

# Die Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung

## Handlungsfelder, Akteure und Qualitätsentwicklung

von Holger Kilian<sup>1</sup>, Sven Brandes<sup>2</sup> und Monika Köster<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**Der Zusammenhang** zwischen sozialer Lage und Gesundheit ist inzwischen vielfach belegt, die Entwicklung angemessener gesundheitsfördernder Praxis zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit steht in Deutschland aber noch weitgehend am Anfang. Der Beitrag richtet den Blick auf aktuelle Entwicklungsbedarfe und stellt zunächst Themen, Akteure und Finanzierungsstrukturen vor, um anschließend die Integration der Aktivitäten im Rahmen lebensweltbezogener Gesundheitsförderung zu thematisieren. Ein Überblick über aktuelle, noch weitgehend unverbunden nebeneinander stehender Ansätze der Qualitätsentwicklung in diesem vielgestaltigen Handlungsfeld rundet die Darstellung ab. Beispielfhaft wird auf Erfahrungen aus konkreten Interventionen verwiesen.

**Schlüsselwörter:** Gesundheitsförderung, soziale Lage, Lebenswelt, Setting-Ansatz, Qualitätsentwicklung, Qualitätssicherung

**Although the relation** between social status and health has been widely documented, appropriate health practices to achieve equal health opportunities in Germany are still largely missing. The article focuses on current development requirements and describes issues, players and financing structures of the health care sector before discussing the integration of specific activities into community-based health promotion. The article is rounded off by an overview of – as yet largely unconnected – current approaches of quality development in this diverse field of action. Last but not least it points out examples of specific interventions.

**Keywords:** health promotion, social situation, social environment, setting approach, quality development, quality assurance

## 1 Determinanten für Gesundheit

Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta der WHO ist ein multidimensionales Konzept, das gleichermaßen individuelles Handeln wie auch soziale und gesellschaftliche Veränderungen in den Blick nimmt und durch die Setzung eines positiven Gesundheitsbegriffs über die bloße Verhütung eines Krankheit hinaus weist. Eine konzeptionelle Grundlage ist der Salutogenese-Ansatz (*Antonovsky 1997*). Gesundheitsfördernde Interventionen sind darauf gerichtet, die Bedingungs-

faktoren (Determinanten) für Gesundheit zu beeinflussen, indem sie auf die Stärkung individueller Ressourcen und/oder auf die Verminderung von Risiken und Belastungen abzielen.

Das Modell von Whitehead und Dahlgren verdeutlicht die unterschiedlichen Ebenen, auf denen die Determinanten für Gesundheit wirken, angefangen bei den personalen Voraussetzungen wie Geschlecht und Alter bis hin zur allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt (Abbildung 1) (*Whitehead und Dahlgren 1991*).

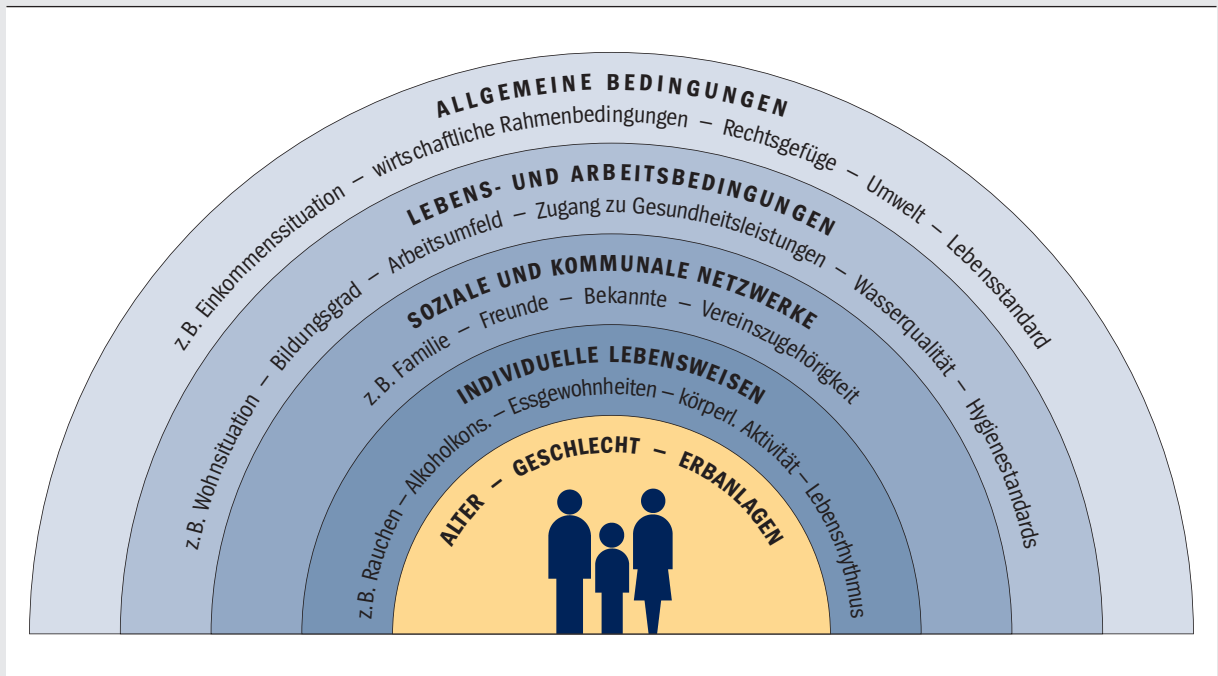
<sup>1</sup>Holger Kilian, MPH, Gesundheit Berlin e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin · Telefon: 030 4431-9068, Telefax: 030 4431-9063  
E-Mail: kilian@gesundheitberlin.de

<sup>2</sup>Sven Brandes, MPH, Gesundheit Berlin e.V., Friedrichstraße 231, 10969 Berlin · Telefon: 030 4431-9094, Telefax: 030 4431-9063  
E-Mail: brandes@gesundheitberlin.de

<sup>3</sup>Dr. Monika Köster, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln · Telefon: 0221 8992-345, Telefax: 0221 8992-300 · E-Mail: monika.koester@bzga.de

## ABBILDUNG 1

## Determinanten für Gesundheit



Quelle: nach Whitehead und Dahlgren 1991

Während die (biologischen) Gegebenheiten wie Alter, Geschlecht oder genetische Dispositionen nicht beeinflussbar sind, können die anderen im Modell aufgeführten Ebenen durch gesundheitsbezogene Interventionen beeinflusst werden. Je nachdem, auf welcher Ebene der Gesundheitsdeterminanten interveniert werden soll, können für gesundheitsfördernde Interventionen verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze unterschieden werden, die entweder auf die „individuelle Lebensweise“ (verhaltensbezogen) oder auf die darüber liegenden Schichten (verhältnisbezogen) ausgerichtet sind. Da sich die Schichten des Modells wechselseitig beeinflussen und insbesondere der individuelle Lebensstil stark von den Umgebungsvariablen geprägt ist, werden lebensweltbezogene Interventionen nach dem Setting-Ansatz als erfolgversprechend bewertet, die sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogene Komponenten umfassen und auf die gesundheitsgerechte Gestaltung konkreter Settings (zum Beispiel Betrieb, Schule, Kindergarten oder Nachbarschaft) ausgerichtet sind. Diese unmittelbar bei den Betroffenen ansetzenden Interventionstypen werden auch als „Downstream“-Interventionen bezeichnet (Mackenbach 2002, 32). Sie können wirkungsvoll ergänzt werden durch „Upstream“-Strategien, die insbesondere auf der Ebene der

Gesetzgebung greifen und die Rahmenbedingungen für die „Downstream“-Praxis setzen.

## 2 Akteure der Gesundheitsförderung

Mit dem Aufbau der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) initiierten bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde ein erster Versuch unternommen, die potenziellen „Downstream“-Akteure der Gesundheitsförderung systematisch in eine Erhebung einzubeziehen (Tabelle 1) (Kilian *et al.* 2003, 70f.).

Entsprechend vielfältig sind die bearbeiteten Themenfelder. Sie reichen von primär präventiv und monothematisch ausgerichteten Interventionen, zum Beispiel zu Bewegungsförderung (siehe auch Praxisbeispiel 1 auf Seite 21) oder Rauchprävention bis zu themenübergreifenden Ansätzen wie der Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeitsklimas in der Schule (siehe auch Praxisbeispiel 2 auf Seite 22) und dem Aufbau von Strukturen, die Partizipation und Kom-

munikation in einem Stadtteil fördern (siehe auch Praxisbeispiel 3 auf Seite 24). Einen Überblick bietet der Fragebogen zur bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“<sup>1</sup>.

Wird Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe ernst genommen, so ist die Integration gesundheitsfördernder Ansätze in bereits bestehende Interventionen und Strukturen, zum Beispiel der sozialen Arbeit oder der Stadtentwicklung, ein erfolgversprechender Weg, um durch integrierte Handlungskonzepte nachhaltige Wirkungen zu entfalten. In der Praxis ist aber dieser Anschluss nicht immer leicht, da das Thema „Gesundheit“ von Akteuren außerhalb des Gesundheitsbereiches oft als zusätzliche und fachfremde Belastung wahrgenommen wird. Beispielsweise ergab eine Befragung der Programmgebiete des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“, dass das Handlungsfeld „Gesundheitsversorgung und -förderung“ nur in einem Drittel der Programmgebiete im Rahmen eines integrierten Entwicklungskonzeptes bearbeitet wird. Damit findet es sich ganz am Ende der Prioritätenskala, die von den Handlungsfeldern „Wohnumfeld und öffentlicher Raum“ und „Soziale Aktivitäten und soziale Infrastruktur“ angeführt wird (*Bundestransferstelle Soziale Stadt 2006, 10*).

### 3 Finanzierung der Gesundheitsförderung

Erschwert wird die handlungsfeldübergreifende Integration des Gesundheitsthemas auch durch unklare und oft unverbindliche Finanzierungsstrukturen. Bislang haben nur die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Paragraphen 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V den gesetzlichen Auftrag erhalten, in eng gesteckten finanziellen Grenzen (weniger als drei Euro je Versichertem und Jahr) Gesundheitsförderung zu finanzieren.

Ein Präventionsgesetz, das über die Krankenkassen hinaus auch weitere Sozialversicherungsträger sowie Bund, Länder und Kommunen in eine verbindliche und koordinierte Finanzierung einbindet und Strukturen für eine systematische Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung schafft, wird in mehreren Anläufen seit Jahren diskutiert. Neben den Anstrengungen zur Schaffung einer bundesweit einheitlichen gesetzlichen Regelung wurden inzwischen auf Bundesebene und in allen Bundesländern Gesundheitsziele-Prozesse angestoßen, deren Ergebnis verbindliche strategische Zielsetzungen und finanzielle (Selbst-)Verpflichtungen der Akteure auch für die koordinierte Entwicklung der Gesundheitsförderung sein sollen (*GVG 2007*). Die inhaltlichen Schwerpunkte und der Umsetzungsstand dieser Prozesse differiert allerdings stark zwischen den Ländern, so dass belastbare Ergebnisse noch nicht vorliegen. Die Praxis insbesondere der

lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung muss also derzeit weitgehend ohne verbindliche Finanzierungsstrukturen umgesetzt werden, das heißt, die Träger sind auf die eigenständige Akquise von Finanzmitteln angewiesen.

Offizielle Daten über die Finanzierungsstruktur der Gesundheitsförderung in Deutschland liegen nicht vor, eine erste Annäherung ist aber über die Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ möglich. Hier nennen die eingetragenen Anbieter als wichtigste Finanzierungsquellen Mittel aus den Ländern und Kommunen (jeweils rund 50 Prozent mit Überschneidungen). Von den gesetzlichen Krankenkassen erhalten 10 Prozent der in der Datenbank vertretenen Programme eine (Teil-)Finanzierung. Weitere wichtige Finanzierungsquellen, die jeweils mit einem Anteil von etwa 25 Prozent genannt werden, sind Spendengelder, das Engagement von Ehrenamtlichen sowie Teilnehmerbeiträge.

## 4 Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung

Der Setting-Ansatz (auch Lebenswelt-Ansatz genannt) ist das derzeit vorherrschende Paradigma für zielgruppenorientierte und nachhaltig wirkende soziallyagenbezogene Gesund-

TABELLE 1

### „Downstream“-Akteure der Gesundheitsförderung

Bereich	Akteure
Gesundheit	z. B. Öffentlicher Gesundheitsdienst und Krankenkassen, Arztpraxen und Krankenhäuser, Selbsthilfe
Soziale Arbeit	z. B. Wohlfahrtsverbände und freie Träger
Bildung	z. B. Bildungsträger, Schulen und Kindertagesstätten, Universitäten und Volkshochschulen
Stadtentwicklung	z. B. Stadtverwaltungen, Quartiersmanagement im Rahmen des Programms „Soziale Stadt“, Bürgerinitiativen, Nachbarschaftszentren und Gemeinwesenvereine
Weitere	z. B. Familienberatungsstellen und Sportvereine

Quelle: nach Kilian et al. 2003, 70 f.

heitsförderung. Denn insbesondere die Zielgruppenorientierung der Interventionen ist eine große Herausforderung: Menschen in schwieriger sozialer Lage (zum Beispiel Empfänger von Sozialleistungen, Migranten oder Alleinerziehende) sind nicht über die gleichen Kommunikationskanäle und mit den gleichen Ansprachestrategien erreichbar wie sozial besser Gestellte. Auch sind bei dieser Zielgruppe durch rein verhaltensbezogene Interventionen wie zum Beispiel Kursangebote, kaum nachhaltige Wirkungen zu erwarten. Materiellen und psychosozialen Faktoren kommt bei der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten eine wesentlich größere Bedeutung zu, da sie einen direkten und über das Gesundheitsverhalten indirekten Effekt auf die Gesundheit haben (Richter und Mielck 2000). Sozialogenbezogene Gesundheitsförderung sollte entsprechend nicht vorwiegend auf das Individuum, sondern in stärkerem Maße auf die umgebenden Vergesellschaftungs-, Lebens- und Arbeitsbedingungen abzielen (Richter und Hurrelmann 2006).

In einem vereinfachten Schema umfassen Setting-Interventionen drei zentrale Aspekte (Abbildung 2) (Kilian et al. 2004):

- sie stärken die Kompetenzen und Ressourcen der im Setting lebenden Personen (individuelle Ebene),

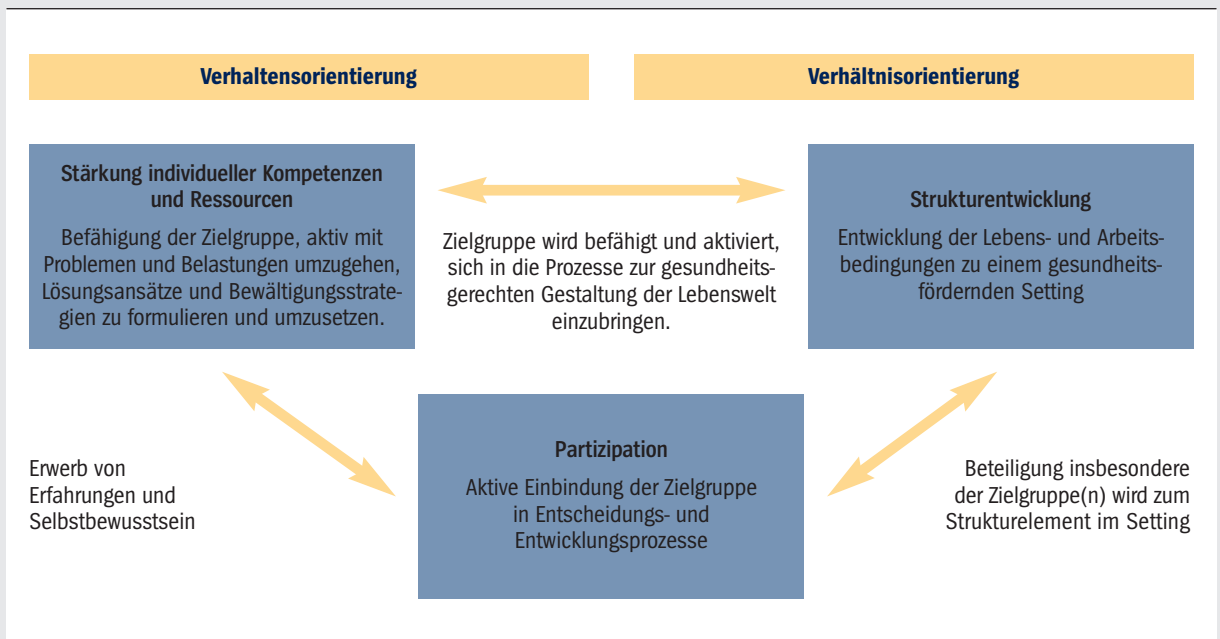
- entwickeln gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen (Ebene der Strukturbildung) und
- binden in diesen Prozess systematisch möglichst viele Personen(gruppen) in der Lebenswelt ein (Partizipation).

Die Umsetzung des Setting-Ansatzes ist aufgrund seiner Komplexität und des hohen Koordinationsaufwandes, insbesondere für den Aufbau handlungsfeld- und professionsübergreifender Kooperationen, sehr anspruchsvoll und erfordert langfristige Verbindlichkeiten der Finanzierung als dies die derzeit vorherrschenden Finanzierungsstrukturen ermöglichen. Umfassend umgesetzte Setting-Interventionen sind deshalb noch relativ selten zu beobachten.

Der Aufbau kontextsensitiver, komplexer Strukturen ist die Stärke des Setting-Konzeptes und begründet zugleich seine Schwierigkeit beim Nachweis von Wirksamkeit: Vielschichtige, multithematische, langfristige wirkende und stark von den lokalen Bedingungen geprägte Interventionen lassen sich nicht mit den gleichen Instrumenten evaluieren und bewerten, die sich beispielsweise in der evidenzbasierten Medizin bewährt haben (SVR 2007).

**ABBILDUNG 2**

**Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Setting-Ansatzes**



Quelle: nach Kilian et al. 2004

## PRAXISBEISPIEL 1

**Intervention im Setting Kindertagesstätte:  
„Fitness für Kids“ (Berlin)**

Das zweijährige Pilotprojekt „Fitness für Kids“ hatte zum Ziel, den auf Bewegungsmangel zurückgehenden Gesundheitsgefahren (z.B. Übergewicht, motorische Defizite) mit einer regelmäßigen gesundheitsorientierten Bewegungserziehung bereits im Kindergartenalter zu begegnen. Das Angebot sollte zu einem Zeitpunkt ansetzen, zu dem bei den Kindern noch keine Defizite und Vorschädigungen vorliegen. Diese Präventionsmaßnahme wurde zunächst in sechs Kindertagesstätten (Kitas) mit 160 Kindern in verschiedenen Berliner Bezirken unterschiedlicher Sozialstruktur durchgeführt. Weitere sechs Kitas mit insgesamt 105 Kindern aus vergleichbaren sozialen Einzugsgebieten dienten als Kontrollgruppe. Um die Wirksamkeit dieser Maßnahme zu überprüfen, wurde das Projekt wissenschaftlich begleitet.

Die Intervention bestand in einem Bewegungsprogramm (dreimal wöchentlich jeweils 45 Minuten), das zunächst einmal pro Woche von qualifizierten Übungsleitern und zwei weitere Male von den zwischenzeitlich geschulten Erzieherinnen durchgeführt wurde. Dabei ging es um eine vielfältige spielerische Bewegungserziehung, die neben der Freude an der Bewegung die motorischen Grundeigenschaften wie Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit und Geschicklichkeit der Kinder schulen sollte. Diese spielerischen Übungen waren für jedes Kind leicht umsetzbar, einfach zu verstehen und erforderten keine großen Sprachkenntnisse. Insbesondere Bewegungsspiele mit All-

tagsmaterialien (z.B. Zeitungen, Fliegenklatschen, Spülschwämme) erwiesen sich als sehr motivierend bei den Kindern und waren zugleich eine kostengünstige Alternative für teure Spiel- und Sportgeräte.

Neben der regelmäßigen Schulung vor Ort wurden den Übungsleitern Workshops unter dem Motto „Bewegungsspaß im Kindergarten“ angeboten, sodass diese nach einer anfänglichen Qualifizierungsphase in der Lage waren, die Bewegungserziehung ohne fremde Hilfe völlig selbstständig fortzusetzen.

Im Rahmen einer prospektiven Studie wurde die Wirksamkeit der Intervention anhand von Herz-Kreislauf- und Motorikparametern getestet. Ergebnis: „Bereits die Zwischenergebnisse nach einem Jahr, insbesondere aber die Abschlussergebnisse, belegen statistisch signifikante positive Auswirkungen dieser Bewegungsförderung auf die motorische Entwicklung ( $p < 0,001$ ) sowie den diastolischen Blutdruck in Ruhe ( $p < 0,03$ ) und bei Belastung ( $p < 0,001$ ) in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe“ (Ketelhut et al. 2005). Auch konnte im Rahmen der Evaluation belegt werden, dass der zuvor relativ schlechtere motorische Status von Kindern aus schwierigen sozialen Verhältnissen sich dem von sozial besser gestellten Kindern weitgehend angepasst hatte.

(Quelle: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/datenbank](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/datenbank))

## 5 Qualitätsentwicklung als Herausforderung

Die Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung ist inzwischen an einen Punkt gekommen, an dem sich fachliche Konzepte und Standards wie der Setting-Ansatz (nominal) weitgehend etabliert haben. Mit Blick auf die Effizienz und Förderungswürdigkeit gewinnen zunehmend Aspekte der Qualität und Wirksamkeit der Interventionen an Aufmerksamkeit. Unter Qualität wird hier das Ausmaß verstanden, in dem Gesundheitsleistungen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem

Stand der Wissenschaft übereinstimmen (Institute of Medicine, zitiert nach Rosenbrock 2004).

Die Prozesse einer systematischen Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung und Evaluation stehen in diesem Feld erst am Anfang. Die drei Begriffe werden häufig synonym verwendet, beziehen sich jedoch auf unterschiedliche Aspekte des Nachweises und/oder der Entwicklung von Wirksamkeit und Qualität von Interventionen (Kolip 2006).

Verbindliche Konzepte existieren noch nicht und gleichzeitig fehlt es den Interventionen oft an den zur Umsetzung notwendigen finanziellen, personellen und zeitlichen Res-

sources. Die Forderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), zehn Prozent der Projektmittel zusätzlich für Evaluation und Qualitätsentwicklung einzuplanen (WHO 2000), hat in der bundesdeutschen gesundheitsfördernden Interventionskultur bislang nur bei einer Minderheit der Fälle Anwendung gefunden. Gleichzeitig ist eine Entwicklung der Praxis im Bereich der Ergebnisüberprüfung und -bewertung zu verzeichnen: Im Jahr 2003 konnte nur gut die Hälfte der Angebote im Rahmen der bundesweiten Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ auf eine vorliegende Dokumentation der Arbeit verweisen (Kilian et al. 2003, 90), nach einer Aktualisierung der Befragung im Sommer 2007 können dies schon 81 Prozent. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich im Bereich Evaluation beobachten.

2003 gaben 22 Prozent der Projekte an, eine interne Evaluation liege vor und knapp sieben Prozent meldeten, extern evaluiert zu werden (Kilian et al. 2003, 91). Inzwischen geben knapp 58 Prozent der Angebote an, intern oder extern evaluiert zu werden: 47 Prozent evaluieren ausschließlich intern, acht Prozent nennen ausschließlich eine externe Evaluation. Beide Evaluationstypen werden von drei Prozent der Angebote angegeben. Diese Selbstangaben müssen selbstverständlich vor dem Hintergrund der zunehmenden Erwünschtheit von Evaluationen und Qualitätssicherung durch Fördermittelgeber interpretiert werden. Ungeachtet dessen weisen sie zumindest auf ein wachsendes Bewusstsein hinsichtlich der Notwendigkeit von Evaluation und Qualitätsentwicklung hin.

## PRAXISBEISPIEL 2

### Setting-Intervention in der Schule: „Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot“ (Döbeln)

Das Projekt „Gesundheitsfördernde Schule als Ganztagsangebot“ hat zum Ziel, die gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen an Schulen (hier die Körnerplatzschule in Döbeln, Mittelschule) zu senken, sodass für alle beteiligten Gruppen (Lehrerinnen und Lehrer, Eltern, Schülerinnen und Schüler sowie nicht unterrichtendes Personal) ein gesundheitsförderliches Zusammenarbeiten möglich wird. Dabei sollen gesundheitliche und psychosoziale Belastungen reduziert, vorhandene Ressourcen weiterentwickelt und die Lernfreude und Lernleistung gesteigert werden. Als grundlegende Handlungskonzepte werden die Konzepte „Gesundheitsfördernde Schule“ und Ganztagschule, Kooperationsformen von Schule und Jugendhilfe (Schulsozialpädagogik) und freizeitpädagogische Arbeitsgemeinschaften (additives Modell) angesehen.

Hauptansatzpunkt ist die Schule als gesunde, lernende Organisation. Hierzu dienen der Aufbau und die Wirkungsweise einer paritätisch besetzten Steuerungsgruppe. Das Projekt beschreitet Wege, die einem gesunden Schulklima dienen und zum Wohlbefinden des gesamten Schulpersonals beitragen sollen.

Die zentrale schulsozialpädagogische Innovation ist der Aufbau einer Schulstation für niedrigschwellige Hilfen bei Problem- und Konfliktsituationen für

Schülerinnen und Schüler, Eltern und Lehrkräfte. Die Schulstation ist mit zwei sozialpädagogischen Fachkräften besetzt und während der gesamten Schulzeit geöffnet. Hier erfolgt während der laufenden Unterrichtszeit Soforthilfe und Beratung. Das Konzept umfasst drei wesentliche Säulen: Gesundheitsförderung, Jugendhilfe und freizeitpädagogische Angebote. Durch Kombination dieser drei Bereiche soll es gelingen, Prozesse in Gang zu setzen, die es ermöglichen, nicht nur bessere Leistungen zu erbringen, sondern auch Integration und Teilhabe für alle Beteiligten zu erreichen. Das Projekt startete im September 2004 mit einer vorläufigen Laufzeit von drei Jahren.

Der Projektträger ist der SOPRO e.V. (Soziale Projekte in Sachsen Rosswein). Begleitet und evaluiert wird das Projekt von der Hochschule Mittweida (FH), Fachbereich Soziale Arbeit. Kooperationspartner sind das Sächsische Staatsministerium für Kultus, das Landratsamt Döbeln und die Techniker Krankenkasse. Der Projektträger verfolgt den Setting-Ansatz. Sozial benachteiligte Schülerinnen und Schüler machen einen wesentlichen Anteil der Schülerschaft der Körnerplatzschule Döbeln aus und werden entsprechend im Rahmen des Projektvorgehens erreicht. Das Projekt wurde nach dem Ende der Förderung im Juli 2007 in eine Schulstation als Regelinrichtung überführt.

(Quelle: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/datenbank](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/datenbank))



Analog zu dieser Entwicklung wurden in den vergangenen Jahren unterschiedliche Konzepte der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung entwickelt und erprobt, die weitgehend parallel und ohne wechselseitige Reflektion eingesetzt werden:

- Mehr oder weniger weit entwickelte trägerspezifische Konzepte größerer (Wohlfahrts-)Verbände, zum Beispiel PQ-System im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband,
- angepasste Verfahren kleinerer Anbieter, welche auf der Nutzung von Elementen bereits bestehender Verfahren basieren, zum Beispiel DIN/ISO oder EFQM (European Foundation of Quality Management),
- Qualitätssicherung der gesetzlichen Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- Qualität in der Prävention (QIP) (Kliche et al. 2004),
- Partizipative Qualitätsentwicklung (Wright 2006),
- Good-Practice-Ansätze (Brandes und Kilian 2007; BZgA 2007),
- Instrumente von „quint-essenz“, Gesundheitsförderung Schweiz<sup>2</sup>

Systematisieren lassen sich diese Ansätze prinzipiell unter verschiedenen Gesichtspunkten. Ein zentrales Ordnungskriterium aber ist die Frage, bei welchen der beteiligten Akteure die Prozesseignerschaft angesiedelt ist. So werden beispielsweise bei dem aus der Aktionsforschung stammenden Ansatz der partizipativen Qualitätsentwicklung (Wright 2006) die Projektverantwortlichen als „Owner of the Process“ anerkannt. Unter wissenschaftlicher Begleitung haben sie direkten Einfluss auf Planung, Durchführung, Definition und Verwendung der Ergebnisse. Demgegenüber stehen Ansätze der Qualitätssicherung und Auditierung wie der QIP-Ansatz (Kliche et al. 2004), die stärker standardisiert sind und bei denen die Bewertung der verschiedenen Qualitätsdimensionen bei einer Instanz außerhalb des Projekts angesiedelt ist. Zwischen diesen Konzepttypen gibt es Zwischenformen, bei denen beispielsweise die Prozesseignerschaft paritätisch zwischen den Praktikern und den externen Akteuren aufgeteilt wird oder verschiedenen Phasen im Ablauf zugeordnet ist. Ein Beispiel dafür ist das Konzept der Bayerischen Gesundheitsinitiative mit dem Titel „Gesund.Leben.Bayern“, welches über eine Kombination von Fremd- und Selbstevaluation in einem zuvor festgelegten Evaluationszyklus die Qualität von Projekten entwickelt (Reisig et al. 2007).

Für die Wahl des passenden Ansatzes ist unter anderem der geplante Verwertungszusammenhang der Ergebnisse von zentraler Bedeutung. Grundlage einer Entscheidung kann dabei die Frage sein, für wen der zu wählende Ansatz die wesentlichen Ergebnisse liefern soll. So stehen bei den Ansätzen mit projektbasierter Prozesseignerschaft tendenziell eher die internen Prozesse professioneller Selbstreflexion sowie ein daraus resultierendes verbessertes Verständ-

nis und eine Optimierung der Wirkungswege der eigenen Arbeit im Vordergrund. Ansätzen mit externer Prozesseignerschaft wird hingegen eine höhere Objektivität der Erfolgsmessung zugeschrieben, weswegen ihre Ergebnisse bislang größere Akzeptanz bei Fördermittelgebern erfahren.

Quer zur vorgestellten Einordnungslogik liegen Komplementäransätze der Qualitätsentwicklung, zum Beispiel der onlinebasierte Ansatz von „quint-essenz“<sup>2</sup>, in dessen Rahmen eine Vielzahl von Onlinetools zur Qualitätsentwicklung angeboten werden. Diesem Bereich ist auch der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“<sup>3</sup> zuzuordnen (Brandes und Kilian 2007). Komplementär sind diese Ansätze, da sie eine hohe Anschlussfähigkeit zu anderen Qualitätsentwicklungsansätzen haben, vorausgesetzt, diese bringen in ihrem Vorgehen eine hinreichende Offenheit hinsichtlich der verwendeten Bewertungskriterien und -methoden mit. Die im Rahmen dieser Ansätze zur Verfügung gestellten Hilfsmittel, Kriterien und Modelle guter Praxis können als Wissens- und Bewertungsgrundlage und Orientierung im Hinblick auf hochwertige Angebotsqualität fungieren. Durch eine Kombination des Good-Practice-Ansatzes mit der partizipativen Qualitätsentwicklung können beispielsweise Kriterien und Modelle guter Praxis reflektiert, auf ihre jeweilige Eignung und Angemessenheit überprüft, bedarfsgerecht angepasst und systematisch in den Projektalltag integriert werden (Brandes und Kilian 2007).

Die genannten Komplementäransätze der Qualitätsentwicklung sind durch eine niedrigschwellige Verfügbarkeit gekennzeichnet. Kosten fallen hier für den Anwender zunächst nur in Form der aufgewendeten Zeit an. Die Frage der gegebenenfalls notwendigen fachlichen Begleitung bei der Anwendung der Verfahren und Methoden zur Integration des Wissens in die eigene Praxis muss von den Projektverantwortlichen in Eigenregie geklärt werden. Im Rahmen des Good-Practice-Ansatzes wird eine erste vermittelnde Hilfestellung durch die 16 „Regionalen Knoten“ des Kooperationsverbunds in den jeweiligen Bundesländern angeboten<sup>4</sup>. Flächendeckende Kompetenzen und Kapazitäten zur systematischen externen Begleitung von Projekten bei Qualitätsentwicklungs- und (Selbst-)Evaluationsvorhaben sind in der Bundesrepublik bislang jedoch nicht vorhanden (SVR 2007).

Allen genannten Ansätzen ist gemeinsam, dass sie mittelfristig nicht den häufig geforderten Nachweis evidenzbasierter lebensweltorientierter Gesundheitsförderung erbringen können (beziehungsweise wollen). Diese Form des Wirksamkeitsnachweises im Sinne einer hohen Evidenzstufe nach Chochrane oder der Kategorie „Proven“ (Smedley und Syme 2000) wird mittelfristig weiter für niedrigkomplexe, in ihren Effekten klar eingrenzbar Interventionen in Kombination

## PRAXISBEISPIEL 3

### Setting-Intervention im Stadtteil: „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ (Hamburg)

Die nachhaltige Verbesserung der Entwicklungschancen von kleinen Kindern steht im Mittelpunkt des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ für das sozial benachteiligte Quartier „Lenzsiedlung“ in Hamburg-Eimsbüttel. Gemeinsam mit anderen Partnern vor Ort hat das Gesundheitsamt Eimsbüttel dieses Programm vorbereitet sowie im Rahmen des „runden Tisches“ und mit Kooperationspartnern weiterentwickelt und umgesetzt. Es ist auf eine Laufzeit von sieben bis zehn Jahren angelegt.

Das Präventionsprogramm „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ fördert den Zugang zur Gesundheitsversorgung, stärkt das Gesundheitsbewusstsein der Bewohnerinnen und Bewohner und vernetzt und qualifiziert die Anbieter von medizinischen und sozialen Dienstleistungen. Für die Handlungsbereiche Geburtsvorbereitung, Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr, Impfen, „Frühe Hilfen“/Frühförderung, Zahngesundheit, Ernährung, Bewegung und gesundheitliche Handlungskompetenz werden Maßnahmen angeboten und langfristig Strukturen aufgebaut, die einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheits- und Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern im Quartier leisten.

Das Programm „Lenzgesund“ ist speziell für das sozial benachteiligte Wohnviertel Lenzsiedlung konzipiert. Durch Bildung neuer und Vernetzung vorhandener Strukturen/Maßnahmen wurden Möglichkeiten geschaffen, die Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen zu verbessern, ein umfassendes Gesundheitsverständnis zu entwickeln und dies langfristig zu festigen.

Eine Familienhebamme im Stadtteil bietet werden den Müttern vor Ort Beratung und Begleitung an. Diese Hilfestellung erfolgt vor und nach der Geburt sowie im ersten Lebensjahr des Kindes. Zudem wird jede Familie nach der Geburt eines Kindes von der Hebamme zu Hause aufgesucht und gegebenenfalls individuell unterstützt. Der Mütter- und Krabbeltreff im Bürgerhaus Lenzsiedlung wurde zur Unterstützung der Mütterberatung eingerichtet. Er bietet Entlastung für die Eltern, Kontakt zu gleichaltrigen Kindern und ihren Eltern, vor allem den Müttern, sowie Beratung in Fragen der Kinderbetreuung. Erzieher und Erzieherinnen haben die Möglichkeit, Eltern auf Aspekte der Kindergesundheit anzusprechen oder Kontakt zur Mütterberatung herzustellen. Das Bürgerhaus bietet durch die Organisation von Veranstaltungen wie zum Beispiel „Schwanger mit 16“, die Gelegenheit, gesundheitspräventive Themen niedrigschwellig und zielgruppenorientiert zu vermitteln.

Ein weiterer Schwerpunkt des Programms ist die Förderung der Beteiligung und Kommunikation der Bewohnerinnen und Bewohner. Ziel ist es, durch Kleinprojekte eine Vermittlung von gesundheitsrelevanten Themen mit gemeinsamen Aktivitäten zu verbinden. Mit zielgruppenorientierten Angeboten werden Gruppen angesprochen, die Gesundheitsbildungsangeboten bisher fern geblieben sind. So wurde speziell für Väter, eine besonders schwer zugängliche Gruppe, und deren Kinder – parallel zum zweimal jährlich stattfindenden Frauenfest – ein Bewegungsangebot in Form eines Ausflugs konzipiert.

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Projekts „Lenzgesund“ erfolgt durch das Institut für Medizin-Soziologie der Hamburger Universität.

(Quelle: [www.gesundheitlichechancengleichheit.de/:datenbank](http://www.gesundheitlichechancengleichheit.de/:datenbank))

mit aufwändigen Evaluationsverfahren (randomisierte kontrollierte Studien) vorbehalten bleiben (Rosenbrock 2004; Victoria et al. 2004). Für komplexe, gleichermaßen auf Verhalten und Verhältnisse abzielende settingorientierte Vorgehensweisen, deren Effekte durch hohe zeitliche Latenzen gekennzeichnet und der Intervention schwer zuzuordnen

sind, stellen Qualitätsentwicklungs- und -sicherungsverfahren, die diese Probleme angemessen berücksichtigen, derzeit das Mittel der Wahl dar. Ungeachtet des gewählten Verfahrens sollte dabei ein wesentliches Ziel jeder Qualitätsentwicklung sein, die Intervention mit einer Wirkungstheorie zu unterlegen. Gelingt es darüber hinaus im Rahmen des



Verfahrens, diese Wirkungstheorie zumindest in Teilen empirisch zu bestätigen, kann Smeldeys und Symes Vorschlag zufolge die Intervention in die Kategorie „Promising“ eingeordnet werden, was als hinreichender Hinweis auf dessen Wirksamkeit angesehen werden kann (Smedley und Syme 2000; SVR 2007). Dabei sollte es nicht Ziel sein, alle Interventionen auf ein einheitlich verbindliches Referenzsystem der Qualitätssicherung zu verpflichten. Vielmehr sollte die Vielgestaltigkeit des Prozesses als angemessene Berücksichtigung des heterogenen Handlungsfeldes angesehen werden. Dies enthebt die Akteure und die begleitende Wissenschaft aber nicht der Verantwortung, den Prozess einer „praxisbasierten Evidenzgenerierung“ voranzutreiben (Green 2006).

## 6 Perspektiven

In der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung hat sich inzwischen eine vielgestaltige Praxislandschaft herausgebildet, deren Entwicklungsstand gesichert und fachlich reflektiert weiter entwickelt werden sollte. Dies umfasst insbesondere:

- Schaffung eines gesicherten Handlungsrahmens für die Praxis der sozialogenorientierten Gesundheitsförderung. Dies betrifft sowohl die Weiterentwicklung der angestoßenen Gesundheitsziele-Prozesse auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen (dort zum Beispiel in Form von „Runden Tischen Gesundheit“) als auch die Schaffung gesicherter Finanzierungsstrukturen. Insbesondere muss berücksichtigt werden, dass lebensweltbezogene Interventionen nicht nur Geld und Personal, sondern vor allem auch Zeit für den Strukturaufbau benötigen. Im Sinne der WHO-Empfehlung sollten systematisch Ressourcen für Qualitätsentwicklung und Evaluation im Umfang von zehn Prozent des Gesamtbudgets bereitgestellt werden.
- Fachliche Qualifizierung der Anbieter durch niedrigschwellig verfügbare und praxisnahe Schulungsmaterialien, individuelles Coaching und fachliche Begleitung sowie die Moderation eines fachlichen Austausches zwischen den Akteuren. Ein erster Schritt zur Entwicklung dieser Strukturen ist der Aufbau von „Regionalen Knoten“ als Koordinierungs- und Vernetzungsstellen auf Bundeslandebene im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“<sup>4</sup>.
- Verbesserung der Transparenz über die gesundheitsfördernde Praxis im Sinne einer Interventionsberichterstattung. Geleitet von konkreten Fragestellungen (beispielsweise im Kontext von Gesundheitsziele-Prozessen) können repräsentative Datenerhebungen die Grundlage bilden, um Entwicklungen in ausgewählten Feldern auf einer breiten empirischen Basis zu reflektieren und sie vor dem Hintergrund politischer Zielsetzungen weiter zu

entwickeln. Bestehende Übersichten, zum Beispiel über die im Rahmen des Paragrafen 20 Sozialgesetzbuch V durch die gesetzlichen Krankenkassen geförderten Angebote (*Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008*) oder die Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“<sup>1</sup> können hierfür die Ausgangsbasis bilden.

- Fortführung und inhaltliche Vertiefung des Diskurses über angemessene Konzepte und Instrumente der Qualitätsentwicklung und Evaluation. Ein erster Schritt wurde mit einer vom BMG veranstalteten und unter Federführung von BZgA und der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung vorbereiteten Konferenz Ende Februar 2008 in Berlin gegangen, in deren Rahmen Ansätze der Qualitätsentwicklung präsentiert und diskutiert wurden.<sup>5</sup>

### Web-Quellen

(letzter Zugriff im März 2008)

<sup>1</sup>[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/datenbank](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/datenbank)

<sup>2</sup>[www.quint-essenz.ch/de](http://www.quint-essenz.ch/de)

<sup>3</sup>[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice)

<sup>4</sup>[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/regionale-knoten](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/regionale-knoten)

<sup>5</sup>[www.qs-kongress.de](http://www.qs-kongress.de)

### Literatur

**Antonovsky A (1997):** Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag

**Brandes S, Kilian H (2007):** Praxisbasierte Qualitätsentwicklung mittels Good Practice und partizipativer Methoden. Prävention, Heft 4, 108–110

**Bundestransferstelle Soziale Stadt (2006):** Dritte bundesweite Befragung in den Programmgebieten der „Sozialen Stadt“, Zentrale Ergebnisse und Empfehlungen. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik (difu)

**BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2007):** Gesundheitsförderung Konkret. Heft 5: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Köln: BZgA

**Green LW (2006):** Public Health Asks of System Science: To Advance Our Evidence-Based Practice, Can You Help Us Get More Practice-Based Evidence? *American Journal of Public Health*, Band 96, Heft 3, 406–413

**GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.) (2007):** Gesundheitsziele im Förderalismus, Programme der Länder und des Bundes. Band 55: Schriftenreihe der GVG. Bonn: Nanos

**Ketelhut K, Mohasseb I, Gericke CA et al. (2005):** Verbesserung der Motorik und des kardiovaskulären Risikos durch Sport im frühen Kindesalter. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 16, A 1128–1137

**Kilian H, Brendler C, Geene R et al. (2003):** Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Heft 22: Abschlussbericht Projektphase 1: „Erhebung von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland“. In: BZgA (Hrsg.). *Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 65–104

**Kilian H, Geene R, Philipp T (2004):** Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting. In: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröer A (Hrsg.). *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliches Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“*. Essen: Wirtschaftsverlag NW, 151–230

**Kliche T, Töppich J, Kawski S, et al. (2004):** Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung, Anforderungen und Lösungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 47, Heft 2, 141–150

**Kolip P (2006):** Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung, Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, Heft 4, 234–239

**König J (2007):** Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis sozialer Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus

**Mackenbach J, Bakker M (Hrsg.) (2002):** *Reducing Inequalities in Health – A European Perspective*. London: Routledge

**Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2008):** *Präventionsbericht 2007, Dokumentation von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung – Berichtsjahr 2006*. Essen: MDS

**Reisig V, Nennstiel-Ratzel U, Loss J et al. (2007):** Das Gesundheitskonzept der bayrischen Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern.“ *Prävention*, Heft 4, 116–120

**Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.) (2006):** *Gesundheitliche Ungleichheit, Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag

**Richter M, Mielck A (2000):** Strukturelle und verhaltensbezogene Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, Heft 3, 198–215

**Rosenbrock R (2004):** Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention. *Zeitschrift für Evaluation*, Heft 1, 71–80

**Smedley BD, Syme SL (2000):** *Promoting Health – Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington: National Academy Press

**SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007):** *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*; [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) → Gutachten → Gutachten 2007

**Victora CG, Habicht JP, Bryce J (2004):** Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trails. *American Journal of Public Health*, Band 94, Heft 3, 400–405

**Whitehead M, Dahlgren G (1991):** What can we do about inequalities in health? *Lancet*, Band 338, 1059–1063

**WHO, Regional Office for Europe (2000):** *Health Promotion Evaluation – Recommendations to Policy-Makers*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe

**Wright MT (2006):** Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Band 43, 55–73

## DIE AUTOREN



**Dipl.-Soz. Holger Kilian, MPH,**  
Studium der Soziologie an der Freien Universität Berlin, anschließend u.a. wissenschaftlicher Mitarbeiter im Rahmen des Programms „Berlinfoorschung“ zu organisationssoziologischen Fragestellungen. 1999 bis 2001 postgraduales

Studium der Gesundheitswissenschaften (Public Health) an der Technischen Universität Berlin. Seit 2002 Mitarbeiter bei Gesundheit Berlin e.V. mit den Arbeitsschwerpunkten Gesundheit und soziale Lage, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsziele und Qualitätsentwicklung.



**Dipl. Soz.-Päd. Sven Brandes, MPH,**  
Studium der Sozialpädagogik in Braunschweig. Anschließend Masterstudiengang zum Gesundheitswissenschaftler an der Freien Universität Berlin. 2003 bis 2004 Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Prävention und Gesundheitsforschung der Freien Universität Berlin. Seit 2005 Koordination der Arbeitsbereiche, Good Practice in der Gesundheits-

förderung bei Sozial Benachteiligten' sowie Evaluation und Qualitätsentwicklung bei Gesundheit Berlin e.V., Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Interessenschwerpunkte: Gesundheit und soziale Lage, Erklärung von gesundheitlicher Ungleichheit, Interventionsforschung, qualitative und quantitative Evaluationsforschung.



**Dr. sportwiss. Monika Köster,**  
Studium der Sportwissenschaften an der Deutschen Sporthochschule (DSHS) Köln, Promotion 1992, anschließend langjährige Lehrbeauftragte am Institut für Sportsoziologie der DSHS Köln. Seit 1995 Mitarbeiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Arbeitsschwerpunkte: Bun-

desweite Marktübersichten zu Anbietern und Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung/Prävention; Entwicklung von Qualitätskriterien und Verfahrensweisen zur Identifizierung und Verbreitung bewährter Praxis der Gesundheitsförderung/Prävention. Themenschwerpunkte: Soziale Benachteiligung, Frauengesundheit, Gender Mainstreaming.