

Hochschule Bremen
Fachbereich 8
Internationaler Studiengang für Pflegeleitung (ISP)

Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

Darstellung und Diskussion des Good Practice-Ansatzes des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Diplomarbeit

Erstgutachter: Prof. Dr. H.-J. Janssen

Zweitgutachterin: Prof. Dr. P. Kolip

Eingereicht von: 0098292
Marcus Wächter
Hohenlohestr. 24
28209 Bremen
mwaecht@web.de

Eingereicht am: 30. 10. 2006

Vorwort

Während eines Praktikums in der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. im Frühjahr 2006 beschäftigte ich mich mit dem Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte*. Meine Aufgabe bestand darin, potentielle Beispiele guter Praxis zu identifizieren und anhand der Befragung von Leitungspersonen und Mitarbeitern/innen eine Beschreibung besonders erfolgreicher Projekten anzufertigen. Die Koordinatorin des regionalen Knoten in Niedersachsen, Fr. Dr. Antje Richter, stand mir unterstützend zur Seite. Sie ist innerhalb Niedersachsens für die Umsetzung des Good Practice-Ansatzes zuständig.

Durch die intensive Auseinandersetzung mit Good Practice offenbarten sich mir Schwachstellen des Ansatzes. Zudem stellte sich mir die Frage, ob Good Practice wirklich zur Qualitätsentwicklung von Projekten beitragen kann. Da der Ansatz bis dato noch keine theoretische Unterfütterung durch den Kooperationsverbund erfahren hatte und zur Klärung der eben genannten Fragen, bot es sich an, den Good Practice-Ansatz im Rahmen einer Diplomarbeit zu bearbeiten. Der besonderer Reiz des Themas machte die Nähe zur Praxis sowie die persönliche Erfahrung mit Good Practice aus.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Heinz Janssen und Prof. Dr. Petra Kolip, die mich bei der Erstellung meiner Diplomarbeit begleiteten. Sie gaben mir wichtige Hinweise zur Strukturierung und inhaltlichen Aufbereitung des Themas. Einen weiteren bedeutenden Anteil am Gelingen der Diplomarbeit hat Fr. Dr. Antje Richter, die mich während meines Praktikums in der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. unterstützte und mir bei der Findung meines Diplomthemas beratend zur Seite stand. Bei Sven Brandes, Mitarbeiter von Gesundheit Berlin e. V., möchte ich mich für die Informationen bezüglich des Good Practice-Ansatzes bedanken.

Zusammenfassung

Die Bedeutung der Gesundheitsförderung als Element der gesundheitlichen Versorgung hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dies verdeutlicht die erneute Verankerung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Leistungskatalog der Krankenkassen und die Anstrengung der letzten Bundesregierung, ein eigenes Präventionsgesetz zu verabschieden. Die Gründe für diese Entwicklung liegen nicht zuletzt in Kosteneinsparungen, die aus einer Verhinderung von Krankheiten resultieren können. Dieses kosteneinsparende Potential der Gesundheitsförderung führte zu einer intensiven Diskussion bezogen auf die Qualität gesundheitsfördernder Leistungen. Besonders die Kriterien der Effektivität und Effizienz stehen hier im Mittelpunkt. Zudem zwingen begrenzte finanzielle Mittel die Träger gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte, ihre Ressourcen zielgerichtet einzusetzen und mit bereits etablierten Methoden zu arbeiten. Hier greift die Qualitätsentwicklungsmethode des Kooperationsverbundes *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Durch die Identifizierung und Präsentation von Beispielen guter Praxis können Projekte aus den praktischen Erfahrungen Anderer lernen. Der sogenannte Good Practice-Ansatz ist abgeleitet aus der Managementmethode des Benchmarking und wurde durch die Mitglieder des Kooperationsverbundes für den Bereich der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten angepasst. Eigens aufgestellte Kriterien guter Praxis ermöglichen eine transparente Bewertung und eine systematische Darstellung erfolgreicher Projekte. Die Projekte der Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de dienen als Grundlage der Auswahl. Mit dem Good Practice-Ansatz verfolgt der Kooperationsverbund das Ziel, auf effektive und pragmatische Weise die Qualitätsentwicklung gesundheitsfördernder Projekte zu unterstützen. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, ist eine fortlaufende Weiterentwicklung der Qualitätsentwicklungsmethode angezeigt. Eine theoriegebundene Analyse des Good Practice-Ansatzes zeigt sein Verbesserungspotential auf. Zusätzlich untermauern empirisch gewonnene Daten die Ergebnisse und geben einen Ausblick auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
Einleitung.....	9
1	Gesundheitsförderung..... 12
1.1	Konzeptionelle Grundlagen..... 13
1.1.1	Salutogenese..... 13
1.1.2	Ottawa Charta..... 15
1.2	Strategien 17
1.2.1	Verhaltensorientierung..... 17
1.2.2	Verhältnisorientierung 19
1.3	Ansatzpunkte gesundheitsfördernder Maßnahmen 20
1.3.1	Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung 20
1.3.2	Die Zielgruppe der sozial Benachteiligten 21
1.4	Rahmenbedingungen für gesundheitsfördernde Maßnahmen..... 23
1.4.1	Regelungen innerhalb des Sozialgesetzbuches V..... 23
1.4.2	Der Präventionsleitfaden der gesetzlichen Krankenkassen..... 25
2	Qualität in der Gesundheitsförderung..... 28
2.1	Grundlagenwissen des Qualitätsmanagements 30
2.1.1	Die Abbildung von Qualität..... 30
2.1.1.1	Der Qualitätsbegriff 30
2.1.1.2	Qualitätsdimensionen und -kriterien 31
2.1.2	Der Umgang mit Qualität..... 34
2.1.2.1	Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, TQM..... 34
2.1.2.2	Kontinuierliche Qualitätsentwicklung 35
2.1.2.3	Instrumente des Qualitätsmanagements..... 37
2.2	Vorgaben zur Qualitätssicherung 40
2.2.1	Regelungen zur Qualitätssicherung in den Sozialgesetzbüchern 40
2.2.2	Qualitätsvorgaben innerhalb des Präventionsleitfadens 41

3	Der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes <i>Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten</i>	43
3.1	Der Kooperationsverbund <i>Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten</i>	45
3.1.1	Hintergrund und Ziele	45
3.1.2	Projekt Regionale Knoten	46
3.1.3	Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de	48
3.1.4	Closing the Gap	48
3.2	Der Good Practice-Ansatz.....	49
3.2.1	Theoretischer Hintergrund des Good Practice-Ansatzes	49
3.2.1.1	Benchmarking und Best Practice	49
3.2.1.2	Best Practice-Lernen.....	51
3.2.2	Praktische Umsetzung	54
3.2.2.1	Die Kriterien guter Praxis	54
3.2.2.2	Das Good Practice-Auswahlverfahren	57
3.2.3	Besonderheiten des Good Practice-Ansatzes	59
3.2.3.1	Niedrigschwelliger Ansatz	59
3.2.3.2	Pragmatische Evidenzbasierung.....	60
3.2.4	Kritische Aspekte des Good Practice-Ansatz	61
3.2.4.1	Ressourcenbindung durch Good Practice	61
3.2.4.2	Der Good Practice-Ansatz als Paradox	62
3.2.4.3	Definition der Erfolgsfaktoren	63
3.2.4.4	Wissenstransfer	63

4	Expertenbefragung zu Good Practice	65
4.1	Systematische Literaturrecherche	65
4.2	Das Experteninterview	66
4.2.1	Beschreibung der Erhebungsmethode	66
4.2.2	Auswahl der Experten	66
4.2.3	Durchführung der Erhebung.....	67
4.3	Ergebnisse der Befragung	69
4.3.1	Vorteile des Good Practice-Ansatzes.....	69
4.3.2	Schwachstellen des Good Practice-Ansatzes	70
4.3.3	Weiterentwicklungsmöglichkeiten	72
	Fazit.....	73
	Literaturverzeichnis.....	78
	Bibliographie.....	89
	Anhang	92

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe.

Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Bremen, den 28. 10. 2006

Einleitung

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland ist durch ein stetiges auf und ab gekennzeichnet. Der Einführung von Gesundheitsförderung als Kassenleistung im Jahr 1989 folgte wenige Jahre später wieder deren Streichung. Mit der Gesundheitsreform 2000 wagte die Bundesregierung einen zweiten Anlauf, indem sie Maßnahmen der Gesundheitsförderung wieder in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufnahm. Im Anschluss daran begann die Debatte um ein eigenständiges Präventionsgesetz, das die verschiedenen Regelungen zur Prävention und Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialgesetzbücher bündeln sollte. Im Zuge der vorgezogenen Bundestagswahlen 2005 wurde dieses Gesetz aber nicht verabschiedet. In den Eckpunkten der kommenden Gesundheitsreform ist wieder ein Präventionsgesetz vorgesehen. Ob dieser Entwurf politische Realität wird, bleibt abzuwarten.

In der Zwischenzeit machen die Krankenkassen von sich reden und legen eine überarbeitete Fassung des erstmals im Jahr 2000 veröffentlichten Präventionsleitfadens vor. Hierin werden die vorgesehenen Leistungen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung beschrieben sowie klare Qualitätskriterien festgelegt (AOK-Bundesverband, *et al.* 2006). Der Setting-Ansatz, als bevorzugte Interventionsform der Gesundheitsförderung, und die Bevölkerungsgruppe der sozial Benachteiligten werden im Präventionsleitfaden besonders berücksichtigt. Mit der Verabschiedung verbindlicher Leitlinien wird deutlich, dass die Krankenkassen das Thema Gesundheitsförderung zu einem aktuellen Schwerpunkt erklärt haben (Eberle, 2002).

Die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsförderung wird durch ein wachsendes Qualitätsbewusstsein in diesem Bereich begleitet. Forderungen von Seiten des Gesetzgebers und der Krankenkassen belegen diese Entwicklung¹. Angestrebt wird eine Evidenzbasierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Dies hat zur Folge, dass zahlreiche Evaluationen mit dem Ziel, die Wirkung, den Grad der Zielerreichung und das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Interventionen zu bestimmen, durchgeführt werden. Die starke Ergebnisorientierung wird von vielen Wissenschaftlern kritisiert, da Erfolge von gesundheitsfördernden Maßnahmen sich nur schlecht quantifizieren lassen und wenn überhaupt erst nach langer Zeit

gemessen werden können. Eine Weiterentwicklung der bekannten Methoden und Instrumente der Evaluation ist nötig (Rosenbrock, 2004). Allerdings können die Akteure der praktischen Prävention nicht auf die Ergebnisse solcher Forschungen warten. Sie müssen sich bei der Auswahl und Durchführung von lohnend erscheinender 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“ (Rosenbrock, 2004). Einen Ausweg bietet der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Durch Auswahl und Präsentation von Beispielen guter Praxis wird eine Evidenzbasis geschaffen, die auf dem Erfahrungswissen von Praktikern und Experten beruht. Der auf diese Weise entstehende Pool mit Beschreibungen gelungener Projekte kann von Projekten zur Anregung und Verbesserung eigener Aktivitäten genutzt werden. Als pragmatisches Verfahren der Qualitätsentwicklung werden durch den Good Practice-Ansatz in anschaulicher Weise Wege zur Qualität aufgezeigt (BZgA, 2005).

Die vorliegende Diplomarbeit verfolgt das Ziel, den Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* vorzustellen und zu diskutieren. Die Diskussion von Good Practice soll Ansatzpunkte für der Weiterentwicklung aufzeigen. Aus der Zielsetzung leiten sich auch die zentralen Fragen der vorliegenden Arbeit ab:

Wie ist das methodische Vorgehen des Good Practice-Ansatzes?

Welche Schwachstellen weist der Good Practice-Ansatz auf?

Welche Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Good Practice-Ansatzes gibt es?

Zur Beantwortung der Fragen führt die vorliegende Arbeit zunächst in das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung ein. Hierzu werden grundlegende Ziele, Theorien und Strategien der Gesundheitsförderung vorgestellt. Im weiteren Verlauf des ersten Kapitels wird die formale Verankerung der Gesundheitsförderung in den Sozialgesetzbüchern und im sogenannten Präventionsleitfaden der ge-

¹ So legt beispielsweise der 2006 neu aufgelegte Präventionsleitfaden der Krankenkassen erstmalig Qualitätskriterien für den Bereich der Gesundheitsförderung fest.

gesetzlichen Krankenversicherungen dargestellt. Dieser grobe Einblick in die Gesundheitsförderung dient der Definition professionseigener Begrifflichkeiten und leitet auf die Betrachtung des Qualitätsbegriffs in der Gesundheitsförderung über. Das zweite Kapitel dieser Arbeit thematisiert eingangs die Abbildung und den Umgang mit Qualität in der Gesundheitsförderung. Dieser Themenbereich ist geprägt durch inhaltlich kontrovers geführte Diskussionen zwischen Wissenschaft, Politik, Krankenkassen und Praxis. Aufgrund der Tiefe und des Umfangs dieser Expertenstreitigkeiten wird auf die Wiedergabe verzichtet. Es steht die Beschreibung von Kriterien und Indikatoren zur Abbildung von Qualität sowie die Darstellung der Methoden und Instrumente im Umgang mit Qualität im Vordergrund. Um den Good Practice-Ansatz trotzdem in die Qualitätsdiskussion der Gesundheitsförderung einzuordnen, werden im zweiten Kapitel anschließend die Vorgaben seitens des Gesetzgebers und der gesetzlichen Krankenkassen bezüglich der Sicherung von Qualität aufgezeigt. Der Good Practice-Ansatz kann als pragmatische Antwort auf ein steigendes Qualitätsbewusstsein und die Schwierigkeit im Umgang mit Qualität gesehen werden. Der Good Practice-Ansatz als solches wird im dritten und zentralen Kapitel der Arbeit vorgestellt. Hierzu wird der Ansatz innerhalb der Struktur des Kooperationsverbundes *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* eingeordnet. Anschließend wird der theoretische Hintergrund und das praktische Vorgehen geschildert. Diese Ausführungen beantworten die erste der eingangs gestellten Fragen. Diesem deskriptiven Teil folgt eine theoriegebundene kritische Betrachtung des Good Practice-Ansatzes. Hierzu werden die zwei wichtigsten Vorteile des Ansatzes den Schwachstellen von Good Practice gegenübergestellt. Aus der Darstellung der Schwachstellen können gleichzeitig mögliche Verbesserungsansätze abgelesen werden. Die Diskussion der Schwachstellen basiert auf Veröffentlichungen zu vergleichbaren Good Practice-Ansätzen anderer Disziplinen, wie beispielsweise der Kriminalprävention oder dem Umweltschutz. Die in diesen Literaturquellen identifizierten kritischen Verfahrensschritte und Anwendungsschwierigkeiten wurden in die Abstraktion gehoben und anschließend in Bezug zum den Good Practice-Ansatzes des Kooperationsverbundes diskutiert. Aufgrund dieser, nicht explizit auf den Ansatz des Kooperationsverbund bezogenen, Analyse werden im vierten Kapitel zusätzlich empirische Daten vorgestellt. Sie stammen aus der Befragung von Experten/innen des Good Practice-Ansatzes des Kooperationsverbundes. Nach einer einleitenden Methodenbeschreibung werden die Anmerkungen der Befragten zu den Vorteilen, Schwachstellen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Good Practice-Ansatzes vorgestellt. Das diese Arbeit

abschließende Fazit hebt auf die Weiterentwicklung des Ansatzes ab und stellt die Meinung des Autors der vorliegenden Arbeit dar.

1 Gesundheitsförderung

In den letzten Jahren ist Gesundheitsförderung zu einem populären Begriff geworden. Viele Institutionen und privatwirtschaftliche Einrichtungen schreiben sich Gesundheitsförderung auf ihre Fahnen und hoffen dadurch einen Imagegewinn zu erzielen. Die eigentlichen Hintergründe und Strategien von Gesundheitsförderung als Interventionsform der Gesundheitsversorgung werden dabei zusehends in den Hintergrund gedrängt. Trotz der Bekanntheit spielt Gesundheitsförderung in der gegenwärtigen Versorgungslandschaft Deutschlands eine untergeordnete Rolle² (Rosenbrock, 2003; Walter, 2003). Das deutsche Gesundheitssystem stellt nach wie vor Therapie und Kuration in den Mittelpunkt der Versorgung (Hurrelmann *et al.*, 2004).

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland seit der Mitte der 1980er Jahre wurde sowohl im staatlichen als auch im nicht-staatlichen Bereich stark durch die Programme und Konzepte der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beeinflusst. Deutschland unterstützt seither auch offiziell die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (Kabba-Schönstein, 2003b). Die WHO definiert Gesundheitsförderung als ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Gesundheitsförderung zielt darauf, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern (WHO, 1986). Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz und umfasst ausdrücklich sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Kabba-Schönstein, 2003a).

Ziel des ersten Kapitels dieser Arbeit ist es, die Bedeutung von Gesundheitsförderung als Element des deutschen Gesundheitssystems zu betonen. Hierzu werde ich zunächst den Begriff der Gesundheitsförderung anhand grundlegender Konzepte definieren und anschließend die Verankerung von Gesundheitsförde-

² Im Jahr 2002 wurden durch die gesetzlichen Krankenversicherungen nur 1,19 € statt die seitens der Politik geforderten 2,56 € für primäre Prävention ausgegeben (Rosenbrock, 2003).

rung im Sozialgesetzbuch und in Veröffentlichung der gesetzlichen Krankenkassen aufzeigen.

1.1 Konzeptionelle Grundlagen

Der Begriff der Gesundheitsförderung wird im praktischen, politischen und wissenschaftlichen Sprachgebrauch nicht einheitlich verwendet. Es gibt keine durchgängige Einigung über die spezifischen Gegenstandsbereiche und Zielsetzungen der Gesundheitsförderung. In einer weiten Definition stellt Gesundheitsförderung einen Oberbegriff aller nicht-therapeutischen Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit dar. Eine enger gefasste Deutung des Begriffs grenzt Gesundheitsförderung deutlich von der Krankheitsprävention ab, indem die Orientierung an Potenzialen anstatt an Risiken hervorgehoben wird (Kabba-Schönstein, 2003a). Unabhängig von den verschiedenen Begriffsbestimmungen für Gesundheitsförderung gibt es zwei zentrale Leitkonzepte, die in den Definitionen der Gesundheitsförderung grundsätzlich auftauchen. Dies sind das Salutogenese-Modell von Aaron Antonovsky und die Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986).

1.1.1 Salutogenese

Die Gesundheitsförderung entwickelt ihre Modelle ausgehend vom Interesse an der Gesundheit. Diese Vorgehensweise wird seit etwa 1980 als salutogenetisch beschrieben (Luber, 2004). Der theoretische Überbau dazu stammt von Aaron Antonovsky, einem amerikanischen Soziologen. Sein Konzept führte zu einer Neudefinition des Gesundheitsbegriffs, der sich völlig vom bisher nicht hinterfragten Modelle der Pathogenese abhebt.

Als Begriff ist Salutogenese ein Neologismus, den Antonovsky als Gegenbegriff zur Pathogenese prägte. Der Name leitet sich von Salubrität ab, was soviel bedeutet wie gesunde Beschaffenheit des Körpers (Wydler, 2002). Salutogenese beschreibt die Orientierung am Gesunden, während Pathogenese eine Ausrichtung am Kranken bedeutet. Das hinter dem Begriff stehende Konzept wurde von Antonovsky im Laufe seiner Forschungsarbeiten in den 1980er Jahren entwickelt. In seinen Untersuchungen beschäftigte den Forscher die Frage, welche Faktoren den Menschen trotz Belastungen und Risiken gesund erhalten (Altgeld und Kolip, 2004). Um dies zu untersuchen ging er von der Annahme aus, dass Gesundheit einen Prozess und nicht einen Zustand darstellt. Gesundheit wird vielmehr alltäglich von den Menschen in Wechselwirkung mit ihrer natürlichen und sozialen

Umwelt hergestellt (Faltermeier, 1994). Nach Antonovsky (1997) bewegt sich der Mensch auf einem Kontinuum, das sich zwischen absoluter Krankheit und völligem Wohlbefinden aufspannt. Absolute Gesundheit oder völlige Krankheit kann aber nicht erreicht werden. Jedes Individuum trägt kranke Anteile in sich, auch wenn er sich völlig gesund erlebt. Umgekehrt gilt dasselbe Prinzip (Wydler, 2002). In welche Richtung sich ein Individuum auf dem Kontinuum bewegt ist auf der einen Seite von der Zahl und Intensität der Belastungen und auf der anderen von personalen und sozialen Schutzfaktoren abhängig. Die Belastungen die auf ein Individuum einwirken, bezeichnet Antonovsky (1997) mit Stressoren, die Stärken einer Person mit allgemeinen Widerstandsressourcen.

Antonovsky (Antonovsky, *zitiert in* Faltermeier, 1994) definiert einen Stressor als eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unterforderung, Überlastung oder durch einen Ausschluss bei Entscheidungen charakterisiert ist. Er unterscheidet drei Arten von Stressoren: Chronische Stressoren, größere Lebensereignisse und daily hassels. Sie können endogener oder exogener Natur sein. Die allgemeinen Widerstandsressourcen stellen für Antonovsky diejenigen Merkmale einer Person, Gruppe oder Umwelt dar, die zu einer wirksamen Spannungsbewältigung führen. Sie werden von Antonovsky in physikalische oder biochemische Faktoren, materielle Ressourcen, Wissen und Intelligenz, verschiedene Problembewältigungsstile, interpersonale Ressourcen, makrosoziokulturelle Ressourcen und in die allgemeine präventive Gesundheitsorientierung eingeteilt. Diese Faktoren sind bei jedem Individuum vorhanden, aber unterschiedlich stark ausgeprägt. Die Qualität der Widerstandsressourcen ist nach Antonovsky vor allem vom Gefühl der Kohärenz abhängig. Das Kohärenzgefühl stellt eine globale Orientierung dar, die ausdrückt, in welchem Ausmaß ein Individuum ein durchgehendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht hat. Das Kohärenzgefühl strukturiert den Einfluss der Umwelt auf den Lebenslauf, indem es die Welt mehr oder weniger verstehbar, bewältigbar und sinnhaft darstellt (Faltermeier, 1994).

Antonovsky veränderte mit seinen Theorien und Forschungsergebnissen nachhaltig den Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Mit seiner Idee des Gesundheitskontinuums ersetzte er die dichotome Sichtweise von Krankheit und durch einen fortlaufenden Prozess zwischen zwei Polen. Für Antonovsky erklärte sich die Arbeit an der Gesundheit anhand der Unterstützung vorhandener Ressourcen und nicht durch Strategien der Krankheitsvermeidung. Diese beiden Grund-

annahmen Antonovskys bilden unter anderem die theoretische Basis der Gesundheitsförderung und wurden seit dem von zahllosen Forschern weiter ausgearbeitet. Die WHO griff diese ressourcenorientierte Sichtweise auf und beschrieb in der Ottawa-Charta Gesundheit als „positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlicher Fähigkeiten“ (WHO, 1986).

1.1.2 Ottawa Charta

Eine Schlüsselrolle bei der Etablierung der Gesundheitsförderung als Interventionsform nimmt die Weltgesundheitsorganisation ein (Altgeld und Kolip, 2004). In dieser Sonderorganisation der Vereinten Nationen tauschen Vertreter/innen der Gesundheitsberufe ihre Analysen, Erfahrungen, Gesundheitskonzepte und Problemlösungsstrategien aus. In verschiedene Resolutionen, Charten und Deklarationen werden die zentralen Forderungen der Experten veröffentlicht.

Die Ottawa-Charta ist das Ergebnis der ersten internationalen Konferenz der WHO und gilt als Kristallisationspunkt für ein neues Gesundheitsverständnis sowie als Startsignal für Gesundheitsförderungsstrategien auf nationaler und internationaler Ebene (Altgeld und Kolip, 2004). Inhaltlich gibt die Charta der Interventionsform Gesundheitsförderung einen Rahmen und definiert Gesundheitsförderung als „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986). In der Charta wird die salutogenetische Perspektive konsequent eingehalten. Implizit wird von einem Kontinuum mit den Polen Gesundheit und Krankheit ausgegangen (Trojan, 2002).

Die Ottawa Charta beinhaltet zwei Leitgedanken. Sie definiert Gesundheitsförderung als gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe aller Bereiche mit dem Ziel, gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu schaffen. Des Weiteren soll Gesundheitsförderung auf der Individualebene aktiv werden. Menschen sollen durch Gesundheitsförderung lernen, ihr persönliches Gesundheitspotential zu entfalten, indem sie Geborgenheit in ihrem sozialen Umfeld erfahren, Zugang zu allen wesentlichen Informationen erhalten, praktische Fertigkeiten erlernen und selber Entscheidungen in bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen können. An

diesem Handeln sollen Menschen aus allen Lebensbereichen als Einzelne, als Familien und als Gemeinschaften beteiligt werden (WHO, 1986).

Zur Umsetzung der eben genannt Forderungen benennt die Charta vier grundlegende Vorgehensweisen:

1. Voraussetzungen für die Gesundheit sichern,
2. Interessen vertreten
3. befähigen und ermöglichen
4. vermitteln und vernetzen

(WHO, 1986).

Weiterhin beinhaltet die Ottawa-Charta fünf zu verknüpfende Aktionsfelder die das Handlungsmodell Gesundheitsförderung definieren:

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
2. Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
3. Persönliche Kompetenz entwickeln
4. Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
5. Gesundheitsdienste neu orientieren

(WHO, 1986)

Durch die Ottawa Charta steht nicht länger die individualisierte Krankheitsvorbeugung im Zentrum der gesundheitsfördernden Arbeit (Franzkoviak und Sabo, 1998). Vielmehr wird als konstitutiv angesehen, dass Menschen lernen, persönliche Kompetenzen zu entwickeln um sich selbst und ihre Umwelt zu verändern. Die Charta betont die emanzipatorische, politische Seite der Gesundheitsförderung (Trojan, 2002). In einem die Charta flankierendem Konzept wurde die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, der sogenannte Setting-Ansatz, weiter ausgearbeitet. Für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungsprogrammatik waren die Empfehlungen von Adelaide (WHO, 1988), Sundsvall³, Jakarta (WHO, 1997) und Mexiko (WHO, 2000) wesentlich.

³ Hierzu wurde keine Quelle gefunden

1.2 Strategien

Maßnahmen der Gesundheitsförderung können grundlegend in verhaltens- oder verhältnisorientiert eingeteilt werden. Während verhaltensorientierte Interventionen darauf abzielen, den Gesundheitszustand oder das Gesundheitsverhalten von Individuen zu verbessern, greifen verhältnisorientierte Programme auf das ökologische, soziale, ökonomische oder kulturelle Umfeld von Personen zu (Altgeld und Kolip, 2004).

1.2.1 Verhaltensorientierung

Der verhaltensorientierte Interventionsansatz bildet die Basis der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung und wird traditionell der Krankheitsprävention zugeordnet (Altgeld und Kolip, 2004). Aber auch im Rahmen der Gesundheitsförderung finden sich Anwendungsmöglichkeiten. Die Maßnahmen dieser Interventionsform sollen Personen dabei unterstützen gesündere Verhaltensweisen anzunehmen, die als Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheit angesehen werden (Naidoo und Wills, 2003). Interventionen zur Verhaltensänderung lassen sich nach den Interventionsebenen Individuum, Setting und Bevölkerung klassifizieren.

Der verhaltensorientierte Ansatz impliziert, dass Gesundheit ein individuelles Merkmal eines jeden Menschen darstellt. Die Verantwortung über den persönlichen Gesundheitszustand liegt bei dem Individuum selbst. Menschen können ihre Gesundheit verbessern, wenn sie nur dazu bereit sind, müssen aber im Gegenzug dazu die Konsequenzen für eventuelles Fehlverhalten tragen. Diese grundsätzliche Vorgehensweise lässt sich mittels Gesundheitsaufklärung oder Befähigungsstrategien umsetzen. Die Gesundheitsaufklärung versucht, Personen das notwendige Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, damit sie Entscheidungen über ihr Gesundheitsverhalten treffen können. Die verschiedenen Vorgehensweisen der Gesundheitsaufklärung lassen sich durch den Grad ihrer individuellen Ausrichtung kategorisieren (Lehmann, 2003). Die am wenigsten individualisierte Methode ist die Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. Kampagnen erreichen durch ihren Kommunikationsweg sehr viele Personen, die sich allerdings nicht unbedingt angesprochen fühlen müssen. Hierfür prägen Naidoo und Wills (2003) den Begriff der Handlungsbereitschaft. Sie muss vor-

handen sein bevor eine Verhaltensänderung einsetzt und wird durch Kampagnen nicht beeinflusst. Aufgrund dieser Tatsache und dem sehr schwierigen Wirksamkeitsnachweis von Kampagnen werden solche Maßnahmen häufig in Frage gestellt. Durch individualisiertere Verfahren der Aufklärung und Information wird das Problem der Handlungsbereitschaft verringert. Hier sind persönliche Beratungsgespräche oder Gruppendiskussionen zu nennen. Unabhängig von der Methode der Wissensverbreitung wird Gesundheitsaufklärung oft als Experten-geleitet kritisiert (Naidoo und Wills, 2003). Es entsteht eine Kluft zwischen denjenigen, die wissen wie Gesundheit verbessert werden kann und der allgemeinen Bevölkerung. Dieser Kritik kann durch die Strategie der Befähigung entgangen werden.

Das Konzept der Befähigung, besser bekannt unter dem englischen Begriff Empowerment, stammt aus der amerikanischen Gemeindepsychologie (Stark, 2003). In der Gesundheitsförderung bezeichnet Empowerment „die Befähigung und Stärkung der Menschen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebensbedingungen“ (BzgA, 2005). Empowerment kann im Bezug zu einzelnen Personen oder auch sozialen Gruppen zur Anwendung kommen. Empowerment von Individuen zielt darauf ab, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Hierzu gehört das Schaffen von Problemeinsicht ebenso wie der Aufbau eines gesunden Selbstvertrauens und das Bereitstellen von strukturellen Ressourcen. Individuen entscheiden bei dieser Methode selbst, welches Verhalten sie zukünftig an den Tag legen möchten. Wird die Methode bei Gruppen angewendet, dann sollen Individuen dazu angeleitet werden, mehr Einfluss und Macht zur Veränderung ihrer Lebensumstände aufzubauen (Naidoo und Wills, 2003). Durch Anleitung zur gegenseitigen Unterstützung und soziale Aktivität sollen diskriminierende Lebensbedingungen überwunden werden. Auf beiden Ebenen hat der Prozess des Empowerments die Aufhebung von Ohnmacht und ein gestärktes Selbstvertrauen von Personen zur Folge (Stark, 2003). Diese Ergebnisse bilden nach Antonovsky (1997) die Voraussetzung für körperliches und seelisches Wohlbefinden.

Der Gesundheitsförderung durch Verhaltensänderung fehlt der Bezug zu den Entstehungsbedingungen von Verhaltens- und Konsummustern. Die Effektivität zielgruppen- und kontextunabhängiger und auf Information und Gesundheitserziehung reduzierter Interventionen ist gering (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen - SVR, 2005).

1.2.2 Verhältnisorientierung

Grundlage der verhältnisorientierten Gesundheitsförderung bildet die Annahme, dass individuelles Verhalten als Reaktion auf bestimmte Lebensbedingungen verstanden werden kann. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass durch Veränderungen im ökologischen, ökonomischen, sozialen oder kulturellen Umfeld einer Person eine verbesserte gesundheitsförderliche Ausrichtung des individuellen Verhaltens erreicht werden kann. Methodisch verfolgt die verhältnisorientierte Gesundheitsförderung expertendominierte und partizipative Methoden.

Die expertendominierte verhältnisorientierte Gesundheitsförderung wird durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und andere Sektoren der öffentlichen Verwaltung umgesetzt. Hierunter fallen strukturelle Maßnahmen wie die Kontrolle der Trinkwasserqualität oder das Anlegen von neuen Grünanlagen. Partizipative Strategien arbeiten mit der Methode des anwaltschaftlichen Eintretens sowie mit Empowerment. Anwaltschaft kann als Interessenvertretung von Betroffenenengruppen oder als allgemeines Eintreten von Experten für mehr Gesundheit bezeichnet werden (Trojan, 2003). Wichtiges Element ist die Partizipation der Betroffenen. Bei anwaltschaftlichem Eintreten ohne Beteiligung der Basis besteht die Gefahr, dass an den wesentlichen Bedürfnissen vorbei gehandelt wird. Die Methode des Empowerments wird bereits im vorhergehenden Unterpunkt bearbeitet und deshalb an dieser Stelle nicht mehr bearbeitet. Thematisch ist die Verhältnisorientierte Gesundheitsförderung oft multisektoral angelegt (Lehmann, 2003) ab und der Gesundheitsaspekt ist oft nur implizit zu erkennen. Hierzu zählen beispielsweise Maßnahmen im Bereich des Umwelt- oder Verbraucherschutzes.

Während eine reine Verhältnisorientierte Gesundheitsförderung idealtypisch keine lebensstilbezogenen Entscheidungen voraussetzt, weist die Verhaltensorientierte Gesundheitsförderung im Gegenzug keinen Bezug zu den Kontext-, Rahmen- und Entstehungsbedingungen von Verhaltensweisen und Lebensstilen auf. Als richtungweisend erscheinen vor allem Zwischenformen jenseits dieser Extreme. Derartige Zwischenformen lassen sich als kontextorientierte Verhaltensprävention bezeichnen. Sie können in umfassenden Mehr-Ebenen-Präventionskampagnen zu einzelnen Gesundheitsproblemen, vor allem aber im Rahmen des Setting-Ansatzes umgesetzt werden (SVR, 2005). Dies geschieht aus der Überzeugung heraus, dass Verhalten und Verhältnisse sich gegenseitig bedingen (Lehmann, 2003).

1.3 Ansatzpunkte gesundheitsfördernder Maßnahmen

Die eben vorgestellten grundlegenden Interventionsstrategien brauchen Ansatzpunkte um Maßnahmen zu planen. Im Unterschied zur Prävention werden in der Gesundheitsförderung keine Gesundheitsbelastungen und Risikogruppen sondern Gesundheitspotentiale anvisiert. Diese können physische Orte, soziale Systeme oder Personengruppen darstellen.

1.3.1 Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung

Der Begriff des Settings, der im Deutschen häufig mit Lebenswelt übersetzt wird, bezeichnet ein soziales System, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. In diesen Systemen werden die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit gestaltet (Grossmann und Scala, 2003). Als Setting werden bisher Städte und Regionen sowie Schulen, Betriebe, Krankenhäuser, Gefängnisse und Hochschulen betrachtet (Altgeld und Kolip, 2004). In letzter Zeit gewinnt zusätzlich die Kindertagesstätte an Bedeutung (Richter und Utermark, 2004). Auf der Basis dieser Annahme formulierte die WHO in der Ottawa Charta (WHO, 1986) einen neuen Interventionsansatz, der später durch die Sundsvall Stellungnahme weiter ausdifferenziert wurde. Der sogenannte Setting-Ansatz stellt seither eine der Schlüsselstrategien der Gesundheitsförderung dar (Grossmann und Scala, 2003).

Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren (Grossmann und Scala, 2003) und hat eine physische, soziale, spirituelle, ökonomische und politische Dimension (Franzkoviak und Sabo, 1998). Ziel dieser Interventionsform ist es, unter aktiver Beteiligung der Betroffenen Gesundheitspotentiale zu ermitteln und diese mit Hilfe struktureller Veränderungen zu stärken (AOK *et al.*, 2006). Der Setting-Ansatz nutzt die gesundheitsfördernden Potentiale eines Settings um gesundheitsgefährdendes Verhalten zu vermindern und um Gesundheitsressourcen zu stärken (Friedrich-Ebert-Stiftung - FES, 2006). Methodisch wird eine Kombination von individuen- und umweltbezogenen Maßnahmen verfolgt (Altgeld und Kolip, 2004; BzgA, 2005). Dies bedeutet die thematische Integration von Gesundheit in die Struktur von Organisationen und Institutionen (Naidoo und Wills, 2003) sowie die Vermittlung von Lebenskompetenzen an Individuen (BzgA, 2005). Es kom-

men Methoden der Organisationsentwicklung, des Empowerments sowie der Beratung, Aufklärung und Information zum Einsatz. In der Praxis bedarf das Setting noch einer näheren Bestimmung. Es muss entschieden werden, welche Institutionen und Funktionsträger einer Stadt oder welche Gruppierung, Abteilungen und Professionen in einer Schule oder einem Betrieb einbezogen werden (Grossmann und Scala, 2003).

Der Setting-Ansatz ist insbesondere für Zielgruppen zu empfehlen, die aufgrund ihrer sozialen Lage ungünstigere Gesundheitschancen aufweisen. Diese Gruppen sind in der Regel überfordert, Verhaltensänderungen in ihren Alltag zu integrieren und profitieren besonders von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen (Eberle, 2002)

1.3.2 Die Zielgruppe der sozial Benachteiligten

Interventionen der Gesundheitsförderung können sich an die breite Masse wenden oder eine bestimmte Zielgruppe innerhalb der Bevölkerung anvisieren. Zur Beschreibung der Gemeinsamkeiten einer Zielgruppe werden Merkmale wie Lebensphase, Geschlecht oder Nationalität herangezogen. Diese werden von Mielck (2003) als horizontale Kriterien bezeichnet. Weitere Merkmale bilden die soziale Lage und die gesundheitliche Situation von Personen. Da die beiden letztgenannten Merkmale für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung sind, werde ich im folgenden diese Punkte näher erläutern.

Die soziale Lage wird von Holz (2004) als Oberbegriff zur Beschreibung von sozialer Benachteiligung und ungleicher Verteilung von Ressourcen verstanden. Der Begriff impliziert eine vertikale Unterteilung der Bevölkerung in oben und unten und gibt die strukturell ungleiche Position von Personen in der Statushierarchie wieder. In der Regel wird diese Einstufung anhand der Kategorien Bildung, beruflicher Status und Einkommen vorgenommen (Mielck, 2003). Wird Personengruppen der Zugang zu diesen gesellschaftlich anerkannten Werten erschwert so spricht man von sozialer Benachteiligung (Holz, 2004). Soziale Benachteiligung kann die Folge von Armut, Krankheit, Behinderung, sozialer Mehrfachbelastung, Geschlecht und Migration sein (Holz, 2004). Es gilt als erwiesen, dass Personengruppen mit einem niedrigen sozialen Status eine geringere Chance besitzen gesund zu bleiben als Personengruppen aus einer höheren

sozialen Schicht (Mielck, 2003). Eine sehr übersichtliche Sammlung verschiedener Studien, die diesen Zusammenhang beweisen, wurde Lampert (2005) im Auftrag des Robert Koch Instituts veröffentlicht. Dieser Umstand wird mit gesundheitlicher Chancenungleichheit beschrieben. Ursächlich wird dieser Zusammenhang von Mielck (2003) auf schlechtere Arbeits- und Wohnbedingungen, der seltenen Inanspruchnahme von gesundheitlichen Dienstleistungen und auf ein intensiveres gesundheitsgefährdendes Verhalten, wie Rauchen, ungesunde Ernährung oder wenig Bewegung zurückgeführt. Mielck (2003) benennt für Deutschland konkret Sozialhilfeempfänger/innen, ungelernte Arbeiter/innen, Personen ohne qualifizierten Hauptschulabschluss, Bewohner/innen sozialer Brennpunkte, Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, Erwachsene und Kinder in kinderreichen Familien, Migranten/innen und Aussiedler/innen mit schlechten Deutschkenntnissen, Asylbewerber/innen und Illegale, Prostituierte, Strafgefangene sowie Wohnungslose als besonders betroffen von gesundheitlicher Chancenungleichheit. Die Kinder, die mit Erwachsenen aus den betroffenen Gruppen zusammenleben, sind ebenfalls bei Interventionen zu berücksichtigen (Richter und Utermark, 2004). Um gesundheitsfördernde Maßnahmen für sozial Benachteiligte zielgruppenspezifisch zu planen ist es wichtig, diese sehr große und inhomogene Gruppe zu unterteilen. Je differenzierter eine Zielgruppe definiert ist, umso differenzierter kann die Zielgruppenansprache erfolgen. Damit verbunden ist allerdings auch eine Verminderung der angesprochenen Personen. Es muss also das richtige Maß zwischen Differenziertheit und Allgemeinheit gefunden werden (Lehmann und Sabo, 2003).

Die Verringerung von sozialer Benachteiligung als Ursache der gesundheitlichen Chancenungleichheit kann nur bedingt als Lösung des Problems gesehen werden. Es wären fundamentale strukturelle Änderungen erforderlich, die nur in langfristigen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen erreicht werden können (Mielck, 2003). Ein pragmatischer Ansatz zur Verringerung gesundheitlicher Chancenungleichheit beschränkt sich auf die Verbesserung des Gesundheitszustands von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

1.4 Rahmenbedingungen für gesundheitsfördernde Maßnahmen

Gesundheitsförderung als Element der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ist den Strukturen und Rahmenbedingungen der nationalen Gesundheitssysteme unterworfen. In der Bundesrepublik Deutschland ist das Modell der Sozialversicherung grundlegend. Das bedeutet, dass im Gegensatz zu zentral organisierten Gesundheitssystemen in Deutschland die Aufgaben der Reglementierung, Finanzierung und Durchführung der Gesundheitsversorgung auf verschiedene Akteure verteilt ist (Kaba-Schönstein, 2003b). Auf der regulativen Ebene ist der Staat mit seinen Organen und Gremien maßgebend. Aber auch die Partner der Selbstverwaltung und die Leistungserbringer haben ein Mitspracherecht. Der Staat regelt über Gesetze und Verordnungen das Angebot an gesundheitlichen Leistungen. Die Sozialversicherungsträger handeln auf Basis dieser Gesetze und formen das System durch eigene Handlungsleitfäden sowie Qualitätskriterien.

1.4.1 Regelungen innerhalb des Sozialgesetzbuches V

Die Aufgabe eines Sozialstaates ist es, für den Erhalt der Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung zu sorgen. In Deutschland bestehen für den Gesetzgeber Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten über die Sozialgesetzgebung und hier insbesondere über die Regelungen für die gesetzliche Krankenversicherung.

Maßgebend für den Bereich der Gesundheitsförderung ist der § 20 des V. Sozialgesetzbuches (SGB). Dieser trat im Jahr 1989 im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes in Kraft und bildete die wesentliche gesetzliche Grundlage zur Durchführung und Finanzierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Mit dem Beitragsentlastungsgesetz 1996 kam es zur Neuformulierung des § 20 SGB V. Von nun an war es den Krankenkassen nur noch gestattet, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen und zu finanzieren. Begründet wurde diese Entscheidung damit, dass die Krankenkassen dieses Aktionsfeld zu Marketingzwecken missbraucht hätten. In der Folge brachen viele Strukturen in diesem Sektor des Gesundheitssystems zusammen (Eberle, 2002). Lediglich die Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten überleben (Altgeld und Kolip, 2004). Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde die dreijährige Zwangspause der Krankenkassen auf dem Feld der Gesundheitsförderung

beendet. Der jetzt wieder erweiterte § 20 SGB V verankerte die Gesundheitsförderung und Primärprävention wieder im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

Nach § 20 Absatz eins SGB V sollen die Krankenkassen Leistungen der primären Prävention erbringen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und zugleich einen Beitrag leisten, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern. Auch werden die Spitzenverbände der Krankenkassen in diesem Absatz zur gemeinsamen Findung von Handlungsfeldern und Kriterien für Leistungen der Primärprävention aufgefordert. In Absatz zwei werden den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung festgelegt. Absatz drei bestimmt die maximale Höhe der Ausgaben für primäre Prävention und Absatz vier regelt die Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen durch die Krankenkassen (Redaktion C.H. Beck oHG, 2003).

Das GKV-Modernisierungsgesetz, das am 1.1.2004 in Kraft trat, regelt in § 65 a, dass Krankenkassen in ihrer Satzung bestimmen können, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus bekommen können. Mit dieser Regelung wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, in ihren Satzungen Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen. Mit der Möglichkeit, Arbeitgebern und Versicherten bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bonus anzubieten, soll insbesondere für die Arbeitgeber ein Anreiz geschaffen werden, sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung zu engagieren.

Mit Ausnahme des § 65a SGB V ist der § 20 SGB V momentan die einzige Rechtsnorm, die explizit die Finanzierung von Maßnahmen mit dem primären Ziel der Gesundheitsförderung für Krankenkassen vorschreibt. Als Querschnittsaufgabe verschiedener Politikbereiche geht Gesundheitsförderung aber weit über das System der Krankenversicherung hinaus. Hierzu zählen insbesondere die Familie, die Lern- und Arbeitswelt, das Wohnumfeld und die Umwelt. Diese Bereiche werden neben der eigentlichen Gesundheitspolitik maßgeblich von der Sozial-, Arbeitsschutz-, Beschäftigungs-, Wirtschafts-, Familien-, Frauen-, Jugend-, Senioren-, Ernährungs-, Verbraucher-, Bildungs-, Forschungs-, Wohnungsbau-, Verkehrs- und Umweltpolitik gestaltet (Bundesministerium für Gesundheits - BMG, 2005). Analog zu diesen Bereichen der Politik können gesetzli-

che Normen in entsprechenden Rechtsbereichen gefunden werden, die eine gesundheitsfördernde Auswirkung haben. Aufgrund der Komplexität und des Umfangs dieser implizit für die Gesundheitsförderung bedeutsamen Rechtsnormen verzichte ich auf ihre Darstellung. Zusammenfassungen darüber sind von Seewald (2002) und Walter (2002) verfasst worden. Walter (2002) kritisiert das durch diese Verteilung der Regelungen mit präventiven oder gesundheitsfördernden Gehalts, die Gesundheitsförderung ihrer Bedeutung beraubt wird. Ohne eine Zusammenführung der Regelungen hält Walter (2002) eine Stärkung und Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung nur wenig wahrscheinlich.

Perspektivisch möchte der Gesetzgeber den Bereich der Gesundheitsförderung weiter ausbauen. Erste Schritte in diese Richtung wurden nach der Bundestagswahl 2002 im Koalitionsvertrag zwischen der SPD Fraktion und den Grünen vereinbart. Prävention und Gesundheitsförderung sollte neben Kuration, Rehabilitation und Pflege zu einer vierten Säule im Gesundheitssystem werden (Gesundheitsministerkonferenz der Länder - GMK, 2004). Hierzu wurde ein Gesetz, das sogenannte Präventionsgesetz, formuliert, das im Zuge der vorgezogenen Bundestagswahl 2005 in der Gesetzgebungsphase scheiterte. Die neue Bundesregierung will an diesem Gesetzesvorhaben festhalten, wie die ersten Eckpunkte der kommenden Gesundheitsreform zeigen. Neben Neuregelungen zur Finanzierung der Gesundheitsförderung soll das Präventionsgesetz verbindliche Kriterien der Evidenzbasierung und Qualitätssicherung festlegen, auf deren Grundlage konkrete Standards und Maßnahmen für die Umsetzung auf den verschiedenen Handlungsebenen erarbeitet werden können (BMG, 2006b).

1.4.2 Der Präventionsleitfaden der gesetzlichen Krankenkassen

Krankenkassen sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und agieren auf der Grundlage des SGB V. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts sind sie auf der Planungs- und Umsetzungsebene des Gesundheitssystems angesiedelt (Haubrock *et al.*, 1997). Im Bereich der Gesundheitsförderung sind Krankenkassen als Kosten- und als Leistungsträger aktiv.

Mit der Wiedereinführung des § 20 SGB V erhielten die gesetzlichen Krankenversicherer für den Leistungsbereich Gesundheitsförderung und Primärprävention ihren Gestaltungsspielraum zurück (Eberle, 2002). Die Spitzenverbände der

Krankenkassen erstellten daraufhin in Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen und Wissenschaftlern im Jahr 2000 einen gemeinsamen Handlungsleitfaden, der inzwischen in einer überarbeiteten Version (AOK-Bundesverband, *et al.*, 2006) vorliegt. Damit verfügen die Krankenkassen wie auch ihre Partner über einen verbindlichen Handlungsrahmen, innerhalb dessen sie Maßnahmen zur Primärprävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung realisieren sollen und können (Bellwinkel, 2000). Das Papier beschreibt und begründet die vorgesehenen Präventionsleistungen im Rahmen der allgemeinen Primärprävention und der Gesundheitsförderung mit Setting-Ansatz. Der betrieblichen Gesundheitsförderung wird ein eigenes Kapitel gewidmet. Des weiteren legt der Präventionsleitfaden Qualitätskriterien für diese Angebote fest (AOK-Bundesverband, *et al.*, 2006). Der Leitfaden richtet sich an die Praktiker in den Krankenkassen als auch an externe Anbieter, die im Auftrag einer Krankenkasse tätig werden wollen. Beiden bietet er einen Mindeststandard, an dem sie ihr Handeln ausrichten sollen.

Die vom Leitfaden abgedeckten Angebote der Krankenkassen konzentrieren sich auf Interventionen, die sich am einzelnen Versicherten ausrichten oder Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz verfolgen. Die Handlungsleitlinien für den einzelnen Versicherten beziehen sich auf geförderte Aktivitäten der Primärprävention und werden daher nicht näher betrachtet. Die geförderten Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz umfassen dahingegen Aktivitäten zur Senkung von Risiken für Erkrankungen und die Förderung gesundheitlicher Ressourcen sowie zur Entwicklung von gesundheitsfördernden Strukturen in Organisationen. Für Interventionen mit dem Setting-Ansatz benennt der Leitfaden die Settings: Kindertagesstätte, Schule, Stadtteil und Heim als besonders förderungswürdig, da die Zielgruppe der Sozialbenachteiligten hier besonders gut erreicht werden kann (AOK-Bundesverband, *et al.*, 2006). Die Krankenkassen stellen allgemeine Kriterien hinsichtlich Bedarf, Lebensweltorientierung, Methoden und Strategien auf, die für die Settings in Schule und Stadtteil weiter konkretisiert werden. Dem Setting Betrieb wird ein eigenes Kapitel gewidmet. Hier umfassen die förderungswürdigen Handlungsfelder die Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates, Förderung der gesundheitsgerechten betrieblichen Gemeinschaftsverpflegung, Förderung der individuellen Kompetenzen der Stressbewältigung, gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung und Maßnahmen zur Reduzierung des Suchtmittelkonsums (AOK-Bundesverband, *et al.*, 2006).

Quer zu den beschriebenen Handlungsfeldern taucht immer wieder Qualitätssicherung und die Zielgruppe der Sozialbenachteiligten im Text des Handlungsleitfadens auf. Die Krankenkassen unterstreichen die Notwendigkeit, „für die Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung zweckmäßige Verfahren zur Sicherung der Angebotsqualität, zur Dokumentation und zur Erfolgskontrolle vorzusehen und als fortlaufenden Routinen zu etablieren“ (AOK-Bundesverband, *et al.*, 2006, S. 14). Diese Aussage verleiht dem bisher eher vernachlässigten Aspekt des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung besonderen Nachdruck. Es ist zu erwarten, dass die Strukturen in diesem Bereich in den nächsten Jahren ausgebaut werden. Mit der Fokussierung auf Interventionen mit der Zielgruppe der Sozialbenachteiligten werden die Forderungen der WHO nach gesundheitlicher Chancengleichheit und die Maßgaben des § 20 SGB V erfüllt.

In den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens gewinnt das Thema Qualität immer mehr an Bedeutung. Die Wirtschaftlichkeitsreserven im Leistungsgeschehen, die in jeder Gesundheitsreformdiskussion neu thematisiert werden, und das wachsende Kundenbewusstsein von Patienten/innen haben die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen fast schon zu einer Überlebensfrage von einzelnen Anbietern gemacht (Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. - BfGe, 1997). Im Bereich der Gesundheitsförderung wird seit Anfang der 1990er Jahre intensiv über Qualität diskutiert (Pott 2001; Walter *et al.*, 2001). Exemplarisch hierfür ist die im Jahr 1992 durch die Bundesvereinigung für Gesundheit zusammen mit der Zeitschrift *Prävention* durchgeführte erste Expertentagung zum Thema Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und das 1993 veröffentlichte Qualitätsraster Adipositas der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, 1993). Zeitgleich begannen auch Krankenkassen über Qualitätskriterien für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen und die Sicherung von Qualität öffentlich zu diskutieren. Mit dem Wegfall des § 20 SGB V wurde die Entwicklung eines spezifischen Qualitätsmanagements für den Bereich der Gesundheitsförderung unterbrochen. Erst im Jahr 2000, im Zuge der Gesetzesänderungen durch die GKV-Gesundheitsreform 2000, wurden diese Bestrebungen wieder belebt. In der Folge kam es zu einer inhaltlichen Neuausrichtung des Qualitätsbegriffes. Geprägt durch die immer knapper werdenden Ressourcen müssen sich Programme und Maßnahmen zunehmend an den Kriterien der Effektivität und Effizienz messen lassen. Mit dieser output-orientierten Betrachtung von Gesundheitsdienstleistungen werden die Prinzipien der modernen, flexiblen und schlanken Betriebsführung auf soziale Organisationen übertragen (Rose, 2004).

Das vorliegende Kapitel behandelt das Thema Qualität in der Gesundheitsförderung. Bei einer ersten Sichtung der Literatur zu dieser Thematik wird deutlich das zentrale Begriffe, wie Qualität oder Qualitätsmanagements, nicht einheitlich definiert sind. Des weiteren ist zu bemerken, dass die Qualitätsentwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen ein sehr aktuelles Thema ist und kontrovers diskutiert wird. Die Darstellung der laufenden Auseinandersetzungen zwischen Experten kann aufgrund seiner Komplexität und Vielfalt der Positionen in diesem Kapitel nicht wieder gegeben werden. Dieses Kapitel verfolgt das, Ziel in einer möglichst knappen Form, einen Einblick in die Thematik zu geben und wichtige Beg-

riffe zu definieren. Dies ist nötig um die im dritten Kapitel dieser Arbeit vorgestellte Methode der Qualitätsentwicklung zu verstehen. Zur Annäherung an die Qualitätsthematik in der Gesundheitsförderung wird zunächst der Qualitätsbegriff als solches erläutert. Den Ausgangspunkt bilden abstrakt formulierte und damit allgemeingültige Definitionen von Qualität. Anschließend wird der Qualitätsbegriff auf die Gesundheitsförderung bezogen und mit konkreten Kriterien versehen. Nachdem der Qualitätsbegriff auf diese Weise greifbar gemacht wurde, folgt die Darstellung des Umgangs mit Qualität. Hier erfolgt zunächst die Definition der Begrifflichkeiten: Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Total Quality Management (TQM). Im folgenden Unterpunkt wird das, dem Qualitätsmanagement zugrundeliegende, Paradigma der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung vorgestellt. Innerhalb dieses Verfahrens kommen verschiedene Instrumente zum Einsatz, die in einem weiteren Punkt beschrieben werden. Nach dieser theoretischen Einführung werden Forderungen seitens der Politik und Krankenkassen bezüglich eines Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung dargestellt. Folgerichtig müsste anschließend eine Auflistung verschiedener Ansätze zum Umgang mit Qualität in der gesundheitsfördernden Praxis folgen. Da aber im dritten Kapitel der Good Practice-Ansatz vorgestellt wird, der sozusagen als Antwort auf einige Forderungen interpretiert werden kann, erfolgt keine Übersicht über die in der Praxis verwendeten Qualitätsmanagementmethoden.

2.1 Grundlagenwissen des Qualitätsmanagements

Die Untersuchung von Qualität setzt zunächst die Definition von Qualität und verschiedener Umgangsformen mit Qualität voraus. Diese Aufgabe scheint aber nicht einfach zu sein, denn bis heute gibt es keine wissenschaftlich eindeutige Begriffsbestimmung von Qualität und auch die Bezeichnungen Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung werden nicht einheitlich gebraucht. In diesem Unterpunkt möchte ich immer wiederkehrende und allseits akzeptierte Konzepte und Methoden in der Diskussion um Qualität darstellen. Zur besseren Übersichtlichkeit wird der zunächst der Qualitätsbegriff erläutert und anschließend Paradigmen und Instrumente im Umgang mit Qualität dargestellt.

2.1.1 Die Abbildung von Qualität

2.1.1.1 Der Qualitätsbegriff

Der Ursprung des Wortes Qualität ist auf den lateinischen Begriff *qualitas* zurückzuführen, der mit Eigenschaft oder Beschaffenheit übersetzt werden kann (Duden, 1994). Qualität in diesem Sinne beschreibt die Wesensmerkmale eines Gegenstandes ohne eine Wertung vorzunehmen. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird Qualität häufig mit Güte oder Wert beschrieben (Gissel-Palkovich, 2002). Diese Vorstellung impliziert, dass Qualität einen bestimmten Wert auf einer Skala darstellt. Die im deutschen Sprachraum am weitesten verbreitete Definition ist die der Deutschen Gesellschaft für Qualität e.V., die den Begriff der Qualität definiert als: "Realisierte Beschaffenheit einer Einheit bezüglich Qualitätsforderung" (Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V., 1995, S. 26). Diese Definition spiegelt sich in der aktuellen Fassung der internationalen Normenreihe DIN EN ISO 9000:2000 wieder, die Qualität folgendermaßen definiert: "Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt" (Deutsches Institut für Normung e. V., zitiert in Graf, 2003, S.2). Die soeben aufgeführten Definitionen von Qualität haben den Anspruch der Allgemeingültigkeit und müssen für einzelne Berufsfelder angepasst werden. Eine weithin akzeptierte Konkretisierung des Qualitätsbegriffes für das Gesundheitswesen wird durch die US Joint Commission in the Accreditation of Health Organizations formuliert. In der Übersetzung ins Deutsche durch Ollenschläger wird Qualität im Gesundheitswesen als „der, unter

Anwendung des derzeitigen Wissens vom medizinischen Versorgungssystem, erreichte Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapiere-sultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden“ (Ollenschläger, 2001, S. 98). In einer Veröffentlichung der BZgA wird Qualität im Gesundheitswesen als „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individu-en und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Inter-ventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand überein-stimmen“ (BZgA, 2005, S.132) bezeichnet. Essentiell ist bei einer zeitgemäßen Definition des Qualitätsbegriffs die Beziehung von konkret gemessenen Merkma-len zu den vorher festgelegten Anforderungen, die ein Produkt oder eine Dienst-leistung erfüllen soll (Beholz, 2003).

2.1.1.2 Qualitätsdimensionen und -kriterien

Angesichts der Komplexität des Qualitätsbegriffs ist es sinnvoll, mehrere Dimen-sionen von Qualität zu differenzieren. Hier hat sich die Aufteilung in die Katego-rien Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität, die durch den ameri-kanischen Wissenschaftler Avedis Donabedian entwickelt wurde, durchgesetzt (Riemann, 2003; FES, 2006). Dieses Konzept wird durch viele soziale Einrich-tungen und auch durch den Gesetzgeber in den §§135-139 des SGB V verwen-det. Aber auch weitere Differenzierungen sind möglich. So fügen für den Bereich der Gesundheitsförderung Ruckstuhl *et al.* (2001) die Assessmentqualität und Trojan (2001) die Konzeptqualität hinzu. Die Konzeptqualität, die auch den As-pekt Assessment (Situationsanalyse) enthält, beschreibt die Güte der konzeptio-nellen Grundlagen einer Intervention. In einem weiteren Schritt der Operationali-sierung von Qualität werden den einzelnen Dimensionen Kriterien zugeordnet. Im folgenden werden, beginnend mit der Konzeptqualität, die aufgezählten Dimensi-onen vorgestellt.

Die Assessmentqualität ist ausschlaggebend für eine effektive Zielerreichung und lässt sich im wesentlichen durch vier Parameter ausdrücken. Eine wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung von Qualität ist die Bestimmung von Interven-tionszielen, Zielgruppen, Strategien und Kooperationspartnern (Trojan, 2001). Um Ziele und Zielgruppen zu bestimmen, muss ein Bedarf an gesundheitsbezo-genen Leistungen innerhalb der Bevölkerung festgestellt worden sein. Einer qua-litativ hochwertigen Intervention liegen epidemiologisch erhobene Maßzahlen

zugrunde. Die verwendeten Strategien müssen den spezifischen Merkmalen der Zielgruppe angepasst sein und sollten auf ihre Wirksamkeit hin überprüft worden sein. Ein letzter Punkt sind vorliegende Kenntnisse über rechtliche, kulturelle und politische Rahmenbedingungen der Intervention (FES, 2006).

Strukturqualität bezeichnet die persönliche Qualifikation der Akteure und die sachlichen Anforderungen an die Wirkungsstätte (Seewald, 2002). Die Strukturqualität von gesundheitsfördernden Programmen oder Maßnahmen misst sich an der Tragfähigkeit der Kooperationsbeziehungen, am Grad der Professionalität des Projektmanagements, der Qualifikation der eingesetzten Fachkräfte, den finanziellen und personellen Ressourcen und den Kommunikationsstrukturen. Diese Kriterien stehen exemplarisch für die organisatorischen und institutionellen Rahmenbedingungen einer Intervention die unter dem Begriff der Strukturqualität zusammengefasst werden können. Die Strukturqualität beeinflusst in starkem Maße die Prozessqualität (Ruckstuhl *et al.*, 2001).

Prozessqualität beschreibt das Verfahren für die Leistungserbringung (Seewald, 2002). Es fließen Elemente von systematischer Organisationsentwicklung, Evaluation und Prozessmanagement zusammen. Im Grenzbereich von Struktur und Prozessqualität ist das Rahmenkonzept und Selbstverständnis bezüglich der eigenen Arbeitsweise angesiedelt. Rahmenkonzept und Selbstverständnis müssen sich entsprechend der dynamischen Definition von Qualität ständig fort entwickeln (Trojan, 2001). Weitere zentrale Bestandteile der Prozessqualität betreffen das Projektmanagement, -controlling sowie den Umgang mit Mitarbeitern und Kooperationspartnern. Auch welches Qualitätsmanagementkonzept innerhalb der Intervention vorliegt, ist für die Prozessqualität von Bedeutung (Ruckstuhl *et al.*, 2001).

Bei der Ergebnisqualität geht es um die Frage nach den tatsächlichen Wirkungen von Programmen, Maßnahmen und Einrichtungen sowie um ihre dauerhafte und beharrliche Optimierung, um die Beschreibung realistischer Ziele und um die Kontrolle des Verhältnisses von angestrebten und erzielten Wirkungen (Honig und Neumann, 2004). Es werden Effektivitäts- und Effizienzerwartungen artikuliert und die Nachhaltigkeit der Wirkung bestimmt. Im Zentrum der Ergebnisqualität steht die Zielsetzung. Das oberste Ziel jeder Maßnahme der Gesundheitsförderung ist die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Dies sollte langfristig in einer objektiv feststellbaren Krankheitslast und verminderter Mortalität

erkennbar sein (Walter *et al.*, 2001). Dies ist aber kaum durch einzelne Programme der Gesundheitsförderung zu leisten und der Ursache-Wirkungsnachweis ist nur schwierig zu führen (Trojan, 2001). Die Logik der Gesundheitsförderung erfordert weniger ein punktgenaues Messinstrument für objektive Gesundheitswerte als vielmehr ein Erfassungsinstrument für subjektiv als zufriedenstellend empfundene Lebensqualität (Kühn-Mengel, 2004). Diese nur langfristig messbaren Wirkungen werden mit Impact bezeichnet. Wenn diese Endpunkt-Evaluation nicht möglich ist, kann die Auswirkung eines Programms mittels der Veränderung an den Gesundheitsdeterminanten gemessen werden. Diese Veränderung des Lebensstils oder der Lebensumstände wird als Outcome bezeichnet. Werden Veränderungen persönlicher Charakteristika und Kompetenzen oder der sozialen Normen gemessen, wird der Begriff des Output verwendet (Trojan, 2001).

Im Laufe der letzten 20 Jahre wurden verschiedene Modelle erarbeitet um die oben genannten Qualitätskriterien in einen formalen Rahmen einzuordnen. Im Jahr 1999 wurden für die betriebliche Gesundheitsförderung, in Anlehnung an das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM), Qualitätskriterien erarbeitet (Walter *et al.*, 2001), 2003 wurde durch die BZgA (2003) das Qualitätsraster Adipositas entwickelt, und 2005 wurden, wiederum durch die BZgA (2005), die Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten veröffentlicht.

2.1.2 Der Umgang mit Qualität

2.1.2.1 Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, TQM

Der Umgang mit Qualität ist durch die Begriffe Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und umfassendes Qualitätsmanagement⁴ geprägt. Leider werden diese Bezeichnungen in der Literatur nicht einheitlich oder synonym verwendet (Graf, 2003). Aufgrund dieser Terminologieprobleme möchte ich zunächst die verschiedenen Begrifflichkeiten auseinander definieren.

Der Umgang mit Qualität ist unabhängig von den Produkten und Dienstleistungen, die ein Unternehmen herstellt bzw. erbringt. Deshalb sind die Grundzüge der Normen des Deutschen Instituts für Normung auch für das Gesundheitswesen anwendbar (Selbmann, 2002). Qualitätsmanagement wird durch die Normenreihe DIN ISO 9000:2000 als „alle aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität“ (Deutsches Institut für Normung e. V., 2000, *zitiert in* Graf, 2003, S.3) beschrieben. Qualitätssicherung wird in derselben Normreihe als der „Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden“ (Deutsches Institut für Normung e. V., 2000, *zitiert in* Graf, 2003, S.3) definiert. Diese abstrakt anmutende Begriffsbestimmung wurde aufgrund der unklaren Abgrenzung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung vorgenommen. In deutschen Gesetzestexten wird der Begriff Qualitätssicherung für die Gesamtheit aller qualitätsorientierten Maßnahmen und Zielsetzungen verwendet. Qualitätsmanagement wird in den Texten meist mit einer Umsetzungsmethode gleichgesetzt (Helou *et al.*, 2002; Selbmann, 2002). Das umfassende Qualitätsmanagement, oder auch Total Quality Management (TQM) genannt, beruht auf dem Prinzip der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung. Das Deutsche Institut für Normung definiert TQM als eine „auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützten Führungsmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt“ (Deutsches Institut für Normung e. V., 1995 *zitiert in* Gissel-Palkovich, 2002, S.132). TQM ist als Bestandteil des allgemeinen Führungsverständnisses zu sehen (Gissel-Palkovich, 2002).

⁴ Gleichbedeutend wird auch von Total Quality Management (TQM) gesprochen

2.1.2.2 Kontinuierliche Qualitätsentwicklung

Der Qualitätssicherung und dem TQM liegen zwei unterschiedliche Paradigmen des Umgangs mit Qualität zu Grunde. Während sich Qualitätssicherung mit dem Erreichen und Erhalten von Qualität befasst, hat das TQM die kontinuierliche Weiterentwicklung von Qualität zum Ziel (Ruckstuhl *et al.*, 2001). Historisch gesehen ist TQM eine Weiterentwicklung der Prinzipien der Qualitätssicherung. Zum besseren Verständnis dieses Ansatzes der Qualitätsentwicklung wird die Funktionsweise von Qualitätssicherung kurz vorgestellt.

Die Qualitätssicherung beruht auf der Festlegung bestimmter Anforderungen an Dienstleistungen und Produkte sowie auf externen oder internen Maßnahmen, mit denen die Beachtung dieser Anforderungen kontrolliert wird (Seewald, 2002). Der Qualitätssicherung liegt ein statischer Qualitätsbegriff zugrunde, der sich an definierten Anforderungen ausrichtet. Für Festlegungen werden verschiedene Begriffe verwendet, mit denen zum Teil auch Hinweise auf die rechtliche Verbindlichkeit gegeben werden sollen: Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen. Als Oberbegriff lässt sich, auch im Hinblick auf die eventuelle rechtliche Bedeutung, die neutrale Bezeichnung Standard verwenden. Standard bezeichnet die Norm für ein Handeln, die aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnis oder praktischer Erfahrung innerhalb bestimmter Fachkreise akzeptiert wird (Seewald, 2002).

TQM basiert auf den Ideen der Wissenschaftler W. Edward Deming⁵, Armand Feigenbaum⁶ und Kaoru Ishikawa⁷. Sie entwickelten unabhängig von einander ihre Ideen zu dem Umgang mit Qualität. Deming ersetzte die statische Auffassung von Qualität durch ein dialektisches Gebilde unterschiedlicher Blickwinkel (Gissel-Palkovich, 2002) Dies führt zu einer ständigen Überprüfung und Neubewertung der unterschiedlichen Qualitätsanforderungen (Graf, 2003). Das Ziel des TQM ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität von Strukturen, Prozessen und Produkten eines Unternehmens, weshalb Ruckstuhl *et al.* (2001) bei TQM von einem Optimierungsparadigma sprechen. Auch Feigenbaum und Ishikawa entwickelten ihre Ideen auf der Basis eines dynamischen Qualitätsbegriffs. Allerdings erweiterten beide Wissenschaftler unabhängig von einander den

⁵ W. Edwards Deming war ein amerikanischer Wissenschaftler der in Japan als Vater der Qualitätsbewegung bezeichnet wird (siehe hierzu: <http://www.deming.de/deming/deming.html>)

⁶ Armand Feigenbaum war ein amerikanischer Manager und Autor

⁷ Kaoru Ishikawa war ein japanischer Chemiker der durch die Entwicklung eines Ursachen-Wirkungs-Diagramms, dem sog. Fischgrätdiagramm, bekannt wurde

Blickwinkel auf Qualität, indem sie die Kunden- sowie die Mitarbeitersperspektive mit einbezogen (Graf, 2003; Gissel-Palkovich, 2002). Für das kontinuierliche Arbeiten an der Qualität prägte sich in Japan der Begriff *Kaizen* (Graf, 2003). Ruckstuhl *et al.* (2001) empfehlen TQM als Qualitätsmanagementmethode für die Gesundheitsförderung, da die Interventionen auf sehr komplexen Handlungsabläufen basieren und sich mit einer ständig wandelnden Umwelt konfrontiert sehen. Ein Grundproblem der Einführung von TQM in der Gesundheitsförderung besteht darin, dass dieses Konzept in der gesamten Einrichtung oder Institution umgesetzt werden muss, aber die Strukturen gesundheitsfördernder Einrichtungen diesen umfassenden Ansatz noch nicht tragen können (Riemann, 2003). Viele Organisationen sind noch nicht so weit Unternehmensziele oder Handlungsschwerpunkte zu formulieren (Riemann, 2003).

Der Kerngedanke des TQM ist die Idee der Lernschleife, auch bekannt unter der Bezeichnung PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) (Selbmann, 2002). Gemeint ist damit, dass durch Selbstbeobachtung und Rückmeldung über Voraussetzungen, Arbeitsprozesse und Ergebnisse eine kontinuierliche Verbesserung, oder wenn notwendig, eine grundsätzliche Überarbeitung dieser Voraussetzungen, Arbeitsprozesse und Ergebnisse erzielt werden kann (Gissel-Palkovich, 2002). In diesem Prozess müssen immer wieder aufs Neue die Schritte der Situationsanalyse, der Zielsetzung, der Intervention und der Evaluation durchlaufen werden (Bundesvereinigung für Gesundheit - BfGe, 1997). In der Gesundheitsförderung wird dieser Kreislauf häufig als Public Health Action Cycle bezeichnet. Er beschreibt den Planungszyklus von Präventionsmaßnahmen von der Problemdefinition bis hin zur Bewertung und Evaluation und anschließender Rückkopplung in einer erneuten Zielfindungsprozess (FES, 2006).

2.1.2.3 Instrumente des Qualitätsmanagements

Der oben genannte PDCA-Regelkreis besteht aus den Elementen der Planung, Durchführung, Überprüfung und Neuplanung. Jeder der vier Schritte wird durch verschiedene Instrumente in der Praxis umgesetzt. So können Qualitätszirkel zur Planung von Maßnahmen herangezogen werden, Leitlinien die Durchführung strukturieren und die mittels einer Evaluation überprüft wird. Zur Weiterentwicklung von Qualität kann beispielsweise mit der Managementmethode des Benchmarking gearbeitet werden. Im folgenden werden die genannten Instrumente des Qualitätsmanagements vorgestellt.

Ein zentrales Instrument im Rahmen des umfassenden Qualitätsmanagement-Ansatzes sind Qualitätszirkel. Durch Qualitätszirkel können die Kenntnisse und Kompetenzen der direkt mit der Produktion von Dienstleistung Beschäftigten in den Prozess der Qualitätsentwicklung mit einbezogen werden (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte - BfA, 1998). Ein Qualitätszirkel setzt sich aus einer kleinen Gruppe von Mitarbeitern zusammen, die sich auf freiwilliger Basis treffen um Probleme aus ihrem Arbeitsbereich zu erörtern. Eine heterogene Zusammensetzung der Gruppen in Bezug auf Arbeitsbereich und Berufsgruppe hat sich bewährt (Hummel, 2004). Die Arbeit des Qualitätszirkels wird durch geschulte Moderatoren/innen unterstützt, die aber keine leitenden Positionen einnehmen. Der/die Moderatorin achtet darauf, dass die Gruppe den Zielbezug nicht aus den Augen verliert und macht gegebenenfalls auf nicht wahrgenommene Aspekte aufmerksam. Darüber hinaus hat er/sie die Aufgabe, den Gruppenzusammenhalt zu gewährleisten und die Gruppendynamik so zu beeinflussen, dass eine von Ängsten und Hierarchiekonflikten freie Auseinandersetzung möglich wird (Bahrs, 2001). Die Arbeit eines Qualitätszirkels orientiert sich an den Arbeitsschritten: Problemsammlung, und -auswahl, Problemdefinition und -analyse, Problemlösung, Präsentation und Umsetzung sowie abschließende Bewertung (BfA, 1998). Qualitätszirkel sind projektorientiert angelegt und agieren daher in einem zeitlich begrenzten Raum. Sie ermöglichen ein zielbezogenes Verfahren zur Qualitätsverbesserung mit einem hohen Grad an Partizipation der Basis (Merchel, 2004).

Leitlinien sind durch eine institutionelle Festsetzung zustande gekommene Entscheidungshilfen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann (Seewald, 2002). Konzeptionell bauen Leitlinien auf dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und der Erfahrung von Experten/innen auf. Sie

haben die Aufgabe, das umfangreiche Wissen zu speziellen Versorgungsproblemen zu werten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl zu definieren (Helou, 2002). Je nach Grad der zugrundeliegenden Evidenz ergibt sich ein weiter oder schmaler Handlungsspielraum. Das Besondere an Leitlinien ist darin zu sehen, dass die Sicherung einer individuell angemessenen gesundheitlichen Versorgung nicht nur intuitiv aufgrund impliziter und oftmals intransparenter Handlungsmaximen erfolgt, sondern anhand systematisch entwickelter, formal konsentierter und explizit ausformulierter Entscheidungshilfen (Helou, 2002). Grenzen der evidenzbasierten Leitlinienerstellung liegen in der Methodik des Studiendesigns. So sind beispielsweise randomisierte kontrollierte Studien für die Gesundheitsförderung unangemessen (Jakubowski und Krech, 2001). Für den Bereich der Gesundheitsförderung wurden durch die WHO eigene Leitlinien erarbeitet. Sie sind ein Instrument zur Eigenbewertung, um die Voraussetzungen eines Landes, einer Region oder einer Kommune für die praktische Umsetzung einer umfassenden Gesundheitsförderung zu identifizieren und zu bewerten.

Evaluation stellt sowohl eine sozialwissenschaftliche Forschungsmethode zur systematischen und empirisch fundierten Überprüfung als auch ein handlungs- und praxisorientiertes Instrument der Qualitätsentwicklung dar. Mittels der Evaluation kann die Stärke eines Programms oder Maßnahme anhand der zuvor definierten Ziele festgestellt werden. Evaluation hat hauptsächlich den Sinn, aus dem Kenntnis von Erfolgen und Misserfolgen zu lernen oder durch den Beleg von Erfolgen die eigene Arbeit zu legitimieren. Es gibt zahlreiche Unterscheidungskriterien für verschiedene Evaluationsformen. Wesentlich ist die Unterscheidung zwischen formativer Prozessevaluation und summativer Ergebnisevaluation. Die Prozessevaluation untersucht die Planung, Durchführung und Wirkung einer Maßnahme in ihrem Verlauf. Die Ergebnisse werden innerhalb einer Lernschleife in die Maßnahme zurückgeführt und tragen zu ihrer Verbesserung bei. Die Ergebnisevaluation findet nach dem Abschluss einer Maßnahme statt und überprüft die Ergebnisqualität. Es gilt inzwischen als anerkannt, dass eine Mischung aus Prozess- und Ergebnisevaluation den größten Nutzen erbringt (Riemann, 2003). Eine Evaluation kann selbst durchgeführt werden aber auch an Extern vergeben werden. Beide Methoden haben Vor- und Nachteile. Einen Mittelweg stellt die externe Beratung bei der Evaluation oder die Vergabe nur einzelner Arbeitsschritte. Auf jeden Fall ist eine Evaluation personal- und kostenintensiv, weshalb kleine Projekte häufig nicht evaluiert werden.

Mit dem Begriff Benchmarking werden diejenigen Ansätze des Qualitätsmanagements bezeichnet, die den systematisierten Vergleich mit anderen Organisationen oder –einheiten zum Ausgangspunkt für eine kritische Erörterung des Qualitätsstandes der eigenen Einrichtung machen und daraus Qualitätsverbesserungen ableiten (Merchel, 2004). Die Kernidee des Benchmarkings ist die Nutzung vorhandener Problemlösungen um eigene Aufgaben zu optimieren. Die sogenannten Benchmarks repräsentieren den Referenzwert für Bestleistungen (Siebert und Kempf, 1998). Der eigene Prozess wird dieser *Best Practice* gegenübergestellt. Aus dem Vergleich ist eine mögliche Leistungslücke zu ermitteln, die beweist, dass eine Verbesserung möglich ist. Anschließend besteht die Aufgabe darin, die Ursache für die Leistungslücke zu erschließen. In einem abschließenden Prozess werden die Problemlösungsansätze des Benchmarkingpartners an die eigenen Strukturen angepasst. Mit keinem anderen Verfahren ist es möglich, Produkte, Geschäftsprozesse, Dienstleistungen, Methoden, Unternehmen oder die Unternehmensumwelt zu analysieren und zu vergleichen, um durch daraus abgeleitete Veränderungsmaßnahmen seine eigene Leistung zu verbessern (Siebert und Kempf, 1998).

2.2 Vorgaben zur Qualitätssicherung

Die Bedeutung der Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte durch Formulierungen im Sozialgesetzbuch V und im Präventionsleitfaden deutlich. Im folgenden werden diese dargestellt.

2.2.1 Regelungen zur Qualitätssicherung in den Sozialgesetzbüchern

Die Finanzierung gesundheitlicher Dienstleistungen und Produkte sowie die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung findet in den Sozialgesetzbüchern ihren formalen Niederschlag. Innerhalb der einzelnen Regelungsmaterien werden die verschiedenen Kostenträger gesundheitlicher Dienstleistungen und Produkte zur Finanzierung bestimmter Leistungen verpflichtet und dazu angehalten die Leistungserbringer des Gesundheitswesens zu einem definierten Qualitätsstandard aufzufordern (Seewald, 2002).

Am intensivsten ist die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung für die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Leistungen geregelt. Der Leistungsbereich Gesundheitsförderung der Krankenkassen wird im SGB V § 20 formal geregelt. Auch wenn hier Qualitätssicherung und Evaluation nicht explizit aufgeführt werden, sind dennoch mit der Festlegung gemeinsamer Kriterien Ansätze eines Qualitätsmanagements im Bereich der Gesundheitsförderung erstmalig für die Krankenkassen in Deutschland gesetzlich benannt (Walter *et al.*, 2001). Darüber hinaus gilt auch für Leistungserbringer nach dem § 20 SGB V die Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach den §§ 135-139 SGB V. Diese Paragraphen verpflichten alle Leistungserbringer des Gesundheitswesens zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse (§ 135a Abs. 1 SGB V) und zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (§ 135a Abs. 2 SGB V). Des Weiteren wird die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft aller Beteiligten zur Förderung der Qualitätssicherung (§ 137b SGB V) sowie die Errichtung eines Koordinierungsausschusses von Krankenkassen und Leistungserbringern zur Beschlussfassung über evidenzbasierte Leitlinien für die Leistungserbringung und die Herausgabe von Empfehlungen zum Verfahren bei der Umsetzung und Evaluierung der in den Leitlinien festgesetzten Kriterien einschließlich der Dokumentation (§ 137e SGB V) gefordert. Zudem haben die Spitzenverbände der Krankenkassen

die Qualitätssicherungsmaßnahmen mit den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer verbindlich zu vereinbaren (§ 137d Abs. 1 und 2 SGB V). Ist die Krankenkasse als Leistungsträger selbst zugleich Leistungserbringer, wie bei der Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung, gelten die Qualitätssicherungsvorschriften der §§ 135 bis 139 SGB V nicht. Durch den § 12 Abs. 1 SGB V werden zusätzlich ökonomische Qualitätskriterien für gesundheitsfördernde Leistungen aufgestellt. Nach § 12 müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Rechtsvorschriften für die gesetzliche Krankenversicherung hat ihren Schwerpunkt in der Regelung von Struktur- und Prozessqualität. Die Ergebnisqualität wird nur eingeschränkt erfasst (Hart und Francke, 2001). Die restlichen qualitätsbezogenen Regelungen in den Sozialgesetzbüchern beziehen sich auf Empfehlungen für Rehabilitationsträger und Pflegeeinrichtungen. Für die gesetzliche Rentenversicherung fehlt ein gesetzlicher Auftrag zur Qualitätssicherung.

In den veröffentlichten Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006 (BMG, 2006a) ist erkennbar das ein neues Präventionsgesetz erarbeitet werden soll. Wie konkret die Forderungen nach Maßnahmen zur Qualitätssicherung aussehen werden ist allerdings noch nicht erkennbar.

2.2.2 Qualitätsvorgaben innerhalb des Präventionsleitfadens

Belegt sind die Qualitätsforderungen der Krankenkassen im sogenannten Präventionsleitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen (AOK *et al.*, 2006). Dieser schreibt für alle gesetzlichen Krankenkassen verbindliche Handlungsfelder und Kriterien für Maßnahmen der Primärprävention, Gesundheitsfördernde Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz und den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung fest. Der Leitfaden verfolgt einen dynamischen Qualitätsbegriff und wird kontinuierlich fortgeschrieben.

In ihrem Präventionsleitfaden unterstreichen die Spitzenverbände der Krankenkassen die „Notwendigkeit, für Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung zweckmäßige Verfahren zur Sicherung der Angebotsqualität, zur Dokumentation und zur Erfolgskontrolle vorzusehen und diese als fortlaufende Routinen zu etablieren“ (AOK *et al.*, 2006, S.14). Die Krankenkassen fordern von den Leistungserbringern transparente Verfahren, die über-

prüfen, ob die gesetzten Ziele und Erwartungen eines Programms oder einer Maßnahme erreicht wurden. Die gewonnenen Daten sollen in die Planung zukünftiger Aktivitäten mit einfließen und so einen permanenten Optimierungsprozess in Gang setzen (AOK *et al.*, 2006). Die Krankenkassen möchten somit auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Verfahren des Qualitätsmanagements etablieren. In einem ersten Schritt haben sie Kriterien und Methoden zur Sicherung der Struktur- sowie Prozessqualität aufgestellt.

Die Krankenkassen verlangen von den Anbietern der von ihnen finanzierten Maßnahmen Nachweise über eine fachspezifische Qualifikation oder staatlich anerkannte Ausbildung im jeweiligen Fachgebiet. Kursleiter/innen sollen darüber hinaus eine Einweisung in das jeweilige Programm durchlaufen haben und pädagogische Kompetenzen besitzen. Die Angebote müssen weltanschaulich neutral ausgerichtet sein, auf ein schriftliches Konzept aufbauen, einen nachvollziehbaren Zielgruppenbezug haben und eine evidenzbasierte Methode verfolgen. Ferner müssen ein Trainermanual und Teilnehmerunterlagen vorliegen. Die Räume und Gruppen müssen eine angemessene Größe haben. Die Teilnehmer/innen sollen befähigt werden, nach Abschluss der Intervention die erworbenen Fertigkeiten selbständig weiter anzuwenden. Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz müssen neben Anbieterqualifikation und Evidenzbasierung der Methoden noch weitere Kriterien erfüllen, um förderfähig zu sein. So müssen die Aktivitäten aufgrund eines eindeutig erkennbaren Bedarfs geplant worden sein, sozial benachteiligte Zielgruppen erreichen und die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebensräumen initiieren. Zudem muss eine Maßnahme die Kriterien der Nachhaltigkeit, Zielgruppenpartizipation und Vernetzung erfüllen. Der Projektverlauf und seine Ergebnisse sollen im Projektteam reflektiert und bewertet werden. Diese Anforderungen an die Strukturqualität sind für alle Anbieter gesundheitsfördernder Leistungen bindend (AOK *et al.*, 2006).

Um die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung voran zu treiben, haben die Krankenkassen einen wissenschaftlichen Auftrag zur Untersuchung von Qualitätssicherung und Evaluation erteilt. Dabei geht es unter anderem um die Definition von Grundbegriffen und deren Handhabbarkeit für die Gesundheitsförderung, wie Zugänge zur Qualitätsbeurteilung, Ebenen der Qualitätsbeurteilung, Dokumentationsinstrumente, Methoden des Qualitätsmanagements und Beurteilungsinstrumente (Borchardt, 2003).

Sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten und Menschen in besonderen Lebenslagen tragen ein höheres Krankheitsrisiko und besitzen weniger Ressourcen, dieses Risiko auszugleichen als Menschen aus anderen sozialen Schichten. Die Folge ist eine erhöhte Krankheitslast, die ungleich verteilte Gesundheitschancen erkennen lässt (Mielck, 2003). Diese Zusammenhänge sind in Ländern der dritten Welt ebenso wie in Deutschland nachweisbar. Um diesen Missstand zu beheben, fordert die WHO (1978, 1986, 1988, 1991) und ihre Mitgliedsorganisationen seit den 1970er Jahren die Nationen der Welt dazu auf, einen Beitrag zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit zu leisten. In Deutschland wurde diese Forderung bei der Neuformulierung des § 20 SGB V berücksichtigt. In dieser Rechtsnorm wird explizit auf den Vorrang von gesundheitsfördernden Leistungen für sozial Benachteiligte hingewiesen. Auch die Krankenkassen bezogen sich in der überarbeiteten Version des Präventionsleitfadens auf diesen Umstand. Da vor allem Projekte mit einem Setting-Ansatz einen Zugangsweg zur sonst nur schwer erreichbaren Gruppe der sozial Benachteiligten schaffen, gilt dieser Interventionsform zur Zeit besondere Aufmerksamkeit. Allerdings sieht Pott (BZgA, 2005) hier noch erheblichen Qualifizierungsbedarf. Doch wie kann Qualität realisiert werden, ohne die oft bescheidenen Mittel der Projektanbieter zu überfordern? Eine mögliche praktikable Antwort bietet da der Good-Practice-Ansatz. Angelehnt an einer aus der Wirtschaft stammenden Methode der Qualitätsverbesserung erarbeitete der Kooperationsverbund *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* mit seinen Partnern ein eigenes Konzept.

Im zweiten Kapitel dieser Arbeiten wurden die Grundlagen des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung erläutert und Qualitätsanforderungen seitens des Gesetzgebers und der gesetzlichen Krankenversicherungen dargestellt. Aufbauend auf dieses Kapitel wird im Folgenden der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* vorgestellt. Kenntnisse in Abbildung und Umgang mit Qualität sind grundlegend für das Verständnis dieser Methode der Qualitätsentwicklung. Nachdem einleitend Hintergrund, Ziele und Struktur des Kooperationsbundes vorgestellt wurden, kann der Leser im nächsten Punkt die Umsetzung von Good Practice-Ansatz verfolgen. Hierzu werden zunächst theoretische Hintergründe aufgezeigt und anschließend die einzelnen Verfahrensschritte, die dem Good Practice-Ansatz

zugrunde liegen. Im dritten Teil dieses Kapitels werden positiv herausragende Aspekte dieser Qualitätsentwicklungsmethode geschildert. Bei zukünftigen Weiterentwicklungsprozessen sollten diese Elemente vorhanden bleiben. Potentielle Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung von Good Practice bietet der abschließende Punkt dieses Kapitels. Hier wird auf Literaturbasis eine theoretische Betrachtung des Good Practice-Ansatzes vorgestellt. Da das verwendete Material allerdings die Good Practice-Ansätze anderer Professionen analysiert, wie beispielsweise der Kriminalprävention, mussten die Thesen der Aufsätze abstrahiert und anschließend bezogen auf den Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes interpretiert werden. Im Fazit der gesamten vorliegenden Arbeit werden Verbesserungsvorschläge des Good Practice-Ansatz auf der Basis dieser identifizierten Schwachstellen gegeben.

3.1 Der Kooperationsverbund *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*

Mit dem Kooperationsverbund *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* wurde durch die BZgA ein Gremium initiiert, das der Gesundheitsförderung in diesem Handlungsfeld ein größeres Gehör verschaffen soll. Durch die breite Palette an Mitgliedern, können viele Ebenen und Sektoren des Gesundheitssystems erreicht werden.

3.1.1 Hintergrund und Ziele

Ein vorrangiges Ziel der Gesundheitsförderung stellt die Angleichung der Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen dar (Mielck, 2003). Eine Vielzahl von Projekten in der Bundesrepublik Deutschland verfolgen bereits diese Zielsetzung. Allerdings ist dies oft nur implizit der Fall, was zu einer sehr unübersichtlichen Struktur innerhalb der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte führt. Um einen Überblick über die Vielfalt in diesem Handlungsfeld zu erlangen und um einen Ansatzpunkt für den Erfahrungsaustausch zu schaffen, initiierte die BZgA im Jahr 2002 eine bundesweite Erhebung von Projekten der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte (Geene, 2003). Die große Resonanz auf die Datenbank führte zur Gründung des Kooperationsverbunds *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Er sollte die Vernetzung der Akteure in diesem Handlungsfeld unterstützen. Zunächst bestand der Kooperationsverbund aus der BZgA, dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und den Landesvereinigungen für Gesundheit. Im Laufe der Arbeit wuchs die Mitgliederzahl des Kooperationsverbundes auf 37 (Geene, 2006) Mitglieder an. Vertreten sind nun neben den Partnern der ersten Stunde alle Krankenkassenarten, einige Wohlfahrtsverbände und weitere Akteure, die sich im Feld der gesundheitlichen Chancengleichheit engagieren wollen (Geene, 2006).

Der Kooperationsverbund wurde mit dem Ziel gegründet, das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung transparenter zu gestalten, die Diskussion um angemessene Strategien der soziallyagen-bezogenen Gesundheitsförderung zu verstärken und um die Qualitätsverbesserung der Angebote zu unterstützen (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheit – SLfG, 2003). Der gesetzlichen Krankenversicherung soll hiermit ein praktikabler Weg angeboten werden, die in § 20 SGB V vorgesehene Verminderung gesundheitlicher Chanceneungleichheit so weit zu

erreichen, wie das Gesundheitswesen hier einen wirkungsvollen Beitrag leisten kann (BZgA, 2005). Als zentrale Handlungsfelder wurde der Aufbau und die Pflege der bundesweiten Online-Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de, die Errichtung regionaler Koordinierungsstellen (Regionale Knoten), die Unterstützung der Qualitätsentwicklung durch die Auswahl und Präsentation vorbildlicher Praxisbeispiele und die Vernetzung mit dem EU-Kooperationsprojekt *Closing the Gap – Strategies to tackle Health Inequalities in Europe* festgelegt.

3.1.2 Projekt Regionale Knoten

Das Pilotprojekt „Einrichtung regionaler Knoten zur nachhaltigen Stärkung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist Ausdruck der Kooperation der BzGA, des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen, der Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung sowie weiteren Trägern von Koordinierungsaufgaben auf Landesebene. Generalziel des Projektes ist es, durch die Initiierung regionaler Ansätze im Handlungsfeld sowie durch Begleitung und Förderung der Akteure, Gesundheitsförderung nachhaltig zu stärken (Geene, 2006). Damit wird ein Kommunikations- und Vernetzungsprozess vorangetrieben, der in der ersten Hälfte der 90er Jahre mit dem Kongress *Armut und Gesundheit* angestoßen wurde.

Die Landesvereinigung für Gesundheit in Berlin erhielt durch die BZgA den Auftrag zur Errichtung von regionalen Knoten. Die sogenannten regionalen Knoten agieren auf Bundeslandebene und haben als Träger meistens die jeweiligen Landesvereinigungen für Gesundheit. Die Landesvereinigungen sind der Landesvereinigung für Gesundheit in Berlin untergeordnet. Die Arbeit der regionalen Knoten orientiert sich an den Referenzzielen für die Knotenarbeit und liegt in der Verantwortung der regionalen Träger. Eine zentrale Koordinierungsstelle unterstützt die Arbeit der regionalen Knoten inhaltlich und organisatorisch. Die Projektkoordination hat die Aufgabe, den Koordinatoren/innen der Regionalen Knoten Informationen zur Verfügung zu stellen, sie bei der Beschaffung von Informatio-

nen zu unterstützen, Vorschläge zur Vorgehensweise zu machen und den gegenseitigen Austausch zum Thema „Good Practice“ zu organisieren⁸.

Die Grundlage der Arbeit der regionalen Knoten bilden die im Konsens mit den Mitarbeitern/innen der regionalen Knoten zentral aufgestellten Referenzziele. Sie werden jeweils entsprechend der regionalen Rahmenbedingungen gewichtet und mit den geplanten Aktivitäten unterlegt⁹. Die Referenzziele sind:

- Strukturbildung und Vernetzung stärken
- Transfer verbessern
- Qualitätsentwicklung fördern
- Knoten bekannt machen
- Datenbank gesundheitliche-chancengleichheit.de optimieren
- Interessenvertretung durch Lobbyarbeit
- Bedarfslücken identifizieren und schließen.

Für die Arbeit der Knotenkoordinatoren/innen bedeutet dies hauptsächlich den Aufbau und die Pflege von regionalen Arbeitskreisen, das Durchführen von Fachkonferenzen und anderer Veranstaltungsformate sowie die Identifizierung von Projekten der guten Praxis (BZgA, 2005). Ferner sollen die Koordinatoren/innen Informationen zum Thema aufbereiten und weiterleiten, Kontakt zu Schlüsselakteuren aufbauen, Öffentlichkeitsarbeit betreiben und Projekte beraten. Entsprechend den lokalen Gegebenheiten in den einzelnen Bundesländern lassen sich noch weitere Tätigkeiten formulieren, die ich aber aufgrund des Umfangs nicht benennen möchte. Zentral für alle Aktivitäten ist, dass sie einen Beitrag zu Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte leisten.

⁸ Die Darstellung der Aufbauorganisation der Regionalen Knoten entstammt einem intern verwendeten Konzept das durch Gesundheit Berlin e. V. erstellt wurde.

⁹ Die Referenzziele wurden nur in einem internen Papier beschrieben und können daher nicht mit einer Zitation belegt werden

3.1.5 Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Erfolgreiche Gesundheitsförderung basiert auf einer abgestimmten Strategie von Aufklärung, Beratung, Kompetenzentwicklung und strukturellen Maßnahmen auf den verschiedenen Handlungsebenen. Hier können internetgestützte Informationstechnologien einen wichtigen Beitrag leisten (SLfG, 2003). Sie tragen zum Aufbau aktivierender sowie nachhaltiger Vernetzungsstrukturen bei und regen zum Erfahrungsaustausch an. Diese Erkenntnisse veranlassten die BZgA im Jahr 2002 zum Aufbau einer Online-Datenbank, in die sich Projekte der Gesundheitsförderung mit der Zielgruppe sozial Benachteiligte eintragen konnten. Es trugen sich mehr als 2500 Anbieter ein und setzten dadurch ein Zeichen für den Bedarf an Zusammenarbeit und Kooperation (Geene, 2006). Aufgrund der guten Resonanz wurde die Datenbank in eine Online-Plattform umgewandelt, auf der neben den Projektbeschreibungen noch weitere Informationen, Veranstaltungshinweise und Forschungsergebnisse zum Themenbereich zu finden sind. Die integrierte Datenbank dient als Instrument, um auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene Projekte zu identifizieren und sich zu vernetzen. Des Weiteren dient sie als Datenbasis für die Qualitätsentwicklung nach dem Good-Practice-Ansatz. Für den weiteren Ausbau der Datenbank sind auf Länderebene die regionalen Knoten verantwortlich.

3.1.4 Closing the Gap

Seit Juli 2004 koordiniert die BzGA in Zusammenarbeit mit EuroHealthNet das Projekt „Closing the Gap – Strategies to tackle Health Inequalities in Europe“. Durch die Zusammenarbeit von 22 nationalen Partnern soll das bis Mai 2007 laufende Projekt insbesondere die Entwicklung und Verstärkung erfolgreicher Handlungskonzepte zur Bekämpfung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen auf der Ebene der EU, der nationalen Partner und ihrer Regionen unterstützen. Im Projektverlauf soll das Bewusstsein für den Beitrag politischer und Public Health-bezogener Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten geschärft werden.

3.2 Der Good Practice-Ansatz

Die in der Praxis agierenden Akteure der Gesundheitsförderung stehen immer neuen Qualitätsanforderungen gegenüber. Vor allem der für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten besonders erfolgreiche Setting-Ansatz ist sehr komplex und verlangt ein hohes Maß an methodischem Wissen und Projektmanagementkompetenz. Zudem rücken durch die chronische Ressourcenknappheit der Kassen die Kriterien der Effektivität und Effizienz immer mehr in den Vordergrund. Maßnahmen müssen diesen Kriterien standhalten und ihre Wirksamkeit nachweisen. Um die Projektanbieter in dieser neuen Situation zu unterstützen, wurde durch den Kooperationsverbund Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte die Methode der Qualitätsentwicklung durch Beispiele guter Praxis erarbeitet.

Good Practice ist ein pragmatischer Ansatz zur Qualitätsentwicklung. Durch das Herausstellen von Beispielen fachlich guter Praxis sollen Träger und Anbieter von Projekten die Möglichkeit erhalten auf einfache Weise von den Erfahrungen Anderer zu Lernen. Im folgenden Unterpunkt dieser Arbeit werden der theoretische Hintergrund und die einzelnen Verfahrensschritte vorgestellt. Der Darstellung des theoretischen Hintergrunds kommt bei der Schwachstellenanalyse von Good Practice eine wichtige Bedeutung zu.

3.2.1 Theoretischer Hintergrund des Good Practice-Ansatzes

In seinen Grundzügen orientiert sich Good Practice an der Qualitätsmanagementmethode des Benchmarkings, dem wiederum verschiedene Lerntheorien zugeordnet werden können. Im folgenden werden diese beiden theoretischen Zugangswege näher beleuchtet.

3.2.1.1 Benchmarking und Best Practice

Der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* orientiert sich in seinen Grundzügen an der Qualitätsmanagementmethode des Benchmarking (BZgA, 2005). Im Zentrum des Benchmarking steht der systematische Vergleich mit anderen Organisationen, mit dem Ziel, aus deren Problemlösungsstrategien zu lernen (Nagler, 2005; Merchel,

2004; Bratl *et al.*, 2002; Bässmann, 2002; Heindl, 1999). Der Vergleich kann organisationsintern oder mit externen Partnern, aus der eigenen oder einer fremden Branche, durchgeführt werden. Des Weiteren wird das Benchmarking in Produkt- und Prozessbenchmarking unterschieden. Im Produktbenchmarking werden Produktionsergebnisse an vorher festgelegten messbaren Kriterien miteinander verglichen. Das Prozessbenchmarking reichert diesen Vorgang mit einer Analyse des Entstehungsprozesses des Produktes an. Das Ziel des Prozessbenchmarkings ist die Vereinfachung und Beschleunigung von Prozessen, eine effektivere Aufgabenintegration und daraus folgernd die Reduktion von Kosten und die Optimierung des Ressourceneinsatzes.

Merchel (2004) unterteilt den Prozess des Benchmarkings in sieben einzelne Verfahrensschritte: Am Anfang eines jeden Benchmarkings steht die Frage, wer oder was zu welchem Zweck miteinander verglichen werden soll. Im ersten Schritt sind daher die Bereiche, Aufgaben und Prozesse auszuwählen, die als besonders bedeutsam erachtet werden. Diese können die Kernbereiche oder zentralen Prozesse aber auch die Schwachstellen eines Unternehmens darstellen. Um die Untersuchungsmaterie abbilden zu können, werden Kennzahlen bestimmt und Prozesse funktionsübergreifend analysiert sowie beschrieben. Anschließend wird ein Vergleichspartner gesucht, der möglichst die besten Erfolge im vorher festgelegten Bereich erzielt. Nun können Leistungslücken aufgedeckt und die Ursachen für Leistungsunterschiede sichtbar gemacht werden. Die daraus gewonnenen Anregungen für die Gestaltung der eigenen Praxis sollen aufgegriffen und möglichst konsequent umgesetzt werden. Mit der Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen endet der Prozess des Benchmarkings.

Bei genauer Betrachtung des Verfahrens wird deutlich, dass Best Practice in allen Phasen des Benchmarking-Prozesses vertreten und von zentraler Bedeutung sind. Angefangen bei der Ermittlung von Partnerunternehmen, von denen erwartet wird, dass sie im Besitz der Best Practices sind, über die genaue Analyse der Best Practice und ihrer Modifikation, bis zur Umsetzung in der eigenen Organisation (Heindl, 1999). Eine häufig zu findende Kritik am Vergleich mit dem Besten handelt sich entlang der schwierigen Nachweisbarkeit, wer der Beste ist. Nagler (2005) proklamiert die in manchen Branchen problembehaftete Messung von Ergebnissen und Bässmann (2002) sowie Bratl *et al.* (2002) halten es angesichts der Unübersichtlichkeit von Angeboten für unmöglich, das Beste herauszufinden. Alle drei genannten Autoren empfehlen daher die Verwendung des Begriffs Good

Practice. Hierzu Bässmann: „Der Begriff der Good Practice scheint nicht so problembeladen wie der des Best Practice, da auf der Basis einer wörtlichen Auslegung weder ein maximaler Qualitätsanspruch noch ein Benchmarking notwendig erscheint“ (Bässmann, 2002, S. 7). Entscheidend ist vielmehr, dass die identifizierten Praktiken mit hoher Wahrscheinlichkeit leistungsfähiger als die des eigenen Unternehmens sind und hieraus Lerneffekte und Impulse für Veränderungen abgeleitet werden können (Heindl, 1999). Aus diesem Grund verzichtet auch die Methode des Kooperationsverbundes auf die Suche nach der Besten aller möglichen Lösungen und verwendet den Begriff Good Practice statt Best Practice (BZgA, 2005).

Ebenso wie das Benchmarking verfolgt der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes das systematische Lernen am Beispiel. Die oben genannten Verfahrensschritte wurden für den Good Practice-Ansatz übernommen. Lediglich die Implementierung findet derzeit noch keine methodische Unterstützung durch den Kooperationsverbund. Die nachfolgende Darstellung von Best Practice-Lernen ist unabhängig von der Auslegung des Best Practice-Begriffs und kann daher auch auf den Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes angewendet werden.

3.2.1.2 Best Practice-Lernen

Heindl (1999) bezeichnet Benchmarking als Lernprozess. Daher ist es kein Wunder, dass die theoretische Aufbereitung des Good Practice-Ansatzes schnell zu verschiedenen Lerntheorien führt. Bei einer Übersicht der einzelnen Lerntheorien zu Benchmarking ist auffallend, dass häufig gleiche oder ähnliche Gedanken auftauchen, die Theorien aber verschieden benannt werden (Bratl *et al.*, 2002). Eine komplette Darstellung der Theorien ist aufgrund des Umfangs in dieser Arbeit nicht möglich.

Nagler (2005) bezieht sich in ihren Ausführungen auf die Theorien des Exemplarischen Lernens und des sogenannten Transferlernens. Exemplarisches Lernen beschreibt die Autorin als „intensive Auseinandersetzung mit Lerninhalten, die Einsichten in die Grundstrukturen möglichst weiter Gegenstandsfelder ermöglichen. Lerntheoretisch wird dabei von der Annahme ausgegangen, dass für jedes Lernen, das dem einzelnen Menschen Orientierungswissen vermittelt, die Rückbeziehung auf den eigenen Lebenszusammenhang unerlässlich ist“ (Nagler,

2005, S. 10). Daraus folgt, dass die einzelnen Beispiele so beschaffen sein müssen, dass sie für eine möglichst große Anzahl anderer Sachverhalte repräsentativ sind, und dass sie mit dem eigenen Problemlösungsbedarf korrespondieren. Das Transferlernen fokussiert ebenfalls die Übertragung von Problemlösungen. Dorsch (*zitiert in* Nagler, 2005) spricht dann von Transferlernen, wenn bestimmte Vorgänge beim Lernen oder Denken, die in einer ersten Aufgabe erworben sind, auf eine andere übertragen werden, wobei die Übertragung die Erledigung der zweiten Aufgabe förderlich oder hindernd beeinflussen kann. Der Transfereffekt tritt besonders dann ein, je ähnlicher sich die Situationen sind.

Die durch Bratl *et al.* (2002) aufgestellte Theorie des Best Practice-Lernens ist dem Transferlernen sehr ähnlich. Die Autoren bezeichnen Best Practice-Lernen als eine spezielle Lernform bzw. Lernstrategie, die man am einfachsten als Imitation von hervorragenden Beispielen verstanden werden kann. Dies bedeutet, dass vorhandenes Wissen von passenden Modellen übernommen wird und bei einem Anwender zum Einsatz kommt. Best Practice-Strategien unterscheiden sich damit ganz klar von innovationsorientierten Lernstrategien, bei denen es um die Entwicklung neuer Lösungen, um die Produktion von neuem Wissen oder um das Management des Einsatzes und der Zusammenführung von komplementären Wissensbereichen geht.

Die im Best Practice-Lernen verwendeten Methoden sind dabei vielfältig sowie unterschiedlich aufwändig und anspruchsvoll. Sie reichen von einfach zum Einsatz gebrachten Projektberichten über Expertenbefragungen und aufwändigen Projektdokumentationen bis zum prozessorientiert organisierten Benchmarking, bei dem Kernprozesse von Unternehmen und anderen Organisationen miteinander verglichen werden. Nach Bratl *et al.* (2002) kann Best Practice-Lernen insgesamt in drei verschiedene Strategietypen aufgeteilt werden:

- Datenlernen und Informationslernen
- Wissenslernen
- Kommunikationslernen

Das Daten- und Informationslernen basiert auf relativ unspezifisch verfassten Berichten zu hervorragenden Lösungen. Hierzu zählen journalistische Projektberichte, Exkursionsfahrten und Datenbanken. Werden keine geschulten Berichtsproduzenten und Datenbankgestalter eingesetzt, ist zu erwarten, dass nur wenig

verwendbare und anregende Informationen veröffentlicht werden. Erst wenn die Erfolgskomponenten und die Relevanzstrukturen der Nutzer wirklich bekannt sind, kann die Methode die Anwender irritieren und Lernprozesse auslösen. Werden die Projektbericht systematisch angefertigt und liegen Befragungen von Experten, die Bestlösungen realisiert haben, vor, sprechen Bratl *et al.* (2002) von Wissenslernen. Dem Wissenslernen liegt das Postulat zugrunde, dass die Experten wissen, warum ihr Unternehmen erfolgreich ist. Systematisch ausgewertete Erfahrungsberichte zeigen, dass dies für relativ einfache Maßnahmen tatsächlich der Fall ist (Bratl *et al.*, 2002). Das Defizit dieser Strategie liegt in der fehlenden umsetzungsbegleitenden Lernkommunikation, die eine Umsetzung des Lösungsansatzes im eigenen Unternehmen sichert. Komplexe Lernvorgänge, die neben Informationen auch die Adaption des Wissen beinhalten, können durch Wissenslernen allein nicht angestoßen werden. Die entsprechende Weiterentwicklung stellt das Kommunikationslernen dar. Hier wird auch das Wissen darum, wie Veränderung im Unternehmen umgesetzt werden kann, vermittelt. Bratl *et al.* (2002) beziehen sich bei der Methodenbeschreibung auf den Prozess des Benchmarking.

Der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes basiert auf den Strategien des Informations- und Wissenslernen. Die Methode ist, wie oben beschrieben, zwar am Benchmarking angelehnt, setzt aber den letzten Schritt, der die Implementierung von Veränderungen beinhaltet, nicht systematisch um.

3.2.2 Praktische Umsetzung

Good Practice wird durch den Kooperationsverbund und dem beratendem Arbeitskreis der BZgA als „ein Prozess, der von der Kriterienentwicklung über die Auswahl von Beispielen und den Transfer in andere Projekte und Handlungsfelder bis hin zur Qualitätsoptimierung von Angeboten reicht“ (BZgA, 2005, S. 10). Im folgenden werden die Bewertungskriterien und die Verfahrensschritte der Good Practice-Ansatzes vorgestellt. Das Verfahren ist zum Zweck der Transparenz und zur Qualitätssicherung standardisiert (BZgA, 2005).

3.2.2.1 Die Kriterien guter Praxis

Die Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten wurden 2003/2004 vom beratenden Arbeitskreis der BZgA *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* und seiner Unterarbeitsgruppe *Good Practice* entwickelt. Sie sollen eine Ausgangsbasis und Richtschnur bilden, um gute Praxisbeispiele zu identifizieren und zu präsentieren. Zudem können die Kriterien als Unterstützung bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung dienen. Im folgenden werden die Kriterien dargestellt und kurz erläutert.

1. Konzeption, Selbstverständnis

Gesundheitsförderung ist eine Interventionsform die auf allen gesellschaftlichen Ebenen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und –potenziale der Menschen unterstützt. Gesundheitsförderung umfasst die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen sowie die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Das schriftliche Konzept des zu beurteilenden Projektes soll einen klaren Zusammenhang zu den Methoden der Gesundheitsförderung beinhalten und die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit anstreben. Liegt eine derartige Konzeption oder Zielformulierung nicht vor, können die Knotenkoordinatoren/innen aufgrund ihrer Erfahrung das Projekt auf einen Zusammenhang zur Gesundheitsförderung hin einschätzen (Bzga, 2005).

2. Zielgruppe

Das Projekt fokussiert ausdrücklich die Zielgruppe der sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen oder Multiplikatoren, die mit der Zielgruppe arbeiten. Das Projekt soll die Zielgruppe in einem ausreichenden Maß erreichen. Indikatoren für soziale Benachteiligung: niedriges Einkommen, niedriger beruflicher Status, niedrige Schulbildung und schwierige Lebenslagen der Betroffenen (BzgA, 2005).

3. Innovation und Nachhaltigkeit

Ein innovatives Projekt zeichnet sich dadurch aus, dass es neue Ideen, Techniken, Methoden entwickelt hat und damit auch neuartige Lösungen für bestimmte Problemlagen und Herausforderungen praktiziert (BzgA, 2005). Nachhaltigkeit in gesundheitsfördernden Projekten ist dann gegeben, wenn die Wirkungen des Angebotes nach Projektlaufzeit noch weiterhin bestehen. Am besten ist sicherlich die Integration der Maßnahmen in ein Regelangebot oder in eine selbsttragende Struktur (BzgA, 2005).

4. Multiplikatorenkonzept

Das Projekt arbeitet mit anderen Berufsgruppen oder Institutionen zusammen und erhöht damit die Reichweite und die Qualität seiner Maßnahmen. Ein Multiplikatorenkonzept liegt außerdem vor, wenn im Rahmen des Projektes Multiplikatoren/innen begleitet und qualifiziert werden (BzgA, 2005).

5. Niedrigschwellige Arbeitsweise

Das Projekt berücksichtigt die Lebenslagen und die Bedürfnisse der Zielgruppe und praktiziert eine aufsuchende Zugangsmethode (BzgA, 2005).

6. Partizipation

Die Grundlage des Projektes bildet eine partnerschaftliche Kooperationen mit der Zielgruppe. Das Projekt zielt darauf, seine Adressaten aktiv in die Entscheidungs-, Gestaltungs- und Willensbildungsprozesse einzubinden (BzgA, 2005).

7. Empowerment

Das Projekt erhöht das Maß an Selbstbestimmung und Autonomie bei der Zielgruppe. Die Zielgruppe wird unterstützt, ihre Belange eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten. Zudem wird die Handlungsfähigkeit der Zielgruppe durch das Bereitstellen von materiellen Ressourcen unterstützt (BzgA, 2005).

8. Gestaltung der Lebenswelten/Settingansatz

Die Maßnahmen des Projektes sollen die Lebensbedingungen, unter denen die Zielgruppe lebt, lernt, arbeitet, spielt, fokussieren. Dies kann durch die Veränderung eines sozialen Systems, einer Organisation oder eines sozialen Netzwerks innerhalb von Organisationen geschehen (BzgA, 2005).

9. Vernetzung / Integriertes Handlungskonzept

Innerhalb des Projektes findet eine Ressourcenbündelung und eine fachübergreifende Zusammenarbeit mit Partnern außerhalb des Gesundheitsbereichs, die einem integrierten Handlungskonzept entspricht, statt (BzgA, 2005).

10. Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung

Im Rahmen des Projektes erfolgt eine systematische und kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung der Struktur, der Prozesse und der Ergebnisse des Projektes.

11. Dokumentation und Evaluation

Die Struktur, die Prozesse und die Ergebnisse des Projektes werden mit dem Ziel der Qualitätsentwicklung dokumentiert und ausgewertet (BZgA, 2005).

12. Kosten-Nutzen-Relation

Es erfolgt eine Gegenüberstellung der Kosten und des (angenommenen) Nutzen des Projektes. Die Kosten sollen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen (BZgA, 2005).

Ein Beispiel guter Praxis muss nicht in allen der genannten Kriterien ein herausragende Leistung vollbringen. Es ist wichtig, dass auch die Projekte für den Transfer genutzt werden können, die nur in einzelnen Punkten vorbildlichen Charakter haben. Mindeststandard für die Aufnahme als Beispiel guter Praxis ist allerdings die Erfüllung der Kriterien Konzeption/Selbstverständnis und Zielgruppe (BzgA, 2005).

3.2.2.2 Das *Good Practice* Auswahlverfahren

Die Identifizierung und Verbreitung von Beispielen guter Praxis ist die Aufgabe der Knotenkoordinatoren/innen. Die physische Grundlage des Verfahrens bilden die Projekte der Online-Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Sie werden innerhalb eines definierten Verfahrens anhand der Kriterien guter Praxis bewertet (BZgA, 2005). Des Weiteren sollten die ausgewählten Praxisbeispiele für bestehende Projekte eine Anregung darstellen oder zur Gründung von neuen Projekten beitragen.

Das Auswahlverfahren zur Bestimmung von Beispielen guter Praxis ist in sechs Prozesse untergliedert. Die folgende Darstellung des Verfahrens basiert auf der Beschreibung des Good Practice-Ansatzes auf der Internetseite www.gesundheitliche-chancengleichheit.de durch Gesundheit Berlin e. V..

In einem ersten Schritt muss ein Projekt als Beispiel guter Praxis vorgeschlagen werden. Das Projekt sollte aus dem Datenpool der Projektdatenbank entnommen worden sein. In Ausnahmefällen können aber auch andere Projekte bewertet werden. Der Vorschlag kann durch das Projekt selbst, den beratenden Arbeitskreis der BZgA oder durch eine/n Knotenkoordinator/in erfolgen. Anschließend überprüft der/die Projektkoordinator/in in einer kurzen Kontaktaufnahme zur Projektleitung findet ein erster Informationsaustausch zwischen Projektleitung und Knotenkoordinator/in statt (Gesundheit Berlin e. V., undatiert).

Nachdem sich der/die Koordinator/in einen groben Überblick über das Projekt verschafft hat, findet anhand einer Checkliste (siehe Anhang I) ein Angebotsprofilung statt. Die Checkliste wird im Idealfall durch die Projektleitung selbst ausgefüllt (Gesundheit Berlin e. V., undatiert). Der Fragenkatalog basiert auf den Kriterien guter Praxis und bildet für den/die Koordinator/in einen Anhaltspunkt, welche Kriterien durch das Projekt besonders gut erfüllt werden. Grundsätzlich gilt, dass für eine Auszeichnung als Beispiel guter Praxis nicht alle Kriterien mit besonders gut bewertet werden müssen (BzgA, 2005).

Im Anschluss an das Angebotsprofilung erfolgt die Bestätigung und Vertiefung des Fragenkatalogs durch ein Interview. Dies kann telefonisch oder face-to-face erfolgen und basiert auf einem Interviewleitfaden (siehe Anhang II). Der/die Knotenkoordinator/in kann sich anhand des Interviews einen persönlichen Eindruck über das Projekt verschaffen, um darauf aufbauend eine Gesamtwertung abzugeben (Gesundheit Berlin e. V., undatiert).

Durch ein Peer Review Verfahren wird die Meinung des/der Knotenkoordinators/in einer zweiten Prüfung unterzogen. Der/die Projektkoordinator/in fertigt hierzu eine auf Standards beruhende Beschreibung des Projektes und der identifizierten Kriterien an und eine zweite unabhängige Person bewertet auf der Basis des Projektkonzeptes, ob ein Beispiel guter Praxis vorliegt oder nicht (Gesundheit Berlin e. V., undatiert).

Nach einer weiteren redaktionellen Aufarbeitung wird die Beschreibung des Projektes und der Kriterien dem beratenden Arbeitskreis der BZgA zur Kenntnisnahme vorgelegt (Gesundheit Berlin e. V., undatiert).

In einem letzten Schritt wird hier über die Veröffentlichung und Kennzeichnung in der Datenbank gesundheitsliche-chancengleichheit.de entschieden. Das Auswahlverfahren ist im Anhang III dieser Arbeit nochmals graphisch dargestellt.

Wie die wachsende Zahl an veröffentlichten Beispielen guter Praxis zeigt, ist der Good Practice-Prozess in Gang gekommen. Seine Wirksamkeit kann er aber erst dann voll entfalten, wenn ein bundesweiter, umfassender Informationspool an Beispielen guter Praxis vorliegt (Geene, 2006).

3.2.3 Besonderheiten des Good Practice-Ansatzes

Der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes ist eine von vielen Möglichkeiten, die zur Qualitätsentwicklung von gesundheitsfördernden Projekten eingesetzt werden kann. Das besondere dieses Ansatzes ist der niedrighschwellige Zugang zum Thema der Qualitätsentwicklung und seine Pragmatik im Umgang mit Evidenz. Im folgenden werden diese beiden Punkte blitzlichtartig beleuchtet.

3.2.3.1 Niedrighschwelliger Ansatz

Das Thema Qualität bzw. Qualitätsmanagement löst bei vielen Praktikern Berührungspunkte aus (BZgA, 2005). Dies liegt zum einen an der damit verbundenen Bewertung der eigenen Arbeit (BfGe, 2000), zum anderen an der Theoriegebundenheit des Themas (BZgA, 2005). Der Good Practice-Ansatz bietet einen einfachen Weg die Qualität von Projekten zu verbessern.

Die Good Practice-Methode bietet durch eine praxisnahe Anleitung zur Umsetzung von Ideen auch Nichtexperten/innen die Chance, Qualitätsentwicklung zu betreiben. Über konkrete Beispiele wird die praktische Hilfestellung bei der Entwicklung von Angeboten anschaulicher, als dies durch reine Vermittlung theoretischer Konzepte gelingt (BzgA, 2005). Bei nicht komplexen Aufgabenstellungen sehen auch Bratl *et al.* (2002) im Beispiellernen eine effiziente Methode, Abläufe und Prozesse zu gestalten. Diese Lernform ist motivierender als das Abarbeiten von Regelwerken und Checklisten. Durch Good Practice können vor allem diejenigen Praktiker erreicht werden, die sonst keinen oder nur wenig Theoriebezug haben. In umgekehrter Richtung können Wissenschaftler/innen das Erfahrungswissen von Praktikern entdecken. In der Veröffentlichung der BzgA zu den Kriterien guter Praxis wird dies folgendermaßen ausgedrückt: „Evidenzbasierte Praxis trifft praxisbasierte Wissenschaft“ (BzgA, 2005, S.10).

3.2.3.2 Pragmatische Evidenzbasierung

Evidenzbasierung ist ein Dauerthema im Zuge der Debatte um Qualität in der Gesundheitsförderung. Angetrieben wird diese Diskussion durch knappe Ressourcen, die möglichst effektiv eingesetzt werden sollen. In zunehmendem Maße werden nur noch diejenigen Projekte gefördert, die ihre Wirkung darlegen können (Ruckstuhl, 2003). Es wird gefordert, die Interventionen der Gesundheitsförderung mit den gleichen methodischen Vorgehensweisen zu untersuchen, wie sie die Medizin für ihre klinischen Interventionen verwendet. Dass diese Methoden bei Vorhaben der Gesundheitsförderung so nicht anwendbar sind, wird übersehen. (Luber, 2006; FES, 2006). Für umfangreiche Evaluationen fehlen den Projektträgern häufig die Ressourcen, die nötig wären, um die Wirkung einer Maßnahme zu messen. Noch dazu ist der Wirkungsnachweis methodisch sehr umstritten (Rosenbrock, 2004).

Der Good Practice-Ansatz bietet die Möglichkeit auf einer sehr pragmatischen Ebene Evidenz zu erzeugen. Vorhandene Erfahrungen erfolgreicher Projekte oder Organisationen werden systematisch miteinander verglichen und durch Experten/innen bewertet. Eine Experten/innenmeinung stellt die unterste Stufe innerhalb der Hierarchieebenen der Evidenz dar und lässt sich zugleich sehr effizient umsetzen. Zudem kann der Experte/in aufgrund seiner/ihrer Erfahrung auch komplexe Wirkungszusammenhänge einschätzen. Eine aufwendige und kostenintensive Evaluation kann vermieden werden. Daher fordert auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, dass gelungene Konzepte und Maßnahmen ausgewählt und auf breiter Basis dauerhaft implementiert werden müssen (SVR, 2003).

3.2.4 Kritische Aspekte des Good Practice-Ansatzes

Das Kernelement des Good Practice-Ansatzes ist das Lernen am Beispiel. Diese sehr einfache methodische Grundlage weist trotz allem Elemente auf, deren Nichtbeachtung negative Konsequenzen für den Anwender beinhalten können. Im folgenden werden diese Elemente kritisch beleuchtet. Die eingehende Betrachtung dieser Aspekte soll das Verbesserungspotential des Good Practice-Ansatzes aufzeigen.

3.2.4.1 Ressourcenbindung durch Good Practice

Die Grundvoraussetzung des Good Practice-Ansatzes ist, dass sich Projekte einer deskriptiven Analyse und Bewertung unterziehen. Es stellt sich die Frage, warum ein Projekt an einer Good Practice Bewertung Interesse zeigen sollte, da verschiedene Aspekte gegen eine Beteiligung sprechen.

Heindel (1999) begründet eine ablehnende Haltung mit dem Wettbewerb zwischen verschiedenen Projekten. Dieser beruht im Bereich der Gesundheitsförderung nicht wie in der freien Marktwirtschaft auf der Maxime der Gewinnsteigerung, sondern auf begrenzten Ressourcen. Nur eine bestimmte Anzahl, eben die besonders guten Projekte oder Maßnahmen, können Mittel akquirieren und würden sich bei Herausgabe ihrer Besonderheiten Konkurrenz schaffen, die den Fortbestand der Maßnahme gefährden könnte. Die Forderung, erfolgreiche Projekte oder Maßnahmen zu identifizieren und für den Vergleich heranzuziehen, wird zum Paradoxon und das ganze Konzept könnte bei fehlendem Anreiz für die Beispielprojekte hinfällig werden (Heindl, 1999). Aber auch ein sogenannter branchenübergreifender Vergleich, bei dem für das Good Practice-Projekt nicht die Gefahr eines unmittelbarer Verlusts von Wettbewerbsvorteilen besteht, kann auf Ablehnung stoßen. Denn auch hier werden Ressourcen gebunden, die sich für das Good Practice-Projekt auszahlen müssen.

Anders sieht es aus, wenn in bestimmten Bereichen nicht erkennbar ist, welche Maßnahme besonders erfolgreich arbeitet und mehrere Träger sich über die Qualität ihrer Arbeit unsicher sind. Hier bietet der Vergleich mit Anderen die Möglichkeit, effektive Methoden zu ermitteln. Projektträger können von anderen Trägern Methoden implementieren und eventuell eigene Vorgehensweisen an ande-

re weitergeben. Nach Heindl (1999) ist diese Offenheit aber nur bei bestehender Intransparenz lukrativ. Hier stellt sich die Frage, ob mit dem Ziel der Schaffung von Transparenz im Handlungsfeld der Gesundheitsförderung, zunehmend weniger Projekte zur Teilnahme bereit sind.

Das Konzept der Qualitätsentwicklung mittels des Good Practice-Ansatzes kann nur gelingen wenn die Teilnahme am Bewertungsverfahren sich als vorteilhaft darstellt. Dies kann in Form von materiellen oder immateriellen Anreizen geschehen. Der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes kann hier allerdings nur wenig bieten. Nicht von der Hand zu weisen ist, dass durch die Auszeichnung als Beispiel guter Praxis, eine positive Auswirkung auf die Bekanntheit und das Ansehen eines Projektes hat.

3.2.4.2 Der Good Practice-Ansatz als Paradox

Beispiele guter Praxis stellen gelungene Problemlösungsansätze dar. Die Entwicklung einer Problemlösung verläuft in mehreren Teilschritten. Zunächst muss ein Problem identifiziert und näher eingegrenzt werden. Anschließend kann das mit einer Zielperspektive ausgestattete Projekt einen Lösungsweg suchen. Die Definition und die Identifizierung der Ursache eines Problems ist der erste und wichtigste Schritt und muss auch von Anwendern der Good Practice-Methode begangen werden. Sind die Probleme im eigenen Projekt identifiziert, kann gezielt nach Verbesserungen gesucht werden (Nagler, 2005). An dieser Stelle hakt Nagler (2005) ein und beschreibt den Good Practice-Ansatz als Paradox, da für diejenigen, die ihr Problem gut definiert haben, die Suche nach einem Praxisbeispiel nicht mehr nötig ist. Sie haben durch die exakte Problemdefinition schon einen geeigneten Lösungsansatz gefunden. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass Projekte mit einer unspezifischen Problemdefinition den Good Practice-Ansatz nicht effektiv einsetzen können. Denn nach was sollen sie suchen? Die Beispielsammlungen guter Praxisbeispiele sind Angebote und müssen nachgefragt, gesucht und gefunden werden. Nur ein genau bestimmtes Problem ermöglicht innerhalb einer Datenbank die Suche nach einer Lösung. Qualitätsverbesserung anhand von Beispielen guter Praxis kann also nur eingeschränkt von der Zielgruppe benutzt werden, die wahrscheinlich den größten Bedarf an Qualitätsverbesserung hat: diejenigen Projekte mit wenig Qualitätsbewusstsein und geringen

Kenntnissen im Qualitätsmanagement. Der Good Practice Ansatz ist zwar ein sehr pragmatisches Werkzeug, kann aber trotzdem nur bei Kenntnis eines Qualitätsproblems eingesetzt werden (Heindl, 1999).

3.2.4.3 Definition der Erfolgsfaktoren

Die Good Practice-Kriterien liefern die Grundlage für den systematischen Vergleich und Bewertung verschiedener Projekte. In einem zweiten Schritt gilt es, die Ursache für die leistungsmäßige Überlegenheit zu ermitteln. Denn nur durch die Kenntnis der Ursachen können im eigenen Projekt Verbesserungen angestoßen werden. Das Auffinden der zentralen Erfolgsfaktoren ist schließlich der implizite Sinn des Good Practice-Ansatzes. Die Problematik besteht hierbei in der Identifikation der zentralen Ursachen und ihrer Abgrenzung von den daraus resultierenden Wirkungen (Heindl, 1999). Die Komplexität von Projekten und die wechselseitige Beeinflussung von Ursache und Wirkung lässt dies oft unmöglich erscheinen. Auch Bratl *et al.* (2002) sehen bei komplexen Erfolgsbeispielen die Grenze der Methode, denn kein externer Beobachter kann die genauen Ursachen des Erfolges erkennen. Da gerade die Wirkung gesundheitsfördernde Projekte nach dem Setting-Ansatz nur schwer nachvollziehbar ist (Rosenbrock, 2004) und dieser Interventions-Ansatz sehr häufig in der soziallagen-bezogenen Gesundheitsförderung eingesetzt wird, trifft dieses Gegenargument zu Good Practice auf den Ansatz des Kooperationsverbundes zu. Komplexe Lösungsstrategien können nach Bratl *et al.* (2002) nicht einfach übernommen werden, sondern bedürfen einer strategisch koordinierten Entwicklung. Dieses abschließende Argument von Bratl und Kollegen zeigt das der Transfer von Wissen nur mit Einschränkungen gelingen kann.

3.2.4.4 Wissenstransfer

Konnte ein Projekt als Good Practice Beispiel identifiziert werden und eine Begründung für den Erfolg gefunden werden, können die ursächlichen Verfahrensweisen in den seltensten Fällen eins zu eins übernommen werden (Heindl, 1999; Nagler, 2005). Hier wird von Praktikern eine enorme Adaptionleistung erwartet. Die/der Beispielnutzer/in hat den Kontextbezug des Beispiels zu verstehen, muss eine Reformulierung des Problems vornehmen, indem der Kontextbezug des

eigenen Problems berücksichtigt wird und muss darauf hin die Beispiellösung anpassen. Dieser Vorgang beinhaltet ein aktives Nachvollziehen eines Lernprozesses, der nicht selbst durchlebt wurde. Dies erfordert ein ähnliches Handlungswissen wie das, welches dem Beispielprojekt zugrunde liegt und genaue Kenntnisse über dessen Kontext. Nagler (2005) vergleicht diese Ansprüche mit der Darstellung von Projekten in verschiedenen Datenbanken. Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass eher die allgemeine und verallgemeinernde Beschreibung im Vordergrund steht, dass Kontextbezüge vernachlässigt werden und Handlungsanleitungen in der Regel fehlen. In Bezug zum Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes bleibt dies abzuwarten, da noch nicht viele Beispiele guter Praxis veröffentlicht sind.

Es zeichnet Beispiele gelungener Praxis aus, dass sie Lösungen für spezifische Probleme in bestimmten Situationen unter bestimmten Rahmenbedingungen darstellen. Je stärker der Entstehungskontext ausgeblendet wird, je allgemeiner ein gutes Praxisbeispiel beschrieben wird, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es mit vergleichbarem Erfolg übertragen werden kann und desto höher ist der Aufwand der Anpassung an die gegebene Situation im Rahmen von Organisationsentwicklung (Nagler, 2005).

4 Expertenbefragung zu Good Practice

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung und Diskussion des Good Practice-Ansatzes des Kooperationsverbundes *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Da trotz eingehender Recherche nicht ausreichend Literatur zur analytischen Betrachtung von Good Practice identifiziert werden konnte, wurden zusätzlich empirische Daten erhoben. Es empfahl sich das Experteninterview, das eine wissenschaftliche Grundlage besitzt und dennoch in seiner Umsetzung pragmatisch gehandhabt werden kann.

4.1 Systematische Literaturrecherche

Die Analyse des *Good Practice*-Ansatzes gestaltet sich zunächst äußerst aufwendig. Allein mit dem Suchbegriff *Good Practice* werden in der wissenschaftlichen Datenbank <http://google.scholar.com> 17.100 Treffer erzielt. Wird die Suche auf den deutschen Sprachraum und auf Veröffentlichungen der letzten fünf Jahre beschränkt, sind es immerhin noch 161 Treffer. Ähnliches geschieht bei der Recherche anhand des Suchbegriffs *Best Practice*. Hier werden 766 deutschsprachige Veröffentlichungen für den Zeitraum der letzten fünf Jahre angezeigt. Bei der Durchsicht der Veröffentlichungen wird allerdings deutlich, dass es sich meist um anwendungsorientierte Literatur handelt, in der Autoren anhand von Beispielen guter oder exzellenter Praxis bestimmte Vorgehensweisen empfehlen. Literatur, die das methodische Vorgehen von Good bzw. Best Practice-Ansätzen analysiert, ist wenig zu finden. Insgesamt konnten hierzu nur 3 Publikationen als für diese Arbeit relevant identifiziert werden: Nagler (2005), Bässmann (2002) und Bartl *et al* (2002). Allerdings bietet <http://google.scholar.com> nicht die Möglichkeit, alle Veröffentlichungen anhand von Abstracts einzusehen, weshalb einige Publikationen anhand ihres Titels eingeschätzt werden mussten. Wird mit Hilfe der Metasuchmaschine www.metager.de eine Internetrecherche durchgeführt, so werden mit *Best Practice* 355 Treffer und mit *Good Practice* 200 Treffer erzielt. Die angegebenen Internetseiten verweisen meist auf Datenbanken, die Beispiele guter Praxis enthalten oder beziehen sich auf Beratungsangebote von Consulting Agenturen. Für die Analyse des Good Practice-Ansatzes konnten keine relevante Informationen ermittelt werden. Nagler (2005) und Bässmann (2002) kommen bei ihren Recherchen zu ähnlichen Ergebnissen.

4.2 Das Experteninterview

Das Experteninterview ist eine etablierte Erhebungsmethode der empirischen Sozialforschung. Die Auswahl der Interviewpartner/in und die Durchführung der Befragung erfolgt nach festgelegten Regeln. Im folgenden wird die Erhebungsmethode und das Vorgehen bei der Datenerhebung beschrieben.

4.2.1 Beschreibung der Erhebungsmethode

Das Experteninterview ist eine ermittelnde Befragung, bei der sich die interviewte Person durch einschlägiges Wissen auszeichnet. Im Unterschied zu anderen qualitativen Verfahren werden die Aussagen der interviewten Person unabhängig von ihrem biografischen Hintergrund analysiert. Die Befragten werden vielmehr als Funktionsträger begriffen (Meuser und Nagel, 2002). Bogner und Menz (2002) differenzieren die Erhebungsmethode in drei Typen: explorativ, systematisierend und theoriegenerierend. Für den vorliegenden Fall wurde das systematisierende Experteninterview gewählt. Im Vordergrund steht hier das aus der Praxis gewonnene, kommunizierbare Handlungs- und Erfahrungswissen. Der/die befragte Experte/in wird als Ratgeber/in gesehen, der/die über ein bestimmtes, dem/der Forscher/in so nicht zugängliches Fachwissen verfügt (Bogner und Menz, 2002).

Mit Hilfe des systematisierenden Experteninterviews können wichtige Hinweise auf Vorteile, Schwachstellen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Good Practice-Ansatzes gewonnen werden. Die Erhebung dient der Unterstützung und nicht als Grundlage der Analyse des Good Practice-Ansatzes. Gewisse methodische Mängel wurden daher in Kauf genommen.

4.2.2 Auswahl der Experten

Die Wahl der Interviewpartner/innen erschließt sich aus der zugrundeliegenden Definition eines Experten/in und dem zur Verfügung stehendem Praxisfeld. Bogner und Menz unterscheiden zunächst drei verschiedene Expertenbegriffe und entwerfen im Anschluss eine eigene Definition. Sie (Bogner und Menz, 2002) definieren eine/n Experten/in als Person, die sich, ausgehend von spezifischem

Praxis- oder Erfahrungswissens eines bestimmten Problemkreises, die Möglichkeit geschaffen hat, ein Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend zu strukturieren. Indem das Wissen eines/r Experten/in praxiswirksam wird, strukturiert es die Handlungsbedingungen anderer Akteure in seinem/ihrem Aktionsfeld in relevanter Weise. Für die vorliegend beschriebene Datenerhebung wurden drei Personen ausgewählt, die innerhalb des Kooperationsverbundes *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte* die Umsetzung des Good Practice-Ansatzes koordinieren. Aufgrund ihrer Funktion gelten sie als Experten in Bezug zur spezifischen Umsetzung des Good Practice-Ansatzes. Die Rekrutierung der ausgewählten Personen fand telefonisch statt. Eine Person konnte aus terminlichen Gründen nicht an der Befragung teilnehmen. Die restlichen zwei Personen stimmten der Befragung zu.

4.2.3 Durchführung der Interviews

Zur Durchführung des Interviews empfehlen Meuser und Nagel (2003) einen Interviewleitfaden, der das Gespräch strukturiert und zugleich Raum für unerwartete Themendimensionierungen lässt. Bogner und Menz (2002) grenzen diese Vorstellung für das systematisierende Experteninterview ein und fordern einen ausdifferenzierten Leitfaden. Der in der vorliegenden Arbeit verwendete Leitfaden fokussiert zunächst auf die Vorteile des Good Practice-Ansatzes. Hiermit wird das Ziel verfolgt, die Aspekte des Verfahrens herauszustellen, die der Methode innerhalb des speziellen Kontextes ihre Besonderheit verleihen. Diese Punkte gilt es bei der Weiterentwicklung der Methode zu erhalten. Die zweite Frage zielt auf die Schwachstellen des Ansatzes. Sie bilden den Ausgangspunkt möglicher Veränderungen. Die abschließende dritte Frage thematisiert die Weiterentwicklungsmöglichkeiten von Good Practice. Der Interviewleitfaden ist im Anhang IV dieser Arbeit einsehbar. Zur Beschreibung des Interaktionsgeschehens während des Interviews sehen Bogner und Menz (2002) die Analyse der Beziehung zwischen Interviewer/in und Experten/in als ausreichend an. Insgesamt generieren die Autoren sechs typische Szenarien. In der vorliegenden Untersuchung wiesen die durchgeführten Interviews nur eine gering ausgeprägte asymmetrische Befragungssituation auf und tendierten gelegentlich zur Diskussion. In diesem Fall wird von Bogner und Menz der Interviewer als Co-Experte/in definiert, da der/die Experte/in dem/der Interviewer/in unterstellt, dass er/sie die praktischen Hand-

lungsbedingungen des/der Befragten kennt (Bogner und Menz, 2002). Eine vollständige Wissenskongruenz muss für dieses Szenario nicht vorliegen.

Die Expertenbefragungen wurden als teilstrukturiertes Telefoninterview durchgeführt und schriftlich dokumentiert. Die Niederschrift erfolgte nicht wortwörtlich anhand eines Gesprächsmitschnitts sondern stichwortartig während der Befragung. Es wurden nur die Äußerungen schriftlich festgehalten, die sich auf die Beantwortung der Fragen bezogen. Für die Auswertung wurden die festgehaltenen Aussagen schrittweise verallgemeinert und anschließend zu thematischen Clustern zusammengefasst. Ausschlaggebend für die Bündelung der Aussagen war ihre inhaltliche Ähnlichkeit. Zur Verbesserung der Validität der Erhebung wurden die Aussagen nach der Clusterung den interviewten Personen wieder vorgestellt und Veränderungen im Sinngehalt der Aussagen aufgenommen. Anschließend erfolgte die Rückinterpretation der zusammengefassten Äußerungen in den Kontext des Kooperationsverbundes. Die Auswertungsmethode orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) und der modifizierten Version der Inhaltsanalyse nach Mayring durch Pelz *et al.* (2004).

4.3 Ergebnisse der Befragungen

Im folgenden werden zusammengefasst die Aussagen der beiden befragten Personen dargestellt. Auf eine getrennte Darstellung der beiden Interviews wurde verzichtet. Die Gliederung der Aussagen orientiert sich an den Fragen des Interviewleitfadens.

4.3.1 Vorteile des Good Practice-Ansatzes

Um den Nutzen und die Vorteile des Good Practice-Ansatzes zu beschreiben, ist es wichtig den Ansatz in seiner Gesamtheit zu betrachten.

Good Practice besteht aus dem Verfahren der Identifizierung, Bewertung und Präsentation von Projekten sowie aus der Projektdatenbank und den Kriterien guter Praxis. In der Gesamtschau bietet Good Practice eine Antwort auf die häufig gestellte Frage: Was ist Qualität in der Gesundheitsförderung? Die besondere Leistung des Ansatzes liegt vor allem darin, Qualitätskriterien aufzustellen und diese anhand von Beispielen greifbar zu machen. Auf diese Weise wird Projektmitarbeitern/innen und –trägern ein Instrument an die Hand gegeben, das auf sehr pragmatische Weise den Umgang mit Qualität thematisiert. Die Kriterien guter Praxis können zur Planung sowie zum Zweck der Selbstevaluation herangezogen werden. Dies führt zu einem weiteren durch die Experten genannten Grund, warum der Good Practice-Ansatz angewandt wird.

Die Effekte gesundheitsfördernder Maßnahmen sind häufig nur langfristig zu erkennen und die Wirksamkeitswege entsprechend komplex. Es fehlen geeignete Erhebungsmethoden und häufig auch die Ressourcen, um eine kostenintensive Endpunktevaluation durchführen zu können. Einen Ausweg bietet die systematische Bewertung anhand des Wissens von Experten, wie es der Good Practice-Ansatz verfolgt. Dieser Baustein des Verfahrens unterläuft zwar den Anspruch höherer Evidenzstufen, ist aber aufgrund oben genannter Probleme pragmatisch. Eine Expertenmeinung ist zwar in ihrer Aussagekraft objektiven Messmethoden unterlegen, solange geeignete Instrumente jedoch nicht zur Verfügung stehen bzw. ökonomisch oder methodisch nicht umsetzbar sind, ist sie das Mittel der Wahl.

Ein weiterer Vorteil von Good Practice besteht darin, dass die ausgezeichneten Projekte in sehr unterschiedlichen Bereichen angesiedelt und nicht unbedingt dem Gesundheitssektor zu zurechnen sind. Dadurch wird der interdisziplinäre Ideenaustausch gefördert. So haben zum Beispiel Projekte der Gemeinwesenarbeit häufig sehr gute Zugangswege zur Bevölkerung eines Stadtteils, der durch explizit gesundheitsfördernde Maßnahmen aufgegriffen werden kann. Das Resultat ist nicht nur die Verbesserung von Projekten, sondern auch die gedankliche Weiterentwicklung der Projektmitarbeiter/innen. Good Practice führt zur Verbreitung eines umfassenden Gesundheitsbegriffs und der ethischen Grundsätze von Gesundheitsförderung.

Zudem ist von den Experten zu hören, dass die Eigenwahrnehmung von Projekten häufig nicht mit der Bewertung durch eine externe Personen übereinstimmt. Der Grund liegt aber nicht in einer Überschätzung sondern meist in mangelndem Verständnis gesundheitsfördernder Strategien. Mit Hilfe der Kriterien guter Praxis können diese Projekte auf Defizite aufmerksam gemacht werden, ohne sie gleichzeitig zuviel negativer Kritik auszusetzen. Die praktischen Beispiele zeigen auf eine anschauliche Art und Weise, wie Gesundheitsförderung effektiv umgesetzt werden kann. Die tiefgehende theoretische Auseinandersetzung mit Qualität in der Gesundheitsförderung ist zur Nutzung von Good Practice nicht unbedingt nötig.

Die Auszeichnung als Beispiel guter Praxis bedeutet für Projekte einen Zuwachs an öffentlicher Aufmerksamkeit und Anerkennung. Gerade bei Berufsgruppen sozialer Dienstleistungen ist hier ein Mangel zu verzeichnen. Ob die Auszeichnung einen positiven Einfluss auf die Akquise von Fördermitteln hat, sei dahin gestellt.

4.3.2 Schwachstellen des Good Practice-Ansatzes

Good Practice stellt zum jetzigen Zeitpunkt nur einen Ansatz dar und kann noch nicht als ausgereifte Methode gesehen werden. Die Analyse der Schwachstellen von Good Practice kann daher nur hypothetisch erfolgen. Insgesamt wurden von den Experten drei zentrale Schwachstellen genannt.

Die Experten nannten als kritischsten Aspekt von Good Practice den Wissenstransfer. Einzelne Beispiele guter Praxis stellen kein universelles Erfolgsrezept dar, welches einfach „nachgekocht“ werden kann. Genau diese Vorstellung impliziert aber der Good Practice-Ansatz. Good Practice unterschlägt die nötige Adaption von Projektideen, um diese in einem anderen Umfeld umsetzen zu können. Dies führt zu einem zweiten kritischen Aspekt des Ansatzes. Denn nicht nur die Adaption von Projektideen sondern auch die anschließende Implementierung von Veränderungsprozessen bedarf der Unterstützung.

Die Qualitätsentwicklung von Projekten ist ein ressourcenintensives Unterfangen und kann nicht ohne spezielle Kompetenzen in der Organisationsentwicklung umgesetzt werden. Die alleinige Präsentation von Beispielen guter Praxis ohne eine zusätzliche Unterstützung kann nur ein Impulsgeber sein, aber wenig konkrete Veränderungen bewirken. Es fehlt die Vermittlung praktischer Kompetenzen, zum einen bezogen auf die Strategien der Gesundheitsförderung an sich und zum anderen im Hinblick auf die Implementierung von Veränderungsprozessen.

Die Befragten gaben an, dass die Erfahrungen mit dem Good Practice-Ansatz zeigen, dass die Kriterien guter Praxis einer Überarbeitung bedürfen. Der Aspekt der Lobbyarbeit ist bisher nicht ausreichend berücksichtigt worden. Gesundheitsförderung muss aber immer auch in einem politischen Kontext gedacht werden. Weitere Kritik wird an das Bewertungskriterium Partizipation heran getragen. Bürgerbeteiligung ist ein Prozess der initiiert und begleitet werden kann, aber dennoch sehr von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängt. Eine Übertragbarkeit eines bestimmten Vorgehens zur Partizipation, wie es der Good Practice-Ansatz vorsieht, ist kaum möglich. Ein dritter Punkt betrifft das Zusammenspiel der Kriterien. Im standardisierten Verfahren der Projektbeschreibung ist die getrennte Betrachtung einzelner Kriterien vorgesehen, was aber die Realität nicht abbildet. Einige Kriterien bedingen sich gegenseitig oder bilden die Ursache eines anderen Kriteriums.

4.3.3 Weiterentwicklungsmöglichkeiten

Der Good Practice-Ansatz befindet sich in einem stetigen Verbesserungsprozess. Aktuell werden innerhalb des Kooperationsverbundes die Kriterien guter Praxis überprüft. Ganz im Geiste der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung müssen die Qualitätskriterien den neuesten wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnissen entsprechen. Auch das Auswahlverfahren und die Darstellung der Projekte werden augenblicklich kontrolliert. Hierzu liegen aber noch keine konkreten Ergebnisse vor.

Eine oben genannte Schwachstelle des Good Practice-Ansatzes ist der Wissenstransfer. An dieser Stelle sollte eine Nachbesserung erfolgen. Anzustreben ist ein Konzept, das Hilfen zur Adaption und Implementierung von Methoden beinhaltet. Dies kann beispielsweise mit einer Begleitung durch Veränderungsprozesse oder durch das Bereitstellen eines praktisch anwendbaren Instrumentariums umgesetzt werden. Hilfreich wäre hierfür eine Ausweitung der zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Ein weiterer durch die Experten genannter Aspekt bezieht sich auf den Bekanntheitsgrad der Projektdatenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. Eine Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit würde den gesamten Good Practice-Ansatz bekannter machen und den Wert, ein Beispiel guter Praxis zu sein, steigern. Dies hätte wiederum zur Folge, dass sich vermehrt Projekte in die Datenbank eintragen und sich auch um eine Auszeichnung bemühen würden.

Fazit

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel den Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* vorzustellen und zu diskutieren. Zudem sollen Weiterentwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Die aus den ersten beiden Zielen resultierenden Fragen wurden in den Kapiteln eins bis vier beantwortet. Im folgenden Fazit ist daher noch einmal eine Zusammenfassung der Kapitel zu finden. Auch das dritte Ziel, die Identifikation von Weiterentwicklungsmöglichkeiten, wird im vorliegenden Fazit dieser Diplomarbeit bearbeitet. Dies begründet sich in der fehlenden Literatur zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Good Practice-Ansatzes. Die für diese Arbeit entwickelten Verbesserungsmöglichkeiten basieren auf den Schlussfolgerungen des Autors und fließen daher nicht in den Hauptteil der Diplomarbeit ein.

Das erste Kapitel stellt Gesundheitsförderung als Interventionsform der gesundheitlichen Versorgung vor. Zentral hierbei sind das Salutogenesemodell Aaron Antonovskys, die Ottawa Charta der WHO, sowie die grundlegenden Strategien der Verhaltens- und Verhältnisorientierung. Da sich der Good Practice-Ansatz auf Projekte mit der Zielgruppe der sozial Benachteiligten bezieht, wurde in einem weiteren Unterpunkt speziell diese Zielgruppe und der hierbei häufig verwendete Setting-Ansatz behandelt. Das soziale Benachteiligung mit der einhergehenden gesundheitlichen Chancenungleichheit auch in der Gesundheitspolitik angekommen ist, konnte dem letzten Punkt dieses Kapitels entnommen werden. Das folgende Kapitel behandelt den Aspekt der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Hier galt es zunächst die in diesem Zusammenhang verwendeten Begrifflichkeiten zu definieren und auf die Gesundheitsförderung anzuwenden. Von großer Bedeutung waren vor allem die Abbildung und der Umgang mit Qualität, da dies für die Darstellung des Good Practice-Ansatzes wichtig ist. Um die Bedeutung der Qualitätsdebatte im Gesundheitswesen hervorzuheben, wurden in diesem Kapitel zusätzlich die Vorgaben von Seiten des Gesetzgebers und der gesetzlichen Krankenkassen behandelt.

Das dritte und zentrale Kapitel dieser Diplomarbeit behandelt den Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes *Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. Der Ansatz verfolgt das Ziel, die Qualität gesundheitsfördernder Projekte und Maßnahmen, die gesundheitliche Chancengleichheit herstellen wollen, zu

verbessern. Das Kernelement des Ansatzes bildet die Vorstellung, dass durch die Präsentation von Beispielen guter Praxis ein Prozess in Gang gesetzt wird, der ähnliche Projekte zur Nachahmung anreizt. Methodisch gesehen kann der Ansatz auf die Managementmethode des Benchmarkings und verschiedene Lerntheorien zurückgeführt werden. Um den Good Practice-Ansatz darzustellen, geht das dritte Kapitel zunächst auf den Kooperationsverbund mit seinen Zielen und Handlungsfeldern ein. Hierin eingebettet sind die regionalen Knoten, die Online-Datenbank und die Kriterien guter Praxis erklärt. Die standardisierten Verfahrensschritte der Identifizierung und Präsentation von Beispielen guter Praxis verbinden diese Elemente: In einem ersten Schritt wählt ein/e Knotenkoordinator/in aus der Online-Datenbank der Internetseite www.gesundheitliche-chancengleichheit ein vielversprechendes Projekt aus und bewertet dieses anhand der Kriterien guter Praxis. Erfüllt das Projekt die Voraussetzungen ein Beispiel guter Praxis zu sein, wird es mit einer ausführlichen Beschreibung versehen und auf der oben genannten Internetseite der Öffentlichkeit präsentiert. Nun beginnt auf der Seite der Nutzer des Good Practice-Ansatzes der Prozess des Wissenstransfers. Dieser wird im Rahmen von Good Practice nicht begleitet und findet deshalb an dieser Stelle keine weitere Beachtung.

Im Anschluss an die rein deskriptive Darstellung des Ansatzes diskutiert die vorliegende Arbeit die Besonderheiten und Schwachstellen von Good Practice. Methodisch erfolgte dies zum einen auf Literaturbasis und zum anderen anhand der Befragung von Experten/innen. Die Erhebung empirischer Daten ergab sich aus dem Mangel an geeigneter Literatur zum Thema. Der Good Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes wurde bisher keiner öffentlich zugänglichen Analyse unterzogen und auch die Good Practice-Ansätze anderer Sparten sind nur wenig hinterfragt. Durch die Kombination der Methoden konnten aber insgesamt einige positive und negative Aspekte identifiziert werden. Die positiv hervorzuhebenden Punkte des Ansatzes beziehen sich auf die praxisnahe Vermittlung erfolgreicher Projektideen, die pragmatische Evidenzbasierung, den interdisziplinären Erfahrungsaustausch, die Steigerung des Ansehens bei einer Auszeichnung als Beispiel guter Praxis und die Möglichkeit zur Selbstevaluation anhand der Kriterien guter Praxis. Als Schwachstellen, wurden der Wissenstransfer, die fehlende Hilfe bei der Implementierung von Veränderungen, der nicht klar formulierte Gewinn bei einer Auszeichnung als Beispiel guter Praxis, die schwierige bis unmöglich erscheinende Identifikation der Erfolgsursachen, das Paradox der Problemdefinition und Mängel an den Kriterien guter Praxis identifiziert. Werden die positiven

Aspekte den Schwachstellen gegenüber gestellt so wird deutlich, dass an drei Verfahrensschritten Kritik geübt wird, die gleichzeitig als besonders vielversprechend gelten. Diese Aspekte sind die kritischen Elemente des Good Practice-Ansatzes und dienen der Weiterentwicklung als Ausgangspunkte. Konkret betrifft das den Wissenstransfer, die Kriterien guter Praxis und den Anreiz zur Teilnahme am Auswahlverfahren. Auch die Experten sahen in diesen Elementen das Verbesserungspotential des Ansatzes.

Die erste Weiterentwicklungsmöglichkeit bezieht sich auf den Aspekt des Wissenstransfers. Der hier bestehende Widerspruch, basiert auf der praxisnahen kontextabhängigen Beschreibung der Beispiele auf der einen und der daraus resultierenden hohen Adaptionleistung auf der anderen Seite. Da die kontextabhängige Projektdarstellung nicht zu vermeiden ist, bedeutet das, dass der Vorgang der Adaption an sich klarer gestaltet werden muss. Betrachtet man den Vorgang der Adaption näher, so wird deutlich das zunächst das Praxisbeispiel in die Abstraktion gehoben werden muss, um es anschließend wieder in einem neuen Kontext anzuwenden. Dieser offensichtlich sehr schwierige Vorgang könnte durch eine parallel zu dem Praxisbeispiel aufgebaute abstrahierte Version des selben Beispiels vereinfacht werden. Reduziert auf die Aufbau- und Ablauforganisation des Projektes würde das bedeuten: wie viele Personen mit welcher Qualifikation machen was in welcher Reihenfolge. Um dieses Schema der Komplexität der Modellprojekte anzugleichen, ist es nun noch nötig die auftretenden Einflussfaktoren zu kategorisieren und als Variablen an die entsprechenden Stellen des Schemas anzuhängen. Der/die potentielle Nutzer/in dieses Beispiels könnte nun die allgemein formulierten Variablen mit eigenen kontextabhängigen Bedingungen füllen und so auf eine übersichtliche Weise das Vorgehen sowie die Struktur des Beispielprojektes dem eigenen Projekt anpassen. Dieser Vorgang bedarf eines erhöhten Arbeitsaufwands seitens der Knotenkoordinatoren/innen, könnte sich aber durch eine verbesserte Niedrigschwelligkeit des Good Practice-Ansatzes auszahlen.

Der zweite verbesserungswürdige Aspekt betrifft die Kriterien guter Praxis. Hier wurde durch die Expertenbefragungen ermittelt, das sich Partizipation als Kriterium nur bedingt eignet und der Aspekt der Lobbyarbeit bei der Bewertung von Projekten stärker berücksichtigt werden sollte. Als positiv wurde die Möglichkeit der Selbstevaluation anhand der Kriterien guter Praxis bewertet. Es liegen also keine sich widersprechenden Argumente vor. Trotzdem wird durch die positive

und negative Erwähnung die Bedeutung der Kriterien betont. Als Verbesserungsmöglichkeiten können die Einführung einer regelmäßig tagenden Expertenrunde zur Weiterentwicklung der Kriterien und die Ergänzung des Good Practice-Ansatzes mit weiteren Hilfen zur Selbstevaluation genannt werden. Während der erste Aspekt eher selbstverständlich erscheint als ein Verbesserungsvorschlag zu sein, verdient der zweite Punkt eine genauere Betrachtung. Wie im zweiten Kapitel dieser Arbeit geschildert, ist die Abbildung der Qualität gesundheitsfördernder Projekte und Maßnahmen eher schwierig. Dies führt dazu, dass Qualitätslücken gesundheitsfördernder Projekte eventuell gar nicht erkannt werden und somit keine Weiterentwicklung stattfinden kann. Die Kriterien guter Praxis, die als allgemeingültige und umfassende Bewertungsgrundlage für gesundheitsfördernde Projekte entwickelt wurden, könnten hier gute Dienste leisten. Versehen mit leicht handhabbaren Indikatoren wäre es für Praktiker möglich mit Hilfe der Kriterien guter Praxis Qualitätslücken selbst aufzudecken. Könnte durch Good Practice eine anschließende genauere Analyse der Qualitätslücke angeregt werden, so würde das im dritten Kapitel beschriebene Paradoxon der Problemdefinition greifen und die Schwierigkeiten des Wissenstransfers wären umgangen.

Die dritte und letzte Weiterentwicklungsmöglichkeit die hier behandelt werden soll, beschäftigt sich mit dem Anreiz für die Teilnahme am Good Practice-Auswahlverfahren. Wie im dritten Kapitel beschrieben bindet der Auswahlprozess die Ressourcen teilnehmender Projekte, weshalb ein entsprechender Gegenwert ausgeschrieben werden sollte. Nach Meinung der Experten ist dies aber nicht ausreichend gegeben, so dass für Projekte die Teilnahme an Good Practice nur von geringer Bedeutung erscheint. Zur Lösung dieses Problems unterstützt der Autor die im vierten Kapitel festgehaltene Äußerung eines Experten bezüglich der Ausweitung der Öffentlichkeitsarbeit zu Good Practice. Eine größere Bekanntheit des Ansatzes wirkt sich positiv auf den Wert der Good Practice-Auszeichnung aus. Nicht zu unterschätzen ist auch der jetzt schon vorhandene Bekanntheitsgrad des Ansatzes. Allein die öffentliche Betonung, dass die Auszeichnung als Beispiel guter Praxis eine kostenlose Öffentlichkeitsarbeit darstellt, könnte bereits eine Verbesserung der Resonanz bewirken.

Abschließend möchte der Autor noch auf eine gänzlich andere Betrachtung des Good Practice-Ansatzes durch Nagler (2005) verweisen. Die Wissenschaftlerin stellt die Hauptfunktion des Good Practice-Ansatzes, die Anleitung zu einer besseren Praxis, in Frage. Für sie zeigen die Beispiele guter Praxis, dass Probleme

in einer befriedigenden Art und Weise gelöst werden können. „Die Beweisfunktion der Machbarkeit ist für Wirtschaft, Politik und Gesellschaft von großer Bedeutung, um an der Gestaltungsfähigkeit von Zukunft festhalten zu können“ (Nagler, 2005, S. 41). Diese Perspektive auf Good Practice liefert gänzlich neue Aspekte, die bei einer noch tiefergehenden Betrachtung des Ansatzes in die Analyse mit einfließen sollten.

Literaturverzeichnis

Altgeld, T. und Kolip; P. (2004) Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2004) (Hrsg.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber. S. 41-51.

AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, IKK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, Seekrankenkasse, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (2006) *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000, in der Fassung vom 10. Februar 2006*. [online]. Bergisch Gladbach. IKK Bundesverband. Einsehbar unter: <http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/psfile/downloaddatei//79/handlungsl3fa5fa0d7c173.pdf&name=Leitfaden2006.pdf&id=53&nodeid=53> [Stand 3. 06. 2006].

Antonovsky, A. (1997) *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dt. erw. Hrsg. von Franke, A. Tübingen, Dgvt-Verlag.

Deutsches Forum Prävention. Arbeitsgruppe 5 „Stärkung der Prävention“ für den „Runden Tisch“ (Hrsg.) (2001) *Stärkung der Prävention. Zwischenbericht (Kurzfassung) der Arbeitsgruppe 5 „Stärkung der Prävention“ für den „Runden Tisch“*. [online] Bonn, Deutsches Forum Prävention. Einsehbar unter: http://www.forumpraevention.org/forum-praevention_1234/images//Anhaenge/Bericht_Runder_Tisch_pdf [Stand: 16. 08. 2006]

Bahrs, O. (2001) Qualitätszirkel als Instrument der Qualitätssicherung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, 2001) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 151 – 162.

Bässmann, J. (2002) *Best Practice in der Kriminalprävention*. [online]. Wiesbaden, Bundeskriminalamt (BKA). Einsehbar unter: http://www.kriminalpraevention.de/forum/archiv/Best_practice.pdf [Stand 02. 08. 2005]

Becker-Lenz, R. (2004) Rekonstruktive Problem-, Prozess- und Strukturevaluation als Beitrag zur Qualitätsentwicklung und –sicherung. In: Beckmann, C., Otto, H., Richter, M., Schrödter, M. (Hrsg.) (2004) *Qualität in der sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle*. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften. S.283-291.

Beholz, S. (2003) *Qualitätsmanagementsysteme in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens: Qualitätsverbesserung durch Zertifizierung von klinischen Teileinrichtungen*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Herzchirurgie. Humboldt Universität Berlin. Einsehbar unter: <http://edoc.hu-berlin.de/habilitationen/beholz-sven-2004-02-12/HTML/> [Stand 29 .09. 2006].

Bellwinkel, M. (2000) Neuer Anlauf für Gesundheitsförderung und Prävention. *Die BKK* [online] 7/2000. Einsehbar unter:http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/psfile/downloaddatei/13/bellwinkel3ec8875c8e145.pdf&name=bellwinkel_neuer_anlauf.pdf&id=53&nodeid=53 [Stand 03. 06. 2006].

Bogner, A., Menz, W. (2002) Das theoriegeleitete Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.) *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Opladen, Leske + Budrich. S. 33–70.

Borchardt, G. (2003) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention -Herausforderungen für Krankenkasse.: Colloquium Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. [online]. Berlin. Techniker Krankenkasse Landesvertretung für Berlin und Brandenburg. Einsehbar unter:http://www.tkonline.de/centaurus/generator/tkonline.de/m02_landesvertretungen/0850/03_gesundheitspolitik/11_qualitaetsmanagment_in_gesundheitsfoerderng__download,property=Data.pdf [Stand 03. 06. 2006].

Bratl, H. Miglbauer, E. Trippel M. (2002) Best Practice of Best Practice. Einfache Lernmöglichkeit oder gut gemeinter Informationstransfer ohne besondere Wirkung? [online]. Wien, Bundeskanzleramt Abteilung IV/4. Einsehbar unter:http://www.europa.gv.at/2004/4/15/bratl_miglbauer_trippl.pdf [Stand 13. 09. 2006].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2006a) *Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006*. [online]. Berlin. Bundesministerium für Gesundheit. Referat für Öffentlichkeitsarbeit. Einsehbar unter :http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006.pdf [Stand 6. 06. 2006].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2006b) *Prävention stärken – Gesundheit erhalten. Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat Eckpunkte für ein Präventionsgesetz erarbeitet*. [online]. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit. Referat für Öffentlichkeitsarbeit. Einsehbar unter:http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604242/DE/Themenschwerpunkte/Praevention/Praevention-staerken-Gesundhe-6175.html [Stand 6. 06. 2006].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG, 2005) *Gesund in die Zukunft. Auf dem Weg zu einem Gesamtkonzept zur gesundheitlichen Prävention*. [online]. Berlin. Bundesministerium für Gesundheit. Referat für Öffentlichkeitsarbeit. Einsehbar unter: http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604242/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Praevention/Praeventionskonzept-200405-pdf-7183,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Praeventionskonzept-200405-pdf-7183.pdf [Stand 09. 03. 2006].

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (BfGe, 2000) *Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen - Leitfragen zur Umsetzung. Basiskonzept der Landesvereinigungen und Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. 2.*, aktualisierte Neuauflage. Bonn, Bundesvereinigung für Gesundheit.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Landesversicherungsanstalten, Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und Seekasse im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1998) *Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. Manual für Qualitätszirkel Version 1.0.* [online]. Berlin, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH. Einsehbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_7112/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin_forschung/02__qualitaetssicherung/dateianh_C3_A4nge/manual__qualit_C3_A4tszirkel.html [Stand 28.08. 2006].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, 2005) *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen.* Gesundheitsförderung Konkret Band 5. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, 2003) *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche.* Gesundheitsförderung Konkret Band 4. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2001) *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert.* Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6. 7., erweiterte Neuauflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Carels, J. und Pirk, O. (2005) *Springer Wörterbuch Gesundheitswesen: Public Health von A bis Z. 2.*, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio, Springer-Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (1995) *Begriffe zum Qualitätsmanagement.* Berlin, Wien, Zürich, Beuth-Verlag.

Deutsches Institut für Normung e. V. (2000) *Qualitätsmanagementsysteme. Grundlagen und Begriffe.* (DIN EN ISO 9000:2000). Berlin, Wien, Zürich, Beuth-Verlag. *Zitiert in:* Beholz, S. (2003) *Qualitätsmanagementsysteme in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens: Qualitätsverbesserung durch Zertifizierung von klinischen Teileinrichtungen.* Unveröffentlichte Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Herzchirurgie. Humboldt Universität Berlin. Einsehbar unter: <http://edoc.hu-berlin.de/habilitationen/beholz-sven-2004-02-12/HTML/> [Stand 02. 08. 2006].

Dorsch, F. Harmut, H., Stapf, K. H. (1987) *Psychologisches Wörterbuch, 11.*, ergänzte Auflg. Bern, Verlag Hans Huber. *Zitiert in:* Nagler, B. (2005) *Best Practices als Transfermodell oder: Mehr des Gleichen ist nicht genug.* In: Müller-Christ, G. Behrens, B. Nagler, B. (2005) *Best-Practice, Kommunikation und Effizienzfall: Ein Problemaufriss der Transferschwierigkeiten von Umweltmanagementsystem in die Praxis.* [online]. Bremen, artec - Forschungszentrum Nachhaltigkeit. S. 33-82. Einsehbar unter: <http://www.umweltallianz.de/imperia/md/content/umweltallianz/ecostep-portal/jenseitsvon.pdf>. [Stand 02. 08. 2005].

Drohse, P. (2006) Qualitätssicherung im Rahmen des Präventionsgesetzes. In: Luber, E. und Geene R. (Hrsg.) (2004) *Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. [online]. Berlin, Gesundheit Berlin e.V. S. 17-20. Einsehbar unter: http://www.gesundheitberlin.de/download/Evidenzbasierung_in_der_Gesundheitsfoerderung.pdf [Stand 03. 06. 2006].

Duden (1994) *Das große Fremdwörterbuch. Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter*. Mannheim, Dudenverlag.

Eberle, G. (2002) Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1970 bis heute. In: Stöckel, S. und Walter, U. (2002) (Hrsg.) *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland*. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaft. Weinheim, München, Juventa Verlag. S. 237-249.

Faltermeier, T. (1994) *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim, Beltz Psychologie-Verlags-Union.

Franzkowiak, P. (2003) Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 26-28.

Franzkowiak, P. und Sabo, P. (Hrsg.) (1998) *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ Band 1. 2., Auflage. Mainz, Verlag Peter Sabo.

Friedrich Ebert Stiftung (FES) Gesprächskreis Sozialpolitik (2006) *Prävention und Gesundheitsförderung. Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik*. [online]. Bonn, FES. Einsehbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/asfo/03637.pdf> [Stand 14.09. 2006].

Geene, R. (2006) Sozialsituationenbezogene Gesundheitsförderung stärken – Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In: Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (Hrsg.) *Gesundheitliche Chancengleichheit durch Gesundheitsförderung. Fachgespräch „Gesundheitliche Chancengleichheit als präventionspolitische Aufgabe“*. Stuttgart, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. S. 31-35.

Geene, R. (2003) Neun Jahre Kongresse „Armut und Gesundheit“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzG, 2005) *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 22. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S.43-49.

Gesundheit Berlin e. V. (2003) *Kooperationsverbund zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten*. [online]. Berlin, Gesundheit Berlin e. V. Einsehbar unter: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=1849&type=infotext>. [Stand 24. 09. 2006].

Gesundheit Berlin e.V. (undatiert) *Wie werden die Good Practice Beispiele ausgewählt?* [online]. Berlin, Gesundheit Berlin e. V. Einsehbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=89b207ff689e4fad0332b26199e6d890&id=Seite3913> [Stand 23. 09. 2006].

Gesundheitsministerkonferenz der Länder (gmk, 2004) *Beschluss der 77. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 17. und 18. Juni 2004. Präventionsgesetz des Bundes.* [online]. Magdeburg. GMK-Geschäftsstelle des Ministeriums für Gesundheit und Soziales. Einsehbar unter: http://www.gmkonline.de/index.php?PHPSESSID=68ef3e1bd02f68d25d151578ff797e63&nav=presse&id=77_8.4 [Stand 14. März 2005].

Gissel-Palkovich, I. (2002) *Total Quality Management in der Jugendhilfe? Von der Qualitätssicherung zur umfassenden Qualitätsentwicklung in der Sozialen Arbeit.* Münster, Hamburg, London, LIT Verlag.

Graf, B.(2003) *Grundzüge und Überlegungen zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung der Dienstleistung Ernährungsberatung.* Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades Dr. oec. troph. beim Fachbereich Agrarwissenschaften, Oecotrophologie und Umweltmanagement. Justus-Liebig-Universität, Giessen.

Grossmann, R., Scala, K. (2003) Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung.* Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 205-206.

Grossmann, R., Scala, K. (2001) Professionelle Organisationsentwicklung als Qualitätsdimension der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen.* Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 73 – 86.

Hart, D und Francke, R. (2001) Rechtliche Aspekte des Qualitätsmanagements.. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen.* Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 129-141.

Haubrock, M., Peters, S., Schär, W. (Hrsg.) (1997) *Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus.* Berlin, Wiesbaden, Huber Verlag.

Heindl, H. (1999) Arbeitspapier 12/1999. *Benchmarking Best Practices.* [online]. Wuppertal, Bergische Universität – Gesamthochschule Wuppertal. Einsehbar unter: <http://www.wiwi.uni-wuppertal.de/ftk/heindl/benchbest.pdf> [Stand 08. 09. 2006].

Helou, A., Schwartz, F. W., Ollenschläger, G. (2002) Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland. Übersicht auf der Grundlage des Gutachtes „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 45(3), S. 205 –214. Einsehbar unter: <http://www.aezq.de/publikationen/pdfpublikationen/bgbhelou2.pdf>. [Stand 02. 06. 2006].

Holz, G. (2004) Gesundheitsförderung und Gesundheitspotenziale sozial benachteiligter und armer Kinder im frühen Kindesalter. In: Richter, A., Holz, G., Altgeld, T. (Hrsg.) *Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich*. Frankfurt a. M., ISS-Eigenverlag. S. 1-87.

Honig, S. und Neumann, S. (2004) Wie ist „gute Praxis“ möglich? Pädagogische Qualität als Gegenstand erziehungswissenschaftlicher Forschung. In: Beckmann, C., Otto, H., Richter, M., Schrödter, M. (Hrsg.) *Qualität in der sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle*. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften. S. 251-281.

Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2004) (Hrsg.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.

Hurrelmann, K. (2003) Determinanten von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 26-28.

Jakubowski, E. und Krech, R. (2001) Leitlinien als Entscheidungshilfe in der gesundheitswissenschaftlichen Praxis. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S.142-150.

Kabba-Schönstein, L. (2003a) Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und –strategien. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 73-78.

Kabba-Schönstein, L. (2003b) Gesundheitsförderung V: Die Entwicklung in Deutschland ab Mitte der 1980er Jahre. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 96-104.

Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U., Lehmann, H. (2004) Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen und Lösungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47(2), S. 125-132.

Kühn-Mengel, H. (2006) Die Relevanz der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. In: Luber, E. und Geene R. (Hrsg.) 2004) *Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. [online]. Berlin, Gesundheit Berlin e.V. S. 21–25. Einsehbar unter: http://www.gesundheitberlin.de/download/Evidenzbasierung_in_der_Gesundheitsf6rderung.pdf [Stand 03. 06. 2006].

Lampert, T., Ziese, T. (2005) *Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert-Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*. [online]. Berlin, Robert-Koch-Institut. Einsehbar unter: <http://www.bmas.bund.de/BMAS/Redaktion/Pdf/Publikationen/armut-soziale-ungleichheit-und-gesundheit,property=pdf,bereich=bmas,sprache=de,rwb=true.pdf#search=%22robert-koch-institut%20expertise%20armut%20soziale%20lage%22> [Stand: 09. 10. 2006].

Lehman, M. (2003) Verhaltens- und Verhältnisprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 238-240.

Lehmann, M., Sabo, P. (2003) Zielgruppe. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 242-243.

Luber, E. (2004) Wessen Qualität ist gemeint? In: Luber, E. und Geene R. (Hrsg.) *Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. [online]. Berlin, Gesundheit Berlin e.V. S. 37-57. Einsehbar unter: http://www.gesundheitberlin.de/download/Evidenzbasierung_in_der_Gesundheitsf6rderung.pdf [Stand 03. 06. 2006].

Mayring, P. (2000) *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken*. 7., Auflage. Weinheim, Dt. Studien-Verlag.

Merchel, J. (2004) *Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*. 2., Auflage. Weinheim, München, Juventa Verlag.

Meuser; M., Nagel, U. (2002) Expertinneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.) *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Opladen, Leske + Budrich. S. 71 – 93.

Meuser, M., Nagel, U. (2003) Experteninterview. In: Bohnsack, R. Marotzki, W., Meuser, M. (Hrsg.) *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch*. Opladen, Leske + Budrich.

Mielck, A. (2003) Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit: Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf groß? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 22. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 10-19.

Mosebach, K., Schwartz, W. F., Walter, U. (2004) Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber. S.341-365.

Naidoo, J. und Wills, J. (2003) *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*. 1., Auflage der deutschen Ausgabe. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).

Nagler, B. (2005) Best Practices als Transfermodell oder: Mehr des Gleichen ist nicht genug. In: Müller-Christ, G. Behrens, B. Nagler, B. (2005) Best-Practice, Kommunikation und Effizienzfalle: Ein Problemaufriss der Transferschwierigkeiten von Umweltmanagementsystem in die Praxis. [online]. Bremen, artec - Forschungszentrum Nachhaltigkeit. S. 33-82. Einsehbar unter: <http://www.umweltallianz.de/imperia/md/content/umweltallianz/ecostep-portal/jenseitsvon.pdf>. [Stand 02. 08. 2005].

Ollenschläger, G. (2001) Von der Qualitätskontrolle zum Total Quality Management. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 98-112.

Pelz, Corinna, Schmitt, Annette & Meis, Markus (2004, Mai). *Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung* [68 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [Online Journal], 5(2), Art. 35. (Literaturangabe wie vorgegeben). Einsehbar unter: <http://www.qualitative-research.net/fqstexte/2-04/2-04pelzetal-d.htm> [Stand: 02. 08. 2005].

Perleth, M., Jakubowski, E., Busse, R. () „Best Practice“ im Gesundheitswesen – oder warum wir evidenzbasierte Medizin, Leitlinien und Health Technology Assessment brauchen. [online]. Einsehbar unter: www.wm.tu-berlin.de/fachgebiet/mig/files/2000.publications/2000.perleth_ZaefQ2000_9_741-4.pdf+allintitle:++%22best+practice%22 [Stand 12. 09. 2006].

Richter, A., Utermark, K. (2004) Modelle und Konzepte einer settingbezogenen Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder. In: Richter, A., Holz, G., Altgeld, T. (Hrsg.) *Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich*. Frankfurt a. M., ISS-Eigenverlag. S. 93-143.

Riemann, K. (2003) Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 193-195.

Rose, B. (2004) Wer bestimmt die Qualität? Anmerkungen zum Qualitätsdiskurs und seinen Wirkungen in der Sozialen Arbeit. In: Beckmann, C., Otto, H., Richter, M., Schrödter, M. (Hrsg.) *Qualität in der sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle*. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften. S 51-56.

Rosenbrock, R. (2005) *Das deutsche Präventionsgesetz – ein gescheiterter Anlauf*. [online]. Bremen. Forum-Gesundheitspolitik. Einsehbar unter: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Rosenbrock-Präventionsgesetz.pdf> [Stand 04. Juli 2006].

Rosenbrock, R. (2004) Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung. In: Luber, E. und Geene R. (Hrsg.) *Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. [online]. Berlin, Gesundheit Berlin e.V. S. 59-73. Einsehbar unter: http://www.gesundheitberlin.de/download/Evidenzbasierung_in_der_Gesundheitsfoerderung.pdf [Stand 03. Juli 2006]

Rosenbrock, R. (2003) *Primäre Prävention: Begriffe und Begrenzungen, Konzepte und Klassifikationen*. [online]. Vortrag auf der BKK Tagung „Wettbewerbsvorteil Gesundheit“ am 26. 11. 2003 in Köln. Berlin, Bundesvereinigung für Gesundheit e. V.. Einsehbar unter: <http://www.bvgesundheit.de/pdf/primarepraevention.pdf> [Stand 24. 09. 2006].

Rosenbrock, R. (2001) Prävention durch Krankenkassen. Der neue §20 SGB V als Gestaltungsherausforderung für die Selbstverwaltung der GKV. *Die BKK* [online] 1/2001. Einsehbar unter: http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/psfile/downloaddatei/32/rosenbrock3ec887490f204.pdf&name=rosenbrock_praevention.pdf&id=53&nodeid=53 [Stand 03. 07. 2006].

Ruckstuhl, B. (2003) Evidenzbasierte Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 34-36.

Ruckstuhl, B., Kolip, P., Gutzwiller, F. Qualitätsparameter in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzG, 2001) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 38-50

Ryl, L., Schütte, C. (2005) *Kriterien, Konzepte, Konfusion? Aktuelle Ressourcen zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Beitrag zur Workshop-tagung „Qualitäten der Gesundheitsförderung“. Konzepte für die Praxis*. Berlin. [online]. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e. V. Einsehbar unter: http://www.paritaet-berlin.de/upload/download/2018_qualigf.pdf [Stand 02. 09. 2006].

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheit e. V. (SLfG, 2003) *Nationale Kooperation für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten: Kooperationserklärung*. [online]. Dresden, SLfG. Einsehbar unter: <http://www.slf.de/files/Kooperationserklaerung.pdf>. [Stand 26. 10. 2006].

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR, 2003) *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003*. Kurzfassung. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Schröder, P. (1998) *Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen: Konzepte, Programme und Methoden des Total-quality-Managements*. Aus dem Amerikanischen von Katharina Looch. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.

Selbmann, H.-K. (2002) Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. In: Kolip, P. (2002) (Hrsg.) *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaft. Weinheim, München, Juventa Verlag. S. 247-267.

Siebert, G. und Kempf, S. (1998) *Benchmarking: Leitfaden für die Praxis*. München, Wien, Hauser Verlag.

Stark, W. (2003) Empowerment. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 28-31.

Stöckel, S. und Walter, U. (2002) (Hrsg.) *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland*. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaft. Weinheim, München, Juventa Verlag.

Stöckel, S. (2004) Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber. S. 21-29.

Töpfer, A. (Hrsg.) (1997) *Benchmarking – Der Weg zu Best Practice*. Berlin, Heidelberg, New York, Springer-Verlag.

Trojan, A. (2003) Anwaltschaft – Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, 2003) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 15-16.

Trojan, A. (2002) Das Konzept der Gesundheitsförderung in der Praxis. Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation, der Gesetzlichen Krankenversicherung, der Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Kommune, des Arbeitgebers oder des Individuums? In: Stöckel, S. und Walter, U. (Hrsg.) *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland*. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaft. Weinheim, München, Juventa Verlag. S. 250-263.

Trojan, A. (2001) Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, 2001) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 51-72.

Walter, U. (2002) *Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht*. [online]. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Einsehbar unter: <http://www.bvgesundheit.de/pdf/expertisesozialmedizin.pdf> [Stand 28.08. 2006].

Walter, U., Schwartz, F. W., Hoepner-Stamos, F. (2001) Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, 2001) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 18-37.

Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1978) Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung, Alma Ata, 1978. In: Franzkowiak, P. und Sabo, P. (Hrsg.) *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ Band 1. 2., Auflage. Mainz, Verlag Peter Sabo. S. 61-64.

Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: Franzkowiak, P. und Sabo, P. (Hrsg.) *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ Band 1. 2., Auflage. Mainz, Verlag Peter Sabo. S. 96-101.

Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1988) Empfehlungen der 2. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, *Adelaide, 1988*. In: Franzkowiak, P. und Sabo, P. (Hrsg.) *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ Band 1. 2., Auflage. Mainz, Verlag Peter Sabo. S. 101-107.

Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1997) Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. 21 . 25. Juli in Jakarta Indonesien. [online]. Berlin, Deutsches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Einsehbar unter: http://www.dngfk.de/files/19/1997_Jakarta-Erklaerung.pdf. [Stand: 12. 08, 2006].

Wydler, H. (Hrsg.) (2002) *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes: Workshop „Kohärenzgefühl und Salutogenese“*. 2., Auflage. Weinheim, München, Juventa Verlag.

Bibliographie

Badura, B., Elkeles, T., Grieger, B., Huber, E., Kammerer, W. (Hrsg.) (1995) *Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung: Dokumentation des Kongresses vom 28. – 30. April 1989 in Berlin. Veranstaltet vom Landesverband der Betriebskrankenkassen in Berlin und der Ärztekammer Berlin und mit der Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*. 4., Auflage. Frankfurt/M, Mabuse-Verlag GmbH.

Beckmann, C., Otto, H., Richter, M., Schrödter, M. (Hrsg.) (2004) *Qualität in der sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle*. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.

Bruhn, M. (2003) *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen: Grundlagen, Konzept, Methoden*. 4., verbesserte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio, Springer-Verlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, 2005) *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 22. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, 2003) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, 2001) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 15. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (2006) *Gesundheitliche Chancengleichheit durch Gesundheitsförderung. Fachgespräch „Gesundheitlich Chancengleichheit als präventionspolitische Aufgabe“*. Stuttgart, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V..

Franzkowiak, P. und Sabo, P. (Hrsg.) (1998) *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundagentexte der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ Band 1. 2., Auflage. Mainz, Verlag Peter Sabo.

Friedrich Ebert Stiftung, Gesprächskreis Sozialpolitik (FES) (2006) *Prävention und Gesundheitsförderung. Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik*. [online]. Bonn, FES. Einsehbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/asfo/03637.pdf> [Stand 14. 09. 2006].

Friedrich Ebert Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales (FES) (2003) *Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen*. [online]. Bonn, FES. Einsehbar unter: http://www.bvgesundheit.de/pdf/Praevention_FEST.pdf [Stand 14. 09. 2006].

Luber, E. und Geene R. (Hrsg.) 2004) *Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. [online]. Berlin, Gesundheit Berlin e.V. Einsehbar unter: http://www.gesundheitberlin.de/download/Evidenzbasierung_in_der_Gesundheitsf%F6rderung.pdf [Stand 03. Juli 2006].

Gesundheit Berlin e. V. (2000) *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder*. Neuwied, Kriftel, Hermann Luchterhand Verlag GmbH.

Hummel, U., agke Augsburg (Hrsg.) (2004) *Qualitätsentwicklung durch Selbst-evaluation. Arbeitshilfen aus der Praxis für die Praxis der Sozialen Arbeit*. Freiburg, Lambertus-Verlag.

Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2004) (Hrsg.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.

Kabba-Schönstein, L. (2003b) Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge bis zur Ottawa-Charta 1986. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 78-82.

Kabba-Schönstein, L. (2003c) Gesundheitsförderung III: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge nach Ottawa (1986) bis heute. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 82-88.

Kabba-Schönstein, L. (2003d) Gesundheitsförderung IV: Die Europäische Gemeinschaft und Union als Akteur in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 88-96.

Kabba-Schönstein, L. (2003f) Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung (Terminologie, Verhältnis zur Prävention, Erfolge, Probleme und Perspektiven). In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Stragtegien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Reihe „Blickpunkt Gesundheit Band 6. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 104-111.

Kolip, P. (2002) (Hrsg.) *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaft. Weinheim, München, Juventa Verlag.

Redaktion C.H. Beck oHG (2003) Sozialgesetzbuch. Textausgabe mit ausführlichem Sachregister und einer Einführung von Professor Dr. Schulin. 30., vollständig überarbeitete Auflage. Stand: 8. Juli 2003. München, Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Kurzfassung*. [online]. Bonn, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Einsehbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf> [Stand 25. 08. 2006].

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Kurzfassung*. [online]. Bonn, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Einsehbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht03/kurzf-de03.pdf> [Stand 25. 08. 2006].

Simon, M. (2005) *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.

Stöckel, S. und Walter, U. (2002) (Hrsg.) *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland*. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaft. Weinheim, München, Juventa Verlag.

Töpfer, A. (Hrsg.) (1997) *Benchmarking – Der Weg zu Best Practice*. Berlin, Heidelberg, New York, Springer-Verlag.

Inhaltsverzeichnis Anhang

Anhang I: Checkliste.....	1-6
Anhang II: Vertiefungsfragebogen.....	1-6
Anhang III: Good Practice-Auswahlverfahren	1
Anhang IV: Interviewleitfaden	1