnahmen häufig auf die Kosten-Wirksamkeits-Analyse zurückgegriffen.

Kosten-Nutzen-Analyse: Bei der Kosten Nutzen Analyse handelt es sich um die klassische Form einer ökonomischen Evaluation. Sie steht immer noch als Synonym für verschiedene Formen ökonomischer Evaluationen und hat zum Ziel, geplante Vorhaben, die auf eine bessere Versorgung der Bevölkerung mit öffentlichen Gütern und Dienstleistungen abzielen, unter Gesichtspunkten der Effizienz zu beleuchten.

Kennzeichen der Kosten-Nutzen Analyse ist, dass sämtliche Kosten und der gesamte Nutzen einer Maßnahme in Geldeinheiten bewertet werden. Deswegen kann diese eindimensionale Konzeption der

Vielschichtigkeit und den Besonderheit gesundheitsfördernder Interventionen nicht gerecht werden. Gesundheitliche Ergebnisparameter wie gewonnenen Lebensjahre, symptomfreie Tage, Lebensqualität und andere immaterielle Werte lassen sich nicht oder nur sehr beschränkt in Geldeinheiten ausdrücken. Zudem wirft eine rein monetäre Betrachtungsweise von z.B. indirekten Kosten die durch mehr Krankheitstage und weniger Lebenserwartung der Gesellschaft entstehen, auch ethische Probleme auf.

Kosten-Wirksamkeits-Analyse: Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse bietet die Möglichkeit, auch die oben erwähnten nicht monetären Effekte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme in gesundheitsökonomischen Evaluationen zu berücksichtigen. Dabei werden die nicht in monetären Einheiten bewertbaren Komponenten in natürlichen Einheiten gemessen. Die Beurteilung des Erfolges einer Maßnahme erfolgt dabei anhand von Größen (projektspezifischen Zielen), die im Rahmen der Untersuchung festgelegt werden. Dabei kann es sich auch um eher globale Erfolgskriterien handeln, z. B. die Stärkung der Handlungskompetenz und Autonomie der Zielgruppe. Diesen in messbare Größen überführten Erfolgen der Maßnahme werden dann die Kosten gegenüber gestellt. Dabei werden die verschiedenen Teilwirksamkeiten in ihrer Bedeutung gleichberechtigt behandelt und darauf verzichtet, sie zu einer Gesamtwirksamkeit zusammenzufassen.

Maßnahme

Eine Maßnahme ist eine konkrete Handlung oder ein Set konkreter Handlungen mit festgelegten Terminen und Verantwortlichkeiten, die ergriffen wird, um ein Ziel oder Zwischenziel zu erreichen. Im Gegensatz zu Projekten sind hier in der Regel zeitlich unbefristete Regelangebote gemeint.

Multiplikatoren/innen

Multiplikator/innen in der Gesundheitsförderung sind alle Personen oder Gruppen, die professionell oder ehrenamtlich auf Gesundheitsförderung und Prävention bei den Zielgruppen hinwirken (z.B. Familienberater/innen, Lehrer/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen/innen, Gesundheitsförderer/innen, Ärzte/innen usw.). Eine besondere Gruppe hierunter sind Politiker/innen, die Verhältnisse und Strukturen mitbestimmen und damit Gesundheit entscheidend beeinflussen. Projektangebote können sich direkt an Personengruppen wenden, von denen angenommen wird, dass sie einen hohen Multiplikationseffekt haben, wie die oben genannten Berufsgruppen (z.B. Fortbildungsveranstaltungen für Sozialarbeiter/innen oder Lehrer/innen zum Thema Suchtprävention). Es kann jedoch auch das Ziel eines Projektes sein, Betroffene, in diesem Fall sozial Benachteiligte, im Laufe der Projektdurchführung zu Multiplikatoren zu machen und in diesem Sinne zu schulen (z.B. „Ex-User“ beraten Drogenabhängige; jugendliche Besucher eines Jugendzentrums werden zu „Peers“).

Nachhaltigkeit

Nachhaltigkeit in gesundheitsfördernden Projekten besteht dann, wenn die intendierten Wirkungen eines Angebots nach Ablauf desselben weiterhin bestehen bzw. ein Projekt Wirkungen über seine begrenzte Dauer hinaus erzeugt.

Eine besondere Bedeutung für die Nachhaltigkeit hat die Kontinuität eines Projektes, d.h. wenn eine dauerhafte Fortführung gesichert und selbsttragende Strukturen entwickelt werden.

Niedrigschwelligkeit

Niedrigschwellige Projekte versuchen das Problem anzugehen, dass sozial benachteiligte Zielgruppen herkömmliche Beratungsangebote mit sogenannter „Kommstruktur“ nicht in Anspruch nehmen. Selbst die Initiative zu ergreifen, sich in ein unbekanntes Umfeld zu begeben und mit sozial meist höher gestellten Projektmitarbeitern zu sprechen, stellt oft eine zu hohe Schwelle dar, als dass diese Angebote wahrgenommen würden. Daher werden oft diejenigen Personen, die besonders dringend Unterstützung und Hilfestellungen benötigen, nicht erreicht und es besteht die Gefahr, dass sich ihre ohnehin heikle Lage noch verschlechtert.

Niedrigschwellige Projekte dagegen warten nicht, bis Menschen Kontakt zu ihnen aufnehmen, sondern gehen unmittelbar auf die Zielgruppen ihrer Arbeit zu. Diese sollen zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt erreicht werden. Dies gelingt am besten durch das Aufsuchen der Zielgruppe in ihrer Lebenswelt (siehe *Setting-Ansatz*), z.B.

- Schüler/Jugendliche in der Schule oder in Freizeiteinrichtungen
- Kinder im Vorschulalter in Kindertagesstätten

- Wohnungslose und Drogenabhängige auf der Straße / in Szenetreffs durch Streetwork
- Beschäftigte in Betrieben
- Alleinerziehende Mütter im Stadtteil

Darüber hinaus soll die Erreichbarkeit der Zielgruppen durch unkomplizierte Terminabsprachen und zielgruppenorientierte Öffnungszeiten von Einrichtungen gefördert werden. Offene Angebote tragen dazu bei, Kontakte zu erleichtern.

Organisationsentwicklung

Organisationsentwicklung bedeutet den geplanten und methodisch durchdachten Wandel von Organisationen und anderen sozialen Systemen, wie etwas Gemeinden oder Regionen, die auch als Netzwerk von Organisationen gesehen werden können.

Organisationsentwicklung ist für die Gesundheitsförderung in zweifacher Hinsicht relevant:

- als institutionelle Organisationsentwicklung innerhalb der Einrichtungen und Organisationen der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, deren Effektivität, Effizienz, und interne Gesundheitsförderung zu erhöhen
- als Methode der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, die Gesundheit in bestimmten Settings zu entwickeln, zu fördern und zu erhalten.

Partizipation

Partizipation in der Gesundheitsförderung kann unterschiedliche Ausprägungen annehmen. Je nach Art des Projektes bzw. des Angebotes, der Zusammensetzung und Motivation der Zielgruppen, als auch bezüglich des Umfanges des Projektes können unterschiedliche Beteiligungsformen förderlich und notwendig oder auch überfordernd und hemmend sein. Partizipation umfasst die Formulierung von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen, die Beteiligung an Regelerstellungen sowie die aktive Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluierung der Angebote.

Wenn die Fähigkeiten der Zielgruppe für die Durchführung von Entscheidungsfindungsprozessen nicht ausreichend sind, sollten die notwendigen Kompetenzen geschult werden, um darauf aufbauend auch zu einer Beteiligung der Zielgruppe zu gelangen. Partizipation kann erreicht werden durch:

- Förderung von Wahrnehmung persönlicher Kompetenzen / Stärkung des Selbstwertgefühls
- Förderung von Eigeninitiative
- Förderung von Lernbereitschaft
- Förderung der Gruppenfähigkeit
- Aktivierung zur Äußerung von Wünschen und Bedürfnissen
- Förderung des Verantwortungsgefühls (siehe *Empowerment*, *Settingansatz*)

Prävention

Prävention ist die Verhütung von Krankheiten durch vorbeugende Maßnahmen zur Ausschaltung von Krankheitsursachen und -risiken, durch Früherkennung und Frühbehandlung oder durch die Vermeidung des Fortschreitens einer bestehenden Krankheit.

In der Regel wird unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention:

Primärprävention trägt durch Ressourcenstärkung und Belastungssenkung zur Verhinderung von Krankheit bei.

Sekundärprävention zielt darauf ab, durch Früherkennung und adäquate Frühbehandlung in den Entstehungsprozess einer Krankheit einzugreifen und damit den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen.

Durch Tertiärprävention soll bei Kranken Rückfälle und Chronifizierung verhindert werden.

Projekt

Projekte sind komplexe, räumlich, zeitlich und finanziell begrenzte Vorhaben, die auf bestimmte Ziele ausgerichtet sind und bestimmte Resultate hervorbringen sollen.

Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

Qualität im Gesundheitswesen bezeichnet das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse

erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen.
In der Qualitätsdiskussion wird nach Donabedian unterschieden zwischen:

- Strukturqualität: Ausstattung eines Projektes oder Leistungserbringers mit Finanzmitteln, Räumen, Arbeitsmitteln, Mitarbeitern etc.
- Prozessqualität: Die Art und Weise der Projektdurchführung oder Leistungserbringung
- Ergebnisqualität: die erreichten Effekte eines Projektes oder einer Maßnahme

Seit Beginn der Qualitätsdiskussion hat es entscheidende Veränderungen im Verständnis von Qualität und der Art und Weise, wie man sie am besten sichert, gegeben. Bezog sich der Begriff Qualität anfangs nur auf ein gefertigtes Produkt, so wurden mit der Zeit immer weitere Qualitätsdimensionen in das Konzept der Qualitätssicherung mit einbezogen. Das Qualitätsverständnis wurde zuerst auf die Kundenzufriedenheit, in einem weiteren Schritt auf alle Arbeitsabläufe, Dienstleistungen und auch die vorhandenen Strukturen ausgedehnt.

Mehr und mehr traten die Arbeitsprozesse einer Organisation in den Vordergrund des Interesses. Qualität betraf nun alle Bereiche, alle Aufgaben und alle Personen in einem Betrieb oder einer Organisation. Der Begriff "Qualitätssicherung" wurde durch den Begriff „Qualitätsmanagement“ abgelöst. Der damit einhergehende Paradigmenwechsel setzte in Deutschland erst in den 80er Jahren ein. Qualität soll nicht mehr kontrolliert oder gesichert werden, Qualität soll *produziert* und kontinuierlich verbessert werden. Auf diesem Verständnis basiert das moderne Qualitätsmanagement. Da dieses nun nicht mehr an ein Produkt gebunden ist, kann es in Organisationen jeglicher Art angewendet werden.

Für viele Einrichtungen der Gesundheitsförderung ist dies jedoch schwierig, da es schwer fällt so umfassende Ziele wie Gesundheit, Verbesserung der Lebensqualität oder Initiierung von Innovationen in überprüfbare Nahziele zu transformieren. Projekte der Gesundheitsförderung können jedoch auch in ihrem Arbeitsfeld zur Verbesserung der Qualität beitragen, in dem sie versuchen, die zentralen Elemente, wie das Denken in Regelkreisen und Qualität als Arbeitsprinzip, praxisnah umzusetzen und damit Qualität zu entwickeln.

Setting-Ansatz

Der Begriff „Setting“ bezeichnet ein überschaubares sozial-räumliches System (wie Betrieb, Schule, Krankenhaus, Stadtteil etc.), in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen. Settingorientierte Interventionen richten sich an die strukturellen Bedingungen des Settings und an die involvierten Personengruppen.

Ein Setting kann in einem umfassenden Sinne verstanden werden als ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder durch gleiche Erfahrung und/oder gleiche Lebenslage und/oder gleiche Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter und zumindest ansatzweise verbindlicher Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf alle Formen der Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastungen und Ressourcen) ausgehen können.

Der Setting-Ansatz wurde in den späten 80er Jahren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt, als Instrument der Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta in die Praxis (siehe *Gesundheitsförderung*). Seine besondere Bedeutung für die Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten erhält er dadurch, dass er einen gleichermaßen verhaltens- und verhältnisorientierter Ansatz der Gesundheitsförderung darstellt.

Mit niedrigschwelligen Interventionen, die in den Lebenswelten der Zielgruppen ansetzen, z.B. Schule, Betrieb, Stadtteil, vermeiden Projekte, die mit dem Settingansatz arbeiten, eine einseitige Ausrichtung auf Mittelschichtangehörige und eine Stigmatisierung der benachteiligten Zielgruppen. Interventionen im Setting verstehen ihre Zielgruppe als aktiv Handelnde, die an der Planung und Durchführung der Maßnahmen beteiligt werden (siehe *Partizipation*). Sie zielen darauf ab, Lebenskompetenzen zu vermitteln und dadurch die Betroffenen in der Wahrnehmung ihrer eigenen gesundheitsbezogenen Interessen der zu stärken. (siehe *Empowerment*)

Soziale Benachteiligung

Soziale Benachteiligung entsteht überall dort, wo bestimmten Gruppen der Zugang zu gesellschaftlich anerkannten Werten aufgrund von Schichtzugehörigkeit und Diskriminierung verwehrt oder erschwert wird. Sie beruht auf starken gesellschaftlichen Segregationstendenzen, die entweder sozioökonomisch (wirtschaftliches Potenzial) oder sozialethisch (Normen, Werte, Einstellungen,

Verhaltensmuster) begründet sind. Soziale Benachteiligung ist auch das Ergebnis spezifischer Sozialisation und damit "vererbbar" von einer Generation auf die nächste.

Soziale Benachteiligung wird sowohl durch sozialstrukturelle (z.B. Erwerbslosigkeit, geringes Einkommen usw.) als auch durch personale Merkmale (Verhaltensweisen, sozialer Status) sichtbar. Da sie genuiner Teil moderner Gesellschaften ist, lässt sie sich nie vollkommen vermeiden, sondern immer nur begrenzen. Gegenmaßnahmen müssen immer durch staatliche Rahmenseetzungen und das (politische) Handeln Einzelner beziehungsweise von Gruppen eingeleitet und wirkungsvoll umgesetzt werden. Sie ist zugleich Ursache und Folge einer Vielzahl individueller Benachteiligungen. Dazu zählen unter anderem Armut, als weitreichendstes Merkmal, sowie Krankheit, Behinderung, Geschlecht und Migrationshintergrund.

Der Zusammenhang von sozialem Status und Gesundheit bzw. Krankheit ist durch viele sozialepidemiologische Studien erwiesen. Das Ausmaß an gesundheitlichen Ungleichheiten wird an folgenden Beispielen deutlich:

- **Lebenserwartung:** Eine Studie aus dem Jahre 2000 zeigt, dass Männer aus den obersten 25% der Einkommensverteilung eine um 10 Jahre höhere Lebenserwartung haben als Männer aus den untersten 25 % (82 bzw. 72 Jahre). Bei Frauen ist der Unterschied geringer, beträgt aber immer noch 5 Jahre (86 bzw. 81 Jahre)
- **Koronare Herzerkrankungen:** Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Gutachten 2000/2001 fest, dass in Deutschland alle kardiovaskulären Erkrankungen zusammen genommen für etwa die Hälfte der Todesursachen verantwortlich sind. Eine Auswertung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie ergibt, dass die Häufigkeit von Herzinfarkt und Schlaganfall mit abnehmendem Einkommen schrittweise zunimmt. Das Risiko der untersten Einkommensgruppe, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, ist 1,6-mal so groß wie das der obersten Einkommensgruppe.
- **Kinder- und Jugendgesundheit:** Bei Schuleingangsuntersuchungen schnitten die Kinder aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status wesentlich schlechter ab als die Kinder aus Familien mit einem mittleren oder hohen sozialen Status. Besonders ausgeprägt waren die Unterschiede hinsichtlich der Sprachentwicklung sowie der intellektuellen und psychomotorischen Entwicklung. Auch die Befunde Übergewicht (Adipositas) und kinderpsychiatrische Störungen traten bei Kindern aus Elternhäusern mit einem niedrigen sozialen Status häufiger auf.

Auch bei Schülern und Schülerinnen spielt der sozioökonomische Status der Herkunftsfamilien eine wichtige Rolle. Bei der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes bewerten arme Schüler und Schülerinnen ihren Gesundheitsstatus schlechter als die aus reicheren Elternhäusern. Dieser Unterschied wird besonders deutlich, wenn man das Fünftel aus der untersten Wohlstandsschicht mit dem des reichsten Fünftel vergleicht.

Soziales System

Soziales System meint einen funktionalen Sinnzusammenhang von aufeinander verweisenden sozialen Handlungen, der sich von seiner Umwelt abgrenzt. Eine Familie, ein Verein, ein Betrieb, eine Stadt, ein Land sind somit als soziale Systeme zu verstehen, die einen je eigenen Sinnzusammenhang zur funktionalen Grundlage haben. In einer ausdifferenzierten Gesellschaft sind Menschen in ihrem Alltag in vielfältigen sozialen Systemen mit je unterschiedlichen Sinn- und Erwartungsstrukturen tätig.

Zertifizierung

Als Zertifizierung bezeichnet man Verfahren, mit deren Hilfe die Einhaltung bestimmter Standards für Produkte / Dienstleistungen und ihrer jeweiligen Herstellungsverfahren einschließlich der Handelsbeziehungen nachgewiesen werden können. Im Allgemeinen besteht die Zertifizierung in der Ausstellung eines Zeugnisses.

Im Bereich des Qualitätsmanagements gelangen unter anderem folgende Zertifizierungssysteme zu Anwendung: EFQM, DIN EN ISO 9000 bis 9004 und TQM.

Zielgruppe

Eine Zielgruppe sind diejenigen Gruppen oder Personen, auf die eine Maßnahme, ein Projekt oder eine Strategie usw. abzielt.

Die Projekte und Maßnahmen im Rahmen der Projekt-Datenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ richten sich an unterschiedliche Zielgruppen:

Sozial Benachteiligte sind Menschen mit niedrigem Einkommen, niedrigem beruflichen Status, niedriger Schulbildung sowie *Menschen in schwierigen Lebenslagen* wie Arbeitslose, Wohnungslose oder Alleinerziehende. Sie sind diejenigen, um „deren Gesundheit es geht“ (einschl. ihrer Angehörigen, Freundinnen, Freunde und Bekannte). (Siehe Soziale Benachteiligung, Chancengleichheit), (Siehe auch Multiplikatoren/innen).