

Masterarbeit

Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung

**Eine empirische Untersuchung über Qualitätskriterien in
Gesundheitsförderungsprojekten – ein Vergleich zwischen Steiermark und
Vorarlberg**

eingereicht von

Mag^a. phil. Irene Hölblinger, BSc.

Mat.Nr.: 0311180

Mag^a. phil. Tamara Pichler, BSc.

Mat.Nr.: 0311781

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

unter Anleitung der Betreuerinnen

Ao.Univ.-Prof. Drⁱⁿ.med.univ. Èva Rásky

Mag^a. phil. Johanna Muckenhuber

Graz, 6. Oktober 2009


Unterschriften

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 6. Oktober 2009


Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 6. Oktober 2009


Unterschrift

Zusammenfassung

Seit Beginn der 1990er Jahre wurden für das Konzept Gesundheitsförderung unterschiedliche Qualitätskriterien entwickelt. Allerdings besteht aufgrund der Vielzahl an entwickelten Qualitätskriterien und den dazugehörigen Ansätzen zur Erfüllung dieser Qualitätsmaßstäbe keine Einigkeit darüber, welche Qualitätskriterien als essentiell für das Konzept Gesundheitsförderung gelten. Daher wurden die *Forschungsfragen*, welche Qualitätskriterien aus derzeitigen Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten für die Gesundheitsförderung vorherrschend sind, inwieweit nach Angaben der Projektverantwortlichen Gesundheitsförderungsprojekte in der Steiermark im Vergleich zu Vorarlberg diesen Qualitätskriterien entsprechen und ob die praktische Sichtweise von Projektverantwortlichen mit theoretischen Annahmen über Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung kompatibel ist, aus theoretischer und empirischer Sicht bearbeitet. Mit dem theoretischen Teil der Masterarbeit konnten acht Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung identifiziert werden, welche aus den unterschiedlichen Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten zusammengetragen wurden. Die *Stichprobe* der empirischen Untersuchung umfasste steirische und vorarlberger Projektverantwortliche für Gesundheitsförderungsprojekte, die anhand der Projektdatenbank von Fonds Gesundes Österreich ausgewählt wurden. Zur *Datenerhebung* wurde ein Online-Fragebogen eingesetzt, der auf Basis der im theoretischen Teil der Masterarbeit identifizierten acht Qualitätskriterien und bestehender Instrumente zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung entwickelt wurde. Die Rücklaufquote betrug 52,3%. Die *Datenauswertung* erfolgte mit dem statistischen Auswertungsprogramm SPSS. Die *Studienergebnisse* zeigten, dass bis auf einigen Ausnahmen die theoretisch vorherrschenden Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung in den Gesundheitsförderungsprojekten der Steiermark und Vorarlberg praktisch umgesetzt wurden und nur teilweise ein Bundesländerunterschied zu beobachten ist. Auch die Sichtweisen der Projektverantwortlichen sind überwiegend mit den theoretischen Annahmen kompatibel. Steirische und vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte weisen demnach bereits ein gutes Qualitätsniveau auf, allerdings werden vorwiegend praxisnahe und weniger theoretisch orientierte Qualitätskriterien berücksichtigt. Auch weist teilweise die Sichtweise von der praktischen Umsetzung ab. Als *Schlussfolgerung* der Ergebnisse kann daher festgehalten werden, dass in geringem Maße eine Theorie-Praxis-Kluft besteht, welche durch die Verbreitung theoretischen Wissens überwunden werden könnte.

Abstract

Since beginning of the nineties different quality criteria were developed for the concept of health promotion. According to this multiplicity of developed quality criteria, there exists no agreement which quality criteria are considered as essential for the concept of health promotion. This is why the following *research questions* became reason and were theoretical and empirical discussed in this master thesis:

- which quality criteria are predominating from present quality management systems and instruments for health promotion;
- to what extent correspond these quality criteria to health promotion projects in Styria compared to Vorarlberg and
- are the practical perceptions of project managers compatible with theoretical assumptions over quality criteria for health promotion.

With the theoretical part of the master thesis eight quality criteria for health promotion could be identified, which were gathered from the different quality management systems and instruments.

The *sample* of the empirical investigation involves project managers for health promotion projects of Styria and Vorarlberg, which were selected on the basis of the project data base from *Fonds Gesundes Österreich*. For *data collection* an on-line questionnaire was used, which was developed on basis of the in the theoretical part of the master work identified eight quality criteria and of existing instruments for quality measurement for health promotion. The response rate amounted to 52,3%. The statistic analysis program SPSS was used for *data analysis*. The *study results* showed that the theoretically predominating quality criteria for health promotion were up to some exceptions put into health promotion practice. A difference between health promotion projects from Styria and Vorarlberg were partly observed. Also, the perceptions of the project managers are predominantly compatible with the theoretical assumptions over quality criteria for health promotion. Because of these study results it can be determined, that health promotion projects from Styria and Vorarlberg already have a good quality level, although they predominately use practice oriented and less theoretical oriented quality criteria. Also the perceptions from the project managers differ to the practical implementation. As a *conclusion* of the study results it can be held, that there exists a theory practice gap, which could be overcome by spreading theoretical knowledge.

Vorwort

„Da flehen die Menschen die Götter an um Gesundheit und wissen nicht, dass sie die Macht darüber selbst besitzen“ (Demokrit, * 460 - †371 v. Chr.) - Gesundheitsförderung als theoretisches Konzept ist erst im 20. Jahrhundert entstanden, aber das Bewusstsein, dass Gesundheit vor allem von einem selbst beeinflusst werden kann, hat schon Demokrit formuliert. Gesundheitsförderung setzt auf die Stärkung dieser Eigenverantwortung. Die Neugierde, welche Erfolgsfaktoren hierfür verantwortlich sind, veranlassten uns das Thema Qualität in der Gesundheitsförderung genauer zu betrachten. In den letzten Monaten verbrachten wir unzählige Wochen damit, um einen Einblick in das Thema Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten zu erlangen und schließlich diese Masterarbeit zu verfassen.

Unser Dank gilt daher unseren Eltern Bernhard und Dagmar, Johann und Angelika, unseren Freunden Michi und Harry und unseren Freundeskreis für die Unterstützung während dieser Zeit und für das Verständnis, dass wir in den letzten Monaten mehr Zeit im Computerraum der Universität verbrachten als Zuhause. Auch möchten wir uns bei unseren PretesterInnen für die konstruktive Kritik an unserem Online-Fragebogen bedanken. Ein weiterer Dank gilt dem Kommunikationsforum „Google Groups“, welches uns die Erstellung der „Group“ Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung zum gegenseitigen Online-Austausch und Ideensammeln ermöglichte. Somit konnten wir unsere räumliche Distanz überwinden und die Masterarbeit problemlos als Team verfassen. Bei unseren Betreuerinnen ao. Univ.-Prof. Drⁱⁿ. Éva Rásky und Mag^a. Johanna Muckenhuber möchten wir uns für die sehr gute Zusammenarbeit und für die Betreuung unserer Arbeit bedanken. Ebenso gilt unser Dank Fonds Gesundes Österreich, die bereit waren, uns in unserem Vorhaben zu unterstützen. Schließlich möchten wir uns auch bei den teilnehmenden Projektverantwortlichen der Gesundheitsförderungsprojekte bedanken, die uns mit ihrer Teilnahme an der Online-Befragung die Durchführung unserer empirischen Studie ermöglichten.

Inhaltsverzeichnis

Autorinnenverzeichnis	8
Einleitung	9
1 Gesundheitsförderung – Versuch einer konzeptionellen Bestimmung	13
<i>1.1 Ursprung des Konzepts Gesundheitsförderung und der Beitrag der Weltgesundheitsorganisation zu dessen Etablierung</i>	<i>13</i>
<i>1.2 Zugrunde liegende Theorien des Konzepts Gesundheitsförderung.....</i>	<i>20</i>
<i>1.3 Handlungsprinzipien und Methoden des Konzepts Gesundheitsförderung.....</i>	<i>24</i>
<i>1.4 Stand der praktischen Umsetzung des Konzepts Gesundheitsförderung</i>	<i>30</i>
2 Beginn, Entwicklung und Stand der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung.....	33
3 Qualitätsmanagement - Konzept und Adaptierung für den Gesundheits(-förderungs)bereich	43
<i>3.1 Begriffsklärung und thematische Abgrenzung.....</i>	<i>43</i>
<i>3.2 Qualitätsmanagementsysteme und -ansätze und ihre Bedeutung für die Gesundheitsförderung</i>	<i>47</i>
<i>3.3 Qualitätskriterien als Wegweiser für Qualitätsmanagement</i>	<i>52</i>
<i>3.4 Phasen der Entwicklung von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung..</i>	<i>55</i>
4 Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente für die Gesundheitsförderung	58
<i>4.1 Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung.....</i>	<i>58</i>
4.1.1 Quality in Prevention (QIP) – ein Verfahren zur Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung.....	58
4.1.2 Interactive Domain Model (IDM) – ein Best Practice Modell für die Gesundheitsförderung.....	64
4.1.3 Quint-essenz – ein Modell zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung.....	70
4.1.4 Public Health Action Cycle – ein Modell zur Planung von Gesundheitsförderungsprojekten.....	74

4.2	<i>Instrumente zur Qualitätsmessung der Gesundheitsförderung</i>	76
4.2.1	Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0.....	77
4.2.2	European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP).....	83
4.3	<i>Zusammenschau der Qualitätskriterien der dargestellten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente der Gesundheitsförderung</i>	86
5	Eine empirische Studie über Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten – ein Vergleich zwischen Steiermark und Vorarlberg	95
5.1	<i>Forschungsfragen und Ziele der Studie</i>	95
5.2	<i>Forschungsfeld Gesundheitsförderung in Österreich</i>	97
5.2.1	Gesundheitsförderung Österreich und Fonds Gesundes Österreich.....	97
5.2.2	Gesundheitsförderung in der Steiermark im Vergleich zur Gesundheitsförderung in Vorarlberg.....	105
5.3	<i>Stichprobenauswahl</i>	109
5.4	<i>Datenerhebungsmethode</i>	111
5.4.1	Fragebogenkonstruktion und -darstellung.....	112
5.4.2	Online-Forschung und schriftliche Online-Befragung.....	118
5.5	<i>Datenauswertungsmethode</i>	123
5.6	<i>Darstellung der Studienergebnisse</i>	124
5.6.1	Stichprobencharakteristika	124
5.6.2	Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene nach Angabe der ProjektleiterInnen.....	129
5.6.2.1	<i>Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene im Bundesländervergleich</i>	129
5.6.2.2	<i>Ausgewählte Qualitätskriterien auf der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisebene nach dem Jahr des Projektbeginns</i>	148
5.6.3	Sichtweisen über Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene.....	151
5.6.4	Allgemeines Wissen und Sichtweisen über Qualität in der Gesundheitsförderung.....	157
5.7	<i>Zusammenfassung der Studienergebnisse</i>	164

<i>5.8 Einschränkung der Studienergebnisse</i>	170
Zusammenfassende Schlussbetrachtung	172
Ausblick und Diskussion	176
Literaturverzeichnis	179
Abbildungsverzeichnis	190
Tabellenverzeichnis	191
Diagrammverzeichnis	192
Anhang 1: Printversion des Fragebogens	193
Anhang 2: E-Mail-Anschreiben zum Online-Fragebogen	202
Anhang 3: Fonds Gesundes Österreich Begleitschreiben	203

Autorinnenverzeichnis

- Irene Hölblinger:* Kapitel 3 Qualitätsmanagement – Konzept und Adaptierung für den Gesundheits(-förderungs)bereich
- Kapitel 4.1 Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung
- Kapitel 5.2 Forschungsfeld Gesundheitsförderung in Österreich
- Kapitel 5.3 Stichprobenauswahl
-
- Tamara Pichler:* Kapitel 1 Gesundheitsförderung - Versuch einer konzeptionellen Bestimmung
- Kapitel 2 Beginn, Entwicklung und Stand der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung
- Kapitel 4.2 Instrumente zur Qualitätsmessung der Gesundheitsförderung
- Kapitel 5.4 Datenerhebungsmethode
-
- Irene Hölblinger:
Tamara Pichler* Kapitel 4.3 Zusammenschau und Vergleich aller Qualitätskriterien der Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente für die Gesundheitsförderung
- Kapitel 5.1 Forschungsfragen und Ziele der Studie
- Kapitel 5.5 Datenauswertungsmethode
- Kapitel 5.6 Darstellung der Studienergebnisse
- Kapitel 5.7 Zusammenfassung der Studienergebnisse
- Kapitel 5.8 Einschränkung der Studienergebnisse

Einleitung

Die Anzahl der durchgeführten Gesundheitsförderungsprojekte nimmt seit einigen Jahren auch in Österreich stetig zu und diese sind mittlerweile zu einem nicht wegzudenkenden Bereich des Gesundheitswesens geworden. Der Begriff Gesundheitsförderung scheint allerdings auch zu einem Modewort geworden zu sein, da eine Vielzahl an Aktivitäten mit diesem Begriff umschrieben werden, teilweise ohne tatsächlich einen gesundheitsfördernden Charakter zu besitzen. Diverse AkteurInnen der Gesundheitsförderung haben dies bereits seit den 1990er Jahren kritisch angemerkt, allen voran Ilona Kickbusch, die wesentlich bei der Entwicklung des Konzepts Gesundheitsförderung mitverantwortlich war. Sie konstatiert, dass die inflationäre Tendenz fast jede gesundheitsbezogene Intervention und Maßnahme als gesundheitsfördernd zu bezeichnen „zu problematischen Missverständnissen in Bezug auf professionelles gesundheitsförderndes Handeln geführt“ (Kickbusch 2003, S. 185) hat. Des Weiteren sind die finanziellen Mittel zur Unterstützung von Gesundheitsförderungsprojekten in den meisten Gesundheitssystemen knapp bemessen. Gerade dies erfordert eine gezielte und wirkungsvolle Einsetzung dieser Ausgaben, d.h. die Investition in Gesundheitsförderungsprojekten mit einem gewissen Qualitätsanspruch.

Wie bereits angemerkt, stellten sich diverse AkteurInnen der Gesundheitsförderung bereits seit Beginn der 1990er Jahre Fragen der Sicherstellung von Qualität gesundheitsfördernder Aktivitäten. Dieser frühe Einzug der Qualitätsdiskussion in die Gesundheitsförderung hat bereits einige Qualitätsmanagementsysteme und Instrumente zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung hervorgebracht, die jedoch meistens nur gelegentlich in die Gesundheitsförderungspraxis implementiert werden. Dieser Fundus an Qualitätsmanagementsystemen und Instrumenten zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung hat unter anderem dazu geführt, dass es keinen einheitlichen Konsens bezüglich Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung gibt. Diese Entwicklungen, das Konzept Gesundheitsförderung betreffend, sind daher Anlass, sich in der vorliegenden Masterarbeit näher mit derzeit theoretisch vorherrschenden Qualitätskriterien für das Konzept Gesundheitsförderung auseinander zu setzen sowie deren praktische Umsetzung in österreichischen Gesundheitsförderungsprojekten und Sichtweisen von Projektverantwortlichen über Qualitätskriterien näher zu betrachten. Derzeit theoretisch vorherrschende Qualitätskriterien wurden in der vorliegenden Masterarbeit aufgrund der für die Gesundheitsförderung entwickelten

Qualitätsmanagementsysteme und Qualitätsmessinstrumente identifiziert. Es folgte demnach eine Limitation auf einen Ansatz der Qualitätssicherung für die Gesundheitsförderung und auf die am meisten verbreitetsten und theoretisch fortgeschrittensten Qualitätsmanagementsysteme und Qualitätsmessinstrumente. Für die Auseinandersetzung mit der österreichischen Gesundheitsförderungslandschaft wurde eine Einschränkung auf die Bundesländer Steiermark und Vorarlberg vorgenommen, da beide Bundesländer in gewissen Aspekten wie etwa der Anzahl durchgeführter Gesundheitsförderungsprojekte eine Vorreiterrolle einnehmen und gleichzeitig ein Ost-West-Vergleich durchgeführt werden kann.

Das *Ziel der Masterarbeit* liegt daher einerseits in der Zusammenführung theoretisch vorherrschender Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung anhand derzeit verbreiteter Qualitätsmanagementsysteme und Instrumente zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung und andererseits in der Betrachtung der Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten sowie den Sichtweisen über Qualitätskriterien in der Steiermark im Vergleich zu Vorarlberg. Folgende *Forschungsfragen* sollen dazu im Rahmen der Masterarbeit beantwortet werden:

- Welche Qualitätskriterien sind aus derzeitigen Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten für die Gesundheitsförderung vorherrschend?

Diese erste Forschungsfrage soll Auskunft darüber liefern, welche Qualitätskriterien in den Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten für die Gesundheitsförderung herangezogen werden und wie sich diese miteinander vergleichen beziehungsweise von einander unterscheiden lassen.

- Inwieweit entsprechen Gesundheitsförderungsprojekte in der Steiermark und in Vorarlberg diesen Qualitätskriterien?

Mit dieser zweiten Forschungsfrage soll mittels eines explorativen Forschungsdesigns empirisch erforscht werden, wie die in den Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten beschriebenen Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderungspraxis in der Steiermark und in Vorarlberg berücksichtigt werden. Im Zuge dieser empirischen Untersuchung sollen auch die Sichtweisen von Projektverantwortlichen steirischer und vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte identifiziert werden.

Die Forschungsfragen werden in einem ersten theoretischen Teil mittels relevanter wissenschaftlicher Literatur zur gewählten Thematik beantwortet. Dazu wurde nach

veröffentlichter Literatur der Jahre 2000 bis 2009 in den Datenbanken CINAHL, COCHRANE, MEDLINE, PUBMED zu folgenden Schlagwörtern recherchiert: health promotion; health promotion programme; health promotion project; quality; quality assurance; quality control; quality improvement; effectiveness; quality indicators; assessment instrument; questionnaire; quality measuring; measuring instrument. Zudem wurden relevante deutschsprachige Datenbanken, Zeitschriften und Homepages für den Bereich Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement durchsucht. In einem zweiten Teil der Arbeit werden die aufgeworfenen Forschungsfragen mittels eines schriftlichen Online-Fragebogens ergründet, indem Projektverantwortliche für Gesundheitsförderungsprojekte aus der Steiermark und Vorarlberg befragt wurden. Der Online-Fragebogen wurde auf Basis der im theoretischen Teil erarbeiteten Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsprojekte entwickelt. Zudem wurde auf bereits vorhandene Instrumente zur Qualitätsmessung in der Gesundheitsförderung wie das European Instrument for Quality in Health Promotion und Preffi 2.0 zurückgegriffen.

Die vorliegende Masterarbeit ist in fünf Kapitel aufgebaut. In einem *einleitenden Kapitel* wird die Entwicklung des Konzepts Gesundheitsförderung beschrieben. Dabei wird insbesondere der Beitrag der Weltgesundheitsorganisation mit ihren Gesundheitsförderungskonferenzen in Ottawa, Jakarta und Bangkok thematisiert. Des Weiteren werden zugrunde liegende Theorien, wesentlichste Handlungsprinzipien und Methoden des Konzepts Gesundheitsförderung kurz skizziert. Ebenso erfolgt eine kurze Abgrenzung zum Begriff Prävention. Abschließend wird der Stand der Umsetzung des Konzepts erörtert. Im *zweiten Kapitel* wird der Diskussionsstand rund um Qualität in der Gesundheitsförderung kurz dargestellt, indem auf die Notwendigkeit von Qualität in der Gesundheitsförderung, auf die Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung sowie auf die vorrangig diskutierten Ansätze und Vorschläge zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung eingegangen wird. Das *dritte Kapitel* beschäftigt sich mit dem Konzept Qualitätsmanagement. Dazu werden zunächst der Ursprung, die Entwicklung und die wichtigsten Systeme wie ISO und EFQM des branchenübergreifenden Qualitätsmanagements beschrieben. Daraus folgend wird die Adaptierung dieses Konzepts für den Gesundheits(-förderungs)bereich thematisiert. Im *vierten Kapitel* werden nun konkret die vorhandenen Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung Interactive Domain Model (IDM), Quint-Essenz, Quality in Prevention (QIP) und Public Health Action Cycle dargestellt. Zudem werden Instrumente

zur Überprüfung der Qualität in Gesundheitsförderungsprojekten als möglicher Teil von Qualitätsmanagementsystemen und zur Messung der Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten betrachtet. Abschließend erfolgt eine Zusammenschau aller diskutierten Qualitätskriterien der Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente, indem diese auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin verglichen werden und schließlich daraus ein Qualitätskriterienkatalog der theoretisch vorherrschenden Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung erstellt wird. Das abschließende *fünfte Kapitel* umfasst die Darstellung der empirischen Untersuchung. Dazu werden einleitend noch einmal die Forschungsfragen mit ihren Teilfragen sowie die Ziele der explorativen Studie genauer ausgeführt. Danach werden die ausgewählte Stichprobe der Studie, die Datenerhebungsmethode und die Datenauswertungsmethode dargestellt. Schließlich erfolgt abschließend die Darlegung der Studienergebnisse mit einer anschließenden Zusammenfassung, sowie der Angabe von möglichen Einschränkungen. Im Rahmen der Zusammenfassung der Studienergebnisse werden die Forschungsfragen der empirischen Untersuchung beantwortet.

1 Gesundheitsförderung – Versuch einer konzeptionellen Bestimmung

In diesem einführenden Kapitel wird versucht, die wesentlichen Aspekte des Konzepts Gesundheitsförderung aufzuzeigen. Dazu soll einerseits der Ursprung und die Entwicklung des Konzepts Gesundheitsförderung beschrieben werden, indem insbesondere der Beitrag der Weltgesundheitsorganisation thematisiert wird. Im Zuge dessen soll auch eine Abgrenzung zum Begriff Prävention erfolgen. Andererseits soll auf wesentliche Theorien eingegangen werden, die dem Konzept Gesundheitsförderung zu Grunde liegen, um schließlich gemeinsame Handlungsprinzipien und Methoden des Konzepts Gesundheitsförderung beschreiben zu können. Abschließend wird schließlich kurz der Stand der praktischen Umsetzung des Konzepts der Gesundheitsförderung erörtert.

1.1 Ursprung des Konzepts Gesundheitsförderung und der Beitrag der Weltgesundheitsorganisation zu dessen Etablierung

Die Anfänge der Gesundheitsförderung können nach Naidoo und Willis (2003) bereits im 19. Jahrhundert von 1840 bis Ende der 1920er Jahre in der Bewegung zur Öffentlichen Gesundheit (Public Health) gesehen werden, aus der schließlich die Idee der gesundheitlichen Aufklärung (von 1929 bis Ende der 1970er Jahre) und das Konzept der Gesundheitsförderung (von 1940 bis Ende der 1990er Jahre) entstand. Das Konzept der Gesundheitsförderung führte in der Folge auch zu einer neuerlichen Bewerbung von Public Health, weshalb seit den 1980er Jahren von New Public Health und der dritten Public-Health-Revolution die Rede ist (vgl. Naidoo/ Willis 2003, S. 72-74). Demnach hatten vor allem die historische Tradition von Public Health und die kritische Sozialmedizin einen enormen Einfluss auf die strategische Ausrichtung des Konzepts Gesundheitsförderung. Das Lalondepapier wird nach Kickbusch (2003) international schließlich als die Geburtsstunde der organisierten Gesundheitsförderung angesehen. Dieses Dokument wurde von Kanadas Gesundheitsminister Marc Lalonde im Jahr 1974 vorgelegt und hatte zum Inhalt, dass gesundheitsfördernde Lebensweisen zum legitimen Ziel der Gesundheitspolitik erklärt werden sollten. Der darin enthaltene Denkansatz wurde von der Weltgesundheitsorganisation aufgegriffen und international durch die „Gesundheit für Alle“ – Strategie verbreitet (vgl. Kickbusch 2003, S. 183). Ab diesem Zeitpunkt war die Weltgesundheitsorganisation in die Entwicklung des Konzepts Gesundheitsförderung involviert. Über drei Jahrzehnte war die Weltgesundheitsorganisation dabei allerdings trotz ihres positiven Gesundheitsbegriffs, der bereits 1947 formuliert wurde, eine vorwiegend medizinisch dominierte Institution. Erst die „Gesundheit für Alle“ – Strategie, die im

Rahmen der 30. Weltgesundheitsversammlung als Grundsatzprogramm entwickelt und auf der Alma-Ata Konferenz von 1978 vorgestellt wurde (vgl. WHO Regionalbüro für Europa 2005, S. 9), war Grundlage für eine weltweite Programmentwicklung bis heute. Dort wurden die Leitmotive der späteren WHO-Programme zur Gesundheitsförderung wie etwa soziale Ungleichheit als zentrales Problem der Gesundheitspolitik oder die BürgerInnenbeteiligung bereits diskutiert (vgl. Legewie / Trojan o. J., S. 8).

Sechs Jahre nach der Alma-Ata Konferenz im Jahr 1984 wurde von Anderson im Auftrag des Europabüros der Weltgesundheitsorganisation eine Zusammenfassung über die Grundlagen und des Konzepts Gesundheitsförderung erstellt, welche einen sehr umfassenden Überblick liefert und die weitere Entwicklung des Gesundheitsförderungskonzepts nachhaltig beeinflusst hat (vgl. Waller 2006; Naidoo / Willis 2003; Kaba-Schönstein 2003). In diesem Bericht von Anderson wird das Konzept Gesundheitsförderung als Ergebnis der Kritik am medizinischen Risikofaktoren-Modell, dessen sich die traditionelle Gesundheitserziehung bedient hat, dargestellt: Vom biomedizinischen Modell der Gesundheitserziehung zum psychologischen Modell der Gesundheitserziehung der 1960er Jahre über das soziale Modell der Gesundheitserziehung der 1970er Jahre zum ökologischen Modell der Gesundheitserziehung der 1980er Jahre (vgl. Waller 2006, S. 159f.). Vor allem „die Entdeckung, dass es eine positive Kraft zur Stärkung von Gesundheit gibt, hat die Prävention theoretisch revolutioniert und den Begriff der Gesundheitsförderung geprägt“ (Stöckel 2004, S. 26) beziehungsweise zu einer Abwendung von der traditionellen Gesundheitserziehung geführt. Gesundheitsförderungsmaßnahmen wurden demnach bis in die 1980er Jahre mit dem Begriff Gesundheitsaufklärung oder Gesundheitserziehung bezeichnet, so dass deren Durchführung auch vorwiegend der Präventivmedizin und Bildung und Erziehung überlassen wurde. Erst ab den 1980er Jahren setzte sich allmählich der Begriff Gesundheitsförderung durch (vgl. Naidoo / Willis 2003, S. 71). Maßgeblich wurde die Verbreitung dieses Begriffs und die Entstehung des Konzepts Gesundheitsförderung schließlich von Ilona Kickbusch, der damaligen Leiterin des Regionalbüros Europa der Weltgesundheitsorganisation vorangetrieben (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S. 80). Das Konzept Gesundheitsförderung ist dabei nach Kickbusch (2003) mehr als die in dem Bericht von Anderson dargestellte Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung und des Risikofaktorenmodells, da es vielmehr im Kontext einer breiten sozialen Entwicklung (Frauen-, PatientInnen-, Selbsthilfe-, Umwelt-, Homosexuellen- und AIDS-Bewegung)

entstanden ist (vgl. Kickbusch 2003; Kaba-Schönstein 2003). Das Konzept der Gesundheitsförderung ist nämlich wesentlich beeinflusst von den Ideen unterschiedlicher sozialer Bewegungen (vgl. Altgeld / Kolip 2004, S. 42). Auch die zunehmende Individualisierung und Eigenverantwortlichkeit in postmodernen Gesellschaften hat zur Etablierung des Konzepts Gesundheitsförderung geführt. Zu einem gesundheitspolitischen und strategischen Umdenken führten des Weiteren medizinkritische Arbeiten und der professionskritische Ansatz in den gemeindeorientierten Gesundheitsprojekten der USA und Lateinamerika, sowie Bewegungen zur holistischen Medizin und Wellness (vgl. Kickbusch 2003, S. 182).

Bevor das Konzept Gesundheitsförderung innerhalb der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa Charta 1986 verabschiedet wurde, erarbeitete 1984 eine Expertengruppe unter der Leitung von Ilona Kickbusch eine Diskussionsgrundlage über Konzept und Prinzipien der Gesundheitsförderung, welches erstmalig die Ziele und Prinzipien von Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta zum Inhalt hatte. Auf Basis dieser Diskussionsgrundlage wurde das Konzept der Gesundheitsförderung weiter entwickelt und auf der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung 1986 in Ottawa vorgestellt und verabschiedet. Die Ottawa-Charta ist daher das erste offizielle Dokument über das Konzept Gesundheitsförderung und gilt als Schlüsseldokument und Grundsatzpapier für die weitere Entwicklung der Gesundheitsförderung (vgl. Waller 2006; Kaba-Schönstein 2003). Diese Konferenz in Ottawa verstand sich als eine der Aktivitäten für das Rahmenprogramm „Gesundheit für Alle“, an der 240 Menschen aus 35 überwiegend Industrie-Ländern teilnahmen (vgl. Kaba-Schönstein 2003, S. 82). Mit der Ottawa-Charta kam es zu einem neuen Verständnis für das Konzept Gesundheitsförderung. Fünf Jahre intensive Forschung und Diskussion waren zur Erstellung der Charta notwendig, die letzten Endes, wie soeben skizziert, auf der „Gesundheit für Alle“ – Strategie, der Alma Ata Deklaration, dem „Lalonde health field concept“ und dem zusammenfassenden Überblick von Anderson basiert (Kickbusch 2003, S. 383). Die Ottawa-Charta gilt als Meilenstein der Gesundheitsförderung und als Startsignal für Gesundheitsförderungsstrategien auf internationaler und nationaler Ebene (Altgeld / Kolip 2007, S. 33). Auch die Begriffsbestimmung der Gesundheitsförderung wurde dadurch maßgeblich verändert, indem die Ottawa-Charta darauf verwies, dass Gesundheitsförderung zur Gesundheit und dem Wohlbefinden aller Bevölkerungsgruppen beitragen soll und nicht alleine ExpertInnen und Gesundheitsberufe sondern die Menschen

selbst ihre Gesundheitsprobleme definieren (vgl. Naidoo / Willis 2003, S. 80). Gesundheit wird dadurch nicht mehr als Verantwortung des Einzelnen gesehen, sondern als gesellschaftliche Verantwortung, die von LehrerInnen, SozialarbeiterInnen aber auch MangerInnen von Betrieben übernommen werden kann: „Gesundheit soll nicht nur zu einer Angelegenheit des medizinischen Systems, sondern wieder zu einem Anliegen aller anderen Funktionssysteme der Gesellschaft – wie Ökonomie, Politik, Wissenschaft, Erziehung – gemacht werden. Es geht aber auch um die Veränderung von Lebensstilen, d.h. jede Person sollte für sich Gesundheit auf die Tagesordnung setzen und Gesundheit nicht als seine selbstverständliche Ressource betrachten, die ohne strategische Entscheidungen und ohne Investitionen einfach vorhanden ist“ (Pelikan et al. 1996, S. 40f.).

Wie nun das Konzept Gesundheitsförderung 1986 in der Ottawa-Charta definiert wurde, zeigt folgender Ausschnitt aus der Charta: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (WHO 1986, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung). Die Ottawa-Charta formuliert zudem drei Handlungsqualifikationen für das Konzept Gesundheitsförderung (vgl. Waller 2006; Naidoo / Willis 2003):

- *Interessen vertreten:* Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch anwaltschaftliches Eintreten die politischen, ökonomischen, sozialen, kulturellen, biologischen sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv zu beeinflussen.
- *Befähigen und ermöglichen:* Gesundheitsförderung ist auf gesundheitliche Chancengleichheit gerichtet, indem gesundheitsförderndes Handeln darum bemüht ist, soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen für alle Menschen zur Verwirklichung ihres Gesundheitspotenzials zu schaffen.
- *Vermitteln und vernetzen:* Da der Gesundheitssektor alleine nicht in der Lage ist, Gesundheit zu garantieren, zielt gesundheitsförderndes Handeln auf ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung von Verantwortlichen in

Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor und in lokalen Institutionen, Industrie und Medien.

Neben diesen drei Handlungsqualifikationen werden in der Ottawa-Charta fünf Handlungsstrategien zur Umsetzung des Konzepts Gesundheitsförderung genannt (vgl. Waller 2006; Naidoo / Willis 2003; Kickbusch 2003; vgl. Trojan 2002):

- *Persönliche Kompetenzen entwickeln:* Durch Information, gesundheitsbezogene Bildung und Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten soll Gesundheitsförderung die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten unterstützen. Hierbei geht es um die Aneignung von Gesundheitswissen und die Stärkung der Autonomie und Eigenverantwortung, d.h. die Abhängigkeitsstruktur von PatientInnenrollen zu durchbrechen. Diese Handlungsstrategie ist aus dem Konzept der Gesundheitserziehung entstanden und richtet sich an das Individuum. Die AkteurInnen sind die Ärzteschaft im Rahmen der Gesundheitsberatung, die Institutionen der Erwachsenenbildung im Rahmen der Gesundheitsbildung, Institutionen der Aufklärung und Information der Bevölkerung, der öffentliche Gesundheitsdienst und individuelle Gesundheitsberatungsinstitutionen.
- *Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen:* Nachbarschaften und Gemeinden sollen im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung über Gesundheit unterstützt werden, indem Selbsthilfe und soziale Unterstützungsmöglichkeiten stets wichtige Angelpunkte der Gesundheitsförderung sind. Die Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen betrifft dabei Individuen als solidarisch Handelnde, wie sie sich in der Bürgerhilfe oder in Selbsthilfegruppen zusammenschließen. Auch sind Aktionen des Dritten Sektors aufgefordert, d.h. alle jene Institutionen die sich gemeinnützig und ehrenamtlich für die Förderung der Gesundheit einsetzen.
- *Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen:* Gesundheitsförderung schafft Arbeits- und Lebensbedingungen, die die Erhaltung der Gesundheit und die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen ermöglichen und sie dient dem Schutz der sozialen und natürlichen Umwelt. Dies zeigt sich in Form der sozialen Handlungssysteme, die als Settings bezeichnet werden. Die gesundheitsfördernden Lebenswelten sind all jene Orte, an denen Menschen

leben, die Gemeinde, ihr Zuhause, Orte an denen sie arbeiten, spielen und ihre Freizeit verbringen.

- *Gesundheitsdienste neu orientieren:* Verantwortung für die Gesundheitsförderung tragen in den Gesundheitsdiensten Einzelpersonen, Gruppen, Ärzte und andere MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens, Gesundheitseinrichtungen sowie der Staat. Diese sollen das Versorgungssystem neu in Richtung Stärkung der Gesundheit ausrichten. Gesundheitsberufe sollen als Fachressource in Gesundheitsförderungsprojekten mit einbezogen werden. Auch Einrichtungen der Krankenversorgung sollen sich in Richtung Gesundheitszentrum entwickeln. Es soll eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinaus angestrebt werden und die professionellen Gesundheitsdienste sollen mehr nach dem Prinzip der Salutogenese arbeiten, d.h. die Ressourcen der PatientInnen aufgreifen und die psychosoziale Dimension von Krankheiten mit der naturwissenschaftlich-medizinischen gleichwertig behandeln.
- *Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln:* Gesundheit muss auf allen politischen Ebenen und in allen Politiksektoren thematisiert und umgesetzt werden. Gesundheit soll daher Thema unterschiedlicher politischer Sektoren sein und erfordert eine Koordination unterschiedlicher Politikbereiche. Auch bei Gesundheitsförderungsprogrammen in Organisationen soll eine solche Verknüpfung unterschiedlicher Expertisen erfolgen.

Die eben beschriebenen Hauptinhalte der Ottawa-Charta lieferten demnach erstmals eine ungefähre Konkretisierung, was unter dem Konzept Gesundheitsförderung im Sinne der Weltgesundheitsorganisation verstanden wird. Die Empfehlungen der nachfolgenden internationalen Gesundheitsförderungskonferenzen der Weltgesundheitsorganisation 1988 in Adelaide, 1991 in Sundsvall, 1997 in Jakarta, 2000 in Mexiko-City und 2005 in Bangkok waren dann bestimmend für die Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der Gesundheitsförderungsprogrammatisierung. Vor allem in der Jakarta Erklärung wurden die Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und -strategien des Konzept Gesundheitsförderung bilanziert und aktualisiert (vgl. Kaba-Schönstein 2003; Naidoo / Willis 2003). Insbesondere wurde in der Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert hervorgehoben, dass „Gesundheitsförderung einen entscheidenden Einfluss auf die Determinanten von Gesundheit“ (WHO 1997, Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert) ausübt und maßgeblich zur Verringerung

der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung beitragen kann. Die aktuellste Charta der Weltgesundheitsorganisation ist die Bangkok Charta für die Gesundheitsförderung (WHO 2005, Bangkok Charta für die Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt). Darin werden notwendige Maßnahmen beschrieben, um die Gesundheitsdeterminanten in einer globalisierten Welt mittels Gesundheitsförderung beeinflussen zu können, da davon ausgegangen wird, dass sich der gesellschaftliche Kontext der Gesundheitsförderung seit der Ottawa Charta wesentlich verändert hat.

Die Betrachtung des Ursprungs des Konzepts Gesundheitsförderung und des Beitrags der Weltgesundheitsorganisation zu dessen Etablierung zeigt, dass diverse unterschiedliche Entwicklungen im gesundheitlichen als auch sozialen Bereich das Konzept Gesundheitsförderung beeinflusst haben und dass vor allem die Weltgesundheitsorganisation versucht hat, eine konzeptionelle Ausgangsbasis für die Verbreitung des Konzepts Gesundheitsförderung zu schaffen. Trotz dieser konzeptionellen Bestimmung des Konzepts Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta und durch die nachfolgenden Gesundheitsförderungskonferenzen der Weltgesundheitsorganisation wird der Begriff Gesundheitsförderung sowohl in der deutschen als auch in der englischen Sprache allerdings nicht einheitlich verwendet (vgl. Hurrelmann / Laaser 2006, S. 750). Auch die „beliebige und inflationäre Verwendung der Bezeichnung Gesundheitsförderung als Trend- und Modebegriff, der auch unveränderten, traditionellen präventiven Maßnahmen übergestülpt wurde, hat die Unklarheiten verstärkt“ (vgl. Naidoo / Willis 2003, S. 105). Das Konzept Gesundheitsförderung wird zudem häufig mit dem Konzept Prävention, vor allem der Primärprävention gleichgesetzt. In der Literatur herrscht bislang keine Einigkeit darüber, inwieweit sich diese beiden Konzepte voneinander unterscheiden. Die meisten AutorInnen sehen eine Ergänzung beider Konzepte als optimale Strategie zur Erhaltung der Gesundheit beziehungsweise Vermeidung der Krankheit an (vgl. Trojan 2002; Hurrelmann et al. 2004; Leppin 2004; Kaba-Schönstein 2003; Altgelt / Kolip 2004; Walter / Schwarz 2003). Die Abgrenzungsproblematik der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung wird im deutschsprachigen Raum allerdings erheblich strenger gehandhabt als in den angloamerikanischen Ländern, vor allem in den USA. Dort wird „health promotion“ und „disease prevention“ meist austauschbar verwendet und nicht explizit voneinander abgegrenzt (vgl. Leppin 2004, S. 33). Eine Abgrenzung der beiden Begrifflichkeiten ist allerdings unerlässlich, da es sich um zwei grundlegend verschiedene gesundheitswissenschaftliche Strategien handelt, deren historischer Ursprung

unterschiedlich ist und denen auch gegensätzliche theoretische Grundlagen – etwa das Risikofaktorenmodell beim Konzept Prävention im Unterschied zum Salutogenesemodell beim Konzept Gesundheitsförderung – zu Grunde liegen (vgl. Waller 2006; vgl. Altgeld / Kolip 2004; Hurrelmann et al. 2004): Während Gesundheitsförderung der Erhaltung und Stärkung von Gesundheitsressourcen dient, versucht Prävention Gesundheitsrisiken zu reduzieren und zu vermeiden. Gesundheitsförderung braucht daher Kenntnisse über salutogenetische Dynamiken, d.h. die Entstehung und Aufrechterhaltung von individuellen und kollektiven Gesundheitsstadien im Gegensatz zur Prävention, die pathogenetische Dynamiken, d.h. Entwicklungs- und Verlaufstadien des individuellen und kollektiven Krankengeschehens kennen muss (vgl. Hurrelmann et al. 2004, S. 11). Im folgenden Abschnitt dieses ersten Kapitels soll nun eine weitere Konkretisierung der konzeptionellen Bestimmung des Konzepts Gesundheitsförderung erfolgen, indem zunächst auf zugrunde liegende Theorien des Konzepts Gesundheitsförderung eingegangen wird.

1.2 Zugrunde liegende Theorien des Konzepts Gesundheitsförderung

Wie nach der Darstellung der historischen Entwicklung des Konzepts Gesundheitsförderung bereits vermutet werden könnte, liegen diesem Konzept unterschiedliche Theorien zugrunde, wie dies Trojan (2004) anhand der Definition von Gesundheitsförderung sehr treffend formuliert:

„Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl der individuellen und kollektiven Gesundheit als auch der Lebensverhältnisse abzielen. Der Ausdruck „Lebensverhältnisse“ steht dabei als Sammelbegriff für alle außerindividuellen Determinanten von Gesundheit und Krankheit wie auch für die Rahmenbedingungen und Prozesse, die die Erhaltung, Verbesserung und Verschlechterung der Gesundheit beeinflussen. Schon diese Definition der Gesundheitsförderung macht leicht verständlich, dass es nicht die eine Theorie der Gesundheitsförderung geben kann, sondern dass eine Vielzahl von Theorien und Theoriemodellen Gesundheitsförderungsmaßnahmen zugrunde liegen“ (Trojan 2004, S. 27).

Es gibt demnach nicht eine einzelne Theorie oder ein einzelnes Theoriemodell über Gesundheitsförderung, welches die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten und -programmen vollständig unterstützen könnte (vgl. ebd., S. 61). Dies liegt auch an den unterschiedlichen Vorstellungen und Definitionen über den Gesundheitsbegriff beziehungsweise am Fehlen einer eindeutigen Definition von Gesundheit, die wiederum die Auffassungen über Theorien für das Konzept Gesundheitsförderung beeinflussen (vgl. Naidoo / Willis 2003; Trojan 2004). Bekannte Theorieansätze zur Gesundheitsförderung sind nach ihrem Inhalt, ihrer Reichweite und ihrer empirischen Evidenz deswegen äußerst

vielfältig (vgl. Legewie / Trojan o. J., S. 46). Es herrscht lediglich ein Konsens darüber, dass vor allem die Theorie der Salutogenese von Aaron Antonovsky (siehe im Detail im nächsten Abschnitt) eine Grundlage für das Konzept Gesundheitsförderung darstellt (vgl. Legewie / Trojan o. J; vgl. Naidoo / Willis 2003; vgl. Hurrelmann / Laaser 2006), da für die Gesundheitsförderung die Frage dominiert, wie Gesundheit entsteht (vgl. Trojan 2002, S. 199).

Trojan (2002, 2004) und auch Nutbeam und Harris (2004) haben für das Konzept Gesundheitsförderung relevante Theorien zusammengefasst und unterscheiden dabei gesundheitsrelevante Theorien auf der individuellen Ebene, der institutionellen Ebene und der politischen Ebene. Zudem sind für das Konzept Gesundheitsförderung aus seiner Sicht gesellschaftliche Rahmentheorien die Basis (vgl. Trojan 2002; Trojan 2004). Folgende Abbildung zeigt die für Trojan (2002, 2004) wesentlichen Theorien für das Konzept Gesundheitsförderung im Überblick:

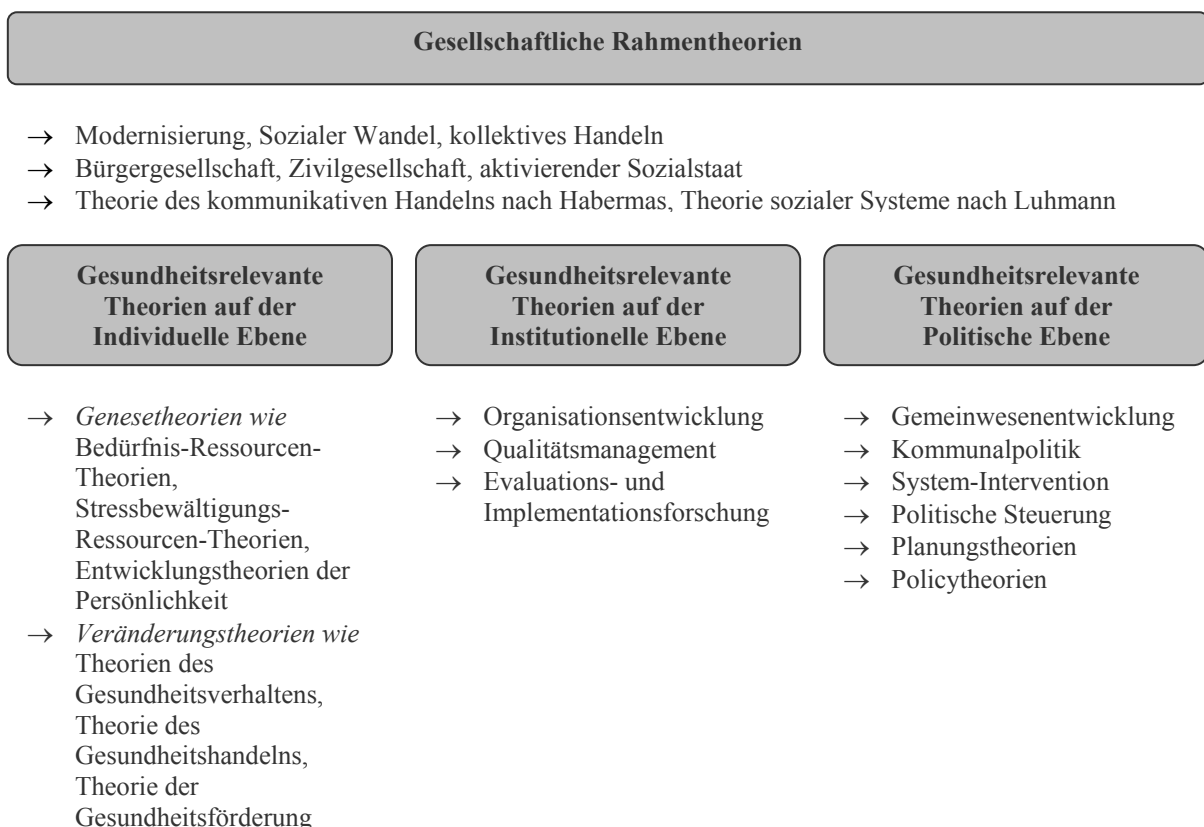


Abbildung 1: Zugrunde liegende Theorien des Konzepts Gesundheitsförderung nach Trojan (2002,2004)

Zugrunde liegende Theorien des Konzepts Gesundheitsförderung nach Trojan (2002, 2004) sind demnach sehr weitreichend, weshalb auf eine detaillierte Darstellung der einzelnen Theorien verzichtet wird, da dies den Rahmen dieser Masterarbeit sprengen würde. Dieser Überblick zeigt jedoch, dass das Konzept Gesundheitsförderung auf eine breite theoretische Basis zurückgreifen kann: Gesundheitsrelevante Theorien auf der individuellen Ebene wie die Theorien über die Entstehung von Gesundheit zeigen auf, welche Faktorenkomplexe, d.h. Risikofaktoren oder Ressourcen als Ansatzpunkte für Prävention oder Gesundheitsförderung gelten. Zu diesen Theorien zählen (vgl. Trojan 2004, S. 38-45)

- Bedürfnis-Ressourcen-Theorien, welche bei Bedürfnissen oder Ressourcen ansetzen, die zu Gesundheit beitragen;
- Stressbewältigungs-Ressourcen-Theorien, die die Stressbewältigung in den Mittelpunkt setzen, wobei die vorhandenen Ressourcen zur Stressbewältigung über das Ausmaß an Gesundheit und Wohlbefinden entscheiden;
- Entwicklungstheorien, welche nur im weitesten Sinn als Gesundheitstheorien bezeichnenbar sind, da sie sich auf die Entwicklung der Persönlichkeit beziehen, die sowohl als personale Ressourcen als auch als Indikatoren für Gesundheit aufgefasst werden können.

Gesundheitsrelevante Theorien der Gesundheitsförderung auf der individuellen Ebene wie Theorien über das Gesundheitsverhalten und Gesundheitshandeln beschreiben, wie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen entstehen, dazu gehören unter anderem (vgl. Trojan 2004, S. 45-52 in Anlehnung an Nutbeam / Harris):

- Modell der Gesundheitsüberzeugungen (Health belief modell), welches davon ausgeht, dass Veränderungen des Gesundheitsbewusstseins zu verändertem Gesundheitsverhalten führen;
- Theorie rationalen Handelns, die unter Berücksichtigung sozial normativer Faktoren aufzeigt, ob ein Verhalten durchgeführt wird oder nicht;
- Transtheoretisches Modell der Stadien der Veränderung, welches das Verhalten als Prozess beschreibt, dem zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Grade der Motivation und Bereitschaft zur Veränderung eines Verhaltens zu Grunde liegen;
- Theorien sozialen Lernens, welche Lernen als einen Prozess beschreibt, bei dem sich Merkmale der Person, der Umwelt und des Verhaltens wechselseitig beeinflussen.

Diese Theorien werden in unterschiedlicher Weise zur Planung und Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten genutzt. Gesundheitsrelevante Theorien der Gesundheitsförderung auf der institutionellen und politischen Ebene sind schließlich Theorien, die zum Ziel haben, dass Veränderung von Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitsindikatoren einer Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe erklärt werden können. Folgende institutionelle und politische Veränderungstheorien werden bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen beispielsweise häufig genutzt (Trojan 2004, S. 52-61):

- Kommunikationstheorie und Social Marketing, die zur Umsetzung einer wirksamen Kommunikation zwischen Gesundheitsförderern und ihren Zielgruppen eingesetzt werden;
- Policy-Theorien, welche mittels des Policy-Zyklus den Prozess von der Problemdiagnose bis zur Evaluation der durchgeführten Maßnahmen beziehungsweise Programme abzubilden versuchen;
- Innovations- bzw. Diffusionstheorie, welche beschreibt, wie und warum sich Neuerungen in einer Gesellschaft verbreiten und wodurch sie als Gewohnheiten akzeptiert werden;
- Theorien zur Veränderung von Gemeinschaften und gemeinschaftlichen Aktionen, die Praxisansätze der Gemeinwesenarbeit und andere Ansätze der Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde beinhalten;
- Organisationstheorien, die die Beschreibung von Veränderungen von sozialen Systemen, also Organisationen wie Betrieben, Schulen, Krankenhäusern etc. zum Inhalt haben;
- Intersektorales Handeln und Koalitionstheorie, welche Erfahrungen und Einsichten über die Bedingungen einer erfolgreichen intersektoralen Zusammenarbeit beschreiben.

Mit der Darstellung dieser zugrunde liegenden Theorien des Konzepts Gesundheitsförderung kann aufgezeigt werden, wie schwierig eine konkrete konzeptionelle Bestimmung des Konzepts Gesundheitsförderung ist, da sich dieses Konzept an diversen Theorien zur Erklärung individuellen Verhaltens, institutioneller Strukturen und politischer Umsetzungsmöglichkeiten bedient. Im nächsten Abschnitt dieses Kapitels werden daher nun auf Basis der bisherigen Ausführungen zum Konzept Gesundheitsförderung Handlungsprinzipien und Methoden thematisiert, um das Konzept Gesundheitsförderung noch deutlicher zu konkretisieren.

1.3 Handlungsprinzipien und Methoden des Konzepts Gesundheitsförderung

Die nähere Bestimmung des Konzepts Gesundheitsförderung fällt angesichts des vielfältigen Ursprungs, der diversen zugrunde liegenden Theorien und der Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen zunächst schwer. Bei genauerer Betrachtung bestehender theoretischer Ausführungen zum Konzept Gesundheitsförderung kann allerdings ein allgemeiner Konsens bezüglich der enthaltenen Prinzipien des Konzepts Gesundheitsförderung identifiziert werden. Die Handlungsprinzipien der Profession Gesundheitsförderung lauten demnach Salutogenese, Gesundheitliche Chancengleichheit, Partizipation und Empowerment, Settingansatz und Intersektoralität. Auf diese Handlungsprinzipien wird im Folgenden näher eingegangen:

a) Handlungsprinzip Salutogenese

Das Konzept Gesundheitsförderung orientiert sich daran, wie Gesundheit entsteht und aufrecht erhalten werden kann, d.h. der Blick ist salutogenetisch. Aaron Antonovsky hat den Begriff Salutogenese geprägt, der im Gegensatz zur bis dahin dominierenden Pathogenese des biomedizinischen Ansatzes die Blickrichtung auf die Erhaltung der Gesundheit wirft. Gesundheit ist nach Antonovsky kein normaler, passiver Gleichgewichtszustand, sondern ein aktives und dynamisches Geschehen (vgl. Bengel et al. 1999, S. 25). Gesundheit muss aus dieser Sicht immer wieder aufgebaut werden, da der Verlust von Gesundheit ein allgegenwärtiger Prozess ist. Nach Antonovsky wird der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen zudem von einer Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben beeinflusst. Diese Grundhaltung wird von Antonovsky als Kohärenzgefühl bezeichnet und setzt sich aus drei Komponenten zusammen (vgl. Antonovsky 1997, S. 36):

1. Gefühl von Verstehbarkeit = kognitives Verarbeitungsmuster, d.h. die Fähigkeit Informationen auch unbekannter Art verarbeiten zu können.
2. Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit = kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster, d.h. die Überzeugung, Schwierigkeiten lösen zu können.
3. Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit = motivationale Komponente, d.h. die Erfahrung von Sinnhaftigkeit des Lebens.

Demnach können Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl geeignete Copingstrategien auswählen, während Menschen mit einem gering ausgeprägten Kohärenzgefühl dazu nicht in der Lage sind. Ob der Mensch über ein starkes oder schwaches Kohärenzgefühl verfügt ist wiederum abhängig von so genannten

generalisierten Widerstandsressourcen (vgl. Bengel et al. 1999, S. 31). Generalisierte Widerstandsressourcen meinen körperliche Ressourcen, personale und psychische Ressourcen, interpersonale Ressourcen (wie etwa soziale Unterstützung), soziokulturelle Ressourcen und materielle Ressourcen, die den Gesundheitszustand beeinflussen und bei Vorhandensein die Widerstandsfähigkeit einer Person in unterschiedlichsten Situationen stärken (vgl. Franzkowiak 2004, S. 198f.). Diese generalisierten Widerstandsressourcen werden als Handlungsebenen gesundheitsfördernder Maßnahmen genutzt, weshalb Antonovskys Modell der Salutogenese auch als Meta-Theorie für konzeptionelle Überlegungen und konkrete Maßnahmenplanungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gesehen wird (vgl. Bengel et al. 1999, S. 70).

b) Handlungsprinzipien Partizipation und Empowerment

Das Konzept Gesundheitsförderung berücksichtigt, dass Menschen selbst am besten ihre Gesundheitsprobleme definieren können (vgl. Naidoo / Willis 2003, S. 80). Daher wird insbesondere die Mitbestimmung jedes einzelnen Menschen über seine Gesundheit und die Stärkung von diesem Selbstbestimmungsrecht mit dem Konzept Gesundheitsförderung forciert. Gesundheitsförderung soll daher partizipativ vorgehen und zu Empowerment führen, da dies auch verstärkte gesundheitliche Auswirkungen verspricht:

„Die weltweit tätigen Gesundheitsexperten der WHO, aber auch jeder Entwicklungshelfer, jeder Sozialarbeiter, Wissenschaftler und viele, einfach aufmerksame Menschen, beobachteten überall das gleiche Phänomen: immer dann, wenn die betroffenen Menschen an der Überwindung ihrer jeweiligen Probleme aktiv beteiligt sind, wenn sie also mitdenken, mitbestimmen und selbst Verantwortung übernehmen, können Probleme gut und oft erstaunlich einfach, auch finanziell unaufwendiger, gelöst werden. Bestimmen jedoch die Experten in althergebrachter Weise und von oben herab für die Menschen statt mit ihnen, nehmen Stillstand oder Verschärfung der Probleme infolge von Gleichgültigkeit, Passivität, Unwissenheit, Hoffnungslosigkeit oder untergründiger Ärger überhand“ (Süßmeier 1997, S. 128).

Das Konzept Empowerment hat seinen Ursprung in der amerikanischen Gemeindepsychologie und meint, dass Menschen dazu befähigt werden sollen, im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht von anderen gestalten zu lassen. Gesundheitsförderung soll daher Bedingungen schaffen, die eine solche Bemächtigung der Betroffenen fördern (vgl. Stark 2003, S. 28). Solche Bedingungen können etwa durch die Bereitstellung von instrumentellen Hilfen wie Räumen, Finanzen etc. oder durch die Beratung von Personen, Gruppen oder Organisationen hergestellt werden (vgl. ebd., S. 29). Damit Empowerment funktioniert,

müssen zudem zwei Grundlagen des Konzepts für dessen Umsetzung berücksichtigt werden: Einerseits müssen die vor Ort und in der Situation vorhandenen Möglichkeiten und Fähigkeiten in ausreichendem Maß erkannt und genutzt werden und andererseits muss das Engagement der Betroffenen als nützlich und erfolgreich erlebt werden können (vgl. Stark 2003, S. 30). Das Konzept Gesundheitsförderung setzt zur Umsetzung dieses Handlungsprinzip häufig partizipative Werkstattmethoden ein. Das Handlungsprinzip des Konzepts Gesundheitsförderung Empowerment ist deswegen sehr eng mit dem Handlungsprinzip Partizipation verknüpft. Partizipative Prozesse sind durch das Entwickeln von Phantasie und Utopien sowie durch die Gestaltung von Lebensräumen (etwa über Zukunftswerkstätten, Szenario-Werkstatt,...), die Einmischung in traditionelle Felder der Gestaltung unserer Lebenswelt (etwa über aktive Mitgestaltung von Planungen und Zielsetzungen der Gesundheitspolitik) und die Kontrolle von ExpertInnen, Verwaltung und PolitikerInnen zu realisieren (vgl. Stark 2004, S. 170f.).

c) Handlungsprinzipien Setting-Ansatz und Intersektoralität

Als Ort zur Realisierung des Konzepts Gesundheitsförderung werden häufig so genannte Settings gewählt. Der Setting-Ansatz gilt daher als Kernphilosophie und Schlüsselstrategie vieler Gesundheitsförderungsprojekte (vgl. Grossmann 2006, S. 65; Engelmann / Halkow 2008, S. 27). Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung wurde in den 1980er Jahren von der WHO als sozialräumliches Gesundheitsförderungskonzept entwickelt (Grossmann / Scala 2003; vgl. Engelmann / Halkow 2008). Dieses Handlungsprinzip bedeutet, dass Gesundheitsförderung an alltäglichen Lebensbereichen statt findet, „gemäß der Maxime Gesundheit wird im Alltagskontext hergestellt, in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Nachbarschaft und in der Freizeit“ (Kickbusch 2003, S. 187). Insbesondere Engelmann / Halkow (2008) haben sich mit der Frage auseinandergesetzt, welche wissenschaftlichen Annahmen und Konzepte dem Setting-Ansatz zugrunde liegen, welche Aussagen über die Evidenz des Ansatzes möglich sind und welche Ansatzpunkte aus Wissenschaft, Praxis und Politik der wirksamkeits- und evidenzbasierten Weiterentwicklung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung dienen (vgl. ebd., S. 10). Sie kamen dabei zum Ergebnis, dass eine Theorie des Setting-Ansatzes bislang fehlt und es keine allgemeingültigen Definitionen des Begriffs Setting gibt. Eine mögliche Definition, die in allen Beschreibungsversuchen des Begriffs Setting enthalten sind ist, dass das Setting als ein anerkanntes soziales System gilt, welches einen Einfluss auf die Gesundheit ausübt. Zudem kann festgestellt werden, dass der Interventionsgegenstand von Settings soziale

Systeme sind und nicht die gesundheitlichen Probleme der Menschen in den Settings selbst (vgl. Engelmann / Halkow 2008, S. 33). Daher hat sich auch eine Unterscheidung von Gesundheitsförderung in Settings und gesundheitsförderndes Setting etabliert: Während Gesundheitsförderung in Setting nur den sozialen und organisatorischen Rahmen als Zugangsweg zu den Zielgruppen nutzt, versucht ein gesundheitsförderndes Setting gesundheitsförderliche Aspekte in die gesamten Funktionsbedingungen eines Settings wie seine Struktur, Kultur, Prozesse und alltägliche Routinen zu integrieren, indem Methoden der Organisationsentwicklung eingesetzt werden. Bei einem solchen Setting-Ansatz geht es um die Beeinflussung des Verhaltens durch die Verhältnisse (vgl. ebd., S. 38). Der Setting-Ansatz muss daher auch ganz klar von der Zielgruppenorientierung in Gesundheitsförderungsprojekten abgegrenzt werden, der sich einer großen Anzahl von Gesundheitsförderungsprogrammen bedient. Zielgruppen sind dabei Kinder und Jugendliche, Frauen, Alte Menschen, Arbeitende und Arbeitslose, von Armut und Obdachlosigkeit Betroffene, MigrantInnen, Behinderte und Kranke (vgl. Trojan 2002, S. 209). Der Setting-Ansatz hat sich in der Gesundheitsförderung Europas und weltweit mittlerweile etabliert. Die Evidenzbasis gesundheitsfördernder Settings ist allerdings bislang kaum ausgebildet (vgl. Engelmann / Halkow 2008, S. 56). Das Handlungsprinzip der Intersektoralität ist eng mit dem Handlungsprinzip Settingansatz verknüpft und meint, dass Gesundheitsförderung sich nicht auf den Gesundheitsbereich begrenzen lässt, da eine Vielzahl an AkteurInnen beteiligt sind (vgl. Altgeld / Kolip 2004, S. 43). Intersektoralität meint auch die Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in eine Vielzahl von Politikbereichen und betont die Notwendigkeit, dass sich Gesundheitsförderungsprogramme mit relevanten AkteurInnen vernetzen und kooperieren sollten (Kickbusch 2003, S. 182).

d) Handlungsprinzip Gesundheitliche Chancengleichheit

Das Konzept Gesundheitsförderung bezieht sich wie im ersten Abschnitt dieses Kapitels beschrieben auf WHO-Dokumente wie „Gesundheit für alle“ und wurde als Umsetzungsstrategie zur Erreichung gesundheitlicher Chancengleichheit konzipiert (vgl. Altgeld 2003, S. 58). Ein weiterer Grundkonsens des Konzepts Gesundheitsförderung ist daher ihr Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten. Die Herstellung Gesundheitlicher Chancengleichheit meint, dass für jeden Menschen unabhängig von seinem sozialen Status, seiner nationalen Zugehörigkeit, Generation, Alter und Geschlecht die gleichen Möglichkeiten bestehen, gesund zu sein und gesund zu bleiben (vgl. Altgeld

2003, S. 58). Um gesundheitliche Chancengleichheit durch Gesundheitsförderung herzustellen, sind die Determinanten der Gesundheit relevante Eingriffsbereiche (Trojan 2002, S. 206). Darunter werden persönliche, soziale, ökonomische und umweltbedingte Faktoren verstanden, die den Gesundheitszustand von Individuen oder Bevölkerungen bestimmen (vgl. Hurrelmann et al. 2004, S. 13). Die Einflussnahme auf diese Determinanten ist ein Grundgedanke in der Gesundheitsförderung (vgl. Hurrelmann 2003, S. 26). Abbildung 2 veranschaulicht die wesentlichsten Determinanten der Gesundheit in Anlehnung an Hurrelmann (2003):

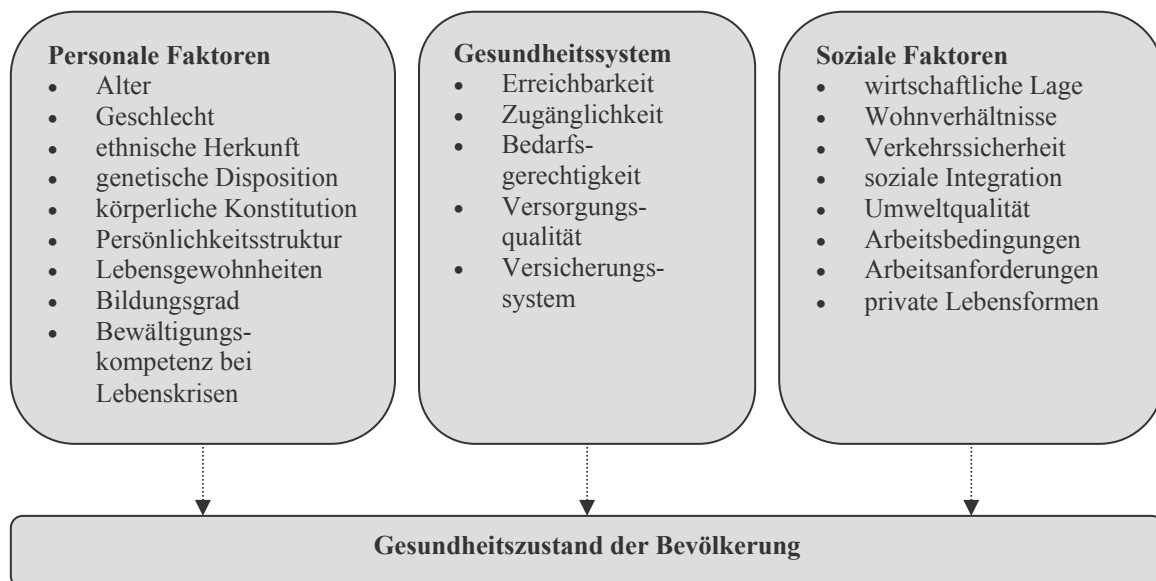


Abbildung 2: Determinanten der Gesundheit (Hurrelmann 2003, S. 27)

Zu diesen Determinanten der Gesundheit sei angemerkt, dass wissenschaftliche Studien zeigen konnten, dass vor allem personale und soziale Faktoren einen weitaus größeren Einfluss als Faktoren des Gesundheitssystems auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung haben und deswegen insbesondere bei Gesundheitsförderungsmaßnahmen berücksichtigt werden sollten, um dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zu dienen (vgl. Hurrelmann 2003, S. 26f.).

Zur Realisierung der Handlungsprinzipien des Konzepts Gesundheitsförderung Salutogenese, Empowerment und Partizipation, Setting-Ansatz und Intersektoralität und Gesundheitliche Chancengleichheit werden diverse Methoden eingesetzt. Die Methoden des Konzepts Gesundheitsförderung betreffen die personale Ebene, die Verhaltensebene und die Verhältnisebene (vgl. Waller 2006; Trojan 2002):

- Die personale Ebene umfasst eine Strategie der personalen Entwicklung, indem Menschen zu gesundheitsförderlichem Handeln befähigt und motiviert werden. Hierbei ist die Rolle des Individuums die Partizipation in allen gesundheitsrelevanten Aufgabenbereichen.
- Die Verhaltensebene umfasst eine Strategie der Organisationsentwicklung, indem eine Gestaltung der Organisationsstrukturen in Schulen, Betrieben und anderen Settings in Richtung Stärkung von Gesundheitsressourcen erfolgt. Hierbei ist die Rolle der Profession Kompetenzentwicklung, Empowerment, Organisationsentwicklung und Netzworkebildung.
- Die Verhältnisebene umfasst eine Strategie der Ressourcenentwicklung, indem grundlegende Lebensressourcen wie Arbeit, Einkommen und Wohnung gesichert werden. Hierbei ist die Rolle der Politik die Entwicklung einer Kooperation zwischen unterschiedlichen PartnerInnen innerhalb und außerhalb des Gesundheitsbereiches.

Gesundheitsbezogene Interventionen können demnach entweder am Individuum (verhaltensorientiert) oder am sozialen Umfeld und den sozialen Verhältnissen (verhältnisorientiert) ansetzen (vgl. Altgeld / Kolip 2004; Naidoo / Willis 2003). Nach Waller (2006) werden auf diesen Ebenen der Gesundheitsförderung folgende Methoden und Maßnahmen eingesetzt: Gesundheitsaufklärung und –beratung, Gesundheitserziehung und –bildung, Gesundheitsarbeit, Gesundheitsselbsthilfe, Gesundheitstraining, Präventivmedizin (vgl. Waller 2006, S. 214ff.). Die Interventionen der Gesundheitsförderung hat auch Beattie (1991) systematisch in einem Modell zusammengefasst. In diesem Modell werden die Interventionen Information und Aufklärung, Gesetzgebende Aktivitäten, Persönliche Beratung und Gemeinwesenarbeit voneinander unterschieden (vgl. Naidoo / Willis 2003, S. 103). Es gibt noch einige AutorInnen mehr, die versucht haben, die Methoden und Interventionen des Konzepts Gesundheitsförderung zusammenzufassen. Dabei werden jedoch in der Regel die von Waller und Beattie beispielhaft aufgezeigten Methoden des Konzepts Gesundheitsförderung genannt.

Der Versuch einer konzeptionellen Bestimmung des Konzepts Gesundheitsförderung anhand der Darstellung des historischen Ursprungs und des Beitrags der Weltgesundheitsorganisation zu deren Etablierung, der zugrunde liegenden Theorien des Konzepts Gesundheitsförderung sowie der Betrachtung der wesentlichsten

Handlungsprinzipien und Methoden des Konzepts Gesundheitsförderung zeigte folgenden gemeinsamen Konsens in der Literatur auf, wenn vom Konzept Gesundheitsförderung die Rede ist: Für das Konzept Gesundheitsförderung wurde vor allem durch die erste Gesundheitsförderungskonferenz der Weltgesundheitsorganisation in Ottawa eine konzeptionelle Ausgangsbasis geschaffen. Aufgrund der interdisziplinären Reichweite des Konzepts Gesundheitsförderung gibt es nicht eine Theorie, sondern Theorien unterschiedlicher Fachdisziplinen, die dem Konzept zugrunde liegen. Die leitenden Handlungsprinzipien sind Salutogenese, Gesundheitliche Chancengleichheit, Setting-Ansatz und Intersektoralität, sowie Partizipation und Empowerment. Die Methoden des Konzepts Gesundheitsförderung betreffen sowohl die Verhaltens- als auch die Verhältnisebene und sind so vielfältig wie die zugrunde liegenden Theorien. Zu erwähnen sei an dieser Stelle noch, dass Gesundheitsförderungsaktivitäten häufig durch Projekte umgesetzt werden. Dies hat sich bereits als adäquate Organisationsform etabliert (vgl. Grossmann 2006, S. 75). Wie nun der Stand der praktischen Umsetzung des Konzepts Gesundheitsförderung im internationalen Raum ist, soll nun im abschließenden Abschnitt dieses Kapitels geklärt werden.

1.4 Stand der praktischen Umsetzung des Konzepts Gesundheitsförderung

Die Verabschiedung der Ottawa-Charta liegt mittlerweile über 30 Jahre zurück und das Konzept Gesundheitsförderung kann daher inzwischen auch auf eine langjährige Forschung und Praxis zurückgreifen, die in der Literatur in unterschiedlichen Sprachen zugänglich ist (vgl. Kickbusch 2003, S. 181). Das Konzept Gesundheitsförderung hat sich zudem enorm weiterentwickelt, vor allem hinsichtlich seiner programmatischen und rechtlichen Absicherung sowie seinen Strukturen, die sich von Land zu Land unterscheiden (vgl. Trojan 2002, S. 223). Die Weiterentwicklung des Konzepts Gesundheitsförderung wurde insbesondere durch die Abteilung für Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Gesundheitskommunikation der Weltgesundheitsorganisation vorangetrieben, indem über 190 Mitgliedsländer der WHO bei der Initiierung von Gesundheitsförderungsprojekten unterstützt werden (vgl. Kickbusch 1999, S. 55). Da die Ottawa-Charta in vielen Formulierungen sehr abstrakt bleibt, entwickelte die Weltgesundheitsorganisation flankierend dazu das Konzept der gesundheitsfördernden Settings, welches die wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung darstellt (vgl. Altgeld / Kolip 2004; Waller 2006, S. 169) und bereits als Handlungsprinzip des Konzepts Gesundheitsförderung im vorherigen Abschnitt dieses Kapitels dargestellt wurde. Wie bereits erwähnt unterscheidet

man regionale Settings wie Städte, Gemeinden, Regionen, Inseln, etc. von einzelnen Organisationen beziehungsweise Institutionen wie Schule, Kindergarten, Betrieb, etc. (vgl. Trojan 2002, S. 203). Die Weltgesundheitsorganisation hat folgende vier große Projekte zur Umsetzung der Gesundheitsförderung initiiert (vgl. Waller 2006, S. 170):

- das Gesunde-Städte-Projekt,
- das Projekt Gesundheitsfördernde Schule,
- das Projekt Gesundheitsförderndes Krankenhaus,
- das Projekt Gesundheitsförderung im Betrieb.

Diese Praxisprojekte der Weltgesundheitsorganisation gehen von einem zentralen Projektbüro aus. Es gibt ein internationales Netzwerk der beteiligten Institutionen und eine Deklaration nach der vorgegangen wird und welcher die beteiligten Institutionen zustimmen müssen. Meistens gibt es auch noch eine Forschungsstelle, die die Programme evaluiert sowie ein nationales Netzwerk mit entsprechenden Strukturen (vgl. Waller 2006, S. 170). Mittlerweile haben sich bereits weitere zahlreiche gesundheitsfördernde nationale und internationale Netzwerke dieser Settings herausgebildet wie gesunde Regionen, gesundheitsfördernde Kindergärten, gesundheitsfördernde Universitäten, gesundheitsfördernde Gefängnisse, gesunde Kommunalverwaltung/ gesundes Rathaus, gesundheitsfördernde Arztpraxen und Apotheken (vgl. Trojan 2002, S. 205). Die praktische Umsetzung des Konzepts Gesundheitsförderung ist demnach schon sehr weit fortgeschritten, auch wenn in vielen Ländern nur ein Bruchteil des Bruttoinlandprodukts für Prävention und Gesundheitsförderung verwendet wird: „Noack schätzt, dass in Österreich, Deutschland und anderen vergleichbaren Ländern weniger als 1% der Gesundheitsausgaben in Gesundheitsförderung und Primärprävention investiert werden, dies sind weniger als 0,1% des Bruttoinlandprodukts“ (Ahrens / Güntert 2004, S. 15). Auch Österreich hat die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung bereits recht früh im Jahr 1988 aufgegriffen und den Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung umgesetzt (Pelikan et al. 1996, S. 39). Österreich hat daher mittlerweile auch eine breite und aktive Szene der Gesundheitsförderung herausgebildet (vgl. Dür 2008, S. 52), wie dies in Kapitel 5.2.1.1 der vorliegenden Masterarbeit noch ausführlicher beschrieben wird. Diese weite Umsetzung der Setting-Projekte in Österreich als auch in anderen Ländern durch die Initiierung der Weltgesundheitsorganisation hat zwar einerseits zu einer schnellen Verbreitung des Konzepts Gesundheitsförderung, aber andererseits auch zu Verlusten in der klaren Zielorientierung geführt (vgl. Kickbusch 2003, S. 187). Bei Betrachtung der gegenwärtigen Umsetzung des Konzepts Gesundheitsförderung kann daher trotzdem ein

qualitativer und quantitativer Entwicklungsbedarf festgestellt werden wie etwa die Koordination von Gesundheitsförderungsaktivitäten, die Herstellung gemeinsamer Zielsetzungen aller Gesundheitsförderungsaktivitäten auf Basis von präzisen Dokumentationen, ein notwendiger Ausbau von Kapazitäten zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung, die Etablierung der integrierten Gesundheitsförderung durch den Einsatz von themen- und bereichsübergreifenden Interventionen oder ein zusätzlicher Bedarf an Forschung und Evaluation (vgl. Dür 2008, S. 52f.). Eine weitere zentrale Herausforderungen für die Weiterentwicklung wirksamer Gesundheitsförderung ist die Sicherstellung der Qualität von Gesundheitsförderungsaktivitäten „Im Zuge knapper werdender Ressourcen muss sich auch die Gesundheitsförderung die Frage stellen, ob die vorhandenen Mittel gut investiert sind. Evidenzbasierung, Evaluation und Qualitätsentwicklung stehen immer häufiger auf der Tagesordnung“ (Altgeld / Kolip 2007, S. 43). Der Beginn der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung sowie deren Verlauf und Inhalt ist Thema des folgenden Kapitels der vorliegenden Masterarbeit.

2 Beginn, Entwicklung und Stand der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung

Im diesem Kapitel soll kurz die Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung skizziert werden. Dazu werden vorherrschende Argumente für den Beginn der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung diskutiert, indem versucht wird die Frage zu beantworten, warum mehr Qualität in der Gesundheitsförderung von welchen Akteuren der Gesundheitsförderung gefordert wird. Was überhaupt unter Qualität in der Gesundheitsförderung verstanden wird ist neben den im Laufe der letzten Jahre entwickelten Vorschlägen zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung weiterer Inhalt dieses Kapitels. Abschließend wird auf den aktuellen Stand der Qualitätsdiskussion eingegangen und zukünftige Herausforderungen zur Sicherstellung einer qualitätvollen Gesundheitsförderung aufgezeigt.

Das Jahr 1986 gilt mit der Verbreitung der Ottawa-Charta als das Geburtsjahr der Gesundheitsförderung und schon einige Jahre später wurden Forderungen nach der Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsaktivitäten laut. Gründe für die bis heute andauernde Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung liegen vor allem in der zunehmenden Etablierung des Konzepts Gesundheitsförderung (vgl. Kolip / Müller 2009, S. 7): Gesundheitsförderung wird im Versorgungssystem als immer wichtiger werdende Säule eingestuft, da die finanzielle Belastung, die ein rein auf Kuration ausgerichtetes Versorgungssystem mit sich bringt, steigt und Veränderungen im Krankheitsspektrum, nämlich hin zu chronischen Krankheiten, in westlichen Gesellschaften zu beobachten sind (vgl. Hurrelmann et al. 2004; Graf et al. 2008). Neben der zunehmenden Etablierung der Gesundheitsförderung im Versorgungssystem waren zudem vor allem folgende Argumente ausschlaggebend für die zunehmende Forderung nach Qualitäts- und Wirksamkeitsbelegen für die Gesundheitsförderung (vgl. Engelmann / Halkow 2008; Naidoo / Willis 2003):

- finanzielle Aspekte der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen und Rechtfertigung der gesundheitsfördernden Aktivitäten gegenüber anderen Akteuren wie etwa Kostenträgern;
- Zunahme der Zahl der AnbieterInnen von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit einhergehender Intransparenz des Marktes;
- wachsende Professionalisierung und zunehmende Erfahrungen mit Gesundheitsförderung.

Qualität in der Gesundheitsförderung wird demnach aus unterschiedlichen Sichtweisen gefordert, wie dies folgende Abbildung veranschaulicht:



Abbildung 3: Forderungen nach Qualität in der Gesundheitsförderung aus drei Sichtweisen

Einerseits wollen Auftraggeber, Sponsoren, Geldgeber, Politiker und weitere Entscheidungsträger, dass ihre Finanzmittel gut investiert sind. Diese Akteure der Gesundheitsförderung haben ein Interesse daran, dass Gesundheitsförderung effizient und effektiv ist und nehmen dadurch eine Perspektive der wirtschaftlichen Verantwortlichkeit ein. Effektivität meint, dass Gesundheitsförderung am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis orientiert sein, die Durchführung von einem qualifizierten Projektteam erfolgen, eine Beteiligung und Akzeptanz der Zielgruppe angestrebt werden und eine kontinuierliche Evaluation beinhalten sollte während mit Effizienz die möglichst kostengünstige Erbringung wirksamer Interventionen beschrieben wird (vgl. Lehmann / Töppich 2002, S. 236f.). Bei dieser Sichtweise besteht allerdings die Gefahr der Reduktion des Konzepts Gesundheitsförderung auf betriebswirtschaftliche Kriterien, wie dies Ruckstuhl et al. (1998) treffend formulierten: „Der Anspruch an ein optimale und nachhaltige Wirksamkeit von Programmen und Projekten sollte nicht (nur) aus ökonomischem Druck entstehen, dies muss vielmehr ein genuiner Anspruch der Gesundheitsförderung sein“ (Ruckstuhl et al. 1998, S. 223). Es fordern mittlerweile auch nicht nur diese Akteure der Gesundheitsförderung mehr Qualität, sondern zunehmend auch die GesundheitsförderungspraktikerInnen, die EntwicklerInnen von gesundheitsfördernden

Interventionen und das Projektteam selbst. Diese Akteure der Gesundheitsförderung sind daran interessiert, dass die gesundheitsfördernden Maßnahmen qualitätsvoll umgesetzt werden und gesundheitliche Wirkungen erzielt werden können. Diese Akteure der Gesundheitsförderung sind auch die stärkste Ressource für die Entwicklung von Qualitätssicherungsstrategien und nehmen eine Experten-Perspektive ein. Nicht zuletzt wollen vor allem auch die potenziell Begünstigten von Gesundheitsförderungsaktivitäten qualitätsvolle Interventionen, die die Gesundheit stärken. Sie nehmen eine Stakeholder-Perspektive ein, indem sie eine Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedürfnisse erwarten (vgl. Christiansen 1999; Luber / Geene 2004; Rosenbrock 2004).

Neben Auftrag- und Geldgebern fordern demnach GesundheitsförderungspraktikerInnen und -theoretikerInnen, sowie die potenziellen Zielgruppen von Gesundheitsförderungsaktivitäten Qualität in der Gesundheitsförderung. Nun stellt sich allerdings die Frage, was überhaupt unter Qualität in der Gesundheitsförderung verstanden wird. Schon dieser Aspekt der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung ist bisher in der Literatur nicht eindeutig beantwortet, allerdings besteht zumindest ein Konsens bezüglich der Qualitätsdimensionen des Konzepts Gesundheitsförderung. Folglich kann Qualität in der Gesundheitsförderung sich sowohl auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse beziehen, d.h. wie in der Medizin durch Donabedian eingeführt (siehe detaillierte Beschreibung im Kapitel 3) hat sich auch in der Gesundheitsförderung die Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität etabliert (vgl. Ruckstuhl et al. 1998; Rosenbrock 2004). Einige AutorInnen ergänzen diese Qualitätsdimensionen um die Assessmentqualität (vgl. Müller 2009; Ruckstuhl, Kolip / Gutzwiller 2001; Trojan 2001). Über die einzelnen Indikatoren dieser Qualitätsdimensionen für die Gesundheitsförderung konnte jedoch noch keine Einigung in der Literatur erzielt werden. Bislang fehlt ein einheitlicher allgemeiner Qualitätsstandard für die Gesundheitsförderung (vgl. Broesskamp-Stone 2009, S. 115). Und es herrscht immer noch Uneinigkeit darüber, was Qualität in der Gesundheitsförderung ist und wie sie hergestellt werden kann (Simon 2001, S. 113). Allerdings wurden bereits Qualitätsmerkmale für spezifische Settings und Zielgruppen formuliert wie etwa für gesundheitsfördernde Schulen, das Setting Gemeinde oder die betriebliche Gesundheitsförderung (vgl. Ruckstuhl et al. 1998, S. 224). Laut Broesskamp-Stone (2009) ist nicht weiter verwunderlich, dass es keine Einigung über den Qualitätsbegriff in der Gesundheitsförderung gibt, da Programme der Gesundheitsförderung sehr vielfältig sind und daher komplexe Interventionen eingesetzt

werden. Zudem ist Gesundheitsförderung multidisziplinär, was die Aussagen über Qualität erschwert (vgl. Broesskamp-Stone 2009, S. 115).

Wie die Uneinigkeit bezüglich eines Qualitätsbegriffs für die Gesundheitsförderung (abgesehen von den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) bereits vermuten lässt, ist auch die aktuelle Landschaft der Qualitätssicherungsansätze in der Gesundheitsförderung und Prävention sehr vielfältig (vgl. Kliche et al. 2004, S. 125). Es gibt mittlerweile eine kaum zu überblickende Anzahl qualitätsbasierter Verfahrensweisen und Konzepten für die Gesundheitsförderung, die von einem breiten Spektrum an Akteuren der Gesundheitsförderung entwickelt wurden (vgl. Ryl / Schütte 2005, S. 4). Die ersten Ansätze sind mit Beginn der Qualitätsdiskussion Anfang der 1990er Jahre entstanden. Seit über 15 Jahren wird demnach international die Frage nach der Qualität in der Gesundheitsförderung diskutiert und es werden nationaler und internationaler Kongresse zu diesem Thema veranstaltet (Walter et al 2001, S. 18). Nach Ruckstuhl (2009) kann die Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung anhand der in Tabelle 1 dargestellten Phasen skizziert werden:

Zeitraum	Inhalte
Bis 1995	Bedeutung und Potential für den Einsatz von Qualitätsmanagement erkannt: <ul style="list-style-type: none"> • primäre Zielsetzung: Bewertung von Interventionen • Lernen von anderen Bereichen: Medizin, Evaluation, Begleitforschung • Gefordert sind: Qualitätskriterien und Indikatoren
1996-2001	Entwicklung von Qualitätskriterien, Instrumenten, Modellen, Qualitätssysteme <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzbildung (Weiterbildung, Coaching) • Aneignung eines Selbstverständnisses (Qualitätskultur)
Ab 2002	Etablierung von Qualitätssystemen und Verfahren Merkmale: <ul style="list-style-type: none"> • Vielfalt und Uneinheitlichkeit • Hohe Komplexität • Anstreben von Vereinheitlichung

Tabelle 1: Phasen der Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung nach Ruckstuhl (2009, S. 89)

Die Anfänge der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung und Prävention finden sich demnach in der *ersten Hälfte der 1990er Jahre*. 1992 wurde von der deutschen Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. gemeinsam mit der Zeitschrift Prävention eine

Expertentagung zum Thema „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung“ veranstaltet, an der etwa 20 ExpertInnen teilnahmen. Das Ziel war den Stand der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung zu ermitteln und bestehende Erfahrungen zusammenzuführen. Diese Tagung spiegelte damals als eine der ersten zu diesem Thema den damaligen Stand der Diskussion in Deutschland und anderen europäischen Ländern wider. Was unter Qualität in der Prävention und Gesundheitsförderung verstanden wird, war damals allerdings noch nicht explizit definiert, auch da es kein einheitliches Verständnis über das Konzept Gesundheitsförderung gab. Konsens bestand nur in Bezug darauf, dass dringender Handlungsbedarf besteht und Maßnahmen evaluiert wurden. Damals wurden schließlich erstmals die Qualitätsdimensionen von Donabedian auch als geeignet für die Gesundheitsförderung beurteilt. Qualitätssicherung wurde nur theoretisch diskutiert, aber noch nicht umgesetzt und auch international war die Qualitätsdiskussion noch am Anfang. Die Entwicklung von Guidelines, Leitlinien und Kriterien stand in der *zweiten Hälfte der 1990er Jahre* im Mittelpunkt. Zudem ging es vor allem um die Operationalisierung des Qualitätsbegriffs in der Gesundheitsförderung. Dies zeigt sich in den neu entstandenen Modellen, Qualitätskriterien und Instrumenten, aber auch an den Tagungen zum Thema wie etwa der 1996 statt findenden Workshop in Barcelona zum Thema „Qualitätsstandards für die Gesundheitsförderung“, der durch die International Union for Health Promotion and Education veranstaltet wurde. Dabei wurde der Diskussionstand in diversen Ländern miteinander verglichen. Festgestellt wurde damals, dass die Diskussion in allen jenen Ländern vorangetriebener ist, die ein starkes öffentliches Gesundheitswesen haben wie England, Niederlande, Schweden. Dort wurden unter anderem auch die ersten Instrumente und Ansätze zur Qualitätssicherung entwickelt. Es folgten weitere Symposien wie etwa die European Conference on Health Promotion and Education Effectiveness, bei der erstmals die verfügbare Evidenz von Gesundheitsförderungsaktivitäten systematisch gesammelt wurde. In dieser Zeit ging es vor allem um eine Sensibilisierung für das Thema bei den Akteuren der Gesundheitsförderung, die diesem noch mit großer Skepsis gegenüber standen. Auch entstanden Weiterbildungsangebote in den diversen Ländern um Wissen, Kompetenzen und Qualitätsverständnis zu vermitteln. Diese Phase ist demnach durch einen intensiven Qualitätsdiskurs gekennzeichnet und es entstand auch eine Vielzahl an Produkten. *Ab 2002* fand auch vermehrt eine Diskussion über Evidenzbasierte Gesundheitsförderung statt, sowie die Umsetzung von Best Practice und Good Practice. Zudem erhöhte sich die Komplexität der Diskussion.

Seit Beginn der 1990er Jahre besteht demnach eine Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung, welche auch schon einige Qualitätssicherungsansätze hervorgebracht hat. Bei der Gesundheitsförderung spielt Qualität in unterschiedlichen Phasen eines Projekts eine Rolle, dementsprechend sind derzeitigen Qualitätssicherungsansätze auch diesen Phasen zuzuordnen (Kolip / Müller 2009, S. 9f.):

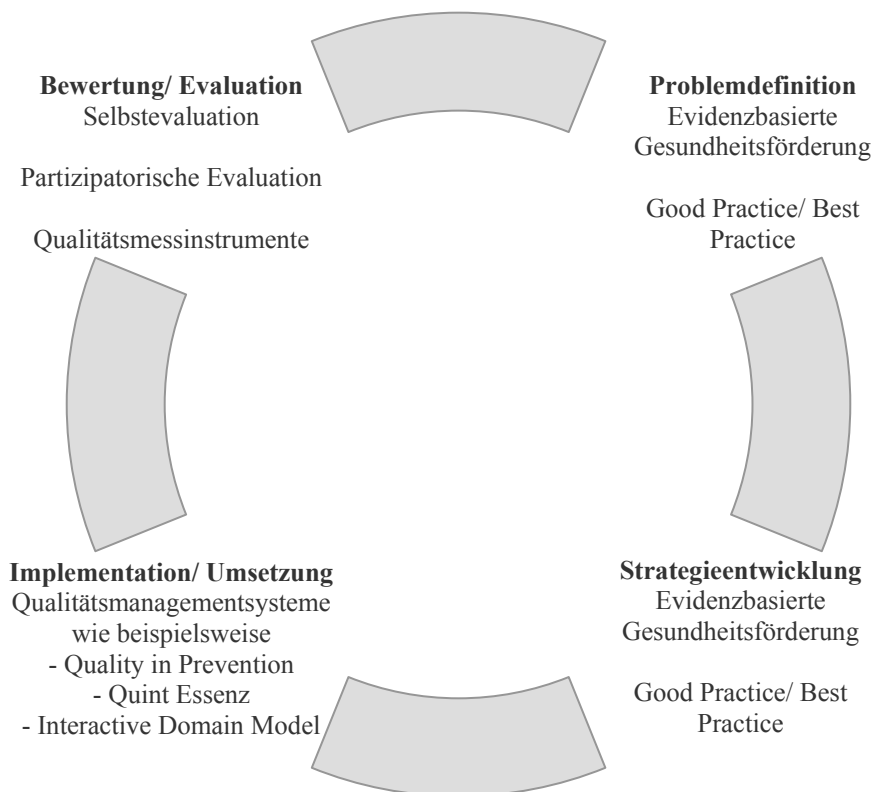


Abbildung 4: Derzeitige Qualitätssicherungsansätze für die Gesundheitsförderung im Überblick

Bei der Planung des Gesundheitsförderungsprojekts in Form der *Problemdefinition und Strategieentwicklung* wird vor allem die Evidenzbasierte Gesundheitsförderung als ein Qualitätssicherungsansatz diskutiert. Diese Diskussion wird sehr kontrovers geführt. Einerseits plädieren AutorInnen dafür, den Ansatz der Evidenzbasierten Medizin für die Gesundheitsförderung nutzbar zu machen und andererseits wird gerade dies kritisch gesehen, da sich Gesundheitsförderung schwer evaluieren lässt und ganz andere Kriterien der Effektivität gelten müssen (vgl. Kolip / Müller 2009, S. 12f.). SkeptikerInnen

argumentieren gegenüber Evidenzbasierte Gesundheitsförderung vor allem, dass die Evidenzhierarchien mit der Randomisiert Kontrollierten Studie als oberste Hierarchiestufe der Evidenzbasierten Medizin aufgrund der komplexen Interventionen nicht auf die Gesundheitsförderung zu übertragen sind und fordern die Entwicklung neuer Verfahren der Evidenzbasierung für die Gesundheitsförderung (vgl. Ekeles 2008, S. 62). Kliche et al. (2006) merken an, dass insbesondere die Evidenzklassen explizit für den Gesundheitsförderungsbereich angepasst werden müssen (vgl. Kliche et al. 2006, S. 146). Da sich Gesundheitsförderung in einem multidisziplinären Feld bewegt, sollte auch das Methodenspektrum breit gefächert sein, indem qualitative und quantitative Ansätze miteinander verbunden werden (vgl. Kolip / Müller 2009, S. 14) Die Vorbehalte gegenüber dem Konzept der Evidenzbasierung sind laut Müller (2009) allerdings selten logisch begründet und haben mehr Bekenntnischarakter für die wesentlichen Handlungsprinzipien des Konzepts Gesundheitsförderung (vgl. Müller et al. 2009, S. 42). Bödeker (2007) umschreibt die Streitfrage der Evidenzbasierten Gesundheitsförderung schließlich mittels der „Evidenzkaskade“: Demnach hat Gesundheitsförderung ein Legimitationsproblem, welches durch Evidenzbasierung gelöst werden könnte. Evidenzbasierung bezieht sich dabei auf das Konzept der Evidenzbasierten Medizin, die wiederum auf systematische Reviews fußt, welche hauptsächlich Randomisiert Kontrollierte Studien beinhalten. Diese werden allerdings wieder nicht als angemessen für die Gesundheitsförderung angesehen, da Interventionen der Gesundheitsförderung viel zu komplex sind, um ein solches Studiendesign realisieren zu können. Das Legimitationsproblem der Gesundheitsförderung kann daher nicht durch Evidenzbasierung behoben werden, sondern wird geradezu verschärft (vgl. Bödeker 2007, S. 2f.). Diese Evidenzkaskade kann jedoch auch kritisch gesehen werden, da Randomisiert Kontrollierte Studien nicht zwingend notwendig für eine Evidenzbasierung sind und prinzipiell auch für die Gesundheitsförderung die Möglichkeit besteht, ein solches Studiendesign durchzuführen (vgl. ebd., S. 4). Auch Schmacke (2009) ist ein Befürworter evidenzbasierter Gesundheitsförderung und sieht die Randomisiert Kontrollierte Studien nicht als utopisches Studiendesign für die Gesundheitsförderung (vgl. Schmacke 2009, S. 63). Die Kluft zwischen evidenzbasierter Gesundheitsförderung und evidenzbasierter Medizin ist auch nach Müller (2009) gar nicht so unüberwindbar, wie von vielen anderen angenommen (vgl. Müller 2009, S. 42). Mittlerweile gibt es im angloamerikanischen Raum bereits zahlreiche Homepages, auf denen Studien zu Gesundheitsförderung und Prävention veröffentlicht werden. Zudem führte die die International Union for Health Promotion and Education bereits von 1996 – 1999 ein

Projekt zur Erfassung und Sammlung der Evidenz in der Gesundheitsförderung durch mit dem Ergebnis eines zweiteiliger Berichts, der auf einer einjährigen Recherche basiert und die Evidenz über Gesundheitsförderungsaktivitäten der letzten 20 Jahre zum Inhalt hat (vgl. IUHPE 1999, S. 2).

Neben der Evidenzbasierten Gesundheitsförderung ist die Orientierung an Good Practice und Best Practice eine derzeit diskutierte Möglichkeit zur Qualitätssicherung in der Phase der Problemdefinition und Strategieformulierung von Gesundheitsförderungsaktivitäten. Die Orientierung an gute und beste Praxisbeispiele ist eine kostengünstige und praxisnahe Alternative zur Qualitätsverbesserung (vgl. Kilian 2006, S. 31). Diese Form der Qualitätssicherung stammt aus der Wirtschaft im Sinne eines Benchmarkings. Der Good-Practice-Ansatz folgt mehr der Idee der praxisbasierten Evidenz als der evidenzbasierten Praxis, indem interventionsbezogene Erfahrungswerte der PraktikerInnen erschlossen und systematisch verbreitet werden (vgl. Kilian et al. 2009, S. 100). Beim Good-Practice-Ansatz werden demnach Modellen guter Praxis identifiziert, die auf einer konsensualen Verständigung über Kriterien guter Praxis im Praxisfeld der Gesundheitsförderung basiert und über Selbstbewertung und kollegiale Kommunikation funktioniert (vgl. Kolip / Müller 2009, S. 12). Best Practice geht im Unterschied zu Good Practice noch einen Schritt weiter, indem auch wissenschaftliches Wissen berücksichtigt wird. Best Practice meint „Werte und Prinzipien von Gesundheitsförderung und Public Health systematisch zu berücksichtigen, auf das aktuelle wissenschaftliche Wissen und ExpertInnen-/Erfahrungswissen aufzubauen, die relevanten Kontextfaktoren zu beachten, sowie positive Wirkung im beabsichtigten Sinne erreicht zu haben“ (Broesskamp-Stone 2008, S. 80). Das Best-Practice-Konzept soll daher ethisch verantwortliches, wissenschaftlich fundiertes und kontextsensibles Handeln fördern und ist eine Reflexionshilfe im Arbeitsalltag. Der Erfolg des Best-Practice-Ansatzes und Good-Practice-Ansatzes ist vorwiegend abhängig von der Auswahl, Beschreibung und Präsentation guter Beispiele (vgl. Killian 2006, S. 34).

Für die Projektphase *Implementation und Umsetzung* von Gesundheitsförderungsaktivitäten wurden zur Qualitätssicherung unterschiedliche Qualitätsmanagementsysteme entwickelt, die gleichzeitig auch bei der Planung und Strategieentwicklung behilflich sein können. Derzeit sind im deutschsprachigen Raum die beiden Qualitätsmanagementsysteme quintessenz und Quality in Prevention verbreitet. Im weiteren Verlauf der vorliegenden Masterarbeit wird vorwiegend diese Form der Qualitätssicherung in der

Gesundheitsförderung im Detail besprochen, daher wird an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen (siehe im Detail Kapitel 3 und 4). In der Projektphase der *Bewertung und Evaluation* gibt es schließlich derzeit diverse Evaluationsformen für Gesundheitsförderungsaktivitäten. Bei der Evaluation werden gesundheitsfördernde Maßnahmen nach zuvor festgelegten Kriterien auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Evaluation ist demnach die systematische Informationssammlung für die Bewertung von Programmen (Christiansen 1999, S. 20). Evaluationen schaffen dadurch die Grundlagen zum Nachweis, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen erfolgreich ihre Ziele erreichen. Die Evaluation von Gesundheitsförderungsaktivitäten trägt zudem zur Rechenschaftspflicht der Gesundheitsförderung und zur Entwicklung einer evidenzbasierten Praxis bei (vgl. Naidoo / Willis 2003, S. 384). Evaluation von Gesundheitsförderungsaktivitäten müssen sich allerdings unterschiedlichen Herausforderungen stellen, da sich die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsaktivitäten nicht so einfach messen lässt (vgl. Naidoo / Willis 2003; Luber 2004; Ryl / Schütte 2005). Einige Schwierigkeiten bei der Evaluation von Gesundheitsförderungsaktivitäten sind die Fragen nach geeigneten Messgrößen, Methoden, Zeitpunkten, etc. Evaluationskonzepte müssen nämlich stets danach fragen, was evaluiert wird, welche Wirkungsrichtung gilt, unter welchen Gesichtspunkten, von wem und schließlich mit welcher Methode evaluiert werden soll. Daher gibt es auch nicht das eine Evaluationskonzept für die Gesundheitsförderung (vgl. Geene 2006, S. 19). Neben der klassischen Programmevaluation wurden bis dato auch weitere Evaluationskonzepte für die Gesundheitsförderung entwickelt: Neben der Selbstevaluation, die die Beschreibung und Bewertung von Ausschnitten des eigenen beruflichen Alltagshandeln und seiner Auswirkungen nach bestimmten Kriterien zum Inhalt hat (König 2009, S. 299) werden auch partizipative Evaluationsstrategien in der Gesundheitsförderung eingesetzt, die den Grundsätzen des Konzepts Gesundheitsförderung wie etwa Partizipation und Empowerment Rechnung tragen (vgl. Halkow 2004, S. 13). Eine solche partizipatorische Evaluation bedeutet die gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projektteam, Zielgruppe, GeldgeberInnen und anderen relevanten AkteurInnen und eine möglichst starke Teilnahme und Teilhabe (vgl. Wright 2009, S. 159). Neben diesen Evaluationsformen gibt es auch bereits Instrumente zur Qualitätsmessung von Gesundheitsförderungsaktivitäten, die ebenso als Evaluationsstrategien gehandhabt werden können, aber auch für die Planung und Umsetzung nützlich sind (siehe im Detail Kapitel 4.2).

Betrachtet man die derzeitige Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung so lässt sich resümieren, dass es zahlreiche Qualitätssicherungsansätze für die Gesundheitsförderung gibt und gleichzeitig dass der Vielfalt an uneinheitlichen Instrumentarien und Verfahren eine vergleichsweise langsame Umsetzung gegenübersteht. GesundheitsförderungspraktikerInnen erschwert diese Vielfalt an Qualitätssicherungsansätzen eher das Finden einer geeigneten Qualitätsstrategie für ihre Gesundheitsförderungsaktivitäten. Zukünftige Herausforderungen um Qualität in der Gesundheitsförderung sicherzustellen, werden daher sein, sich einerseits bei den Begrifflichkeiten zu einigen, einheitliche Qualitätskriterien festzulegen und die Qualitätssicherungsansätze zu systematisieren, wie dies Ruckstuhl (2009) verdeutlicht: „War es vor 15 Jahren die Aufgabe, ein Selbstverständnis und passende Instrumentarien für das Qualitätsmanagement zu schaffen, so ist heute die Aufgabe, das vielfältige Angebot zu bündeln, zu systematisieren, zu vereinheitlichen und in einen Gesamtrahmen zu stellen“ (Ruckstuhl 2009, S. 76). Andererseits müssen auch die organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen zur Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung verbessert werden, da für die langsame Umsetzung derzeitiger Qualitätssicherungsansätze in die Praxis sicher auch fehlende aber dafür notwendige Ressourcen verantwortlich sind. Immerhin wird die Durchführung einer angemessenen Qualitätssicherung auf bis zu zehn Prozent der Interventionskosten geschätzt (Rosenbrock 2004, S. 68). In den folgenden Kapiteln wird nun vor allem der Einsatz von Qualitätsmanagementsystemen zur Förderung der Qualität von Gesundheitsförderungsaktivitäten diskutiert. Dieser Ansatz liefert Auskünfte über geeignete Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsaktivitäten und erscheint daher als Orientierung auch besonders geeignet für GesundheitsförderungspraktikerInnen.

3 Qualitätsmanagement - Konzept und Adaptierung für den Gesundheits(-förderungs)bereich

Wie im vorhergegangenen zweiten Kapitel beschrieben, ist die Diskussion um die Qualität in der Gesundheitsförderung ein aktuelles Thema und sie ist im Gegensatz zu anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung eine *junge* Disziplin (vgl. Braun / Friedrich 1995; Schubert / Zink 2001). Reformen und Neugestaltungen im Gesundheitswesen ermöglichen es, das Thema Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen und speziell in der Gesundheitsförderung aktuell zu halten und ihm eine große Bedeutung zuzuschreiben. Die Thematisierung des Begriffs Qualität in der Gesundheitsförderung und die Fragen der Qualitätssicherung und Qualitätsförderung hat in erster Linie mit der Verknappung der öffentlichen Mittel, dem verstärkten Wettbewerb im Gesundheitswesen und dem zunehmenden Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Transparenz zu tun und ist nicht darauf zu begründen, dass etwa vermehrt Qualitätsmängel festgestellt wurden oder eine steigende Anforderung an die Qualität von Dienstleistungen erhoben wird (vgl. Schubert / Zink 2001; Ollenschläger 2001). Wenn von Qualität im Gesundheitswesen beziehungsweise in der Gesundheitsförderung gesprochen wird, ist es notwendig, sich mit der Thematik der Qualitätssicherung, Qualitätsverbesserung und Qualitätsmanagement auseinander zu setzen. Die Beschäftigung mit diesem Thema zeigt, dass es in diesem Bereich viele Begrifflichkeiten gibt und es einer Abgrenzung und Erläuterung der Begriffe bedarf. In dieser Arbeit wird vor allem der Begriff des Qualitätsmanagements thematisiert und als Begriff für die Planung, Steuerung, Sicherstellung und Verbesserung von Qualität in der Gesundheitsförderung verwendet. In einem anschließenden ersten Abschnitt wird versucht, die Begriffe und Definitionen in diesem Bereich zu klären und eine Abgrenzung vorzunehmen.

3.1 Begriffsklärung und thematische Abgrenzung

Die Vielzahl der Begrifflichkeiten im Bereich der Qualität in der Gesundheitsförderung zeigt eine große Spanne und ist sehr heterogen. So entsteht der Bedarf, die unübersichtliche Vielfalt der Begriffe zu definieren und zu ordnen. Hierbei liegen aber gleichzeitig auch die Schwierigkeit und Herausforderung. In der Literatur wird häufig der Begriff der Qualitätssicherung, welche aus den 1970er Jahren stammt und nach wie vor in einigen Gesetzestexten und Verordnungen zu finden ist, verwendet. Der Begriff der Qualitätssicherung wird aber zunehmend durch den Begriff des Qualitätsmanagements ersetzt und verdrängt (vgl. Schwartz et al. 2003, S. 726). So erwähnt auch Ruckstuhl

(2009) die Diskussion um die Vielfalt der Begrifflichkeiten in diesem Bereich und betont, dass der Begriff Qualitätssicherung noch immer benutzt wird, obwohl dieser im Qualitätsmanagement nicht mehr verwendet wird (vgl. Ruckstuhl 2009, S. 88). In diesem Zusammenhang erwähnen auch Bunte und Müller (2000), dass Qualitätsmanagement die Gesamtheit aller Tätigkeiten darstellt, die die Ziele der Qualitätspolitik einer Organisation erreichen können (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 6). Qualitätsmanagement wird also auch nach den beiden Autoren als Oberbegriff aller qualitätswirksamen Tätigkeiten und Zielsetzungen verstanden. Weiters verweist Selbmann (2004) darauf, dass Qualitätsmanagement alle Aktivitäten zur Planung, Lenkung, Sicherung und Verbesserung der Qualität umfasst. Im Speziellen wird Qualitätssicherung als jener Teil des Qualitätsmanagements bezeichnet, der auf die Darlegung der Qualität gerichtet ist (vgl. Selbmann 2004, S. 230). Im deutschen Sprachgebrauch wird jedoch der Begriff Qualitätssicherung nach wie vor häufig als Synonym für Qualitätsmanagement verwendet (vgl. Selbmann 2002, S. 249). Wie diese Stellungnahmen bereits zeigen, ist die Abgrenzung der Begriffe Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement nicht so einfach vorzunehmen.

Neben den Begriffen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind noch unzählige Begriffe wie Qualitätsentwicklung oder Qualitätsverbesserung zu nennen, welche jedoch durch die Definition von Qualitätsmanagement in den Hintergrund rücken und verblassen. So ist der Begriff Qualitätsmanagement auch in der Gesundheitsförderung etabliert und gewinnt seit Mitte der 1990er Jahre an Bedeutung. Es stellt sich nun die Frage, was Qualitätsmanagement für die Gesundheitsförderung tut beziehungsweise wie es helfen kann, gesundheitliche Verbesserung einerseits und eine angemessene Kosten – Nutzen - Relationen andererseits zu erzielen. Walter et al. (2001) meinen, dass ein Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung helfen kann, Systeme, Prozesse und Abläufe zu beeinflussen, um so die Basis für eine stetige Qualitätsverbesserung zu legen (vgl. Walter et al. 2001, S. 24). Ebenso wird beschrieben, dass Qualitätsmanagement zur Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisqualität dienen soll (vgl. ebd. S.24). Dabei wird in der Literatur immer wieder darauf verwiesen, dass Qualitätsmanagement als ein Instrument zu betrachten ist, das für die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt und nicht als Kontrollmaßnahme wahrgenommen werden soll (vgl. Ruckstuhl 2009, S. 80). Die Autoren Schwartz et al. (2003) erwähnen, dass die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Medizin der Deutschen Gesellschaft (GMDS)

1996 folgende Definition für Qualitätsmanagement entwickelt hat, welche noch immer sehr häufig in der Literatur verwendet wird. „Alle Tätigkeiten des Gesamtmanagements, die im Rahmen des QM – Systems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung/ QM- Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen“ (vgl. Qualitätssicherung in der Medizin der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 1996 zit. n. Schwartz 2003, S. 726). Demnach bestätigt sich noch einmal, dass Qualitätssicherung als auch Qualitätsplanung, Qualitätslenkung und Qualitätsverbesserung ein Teil von Qualitätsmanagement sind. Das Qualitätsmanagement, in diesem allgemeinen Sinne, zielt darauf ab, die Fehler, die in der Routine auftreten zu vermeiden und das Fehlverhalten technischer Systeme und menschlicher Akteure zu reduzieren. Ruckstuhl (2009) verwendet den Begriff Qualitätsmanagement, wenn es sich um operative Tätigkeiten zur Verbesserung der Qualität innerhalb eines charakteristischen Systems handelt und meint damit die Gesamtheit aller qualitätsbezogenen Tätigkeiten, die sich auf die Aufbau- und Ablauforganisation in einer Institution beziehen (vgl. Ruckstuhl 2009, S.76). Laut dieser Definition ist das Qualitätsmanagement auch in der Gesundheitsförderung ein unumstrittenes Konzept und ein wichtiger Bestandteil. Walter et al. beschreiben, dass Qualitätsmanagement bereits bei der Festlegung der Ziele und der Auswahl der Zielgruppen, Zugangswege und Interventionsverfahren beginnt (vgl. Walter et al. 2001, S. 25). Diese Bereiche sind grundlegend für die Erreichung von Qualität in der Gesundheitsförderung und ermöglichen eine Beurteilung der Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten vorzunehmen.

Wie bereits beschrieben, ist das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung noch ein relativ junger Bereich und es ist noch ein großer Informationsbedarf notwendig. Laut Walter et al. ist in der betrieblichen und kommunalen Gesundheitsförderung sowie in der Prävention der Ansatz des Qualitätsmanagements im Gegensatz zu anderen Settings und Bereichen schon länger präsent und ein Thema. Es liegen generell schon sehr viele Methoden und Instrumente zum Qualitätsmanagement vor, die vor allem im industriellen Bereich und in der klinischen Medizin eingesetzt werden. Walter et al. (2001) erwähnen, dass die Systeme und Instrumente, die aus anderen Bereichen stammen, durchaus für eine Anwendung in der Gesundheitsförderung geeignet sind und sie beziehen sich dabei auf viele erfolgreiche Praxisbeispiele (vgl. Walter et al. 2001, S. 25). So meint auch Selbmann

(2004), dass Ziele, Methoden und Verfahren des Qualitätsmanagements unabhängig von Produkten und Dienstleistungen sind und so auch für das Gesundheitswesen Gültigkeit haben (vgl. Selbmann 2004, S. 229). Dabei spricht er insbesondere die ISO Norm an. Auch Ruckstuhl (2009) erwähnt, dass die Kernelemente wie der Begriff Qualität, die Qualitätsmodelle, der Zweck von Qualitätsmanagement, die Einheiten auf die sich Qualität bezieht und die Qualitätsmanagementmodelle grundsätzlich als Grundlage für einen Gesamtrahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention anwendbar sind (vgl. Ruckstuhl 2009, S. 82). Das bedeutet, dass Prinzipien und Konzepte des allgemeinen Qualitätsmanagements prinzipiell auch in der Gesundheitsförderung zur Anwendung kommen können. Bislang ist jedoch noch unzureichend geprüft, wie sich die aus der Industrie stammenden Techniken und Methoden optimal für die Interventionspraxis nutzen lassen, so Ruckstuhl, Kolip und Gutzwiller (2001). Selbmann (2002) erwähnt ebenso, dass das Gesundheitswesen eine besondere Anpassung der Methoden, Verfahren, Theorien und Paradigmen des Qualitätsmanagements benötigt. „Gute Kenntnisse über Strukturen, das Funktionieren und die Finanzierung des Gesundheitswesens sind daher wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Beschäftigung mit dem Qualitätsmanagement“ (Selbmann 2002, S. 251).

Weil das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen unterschiedlichen Vorstellungen von Qualität standhalten muss, sei es die Vorstellung der Patienten, der Leistungserbringer wie Ärzte, Pflege- und Gesundheitspersonal oder Vertreter anderer Hilfsberufe, Träger von Versorgungseinrichtungen, Kostenträger und schließlich der Bevölkerung, stellt das Qualitätsmanagement eine besondere Herausforderung dar. Daher muss versucht werden, zwischen den Interessenvertretern und ihren Vorstellungen von Qualität einen Kompromiss zu finden und Prioritäten zu setzen (vgl. Selbmann 2002, S. 252). Auch in der Gesundheitsförderung sind diese unterschiedlichen Interessen von Qualität ein Thema. Generell verfolgt Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung das Ziel und den Zweck, Wirkungen von Gesundheitsleistungen aufzuzeigen. Dazu braucht es nach Ruckstuhl (2009) eine Planung, die die erreichbaren Ziele festlegt, Bewertungskriterien und eine diesbezügliche Überprüfung (vgl. Ruckstuhl 2009, S. 80).

3.2 Qualitätsmanagementsysteme und -ansätze und ihre Bedeutung für die Gesundheitsförderung

In diesem Abschnitt werden mögliche Ansätze von Qualitätsmanagement vorgestellt und Qualitätsmanagementsysteme kurz erläutert, die einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsdebatte geleistet haben. In der Literatur wird häufig beobachtet, dass der Begriff Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen verglichen und gleichgestellt wird mit dem Qualitätsmanagement auf der Basis des Total Quality Management, kurz TQM oder mit der ISO Norm. Beide Qualitätsmanagementansätze, sowohl TQM als auch ISO sind für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen von großer Bedeutung und werden auch in diesem Kapitel kurz beschrieben. Jedoch zeigt sich, dass es neben diesen beiden verbreiteten Qualitätsmanagementansätzen weitere Qualitätsmanagementsysteme gibt, die insbesondere für die Gesundheitsförderung geplant und entwickelt wurden. Daher widmet sich diese Arbeit vorwiegend diesen Qualitätsmanagementsystemen und zeigt deren Entwicklung, Verbreitung und Anwendung auf (siehe Kapitel 4).

Bei Qualitätsmanagementsystemen handelt es sich laut Bunte / Müller (2000) um ein Organisations- und Ordnungssystem, welches hilft, Qualitätsmanagement systematisch und strukturiert umzusetzen (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 7). Ruckstuhl beschreibt Qualitätsmanagementsysteme ähnlich, nämlich als Hilfestellungen, um innerhalb eines Referenzsystems Qualität systematisch umzusetzen (vgl. Ruckstuhl 2009, S. 90). Wenn von Qualitätsmanagement und Qualitätsmanagementsystemen gesprochen wird, ist es unerlässlich DIN EN ISO 9000ff zu erwähnen und zu beschreiben. Da sich diese Arbeit aber auf die Qualitätsmanagementsysteme der Gesundheitsförderung spezialisiert, werden die allgemeinen Qualitätsmanagementsysteme wie ISO 9000, Total Quality Management und EFQM kurz erwähnt und beschrieben. Bunte / Müller (2000) beschreiben, dass im Jahre 1987 ein Regelwerk zu Qualitätsmanagementsystemen verabschiedet wurde. Dieses wurde von einer ExpertInnengruppe der internationalen Organisation für Normierung (International Organisation for Standardization ISO) erarbeitet und dient unter anderem dazu, eine systematische Überprüfung des Qualitätsmanagementsystems einer Organisation vorzunehmen, Akkreditierungs- und Zertifizierungsverfahren, Auszeichnungen und die Verleihung von Gütezeichen auszustellen (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 24). Für diese Zertifizierungen der Qualitätsmanagementsysteme werden spezielle Begehungen von ISO- Auditoren vorgenommen, die Bewertungen im Bereich Managementprozesse, Supportprozesse, Versorgungsmanagement, Kundenorientierung

und Einsatz des Qualitätsverbesserungszyklus (PDCA – Zyklus) abgeben (vgl. Selbmann 2004, S. 234). Diese erarbeiteten Normen werden laut Bunte / Müller (2000) mit ISO gekennzeichnet und werden mit der 9000er Folge nummeriert. Die Verbindlichkeit zu Deutschland wird mit dem Kürzel DIN bezeichnet und die Abkürzung EN steht für die im europäischen Komitee für Normierung zusammengeschlossenen nationalen Normierungsinstitute. So entstehen Normen von DIN EN ISO 9000 bis DIN EN ISO 9004, welche jeweils unterschiedliche Aufgaben übernehmen (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 24). Simon (2001) erwähnt, dass die Nachweismenormen 9001, 9002 und 9003 in neue 9001:2000 Nachweismenormen reformiert wurden. Gründe für diese Reform waren unter anderem die starke Prägung durch die Industrie und eine fertigungstechnische Ausdrucksweise. Im Zuge der Reform wurden die Kernnormen, welche für die Zertifizierung wesentlich sind, auf vier Hauptpunkte reduziert. Diese Normen sind Verantwortung der Leitung, Management der Mittel, Produkte und Dienstleistungen realisieren und Messung, Analyse und Verbesserung (vgl. Simon 2001, S.117f.). Durch diese Zertifizierung ist es auch im Gesundheitswesen möglich, ein *gutes* Qualitätsmanagement zu erkennen. Simon (2001) stellt kritisch fest, dass die Wertigkeit von Zertifizierungen steigt und den Charakter der Eintrittskarte für den Markt weiter behalten wird (vgl. Simon 2001, S. 122).

Ein weiterer wichtiger Begriff des Qualitätsmanagements ist die Qualitätsphilosophie des Total Quality Management (TQM), welches wie bereits erwähnt, oft stellvertretend für Qualitätsmanagementsysteme im Gesundheitswesen betrachtet wird. Das TQM wird als Qualitätsphilosophie und nicht als Qualitätsmanagementsystem beschrieben, da es eine Arbeitsmentalität beziehungsweise Geisteshaltung beinhaltet und nicht wie ein Qualitätsmanagementsystem eine durchstrukturierte Modellbeschreibung darstellt, welche die Qualität als Teil der Gesamtführungsaufgabe eines Unternehmens betrachtet (vgl. Simon 2001, S. 115). Das TQM ist seit den 1980er Jahren in der fachlichen Diskussion ein Begriff. Zurück geht dieses umfassende *Managementsystem* auf das Total Quality Control (TQC) Konzept von A.V. Feigenbaum (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 23). Vorreiter dieses umfassenden Qualitätsmanagements waren die beiden Qualitätsexperten Deming und Juran, die eine Ausweitung systematischer Qualitätsverbesserungsmaßnahmen auf alle Aspekte einer Organisation und die Orientierung an KundInnen für unerlässlich hielten. Zu den wichtigsten Merkmalen eines umfassenden Qualitätsmanagements zählen die Erweiterung des Qualitätsbegriffs, die Qualität als wesentliches Organisationsziel, Prozessorientierung, MitarbeiterInnenorientierung, KundInnenorientierung und eine

präventive Orientierung (vgl. Schubert 2001, S. 110f.). Das TQM System ist durch die Strategie, dass die übergeordnete Unternehmensphilosophie auf das Qualitätsziel ausgerichtet ist, erweitert worden. So ist bereits aus dem Namen *Total Quality Management* zu erkennen, dass es sich bei diesem Qualitätsmanagementsystem um eine sehr umfassende Strategie handelt (vgl. Bunte/ Müller 2000, S. 23). So erwähnen unter anderem Bunte und Müller 2000, dass organisatorische, personelle sowie technische Rahmenbedingungen gegeben sein müssen um TQM umsetzen zu können (vgl. vgl. Bunte / Müller 2000, S. 23). Ebenso wird darauf hingewiesen, dass das TQM ein integriertes Managementkonzept ist, das eine Managementphilosophie mit einem mehrdimensionalen Qualitätsbegriff, einer Qualität als unternehmensweite Aufgabe und Prävention als Elemente enthält (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 7).

Neben der erwähnten Qualitätsmanagementphilosophie Total Quality Management und dem bekannten Qualitätsmanagementsystem ISO 9000 gibt es noch eine Reihe anderer allgemeiner Qualitätsmanagementsysteme, Qualitätswerkzeuge, Instrumente und Standards. Zu erwähnen wäre hier das EFQM Konzept, welches keine Zertifizierung im Sinne von ISO 9000, sondern eine Selbstbeurteilung durchführt. Das EFQM Konzept konzentriert sich unter anderem auf MitarbeiterInnen, Ressourcen und Prozesse und bezweckt die Optimierung des organisatorischen Gesamtprozesses (vgl. Simon 2001, S. 124f.). Das EFQM Konzept scheint für das Gesundheitswesen und für die Gesundheitsförderung ein geeignetes System zu sein, um Qualität in gesundheitsfördernden Projekten und Programmen sicher zu stellen. Neben DIN EN ISO 9000, TQM und dem EFQM Konzept gibt es noch zahlreiche weitere Qualitätsmanagementsysteme, die auch im Gesundheitswesen beziehungsweise in der Gesundheitsförderung ihre Anwendung und ihren Gebrauch finden. Dabei beruhen einige Systeme auf dem Prinzip der Selbstbewertung und sind Anreiz für Organisationen, sich mit der Qualitätssicherung und der Verbesserung von Qualität auseinander zu setzen. Diese Qualitätsmanagementsysteme werden in dieser Arbeit jedoch nicht weiter erwähnt, da der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit auf spezielle Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente der Gesundheitsförderung gerichtet ist. Bunte / Müller (2002) beschreiben, dass sich neben den Qualitätsmanagementsystemen noch drei Ansätze des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen unterscheiden lassen, welche ungleiche Traditionen und Prägungen besitzen. Im Folgenden werden diese drei Ansätze kurz vorgestellt und auf ihre Praktikabilität hin betrachtet. Laut Bunte / Müller (2000) lässt sich

festhalten, dass alle drei Qualitätsmanagementansätze das *Mehr an Transparenz von Kosten und Qualität, unwirksame Verfahren außer Kraft setzen und wirksame Verfahren angemessen anzuwenden* zum Ziel haben. Der erste Qualitätsmanagementansatz, der auch als berufsgruppenorientierter Ansatz bezeichnet wird, hat im Gesundheitswesen die längste Tradition. Dieser Ansatz ist geprägt durch die Qualifikationen, Berufserfahrungen und Motivationen der MitarbeiterInnen sowie durch die Qualität des zur Verfügung stehenden Wissens (vgl. Bunte/ Müller 2000, S. 43). Dieses Modell richtet sich stark an Richt- und Leitlinien, ist an technikintensiven Leistungen interessiert und sieht den Patient/ die Patientin in einer eher passiven Rolle, da „Qualitätsmanagement fast ausschließlich als interne Angelegenheit der Profession verstanden wird“ (Bunte/ Müller 2000, S. 44). Dieses Modell ist stark mit dem Namen Avedis Donabedian verbunden, welcher durch eine Differenzierung von drei Komponenten der Qualität besonders im Gesundheitswesen eine bedeutsame Stellung einnimmt. Die Differenzierung der Qualität nach Donabedian wird in diesem Kapitel noch genauer betrachtet. Der zweite Ansatz wird als organisationsbezogener Ansatz bezeichnet und hat sowohl die Verringerung der Fehlerraten, die Früherkennung von Fehlern als auch die Berücksichtigung der PatientenInnenbedürfnisse bereits bei der Entwicklung der Dienstleistung zum Ziel. Bei diesem Modell nimmt der Patient beziehungsweise die Patientin eine zentrale Rolle ein, da er beziehungsweise sie über die Qualität entscheidet und darüber urteilt. Der dritte Ansatz ist der wirksamkeitszentrierte oder epidemiologische Ansatz, welcher auf Archibald Cochrane zurückgeht. Dieses Modell fordert eine starke Orientierung an dem Nutzen und sieht nur Leistungen und Handlungen als sinnvoll, die für PatientInnen einen Nutzen haben. Das bedeutet, dass die Wirkungen von Interventionen bekannt sein müssen und es sich nachweisen lassen muss, dass die Gesundheitsleistungen wirksam und nicht konsumtiv d.h. für den Verbrauch bestimmt sind (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 43f.).

Sowohl der berufsorientierte, der organisationsbezogene als auch der wirksamkeitszentrierte Ansatz sind im deutschen Gesundheitswesen als Verfahren und Modelle akzeptiert und werden in der Praxis vollzogen. So erwähnen Bunte und Müller in diesem Zusammenhang weiter, dass der Paradigmenwechsel von einer ausgaben- zu einer ergebnisorientierten Gesundheitspolitik eine wissenschaftlich anspruchsvolle Herausforderung darstellt (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 45).

Neben diesen drei vorgestellten Qualitätsansätzen möchte dieses Kapitel weiter darauf hinweisen, dass Qualitätsansätze eine externe und eine interne Qualitätssicherung verfolgen können. Baartmans und Geng beschreiben die externe Qualitätssicherung als Maßnahme, bei der andere Personen oder Instanzen als die Berufsangehörigen die Qualitätsansprüche definieren und auch überprüfen. Im Gegensatz dazu, wird bei der internen Qualitätssicherung die Definition und Überwachung der Qualität durch die Berufsangehörigen selbst durchgeführt (vgl. Baartmans / Geng 2000, S. 23).

Beide Ansätze sind im Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung bekannt und verbreitet. Qualitätsmanagementsysteme, seien sie extern oder intern ausgerichtet, werden auf Grund der Verschärfung des Wettbewerbes oder der teilweise veränderten gesetzlichen Gegebenheiten Ausgangspunkt für das Interesse im Gesundheitswesen und auch in der Gesundheitsförderung. Ebenso nimmt das Interesse von Unternehmen und Einrichtungen, sich die Leistungsfähigkeit zertifizieren zu lassen zu und ist auch im Gesundheitswesen ein aktuelles Thema. Dabei müssen Qualitätsmanagementsysteme bestimmten Anforderungen entsprechen um einerseits in der Praxis implementiert und akzeptiert werden. Zu diesen Anforderungen zählt unter anderem die Integrationsfähigkeit, d.h. dass das Qualitätsmanagementsystem in den Arbeitsablauf der Organisation integriert werden kann, ohne starke Umstrukturierungen vornehmen zu müssen. Die Sparsamkeit, d.h. die Einführung des Systems soll keinen zusätzlichen Aufwand und Kosten entstehen lassen, ist eine weitere Anforderung. Ebenso sind die Interessen der Kostenträger an einer effizienten Verwendung der zur Verfügung gestellten Ressourcen, die Interessen der Träger der Einrichtung an einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen sowie die Transparenz der Dienstleistungen zu berücksichtigen (vgl. Schubert / Zink 2001, S. 5). Ein Qualitätsmanagementsystem muss also unterschiedliche Bedürfnisse und Interessen befriedigen um akzeptiert und von den unterschiedlichen Bereichsfeldern, d.h. sowohl von den Kostenträgern, den Trägern der Einrichtung, den MitarbeiterInnen und den PatientenInnen anerkannt zu werden. Andererseits müssen sie bestimmte Kriterien beinhalten, die die Möglichkeit bieten, messbare Merkmale zu definieren.

3.3 Qualitätskriterien als Wegweiser für Qualitätsmanagement

Qualitätskriterien sind für Qualitätsmanagementsysteme von großer Bedeutung, da sie eine Evaluation und so eine Wirksamkeitsanalyse möglich machen. Baartmans / Geng (2000) erwähnen in diesem Zusammenhang, dass es notwendig ist, den Inhalt jedes einzelnen Kriteriums in detaillierten Items zu formulieren, welche das Qualitätsniveau dann auch ersichtlich und messbar machen (vgl. Baartmans / Geng 2000, S. 30). So sieht es auch Selbmann (2004) und beschreibt Kriterien für die Bewertung der Leistungserbringung als unerlässlich (vgl. Selbmann 2004, S. 223). Ruckstuhl, Kolip und Gutzwiller (2001) beschreiben Qualitätskriterien als auf wissenschaftlicher Erkenntnis und Erfahrung basierende Kriterien, welche als Orientierungshilfen dienen sollen um zu sehen, was in der Praxis beachtet werden muss und was als erstrebenswert erachtet wird (vgl. Ruckstuhl et al. 2001, S.39). Auch Ruckstuhl (2009) gibt bekannt, dass die Verwendung von Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung als unerlässlich gilt. Sie meint gleichzeitig aber auch, dass es eine Vielzahl an uneinheitlichen Kriterien beziehungsweise eine Reihe von Kriterienlisten gibt, „die zwar eine große Schnittmenge aufweisen, jedoch unterschiedlich gruppiert und aufgebaut sind“ (Ruckstuhl 2009, S.88). So fordert sie auch eine Klärung und Vereinheitlichung der Kriterien, welche durch eine nationale, europäische und internationale Zusammenarbeit auch möglich ist. Die Qualitätskriterien werden nämlich nach wie vor je nach Qualitätsmanagementsystem von unterschiedlichen Instanzen formuliert. Dabei lassen sich die Formulierung durch eine Gruppe von ExpertInnen, durch Personen aus der Praxis oder die Formulierung von PatientInnen und Betroffenen unterscheiden. Diese starre Trennung zwischen den Ebenen nimmt jedoch ab und es entstehen immer mehr Qualitätsmanagementsysteme, bei denen die Kriterien durch eine Mischform entstanden sind (vgl. ebd., S. 43).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Qualitätsmanagementsystem im Gesundheitswesen und im Speziellen in der Gesundheitsförderung bestimmten Standards, Kriterien und Anforderungen entsprechen muss, um ein akzeptiertes System zu werden. Schubert / Zink (2001) beschreiben eine weitere Forderung an ein Qualitätsmanagementsystem folgendermaßen: „Kern eines jeden Qualitätsmanagementsystems sind die Beschreibung, systematische Steuerung und Überprüfung derjenigen Prozesse, die für die Existenz der Organisation existenziell sind, also unmittelbar mit dem definierten Auftrag zusammenhängen“ (Schubert / Zink 2001, S. 5). Demnach empfehlen Schubert / Zink (2001) in einem ersten Schritt ein

Qualitätsmanagementsystem nach der Einteilung von Donabedian in Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität auszuwählen. Das bedeutet unter anderem, dass die Strukturmerkmale wie personelle, räumliche und technische Ausstattungen beschrieben werden müssen. Danach müssen die Art und Weise der Durchführung und die Ergebnisgrößen ihre Berücksichtigung finden (vgl. Schubert / Zink 2001, S. 5). Im Folgenden wird das Modell von Donabedian beschrieben und auf seine Bedeutung für die Gesundheitsförderung verwiesen. Avedis Donabedian, welcher als einer der Begründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen gilt, unterteilt die Qualität im Gesundheitswesen in drei Komponenten, nämlich in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 45). Er selbst bezieht bei seiner Definition von Qualität den wirtschaftlichen Aspekt mit ein und meint, dass die Qualität unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten erreicht werden kann (vgl. Baartmans / Geng 2000, S. 17). Die Qualitätsaspekte nach Donabedian definieren sich wie folgt:

Die *Strukturqualität* bedeutet im Sinne von Donabedian personelle und materielle Ressourcen sowie Organisationsstruktur. Das bedeutet, dass die Strukturqualität sich auf äußere Rahmenbedingungen bezieht (vgl. Baartmans / Geng 2000, S. 17). Die Strukturqualität betrifft also die organisatorischen und institutionellen Rahmen und beinhaltet Trägerschaft, Organisation, Vernetzung, Kommunikationsstruktur, Qualifikationen der MitarbeiterInnen, die klare Vertragslage und die finanzellen und personellen Ressourcen als Parameter (vgl. Ruckstuhl et al. 2001, S. 42-46). Genauer wird Strukturqualität beschrieben als die

„organisatorischen und administrativen Regelungen und Abläufe eines sozialen Dienstes, die Einfindung des Dienstes in die Infrastruktur seiner Region, die materielle, finanzielle und technische Ausstattung einschließlich der Größe und Aufteilung der Räumlichkeiten, die Lage des Dienstes, die Größe des Grundstücks, die Sicherheit und die Güte des Standorts, die personellen Ressourcen einschließlich der Personalstruktur, der Qualifikationen der MitarbeiterInnen und der Fluktuation“ (Schwarte / Oberste-Ufer 2001, S. 67).

Dabei ist zu beachten, diese Strukturgegebenheiten auch zu nutzen und umzusetzen. Die zweite Komponente, die *Prozessqualität*, ist definiert als Art der Erbringung von Dienstleistungen. Prozessqualität meint Inhalte und Ausführungen der Behandlungen mit den Variablen Angemessenheit und Kompetenz (vgl. Bunte / Müller 2000; Schwarte / Oberste-Ufer 2001). Baartmans / Geng (2000) beschreiben die von Donabedian definierte Prozessqualität als Abmachung in Bezug auf das Handeln und die Ausführung (vgl.

Baartmans / Geng 2000, S. 17). Die Prozessqualität bezieht sich laut Ruckstuhl et al. (2001) auf Abläufe, die während der Umsetzung eines Projekts notwendig sind. Wichtige Parameter sind die Projektplanung, die Feedbackschleife, die es ermöglicht, über bereits erreichte Teilziele zu reflektieren, Qualitätsziele der Durchführung, Dokumentation, Wohlbefinden aller im Projekt Beteiligten und der Umgang mit Konflikten (vgl. Ruckstuhl et al. 2001, S. 45ff.). Die Prozessqualität bezieht sich also im Gegensatz zur Strukturqualität auf die Ausführung und auf die tatsächliche Umsetzung. Die dritte Ebene ist die *Ergebnisqualität* und diese kann ebenso wenig getrennt von den anderen Komponenten gesehen werden wie die vorhergegangenen. Die Ergebnisqualität beinhaltet den Vergleich zwischen angestrebtem und tatsächlichem Behandlungsergebnis (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 45) oder wie Baartmans / Geng (2000) beschreiben bezieht sich diese Komponente auf das körperliche, soziale und psychische Wohlbefinden beziehungsweise auf den Gesundheitszustand der PatientInnen (vgl. Baartmans / Geng 2000, S. 17). Das bedeutet, dass die Ergebnisqualität die Ergebnisse selbst betrifft und dass die Zielsetzung, die zu Beginn festgelegt wurde, überprüft wird. Parameter dieser Qualitätsebene sind demnach Zielerreichung und Wirkung, Wirkung bei der Zielgruppe, günstiges Kosten – Nutzen Verhältnis und die Nachhaltigkeit (vgl. Ruckstuhl et al. 2001, S. 48f.).

Diese drei Qualitätsebenen, die von verschiedenen AutorInnen definiert und interpretiert werden, lassen sich nicht voneinander trennen und sind in enger Beziehung zueinander zu sehen. So führt die Veränderung von einer Ebene zwangsläufig zu einer Umgestaltung der anderen Ebenen. Schwarte / Oberste-Ufer (2001) erwähnen, dass eine hohe Struktur- und Prozessqualität nicht notwendigerweise zu einer hohen Ergebnisqualität führt, denn Struktur- und Prozessqualität können nur als notwendige aber nicht als ausreichende Bedingungen für Ergebnisqualität betrachtet werden (vgl. Schwarte / Oberste-Ufer 2001, S. 68). Die Qualitätsebenen von Donabedian sind für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen und für die Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung und lassen sich in vielen Publikationen zum Thema Qualitätsmanagement wiederfinden. Aufgrund der Bedeutsamkeit wird auch in dieser Arbeit ein besonderer Schwerpunkt auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gelegt und die Qualitätskriterien werden danach zugeteilt (siehe Kapitel 4). Es wurde bereits kurz erwähnt, dass das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung erst seit wenigen Jahrzehnten eine wichtige Bedeutung erlangt hat. In dem letzten Abschnitt soll kurz geklärt werden, wo die Anfänge des Qualitätsmanagements liegen, weshalb Qualitätsmanagement auch in der

Gesundheitsförderung zu einem unerlässlichen Thema geworden ist und wie sich die Entwicklung von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung darstellt.

3.4 Phasen der Entwicklung von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung

In diesem Abschnitt wird versucht kurz aufzuzeigen, welche Phasen und Schritte der Entwicklung notwendig waren, um Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung zu etablieren. Vorreiter in der Qualitätssicherung und im Qualitätsmanagement war die Industrie, welche bereits 1930 durch die Theorie der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung von Deming / Juran beeinflusst wurde. Durch das Deming – Rad und den Plan – Do – Check – Act - Zyklus wurde versucht bei der Produktion eine ständige Verbesserung zu erzielen. Erst Jahrzehnte später kamen im Gesundheitswesen beziehungsweise in der Medizin Qualitätsdiskussionen in Bewegung, wobei in der Medizin die Verläufe nicht so klar und einheitlich definierbar sind wie es in der Industrie der Fall ist (vgl. Bunte / Müller 2000, S.11). Als die Qualitätsphilosophie des *Total Quality Management* in den achtziger Jahren im Gesundheitswesen als eine Art geistiger Überbau seinen Platz einnahm, kam es zu einem Paradigmenwechsel, da sich das Gesundheitswesen mit ähnlichen Problemen beschäftigen musste wie die Industrie. Dazu zählen unter anderem fallende Profite und unzufriedene PatientInnen. Eine Konsequenz daraus war die Einführung von Gesetzesreformen und die Etablierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. So wurde zunächst im stationären und ambulanten Bereich versucht, Qualität sicherzustellen und zu verbessern (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 12).

Müller – Fahrnow und Spyra sehen hingegen die Wurzeln des Qualitätsmanagements bereits bei den Anfängen der Medizin. Durch den Eid des Hippokrates, bei dem ÄrztInnen sich explizit zur Wahrung ihrer humanistischen Verantwortung verpflichten, wurde schon früh versucht, Qualität in der Medizin sicherzustellen. Die beiden Autoren sehen bereits hier Anfänge der Qualitätsmanagementsysteme und Anknüpfungspunkte für modernere Modelle im Gesundheitswesen (vgl. Müller – Fahrnow / Spyra 2001, S. 305). Die Autoren sind sich jedoch einig, dass die Sicherung beziehungsweise Förderung der Qualität und die Beschäftigung mit Qualitätsmanagementsystemen in der Gesundheitsförderung erst später ein wichtiges Thema wurde. 1992 kam es zu einer Tagung mit dem Thema Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung, welche die deutsche Bundesvereinigung

für Gesundheit e.V. veranstaltete. Diese Tagung war die erste in diesem Bereich und zeigte auf, dass Qualitätsmanagement auch in der Gesundheitsförderung seine Berechtigung findet. Die zweite Hälfte der 1990er Jahre bis etwa 2001 war laut Ruckstuhl (2009) eine effektive Zeit für die Entwicklung von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Es entstanden eine Vielzahl von Modellen, Instrumenten, Qualitätskriterien und Organisationen für den Bereich der Gesundheitsförderung. Kriterienkataloge und Systeme wie das Schweizer quint-essenz und das Qualitätsinformationssysteme QIP, welche beide in einem dritten Kapitel genauer beschrieben werden, entstanden (vgl. Ruckstuhl 2009, S.84ff.). Ebenso entstanden in diesem Zeitraum einige Weiterbildungsangebote, welche das Wissen, die Kompetenzen und ein Qualitätsverständnis vermitteln wollten. Nach wie vor ist das Thema Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung ein aktuelles Thema, wie die laufende Diskussion über Qualität in der Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 2) zeigt. Neue Begriffe wie *Evidenz* oder *Best Practice* werden im Bereich der Gesundheitsförderung etabliert. Derzeit gibt es laut Ruckstuhl (2009) eine zweiseitige Sicht auf Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Einerseits gibt es bereits eine Vielzahl an uneinheitlichen Instrumentarien, Kriterien und Verfahren des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung und andererseits verläuft die Umsetzung und Implementierung sehr langsam (vgl. ebd. 2009, S. 88). Die österreichische Regierung hat die Wichtigkeit der Sicherung von Qualität in der Gesundheitsförderung im Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information festgehalten und erwähnt unter anderem darin, dass wissenschaftliche Programme zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie Strategien der Epidemiologie, Evaluation und Qualitätssicherung in diesem Bereich vorzusehen sind (vgl. Gesundheitsförderungsgesetz 1998, S. 1).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass anzunehmen ist, dass in Zukunft bei der Finanzierung und Unterstützung von Gesundheitsförderungsprojekten noch mehr auf den Nachweis von qualitätssichernden Maßnahmen Wert gelegt wird (vgl. Bunte / Müller 2000, S. 73). Ebenso wird die Bedeutung von Qualität und einem erfolgreichen Qualitätsmanagement auch in Zukunft in Hinblick auf den Wettbewerbsfaktor noch weiter steigen. Da sich auch in der Gesundheitsförderung die Wettbewerbssituation verschärft und nicht alle Projekte gefördert oder finanziert werden, wird die Qualität weiter als wichtigster Indikator herangezogen werden. Somit ist Qualitätsmanagement auch in der Gesundheitsförderung ein zentrales Thema und ein wichtiges Instrument, welches als

Unterstützung dienen kann, um die Ziele zu erreichen und die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsprojekten zu erhöhen. Qualitätsmanagement ist ein wichtiges Instrument dazu, denn es kann als Unterstützung bei der Zielerreichung eingesetzt werden und kann so die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsprojekten erhöhen. Es wird notwendig sein, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung breiter zu sehen, denn Qualitätssicherung geht über die reine Evaluation von einzelnen Maßnahmen und Interventionen hinaus. Besonders die aktive Beteiligung der Zielgruppe bei der Qualitätsverbesserung wird weiter für das Verständnis von Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung charakteristisch sein (vgl. Ruckstuhl 2009, S. 78). Ebenso hält es Ollenschläger (2001) für notwendig, eine breitere Anwendung und weitere Optimierung der bisher bekannten Qualitätsmanagementsysteme und Qualitätsstandards für den Bereich der Gesundheitsförderung zu fordern (vgl. Ollenschläger 2001, S. 110). Diese Ansprüche und Herausforderungen an das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung werden die Zukunft des Qualitätsmanagements in der Gesundheitsförderung mitbestimmen und es werden noch zahlreiche Diskussionen, Tagungen, Kongresse und Debatten geführt werden müssen, um dem Qualitätsmanagement und seinen Systemen in der Gesundheitsförderung den Stellenwert zu verleihen, den sie in anderen Bereichen bereits berechtigterweise einnehmen.

4 Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente für die Gesundheitsförderung

Das folgende vierte Kapitel widmet sich in einem ersten Abschnitt Qualitätsmanagementsystemen, die für den Gesundheitsförderungsbereich entwickelt wurden. In einem zweiten Abschnitt werden ausgewählte vorhandene Instrumente zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung vorgestellt. Der Schwerpunkt der Betrachtung liegt sowohl bei den Qualitätsmanagementsystemen als auch bei den Instrumenten zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung und in der systematischen Aufbereitung von Qualitätskriterien. Der dritte Abschnitt versucht schließlich die systematisch aufbereiteten Qualitätskriterien zu einem Qualitätskriterienkatalog zusammen zu führen.

4.1 Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung

Im folgenden Kapitel werden Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung vorgestellt und hinsichtlich ihrer Qualitätskriterien genauer betrachtet. Es lassen sich international unterschiedliche Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung unterscheiden, welche jeweils die Steigerung der Qualität in Gesundheitsförderungsprojekten zum Ziel haben. Dabei lassen sich aber Unterschiede bezüglich ihrer Qualitätskriterien und Indikatoren feststellen, welche in diesem Kapitel aufgezeigt werden. Dabei werden folgende internationale Qualitätsmanagementsysteme der Gesundheitsförderung vorgestellt: Das System der Quality in Prevention (QIP), welches vorwiegend in Deutschland Gebrauch findet, das Interactive Domain Model (IDM), welches seinen Ursprung in Kanada hat, das Modell quint-essenz aus der Schweiz und der Public Health Action Cycle, der seinen Ursprung in den USA hat.

4.1.1 Quality in Prevention (QIP) – ein Verfahren zur Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung

Das Qualitätsmanagementsystem *Qualität in der Prävention* oder auch als QIP bezeichnet, stellt das erste Modell der Gesundheitsförderung dar, welches in diesem Kapitel beschrieben wird. QIP ist ein wissenschaftlich fundiertes Informationssystem, welches sowohl in der Prävention als auch in der Gesundheitsförderung ihre Anwendung findet. Das QIP System wurde gemeinsam vom deutschen Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung e.V. (BZgA) entwickelt und stellt ein Informationssystem in der Gesundheitsförderung dar, welches zur

Verbesserung von Maßnahmen eingesetzt wird. Laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung handelt es sich bei diesem System um ein wissenschaftlich überprüftes, praxisnah entwickeltes und getestetes Qualitätssicherungsverfahren. Weiters wird von der Bundeszentrale erwähnt, dass bei der Entwicklung des Qualitätsmanagementsystems QIP in internationaler Literatur recherchiert und mittels identifizierter Brauchbarkeitskriterien die wichtigsten Kriterien durch ExpertInnen des Gesundheitswesens herausgefiltert wurden (vgl. Universitätsklinikum Eppendorf / Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung o.J., S. 2). So kann festgehalten werden, dass das QIP sowohl evidenzgestützt als auch von ExpertInnen gestützt ist und als Qualitätssicherungssystem in der Gesundheitsförderung zum Einsatz kommt. Das QIP kann, wie bereits erwähnt, in der Gesundheitsförderung als auch in der Prävention eingesetzt werden und verschiedene Formen gesundheitsfördernder Arbeit analysieren. Dazu zählen unter anderem Einzelmaßnahmen, Programme, Projekte, Setting – Maßnahmen, Schulungen oder Trainings (vgl. Universitätsklinikum Eppendorf/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung o.J., S. 2). Diese Tatsache beschreiben auch Töppich / Lehmann (2009) und erwähnen ergänzend, dass QIP themen- und settingunabhängig entwickelt wurde, speziell aber in der Adipositasprävention und in der Gesundheitsförderung in den Settings Kindertagesstätten und Schulen erprobt wurden (vgl. Töppich / Lehmann 2009, S.224). Das bedeutet, dass QIP alle gesundheitsfördernden Angebote analysieren und prüfen kann, aber in bestimmten Settings bereits besonders getestet wurde. Bei den vielfältigen Anwendungsgebieten und Maßnahmen kann ein Vorteil des Systems liegen, da auch Einzelmaßnahmen, welche nur einmal geplant sind, analysiert und evaluiert werden. Ziel des Qualitätsmanagementsystems QIP ist es, die Wirksamkeit und die Effizienz von präventiven Aktivitäten aufzuzeigen und Vorschläge zur Weiterentwicklung zu geben (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005, S. 1). Das QIP System ist in vier Schritten aufgebaut und beinhaltet sowohl Aufgabenfelder für die PraktikerInnen als auch für die ExpertInnen von QIP. Im Folgenden werden die einzelnen aufbauenden Schritte angeführt und genauer beschrieben (vgl. Töppich/ Lehmann 2009, S.; Universitätsklinikum Eppendorf/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung o.J; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005):

In einem *ersten Schritt* kommt es zur Datenerhebung beziehungsweise Informationssammlung, welche von den Einrichtungen, Institutionen oder Organisationen vorgenommen wird. Dabei dokumentieren die Einrichtungen beziehungsweise die Verantwortlichen anhand eines mehrseitigen Fragebogens alle wichtigen Informationen zu

den einzelnen Tätigkeiten. Der Fragebogen soll alle wichtigen Daten über das präventive Angebot erheben und wichtige Aspekte bezüglich Wirksamkeit und Effizienz beinhalten. Ein Blick auf den Fragebogen beziehungsweise Dokumentationsbogen zeigt, dass in einem ersten Teil allgemeine Angaben zum Projekt zu beantworten sind. Dazu gehören Angaben zum Setting, zur Finanzierung, zum zeitlichen Rahmen und zur Art des Projekts. In einem zweiten Teil werden inhaltliche Schwerpunkte und Ausgangslage abgefragt. Dazu zählen unter anderem die Zielsetzung des Projekts und eine Kurzbeschreibung. In einem dritten und vierten Teil werden Daten bezüglich Zielgruppen und Wirkungsansatz des Projekts erhoben. Weiters folgen Schwerpunkte zum Thema Planung, Vorbereitung, beteiligte Personen und AkteurInnen, Zielgruppenansprache, Verlaufsgestaltung und Ergebnisse des Projekts und schließlich Angaben zu Angebots-, Programm- und Organisationsentwicklung. Dieser Dokumentationsbogen fragt alle Qualitätsdimensionen mit seinen Einzelkriterien ab und ermöglicht so eine genaue Prüfung. Das Ausfüllen des Fragebogens wird mit zwei bis drei Stunden angegeben und variiert je nach Größe des Projekts (vgl. Kliche 2008, S. 2-27).

Der *zweite Schritt* des Qualitätswissenssystems besteht aus einer Qualitätsbegutachtung, welche von ExpertInnen von QIP durchgeführt wird. Die ExpertInnen, welche akademische Qualifikationen und Berufserfahrung in der Prävention und Gesundheitsförderung besitzen müssen, vollziehen eine systematische Beurteilung der vorgelegten Aktivitäten auf Grundlage des ausgefüllten Fragebogens. Dabei beziehen sie evidenzgestützte Qualitätskriterien mit ein. Das bedeutet nach dem Universitätsklinikum Hamburg - Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dass die Qualitätskriterien nach fachlichem Erkenntnisstand für die Wirksamkeit und Effizienz präventiver Maßnahmen von entscheidender Bedeutung sind und nachweislich wirkungsbezogen sind (vgl. Universitätsklinikum Eppendorf/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung o. J.; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005). Bei der Beurteilung gehen die ExpertInnen nach einem Begutachtungsbogen vor, um eine systematische Vorgehensweise sicher zu stellen. Zusätzlich wird durch mindestens drei verschiedene Gutachter und Gutachterinnen sicher gestellt, dass die Beurteilung der Aktivitäten nicht willkürlich passiert. Die Beurteilung erfolgt nach 28 Qualitätskriterien, welche in 7 Haupt- und 21 Teilkriterien eingeteilt sind. Für jedes beurteilte Kriterium vergeben die ExpertInnen eine „Note“, welche von Problemzone, Verbesserungsbedarf, Standard bis hin zu Vorbild verteilt wird.

Folgende Qualitätskriterien werden für die Beurteilung der Aktivitäten beziehungsweise Projekte herangezogen (vgl. Universitätsklinikum Eppendorf/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung o.J., S. 1-3): Das *erste Hauptkriterium* des QIP Systems ist die Konzeptqualität. Dabei wird berücksichtigt, ob das Arbeitskonzept durchdacht und stimmig ist. Es sollen sowohl die Einzelaktivitäten als auch das Projekt insgesamt begründet und harmonisch sein. Zudem soll die Zielsetzung des Projekts mit der Zielgruppe und deren Ausgangsbedingungen zusammenpassen, um nachhaltig Gesundheitsverbesserungen erzielen zu können. Unter der Hauptdimension Konzeptqualität sind Bedarfsbezug, Zielgruppenbestimmung, Zielgruppenverständnis, Zielsetzung und präventiver Ansatz als Teildimensionen zu berücksichtigen. Als *zweites Hauptkriterium* ist die Planungsqualität zu beurteilen. Dazu zählen die Teildimensionen Einbettung im Arbeitsfeld und kontextuelle Passung beziehungsweise Aktualisierung des Ansatzes. Das Kriterium zielt darauf ab, zu prüfen, ob die Organisation sorgfältig in der Vorbereitung der Aktivitäten vorgeht. Dabei können die Zusammenarbeit mit anderen Angeboten, das Berücksichtigen von aktuellem Fachwissen und das Beachten der Arbeitsbedingungen gemeint sein. Das *dritte Hauptqualitätskriterium* stellen die Mitwirkenden beziehungsweise das Personal und die KooperationspartnerInnen dar. In diesem Kriterium geht es um die Frage, ob gut qualifizierte MitarbeiterInnen zusammenarbeiten, um externe Kooperationen nutzen zu können. Das bedeutet gleichzeitig, dass bestimmte Qualifikationen und Arbeitszeiten notwendig sind, um das Projekt oder das Programm wirkungsvoll umsetzen zu können. Teildimensionen dazu sind Personal beziehungsweise Qualifikationen und Kooperation. Die *vierte Hauptdimension* stellt die Verbreitung und Vermittlung dar. Hierbei geht es darum, Wege und Mittel der Zielgruppenansprache, der Darstellung nach Außen und geeignete Arbeitsformen zu finden, um die geplanten Ziele zu erreichen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass geeignete Medien, Materialien und Arbeitsmethoden gefunden werden, um einerseits Aufmerksamkeit zu erwecken und andererseits Anstoß geben zu Denk-, Einstellungs- und Absichtsänderungen. Dieses Qualitätskriterium beruht auf vier Teildimensionen, nämlich Streuung des Angebotes bei den Zielgruppen, Arbeitsmethoden, Vermittlung des Angebots und weiterführende Schritte. Als *fünftes Qualitätskriterium* beurteilen die ExpertInnen die Verlaufsgestaltung und das Management der Aktivitäten. Damit ist die flexible und prozessorientierte Umsetzung des Projekts gemeint. Lenkung der Aktivitäten, erfolgreicher Verlauf dank aktiver Bearbeitung von Schwierigkeiten und Prüfung externer Leistungen sind als Teildimensionen zu identifizieren. Das *sechste Kriterium* stellt die

Erfolgskontrolle und Evaluation des Informationssystems QIP dar. Die Frage, ob die Wirkungen der Aktivitäten realistisch, empirisch solide beurteilt werden, soll geprüft werden und die Möglichkeit bieten, Wirkungen nachzuweisen, Fachkräfte zu motivieren, Zielgruppen zu ermutigen und Ressourcen zu sichern. Bei diesem Qualitätskriterium lassen sich die meisten Teildimensionen erkennen. Dazu zählen Gesamtbild der Effekte, Erfassung von Bekanntheit, Erfassung von Wirkungen, Vorliegen eines Wirkungsnachweises, Erfassung der NutzerInnen der Aktivität und Erfolgskontrolle und Evaluation. Das *letzte Qualitätskriterium* stellt die Qualitätsentwicklung dar. Das Kriterium steht für eine ständige Weiterführung von wissenschaftlichen, methodischen und praktischen Erfahrungen, welche in der Prävention und in der Gesundheitsförderung gesichert werden sollten. Das letzte Qualitätskriterium besteht aus keinen Teildimensionen.

Es lassen sich also zusammenfassend sieben Hauptkriterien und einundzwanzig Teildimensionen von Qualität nach dem QIP System ableiten. Konzeptqualität, Planungsqualität, Mitwirkende, Verbreitung der Aktivität, Verlaufsgestaltung und Management, Evaluation und Erfolgskontrolle und Qualitätsentwicklung. Diese Qualitätsmerkmale werden im zweiten Schritt, nämlich in der Qualitätsbegutachtung, herangezogen, um das Projekt zu bewerten. In einem dritten Schritt werden diese Auswertungen an die Verantwortlichen der jeweiligen Projekte übermittelt. Laut Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung e.V. werden die Begutachtungsergebnisse der einzelnen Projekte in eine Referenzdatenbank eingetragen. Diese Datenbank berechnet Vergleichs- und Durchschnittswerte von allen ähnlichen Aktivitäten und Projekten, welche im gleichen oder ähnlichen Settingansatz stattfinden. Zudem werden die Werte von dem besten und schlechtesten Projekt angeführt, so dass die Projektverantwortlichen ihre Projekte im Vergleich zu anderen setzen können. Alle Qualitätsdimensionen, welche weiter oben bereits beschrieben wurden, werden in graphischer Form dargestellt und den Organisationen mit Empfehlungen und Hilfestellungen zugesandt (vgl. Töppich / Lehmann 2009; Universitätsklinikum Eppendorf/ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung o.J.). Diese detaillierte Auswertung ermöglicht es den einzelnen Projekt- oder Programmverantwortlichen, genaue Informationen über die Qualität ihres Projekts zu erhalten und sich im Vergleich mit anderen Projekten aus dem gleichen Arbeitsfeld zu sehen. Weitere Hinweise für die Verwendung der QIP Auswertung geben die Verantwortlichen des Qualitätsmanagementsystems, indem sie auf die Möglichkeit der

Verwendung von Medienberichten hinweisen oder die QIP Auswertung als Wirkungsnachweis für ProjektträgerInnen zur Weiterführung des Projekts vorschlagen (vgl. ebd., S. 4). In einem vierten und letzten Schritt gehen alle Begutachtungsergebnisse an eine QIP Datenbank und ermöglichen es so, eine Beurteilung ganzer Gesundheitsförderungsfelder vorzunehmen. So ist es durch die QIP Datenbank auch möglich, einen Vergleich über Jahre zu bekommen oder einen Vergleich zwischen Bundesländern anzustreben (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2005, S. 2).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das *Qualität in der Prävention* - System ein geeignetes Modell darstellt, um die Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten anhand von unterschiedlichen evidenzgestützten Qualitätskriterien zu beurteilen. Durch ein geschultes ExpertInnenwissen können ein gesundheitsförderndes Programm, Einzelmaßnahmen, Kurse oder ganze Projekte hinsichtlich Konzeptqualität, Planungsqualität, Mitwirkende, Verbreitung der Aktivität, Verlaufsgestaltung/ Management, Evaluation und Qualitätsentwicklung getestet werden. Das QIP wurde bereits im Rahmen eines umfassenden Feldtests erprobt und die Ergebnisse zeigen, dass die Aussagekraft der Begutachtungen sowohl von den GutacherInnen als auch von den PraktikerInnen als hoch eingestuft wurden und ein umfassendes Bild der Projektqualität liefern (vgl. Töppich / Lehmann 2009, S. 235). Der Einsatz von QIP ist, wie bereits beschrieben, vielfältig und ist in unterschiedlichen Settings realisierbar. Es ist möglich, QIP bereits in der Planungsphase einzusetzen und so das präventive Vorhaben bereits in der Planungsphase auf Wirksamkeit und Effizienz zu überprüfen. Grundsätzlich scheint das QIP Modell für Evaluationen geeignet zu sein, um Projekte, Kurse oder Programme in der Gesundheitsförderung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen. Die Zeit, die für das Ausfüllen des Fragebogens aufgewendet werden muss, scheint angemessen zu sein und ist im Vergleich zu den Leistungen, die das ExpertInnenteam von QIP erbringt, zufriedenstellend. Töppich / Lehmann (2009) erwähnen dazu jedoch, dass die aufzubringende Zeit der ProjektmitarbeiterInnen für die Begutachtung beim ersten Mal zu Akzeptanzproblemen führen kann (vgl. Töppich / Lehmann 2009, S. 236). Abschließend lässt sich festhalten, dass das Qualitätsmanagementsystem QIP zur Überprüfung und zur Verbesserung von Gesundheitsförderungsprojekten angemessen erscheint und eine geeignete Methode darstellt, um die Qualität von Projekten der Gesundheitsförderung transparent und nachhaltig zu gestalten. Dem QIP System gelingt es, eine externe

Begutachtung von Angeboten von Gesundheitsförderungsprojekten und eine Rückmeldung an die PraktikerInnen beziehungsweise Projektverantwortlichen zum Stand der Prävention zu verbinden (vgl. Töppich / Lehmann 2009, S.224). In einem nächsten Abschnitt wird das Qualitätsmanagementsystem der Gesundheitsförderung Interactive Domain Model vorgestellt und hinsichtlich seiner Qualitätskriterien betrachtet.

4.1.2 Interactive Domain Model (IDM) – ein Best Practice Modell für die Gesundheitsförderung

Das Interactive Domain Model, kurz IDM genannt, welches von Health Canada mitentwickelt wurde, bezeichnet ein Modell, welches als *Best Practice Modell* für die Gesundheitsförderung und Public Health gesehen werden kann. Bevor in diesem Kapitel auf die Qualitätskriterien von IDM eingegangen wird, wird zuvor in einem allgemeinen Teil das Modell kurz vorgestellt und hinsichtlich seiner Nützlichkeit beziehungsweise Brauchbarkeit hin beschrieben.

Das Interactive Domain Model, welches sich selbst als Best Practice Modell beschreibt, ist ein internationales Qualitätssicherungsverfahren, welches in der Planung und Durchführung eine etwas aufwendige Methode darstellt. Kahan / Goodstadt (2005) erwähnen die Vielzahl unterschiedlicher Definitionen von Best Practice und geben gleichzeitig ihr Verständnis von einer optimalen Versorgung in der Gesundheitsförderung in Bezug auf das IDM bekannt: “Best practices in health promotion/public health are those sets of processes and activities that are consistent with health promotion/public health values, goals and ethics, theories and beliefs, evidence, and understanding of the environment, and that are most likely to achieve health promotion/public health goals in a given situation” (Kahan / Goodstadt 2005, S. 8). Im Verständnis des Interactive Domain Model wird *Best Practice* in der Gesundheitsförderung also als Prozesse und Tätigkeiten definiert, welche mit den Werten, Zielen, Ethiken, Theorien und Glauben der Gesundheitsförderung vereinbar sind und sowohl die Evidenz als auch das Verständnis der Umwelt mitberücksichtigen und die die wahrscheinlichsten Gesundheitsziele in einer Situation erreichen. Das Interactive Domain Model ist ein mehrjährig entwickeltes Modell, welches in Kanada seinen Ursprung hat und seit mehreren Jahren international zur Projektentwicklung und Qualitätssicherung eingesetzt wird. Das Modell kann als umfassende Richtlinie gesehen werden, das den Wert der Übereinstimmung zwischen Praxis und Entscheidungsfindungsfaktoren hervorhebt und das sich von Werten, Zielen,

Theorien bis hin zur Evidenz und Verständnis für die Umwelt erstreckt. Das Interactive Domain Model ist am besten in Kombination mit unterschiedlichen Werkzeugen zu bedienen wie dem IDM Best Practice Road Map for Coaches, dem IDM Computer Programm und den Best Practice Check-in Formeln (vgl. Kahan / Goodstadt 2005, S. 3f.). Ebenso kann der Interactive Domain Model - Bezugsrahmen als Werkzeug verwendet werden, um ein Grundgerüst und eine vorgegebene Strukturierung als Hilfestellung zur Verfügung zu haben. Kahan / Goodstadt (2005) erwähnen Voraussetzungen, welche dem Interactive Domain Model zugrunde liegen. Diese sind die Qualität und die Werte der Praxis, beruhend auf dem Grad des Bewusstseins, der Diskussion, der Klarheit und der Reflexion, die jeweils verbunden sind mit den Hauptdomänen und ihren Teilbereichen (vgl. Kahan / Goodstadt 2005, S. 9). Der Nutzen des Interactive Domain Model liegt laut der erwähnten Autoren einerseits in der Steigerung der Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten, der Projektentwicklung, der kritischen Reflexion der derzeitigen Situation und andererseits in der Selbstevaluation.

Um das Konzept des Interactive Domain Models zu veranschaulichen ist es notwendig, die Hauptdomänen vorzustellen und ihre Teilbereiche aufzuzählen. Das IDM umfasst insgesamt drei Hauptdomänen oder Qualitätskriterien und jeweils dazugehörige Teilbereiche. Das *erste Qualitätskriterium* ist die Untermauerung (Underpinnings). Die Untermauerung oder auch das Fundament genannt, ist häufig ein nicht sichtbares Phänomen, welches aber die Praxis stark beeinflusst. Im Artikel von Kahan / Goodstadt (2005) wird betont, dass durch die Definition von Gesundheitsförderung und ihren Fundamenten und deren Abstimmung mit den Praxisentscheidungen die gesetzten Ziele schneller ausgeführt werden können. Das bedeutet, dass durch das Bestimmen von grundsätzlichen Vorstellungen und Grundlagen es leichter möglich ist, die Ziele zu erreichen. Durch das Nichtvorhandensein einer Untermauerung oder Grundhaltung kann es einerseits zu einer Ungewissheit kommen, was der Gesundheitsförderung zu Grunde liegt und wie diese unbewusst die Praxis beeinflusst. Andererseits kann die Untermauerung, welche nicht bewusst reflektiert wird, mit der Praxis inkonsistent sein und es werden Praxisentscheidungen getroffen, welche mit der Untermauerung nicht übereinstimmen (vgl. Kahan / Goodstadt 2005, S. 15). Das Qualitätskriterium der Untermauerung enthält drei Subkategorien. Dazu zählen die Werte, Ziele beziehungsweise Ethik, welche unter anderem die soziale Gerechtigkeit in den Vordergrund rückt, die Theorien sowie ein zugrunde liegender Glaube und die Evidenz.

Als *weiteres Hauptqualitätskriterium* ist das Verständnis für die Umwelt zu nennen (Understanding of the environment). Im Interactive Domain Model wird die Bedeutung der Umwelt beschrieben und darauf aufmerksam gemacht, dass die Umwelt die Menschen in ihrem Denken und Handeln beeinflusst. Daher ist es erforderlich, die Umwelt genau zu betrachten und hinsichtlich ihrer politischen, sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheit zu überprüfen. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass die Umwelt unterschiedliche Auswirkungen auf die individuelle und die gesellschaftliche Gesundheit haben kann (vgl. ebd., S. 18). Das kann bedeuten, dass ein Umwelteinfluss auf die gesellschaftliche Gesundheit größeren Einfluss hat als auf das einzelne Individuum. Es ist notwendig, die Umwelt in ihren ganzen Dimensionen zu sehen und ihren Einfluss wahrzunehmen. Bei diesem Qualitätskriterium sollen unter anderem die Fragen beantwortet werden, wie die Umwelt aussehen würde, wenn sie eine gesundheitsfördernde Umwelt darstellt oder was notwendig wäre, um eine gesundheitsfördernde Umwelt herzustellen. Dabei sind sowohl strukturelle und psychologische beziehungsweise physische Gegebenheiten zu berücksichtigen, da alle Umstände Einfluss auf das Gesundheitsverhalten nehmen. Die Teilbereiche Vision der eigenen Umwelt und Analyse von Gesundheit und Organisation sind dem Qualitätskriterium zuzuordnen (vgl. Kahan / Goodstadt 2005, S. 18f.).

Als *letztes Qualitätsmerkmal* ist die Praxis zu erwähnen. Das Qualitätsmerkmal beinhaltet die Anwendung der Vision und der Analyse der Umwelt ebenso wie eine Reflexion der Untermauerung. Unter Praxis sind gezielte Tätigkeiten, Prozesse und Strategien gemeint, welche von der Planung über die Durchführung bis hin zur Auswertung reichen. Die Praxis inkludiert Prozesse wie Einschätzungen von Notwendigkeiten und Kapazitäten, Planung und Auswertung, Betriebsmittelverwaltung, Beziehungsarbeit und Entscheidungsfindung. Die Teilbereiche sind das Ansprechen von organisatorischen und gesundheitsbezogenen Inhalten, die Forschung sowie die Evaluation (vgl. Kahan/ Goodstadt 2005, S. 20).

Folgende Abbildung zeigt die drei Qualitätskriterien und ihre Teilbereiche:

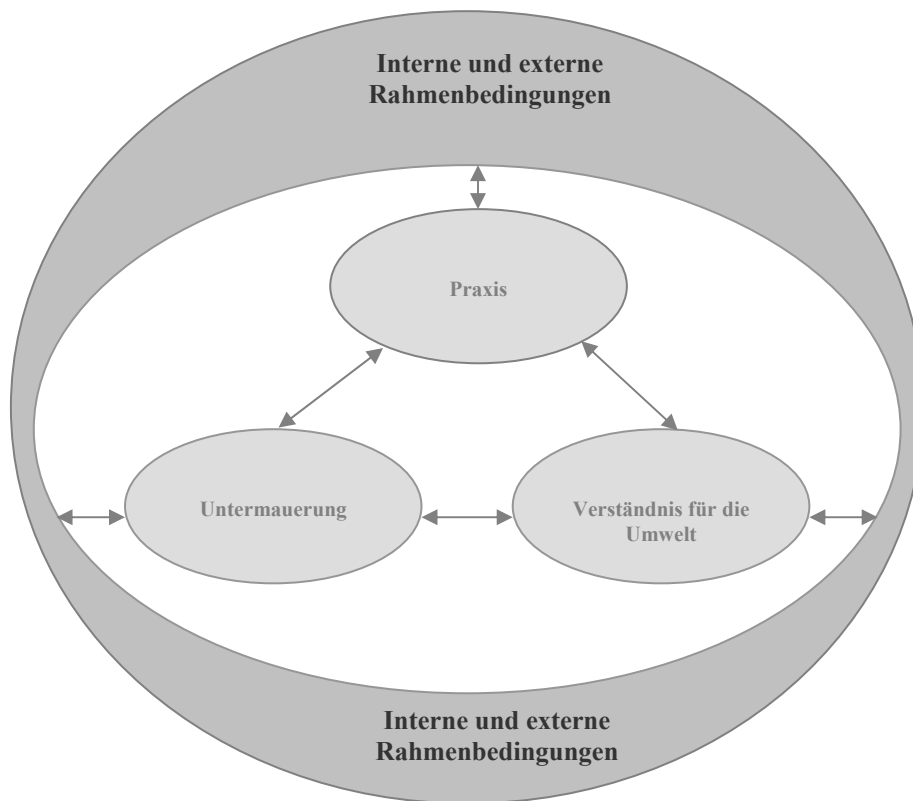


Abbildung 5: Interactive Domain Model (freie Übersetzung von Kahan / Goodstadt 2005, S. 11)

Wie Abbildung 5 zeigt, sind die drei Qualitätskriterien und ihre Subkriterien eingeschlossen in ein internes und ein externes Umfeld. Das bedeutet, dass die Qualitätskriterien in einem breiteren Kontext einbezogen sind. Dabei zeigt sich ebenso, dass die einzelnen Domänen interaktiv sind und sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Kahan / Goodstadt 2005, S. 10). Die Qualitätskriterien sind also abhängig voneinander und stehen in engem Zusammenhang. Dabei sind sie einerseits von strukturellen, politischen und sozialen Systemen beeinflusst und zum anderen durch psychische und physische Gegebenheiten gelenkt. Das Interactive Domain Model bietet neben den Qualitätskriterien auch einen Bezugsrahmen (framework), welcher bei der praktischen Umsetzung des Interactive Domain Model helfen soll. Er gilt als Grundgerüst und kommt zur Anwendung, wenn ein Gesundheitsförderungsprojekt kritisch betrachtet, geplant oder durchgeführt wird. Der Bezugsrahmen soll dazu dienen, die Gesundheitsförderungspraxis konsistent mit dem Verständnis der Gesundheitsförderung und der Umwelt zu halten. Kahan / Goodstadt (2005) erwähnen, dass der Bezugsrahmen besonders bei der Steigerung des Gesundheitsförderungsverständnisses, bei der Entscheidungsfindung, bei der Kommunikation und der Teamentwicklung, bei der Planung, Durchführung und Evaluation, bei der Verbesserung von bestehenden Programmen und bei der Zielerreichung

helfen soll (vgl. Kahan / Goodstadt 2005, S. 12). Der Bezugsrahmen bezieht sowohl die Perspektive von Gesundheitsförderung, Werte, Ziele, Ethiken, Theorien, Glauben, Evidenz als auch das Verständnis für die Umwelt mit ein und veranlasst gleichzeitig die Verantwortlichen, folgende Fragen bezüglich Aktivitäten und Programmen zu beantworten (vgl. ebd., S.12):

- Wo stehen wir jetzt? Wo wollen wir hin? Was führt uns?
- Wie gelangen wir zu unserem Ziel?
- Was wurde bereits getan? Wie wurde es getan und welche Ergebnisse sind daraus ablesbar?
- Was muss geändert werden, um weitere Fortschritte zu erzielen?

Der Bezugsrahmen ist in vier übersichtliche Basisschritte eingeteilt. Die Schritte des Bezugsrahmens sind eher lebendig als linear, das bedeutet, dass sie auf die jeweilige Situation angepasst werden und nicht immer geradlinig ablaufen müssen. Jeder Schritt wird angewendet auf die Untermauerung des Gesundheitskonzepts, des Verständnisses für die Umwelt und die Praxis. Im Folgenden werden die Schritte des Bezugsrahmens in Anlehnung an Kahan und Goodstadt (2005) erläutert: Als *erster Schritt* im Bezugsrahmen wird eine Grundlage für die Gesundheitsförderungspraxis geschaffen. Dazu wird festgelegt, was allgemeingültige Gesundheitsförderungsprinzipien für die jeweilige Situation sind. Es wird nach Leitlinien gesucht, welche das jeweilige Verständnis von Gesundheitsförderung unterstützen. Weiters werden die derzeitige Lage bestimmt, die einzelnen Domänen wie Untermauerung, Verständnis für die Umwelt und Praxis und ihre Teilbereiche für das eigene Gesundheitsförderungsprojekt beschrieben und ein Abbild der idealen Situation entwickelt. Dazu wird versucht zu beschreiben, wie die ideale Situation aussieht, wo der Weg hinführen beziehungsweise wie er aussehen sollte. In einem *zweiten Schritt* wird durch die Entwicklung eines Tätigkeits- und Evaluationsplans versucht, das Abbild der idealen Situation in die Realität umzusetzen und relevante Tätigkeiten, Prozesse und Aufgaben zu definieren. Ebenso werden in diesem Schritt Ressourcen und Kapazitäten sowie Herausforderungen und ein Zeitplan mitberücksichtigt. In einem *dritten Schritt* kommt es zur Implementierung und es werden alle Geschehnisse und Prozesse dokumentiert, die während der Einführung des Tätigkeits- und Evaluationsplans auftreten. In einem vierten Schritt wird auf Basis des Dokumentationsmaterials das ideale Abbild beziehungsweise der Tätigkeits- und Evaluationsplan geändert beziehungsweise überarbeitet (vgl. ebd., S. 22-28). Nach Kahan / Goodstadt (2005) ist der Zweck des

Bezugsrahmen, die derzeitige Situation kritisch zu reflektieren und eine Selbstevaluation durchzuführen (vgl. Kahan/ Goodstadt 2005, S. 29). Dabei wird von den Verantwortlichen erwähnt, dass es sich bei dem Bezugsrahmen um ein Werkzeug handelt, welches nicht unter allen Umständen genutzt werden muss. Da der gesamte Bezugsrahmen auf Grund seiner Komplexität als abschreckend empfunden werden kann, ist es auch möglich, einzelne Teilbereiche daraus zu nützen. Der Bezugsrahmen ist für alle in der Gesundheitsförderung Tätigen, die sich kritisch mit der eigenen Praxis auseinandersetzen wollen, geeignet, da der Bezugsrahmen ein allgemeines Werkzeug ist, welcher eine Gliederung vorgibt aber Freiräume lässt für unterschiedliche Inhalte. So könnte der Bezugsrahmen auch in andere Bereiche übertragen werden, soweit ähnliche Interessen vorherrschend sind (vgl. ebd. S. 29f.).

Das Interactive Domain Model stellt eine Möglichkeit dar, die Qualität von Gesundheitsförderungs- und Public Health Projekten zu betrachten und als Qualitätsmanagementsystem in der Gesundheitsförderung auch in Österreich angewendet zu werden. Das Modell scheint ein komplexes System zu sein, dass durch die Qualitätskriterien Untermauerung, Verständnis für die Umwelt und Praxis ein breites Definitionsspektrum offen lässt. Das Modell bezieht kritische Fragen in sein Konzept mit ein und ermöglicht es den PraktikerInnen so, eine Reflexion vorzunehmen. Die Fragen wie zum Beispiel was ist unser Verständnis von Gesundheitsförderung und Umwelt? Wie kann die Übereinstimmung zwischen Praxis und Verständnis für Gesundheitsförderung und Umwelt erhöht werden oder wie hängen die Prozesse, Tätigkeiten und Ergebnisse zusammen und wie können sie verbessert werden? ermöglichen es, das Gesundheitsförderungsprojekt in einer Selbstevaluation zu betrachten. In einem nächsten Abschnitt wird ein Qualitätsmanagementsystem aus der Schweiz vorgestellt, welches sich auf die Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderungsprojekten spezialisiert hat und als internationales Qualitätsmanagementsystem in der Gesundheitsförderung bekannt ist.

4.1.3 Quint-essenz – ein Modell zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung Schweiz – eine nationale Stiftung, welche den gesetzlichen Auftrag hat, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention zu koordinieren, hat sich zur Aufgabe gesetzt, Organisationen und Einrichtungen der Gesundheitsförderung in der Planung, Durchführung und Evaluation zu unterstützen und hat dazu ein Qualitätsmanagementsystem entwickelt, welches den Einrichtungen frei zugänglich ist. Das Qualitätsentwicklungsmodell, wie Ackermann / Studer (2006) quint essenz nennen, wurde in anhaltender Zusammenarbeit von Fachleuten aus der Wissenschaft und der Praxis aufgebaut und ist durch die allgemein formulierten Qualitätskriterien für ein breites Feld der Gesundheitsförderung brauchbar (vgl. Ackermann / Studer 2006; Ackermann et al. 2009, S. 137). Die Autoren erwähnen weiters, dass die Qualitätskriterien in jeder Arbeitsphase des Projektes genutzt werden können und sowohl in der Planungs-, Durchführungs- und Evaluationsphase ihre Berechtigung finden. In der Planungsphase kann das System als erste Bewertung der Planung eingesetzt werden und Änderungen können bereits in dieser Phase geschehen. In der Durchführungsphase kann das System als Standortbestimmung herangezogen werden und in der Evaluationsphase dient es der Weiterentwicklung beziehungsweise der Fortsetzung des Projekts (vgl. Ackermann / Studer 2006, S. 19). Das Qualitätssystem quint – essenz ist einerseits ein Rahmen für Qualitätsförderung und -entwicklung, Nachschlagewerk und Toolbox, andererseits auch ein Online – Projektmanagementtool, welcher auch vom *Fonds Gesundes Österreich* als Basis für den Projektguide, welcher zur Einreichung von Förderanträgen geeignet ist, verwendet wurde (vgl. Ackermann et al. 2009, S. 138). In einem späteren Kapitel wird genauer über *Fonds Gesundes Österreich* und den Projektguide berichtet (siehe 5.2.1.1). Das vielfältig verwendbare Qualitätssystem hat laut Ackermann / Studer (2006) einerseits zum Ziel, Projekte wirkungsvoller und andererseits nachhaltiger zu machen (vgl. Ackermann / Studer 2006, S. 21).

Diese Bemühungen werden durch den Kern des Qualitätsmanagements, den 24 Qualitätskriterien, realisiert. Die Qualitätskriterien von quint – essenz, welche ebenso in Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Praxis entstanden sind, umfassen 24 Kriterien, wobei diese in sechs Bereiche eingegliedert werden können. Diese sechs Bereiche decken zentrale Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ab. Die Qualitätskriterien ermöglichen eine systematische Reflexion und Bewertung von Projekten der

Gesundheitsförderung und Prävention. Bei der Bewertung, welche im Gegensatz zu QIP von den Verantwortlichen der Projekte selbst gemacht wird, ist es notwendig, die Kriterien mit ihren Indikatoren auf einer Skala einzuschätzen. Dabei ist eine vierstufige Bewertungsskala vorgesehen. Die unterschiedlichen Kriterien sind in Projektphasen eingeteilt, da sie in verschiedenen Arbeitsphasen eines Projekts von Bedeutung sind. Die Projektphasen unterscheiden sich in Grobplanung, Feinplanung, Durchführung und Abschluss (vgl. Ackermann/ Studer 2006, S.18; Ackermann/ Studer/ Ruckstuhl 2009, S.141). Folgend werden die sechs Bereiche der Qualitätskriterien aufgezählt und in ihren Charakteristika erläutert. Datenquelle ist dabei die offizielle Website von quint – essen, welche als ein kohärentes Instrumentarium für die Umsetzung von Interventionen gilt: Das *Konzept der Gesundheitsförderung* stellt in quint – essen das erste Qualitätskriterium dar und wird unterteilt in die Unterkategorien Chancengleichheit, Empowerment, Settingansatz und Partizipation. Wie diese Kategorien bereits andeuten, beschäftigt sich dieses Qualitätskriterium mit den Themen Gender, Migration, Partizipation, Setting und Zielgruppen. Das zweite Qualitätskriterium bezieht sich auf die *Projektbegründung* und bezieht dabei die Indikatoren Bedarf, Bedürfnisse, Einbettung, Rahmenbedingungen und Lernen mit ein. Dabei stellen die Bedarfs- und Bedürfnisabklärung, der gesellschaftliche Kontext, der kulturelle Rahmen, das Lernen aus Projekten, Lobbying, der rechtliche Rahmen, die Trägerinstitutionen und die übergeordneten Strategien die zentralen Themen des Qualitätsbereiches dar. In der *Projektplanung* wird das Projekt hinsichtlich Zielsetzung, Vorgehensweise, zeitliche Gliederung und Ressourcen betrachtet. In dieser Phase werden bereits Zwischenziele, Maßnahmen und Verantwortlichkeiten festgelegt und ein Konzept entworfen. Ebenso wird in diesem Qualitätsbereich über die Projektfinanzierung gesprochen und vorhandene Ressourcen werden sichergestellt. In der *Projektorganisation*, welche das vierte Qualitätskriterium darstellt, sind die Projektstruktur, die Qualifikationen und die Vernetzung die zentralen Indikatoren. Dabei sind das Projektteam, die Rollenklärung, die Anforderungsprofile, die Projektleitung und die Vernetzung von großer Bedeutung. Ebenso wird in diesem Bereich die Weiterbildung von MitarbeiterInnen und der Projektleitung angesprochen, welche die Möglichkeit bieten soll, Fertigkeiten und Fähigkeiten zu stärken beziehungsweise auszubauen. In dem Qualitätsbereich der *Projektsteuerung* sind die Indikatoren Controlling, Evaluation, Dokumentation, Kommunikation und Motivation vertreten. Es werden in diesem Qualitätsbereich unter anderem Themen wie die Erstellung eines Berichtes, die Planung einer Evaluation, die Entwicklung einer guten Kommunikationskultur im Team und der

Wissenstransfer nach außen thematisiert. In einem letzten Qualitätskriterium, nämlich der *Wirkung*, werden die Zielerreichung, die Nachhaltigkeit und die Valorisierung angesprochen. Es geht unter anderem in diesem Bereich darum, Erfahrungen und Ergebnisse des Projekts zu verbreiten und nutzbar zu machen. Ebenso wird über Medienarbeit, Publikationen und Schlussberichte diskutiert und über die Nachhaltigkeit eines Projekts nachgedacht. Diese Qualitätskriterien ermöglichen es, eine umfassende Bewertung des Gesundheitsförderungsprojektes vorzunehmen. Quint – essenz sieht vor, dass alle Indikatoren der unterschiedlichen Qualitätskriterien von den Einrichtungen angesehen und bewertet werden. Wenn die einzelnen Indikatoren bewertet wurden, lässt sich schließlich eine Gesamtbewertung des Qualitätskriteriums ableiten. Diese Gesamtbewertung, welche auch als Qualitätsprofil eines Projektes gesehen werden kann, gibt Auskunft über die Stärken und Schwächen eines Projektes und es zeigt gut entwickelte Bereiche und Bereiche, die Verbesserungen benötigen, auf (vgl. Ackermann / Studer 2006, S.25f.).

Der Website von quint – essenz ist weiter zu entnehmen, dass die Verantwortlichen des Qualitätsentwicklungsmodells unterschiedliche Instrumente zur Überprüfung einzelner Indikatoren wie Gender, Migration Konzept oder Meilensteine empfehlen. Ebenso erwähnen Ackermann et al. (2009), dass Planungs-, Steuerungs- und Evaluationstabellen sowie der Strukturplan zu den Hauptinstrumenten zählen. Besonders wird auf den Strukturplan verwiesen, der einen Überblick über alle Institutionen und Personen, welche am Projekt beteiligt sind, aufzeigt. Dieser Strukturplan ist im Qualitätskriterium *Projektorganisation* angesiedelt und kann unter anderem dazu dienen, die Vernetzung des Projektes, Rollen und Zuständigkeiten von einzelnen Personen aufzeigen und strukturelle Veränderungen zu erkennen und wahrzunehmen (vgl. Ackermann et al., S. 142). Neben dem Strukturplan wird auf der offiziellen Website auch auf die Planungstabelle verwiesen, welche bei der *Projektplanung* in Einsatz kommen sollte. Sie dient konkret dazu, Projektziele zu definieren, Strategien festzulegen und das Projekt durch Meilensteine zu strukturieren. In der Evaluationstabelle, welche dem letzten Qualitätskriterium, den *Wirkungen* zuzuordnen ist, wird festgehalten, welche Ziele wie überprüft werden. Die Steuerungstabelle, als Instrument in der *Projektsteuerung*, dient dazu, bestimmte Maßnahmen und Verantwortlichkeiten festzulegen und Projektfortschritte schriftlich festzuhalten. Neben diesen Hauptinstrumenten, die quint – essenz hervorhebt, kann auch das Ergebnismodell in der Projektplanung zum Einsatz kommen. Dieses Modell wurde von

der Gesundheitsförderung Schweiz in Zusammenarbeit mit den Instituten für Sozial- und Präventivmedizin Bern und Lausanne entwickelt und dient dazu, Wirkungen systematisch zu planen, aufzuzeigen und zu evaluieren (vgl. Ackermann 2005, S. 14). Das Ergebnismodell umfasst laut Ackermann (2005) vier Spalten, in denen Maßnahmen und Ergebnisse erfasst werden. Ebenso befindet sich auf einer Spalte das Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Eine weitere Ebene umfasst Gesundheitsdeterminanten, welche jene Faktoren aufzeigen, die die Gesundheit beeinflussen. Auf einer vertikalen Ebene sind Ergebnisse in Bezug auf Infrastruktur und Dienstleistungen, auf Organisationen und Netzwerke, auf Gruppen und Gemeinschaften und letztlich auf das Individuum zu finden (vgl. Ackermann 2005, S. 15). Ziel dieses Modells ist es, die Komplexität von sozialen Systemen aufzuzeigen und eine Möglichkeit des Umganges damit zu bieten. „Bei der Planung von Projekten wird das Ergebnismodell dazu genutzt, die beabsichtigten Ergebnisse zu erfassen und zueinander in Beziehung zu setzen“ (Ackermann 2005, S. 15). Ebenso beschreiben Spencer et al. (2007) das Ergebnismodell und meinen, dass das Ziel von diesem Modell (Swiss Model for Outcome Classification) die Unterstützung – durch Anbieten von Maßnahmen - der Programme und Projekte ist, damit sie ihr eigenes Ziel erreichen können (vgl. Spencer et al. 2007, S. 88). Das Ergebnismodell stellt also eine Möglichkeit dar, Zusammenhänge und Wirkungen von Gesundheitsförderung aufzuzeigen. Neben diesem Modell gibt es aber noch viele weitere Checklisten und Tabellen, welche die Einschätzung der Indikatoren ermöglichen.

Quint – essenzenz ist es, vor allem im deutschsprachigen Raum, gelungen, die Kriterien als nationale und internationale Referenz für die Qualität in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention zu etablieren. Auch in Österreich wird das Modell quint – essenzenz als Basis für die Qualitätsentwicklung herangezogen. Das Modell scheint aufgrund der guten und umfassenden Unterstützung von Seiten der EntwicklerInnen, der informativen Website und aufgrund ihrer einfachen Struktur ein Instrument zu sein, welches die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderungsprojekten weiter vorantreiben kann. Ein weiteres Ziel von quint - essenzenz, welches von Ackermann, Studer und Ruckstuhl (2009) beschrieben wird, ist die verstärkte regionale, nationale und internationale Vernetzung von Personen, Gruppen und Institutionen und die Schaffung einer Qualitätskultur (vgl. Ackermann/ Studer/ Ruckstuhl 2009, S. 154). Diese Vorstellung wäre auch für die Qualitätsentwicklung und das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung in Österreich zu begrüßen und sollte durch den Gebrauch von quint

– essenzen und in Zusammenarbeit mit dem Instrumentarium unterstützt werden. In einem nächsten Abschnitt wird der Public Health Action Cycle beschrieben und hinsichtlich seiner Funktion als Qualitätsmanagementsystem betrachtet.

4.1.4 Public Health Action Cycle – ein Modell zur Planung von Gesundheitsförderungsprojekten

Der Public Health Action Cycle ist aus einer Untersuchung, welche in den achtziger Jahren in den USA vom Institut of Medicine durchgeführt wurde, entstanden. Auf dieser Untersuchung aufbauend liefert der Public Health Action Cycle eine Grundlage für eine strategische Planung von Gesundheitsförderungsprojekten. Der Public Health Action Cycle umfasst vier Phasen, welche im engen Zusammenhang stehen und als aufbauend gesehen werden können (siehe Abbildung 6).

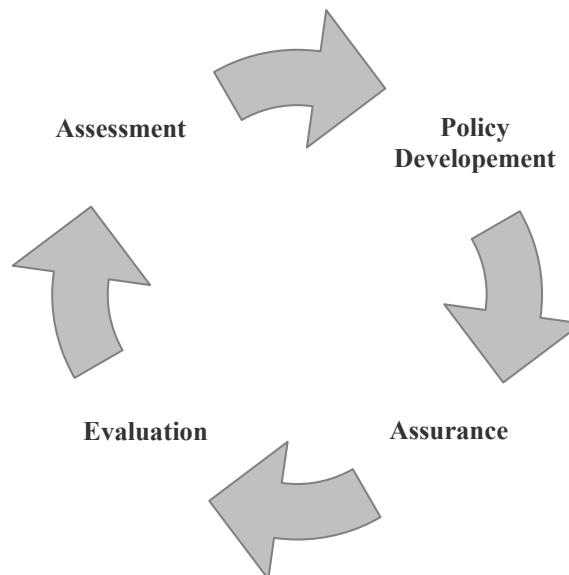


Abbildung 6: Public Health Action Cycle

Ruckstuhl et al. (2008) beschreiben den Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument, welches zur Förderung der Qualität in Gesundheitsförderungsprojekten dienen soll. In Anlehnung an die genannten VerfasserInnen werden in diesem Abschnitt die vier Phasen des Public Health Action Cycle vorgestellt und kurz thematisiert (vgl. Ruckstuhl et al. 2008, S. 8-14): Die *erste Phase*, welche zur Erfassung und Analyse von gesundheitlichen Problemlagen dient beziehungsweise das Assessment darstellt, bildet im Public Health Action Cycle die Grundlage. Hierbei sollen umfassend Informationen und Materialien gesucht und beschrieben werden, um eine Problemlage zu erfassen und um adäquat darauf reagieren zu können. Dabei werden epidemiologische Studien und weitere Daten

analysiert, um den Bedarf und die Bedürfnisse abzuklären. Die AutorInnen erwähnen weiters, dass Inhalte wie die Dokumentation und Situierung eines Gesundheitsproblems, die Sensibilisierung für ein Gesundheitsproblem und Akzeptanz sowie eine erste Annäherung an den Lösungsansatz und an die Zielgruppe in dieser ersten Phase zu tragen kommen. In einer *zweiten Phase* kommt es zur Entwicklung von gesundheitspolitischen Interventionen (Policy development). In diesem Abschnitt werden konkrete Interventionen entwickelt und formuliert. Dabei ist eine Situationsanalyse, welche die gesellschaftliche, die institutionelle, die Zielgruppe sowie die individuelle Ebene betrifft, durchzuführen. Es wird beschrieben, dass die Notwendigkeit eines Wissens über gesellschaftliche Prozesse als auch über politische und soziale Interessensfelder gegeben sein muss, um gezielt handeln zu können und um Ressourcen gesichert zu bekommen. Neben der Situationsanalyse ist ein genaues Wissen über das Konzept wichtig. Dazu zählen die Zielsetzung, das theoretische und praktische Wissen, die Instrumente beziehungsweise die notwendigen Strategien, die Abbruchkriterien und der Projektantrag (vgl. Ruckstuhl et al. 2008, S. 14). Wenn diese Phase abgeschlossen ist, kann es zu der Umsetzung der Strategien kommen. Diese *dritte Phase* stellt also die Durchführung einer Intervention dar. Bei diesem Abschnitt des Public Health Action Cycle sind Managementfähigkeiten von besonderem Nutzen, denn hier sind Kenntnisse über Projekt-, Konflikt- und Qualitätsmanagement notwendig. Bei der Umsetzung der Strategien sind sowohl das Zeitmanagement, die Bereitstellung geeigneter MitarbeiterInnen, das Verfolgen der Ziele, die Bewältigung von Konflikten und die Kommunikation zwischen den Beteiligten von Bedeutung. Das Controlling schließt diese Phase des Public Health Action Cycle ab und leitet zur *vierten Phase* über. Diese Phase ist gekennzeichnet durch das Prüfen der Akzeptanz und der Wirksamkeit (Evaluation). Die Evaluation des Public Health Action Cycle betrachtet die Wirkungen der Interventionen, bezieht die Kosten – Nutzen Analyse mit ein und beschreibt den Umgang mit den Ergebnissen. Dabei wird von Ruckstuhl et al. (2008) explizit darauf aufmerksam gemacht, dass die Evaluation, im Speziellen die Prozessevaluation, schon bei der Planung mitbedacht und eingesetzt werden sollte (vgl. ebd., S. 34).

Es lässt sich zusammenfassend festhalten, dass der Public Health Action Cycle ein Instrument darstellt, der bei der Planung und der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten eine wichtige Rolle einnehmen kann. Durch die detaillierte Ausführung der vier Phasen, nämlich der Erfassung und Analyse

gesundheitlicher Problemlagen, Entwicklung von gesundheitspolitischen Interventionsstrategien, Umsetzung dieser Strategien im Gesundheitssystem und der Prüfung der Akzeptanz und Wirksamkeit ist es den Verantwortlichen von Gesundheitsförderungsprojekten möglich, einen roten Faden durch ihr Projekt zu ziehen. Das Instrument kann bereits bei der Planung eine wertvolle Hilfestellung geben und durch das ganze Projekt begleiten. In den Ausführungen der genannten AutorInnen ist es jedoch nicht ersichtlich, wie diese Phasen überprüft beziehungsweise bewertet werden können. Der Public Health Action Cycle scheint trotzdem ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem zu sein, der die Qualität und die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsprojekten positiv beeinflussen kann. Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass durch das zur Verfügung stehen von unterschiedlichen Qualitätsmanagementsystemen in der Gesundheitsförderung eine Grundlage für eine qualitätsvolle Planung, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten vorhanden ist. Die vorgestellten Systeme sind bemüht, die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsprojekten nachzuweisen und Faktoren aufzuzeigen, welche in der Gesundheitsförderung zu Erfolg oder Misserfolg führen können. Nachdem in diesem Abschnitt Qualitätsmanagementsysteme der Gesundheitsförderung vorgestellt wurden, werden im nächsten Teil Instrumente zur Messung von Gesundheitsförderungsprojekten erläutert.

4.2 Instrumente zur Qualitätsmessung der Gesundheitsförderung

Die im vorherigen Abschnitt diskutierten Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung beinhalten teilweise auch Bewertungsinstrumente zur Überprüfung der Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten, wie etwa das dargestellte Bewertungsprofil von quint-essenz. Solche Instrumente zur Qualitätsmessung der Gesundheitsförderung wurden außerdem bereits losgelöst von Qualitätsmanagementsystemen entwickelt. Für die Gesundheitsförderung stehen weltweit unterschiedliche Protokolle, Richtlinien und Instrumente zur Verfügung, um die Qualität der Projektmaßnahmen zu verbessern und die Überprüfung der Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten zu erleichtern. Einige davon eignen sich für verschiedene Bereiche und Settings der Gesundheitsförderung, andere sind eher themen- und kontextspezifisch (vgl. Aro et al, 2005, S. 65). Im europäischen Raum wurden vor allem in den Niederlanden, in England, in Deutschland, in der Schweiz, in Schweden und in Belgien Qualitätsmessinstrumente für die Gesundheitsförderung entwickelt. Zudem gibt es

Qualitätsmessinstrumente für die Gesundheitsförderung aus den USA, Kanada und Australien (vgl. Bollars et al. 2005, S. 4). Auf Basis dieser weltweit bestehenden Instrumente wurde im Rahmen des europäischen Projekts „Getting Evidence into Practice“ versucht, ein europäisches Konsensinstrument zur Evidenzüberprüfung und Qualitätsentwicklung der Praxis in der Gesundheitsförderung zu entwickeln, welches im Folgenden kurz skizziert werden soll, weil es erstmalig auf die weltweit bestehenden Qualitätsmessinstrumente aufbaut. Davor soll das „Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0“ gesondert vorgestellt werden, da dieses Instrument im Vergleich zu den anderen bestehenden Instrumenten einen langen Entwicklungsprozess hinter sich hat, auch bereits hinsichtlich seiner Gütekriterien getestet wurde sowie in der Gesundheitsförderungspraxis der Niederlande fast flächendeckend implementiert ist. „Preffi 2.0“ gilt zudem als das durchdachtste Qualitätsmessinstrument für den Bereich der Gesundheitsförderung und hat sowohl in den Niederlanden als auch international beachtliche Aufmerksamkeit erhalten (vgl. Molleman et al. 2006, S. 220). Der Fokus des folgenden Abschnitts liegt demnach auf der Vorstellung dieser beiden ausgewählten Instrumente zur Qualitätsmessung in der Gesundheitsförderung, um aufzuzeigen, auf welche Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung sich diese Instrumente beziehen.

4.2.1 Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0

Das Instrument „Preffi 2.0“ (Akronym von Health **P**romotion **E**ffect Management **I**nstrument) ist ein diagnostisches Qualitätsmessinstrument, um die Effektivität in Gesundheitsförderungsprojekten zu erhöhen. Es ist sowohl für die interne Planung und Überprüfung als auch zur externen Begutachtung von Gesundheitsförderungsprojekten geeignet und nicht setting- bzw. kontextspezifisch konzipiert. Allerdings sind einzelne Qualitätskriterien für bestimmte Projektarten (Unterscheidung von Projekten mit dem Fokus auf eine Entwicklung, Implementierung, Partizipation, Problemidentifikation oder Evaluation) von höherer Bedeutung (vgl. Molleman et al. 2003, S. 10). Wie bereits angedeutet, ist dieses Instrument aufgrund einer zweijährigen Forschung entstanden und hat dabei das Instrument Preffi 1.0, welches Mitte der 1990er Jahre in Kooperation mit ForscherInnen und PraktikerInnen entwickelt wurde (vgl. ebd., S. 219), die Expertise von GesundheitsförderungspraktikerInnen und neueste Forschungserkenntnisse auf dem Gebiet der Evidenzbasierten Gesundheitsförderung berücksichtigt. „Preffi 2.0“ basiert demnach auf Forschungsergebnissen über Kriterien eines Gesundheitsförderungsprojekts, die Effektivität und Qualität versprechen und ermöglicht BenutzerInnen zu erheben, in

welchem Grad diese Kriterien zur Erhöhung der Effektivität und Qualität in Gesundheitsförderungsprojekten miteinbezogen werden beziehungsweise wurden (vgl. Molleman et al. 2006, S. 218). Zudem wurden unterschiedliche Versionen des Instruments von einem wissenschaftlichen Expertenkomitee und von PraktikerInnen der Gesundheitsförderung und Prävention getestet. Dadurch wurde „Preffi 2.0“ als ein diagnostisches Instrument zur Messung der Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention bestätigt (Molleman et al. 2003, S. 5). Es ist vor allem in den Niederlanden verbreitet, jedoch auch bereits in englischer, französischer und ungarischer Sprache verfügbar. Eine norwegische Version des Instruments ist derzeit in Arbeit (vgl. Molleman et al. 2006, S. 220). Hilfen zur Benützung des Instruments finden sich im „Assessment Package Preffi 2.0“ und dem „Explanatory Guide“. Diese Hilfen sind über die Homepage www.preffi.nl verfügbar (Molleman et al. 2003, S. 13). Dem Instrument „Preffi 2.0“ liegt das in Abbildung 7 dargestellte theoretische Modell zu Grunde.

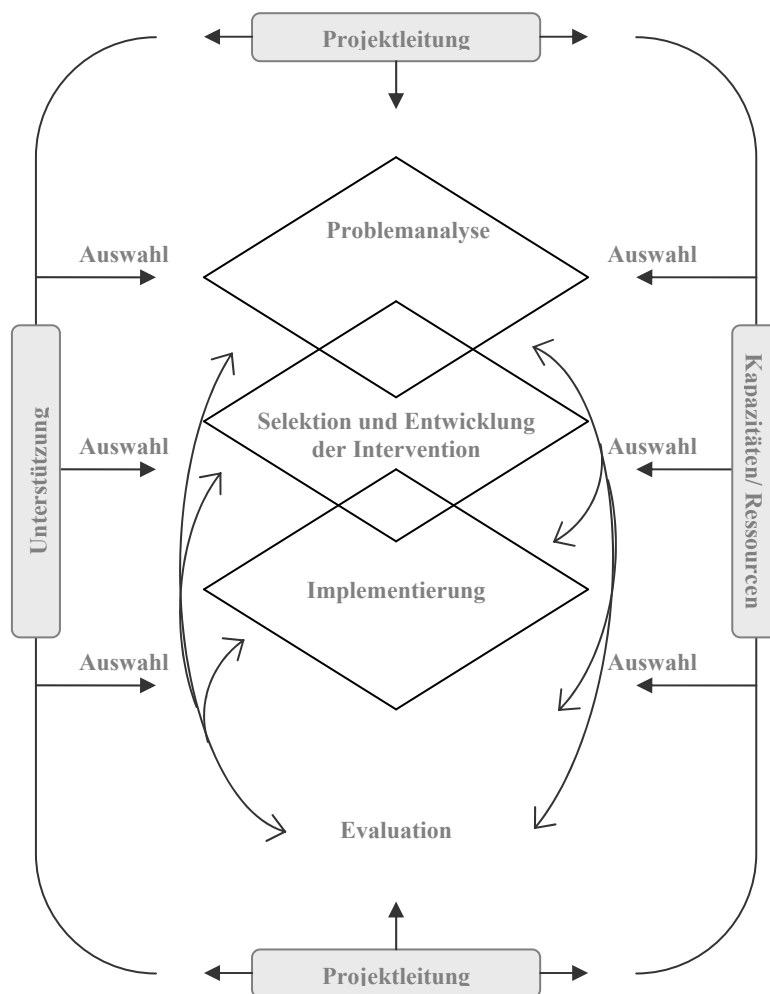


Abbildung 7: Theoretisches Modell von Preffi 2.0 (freie Übersetzung von Molleman et al. 2008, S. 7)

Den Kern des Modells bilden die Stufen der Projektplanung und –implementierung: Dabei folgt der Problemanalyse die Auswahl und Entwicklung der Intervention(en), die Implementierung und schließlich die Evaluation. Diese Stufen der Projektplanung und –implementierung erfordern Entscheidungen, die wiederum von unterschiedlichen Rahmenbedingungen abhängen, nämlich dem Ausmaß an Unterstützung und Zustimmung, Kapazitäten und Ressourcen sowie der Führung von Gesundheitsförderungsprojekten. Das Modell verdeutlicht außerdem, dass Gesundheitsförderungsprojekte nicht linear entwickelt werden, sondern mehr einem zirkulären, komplexen Prozess entsprechen (Molleman et al. 2003, S. 8ff). Gemäß diesem theoretischen Modell umfasst das „Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0“ acht Cluster, die teilweise noch Subcluster und jeweils Kriterien zur Messung dieser Cluster enthalten. Insgesamt umfasst „Preffi 2.0“ 39 Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsprojekte. Diese Kriterien werden mit einer unterschiedlichen Anzahl von Indikatoren entweder mit „ja“ oder „nein“ bewertet. Daraus ergibt sich dann für jedes bewertete Kriterium eine Einstufung in schwache Effektivität (entspricht einem Score von 1), in mittelmäßige Effektivität (entspricht einem Score von 2) und in starke Effektivität (entspricht einem Score von 3). Auch gibt es bei einigen Kriterien die Möglichkeit, sie mit „nicht beurteilbar“ zu bewerten, wenn die Projektart dies zulässt (entspricht einem Score von 0). Auf Basis der Einstufung der einzelnen Kriterien wird dann jeder der acht Cluster mit einem so genannten „report mark“ zwischen 1 und 10 beurteilt (drei Kriterien mit einem Score von 1 ergeben 3, drei Kriterien mit einem Score von 2 ergeben 6, etc.). Abschließend lässt sich dann ein „report mark“ für das Gesundheitsförderungsprojekt als Ganzes ermitteln, d.h. inwieweit es eine schwache, mittelmäßige oder hohe Effektivität aufweist (Molleman et al. 2003, S. 15 – 42).

Um die Qualitätskriterien, die dieses Instrument heranzieht, genauer zu betrachten, bedarf es einer Darstellung der acht Cluster von „Preffi 2.0“. Für jeden dieser Cluster mit den dazugehörigen Kriterien liefert der „Explanatory Guide Preffi 2.0“ die Evidenzstufe sowie dazugehörige Referenzen, auf die im Folgenden allerdings nicht genauer eingegangen wird. Vielmehr erfolgt eine kurze Skizzierung der acht Cluster von „Preffi 2.0“, um darzustellen, auf welche Qualitätskriterien sich dieses Instrument zur Qualitätsmessung der Gesundheitsförderung bezieht:

– *Cluster 1: Kontextabhängige Bedingungen und Möglichkeiten*

Zwar ist die Effektivität von Interventionen der Gesundheitsförderung im Wesentlichen von deren Inhalt abhängig, aber auch die Rahmenbedingungen für das Gesundheitsförderungsprojekt oder -programm sind hierfür ausschlaggebend. Kontextabhängige Bedingungen sind Faktoren wie Finanzierung, Zeit, Personal, vorhandene Expertisen, KooperationspartnerInnen oder gesellschaftliche Trends. Drei Kriterien umfasst dieser Cluster, nämlich das Ausmaß an Unterstützung und Zustimmung, Kapazität und Ressourcen sowie die Art der Projektführung (vgl. Peters et al. 2003, S. 9).

– *Cluster 2: Problemanalyse*

Die Gesundheitsförderungspraxis ist charakterisiert durch eine Vielzahl an Themen, die sich alle der Lösung oder Prävention von Gesundheitsproblemen widmen. Der Zweck einer Problemanalyse liegt in der Einbettung des Gesundheitsproblems in einen größeren Kontext, um eine konkrete Auswahl des Gesundheitsproblems treffen zu können (vgl. Peters et al. 2003, S. 15). Probleme können unterschiedlich analysiert werden. Es muss vor allem auf die beeinflussenden Faktoren wie etwa biologische Faktoren, physische Umwelt, soziale/ kulturelle Umwelt, Lebensstil/ Verhaltensbezogene Faktoren zur Erfassung und Analyse des Gesundheitsproblems eingegangen werden (vgl. ebd., S. 16). Dieser Cluster wird anhand des Vorhandenseins folgender drei Kriterien beurteilt: Art, Schweregrad und Ausmaß des Problems, Verbreitung des Problems und Problemwahrnehmung der InteressenvertreterInnen.

– *Cluster 3: Determinanten des Problems, des Verhaltens und der Umwelt*

Dieser Cluster beschreibt, welche relevante Faktoren und Determinanten zur Lösung des Gesundheitsproblems notwendig sind. Es wurden bereits verschiedene Modelle und Theorien entwickelt, um relevante Determinanten zu identifizieren und zu beschreiben (vgl. Peters et al. 2003, S. 21). Vier Kriterien dienen der Beurteilung dieses Clusters: Theoretisches Modell, Beitrag der Determinanten zu psychologischen Problemen und verhaltens- oder umweltbedingten Faktoren, Veränderbarkeit der Determinanten, Prioritäten und Auswahl.

– *Cluster 4: Zielgruppe*

Die Zielgruppe ist die Gruppe an die die Intervention gerichtet werden sollte. Man unterscheidet dabei häufig die endgültige Zielgruppe von der dazwischen liegenden (intermediären) Zielgruppe. Die intermediäre Zielgruppe meint die Zielgruppe, die häufig zuvor angesprochen werden muss, um die endgültige Zielgruppe zu erreichen

(vgl. Peters et al. 2003, S. 26). Wenn eine Intervention effektiv sein sollte, muss sie für die Zielgruppe passen. Dies soll über die drei Kriterien dieses Clusters herausgefunden werden: Demographische Charakteristika der Zielgruppe, Motivation und Verbesserungsmöglichkeiten der Zielgruppe, Zugänglichkeit der Zielgruppe.

– *Cluster 5: Ziele*

Die Ziele einer Intervention können verschiedene Ebenen betreffen wie etwa die soziale oder ökonomischen Ebene, die Ebene des Gesundheitsproblems, die Ebene der Risikofaktoren und förderlichen Faktoren etc. Die Ziele sind zudem die Basis für jede Intervention sowie deren Evaluation (vgl. Peters et al. 2003, S. 30f.). Dieser Cluster wird über folgende vier Kriterien erfasst: Geeignete Ziele für Analyse, bestimmte, zeitlich festgelegt und messbare Ziele, zulässige Ziele, realisierbare Ziele.

– *Cluster 6: Entwicklung der Intervention*

Eine Intervention ist eine spezifische Aktivität zur Erzielung eines Effekts. Die Auswahl einer geeigneten Intervention wird von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst, weshalb dieser Cluster noch zusätzlich aus Subclustern besteht, die jeweils wiederum Kriterien umfassen (Peters et al. 2003, S. 35):

- a. Begründung der Interventionsstrategie mit den Kriterien: Passende Strategien und Methoden für Ziele und Zielgruppen und vorausgegangene Erfahrungen mit Intervention.
- b. Dauer, Stärke und zeitliche Planung mit den Kriterien Dauer und Stärke der Intervention und zeitliche Planung der Intervention.
- c. Zur Zielgruppe passende Intervention mit den Kriterien Partizipation der Zielgruppe und kulturkompatible Intervention.
- d. Erfolgreiche Methoden der Intervention mit den Kriterien Raum für persönliche Adaption der Intervention, Feedback der Zielgruppe über Intervention, Einsatz von erfolgreichen Interventionen, Beseitigung von Barrieren für erwünschte Veränderung des Verhaltens, Aktivierung sozialer Unterstützung durch die Involvierung des sozialen Umfeldes, Schulung von Fähigkeiten, Festlegung des Follow-up, Zielsetzung und Implementierungsintentionen, interaktiver Ansatz.
- e. Umsetzbarkeit in der Praxis mit den Kriterien kompatible mit intermediärer Zielgruppe und Charakteristika der Implementierbarkeit der Intervention.
- f. Stimmigkeit der Intervention
- g. Voruntersuchung

- *Cluster 7: Implementierung*

Die Implementierung des Gesundheitsförderungsprojektes bedeutet, dass die Intervention für die Zielgruppe angewendet wird (vgl. Peters et al. 2003, S. 51). Dazu wird unter anderem ein Implementierungsplan benötigt. Zudem sollte nach Schritten vorgegangen werden und die Strategie der Implementierung festgelegt werden. Auch dieser Cluster umfasst wieder Subcluster:

- a. Wahl der Implementierungsstrategie in Abstimmung auf die intermediären Zielgruppen mit den Kriterien: Art der Implementierung (top down versus bottom up), Implementierungsstrategie kompatibel mit intermediärer Zielgruppe, Angemessenheit der Anbieter für die intermediäre Zielgruppe)
- b. Kontrolle und Initiierung einer Rückmeldung
- c. Einbettung in bestehende Strukturen

- *Cluster 8: Evaluation*

Evaluationen dienen der Ermittlung der Effektivität der Gesundheitsförderungsprojekte, aber auch um herauszufinden, warum etwas erfolgreich war oder ist (vgl. Peters et al. 2003, S. 60). Folgende Kriterien umfasst dieser Cluster: Klarheit und Zustimmung zu den Prinzipien der Evaluation, Prozessevaluation, Ergebnisevaluation, Rückmeldung an Interessengruppen.

Die Betrachtung dieser acht Cluster des „Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0“ zeigt, dass vorwiegend Qualitätskriterien der Projektplanung und der anschließenden -implementierung herangezogen werden und weniger Qualitätskriterien, die die zentralen Handlungsprinzipien des Konzepts Gesundheitsförderung betreffen. Zur Handhabung des Instruments ist anzumerken, dass eine vorherige Schulung unerlässlich ist und der Aufwand der Beurteilung eines Gesundheitsförderungsprojekts auf ca. ein bis eineinhalb Stunden zu schätzen ist. Das Instrument ist zudem hauptsächlich zum Gebrauch für die Gesundheitsförderungspraxis als Planungshilfe und interne Überprüfung des eigenen Projekts konzipiert (vgl. Molleman et al. 2006, S. 220). Es kann jedoch auch als externes Qualitätsmessinstrument eingesetzt werden. Bei der Begutachtung eines Gesundheitsförderungsprojektes mittels „Preffi 2.0“ spielt allerdings auch vorheriges Wissen über das Gesundheitsförderungsprojekt eine große Rolle. Dies hat teilweise einen positiven oder negativen Einfluss auf die Beurteilung des Gesundheitsförderungsprojekts. Externe Personen finden es zudem schwierig, nur auf der Basis einer Projektbeschreibung das Gesundheitsförderungsprojekt zu begutachten. Für ein reliables und valides Ergebnis der Begutachtung sind daher einerseits mehrere BegutachterInnen notwendig, die in einem

Meeting ihre Ergebnisse miteinander vergleichen und andererseits sollte der/ die ProjektleiterIn miteinbezogen werden, da diese/r häufig über detailliertere Informationen über das Projekt verfügt (vgl. Molleman et al. 2006, S. 228).

4.2.2 European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)

Das „European Quality Instrument for Health Promotion“ ist ein Instrument zur Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung und basiert auf den Qualitätskriterien verschiedener, weltweit entwickelter Qualitätsmessinstrumente der Gesundheitsförderung. „EQUIHP“ kann einerseits zur internen Qualitätsentwicklung und -sicherung verwendet werden, wie etwa als Checkliste zur Selbstüberprüfung der Qualität eines Projektplans oder als Basis für die Kommunikation über das Projekt im Projektteam. Andererseits kann „EQUIHP“ zur externen Qualitätsüberprüfung eingesetzt werden, beispielsweise sowohl als ein Benchmarking-Instrument als auch zur Definition von Standards für die Gesundheitsförderung (vgl. Bollars et al. 2005, S. 6). „EQUIHP“ kann zudem für diverse Projekte und Settings der Gesundheitsförderung genutzt werden, ist jedoch nicht für alle Projekte zu hundert Prozent geeignet, da das „EQUIHP“ ähnlich wie bei „Preffi 2.0“ auch Qualitätskriterien beinhaltet, die nicht immer für jede Projektart von gleicher Wichtigkeit sind (vgl. ebd., S. 7). Deshalb werden im „User Manual“ auch explizit Empfehlungen abgegeben, auf welche Kriterien bei welchen Projekten besonders Acht gegeben werden sollte (vgl. Bollars et al. 2005, S. 11). „EQUIHP“ ist wie bereits erwähnt auf Basis einer systematischen Literaturzusammenfassung von bestehenden 17 Fragebögen, 15 Leitlinien und 3 Checklisten entwickelt worden, um innerhalb der Europäischen Union ein übereinstimmendes Instrument zur Qualitätsüberprüfung der Gesundheitsförderungspraxis zu haben (vgl. Bollars et al. 2005, S. 4). Auf der Homepage des Projekts „Getting Evidence into Practice“, in dessen Rahmen dieses Instrument entwickelt wurde, steht eine Datenbank zum Download zur Verfügung, die einen Überblick über die folgenden Charakteristika der verschiedenen Fragebögen, Leitlinien und Checklisten beinhaltet:

- *inhaltliche Charakteristika*: Fokus/ Perspektive, Typ des Projekts, Setting/ Thema, Ziel, BenutzerInnengruppe, theoretisches Modell
- *technische Charakteristika*: Land, Entwickler, Eigentümer/Copyright, Sprache, Zeitpunkt der Entwicklung, Verfügbarkeit, Art des Scorings, Anzahl der Kriterien, Clusters, Art des Instruments

- *wissenschaftliche Charakteristika:* Evaluation, Implementierung, Validität, Reliabilität, Praktikabilität, empirische Evidenz

Zudem werden in dieser Datenbank alle Qualitätskriterien dieser Fragebögen, Leitlinien und Checklisten überblicksmäßig dargestellt.

Das „EQUIHP“ ist nach dem in Abbildung 8 dargestellten theoretischen Modell konzipiert, welches primär aufgrund der praktischen Erfahrung in der Gesundheitsförderung und auf Basis des systematischen Literaturüberblicks der Fragebögen, Leitlinien und Checklisten entwickelt wurde:

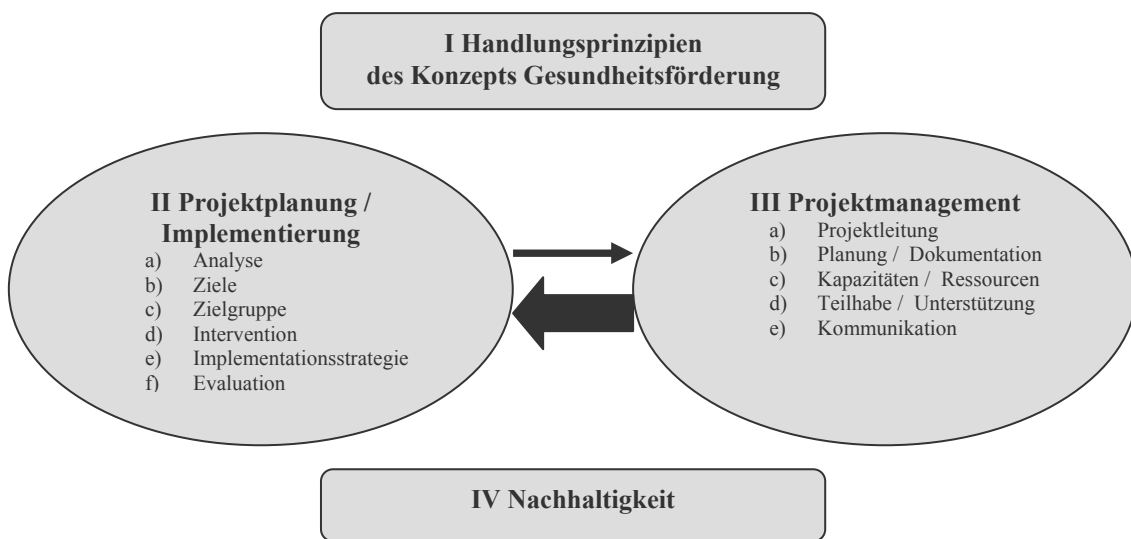


Abbildung 8: Theoretisches Modell von EQUIHP (freie Übersetzung von Bollars et al. 2005, S. 9)

Das Modell beinhaltet vier Bereiche, die für die Erreichung von Qualität in der Gesundheitsförderung von essenzieller Bedeutung sind. Entsprechend dieser vier Bereiche umfasst das „EQUIHP“ 13 Qualitätskriterien für effektive Gesundheitsförderung und 95 Indikatoren zur Messung dieser Kriterien, die mit „ja“, „teilweise“ und „nein“ beurteilt werden (vgl. Bollars et al. 2005, S. 9). Diese Messkriterien stehen für den Qualitätsanspruch „erreicht“, „teilweise erreicht“ und „nicht erreicht“. Wenn ein Item nicht beurteilt werden kann, weil es nicht für die Projektart passt, kann die Scoringbox nicht ausgefüllt werden. Wenn keine Information über das Item vorfindbar ist, sollte der Score „nein“ angekreuzt werden. Aus den Scores der einzelnen Cluster lässt sich dann wieder eine abschließende Gesamtbeurteilung des Projekts vornehmen, d.h. inwieweit das Projekt den Qualitätsstandard erreicht, teilweise erreicht oder nicht erreicht hat. Nachfolgend

werden nun die einzelnen Cluster des „EQUIHP“ vorgestellt, damit die Qualitätskriterien, die diesem Instrument zu Grunde liegen, deutlich werden:

– *Cluster 1: Rahmenbedingungen durch die Prinzipien der Gesundheitsförderung*

Die Rahmenbedingungen anhand der Prinzipien der Gesundheitsförderung reflektieren die Grundlagen der Intervention(en) des Gesundheitsförderungsprojekts. Dieser Cluster umfasst daher die Kriterien ganzheitliches Verständnis von Gesundheit, Determinanten der Gesundheit und die Prinzipien Partizipation, Empowerment und Gleichheit/Ungleichheit (vgl. Bollars et al. 2005, S. 10).

– *Cluster 2: Projektentwicklung und –implementierung*

Den Kern des Modèles bilden die Qualitätskriterien, die in den unterschiedlichen Stufen der Planung und Implementierung einer Intervention eine Rolle spielen. Dazu gehören die Analyse des Problems und dessen Determinanten, die Spezifikation der Ziele der Zielgruppe, sowie die Auswahl der Intervention, ihre Implementierung und Evaluation (vgl. Bollars et al. 2005, S. 10).

– *Cluster 3: Projektmanagement*

Die Qualitätskriterien des Bereiches Projektmanagement betreffen vorrangig die strukturellen Notwendigkeiten bei der Umsetzung eines Gesundheitsförderungsprojekts. Dieser Cluster umfasst die Kriterien Projektführung, Planung und Dokumentation des Projekts, Kapazität und Ressourcen, die Partizipation und Zustimmung der Zielgruppe und Kommunikation (vgl. Bollars et al. 2005, S. 11).

– *Cluster 4: Nachhaltigkeit*

Nachhaltigkeit bedeutet, dass die Intervention auch noch nach dem Ende des Projekts „wirkt“. Dieser Cluster umfasst keine Kriterien, sondern vier Indikatoren zur Überprüfung, inwieweit das Gesundheitsförderungsprojekt auch auf Nachhaltigkeit ausgerichtet ist.

Die Qualitätskriterien des „European Quality Instrument for Health Promotion“ zeigen, dass vor allem der Planungs- und Umsetzungsprozess bei Gesundheitsförderungsprojekten eine erhebliche Rolle für die Qualität spielt. Zudem wird bei diesem Instrument auch ein Augenmerk auf die Prinzipien des Konzepts Gesundheitsförderung und seinen Beitrag zur Erhöhung der Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten gelegt. Auch bei dem „EQUIHP“ sei angemerkt, dass die Beurteilung von Gesundheitsförderungsprojekten mittels dieses Instruments im Durchschnitt ein bis eineinhalb Stunden beträgt (vgl. Bollars 2005, S. 14). Beim Selbstassessment wird der/die BeurteilerIn mehr über das Projekt wissen als im Projektplan steht, was teilweise zu Verzerrungen führen kann. Bei externen

Beurteilern wird ein zusätzliches Interview mit dem/ der ProjektleiterIn sinnvoll sein, um alle Informationen zum Projekt auch ausreichend zu erhalten. Die Interpretation der Scores von „EQUIHP“ muss außerdem immer auch die Umstände und Situation des Projekts mitreflektieren, d.h. die verfügbare Zeit, das verfügbare Budget, politische Unterstützung, etc. (Bollars 2005, S. 14).

4.3 Zusammenschau der Qualitätskriterien der dargestellten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente der Gesundheitsförderung

Nach Betrachtung der ausgewählten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente für die Gesundheitsförderung hinsichtlich ihrer Qualitätskriterien erfolgt in diesem Abschnitt zunächst ein zusammenfassender Überblick über die wesentlichen Charakteristika der ausgewählten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente für die Gesundheitsförderung. Anschließend soll der Fokus noch einmal auf die einzelnen Qualitätskriterien der ausgewählten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente gerichtet werden, um einen direkten Vergleich vollziehen zu können. In den vorherigen Abschnitten dieses Kapitels wurden die Qualitätsmanagementsysteme Quality in Prevention (QIP), Interactive Domain Model (IDM), quint-essenz und der Public Health Action Cycle, sowie die Instrumente zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung Preffi und European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP) bereits vorgestellt. Tabelle 2 zeigt die wesentlichen Charakteristika

- Ursprung des Instruments/ des Systems,
- Ziel des Instruments/ des Systems,
- BenutzerInnengruppe,
- Inhalt des Instruments/ des Systems und
- Handhabbarkeit des Instruments/ des Systems.

Bei der Betrachtung der Charakteristika der ausgewählten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente zeigt sich, dass sowohl im europäischen als auch im US-amerikanischen Raum seit den 1980er Jahren bis heute für die Gesundheitsförderungspraxis in diversen Sprachen verfügbare Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente entwickelt wurden. Die Ziele erstrecken sich dabei vorwiegend auf die Steigerung der Qualität und Effektivität von Gesundheitsförderungsprojekten. Bei den BenutzerInnengruppen unterscheiden sich die dargestellten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente, indem einige ausschließlich der Selbstevaluation durch die ProjektleiterInnen/ Projektteam dienen und andere nur zur externen Begutachtung geeignet sind.

	Quality in Prevention (QIP)	Interactive Domain Model (IDM)	quint-essenz	Public Health Action Cycle	Health Promotion Effect Management Instrument (Preffi 2.0)	European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)
Ursprung						
• Herkunftsland	Deutschland	Kanada	Schweiz	USA	Niederlande	Zusammenarbeit europäischer Länder
• EntwicklerInnen	Universitätsklinikum Eppendorf & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung e.V.	Health Canada (Barbara Kahan/ Michael Goodstadt)	Gesundheitsförderung Schweiz (Günther Ackermann/ Hubert Studer/ Christian Wilhelm)	Institut of Medicine	Niederländisches Institut für Gesundheitsförderung (NIGZ)	Projekt “Getting Evidence into Practice” (Koordination NIGZ)
• Zeitraum der Entwicklung	2004/ 2005	1997 – 2002	1999 - 2009	1980er Jahre	Seit 1990er Jahre	2005
• verfügbare Sprachen	deutsch	englisch	deutsch, englisch, französisch, italienisch,	weltweite Verbreitung	niederländisch, englisch, französisch, ungarisch, norwegisch	englisch
Ziel(e)	Wirksamkeit und Effizienz von präventiven Aktivitäten aufzuzeigen und Vorschläge zur Weiterentwicklung geben	Steigerung der Qualität von GF-Projekten, Projektentwicklung, kritische Reflexion der derzeitigen Situation und Selbstevaluation	GF-Projekte wirkungsvoller und nachhaltiger machen	Reflexionshilfe für geplante, laufende und abgeschlossene Projekte	Erhöhung der Effektivität in GF-Projekten	Europaweite Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung
BenutzerInnengruppe	Zusammenarbeit von ProjektleiterInnen mit ExpertInnen von QIP (externe Begutachtung)	ProjektleiterInnen (Selbstevaluation)	Projektteam (Selbstevaluation)	ProjektleiterInnen und Projektteam (Selbstevaluation)	ProjektleiterInnen/ Projektteam (interne Planung) & externe Begutachtung anhand Projektdokumentation möglich	ProjektleiterInnen/ Projektteam (interne Begutachtung) & externe Begutachtung möglich
Anwendungsbereiche	Setting- und themenübergreifend; Einzelmaßnahmen, Kurse und Trainings, Programme, Kampagnen	Setting- und themenübergreifend; GF-Projekte, Public-Health-Projekte, präventive Projekte	Setting- und themenübergreifend	Setting- und themenübergreifend	Setting- und themenübergreifend; teilweise für gewisse Projektarten geeigneter	Setting- und themenübergreifend; teilweise für gewisse Projektarten geeigneter

Inhalt	7 Hauptdimensionen 21 Teildimensionen	3 Hauptdomänen 9 Teilbereiche	6 Hauptbereiche 23 Qualitätskriterien 78 Indikatoren	4 Phasen 13 Subphasen	8 Cluster 39 Qualitätskriterien 130 Indikatoren	4 Bereiche 13 Qualitätskriterien 95 Indikatoren
Handhabbarkeit	Dauer: 2 bis 3 Stunden Kosten für externe Begutachtung: 200 bis 500 Euro	Dauer: nicht angeführt Kosten: Schulung möglich	Dauer: 1 bis 2 Stunden Kosten: kostenlos über Homepage verfügbar	Dauer: keine Angaben (individuell unterschiedlich)	Dauer: 1 bis 1 ½ Stunden Kosten: Schulung zur Benützung notwendig	Dauer: 1 bis 1 ½ Stunden

Tabelle 2: Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente im Vergleich

Alle Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente sind themen- und settingübergreifend, d.h. sie können für die unterschiedlichsten Projektthemen und -arten mit gesundheitsförderndem oder präventivem Charakter eingesetzt werden. Der Vergleich der Handhabbarkeit weist darauf hin, dass alle Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente zur Beurteilung der Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten hohe zeitliche Ressourcen von Seiten der Projektverantwortlichen in Anspruch nehmen. Auch ist bei den meisten Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten für die Gesundheitsförderung eine Schulung und intensive Auseinandersetzung für deren Gebrauch unabdingbar. Hinsichtlich des Inhalts der dargestellten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente lässt sich erkennen, dass eine unterschiedlich hohe Anzahl an Qualitätskriterien berücksichtigt wurde. In Tabelle 3 soll nun ein direkter Vergleich der Qualitätskriterien der ausgewählten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente erfolgen. Dazu wurde eine Einteilung der Qualitätskriterien nach dem vorherrschenden Qualitätsbegriff für das Gesundheitswesen von Donabedian vorgenommen (siehe im Detail Kapitel 3), da dieser Qualitätsbegriff international gebräuchlich ist und neben dem Gesundheitswesen auch für den Gesundheitsförderungsbereich einen guten Ansatz darstellt beziehungsweise sich bereits etabliert hat (siehe im Detail Kapitel 2). Demnach können die Qualitätskriterien der skizzierten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien unterschieden werden. Diese Zusammenschau aller Qualitätskriterien erfolgte auf Basis der zur Verfügung stehenden Literatur zu den Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten. Bei der Einteilung aller Qualitätskriterien in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien wurde folglich nach objektiven Maßstäben vorgegangen. Allerdings kann eine subjektive Zuordnung und Bewertung der Qualitätskriterien nicht vollkommen ausgeschlossen werden. Wie in Tabelle 3 ersichtlich, sind die Mehrzahl der Qualitätskriterien der Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente der Strukturebene zuzuordnen. Jedes Qualitätsmanagementsystem und -instrument für die Gesundheitsförderung sieht demnach vor allem in der Projektplanung und -organisation Ansatzpunkte zur Steigerung der Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten.

	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Quality in Prevention (QIP)	<ul style="list-style-type: none"> • Konzeptqualität • Planungsqualität • Mitwirkende • Verbreitung der Aktivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaufsgestaltung und -management 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation und Erfolgskontrolle • Qualitätsentwicklung
Interactive Domain Model (IDM)	<ul style="list-style-type: none"> • underpinning (Untermauerung) • understanding of the environment (Verständnis für die Umwelt) 	<ul style="list-style-type: none"> • Practice (Praxis) 	
quint-essenz	<ul style="list-style-type: none"> • Konzept der Gesundheitsförderung • Projektbegründung • Projektplanung 	<ul style="list-style-type: none"> • Projektorganisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Projektsteuerung • Wirkung
Public Health Action Cycle	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung und Analyse von gesundheitlichen Problemlagen (assessment) • Entwicklung von gesundheitspolitischen Interventionen (policy development) 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung dieser Strategien im Gesundheitssystem (assurance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfen der Akzeptanz und Wirksamkeit (evaluation)
Health Promotion Effect Management Instrument (Preffi 2.0)	<ul style="list-style-type: none"> • Kontextabhängige Bedingungen und Möglichkeiten • Problemanalyse • Determinanten des Problems, des Verhaltens und der Umwelt • Zielgruppe • Ziele • Entwicklung der Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation
European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)	<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenbedingungen durch die Prinzipien der Gesundheitsförderung • Projektentwicklung und –implementierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Projektmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachhaltigkeit

Tabelle 3: Übersicht der Qualitätskriterien der Qualitätsmanagementsysteme und –instrumente

Folgende Qualitätskriterien der in Tabelle 3 dargestellten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente spielen dabei auf der Strukturebene zusammenfassend eine bedeutende Rolle:

- *Berücksichtigung des Konzepts der Gesundheitsförderung:* Quint-essenz und das European Quality Instrument for Health Promotion sehen die Berücksichtigung der Prinzipien des Konzepts Gesundheitsförderung wie etwa die Herstellung von Chancengleichheit, Partizipation oder Empowerment als wesentliche Qualitätskriterien für ein erfolgreiches Gesundheitsförderungsprojekt. In allen anderen dargestellten Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten wird dieser Aspekt weniger als Qualitätskriterium berücksichtigt.
- *Analyse und kontextueller Rahmen des Gesundheitsproblems:* Jedes der beschriebenen Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente betrachtet die ausreichende Analyse sowie die Bestimmung des kontextuellen Rahmens des zugrunde liegenden Gesundheitsproblems des Gesundheitsförderungsprojekts als Qualitätskriterium. Bei der Analyse des Gesundheitsproblems gilt als Qualitätskriterium, inwieweit die Art, der Schweregrad und das Ausmaß des Gesundheitsproblems festgelegt werden. Es gilt zu klären, ob die ProjektleiterInnen/ das Projektteam Informationen und Materialien zur Erfassung der Problemlage (durch aktuelles Fachwissen, epidemiologische Studien etc.) recherchiert, den Bedarf und die Bedürfnisse des Gesundheitsförderungsprojekts erhoben und die beeinflussenden Faktoren des Gesundheitsproblems wie biologische, physische, soziale/ kulturelle und verhaltensbezogene Faktoren festgelegt haben. Bei der Bestimmung des kontextuellen Rahmens des Gesundheitsproblems entspricht ein Gesundheitsförderungsprojekt den Qualitätskriterien, wenn die Rahmenbedingungen zur Lösung des Gesundheitsproblems in ausreichendem Maße berücksichtigt wurden. Dazu sollte darauf geachtet werden, inwieweit die ProjektleiterInnen/ das Projektteam das Gesundheitsförderungsprojekt in Abstimmung mit anderen AkteurInnen der Gesundheitsförderung (wie Behörden, Beratungsstellen, Schulen, Jugendzentren etc.) und in Beachtung der sozialen, politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten des Projektumfeldes geplant haben.
- *Planung und Entwicklung der Gesundheitsintervention:* Alle Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente beinhalten in ihren Qualitätskriterien auf der Strukturebene Aspekte der Planung und der Entwicklung

der Gesundheitsintervention. Bei diesem Qualitätskriterium für Gesundheitsförderungsprojekte werden die theoretische Untermauerung der Intervention (vorhandenes theoretisches Modell), die Bestimmung der Ziele der Intervention (wie zeitlich begrenzte, messbare und realisierbare Zielsetzung), die Planung der Intervention in Abstimmung mit den Zielgruppen (wie Berücksichtigung der demographischen Charakteristika und Zugang zur Zielgruppe) und die Entwicklung und Begründung von geeigneten Maßnahmen und Strategien (wie Dauer und Stärke der Intervention, Vorerfahrungen mit ähnlichen Interventionen) hinterfragt.

- *Festlegung der personellen, finanziellen und organisatorischen Ressourcen:* Auf der Strukturebene umfassen die Qualitätskriterien der Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente zudem die Bestimmung des nötigen personellen, finanziellen und organisatorischen Aufwandes. Qualitätskriterien hierfür sind die Miteinbeziehung von KooperationspartnerInnen, die Qualifikationen und Ausbildungen der ProjektleiterIn und des Projektteams (vorhandene Expertisen und praktisches Know-how), die Sicherstellung der finanziellen Mittel und die Festlegung eines zeitlichen Rahmens.

Auf der Prozessebene finden sich folgende Qualitätskriterien von Gesundheitsförderungsprojekten:

- *Ausrichtung der Implementierung der Intervention:* Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente mit Inhalten dieses Qualitätskriteriums berücksichtigen, inwieweit die Durchführung des Gesundheitsförderungsprojektes nach geplanten Prozessen und Strategien erfolgt (Vorhandensein eines Implementierungsplans beziehungsweise -modells).
- *Einsatz von Projektmanagementmethoden:* ProjektleiterInnen beziehungsweise das Projektteam nutzen bei diesem Qualitätskriterium bestimmte Projektmanagementmethoden, um eine reibungslose Umsetzung des Gesundheitsförderungsprojekts gewährleisten zu können. Im Rahmen des Projektmanagements sollten beispielsweise eine Rollenverteilung (Projektführung und Projektteam), eine Kommunikationskultur und die Dokumentationsform festgelegt werden. Dazu zählen auch Methoden des Zeit-, Konflikt- und Qualitätsmanagements.

Die Qualitätskriterien von Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten lassen sich schließlich auch noch auf der Ergebnisebene bündeln. Im Folgenden sollen diese abschließend kurz erläutert werden:

- *Prüfung der Wirksamkeit der Intervention:* Dieses Qualitätskriterium überprüft, inwieweit eine Evaluationsstrategie Teil des Gesundheitsförderungsprojektes ist und ob die Ergebnisse einer solchen Evaluation für oder gegen die Intervention sprechen, d.h. inwieweit die Ziele des Gesundheitsförderungsprojektes erreicht werden konnten.
- *Beitrag zur Nachhaltigkeit des Gesundheitsförderungsprojektes:* Bei diesem Qualitätskriterium geht es darum, inwieweit Erfahrungen und Ergebnisse des Projekts auch verbreitet und nutzbar gemacht worden sind (wie Medienarbeit, Publikationen und Schlussberichte).

Bei der Zusammenschau aller Qualitätskriterien der ausgewählten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente wurde versucht, eine Zuordnung in Anlehnung an den Qualitätsbegriff von Donabedian vorzunehmen, indem die einzelnen Qualitätskriterien losgelöst von den ursprünglichen Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten betrachtet wurden, um einen allgemeinen Konsens von Qualitätskriterien für den Gesundheitsförderungsbereich zu schaffen. In der folgenden Abbildung werden diese kategorisierten Qualitätskriterien noch einmal zusammenfassend dargestellt:

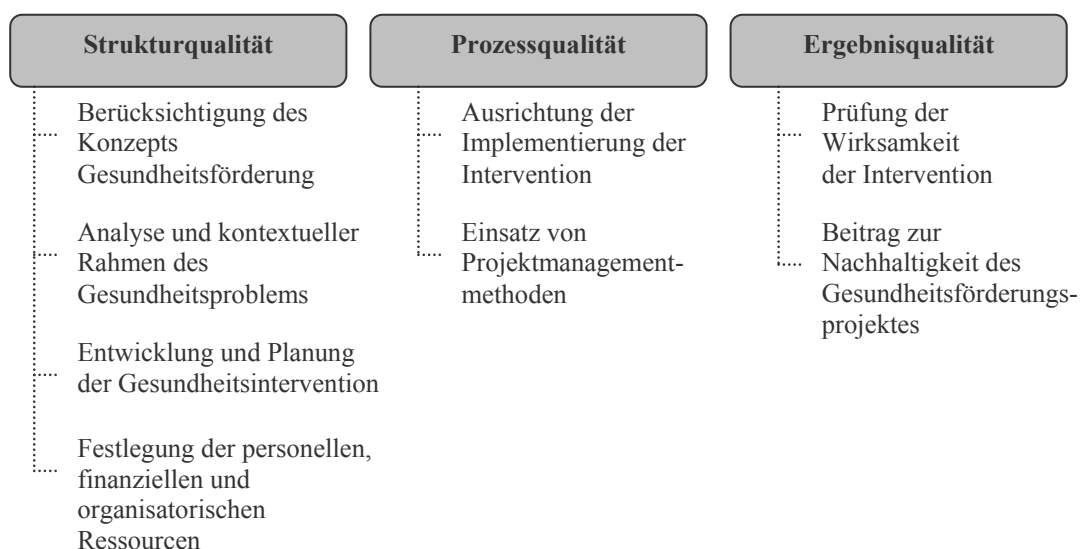


Abbildung 9: Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung auf der Struktur-, Prozess und Ergebnisebene

Die in der Abbildung dargestellten Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene zeigen, wie umfassend ein Gesundheitsförderungsprojekt geplant, durchgeführt und evaluiert werden sollte, um theoretische Qualitätsmaßstäbe zu erfüllen. Gleichzeitig kann mit dieser Zusammenschau aller Qualitätskriterien der ausgewählten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente die Forschungsfrage, welche Qualitätskriterien nach derzeitigen Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten für die Gesundheitsförderung vorherrschend sind, beantwortet werden (siehe Abbildung 9). Inwieweit diese Qualitätskriterien auch in der Praxis Anwendung finden, soll in einer empirischen Untersuchung herausgefunden werden, welche Gegenstand des folgenden Kapitels ist.

5 Eine empirische Studie über Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten – ein Vergleich zwischen Steiermark und Vorarlberg

Dieses fünfte Kapitel stellt den empirischen Teil der Arbeit dar. Dazu werden zunächst die Forschungsfragen, Ziele und der erwartete Erkenntnisgewinn dargestellt. Danach erfolgt die Beschreibung des Forschungsdesigns für die durchgeführte Studie, indem die Stichprobe, die Methodik der Datenerhebung und die Datenauswertung ausführlich dargelegt werden.

5.1 Forschungsfragen und Ziele der Studie

Die zugrunde liegenden Forschungsfragen der empirischen Untersuchung sollen dazu dienen, die theoretisch vorhandenen Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung mit der praktischen Umsetzung und dem praktischen Verständnis von Projektverantwortlichen für Gesundheitsförderungsprojekte aus der Steiermark und Vorarlberg zu vergleichen. Dazu wurde bereits in Kapitel 4.3 versucht, einen Überblick der Qualitätskriterien der ausgewählten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente zu schaffen, indem eine Kategorisierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien erfolgte. Diese Kategorisierung dient als theoretischer Ausgangspunkt, um die Forschungsfragen beantworten zu können. Die Forschungsfragen gehen dabei von diesen in Kapitel 4.3 kategorisierten Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung aus und sollen diese um eine praktische Sichtweise von ProjektleiterInnen aus der Steiermark und Vorarlberg erweitern. Folgende Forschungsfragen sollen demnach untersucht werden:

1. Inwieweit entsprechen die Angaben der ProjektleiterInnen von Gesundheitsförderungsprojekten in der Steiermark und in Vorarlberg theoretischen Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung?
 - Unterscheiden sich die aus Sicht der ProjektleiterInnen angewandten Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten nach den Bundesländern Steiermark und Vorarlberg?
 - Unterscheiden sich die aus Sicht der ProjektleiterInnen angewandten Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten nach dem Zeitraum des Projektbeginns?

Mit diesen Forschungsfragen soll herausgefunden werden, in welchem Ausmaß sich die ProjektleiterInnen auf die im theoretischen Teil der vorliegenden

Masterarbeit diskutierten Qualitätskriterien der Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente für die Gesundheitsförderung in den Gesundheitsförderungsprojekten der Steiermark und Vorarlberg beziehen. Zudem soll ein möglicher Unterschied zwischen den Gesundheitsförderungsprojekten aus der Steiermark und aus Vorarlberg hinsichtlich der aus Sicht der ProjektleiterInnen angewandten Qualitätskriterien aufgezeigt werden. Des Weiteren soll hinterfragt werden, ob die aus Sicht der ProjektleiterInnen angewandten Qualitätskriterien sich auch nach dem Zeitraum des Projektbeginns voneinander unterscheiden. Der Hintergrund für diese Frage liegt darin, da einerseits die Stichprobe (siehe genaue Beschreibung Kapitel 5.2) ProjektleiterInnen von Gesundheitsförderungsprojekten, die vom *Fonds Gesundes Österreich* finanziert wurden, umfasst und *Fonds Gesundes Österreich* seit dem Jahr 2008 einen Online-Projektguide für die Förderansuchen von ProjektleiterInnen anbietet, der sehr detailliert auf notwendige Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten eingeht und zahlreiche Hilfestellungen zu deren Umsetzung bietet. Andererseits wird vermutet, dass die Frage der Qualität in Gesundheitsförderungsprojekten im Laufe der letzten 10 Jahre wesentlich an Bedeutung gewonnen hat. Daher stellt sich die Frage, inwieweit sich die Gesundheitsförderungsprojekte aufgrund dieser Entwicklungen auch qualitativ verbessert haben.

2. Ist die praktische Sichtweise von Projektverantwortlichen mit theoretischen Annahmen über Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung kompatibel?
 - Unterscheiden sich die praktischen Sichtweisen über Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung von Projektverantwortlichen nach den Bundesländern Steiermark und Vorarlberg?

Mit diesen Forschungsfragen soll herausgefunden werden, wie Projektverantwortliche theoretische Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung nach ihrer Wichtigkeit für die Praxis einschätzen. Damit soll diese Forschungsfrage dazu dienen, die praktischen Sichtweisen der Projektverantwortlichen über Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung mit den theoretisch vorhandenen Qualitätskriterien zu vergleichen. Weiters soll ein möglicher Unterschied dieser praktischen Sichtweisen der Projektverantwortlichen nach den Bundesländern Steiermark und Vorarlberg aufgezeigt werden.

Das Ziel der Studie ist es daher, einerseits die von den ProjektleiterInnen angegebene Umsetzung der theoretisch vorhandenen Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten der Steiermark und Vorarlberg und die praktische Sichtweise über die theoretischen Annahmen zu Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung empirisch zu ergründen. Andererseits soll mit der Studie aufgezeigt werden, wie sich die Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten von ProjektleiterInnen über den Zeitraum hinweg darstellen. Für die vorliegende Studie wurde ein exploratives Forschungsdesign gewählt, um das geringe Wissen über die Zusammenhänge von theoretisch vorherrschenden Qualitätskriterien und deren Umsetzung sowie Sichtweisen in der Gesundheitsförderungspraxis zu untersuchen. Aufgrund dessen werden vorab keine Hypothesen aufgestellt und überprüft, vielmehr sollen die Studienergebnisse dazu beitragen, neue Hypothesen für diesen Forschungsgegenstand zu generieren (vgl. Schnell 1994, S. 328).

5.2 Forschungsfeld Gesundheitsförderung in Österreich

In diesem Abschnitt wird das Forschungsfeld der vorliegenden Studie beschrieben, indem die Gesundheitsförderung in Österreich kurz skizziert und der *Fonds Gesundes Österreich* als Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung vorgestellt wird. Besonders werden dabei die von Fonds Gesundes Österreich entwickelten Qualitätskriterien betrachtet. Weiteres werden die Bundesländer Steiermark und Vorarlberg hinsichtlich ihrer gesundheitsfördernden Struktur dargestellt.

5.2.1 Gesundheitsförderung Österreich und Fonds Gesundes Österreich

Das Bewusstsein für gesundheitsförderndes Verhalten nimmt in Österreich zu und zeigt sich unter anderem durch eine Vielzahl an Projekten, die in den letzten Jahren zu den verschiedensten Themenschwerpunkten gesetzt wurden. Neben Organisationen, Einrichtungen und Einzelpersonen erkennt auch der Bund Österreich die gesundheitlichen Problemlagen der Gesellschaft und reagiert mit unterschiedlichen gesundheitsfördernden Kampagnen und Initiativen. Wolfgang Dür, Leiter des Ludwig Boltzmann Instituts (2008) erwähnt in diesem Zusammenhang jedoch, dass trotz eines großen Interesses und einer starken Verbreitung von Gesundheitsförderungsprojekten und -konzepten ein quantitativer und qualitativer Entwicklungsbedarf festgestellt werden kann. Zum einen betreffen diese Defizite die fehlende oder mangelnde Koordinationsarbeit der AkteurInnen im Gesundheitsbereich. Diese mangelnde Koordination betrifft sowohl eine länder- als auch

bereichsübergreifende Abstimmung. Weiters wird eine mangelnde Dokumentation von Gesundheitsförderungsaktivitäten und -initiativen beschrieben, themen- und bereichsübergreifende Aktivitäten und Interventionen werden zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt und so bleiben Einzelmaßnahmen häufig auf Individuen beschränkt und werden nicht auf regionale Ebene übertragen. Zum anderen beschreibt Dür (2008), dass ein Bedarf an Forschung und Evaluationen von Gesundheitsförderungsprojekten in Österreich besteht. Durch Forschungen und Evaluationen können effektive Gesundheitsförderungsmaßnahmen identifiziert werden und als Beispiele *guter Praxis* gehandelt werden (vgl. Dür 2008, S. 17f.). So wird auch von der steirischen Landesregierung erwähnt, dass es in Österreich im internationalen Vergleich wenig wissenschaftliche Basis der Gesundheitsförderung gibt. Trotz dieser scheinbar bestehenden Entwicklungsdefizite versucht Österreich in der Gesundheitsförderung international *konkurrenzfähig* zu bleiben und sowohl europäische als auch globale Forderungen zur Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

Das Bundesministerium für Gesundheit erwähnt, dass Österreich bereits sehr früh mit der Umsetzung der Forderung der Ottawa Charta (siehe Kapitel 1) begonnen hat und besonders den geforderten Setting - Ansatz in seiner Arbeit berücksichtigt. Weiters wird in einer Ausschreibung vom Bundesministerium besonders darauf eingegangen, dass Österreich eine Vorreiterrolle in der Entwicklung von gesundheitsfördernden Netzwerken hat und so beispielsweise das Netzwerk „Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ etabliert hat (vgl. Bundesministerium für Gesundheit o. J. S. 1). Neben dem „Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ bestehen viele weitere Netzwerke, die der Gesundheitsförderung der österreichischen Bevölkerung dienen sollen. Als Beispiele werden auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit unter anderem das europäische Netzwerk „Gesundheitsfördernde Schule“ genannt, bei der sich Österreich beteiligt und das Netzwerk „Gesunde Schule“, welches bundesweit agiert. Österreich hat seit 1998 eine gesetzliche Grundlage geschaffen, um die Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen zu verankern. Das so genannte *Gesundheitsförderungsgesetz* (GFG) orientiert sich inhaltlich an der Ottawa Charta und schreibt auch das Budget aus öffentlichen Mitteln fest, das jährlich für die Gesundheitsförderung zu Verfügung steht. Die Aufgabenzuweisung des Gesundheitsförderungsgesetzes an den *Fonds Gesundes Österreich* zeigt bereits das Interesse an Gesundheitsförderung, indem eine eigene Organisation mit den Aufgaben der Gesundheitsförderung vertraut gemacht wird (vgl. Bundesministerium für Gesundheit o.J.).

S. 2). Ein weiterer Indikator, welcher für das Interesse an Gesundheitsförderung auf Bundesebene spricht, ist die Errichtung der Gesundheit Österreich GmbH, welche als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und nationale Stelle für Gesundheitsförderung angesehen wird. Die Homepage von Gesundheit Österreich GmbH macht darauf aufmerksam, dass sie diese nationale Stellung für Gesundheitsförderung und Prävention *Fonds Gesundes Österreich* einnimmt. Weitere Geschäftsbereiche sind das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG). Alle drei Bereiche verfolgen gesundheitliche Ziele und sind für das Gesundheitswesen in Österreich von großer Bedeutung.

Als weitere wichtige Organisation der Gesundheitsförderung in Österreich sei das Ludwig Boltzmann Institut genannt, welches sich besonders durch unterschiedliche Forschungsprogramme für die Gesundheitsförderung in Österreich eine bedeutsame Rolle im Gesundheitswesen erarbeitet hat. Wolfgang Dür vom Ludwig Boltzmann Institut erwähnt im Tagungsband zur 9. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz kritisch, dass Regierungsprogramme in Österreich zur Gesundheitsförderung präventiven Charakter besitzen und nicht das Konzept Gesundheitsförderung an sich berücksichtigen (vgl. Dür 2008, S.16). Weiters kann kritisch angemerkt werden, dass in Österreich laut des *Fonds Gesundes Österreich* knapp 1,6% der Gesundheitsausgaben in Prävention und Public Health investiert werden (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2008, Nr. 3, S.6). Es lässt sich dadurch bereits eine Tendenz erkennen, die zeigt, dass in Österreich der größte Teil der Ausgaben im Gesundheitsbereich in kurativen und rehabilitativen Gebieten ausgegeben werden und die Gesundheitsförderung nur einen kleinen Teil einnimmt. Trotz einiger kritischen Stimmen bezüglich mangelnder Abgrenzung zur Prävention und einem vermehrten Bedarf an Forschung an und Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist Österreich mit unterschiedlichen Einrichtungen, Organisationen und Projekten an einer Weiterentwicklung und Verbreitung von Gesundheitsförderung interessiert.

Die wichtigste, bereits kurz beschriebene Kompetenzstelle und nationale Basisstruktur für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich stellt Fonds Gesundes Österreich dar, welcher folgend beschrieben und besonders auf seine Qualitätskriterien hin betrachtet wird. Seit 2006 ist Fonds Gesundes Österreich ein Geschäftsbereich der Gesundheit

Österreich GmbH und für die Vollziehung des Gesundheitsförderungsgesetzes verantwortlich (vgl. Hörhan et al. 2008, S. 9). *Fonds Gesundes Österreich* orientiert sich einerseits bei der Definition von Gesundheit und Gesundheitsförderung an den Prinzipien und Gesundheitsbegriffen der Ottawa-Charta. Dabei wird Gesundheit als dynamischer Prozess verstanden, welcher es dem Individuum ermöglicht, sich ständig in einem Gleichgewicht mit seiner Umwelt zu befinden, um ein ganzheitliches Wohlbefinden zu ermöglichen (vgl. Hörhan et al. 2008, S. 6). Andererseits vertritt *Fonds Gesundes Österreich* den Salutogenese-Ansatz und geht der Frage nach, wie Faktoren der Gesundheit beeinflusst und bestärkt werden können (vgl. Hörhan et al. 2008, S. 10). Die Arbeit des *Fonds Gesundes Österreich* selbst ist im Gesetz verankert und im Speziellen durch zwei Gesetze bestimmt. Zum einen bildet das Gesundheitsförderungsgesetz die Basis und zum anderen stellt das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH die organisatorische Sicherung dar. *Fonds Gesundes Österreich* besitzt laut Geschäftsführer Hörhan (2008) drei Organe, welche die Arbeit von *Fonds Gesundes Österreich* mitgestalten. Das Kuratorium, welches über die Mittelverwendung für die Durchführung von Maßnahmen und Initiativen des Geschäftsbereiches Fonds Gesundes Österreich entscheidet, den Projektbeirat, welcher die Beantragungen zur Förderung von Gesundheitsförderungsprojekte begutachtet und die Beratung der Organe zur Aufgabe hat und die Geschäftsstelle, die die Abwicklung der laufenden Geschäfte als Tätigkeit vorsieht (vgl. Hörhan et al. 2008, S. 19). Die Aufgabengebiete von *Fonds Gesundes Österreich* sind vielfältig und richten sich in besonderer Weise an die Beteiligten der Gesundheitsförderung und der primären Prävention. Eine der Hauptaufgaben von *Fonds Gesundes Österreich* ist die Unterstützung von innovativen Gesundheitsförderungsprojekten (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2009, S. 17). Die Gesundheitsförderungsprojekte und ihre Arbeitsschwerpunkte sind nach einer Besichtigung der Projektdatenbank von *Fonds Gesundes Österreich* sehr vielfältig und umfassen alle Teilbereiche der Gesundheitsförderung und Primärprävention. So erwähnt *Fonds Gesundes Österreich* selbst, dass die Inhalte der Projekte von seelischer Gesundheit, Suchtprävention, regionaler Gesundheitsförderung, Ernährung, Fortbildung bis zur Gesundheitsaufklärung reichen (vgl. ebd., S. 17f.). Diese Vielfalt an Arbeitsschwerpunkten entsteht auch aus der Tatsache, dass *Fonds Gesundes Österreich* unterschiedliche Projektkategorien und neben projektorientierten Projekten auch Weiterbildungen/ Fortbildungen, Forschung und Konferenzen/ Vorträge enthält. In dieser Arbeit wird jedoch nur die Projektkategorie *praxisorientierte Projekte* beschrieben, da die Stichprobe für die

empirische Untersuchung von ProjektleiterInnen dieser Kategorie stammt. Bei praxisorientierten Projekten der Gesundheitsförderung handelt es sich um Pilotprojekte, welche einen innovativen Charakter besitzen und die Menschen dort erreichen, wo sie leben oder arbeiten. Der *Fonds Gesundes Österreich* übernimmt bei diesen Gesundheitsförderungsprojekten nur Teilfinanzierungen, das bedeutet, es wird meist ein Drittel bis zwei Drittel eines Projekts von *Fonds Gesundes Österreich* finanziert. Um von *Fonds Gesundes Österreich* teilfinanziert zu werden, sind unterschiedliche Voraussetzungen von Seiten der AntragsstellerInnen zu erfüllen. Dazu zählt unter anderem ein professionelles Projektmanagement, eine Dokumentation des Prozesses und eine Evaluation des Projekts, welche je nach Größe und Umfang des Projekts intern oder extern vollzogen werden können (vgl. Hörhan et al. 2008, S. 39). Der *Fonds Gesundes Österreich* erwähnt in seinem Jahresbericht 2008, dass ProjektleiterInnen bei längeren Projekten Zwischenergebnisse und einen Endbericht liefern müssen. Dieser Endbericht wird von den Verantwortlichen von *Fonds Gesundes Österreich* auf bestimmte Kriterien hin überprüft und bei positiver Begutachtung wird der Restbetrag der Förderung an die Projektverantwortlichen ausbezahlt (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2009, S. 18f.). Interessant ist die Tatsache, dass im Jahr 2008 insgesamt 114 Projekte beim *Fonds Gesundes Österreich* eingereicht wurden und davon 82 Projekte eine Förderung erhielten. Bei positiver Bewertung und Einverständnis der Förderung werden zwischen der Geschäftsstelle von *Fonds Gesundes Österreich* und der Antragsstellerin beziehungsweise dem Antragssteller Förderverträge abgeschlossen. Die verbleibenden 32 eingereichten Projekte erhielten aufgrund von fehlenden Qualitätskriterien keine Förderzusage (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2008, S. 17f).

In einem nächsten Abschnitt werden die Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsprojekten von Seiten des *Fonds Gesundes Österreich* und die entsprechenden Qualitätskriterien genauer erläutert: *Fonds Gesundes Österreich* hat sich zum Ziel gesetzt, ausschließlich Gesundheitsförderungsprojekte zu fördern, die den definierten Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung entsprechen. Die von *Fonds Gesundes Österreich* entwickelten Qualitätskriterien, welche in Anlehnung an die Qualitätskriterien von quint-essenz und EQUIHP entstanden sind, sind in einem Projektguide, welcher über die Homepage von *Fonds Gesundes Österreich* zugänglich ist, ersichtlich. Diese Qualitätskriterien sind der Planungsphase, der Durchführungsphase und

der Evaluationsphase zuzuordnen. Im Folgenden werden diese Qualitätskriterien von *Fonds Gesundes Österreich* aufgezählt und kurz erläutert (vgl. Hörhan et al. 2008, S. 13):

- Prinzipien und Konzepte der Gesundheitsförderung: Dieses Qualitätskriterium soll unter anderem Chancengleichheit, Empowerment, Ressourcenorientierung und Partizipation sicherstellen.
- Projektbegründung: Dieses Qualitätskriterium beinhaltet unter anderem den Bedarfsnachweis, die Begründungen für das Projekt, die Rahmenbedingungen und die Einbettung in übergeordnete Strategien.
- Inhaltliche Projektplanung: Dazu zählen unter anderem Ziele, Zielgruppen, Bestimmung und die Begründungen der Aktivitäten.
- Organisation und Steuerung des Projekts: Hierbei sind der Projektablauf, der Projektaufbau und die notwendigen Partnerschaften gemeint.
- Dokumentation und Evaluation: Bei diesem Kriterium kommt es zur Überprüfung des Gesundheitsförderungsprojekts anhand von Dokumentationen.
- Projektbudget: Dazu zählt unter anderem die Sicherung der Ressourcen.

Neben diesen Qualitätskriterien, welche von *Fonds Gesundes Österreich* genau beschrieben werden, bietet *Fonds Gesundes Österreich* eine Checklist für allgemeine Projekte an, welche es den ProjektleiterInnen ermöglichen soll, Gesundheitsförderungsprojekte effektiv zu planen. Diese Checklist entspricht den Qualitätskriterien und ist gleichzeitig Grundlage für die Förderungen von Gesundheitsförderungsprojekten. Diese Checklist beinhaltet 21 Kriterien, die sich mit den zuvor angeführten Qualitätskriterien zum größten Teil decken und als Hilfe bei der Projektplanung herangezogen werden kann. Zu den Kriterien zählen der Fondszweck, die Institution, die Projektleitung, das Setting, die Zielgruppen, das Thema, die Problemstellung, die Ausgangslage, die Zielsetzung, die Methode, die konkrete Umsetzung, die Kooperation oder Koordination, die Übertragbarkeit, die Nachhaltigkeit, der Projektablauf, die Dokumentation, die Evaluation, das Budget, die Finanzierung, die Vollständigkeit und schließlich eine Zusammenfassung. Diese Kriterien bieten einen guten Anhaltspunkt für die Entwicklung eines qualitativvollen Gesundheitsförderungsprojekts. Die Checklist und die Qualitätskriterien von *Fonds Gesundes Österreich* zeigen eine starke Ähnlichkeit mit den Qualitätskriterien der im Kapitel 4.1 und Kapitel 4.2 beschriebenen Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente. Das bedeutet, dass *Fonds Gesundes Österreich* viele relevante Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung abdeckt

und durch eine Checkliste eine gute Möglichkeit gefunden hat, die ProjektleiterInnen bereits bei der Projektplanung zu unterstützen. Weitere Unterstützung bietet das Consulting Netzwerk und der Projektguide von *Fonds Gesundes Österreich*. Um die Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten weiter zu erhöhen, bietet *Fonds Gesundes Österreich* das Consulting Netzwerk an, welches den Projektverantwortlichen helfen soll, das Projekt zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Weiters bietet es Unterstützung in der Kommunikation, in der Dokumentation und in der Finanzierung (vgl. *Fonds Gesundes Österreich* 2009, S. 19).

Ein weiteres qualitätssicherndes Angebot, wie bereits erwähnt, ist eine eigens angelegte Website, welche der Unterstützung bei Projektvorhaben dienen soll. Der so genannte FGÖ-Projektguide, welcher 2007 entwickelt und 2008 online gestellt worden ist, soll helfen, die Qualitätsentwicklung der einzureichenden Gesundheitsförderungsprojekte voranzutreiben und das Beantragen von Fördergeldern zu vereinfachen. Im Jahresbericht 2008 von *Fonds Gesundes Österreich* wird der Projektguide als eine „webbasierte, interaktive Abwicklungs-, Kommunikations- und Kollaborationsplattform, über den nach seiner Fertigstellung im Jahr 2009 das gesamte Fördermanagement des *Fonds Gesundes Österreich* ablaufen soll“, beschrieben (*Fonds Gesundes Österreich* 2009, S. 127). Der Projektguide gliedert sich in unterschiedliche Kategorien. Dazu zählen die Abschnitte Antragssteller/in, Projektkonzept und Projektbudget, welche alle von den Projektverantwortlichen bearbeitet werden müssen (vgl. *Fonds Gesundes Österreich* 2008, S.1). Zu den Aufgaben des FGÖ-Projektguide zählen unter anderem die Informationsvermittlung über Förderkriterien und Projektplanung, die Einreichung der Gesundheitsförderungsprojekte über Internet, die Online – Begutachtung der Projekte von Seiten des *Fonds Gesundes Österreichs* und eine statistische Auswertung. Diese innovative Idee von *Fonds Gesundes Österreich* hat sowohl für die ProjektantragsstellerInnen als auch für *Fonds Gesundes Österreich* selbst gewinnbringenden Charakter. So kann unter anderem eine Vereinfachung und eine Qualitätssicherung bei der Antragseinreichung erzielt und sogleich eine effiziente Projektbegleitung von Seiten des *Fonds Gesundes Österreich* durchgeführt werden (vgl. *Fonds Gesundes Österreich* 2009, S. 127). Zusätzlich befinden sich beim Projektguide einige Hilfsinstrumente, Tools, Informationen, Vorlagen, Leitlinien und Literaturangaben, welche zur inhaltlichen Unterstützung der ProjektleiterInnen dienen sollen. Der Projektguide von *Fonds Gesundes Österreich* scheint eine innovative Idee zu sein, um ProjektleiterInnen von Gesundheitsförderungsprojekten

bereits bei der Planung der Projekte zu unterstützen und um wichtige Informationen bezüglich Qualitätskriterien und Best Practice zu vermitteln (nähere Informationen unter: <http://projektguide.fgoe.org/>).

Um Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten weiters sicher zu stellen beziehungsweise zu beobachten, werden von *Fonds Gesundes Österreich* in Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institut (LBI) Gesundheitsförderungsprojekte aufbereitet und evaluiert. Alle Gesundheitsförderungsprogramme, die in den letzten zehn Jahren von *Fonds Gesundes Österreich* gefördert worden sind, werden einer Metaevaluation unterzogen und nach bestimmten Kriterien systematisch analysiert. Danach werden die Ergebnisse zusammengefasst, als Grundlage für evidenzbasierte Erkenntnisse herangezogen und eventuell als Erweiterung des Kriterienkatalogs gesehen (vgl. *Fonds Gesundes Österreich* 2009, S. 85). Im *Fonds Gesundes Österreich - Jahresbericht 2008* wird erwähnt, dass die Projekte hinsichtlich der Aspekte Kapazitäten (Ressourcen, Personen und Strukturen), Interventionen/ Settings, verwendete Methoden, Implementierung (förderliche und hinderliche Faktoren), Ergebnisse, Nachhaltigkeit, Zielgruppe, Ziele, Partizipation und Dauer kodiert werden. Ebenso soll in der Metaevaluation geklärt werden, welche Annahmen über Wirkungsverläufe den Gesundheitsförderungsprojekten zugrunde liegen. Dazu wird einerseits das Schweizer Ergebnismodel, welches im Kapitel 4.1 kurz beschrieben wurde, adaptiert und andererseits der Referenzrahmen für Gesundheitsförderung von Saan / de Haes eingesetzt. Weiters soll geklärt werden, ob Interventionen, welche von ExpertInnen entwickelt werden, erfolgreicher sind als jene, welche von dem Projektteam selbst entwickelt wurden (vgl. *Fonds Gesundes Österreich* 2009, S. 85). Aus diesen Erkenntnissen erhofft sich *Fonds Gesundes Österreich* Best Practice Beispiele für verschiedene Bereiche der Gesundheitsförderung zu erhalten. *Fonds Gesundes Österreich* bietet auf Bundesebene eine gute Möglichkeit, Gesundheitsförderungsprojekte zu unterstützen und durch Teilfinanzierungen Budget zur Verfügung zu stellen. Durch die definierten Qualitätskriterien und die dazu nützlichen Instrumente wie die Checkliste für allgemeine Projekte oder den Projektguide gelingt es *Fonds Gesundes Österreich*, auf die Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten aufmerksam zu machen und ProjektleiterInnen zu animieren, ein wirkungsvolles Gesundheitsförderungsprojekt zu planen und umzusetzen. In einem nächsten Abschnitt wird auf Landesebene, nämlich in den Bundesländern Vorarlberg und Steiermark, auf Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten geblickt.

5.2.2 Gesundheitsförderung in der Steiermark im Vergleich zur Gesundheitsförderung in Vorarlberg

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Strukturen, Einrichtungen und Organisation der Bundesländer Steiermark und Vorarlberg aufgezeigt und beschrieben. Damit soll ein Überblick und eine Grundlage geschaffen werden, um die beiden Bundesländer in dieser empirischen Untersuchung vergleichen beziehungsweise gegenüber stellen zu können. Ebenso soll der Abschnitt eine Begründung darstellen, warum genau diese beiden Bundesländer in die empirische Untersuchung einbezogen werden.

a) Gesundheitsförderung in der Steiermark

Die Steiermark stellt ein Bundesland dar, welches die Potenziale der Gesundheitsförderung erkannt und Maßnahmen dafür gesetzt hat. So wird von *Fonds Gesundes Österreich* erwähnt, dass die Steiermark ein starker Kooperationspartner in der Gesundheitsförderung darstellt und als Pionierbundesland bekannt ist (vgl. *Fonds Gesundes Österreich* 2008, S. 13). *Fonds Gesundes Österreich* berichtet weiter, dass die Steiermark die höchste Fördersumme für alle Projekte erhalten hat und im Vergleich zu den anderen Bundesländern an erster Stelle liegt. Bis 2008 haben 96 steirische Gesundheitsförderungsprojekte eine Förderung bekommen und insgesamt sind mehr als vier Millionen Euro an Fördergeldern von *Fonds Gesundes Österreich* in steirische Gesundheitsförderungsprojekte investiert worden (vgl. *Fonds Gesundes Österreich* 2008₁, S. 1). Die Steiermark stellt eine sehr aktive Gesundheitsförderungslandschaft dar und ist in der Landesregierung durch eine eigene Fachabteilung vertreten. Aus einem Dokument des Landes Steiermark ist ersichtlich, dass es der Steiermark durch unterschiedliche Organisationen und Einrichtungen wie dem Institut für Sozialmedizin oder Styria Vitalis in Graz gelingt, Gesundheitsförderungsprojekte in der Steiermark zu planen und umzusetzen. Um Gesundheitsförderung in der Steiermark gewährleisten zu können, wurden in Zusammenarbeit vom Land Steiermark, der Gesundheitsplattform Steiermark und dem Joanneum Gesundheitsziele sowie ein Maßnahmenkatalog entwickelt. Diese Gesundheitsziele sind an den Strategien der WHO orientiert und umfassen unterschiedliche Gesundheitsdeterminanten (vgl. Land Steiermark 2007, S. 2). Damit ein effektiver Maßnahmenkatalog erstellt werden konnte, war es notwendig, den Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Steiermark zu erfassen und die bisherigen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zu erheben. Darauf aufbauend wurden wissenschaftlich basierte

Ziele und Maßnahmen für die Gesundheitsförderung entwickelt (vgl. Land Steiermark 2007, S. 3). Folgende Ziel wurden für die Steiermark definiert:

- Gesunde Lebensverhältnisse schaffen, wie etwa die Gesundheitsbedingungen in der Arbeit verbessern oder gesundes Lernen fördern.
- Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben entwickeln, das heißt unter anderem, in Ernährung und Bewegung zu investieren, den Tabakkonsum zu verringern oder ein selbstbestimmtes Leben in der Familie zu ermöglichen.
- Das Gesundheitssystem gesundheitsfördernd ausrichten, was unter anderem eine PatientInnenorientierung oder ein Qualitätsbewusstsein beinhalten (vgl. ebd., S. 3)

Weiters wird in dem Dokument, welches die Gesundheitsziele Steiermark zum Inhalt hat, die Qualität von Projekten erwähnt und darauf aufmerksam gemacht, dass Gesundheitsförderungsprojekte für die erfolgreiche Umsetzung der Gesundheitsziele Qualitätskriterien erfüllen müssen. Dazu zählen unter anderem die Bedarfsorientierung, gesicherter Nutzen für die Zielgruppe, der salutogenetische Ansatz, Zielgruppenformulierung, Zielsetzungen, Kenntnisse über Rahmenbedingungen und Partizipation der Zielgruppe (vgl. ebd., S. 28). Diese Gesundheitsziele der Steiermark können bei der Planung eines Gesundheitsförderungsprojekts hilfreich sein und einen Beitrag zur gesundheitspolitischen Diskussion beitragen. Wie bereits erwähnt, ist Styria Vitalis neben vielen anderen Einrichtungen, die sich der Gesundheitsförderung und der Prävention widmen, eine der führenden Organisationen in der Steiermark. Styria Vitalis nennt auf ihrer Website, dass ihr Ziel die Konzeption, Planung, Umsetzung und Evaluierung von gesundheitsfördernden und präventiven Projekten und Programmen ist. Damit ist die Gesundheitsförderung und Prävention Aufgabe von Styria Vitalis die sich seit ihrer Gründung 1972 bemüht, die Menschen in ihrem Lebensraum wie Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz und Region beziehungsweise Gemeinde zu unterstützen und zu begleiten. Styria Vitalis stellt also eine Organisation dar, welche stellvertretend für viele Einrichtungen, sich der Gesundheitsförderung in der Steiermark widmet und durch die Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten die Gesundheitsförderung in der Steiermark präsent macht. Weiters werden in der Öffentlichkeit Kongresse, Symposien, Konferenzen und Veranstaltungen mit gesundheitsfördernden Themen veranstaltet und so die Steiermark zu einem internationalen Standort der Gesundheitsförderung gemacht. Ein Beispiel für eine Veranstaltung mit gesundheitsförderndem Charakter war die 2009 veranstaltete 4. steirische Gesundheitskonferenz, welche die Qualität des Gesundheitswesens zum Inhalt hatte. Neben Kongressen und Veranstaltungen spielt auch

der Public Health Universitätslehrgang der Medizinischen Universität Graz eine wichtige Rolle, um die Steiermark national und international in Themen der Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt zu rücken. Einen weiteren wichtigen Beitrag zur Bewusstseinsbildung der Gesundheitsförderung tragen unter anderem der Gesundheitsbericht und der Frauengesundheitsbericht der Steiermark bei.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Steiermark in der Gesundheitsförderung durch eine Vielzahl an Einrichtungen, Organisationen, Konferenzen, Kongressen und Lehrgängen, die an gesundheitsfördernden Inhalten interessiert sind, die Gesundheitsförderung in der Steiermark beziehungsweise auch in Österreich vorantreibt. Es ist ersichtlich, dass durch die Entwicklung von steirischen Gesundheitszielen das Land Steiermark bemüht ist, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern und durch Initiativen, welche in den Settings Betrieb, Schule, Kindergarten und Region angesiedelt sind, die Menschen in ihren Lebenswelten zu unterstützen, zu begleiten und sie zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren. Es wird jedoch trotzdem notwendig sein, die Gesundheitsförderung in der Steiermark weiter auszubauen, zu vernetzen und Menschen zu qualifizieren, die die Gesundheitsförderung auch evidenzbasiert unterstützen können. In einem nächsten Abschnitt wird das Bundesland Vorarlberg hinsichtlich seiner gesundheitsförderlichen Aktivitäten und Bemühungen betrachtet.

b) Gesundheitsförderung in Vorarlberg

Vorarlberg stellt in Österreich flächenmäßig das zweitkleinste Bundesland dar und liegt im Westen Österreichs. Organisationen, Einrichtungen und die Regierung in Vorarlberg ergreifen seit vielen Jahren Initiativen für die Gesundheitsförderung und entwickeln stets neue Strategien, um die Bevölkerung in Vorarlberg für gesundheitsförderndes Verhalten zu motivieren (vgl. Fonds Gesundes Vorarlberg 2003, S. 1). So erwähnt die Landesregierung stolz, dass die Lebenserwartung der Vorarlberger und Vorarlbergerinnen zu der höchsten in ganz Europa zählt und auch über dem Bundesdurchschnitt liegt (vgl. Vorarlberger Landesregierung 2002, S. 22). Eine Umfrage im Jahre 1999 brachte weiters das Ergebnis, dass sich die Bevölkerung in Vorarlberg durchschnittlich wohler und gesünder fühlt als die EinwohnerInnen der anderen Bundesländer. Gleichzeitig ist, nach eigenen Angaben der Bevölkerung, das Gesundheitsverhalten der VorarlbergerInnen nicht besonders ausgeprägt und unterscheidet sich demnach nicht stark von dem der anderen Bundesländer. Ein Unterschied ist jedoch bei den jährlichen Gesundheitsuntersuchungen zu erkennen, denn

die Bevölkerung in Vorarlberg liegt um zehn Prozent über den österreichischen Durchschnitt. Das bedeutet, dass sich die Bevölkerung in Vorarlberg häufiger Gesundheitsuntersuchungen unterzieht (vgl. Vorarlberger Landesregierung 2002, S. 27 - 30). Welche Gründe dafür ausschlaggebend sind, ist aus dem Gesundheitsbericht nicht ersichtlich, es lässt aber die Annahme zu, dass in Vorarlberg eine verstärkte Aufklärungsarbeit geleistet wird und das präventive Gesundheitsverhalten eine wichtige Rolle einnimmt. Im Gesundheitsbericht der Vorarlberger Landesregierung 2002 wird weiters erwähnt, dass Vorarlberg nicht nur national in der Gesundheitsförderung beziehungsweise in gesundheitlichen Indikatoren eine Spitzenstellung einnimmt. Vorarlberg besitzt ein flächendeckendes vernetztes Gesundheitswesen und kann laut Landesregierung als Vorreiterbundesland bezeichnet werden (vgl. Vorarlberger Landesregierung 2002, S. 3). Diese Fakten zeigen bereits, dass das westlichste Bundesland Österreichs für die Gesundheitsförderung sensibel ist und dem präventiven Verhalten eine wichtige Rolle zuschreibt. Wie in der Steiermark gibt es auch in Vorarlberg eine Vielzahl von Organisationen, die Gesundheitsförderungsprojekte unterstützen, planen, durchführen und evaluieren. So zählt der Fonds Gesundes Vorarlberg zu den wichtigsten Vereinen in Vorarlberg, der das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung positiv beeinflussen möchte. Der *Fonds Gesundes Vorarlberg* wurde von der Landesregierung Vorarlberg in Kooperation mit der Vorarlberger Gebietskrankenkasse gegründet und widmet sich der Gesundheitsförderung und Prävention. Unter dem Namen „Rundum g’sund“ hat sich der Fonds zum Ziel gesetzt, ein positives und ganzheitliches Gesundheitsverständnis zu verbreiten und dabei Gesundheitsförderungsprojekte zu unterstützen (vgl. Fonds Gesundes Vorarlberg 2005, S.1f.). Einen besonderen Stellenwert stellt die betriebliche Gesundheitsförderung in Vorarlberg dar, welche durch die Verleihung eines Gesundheitspreises honoriert wird. Initiatoren dieses Preises sind die Plattform „Betriebliche Gesundheitsförderung Vorarlberg“, die „Mercur Versicherung“ und die „Vorarlberger Landes- und Hypothekenbank AG“, die dafür sorgen, dass Betriebe mit guten gesundheitsfördernden Projekten ausgezeichnet werden (vgl. Plattform Betriebliche Gesundheitsförderung 2008, S. 1). So gibt es weiters auch eine Plattform der Gesundheitsförderung, die auf Initiative der Landesregierung in Vorarlberg gegründet wurde und den AkteurInnen der Gesundheitsförderung die Möglichkeit des Austausches und der Vernetzung bietet. Zusätzlich soll durch die Plattform die Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung geschehen (vgl. Fonds Gesundes Vorarlberg 2003, S. 1). Abschließend kann festgehalten werden, dass das

Bundesland Vorarlberg eine Region darstellt, die im Gesundheitsverhalten und -bewusstsein zwar nicht unbedingt über dem österreichischen Durchschnitt liegt, aber durch eine hohe Lebenserwartung und ein hohes Maß an Wohlfühl eine besondere Stellung in Österreich einnimmt. Das Bundesland versucht durch Initiativen wie den Gesundheitspreis und Plattformen den Menschen Gesundheitsförderung und deren positiven Nutzen näher zu bringen. Es ist zu erkennen, dass es dem kleinen Bundesland Vorarlberg mit unterschiedlichen Organisationen und mit der Unterstützung der Landesregierung gelingt, der Bevölkerung ein gesundheitsförderndes Verhalten attraktiv zu machen.

Wie die theoretische Betrachtung der Bundesländer Steiermark und Vorarlberg zeigt, sind beide Bundesländer bemüht, Gesundheitsförderung zu etablieren und Gesundheitsförderungsprojekte umzusetzen. Zum einem sei erwähnt, dass die Steiermark die meisten Fördergelder für Gesundheitsförderungsprojekte von *Fonds Gesundes Österreich* erhalten hat und Spitzenreiter in der Umsetzung von Projekten ist, zum anderen kann festgehalten werden, dass Vorarlberg mit einer überdurchschnittlichen Lebenserwartung und der Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsuntersuchungen eine Vorreiterrolle in Österreich einnimmt. Diese und ähnliche Tatsachen veranlassten dazu, in dieser empirischen Untersuchung sich diesen beiden Bundesländern zu widmen und einen Vergleich der Steiermark und Vorarlberg bezüglich Qualität in Gesundheitsförderungsprojekten anzustreben. In einem nächsten Abschnitt wird aufgezeigt, wie die Auswahl der Stichprobe erfolgte und welche Ein- beziehungsweise Ausschlusskriterien herangezogen wurden.

5.3 Stichprobenauswahl

Die Auswahl der Stichprobe für die vorliegende empirische Studie erfolgte über *Fonds Gesundes Österreich*. Dazu wurden die Gesundheitsförderungsprojekte einerseits über die Projektdatenbank und andererseits über die Jahresberichte von *Fonds Gesundes Österreich* ausgewählt. Die Projektverantwortlichen der einzelnen Gesundheitsförderungsprojekte konnten so ermittelt und für die Online – Befragung zugänglich gemacht werden. Wie bereits in Kapitel 5.2.1.1 beschrieben, stellt eine Projektkategorie von *Fonds Gesundes Österreich* die „praxisorientierten Projekte“ dar. *Fonds Gesundes Österreich* beschreibt praxisorientierte Projekte als Pilotprojekte, die einerseits einen innovativen Charakter besitzen und andererseits dort ansetzen, wo Menschen leben oder arbeiten (vgl. Hörhan et al. 2008, S. 39). Diese praxisorientierten Projekte stellen daher durch ihre Innovation und

ihre Nähe zu den Menschen eine geeignete Projektkategorie dar, um sie als Stichprobe auszuwählen. Das bedeutet, dass ausschließlich praxisorientierte Projekte von *Fonds Gesundes Österreich* in die Stichprobe aufgenommen wurden. Weitere Projektkategorien von *Fonds Gesundes Österreich* wie Weiterbildungen/ Fortbildungen, Netzwerke oder Tagungen wurden nicht in die Stichprobe integriert. Bei der Stichprobe wurden alle Settings, die bei den praxisorientierten Projekten berücksichtigt und in denen gesundheitsfördernde Aktivitäten durchgeführt wurden, mit eingeschlossen. Die Settings umfassen daher die Schule, den Kindergarten, das Krankenhaus, das Pensionistenwohnheim, die Region beziehungsweise den Bezirk als auch den Betrieb. Weiters werden sowohl Gesundheitsförderungsprojekte aufgenommen, die abgeschlossen oder noch in Durchführung sind. Das bedeutet, dass sowohl laufende als auch abgeschlossene Projekte akzeptiert werden. Da *Fonds Gesundes Österreich* seit 1999 gesundheitsfördernde Projekte unterstützt und unser Forschungsinteresse dahingehend ausgerichtet ist, festzustellen, ob Gesundheitsförderungsprojekte im Laufe der letzten Jahre an Qualität zugenommen haben, erstreckt sich der Zeitraum auf Gesundheitsförderungsprojekte, die von 1999 bis 2008 bei *Fonds Gesundes Österreich* eingereicht wurden. Durch diese breite Zeitspanne soll es möglich sein, eine hohe Stichprobengröße zu erreichen, um statistische Auswertungen vollziehen zu können. Ein weiteres Kriterium, welches bei der Auswahl der Stichprobe von Bedeutung ist, ist die Auswahl des Bundeslandes. Da in der Arbeit ein Vergleich zwischen der Steiermark und Vorarlberg angestrebt wird, ist es notwendig, in diesen beiden Bundesländern die Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten zu erheben. Alle anderen Bundesländer beziehungsweise bundesländerübergreifende Gesundheitsförderungsprojekte wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen und nehmen daher auch nicht an der Online - Befragung teil. Ebenso soll die Größe des Gesundheitsförderungsprojekts kein Ausschlusskriterium darstellen und somit werden sowohl kleine als auch große Projekte in der Stichprobe berücksichtigt.

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass folgende Einschlusskriterien für die Stichprobenauswahl von Bedeutung sind:

1. Gesundheitsförderungsprojekte, die bei *Fonds Gesundes Österreich* um eine Teilfinanzierung angesucht haben und dabei als praxisorientierte Projekte definiert wurden.

2. Alle Settings, die in praxisorientierten Projekten vorkommen. Die Projekte orientieren sich vorwiegend an der betrieblichen Gesundheitsförderung, an der regionalen Gesundheitsförderung und am Setting Schule. Aber auch Kindergärten, Krankenhäuser und Pensionistenwohnheime zählen zu den Bereichen, in denen Gesundheitsförderung stattfindet.
3. Der Projektstatus ist für den Einschluss in die Stichprobe irrelevant. Sowohl abgeschlossene als auch laufende Projekte werden in die Stichprobe aufgenommen.
4. Der Zeitraum der Projekte erstreckt sich von 1999 bis 2008. Alle Projekte, die in diesem Zeitraum bei *Fonds Gesundes Österreich* eingereicht wurden, sind Teil der empirischen Untersuchung.
5. Gesundheitsförderungsprojekte aus den Bundesländern Steiermark und Vorarlberg werden berücksichtigt.
6. Sowohl Gesundheitsprojekte kleiner, mittlerer und großer Kategorie werden in die Stichprobe integriert.

Durch diese Festlegung der Einschlusskriterien stellt die empirische Untersuchung eine Vollerhebung dar, da alle praxisorientierten Gesundheitsförderungsprojekte aus der Steiermark und aus Vorarlberg in die Stichprobe aufgenommen wurden. Jedoch muss festgehalten werden, dass aufgrund fehlender oder alter Kontaktadressen nicht alle Verantwortlichen der Gesundheitsförderungsprojekte angeschrieben werden konnten und so aus der ursprünglichen Stichprobe genommen wurden. Zusätzlich wurden alle ausgewählten Projekte einer Vertreterin von *Fonds Gesundes Österreich* vorgelegt, welche die Projekte noch einmal auf ihre Aktualität hin überprüft hat. Schließlich wurden dadurch insgesamt 103 Gesundheitsförderungsprojekte aus der Steiermark und aus Vorarlberg identifiziert und für die Online – Befragung ausgewählt.

5.4 Datenerhebungsmethode

Die Datenerhebung erfolgt mittels einer schriftlichen Online-Befragung. Wie in Kapitel 4.3 ausführlich anhand des Vergleichs ausgewählter Qualitätsmessinstrumente für die Gesundheitsförderung dargelegt, eignet sich keines dieser Instrumente für die Forschungszwecke der vorliegenden Untersuchung. Daher wurde in Anlehnung an diese bestehenden Instrumente ein Fragebogen konstruiert. Im folgenden Abschnitt wird daher zunächst die Methodik der schriftlichen Befragung beschrieben, indem auf die zu berücksichtigenden Aspekte bei der Fragebogenkonstruktion für die vorliegende Untersuchung eingegangen wird, außerdem erfolgt eine Darstellung des eingesetzten

Fragebogens. Anschließend werden methodische Gesichtspunkte der Online-Befragung aufgezeigt, sowie deren Vor- und Nachteile diskutiert. Im Zuge dessen wird auch auf die konkrete Durchführung der schriftlichen Online-Befragung im Rahmen der vorliegenden Untersuchung eingegangen. Dazu soll auch das eingesetzte Online-Tool beschrieben werden.

5.4.1 Fragebogenkonstruktion und -darstellung

Die Methodik der schriftlichen Befragung setzt in der Regel eine sprachlich klar strukturierte Vorlage zur Beurteilung von Verhaltensweisen, Merkmalen oder Eigenschaften ein, indem die Befragten festgelegte Antwortmöglichkeiten auf klar vorgegebene Fragen auswählen (vgl. Konrad 2005, S. 63). Bei schriftlichen Fragebögen handelt es sich demnach häufig um voll- bzw. teilstandardisierte Befragungen, die entweder Aussagen über Fakten/ Wissen/ Kenntnisse, Meinungen/ Einstellungen oder die Persönlichkeit der Befragten zum Inhalt haben. Nach Festlegung der Forschungsziele, Forschungsfragen und -hypothesen einer Studie sollte mit der Fragebogenkonstruktion begonnen werden, der bei der Methodik der schriftlichen Befragung die größte Zeit gewidmet werden sollte (vgl. Diekmann 2005, S. 414). Zur Fragenformulierung wurden bereits zahlreiche Regeln und Gebote von den unterschiedlichsten sozialwissenschaftlichen AutorInnen entwickelt (vgl. Diekmann 2005, Konrad 2005, Kirchhoff et al. 2008, Porst 2008). In Anlehnung an Konrad (2005) wird nach folgenden Schritten bei der Fragebogenkonstruktion vorgegangen, die auch bei der Fragebogenkonstruktion des Fragebogens für die vorliegende Untersuchung berücksichtigt wurden (S. 82-104): Im ersten Schritt *Bestimmung der Form des Fragebogens* geht es um die Festlegung auf eine thematische Gliederung sowie um den Umfang des Fragebogens, d.h. die ungefähre Befragungsdauer. Auch sollten bereits Überlegungen zum grafischen Aufbau des Fragebogens erfolgen. Ein Fragebogen sollte nach folgendem Schema aufgebaut sein (vgl. Porst 2008, S. 34): Die erste Seite des Fragebogens ist die Titelseite und umfasst die Vorstellung des durchführenden Instituts oder Auftraggebers/ der Auftraggeberin, die Einführung in die Inhalte des Fragebogens, den Hinweis auf das Stichprobenverfahren, die Anonymität und den Datenschutz sowie den Dank für die Teilnahme. Diese Seite sollte ein Blickfang sein, um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen. Auf der Rückseite der Titelseite eines schriftlichen Fragebogens sollten sich „Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens“ befinden beziehungsweise die Erläuterung wichtiger Begriffe (vgl. Porst 2008, S. 45). Anschließend folgen die einzelnen Fragen des Fragebogens. Dabei sind vor allem Regeln

für die Einstiegsfragen zu berücksichtigen, die als „Eisbrecher-Fragen“ beziehungsweise „Aufwärmfragen“ gestaltet und auf keinen Fall Filterfragen sein sollten (vgl. ebd., S. 136). Die Logik des Befragungsablaufes muss zudem für die Befragungspersonen nachvollziehbar sein (vgl. Porst 2008, S. 142). Fragen zum gleichen Thema sollten daher in Fragenblocks zusammengefasst werden. Beim Übergang sollten überleitende Floskeln beziehungsweise themenspezifische Überschriften verwendet werden. Demografische Fragen sowie heikle Fragen sollten am Ende des Fragebogens platziert werden. Die letzte Seite des Fragebogens sollte ebenso ansprechend gestaltet sein und mit einem Dankeschön enden beziehungsweise Platz für Anmerkungen der Befragten enthalten (vgl. ebd., S. 157).

Im zweiten Schritt *Bestimmung der Frageformen* sollten die diversen Typen von Fragen für den Fragebogen festgelegt werden. Fragebogen-Fragen lassen sich anhand des Inhalts und der Form voneinander unterscheiden (vgl. Porst 2008, S. 51). Nach inhaltlichen Gesichtspunkten unterteilt man Fragen nach Einstellungen und Meinungen, Überzeugungen und Wertorientierungen, Wissen und Verhalten oder Merkmalen der Befragungspersonen (vgl. Diekmann 2005, Kirchhoff et. al 2008, Porst 2008). Nach formellen Gesichtspunkten werden geschlossene, halboffene und offene Fragen voneinander unterschieden (vgl. Diekmann 2005, Kirchhoff et. al 2008, Porst 2008). Es gibt keinen wissenschaftlichen Konsens darüber, ob geschlossene Fragen offenen Fragen vorzuziehen sind (vgl. Porst 2008, S. 63). Offene Fragen sind meistens dann einzusetzen, wenn der Befragungsgegenstand sehr neu ist, das Universum der möglichen Antworten unbekannt oder sehr groß ist und wenn eine Lenkung der Befragten in eine bestimmte Richtung vermieden werden soll (vgl. ebd., S. 64). Im dritten Schritt *Bestimmung der Antwortformate* geht es um die Festlegung auf die Antwortkategorien und -items der Fragen. Die Antwortformate sind teilweise bereits durch die Bestimmung der Form der Fragetypen vorgegeben, d.h. inwieweit geschlossene, halboffene oder offene Fragen eingesetzt werden. Bei den Antwortformaten ist vor allem die Frage nach der Art des Differenzierungsvermögens, also die Anzahl der Skalenstufen entscheidend. Bei geschlossenen Fragen können folgende Antwortkategorien eingesetzt werden: Ja-Nein-Fragen, Alternativfragen, Auswahlfragen wie Rating oder Ranking und Fragen mit Mehrfachantworten (vgl. Diekmann 2005, S. 408). Bei sozialwissenschaftlichen Fragebögen werden meistens nachstehende Aspekte bei den Antwortformaten sprich Skalen berücksichtigt (vgl. Porst 2008, S. 77-94):

- *Verbalisierte vs. endpunktbenannte Skalen:* Verbalisierte Skalen sind mit einer verbalen Benennung gekennzeichnet. Endpunktbenannte Skalen verzichten hingegen auf die Verbalisierung jedes einzelnen Skalenpunktes und benennen nur die beiden extremen Skalenpunkte.
- *Gerade vs. ungerade Skalen:* Bei geraden Skalen ist die Anzahl der Skalenpunkte geradzahlig während ungerade Skalen auch einen Skalenmittelpunkt haben (Problem Fluchtkategorie).
- *Skalenbreite:* Die Breite der Skala ist abhängig von der vermuteten Abstraktionsfähigkeit der potentiellen Befragungspersonen, sollte allerdings nie breiter als 10 Skalenpunkte sein. Zu enge Skalen sind ebenfalls ungünstig, da sie eine Aussage nicht hinreichend differenziert beurteilbar machen.
- *Richtung der Skala:* Die Skala kann von links nach rechts, d.h. vom niedrigsten Skalenwert zum höchsten Skalenwert oder umgekehrt beschrieben werden.
- *Dimensionalität der Skala:* Man unterscheidet eindimensionale Skalen und zweidimensionale Skalen.

Als optimale Antwortskala in Fragebögen haben sich vor allem endpunktbenannte Skalen mit 5 bis 7 Skalenpunkten bewährt. Die Richtung sollte „von links nach rechts“ erfolgen und die Verbalisierung des linken Extrempunktes mit negativen Begriffen oder Zeichen sollte vermieden werden (vgl. Porst 2008, S. 92). Der vierte Schritt *Festlegung des Skalenniveaus der Frage* betrifft die Frage nach der Messung der Antworten, die bereits in Abhängigkeit von den Frageformen und Antwortformaten festgelegt wird. Dies ist vor allem für die spätere statistische Auswertung von Bedeutung. Es können Nominal-Skalen, Ordinal-Skalen, Intervall-Skalen oder Ratio-Skalen eingesetzt werden (vgl. Porst 2008, S. 69ff.). Im fünften Schritt *Bestimmung des Inhalts der Fragen* sollen gebunden an die Untersuchungsziele und unter Bezugnahme auf unterschiedliche Quellen wie Theorien, vorhandene Fragebögen/ Instrumente, eigene Erfahrungen, Voruntersuchungen, Experten und Literaturstudium die Fragen inhaltlich formuliert werden. Nach Fertigstellung des Fragebogens erfolgt im abschließenden sechsten Schritt *Revision der Items und Fragen durch Pretest* die Überprüfung des konstruierten Fragebogens hinsichtlich der Verständlichkeit der Fragen und Übersichtlichkeit des Fragebogens, aber auch in Bezug auf die Gütekriterien Validität und Reliabilität (Konrad 2005, S. 94). Der Pretest ermittelt zudem die durchschnittliche Befragungszeit, die Überprüfung der Itembatterien und die Prüfung von Fragebogenkontexteffekten (Diekmann 2005, S. 415f.).

Nach diesem Exkurs über die Fragebogenkonstruktion erfolgen noch, vor der Darstellung des Fragebogens der vorliegenden Untersuchung, der Hinweis auf mögliche Fehlerquellen bei der Fragebogenkonstruktion sowie die Vor- und Nachteile einer schriftlichen Befragung, die ebenso ihre Berücksichtigung bei der Gestaltung des Fragebogens für die vorliegende Untersuchung fand. Es können besondere Fragetypen und Formate Einfluss auf die Fragebogengestaltung haben, wie etwa die Art der Quantifizierung der Antwortmöglichkeiten, die Art der Vergleichsrichtung beim Vergleich von Objekten, fiktive oder heikle Fragen, die Gestaltung des grafischen Formats oder auch die Reihenfolge der Fragen (vgl. Porst 2008, S. 115ff). Konrad (2005) identifiziert des Weiteren den Informationsstand des Befragten, die Mehrdimensionalität bei Fragen und Antwortvorgaben, die Fragen-Anordnung und verzerrte Fragen (in Form von Suggestionen, Unterstellungen oder unvollständigen Vorgaben) als Fehlerquellen bei schriftlichen Befragungen (S. 76ff.). Auch Diekmann (2005) weist auf zu beachtende Fehlerquellen bei schriftlichen Befragungen hin, nämlich die nicht ausreichende Berücksichtigung der Befragten- und der Fragemerkmale (vgl. Diekmann 2005, S. 382). In Tabelle 4 sind die Vor- und Nachteile der Fragebogenmethode dargestellt (vgl. Konrad 2005, Diekmann 2005). Sie zeigen auch auf, welche Einschränkungen bei den Ergebnissen einer Fragebogenerhebung zu erwarten sind.

Vorteile	Nachteile
Erreichung einer größeren Stichprobe	häufig niedrige Rücklaufquote (ca. 15-30%)
Zeit- und Kostenersparnis (durch geringeren Personalaufwand, schnellerer Datenerhaltung,...)	Notwendigkeit einer aufwendigen Fragebogenkonstruktion
Ermöglichung einer Befragung geographisch verstreuter Personen	<ul style="list-style-type: none"> - Adressen müssen vorab verfügbar sein - stark interessierte Personen beantworten den Fragebogen eher - Unkenntnis über die Art der Ausfälle
Ausschaltung des Einflusses von InterviewerInnen	<ul style="list-style-type: none"> - Unkontrollierbarkeit der Erhebungssituation - bei Verständnisproblemen erfolgt keine Hilfe durch den Interviewer
Befragung ohne zeitliche Verbindlichkeiten für Befragte	unvollständige Fragebogenausfüllung möglich

Tabelle 4: Vor- und Nachteile der Fragebogenmethode

Für die Fragebogenkonstruktion des Fragebogens für die vorliegende Untersuchung wurden wie bereits angedeutet Ideen zum Fragebogaufbau und Fragetypen und -inhalten aus einschlägiger sozialwissenschaftlicher Literatur, insbesondere Methodenhandbücher aufgegriffen (vgl. Diekmann 2005, Kirchhoff et al. 2008, Konrad 2005, Porst 2008). Die Fragen des Fragebogens stammen zudem einerseits aus bestehenden Instrumenten wie dem Interactive Domain Model, quint-essenz, Quality in Prevention, Public Health Action Cycle, Preffi 2.0 und European Quality Instrument for Health Promotion sowie dem entwickelten Qualitätskriterienkatalog auf Basis der Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente der Gesundheitsförderung (siehe ausführlich Kapitel 4) und andererseits aus dem Literaturstudium zum Thema Qualität in der Gesundheitsförderung (siehe ausführlich Kapitel 1, 2 und 3). Der Fragebogen folgt dem formalen Aufbau nach Porst (2008) und sollte in 15 bis 20 Minuten beantwortbar sein. Die Fragen betreffen inhaltlich vorwiegend Meinungs- und Einstellungsfragen (Sichtweisen über Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten), aber auch Fakt- und Wissensfragen (Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten). Hierbei sei anzumerken, dass versucht wurde, die Fehlerquelle der sozialen Erwünschtheit durch die Vermeidung von Suggestivfragen zu minimieren, die gerade bei Qualitätsfragen von erheblicher Bedeutung sind. Formal wurden hauptsächlich geschlossene und halboffene Fragen eingesetzt. In Ausnahmefällen wurden auch offene Fragen in den Fragebogen miteinbezogen. Auch bei den Antwortskalen wurde die Empfehlung von Porst (2008) berücksichtigt, d.h. maximal 7 Skalenpunkte und vorwiegend endpunktbenannte Skalen. Die Antwortformate des Fragebogens sind überwiegend Ratingformate, daneben Ja-Nein-Fragen und Fragen mit Mehrfachantworten. Der Fragebogen enthält demnach ausschließlich Nominal- und Ordinalskalen. Folgende thematische Blöcke umfasst der konstruierte Fragebogen für die vorliegende Untersuchung:

– *Themenblock I: Projektspezifische Daten*

Im Rahmen dieses ersten Themenblocks werden Fragen zum durchgeführten Gesundheitsförderungsprojekt zur Erfassung der Eckdaten gestellt. Insgesamt umfasst dieser Themenblock acht Fragen über das Setting des Gesundheitsförderungsprojekts, dessen Zielgruppen, das Bundesland, den Projektstatus, das Jahr des Projektbeginns, die zeitliche Dauer des Projekts, die Größe des Projekts und die Anzahl der MitarbeiterInnen im Projektteam.

- *Themenblock II: Strukturqualitätskriterien von Gesundheitsförderungsprojekten*
Der zweite Themenblock des Fragebogens beinhaltet Fragen, die die Umsetzung von Strukturqualitätskriterien im Gesundheitsförderungsprojekt, sowie die Sichtweisen darüber zum Inhalt haben. Dazu zählen Fragen zu den Qualitätskriterien Berücksichtigung des Konzepts Gesundheitsförderung, Analyse und kontextueller Rahmen des Gesundheitsproblems, Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention und schließlich die Festlegung der personellen, finanziellen und organisatorischen Ressourcen.
- *Themenblock III: Prozessqualitätskriterien von Gesundheitsförderungsprojekten*
Im Zuge des dritten Themenblocks des Fragebogens werden Fragen über die Umsetzung von Prozessqualitätskriterien im Gesundheitsförderungsprojekt und die Sichtweisen darüber erfragt, indem Fragen zu den beiden Qualitätskriterien Ausrichtung der Implementierung der Intervention und Einsatz von Projektmanagementmethoden gestellt werden.
- *Themenblock IV: Ergebnisqualitätskriterien von Gesundheitsförderungsprojekten*
Der vierte Themenblock des Fragebogens enthält Fragen über die Umsetzung und Sichtweisen zu den beiden Qualitätskriterien Prüfung der Wirksamkeit der Intervention und Beitrag zur Nachhaltigkeit des Gesundheitsförderungsprojekts. Diese zählen zu den Ergebnisqualitätskriterien von Gesundheitsförderungsprojekten.
- *Themenblock V: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderungsprojekten Allgemein*
Im abschließenden Themenblock wird erfragt, welche Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung den ProjektleiterInnen bekannt sind, welche Unterstützungsmaßnahmen sie sich bei ihrer Projektarbeit wünschen würden und ob sie noch wichtige Anmerkungen in Bezug auf das Thema haben. Zudem wurden im Rahmen dieses allgemeinen Themenblocks auf Wunsch des *Fonds Gesundes Österreich* Fragen zu deren neu entwickeltem Projektguide gestellt.

Der konstruierte Fragebogen (siehe Printversion des Fragebogens im Anhang 1) wurde schließlich als eine schriftliche Online-Umfrage konzipiert und vorgetestet. Im folgenden Abschnitt wird daher näher auf die Methodik der Online-Befragung eingegangen.

5.4.2 Online-Forschung und schriftliche Online-Befragung

Online-Forschung ist ein interdisziplinäres Forschungsfeld, bei dem die Fachbereiche Psychologie (Sozial- und Kognitionspsychologie), Informatik (Telematik, Wirtschaftsinformatik), Informationswissenschaft, Wirtschaftswissenschaft (E-Business, Wissensmanagement), Soziologie (Mediensoziologie, Wissenssoziologie) und Medien- und Kommunikationswissenschaft (Computervermittelte Kommunikation) beteiligt sind. Online-Forschung ist demnach keine überwiegend technisch geprägte Disziplin, sondern eine interdisziplinäre Markt-, Media- und Sozialforschung. Bereits 1995 kam es in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu einer Professionalisierung der Online-Forschung (vgl. Welker & Matzat 2008, S. 33f.). Dieses Forschungsfeld weist einen doppelten Bezug zum Internet auf, nämlich als Methode und Instrument (Online-Forschungsmethoden) und als Gegenstand (Online-Medien, NutzerInnen, Gebrauchs- und Verhaltensweisen, soziale und psychologische Auswirkungen der Online-Kommunikation) (vgl. ebd., S. 36). Im Folgenden wird vorwiegend auf die Online-Forschungsmethoden eingegangen, im Speziellen auf schriftliche Online-Befragungen, die als Forschungsmethodik für die vorliegende Untersuchung eingesetzt wurden.

Die Online-Befragung gehört zu den am häufigsten eingesetzten Datenerhebungsmethoden im Rahmen der Online-Forschung und wird mittlerweile als gängige Methode der Datengewinnung akzeptiert (vgl. Welker / Matzat 2008, S. 45). Ungefähr seit Mitte der 1990er Jahre hat die Methode der Online-Befragung rasch an Popularität und Bedeutung gewonnen. Vor allem die technischen Entwicklungen führte dazu, dass Online-Befragungen einen immer höheren Stellenwert einnehmen (vgl. Konrad 2005, S. 66). Die Online-Forschung erhält jedoch auch Antrieb durch die wachsende Online-Kompetenz und ausgereifere technische Ausstattung der Bevölkerung (vgl. Welker / Matzat 2008, S. 44). Die starke Verbreitung der Online-Befragung zeigt sich an der kaum mehr zu überschaubaren Anzahl von Online-Umfragen diverser Art. Viele dieser Online-Befragungen werden jedoch von nicht-professionellen NutzerInnen zu Unterhaltungszwecken eingesetzt oder zur kommerziellen Markt- und Meinungsforschung (vgl. Zerback et al. 2008, S. 15). Allerdings setzen auch die Sozialwissenschaften zunehmend auf die Datenerhebungsmethode Online-Befragung und nutzen diese als neuen Kommunikationskanal zur Verbreitung schriftlicher Fragebögen. Dies ist vor allem durch technische und ökonomische Vorteile wie Rationalisierungseffekte oder automatische

Konsistenzprüfungen bedingt (vgl. Vogt 1999, S. 127). Weitere Vorteile und auch zu bedenkende Nachteile sind in folgender Tabelle nach Thielsch (2008) ersichtlich:

Vorteile	Nachteile
Große <i>Zeitgewinne</i> bei Erhebung, Auswertung und Präsentation der Daten	Die Programmierung kann einen gewissen <i>zeitlichen Vorlauf</i> beanspruchen
<i>Aufwand und Kosten</i> für Druck, Austeilung und Kodierung von Fragebögen, Interviewer und Dateneingaben entfallen	Gegebenenfalls Aufwand für Einarbeitung in <i>Fragebogen- oder Experimentalsoftware</i>
<i>Automatisierbarkeit und Objektivität</i> : keine Fehlerquellen durch Dateneingabe per Hand, keine Versuchsleiter-Effekte, keine Gruppeneffekte	Nicht alle Personen sind online; nicht alle Computer sind in Soft- und Hardware auf einen für die Untersuchung ausreichenden Stand
Wesentlich <i>heterogenere Stichprobenzusammensetzung</i> als bei typischen offline durchgeführten Studien	Keine <i>Repräsentativität</i> für die Gesamtbevölkerung erreichbar
<i>Alokalität</i> des Mediums: Es sind auch schwer erreichbare Personenkreise ansprechbar	Ort und Zeit der Datenerhebung können nicht kontrolliert werden
<i>Hohe Datenqualität</i> : Kontrollskripte verhindern „missing data“	<i>Mehrfachteilnahmen</i> von Probanden sind technisch nur bedingt kontrollierbar
Hohe <i>Akzeptanz</i> aufgrund von Freiwilligkeit, Flexibilität und Anonymität	Antwort auf Fragen eines Probanden kann nur <i>asynchron</i> und auf dessen Initiative hin erfolgen
<i>Verfahrenstransparenz, Ethik</i> : Die Untersuchungen sind kontrollierbar, da diese öffentlich zugänglich sind	Daten(banken) der Online-Untersuchung müssen gegen unberechtigten Zugriff geschützt werden

Tabelle 5: Methodische Vor- und Nachteile von Online-Untersuchungen (Thielsch 2008, S. 101)

Die Durchführung von Befragungen aller Art mit Hilfe des Internets ist demnach inzwischen aufgrund der Vorteile sehr verbreitet, allerdings unterscheiden sich diese Umfragen stark hinsichtlich des Themas und vor allem hinsichtlich ihrer methodischen Qualität (vgl. Hauptmanns 1999, S. 21). Mittlerweile wurde diese Datenerhebungsmethodik daher auch sehr häufig methodisch reflektiert (Welker / Matzat, S. 44). Hierzu soll nachfolgend kurz etwas zur Teilnahmebereitschaft an Online-Befragungen und zu den häufigsten Fehlern bei Online-Fragebögen erwähnt werden, die bei der Konzeption des Online-Fragebogens für die vorliegende Untersuchung berücksichtigt wurden. Die Teilnahmebereitschaft bei Online-Befragungen hängt nach Bosnjak und Batinic (1999) vor allem von den Vorinformationen ab, wie der Informationen über den genauen Untersuchungsgegenstand, den Zugang zur E-Mail-Adresse, die Zusicherung einer Rückmeldung über die Gesamtergebnisse und die vollständige Anonymität der Antworten, sowie dem Vorhandensein eines persönlichen Teilnahmeappells des Forschers/ der Forscherin (vgl. Bosnjak & Batinic 1999, S. 146). Aber auch bereits das Interesse an dem im Betreff formulierten Thema sowie die Bekanntheit des Absenders sind wesentliche Faktoren, dass eine E-Mail überhaupt

geöffnet wird (vgl. ebd., 146). Der freiwillig zur Verfügung gestellte Zeitaufwand für wissenschaftliche Fragebogenuntersuchungen sollte zudem in der Regel zwischen 10 und 15 Minuten und maximal zwischen 15 und 20 Minuten liegen (vgl. Bosnjak & Batinic 1999, S. 150).

Gräf (1999) hat fünf Fehlergruppen identifiziert, die die Antwortqualität von schriftlichen Online-Befragungen in besonderer Weise beeinträchtigen und auf die bei der Konzeption eines schriftlichen Online-Fragebogens Rücksicht genommen werden sollte (S. 160-168):

1. Handwerkliche Fehler bei der Fragebogenkonstruktion
2. Länge des Fragebogens
3. Langeweile bei Fragebogen-Ausfüllung
4. Layout des Fragebogen
5. Matrixfragen in Tabellenformen

Aufgrund dieser fünf häufigsten Fehlergruppen bei schriftlichen Online-Befragungen wurden Leitlinien entwickelt, dass sich die Befragten von Online-Befragungen weder über- noch unterfordert fühlen und dass die Aufmerksamkeit der Befragten (damit auch die Antwortgüte) nicht nachlässt (vgl. Gräf 1999, S. 168f). Nach Gräf (1999) gelten für die Konstruktion von Fragebögen für Online-Befragungen folgende Kriterien (S. 169-173):

- Es müssen technische Erfordernisse mitbedacht werden, indem auf die Menge der zu übertragenden Daten, den Einsatz von Grafiken und die Verwendung von Programmier-techniken und -sprachen geachtet wird.
- Der Online-Fragebogen muss den Regeln der Fragebogenkonstruktion der empirischen Sozialforschung entsprechen (siehe Kapitel 5.3.2.1).
- Es sollte eine glaubwürdige Kommunikation mit dem potenziell Befragten stattfinden, etwa indem die Ziele der Untersuchung klar formuliert werden und kein Zwang zur Nutzung forciert wird.
- Der Online-Fragebogen sollte Aufmerksamkeit erzeugen und wach halten, d.h. die potenziell Befragten sollen das Gefühl eines interessanten Gesprächs bekommen, indem Langeweile durch das Vorausahnen der nächsten Fragen vermieden wird und ein Thema nicht länger behandelt wird, als der potenziell Befragte sich ihm widmen will.
- Es sollte ein anspruchsvolles Design verwendet werden und die vorhandenen Kenntnisse über Usability-Kriterien berücksichtigt werden. Dazu zählt, dass potenziell Befragte es nicht schätzen, wenn sie zu häufig scrollen müssen, d.h. zwischen

einzelnen Fragen sollte per Hyperlink gewechselt werden können. Auch sollte die Bedienung möglichst einfach sein, indem beispielsweise ein zu häufiger Wechsel zwischen Tastatureingaben und Mausbedienung vermieden wird.

- Des Weiteren sollte eine übersichtliche Präsentation der Fragen mitbedacht werden, d.h. dass zentrale Textstellen hervorgehoben werden und das Prinzip „Eine Frage – ein Bildschirm“ Berücksichtigung findet.
- Matrixfragen sollten möglichst vermieden werden, da sie dazu verführen, Buttons auszuwählen, die mit der Maus am leichtesten erreichbar sind.
- Der Fragebogen sollte möglichst kurz gehalten werden und nur die wichtigsten Fragen enthalten (maximal 25 Fragen).
- Der Fragebogen sollte Filterfragen enthalten, da er somit interessanter bleibt und von potenziellen Befragten keine überflüssigen Informationen ausgefüllt werden müssen.
- Schließlich sollte auch bei Online-Befragungen in jedem Fall ein Pretest durchgeführt werden.

Auf Grundlage dieser Leitlinien nach Gräf (1999) wurde auch eine entsprechende Software zur schriftlichen Online-Befragung für diese vorliegende Untersuchung ausgewählt. Neben den in den Leitlinien angesprochenen Kriterien der Layoutmöglichkeiten und der technischen Gestaltungsmöglichkeiten wurde zudem auf die Handhabbarkeit und Praktikabilität der Software geachtet. Für die Online-Befragung der vorliegenden Untersuchung kamen zudem nur eine kostenlose Software in Frage und jene, die ohne eigene Webserver-Infrastruktur (Hardware) auskommt. Das Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften gibt auf ihrer Website einen Überblick über die verfügbare Software für Online-Befragungen (nähere Informationen unter: <http://www.gesis.org/dienstleistungen/methoden/beratungen/datenerhebung/onlineumfrage n/software-fuer-online-befragungen/>). Auf Basis dieses Überblicks wurden diverse dieser Tools hinsichtlich der genannten Kriterien Layoutmöglichkeiten, technische Gestaltungsmöglichkeiten, Handhabbarkeit und kostenlose Nutzungsmöglichkeit miteinander verglichen. Schließlich fiel die Entscheidung auf die Software „oFb – der onlineFragebogen“, da dieses Tool alle Kriterien erfüllen konnte, zudem keine Werbeeinschaltungen zulässt und sich am seriösesten darbietet. Die Software „oFb – der onlineFragebogen“ wurde außerdem von Anfang an für die wissenschaftliche Online-Befragung und nicht für kommerzielle Zwecke konzipiert. Das Tool entstand 2002 an der Uni München am Institut für Kommunikationswissenschaft und wurde in Kooperation mit

der Universität Zürich weiterentwickelt. Die Rechte blieben beim Entwickler, weshalb die Software seitdem privat weiterentwickelt wird. Die Software bietet ein Tool zur Erstellung eines Online-Fragebogens und gleichzeitig die Datenübernahme nach SPSS (nähere Informationen unter: <http://ofb.msdl-media.de/>). Dazu werden über eine Oberfläche die Fragen in einer Datenbank gespeichert. Anschließend wird die Fragebogen-Logik, d.h. der Fragebogaufbau „programmiert“. Dies wurde mit dem konstruierten Fragebogen für die vorliegende Untersuchung durchgeführt (einsehbar unter: <http://ofb.msdl-media.de/qualittngesundheitsfrderungsprojekten/>). Bevor der Versendung des Links an die Stichprobe wurde schließlich zunächst ein erster technischer und inhaltlicher Pretest gemacht. Beim technischen Pretest wurde die Vollständigkeit und Funktionalität des schriftlichen Online-Fragebogens (insbesondere Filter-Fragen) und Korrektheit der Daten durch probenhafte Datenübernahme in das Datenauswertungsprogramm überprüft. Der inhaltliche Pretest sollte Auskünfte über

- technische Aspekte des Online-Fragebogens (Bedienbarkeit, Übersichtlichkeit, Layout) und
- inhaltliche Aspekte des Online-Fragebogens (Rechtschreibfehler, Verständlichkeit der Fragen, Richtigkeit der Antwortkategorien, Ausfülldauer)

liefern. Dazu wurde der Link zum schriftlichen Online-Fragebogen mit einem entsprechenden Anschreiben an 15 PretesterInnen aus den diversen Fachdisziplinen Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Sozialmedizin, Psychologie, Soziologie, Pädagogik, Telematik und Germanistik sowie an PraktikerInnen im Bereich der Gesundheitsförderung versandt. Die Rückmeldungen der 15 PretesterInnen führten zu einer inhaltlichen und formalen Überarbeitung des schriftlichen Online-Fragebogens. Zudem wurde noch einmal ein technischer Pretest durchgeführt. Nach Bestehen des technischen Pretests und der endgültigen inhaltlichen Überarbeitung des Online-Fragebogens erfolgte schließlich am 17. Juli 2009 die Versendung des Links an die Stichprobe mit einem dazugehörigen begleitenden E-Mail-Anschreiben, welches zur Teilnahme motivieren sollte (siehe E-Mail-Anschreiben zum Online Fragebogen im Anhang 2). Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde außerdem mit *Fonds Gesundes Österreich* Kontakt aufgenommen und um eine Unterstützung des empirischen Vorhabens der vorliegenden Masterarbeit gebeten. *Fonds Gesundes Österreich* willigte ein und formulierte schließlich auch ein Anschreiben, welches bei der Versendung des Links als Datei angehängt wurde (siehe Anhang 3 Begleitschreiben von Fonds Gesundes Österreich). Der Befragungszeitraum wurde auf zwei Wochen limitiert. Nach der ersten Woche erfolgte die Versendung einer

Erinnerungsmail, in der noch einmal auf die Wichtigkeit der Teilnahme hingewiesen wurde. Kurz vor Ende des Befragungszeitraums erfolgte schließlich die Versendung einer zweiten Erinnerungsmail mit einer letzten Aufforderung zur Teilnahme an der Online-Befragung. Der Befragungszeitraum endete mit 3. Juli 2009.

5.5 Datenauswertungsmethode

Nach Versendung des Links für die Online-Befragung veränderte sich noch einmal die Stichprobengröße: 4 der 103 ausgewählten Gesundheitsförderungsprojekte konnten trotz der zusätzlichen Überprüfung durch *Fonds Gesundes Österreich* nicht in die Stichprobe aufgenommen werden, da es laut Angaben der Projektverantwortlichen zu einem Projektabbruch oder gar keinem Projektstart gekommen war. Dadurch war es 99 Projektverantwortlichen möglich, an der Online-Befragung teilzunehmen. Von diesen 99 Projektverantwortlichen haben 36 den Fragebogenlink zwar verfolgt, jedoch den Fragebogen nicht ausgefüllt. Zusätzlich waren von den restlichen 63 Projektverantwortlichen die Fragebögen teilweise sehr lückenhaft ausgefüllt, daher wurde auf alle Daten von Projektverantwortlichen verzichtet, die weniger als die Hälfte der Fragen des Fragebogens beantwortet haben. Für die Datenauswertung wurden schließlich die Antworten von 52 Projektverantwortlichen herangezogen. Die Rücklaufquote für die vorliegende Studie beträgt daher 52,3%. Vor der Datenauswertung erfolgte noch eine Datenbereinigung, indem falsche Codierungen, Formatierungen und Werte identifiziert und korrigiert wurden (vgl. Lück & Baur 2008, S. 52). Die aus der schriftlichen Online-Befragung gewonnenen Daten wurden statistisch mittels des Datenauswertungsprogramms SPSS ausgewertet, indem die Daten direkt nach SPSS importiert wurden. Dazu wurden in Abhängigkeit der vorkommenden Skalenniveaus Nominal- und Ordinalskala des Fragebogens folgende statistische Methoden eingesetzt:

- deskriptive Zusammenfassung der Daten in Form einer tabellarischen Auflistung, grafischen Darstellung und Berechnung statistischer Kennwerte und
- statistische Verfahren für Nominal- und Ordinaldaten zur Testung von Unterschieden und Zusammenhängen/ Abhängigkeiten durch Binominal-Test, Pearson Chi-Quadrat-Test (Fisher's exact Test), Chi-Quadrat-Test und Rangkorrelation (Spearman).

Folgendes Kapitel stellt die Ergebnisse dieser statistischen Datenanalyse in Form von drei Abschnitten dar, nämlich anhand der Stichprobencharakteristika, der Umsetzung der Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und

Ergebnisebene und der Sichtweise über Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene.

5.6 Darstellung der Studienergebnisse

Folgender Abschnitt widmet sich der Darstellung der Studienergebnisse. Zunächst erfolgt eine Beschreibung der Stichprobencharakteristika, indem projektspezifische Daten im Bundesländervergleich dargelegt werden. Zur Beantwortung der Forschungsfragen der vorliegenden Studie wird einerseits die Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene nach Bundesländern und nach Jahresgruppen des Projektbeginns und andererseits die Sichtweise über Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene nach Bundesländern aufgezeigt. Des Weiteren werden im letzten Abschnitt dieses Kapitels die Ergebnisse zum allgemeinen Wissen und den Sichtweisen über Qualität in der Gesundheitsförderung im Bundesländervergleich dargestellt. Alle Bundesländerunterschiede und Unterschiede nach dem Jahr des Projektbeginns werden bei einem Signifikanzniveau von $p < 0,05$ überprüft.

5.6.1 Stichprobencharakteristika

Bei Betrachtung der 52 beantworteten Fragebögen ergibt sich folgende Verteilung hinsichtlich der Bundesländer: 33 (63,5%) Projektverantwortliche aus der Steiermark und 14 (26,9%) Projektverantwortliche aus Vorarlberg gaben Auskünfte über die Qualität ihrer Gesundheitsförderungsprojekte. 5 (9,6%) Projektverantwortliche beantworteten die Frage nach der Bundeslandzugehörigkeit nicht. Die weitere Darstellung der Ergebnisse bezieht sich daher auf 47 Gesundheitsförderungsprojekte aus der Steiermark und Vorarlberg. Folgendes Diagramm zeigt die Settings der 47 Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich: 6,1% der steirischen und 21,4% der vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte fanden im Kindergarten statt. An Schulen wurden 15,2% der steirischen und 14,3% der vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte umgesetzt. Die betriebliche Gesundheitsförderung nahm in der Steiermark 27,3% und in Vorarlberg 28,6% ein. 6,1% der steirischen Gesundheitsförderungsprojekte fanden im Krankenhaus statt. Hingegen wurde kein Gesundheitsförderungsprojekt aus Vorarlberg im Krankenhaus initiiert. 12,1% der Gesundheitsförderungsprojekte in der Steiermark und 14,3% der Gesundheitsförderungsprojekte in Vorarlberg richteten sich an ein regionales Setting oder an einen Stadtteil. In Vorarlberg richteten sich 7,1% an kein Setting. Es gibt keine

signifikanten Unterschiede beim Setting des Gesundheitsförderungsprojekts in Abhängigkeit vom Bundesland ($\chi = 6,724$; $p = 0,347$)¹.

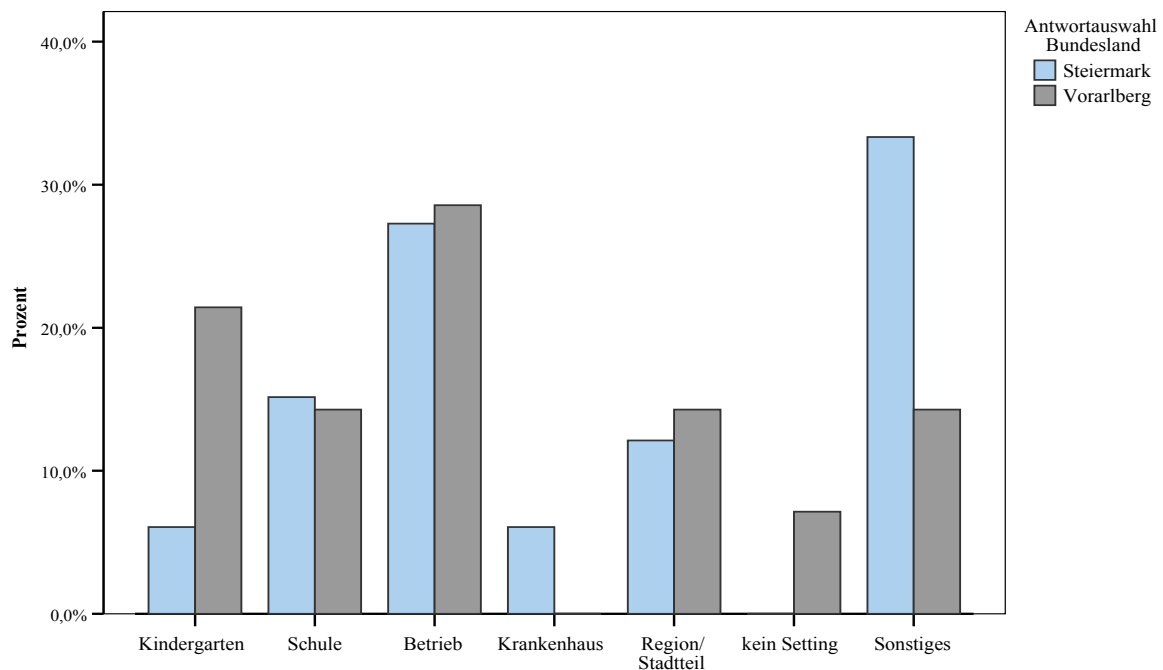


Diagramm 1: Settings der Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich

30,3% der Projektverantwortlichen aus der Steiermark und 14,3% aus Vorarlberg gaben zudem an, dass sich das Gesundheitsförderungsprojekt an keines der genannten Settings richtete. Unter der Kategorie „Sonstige“ wurde folgendes genannt: „auerschulische Jugendarbeit“, „Einrichtungen der Behindertenhilfe“, „Jugendzentren“, „kein spezielles Setting – zielgruppenorientiert“, „Lehrwerkstätte“, „Magistrat Graz/ Körperschaft öffentlichen Rechts“, „privater Wohnraum der Gastgeberin“, „seniorenspezifische Einrichtungen in der Steiermark“, „steirische Lehrlingshäuser“, „Stützpunkte der Hauskrankenpflege der SMP“, „weiß nicht was Setting bedeutet“. Die Angaben bei „Sonstige“ zeigen, dass beim Begriff Setting kein einheitliches Verständnis unter GesundheitsförderungspraktikerInnen herrscht. Einige verstanden unter Setting mehr den Ort der Durchführung des Gesundheitsförderungsprojekts als die im theoretischen Sinne gemeinte Sozialraumorientierung (siehe Kapitel 1 Handlungsprinzip Setting).

Die Gesundheitsförderungsprojekte der Steiermark und Vorarlberg richten sich an die in Tabelle 6 dargestellten Zielgruppen. Auffallend ist, dass Vorarlberg mit 50,0% fast doppelt so häufig wie die Steiermark mit 12,1% Gesundheitsförderungsprojekte für Kinder

¹ Die Signifikanzprüfung erfolgte mittels Chi-Quadrat-Test.

umgesetzt hat. Dieser Unterschied ist signifikant ($\chi = 7,868$; $p = 0,005$). Umgekehrt zeigt es sich bei der Zielgruppe der Erwerbstätigen. Hier richten sich 63,6% der steirischen Gesundheitsförderungsprojekte im Gegensatz zu 35,7% in Vorarlberg an diese Zielgruppe. Dieser Unterschied ist nicht signifikant ($\chi = 3,101$; $p = 0,078$), jedoch sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern groß. Projektverantwortliche nannten zudem unter der Kategorie „Sonstige“ folgende Zielgruppen ihrer Gesundheitsförderungsprojekte: „Eltern“, „Lehrer und KindergartenpädagogInnen“, „BerufsschullehrerInnen“, „Familien“, „GemeinbewohnerInnen“, „Lehrlinge und Schüler“, „Menschen mit Behinderungen“ und „PolitikerInnen/ Öffentlichkeit“.

		Bundesland		Gesamt
		Steiermark	Vorarlberg	
Kinder	Anzahl	4	7	11
	Spalten %	12,1	50,0	23,4
Jugendliche	Anzahl	13	5	18
	Spalten %	39,4	35,7	38,3
Erwerbstätige	Anzahl	21	5	26
	Spalten %	63,6	35,7	55,3
SeniorInnen	Anzahl	4	0	4
	Spalten %	12,1	,0	8,5
MigrantInnen	Anzahl	1	2	3
	Spalten %	3,0	14,3	6,4
Arbeitslose	Anzahl	1	0	1
	Spalten %	3,0	,0	2,1
geschlechtsspezifische Zielgruppe	Anzahl	1	1	2
	Spalten %	3,0	7,1	4,3
krankheitsspezifische Zielgruppe	Anzahl	1	2	3
	Spalten %	3,0	14,3	6,4
benachteiligte Zielgruppe	Anzahl	2	2	4
	Spalten %	6,1	14,3	8,5
Sonstiges	Anzahl	8	5	13
	Spalten %	24,2	35,7	27,7
Gesamt	Anzahl	33	14	47
	Spalten %	100,0	100,0	100,0

Tabelle 6: Zielgruppen der Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich

Der Status der 47 Gesundheitsförderungsprojekte gliedert sich wie folgt: Von den 33 (70,2%) steirischen Gesundheitsförderungsprojekten sind 16 (48,5%) noch nicht abgeschlossen und 17 (51,5%) steirische Gesundheitsförderungsprojekte bereits abgeschlossen. Für Vorarlberg zeigt sich eine ähnliche Verteilung, d.h. 5 (35,7%) der insgesamt 14 (29,8%) sind noch nicht abgeschlossen und 9 (64,3%) Gesundheitsförderungsprojekte sind bereits abgeschlossen. Es besteht kein signifikanter

Unterschied zwischen den Bundesländern ($\chi = 0,649$; $p = 0,421$). Bezüglich der zeitlichen Dauer der Gesundheitsförderungsprojekte zeigt sich, dass 3,0% der steirischen und 7,7% der vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte „weniger als 1 Jahr“ dauern. Mit 39,5% (13) dauern steirische Gesundheitsförderungsprojekte häufiger „1 bis 2 Jahren“ als vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte mit 15,4% (2)². Gesundheitsförderungsprojekte aus Vorarlberg dauern hingegen öfters „über 2 bis 3 Jahre“ mit 38,5% (5) zu 24,2% (8) und „über 3 Jahre“ mit 38,5% (5) zu 33,3% (11) (siehe Diagramm 2). Es besteht allerdings kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die zeitliche Dauer des Gesundheitsförderungsprojekts zwischen der Steiermark und Vorarlberg ($\chi = 2,853$; $p = 0,415$).

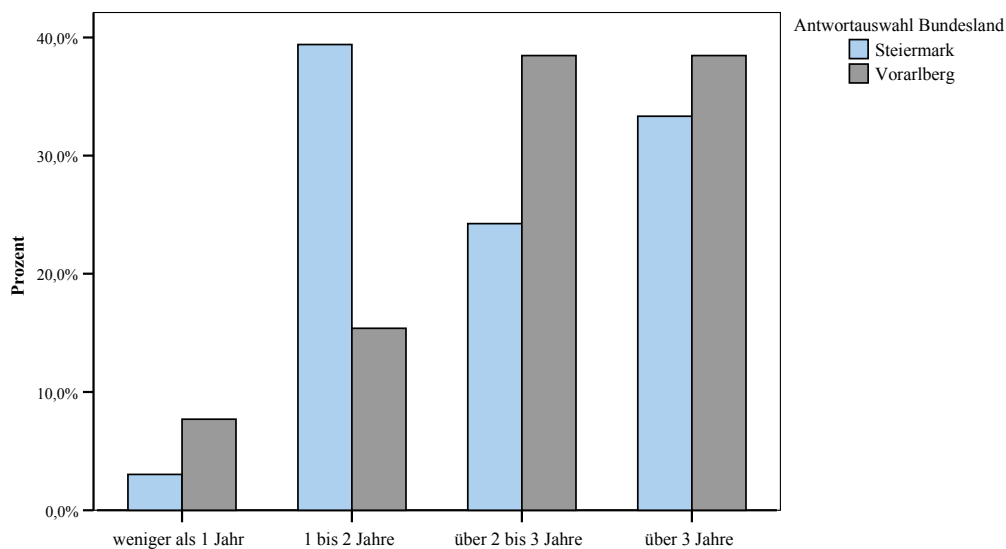


Diagramm 2: Zeitliche Dauer der Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich

Die zeitliche Dauer der Gesundheitsförderungsprojekte spiegelt sich auch in den vorherrschenden Größen der Gesundheitsförderungsprojekte der Steiermark im Vergleich zu Vorarlberg wieder: Gesundheitsförderungsprojekte aus der Steiermark richten sich eher an „weniger als 50 TeilnehmerInnen“ (3,0% zu 0,0%) und „50 bis 100 TeilnehmerInnen“ (30,3% zu 7,7%) im Gegensatz zu Gesundheitsförderungsprojekte aus Vorarlberg. Im Gegensatz haben Gesundheitsförderungsprojekte aus Vorarlberg häufiger „100 bis 200 TeilnehmerInnen“ (23,1% zu 15,2%) und „über 200 TeilnehmerInnen“ (69,2% zu 51,5%). Auch hier zeigt sich, dass dieser Unterschied nicht signifikant ist ($\chi = 3,242$; $p = 0,356$).

² Im weiteren Verlauf des Dokuments betreffen die Zahlen in Klammern die Anzahl der Projektverantwortlichen.

Durchschnittlich sind 6 MitarbeiterInnen im Projektteam von Gesundheitsförderungsprojekten in der Steiermark und in Vorarlberg beteiligt (SD = 19). Das größte Projektteam umfasste 60 MitarbeiterInnen und das kleinste Projektteam einen/eine MitarbeiterIn beziehungsweise wurde auch angegeben, dass kein Projektteam vorhanden war. Ein Bundesländervergleich zeigt, dass Gesundheitsförderungsprojekte aus Vorarlberg eine höhere Anzahl an MitarbeiterInnen im Projektteam aufweisen als Gesundheitsförderungsprojekte aus der Steiermark. Dieser beobachtete Unterschied ist nicht signifikant ($T = 0,229$; $p = 0,822$)³.

Wie in Diagramm 3 ersichtlich, haben die meisten Gesundheitsförderungsprojekte zwischen 2005 und 2007 (39,1%) gestartet. Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass die Steiermark mehr Projekte mit Startbeginn zwischen 2005 bis 2009 (62,6% zu 35,7% in Vorarlberg) und Vorarlberg mehr Projekte mit Startbeginn zwischen 1998 bis 2004 (64,3% zu 37,5% in der Steiermark) hat. Diese beobachteten Unterschiede sind nicht signifikant ($U = 153,000$; $p = 0,075$)⁴, jedoch sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern groß.

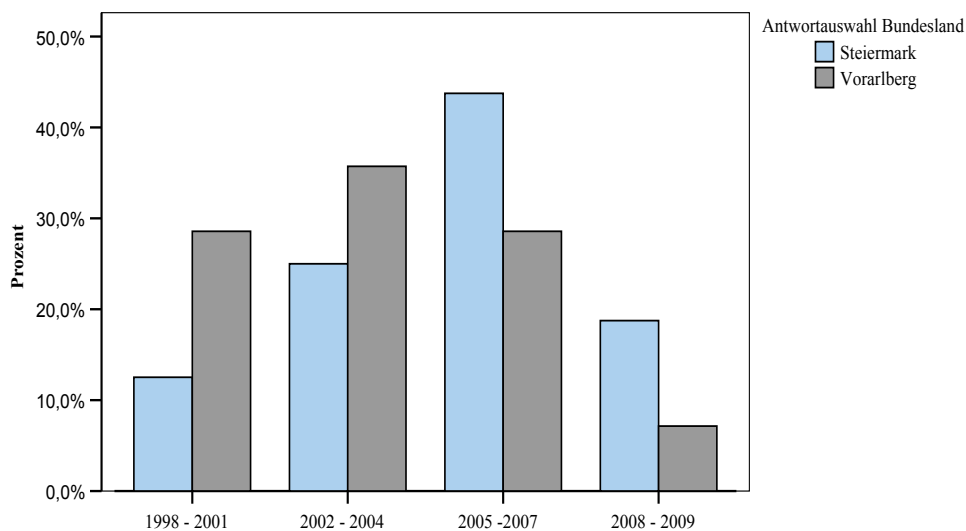


Diagramm 3: Jahresgruppe des Projektbeginns im Bundesländervergleich

Die Darstellung der projektspezifischen Daten der Gesundheitsförderungsprojekte aus der Steiermark und Vorarlberg zeigt auf, welche Gesundheitsförderungsprojekte die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung umfasst. Die statistischen Tests zum Vergleich der Bundesländer zeigten in der Mehrheit keine signifikanten Ergebnisse, d.h. es kann

³ Die Signifikanzprüfung erfolgte mittels T-Test für unabhängige Stichproben.

⁴ Die Signifikanzprüfung erfolgte mittels Mann-Whitney-U-Test.

davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitsförderungsprojekte in der Steiermark und in Vorarlberg miteinander vergleichbar sind. In der folgenden Ergebnisdarstellung werden diese Gesundheitsförderungsprojekte näher hinsichtlich ihrer umgesetzten Qualitätskriterien analysiert.

5.6.2 Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene nach Angabe der ProjektleiterInnen

Um die Forschungsfrage, inwieweit Gesundheitsförderungsprojekte in der Steiermark und in Vorarlberg theoretischen Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung entsprechen, zu beantworten, werden im Folgenden die Angaben der Projektverantwortlichen über die Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene aufgezeigt. Zudem sollen ein Bundesländervergleich und ein Vergleich bezüglich des Zeitraums des Projektbeginns erfolgen.

5.6.2.1 Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene im Bundesländervergleich

Im folgenden Abschnitt erfolgt eine Darstellung der Studienergebnisse im Bundesländervergleich. Dazu werden zunächst die Qualitätskriterien auf der Strukturebene, anschließend auf der Prozessebene und abschließend auf der Ergebnisebene betrachtet.

a) Qualitätskriterien auf der Strukturebene im Bundesländervergleich

Folgende Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsprojekte auf der Strukturebene wurden mittels dem Online-Fragebogen erhoben: Berücksichtigung des Konzepts Gesundheitsförderung, Analyse und kontextueller Rahmen des Gesundheitsproblems, Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention, Festlegung der personellen, finanziellen und organisatorischen Ressourcen. Die Umsetzung des Qualitätskriteriums *Berücksichtigung des Konzepts Gesundheitsförderung* wurde mittels der drei Indikatoren Umsetzung des Prinzips gesundheitlicher Chancengleichheit, des Prinzips Salutogenese und des Prinzips Partizipation ermittelt. Zur Betrachtung der Häufigkeitsverteilung werden jeweils die Antwortkategorien „trifft vorwiegend zu“ und „trifft voll zu“ beziehungsweise „trifft nicht zu“ und „trifft kaum zu“ zusammengefasst. Dadurch zeigt sich, dass vor allem das Prinzip der Salutogenese von 95,5% (45) berücksichtigt wurde. Nur bei einem Gesundheitsförderungsprojekt (2,1%) wurde das Prinzip der Salutogenese nicht berücksichtigt. Nach dem Prinzip der Partizipation sind 55,3% (26) der

Gesundheitsförderungsprojekte vorgegangen, während 31,9% (15) dieses Prinzip eher nicht berücksichtigt haben. Am seltensten wurde das Prinzip der gesundheitlichen Chancengleichheit in den Gesundheitsförderungsprojekten berücksichtigt (40,4%/ 19). 23,4% (11) der Gesundheitsförderungsprojekte haben das Prinzip der gesundheitlichen Chancengleichheit wenig oder kaum umgesetzt. Beim Prinzip der gesundheitlichen Chancengleichheit ($U = 197,000$; $p = 0,414$) und dem Prinzip der Salutogenese ($U = 189,500$; $p = 0,191$) gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern Steiermark und Vorarlberg. Das Prinzip der Partizipation weist ebenso keinen signifikanten Unterschied ($U = 155,500$; $p = 0,067$) auf, wobei die Unterschiede zwischen den Bundesländern groß sind. 66,7% der steirischen Projektverantwortlichen gaben bei der Umsetzung des Prinzips Partizipation „trifft vorwiegend zu“ und „trifft voll zu“ an während dies nur 28,5% der Gesundheitsförderungsprojekte aus Vorarlberg angaben. Folgendes Diagramm zeigt die dazugehörige Häufigkeitsverteilung im Überblick:

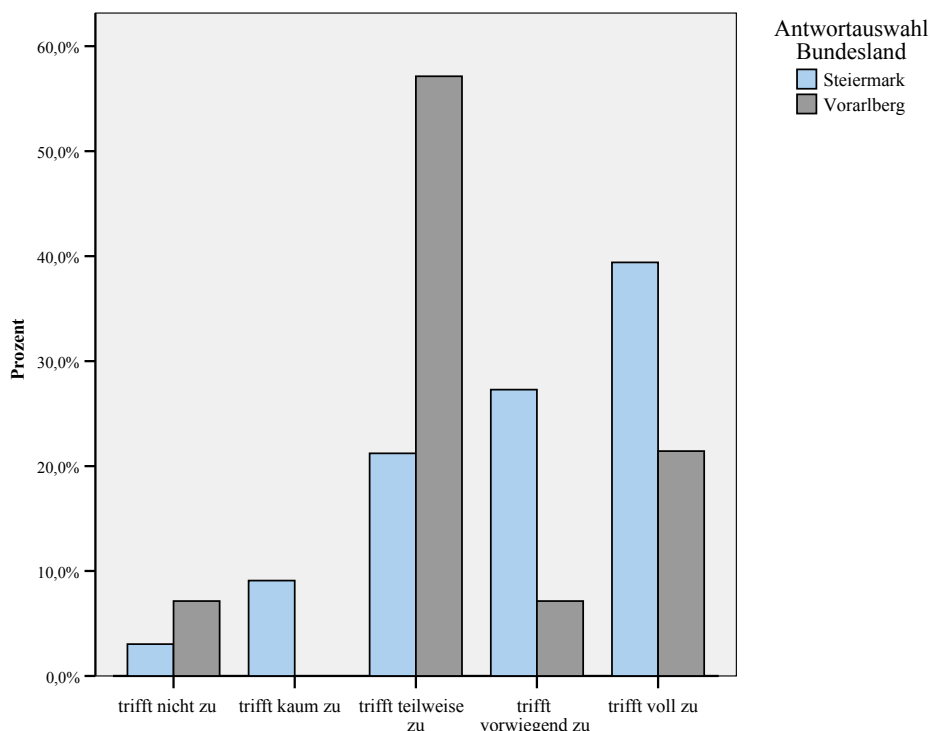


Diagramm 4: Umsetzung des Prinzips der Partizipation in Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich

Das Qualitätskriterium *Analyse und kontextueller Rahmen des Gesundheitsproblems* umfasste vier Indikatoren, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Der erste Indikator „Ermittlung der Ausgangslage“ wurde mittels der Frage, wie umfassend haben

Sie im Vorfeld die Ausgangslage ihres Gesundheitsförderungsprojekts ermittelt, erhoben. Kein einziges Gesundheitsförderungsprojekt hat die Ausgangslage wenig oder gar nicht ermittelt. Insgesamt 54,3% (25) haben die Ausgangslage sehr umfassend, 30,4% (14) umfassend und 15,2% (7) mittel im Vorfeld ermittelt. Ein Vergleich der Bundesländer zeigt, dass in der Steiermark 51,5% (17) die Ausgangslage sehr umfassend, 27,3% (9) umfassend und 21,2% (7) mittel im Vorfeld ermittelt haben während dies in Vorarlberg zu 61,5% (5) sehr umfassend, zu 38,5% (7) umfassend und 0% (0) mittel umgesetzt wurde.

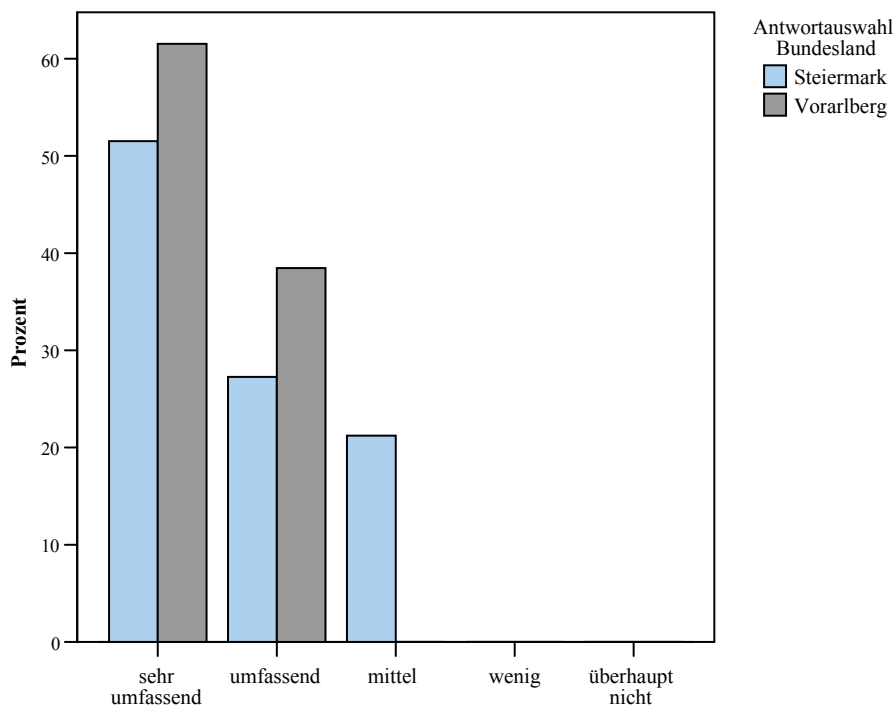


Diagramm 5: Ermittlung der Ausgangslage im Bundesländervergleich

Es besteht kein Unterschied zwischen den Bundesländern bei der „Ermittlung der Ausgangslage“ ($U = 175,500$; $p = 0,290$).

Mit der Frage, auf welchen Daten oder Verfahren die Einschätzung der Ausgangslage des Gesundheitsförderungsprojekts beruht, wurde der zweite Indikator „Verfahren zur Einschätzung der Ausgangslage“ diese Qualitätskriteriums erfasst. Diagramm 6 zeigt, dass ExpertInnenwissen und Erkenntnisse beziehungsweise Erfahrungen aus der täglichen praktischen Arbeit am häufigsten zur Einschätzung der Ausgangslage herangezogen wurden. Die Projektverantwortlichen aus der Steiermark und Vorarlberg bezogen kaum vorhandene wissenschaftliche Studien, Daten aus einer Internetrecherche und bestehende

Daten von Gesundheitsberichten oder Krankenkassen zur Einschätzung der Ausgangslage ein.

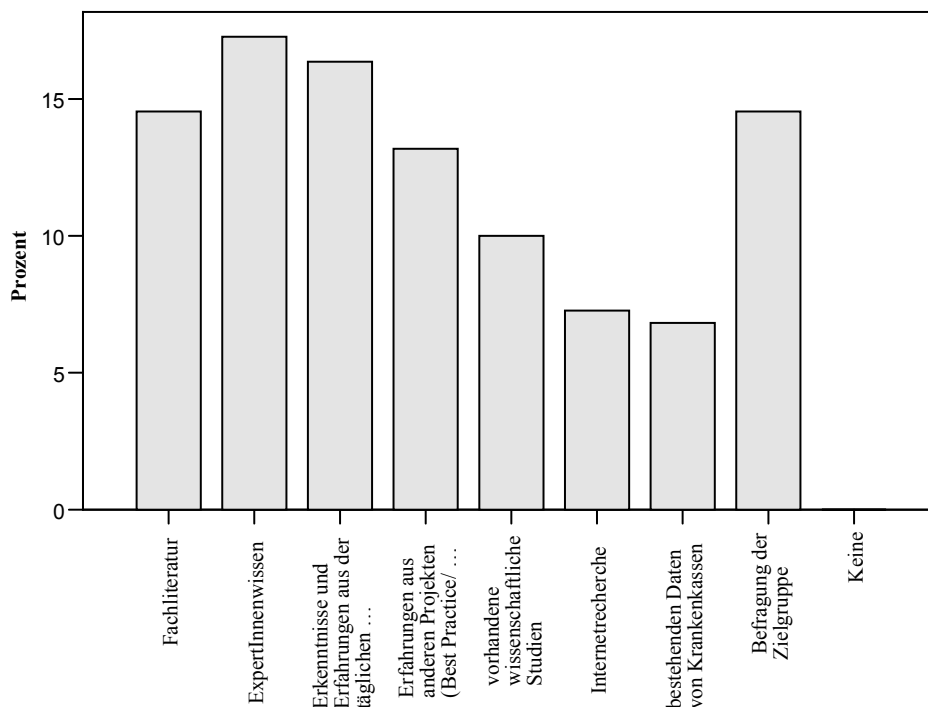


Diagramm 6: Verfahren zur Einschätzung der Ausgangslage des Gesundheitsförderungsprojekts

Beim Vergleich nach Bundesländern zeigen sich folgende Unterschiede: Mehr vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte (92,3%) ziehen Erkenntnisse und Erfahrungen aus der täglichen praktischen Arbeit zur Einschätzung der Ausgangslage heran als die steirischen Gesundheitsförderungsprojekte (72,7%). Vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte schätzen die Ausgangslage auch häufiger durch ExpertInnenwissen, Erfahrungen aus anderen Projekten, vorhandene wissenschaftliche Studien, Internetrecherche und die Auswertung von bestehenden Daten von Krankenkassen und Gesundheitsberichten ein als steirische Gesundheitsförderungsprojekte. Diese beobachteten Unterschiede nicht signifikant. Steirische Gesundheitsförderungsprojekte ziehen im Gegensatz hierzu häufiger Fachliteratur (72,7%) und die Befragung der Zielgruppe (53,6%) als Verfahren zur Einschätzung der Ausgangslage heran. Bei der Fachliteratur besteht kein signifikanter Unterschied ($\chi = 1,099$; $p = 0,295$) und bei Befragung der Zielgruppe besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Bundesländern ($\chi = 3,001$; $p = 0,083$), jedoch sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern groß.

		Antwortauswahl Bundesland		Gesamt
		Steiermark	Vorarlberg	
Fachliteratur	Anzahl	24	8	32
	Spalten %	72,7	61,5	69,6
ExpertInnenwissen	Anzahl	27	11	38
	Spalten %	81,8	84,6	82,6
Erkenntnisse und Erfahrungen aus der täglichen praktischen Arbeit	Anzahl	24	12	36
	Spalten %	72,7	92,3	78,3
Erfahrungen aus anderen Projekten (Best Practice/ Good Practice)	Anzahl	19	10	29
	Spalten %	57,6	76,9	63,0
vorhandene wissenschaftliche Studien	Anzahl	15	7	22
	Spalten %	45,5	53,8	47,8
Internetrecherche	Anzahl	10	6	16
	Spalten %	30,3	46,2	34,8
Auswertung von bestehenden Daten von Krankenkassen, Gesundheitsberichten	Anzahl	9	6	15
	Spalten %	27,3	46,2	32,6
Befragung der Zielgruppe	Anzahl	25	7	32
	Spalten %	75,8	53,8	69,6
Keine	Anzahl	0	0	0
	Spalten %	,0	,0	,0
Gesamt	Anzahl	33	13	46
	Spalten %	100,0	100,0	100,0

Tabelle 7: Verfahren zur Einschätzung der Ausgangslage des Gesundheitsförderungsprojekts

Die befragten Projektverantwortlichen gaben zudem bei der Kategorie „Sonstiges“ an, dass die Einschätzung der Ausgangslage des Gesundheitsförderungsprojekts auf dem „Arbeitsbewältigungsindex“, „Daten von Schuluntersuchungen“, „Erfahrungen aus der Umsetzung in Deutschland“, „Erfahrungsberichte von KindergartenpädagogInnen“, „Erkenntnisse von ArbeitsmedizinerInnen“ und „Supervisionstätigkeit“ beruhen.

Die Frage „Wie stark haben Sie die relevanten Rahmenbedingungen des Projektumfeldes (soziale, politische, rechtliche und wirtschaftliche Gegebenheiten) bei der Projektplanung Ihres Gesundheitsförderungsprojektes berücksichtigt?“, diente zur Erfassung des dritten Indikators „Berücksichtigung relevanter Rahmenbedingungen“. Kein Gesundheitsförderungsprojekt hat die relevanten Rahmenbedingungen gar nicht berücksichtigt. 26,7% (12) und 42,2% (19) haben die sozialen, rechtlichen, wirtschaftlichen und politischen Gegebenheiten sehr stark bis stark berücksichtigt. 24,4% (11) und 6,7% (3) haben bei ihren Gesundheitsförderungsprojekten die Rahmenbedingungen mittel bis wenig berücksichtigt. Im Bundesländervergleich zeigt sich, dass 31,3% beziehungsweise 37,5% der steirischen Gesundheitsförderungsprojekte im

Gegensatz zu 15,4% beziehungsweise 53,8% der vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte die Rahmenbedingungen des Gesundheitsförderungsprojekts sehr stark und stark berücksichtigt haben. Weiters zeigt sich, dass 25,0% und 6,3% der steirischen Gesundheitsförderungsprojekte im Vergleich zu 23,1% und 7,7% der vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte die Rahmenbedingungen mittel beziehungsweise wenig berücksichtigt haben.

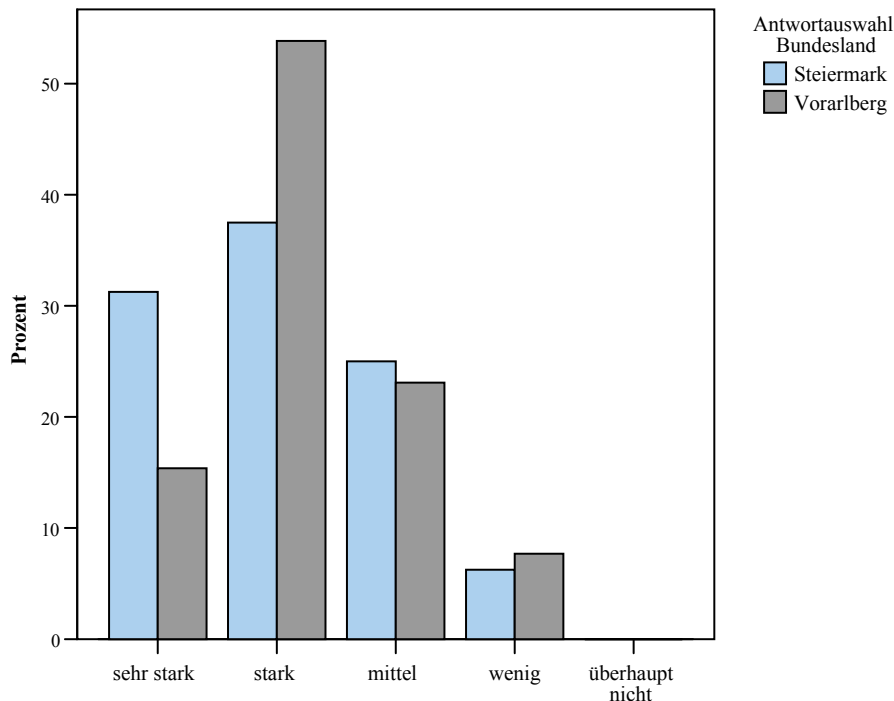


Diagramm 7: Berücksichtigung der Rahmenbedingungen im Bundesländervergleich

Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Bundesländern ($U = 185,000$; $p = 0,542$).

Der vierte Indikator „Kooperation mit anderen Akteuren“ wurde mittels der Frage „Wurde Ihr Gesundheitsförderungsprojekt in Kooperation mit anderen Akteuren der Gesundheitsförderung geplant?“, erhoben. 72,3% (34) der Gesundheitsförderungsprojekte haben mit relevanten AkteurInnen kooperiert. Nur 27,7% (13) sind keine Kooperation mit relevanten AkteurInnen eingegangen. Folgendes Diagramm zeigt, dass steirische Gesundheitsförderungsprojekte häufiger ihr Gesundheitsförderungsprojekt in Kooperation mit anderen Akteuren geplant haben.

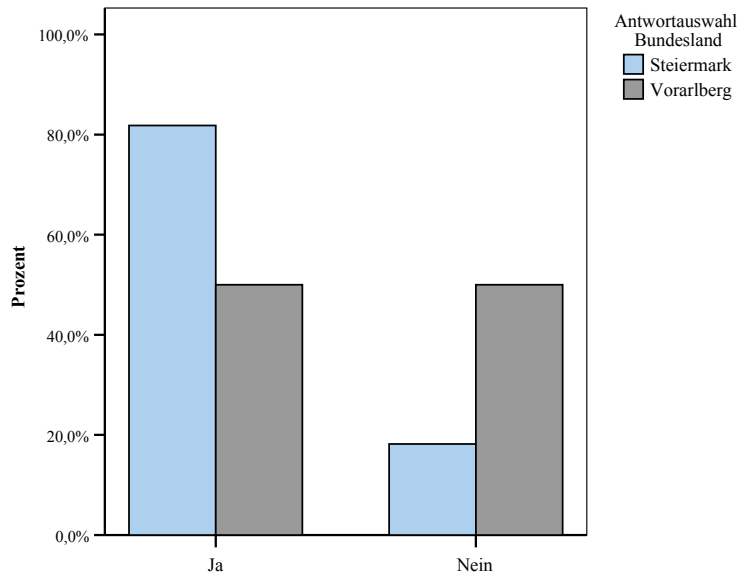


Diagramm 8: Kooperation mit anderen AkteurInnen im Bundesländervergleich

Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen den Bundesländern ($\chi = 4,974$; $p = 0,026$). Mit folgenden AkteurInnen wurde eine Kooperation eingegangen: 18,2% haben mit Behörden, 21,2% mit Beratungsstellen, 3,0% mit Jugendzentren, 12,1% mit Schulen und 78,8% mit anderen AkteurInnen kooperiert. Als weitere AkteurInnen wurden bei „Sonstiges“ die „Gebietskrankenkassen“, „Unfallversicherungsanstalten“, „externe BeraterInnen“, „regionale, nationale und internationale Vereine und Institutionen“, „Bund“ und „Land“ genannt. Auf einen Bundesländervergleich wird in diesem Zusammenhang verzichtet, da nur ein Gesundheitsförderungsprojekt aus Vorarlberg angegeben hat, mit welchen AkteurInnen kooperiert wurde.

Das Qualitätskriterium *Entwicklung und Planung der Intervention* umfasst fünf Indikatoren. Der erster Indikator betrifft die Form der Entwicklung und Planung der Intervention, d.h. inwieweit die Gesundheitsintervention des Gesundheitsförderungsprojektes sich nach einem theoretischen Modell orientiert, sich auf wissenschaftliche Belege stützt und in Anlehnung an Beispiele guter Praxis entstanden sind. Zur Betrachtung der Häufigkeitsverteilung werden jeweils die Antwortkategorien „trifft vorwiegend zu“ und „trifft voll zu“ beziehungsweise „trifft nicht zu“ und „trifft kaum zu“ zusammengefasst. Dadurch zeigt sich, dass vor allem Beispiele guter Praxis mit 68,1% (32) bei der Entwicklung der Gesundheitsinterventionen berücksichtigt wurden. Nur bei 10,7% (5) wurden wenige bis keine Beispiele guter Praxis berücksichtigt. Auf wissenschaftliche Belege haben sich 48,9% (23) der Gesundheitsförderungsprojekte

gestützt während 19,2% (9) wissenschaftliche Belege eher nicht berücksichtigt haben. 27,7% (13) haben zum Teil wissenschaftliche Belege bei der Planung ihrer Gesundheitsintervention miteinbezogen. Am seltensten wurde ein theoretisches Modell bei der Planung der Gesundheitsintervention herangezogen (29,8%/ 14). 31,9% (15) der Gesundheitsförderungsprojekte haben sich wenig bis gar nicht an einem theoretischen Modell orientiert. 31,0% (15) haben sich teilweise an einem theoretischen Modell orientiert. Beim Indikator „Form der Entwicklung und Planung der Intervention“ besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Bundesländern: Sowohl bei der Orientierung an einem theoretischen Modell ($U = 188,500$; $p = 0,310$) als auch bei der Stützung auf wissenschaftliche Belege ($U = 219,000$; $p = 0,774$) und bei der Entstehung in Anlehnung an Beispiele guter Praxis ($U = 166,000$; $p = 0,108$) gibt es keine signifikanten Bundesländerunterschiede.

Der zweite Indikator des Qualitätskriteriums Entwicklung und Planung der Intervention „Zielgruppenauswahl“ wurde mittels der Frage, was beim Gesundheitsförderungsprojekt ausschlaggebend für die Wahl der Zielgruppe oder des Settings ist, ermittelt. Dabei zeigt sich folgende Häufigkeitsverteilung: Die Mehrheit mit 56,8% hat den Zugang zu den Zielgruppen als ausschlaggebend für die Wahl der Zielgruppe genannt. Auch die Nachfrage und Kooperationsbereitschaft ist mit 54,5% ein ausschlaggebendes Kriterium für die Zielgruppenauswahl. Theoretische Überlegungen mit 40,9% und die Lokalisierung der Personen mit dem größten Risiko mit 38,6% hat weniger Priorität bei der Zielgruppenauswahl. In folgender Tabelle ist ein Vergleich der Bundesländer ersichtlich. Bei den theoretischen Überlegungen ($\chi = 2,574$; $p = 0,109$), der Nachfrage und Kooperationsbereitschaft ($\chi = 0,021$; $p = 0,884$) und dem Zugang zu den Zielgruppen ($\chi = 0,191$; $p = 0,662$) bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern. Bei der Zielgruppenauswahl anhand der Lokalisierung der Personen mit dem größten Risiko besteht auch kein signifikanter Unterschied zwischen den Bundesländern ($\chi = 3,596$; $p = 0,058$), jedoch sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern groß. Vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte berücksichtigen eher die Lokalisierung der Personen mit dem größten Risiko bei der Zielgruppenauswahl als steirische Gesundheitsförderungsprojekte.

		Bundesland		Gesamt
		Steiermark	Vorarlberg	
theoretische Überlegungen	Anzahl	14	4	18
	Spalten %	46,7	28,6	40,9
Lokalisierung der Personen mit dem größten Risiko	Anzahl	11	6	17
	Spalten %	36,7	42,9	38,6
Nachfrage und Kooperationsbereitschaft	Anzahl	18	6	24
	Spalten %	60,0	42,9	54,5
Zugang zu den Zielgruppen	Anzahl	14	11	25
	Spalten %	46,7	78,6	56,8
Gesamt	Anzahl	30	14	44
	Spalten %	100,0	100,0	100,0

Tabelle 8: Gründe für die Zielgruppenauswahl im Bundesländervergleich

Des Weiteren wurden unter der Kategorie „Sonstiges“ folgende Angaben zur Zielgruppenauswahl gemacht: „Beobachtungen in der Praxis“, „praktische Erfahrungen“, „Befragung der potenziellen Zielgruppe“ und „Betriebszugehörigkeit“.

Der dritte Indikator des Qualitätskriteriums Entwicklung und Planung der Intervention betrifft die „Multiplikatoreneinsatz“, d.h. inwieweit ein/e Multiplikator/in zur Erreichung der Zielgruppe notwendig ist. 80,9% (38) der Gesundheitsförderungsprojekte gaben an, dass MultiplikatorInnen zur Erreichung Ihrer Zielgruppe notwendig sind. Nur 19,1% (9) verneinten diese Frage. Ein Bundesländervergleich zeigt, dass alle 14 vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte MultiplikatorInnen einsetzen während dies steirische Gesundheitsförderungsprojekte zu 72,7% (24) tun. Es besteht ein Unterschied zwischen den Bundesländern beim Indikator „Multiplikatoreneinsatz“ ($\chi = 4,722$; $p = 0,030$), wobei vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte eher MultiplikatorInnen zur Erreichung der Zielgruppe einsetzen als steirische Gesundheitsförderungsprojekte.

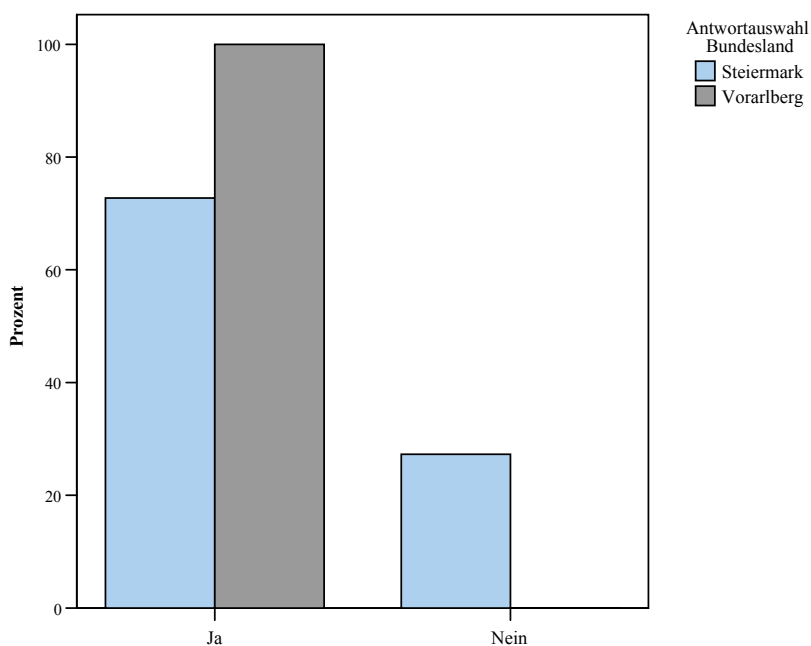


Diagramm 9: Einsatz von MultiplikatorInnen im Bundesländervergleich

Welche Gründe für die Auswahl der MultiplikatorInnen ausschlaggebend sind, zeigt folgende Tabelle: Die Mehrheit der Gesundheitsförderungsprojekte mit 76,3% (29) wählt die MultiplikatorInnen aufgrund ihres Zugangs zu den Zielgruppen aus. Auch die Nachfrage und Kooperationsbereitschaft hat mit 65,8% hohe Priorität bei der Auswahl von MultiplikatorInnen. Theoretische Überlegungen spielen mit 34,2% (13), sowie Befunde über die Rolle bei der Vermittlung mit 28,9% (11) eher eine geringere Rolle für die MultiplikatorInnenauswahl. Ein Bundesländervergleich zeigt, dass beide Bundesländer ähnliche Gründe für die Auswahl der MultiplikatorInnen angeben, d.h. dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern bestehen.

		Bundesland		Gesamt
		Steiermark	Vorarlberg	
theoretischen Überlegungen	Anzahl	8	5	13
	Spalten %	33,3	35,7	34,2
Befunde über Rolle bei der Vermittlung	Anzahl	6	5	11
	Spalten %	25,0	35,7	28,9
Nachfrage und Kooperationsbereitschaft	Anzahl	15	10	25
	Spalten %	62,5	71,4	65,8
Zugang zu den Zielgruppen	Anzahl	18	11	29
	Spalten %	75,0	78,6	76,3
Gesamt	Anzahl	24	14	38
	Spalten %	100,0	100,0	100,0

Tabelle 9: Gründe für die MultiplikatorInnenauswahl im Bundesländervergleich

Unter der Kategorie „Sonstiges“ gab ein Gesundheitsförderungsprojekt an, dass die „langfristige und weitreichende Wirksamkeit“ ausschlaggebend für die Wahl der MultiplikatorInnen ist.

Der vierte Indikator des Qualitätskriteriums Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention betrifft die „Charakteristika der Zielgruppe“. Es wurde ermittelt, inwieweit von den Zielgruppen des Gesundheitsförderungsprojekts gesundheitliche Besonderheiten, Normen, Werte und demographische Charakteristika bekannt sind und inwieweit die Motivation zur Teilnahme eruiert worden ist. Zur Betrachtung der Häufigkeitsverteilung werden jeweils die Antwortkategorien „trifft vorwiegend zu“ und „trifft voll zu“ beziehungsweise „trifft nicht zu“ und „trifft kaum zu“ zusammengefasst. Dadurch zeigt sich, dass von 70,2% (33) der Gesundheitsförderungsprojekte Normen, Werte und demographische Charakteristika von den Zielgruppen bekannt sind. Bei nur 12,7% (6) sind diese Charakteristika wenig oder nicht bekannt. Weiters gaben 61,7% (29) an, dass gesundheitliche Besonderheiten von den Zielgruppen bekannt sind während 12,7% (6) darüber keine Informationen haben. Am seltensten ist die Motivation zur Teilnahme am Gesundheitsförderungsprojekt mit 56,4% (27) eruiert worden. 17% (8) gaben an, die Motivation zur Teilnahme nicht erhoben zu haben. Es zeigt sich kein signifikanter, jedoch ein großer Unterschied zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Bekanntheit von gesundheitlichen Charakteristika der Zielgruppen ($\chi = 9,335$; $p = 0,053$), indem dies bei vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekten eher bekannt ist als bei steirischen Gesundheitsförderungsprojekten. Bei der Bekanntheit der Normen, Werte und demographischen Charakteristika der Zielgruppen zeigt sich kein signifikanter Unterschied ($\chi = 5,334$; $p = 0,377$). Ebenso zeigt sich kein signifikanter Unterschied bei der Eruiierung der Motivation zur Teilnahme am Gesundheitsförderungsprojekt ($\chi = 8,330$; $p = 0,139$).

Der fünfte und letzte Indikator des Qualitätskriteriums Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention betrifft die „Zielgruppenerreichung“. Es wurde erfragt, wie die Zielgruppen des Gesundheitsförderungsprojekts erreicht wurden. Tabelle 12 zeigt, dass am häufigsten eine aufsuchende Ansprache vor Ort zur Zielgruppenerreichung mit 85,7% (36) eingesetzt wird. Des Weiteren werden vorwiegend Flyer (50,0%), Plakate (40,5%) und Internet-Ankündigungen (45,2%) zur Erreichung der Zielgruppe benützt. Am seltensten werden Fernseh-, Radio- oder Kinoanzeigen (9,5%) und die Veröffentlichung in Fachzeitschriften (9,5%) zur Zielgruppenerreichung eingesetzt. Der Bundesländervergleich

zeigt, dass beide Bundesländer ähnliche Formen der Zielgruppenerreichung wählen. Es gibt größtenteils keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern. Nur bei Fernseh-, Radio- oder Kinoanzeigen besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Bundesländern ($\chi = 4,273$; $p = 0,039$), wobei vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte diese Form der Zielgruppenerreichung öfter einsetzen.

		Bundesland		Gesamt
		Steiermark	Vorarlberg	
Fernseh-, Radio- oder Kinoanzeigen	Anzahl	1	3	4
	Spalten %	3,4	23,1	9,5
Anzeigen in Tageszeitungen	Anzahl	4	4	8
	Spalten %	13,8	30,8	19,0
Plakate	Anzahl	10	7	17
	Spalten %	34,5	53,8	40,5
Flyer	Anzahl	13	8	21
	Spalten %	44,8	61,5	50,0
Internet-Ankündigungen/ Website	Anzahl	13	6	19
	Spalten %	44,8	46,2	45,2
Veröffentlichung in Fachzeitschriften	Anzahl	3	1	4
	Spalten %	10,3	7,7	9,5
Anschreiben nach Adressliste(n)	Anzahl	11	5	16
	Spalten %	37,9	38,5	38,1
Aufsuchende Ansprache vor Ort	Anzahl	27	9	36
	Spalten %	93,1	69,2	85,7
Gesamt	Anzahl	29	13	42
	Spalten %	100,0	100,0	100,0

Tabelle 10: Form der Zielgruppenerreichung im Bundesländervergleich

Bei der Kategorie „Sonstiges“ wurden folgende Formen der Zielgruppenerreichung genannt: „Intranet“, „Informationsveranstaltungen“ und „lokale Zeitungen“.

Das Qualitätskriterium *Festlegung von finanziellen, personellen und organisatorischen Ressourcen* umfasste vier Indikatoren. Der erste Indikator betrifft die beteiligten „Berufsgruppen der Gesundheitsförderungsprojekte“. PädagogInnen (45,5%) und Ärzte (43,2%) sind am häufigsten bei Gesundheitsförderungsprojekten beteiligt. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (9,1%) sowie SoziologInnen (13,6%) sind am seltensten in Gesundheitsförderungsprojekten involviert (siehe Tabelle 13). Ein Bundesländervergleich zeigt, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Bundesländern bei den Berufsgruppen GesundheitswissenschaftlerInnen ($\chi = 0,008$; $p = 0,927$), ÄrztInnen ($\chi = 0,049$; $p = 0,825$), PsychologInnen ($\chi = 0,056$; $p = 0,812$), Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ($\chi = 1,845$; $p = 0,173$), SozialpädagogInnen ($\chi = 1,084$; $p = 0,297$),

PädagogInnen ($\chi = 0,452$; $p = 0,501$), SoziologInnen ($\chi = 0,041$; $p = 0,839$) und SportwissenschaftlerInnen ($\chi = 1,413$; $p = 0,235$) gibt. Bei den Berufsgruppen ErnährungswissenschaftlerInnen ($\chi = 4,974$; $p = 0,026$) und DiätologInnen ($\chi = 4,090$; $p = 0,043$) besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Bundesländern, wobei ErnährungswissenschaftlerInnen eher in vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekten eingesetzt werden und DiätologInnen eher bei steirischen Gesundheitsförderungsprojekten beteiligt sind.

		Bundesland		Gesamt
		Steiermark	Vorarlberg	
GesundheitswissenschaftlerInnen	Anzahl	9	4	13
	Spalten %	28,1	33,3	29,5
ÄrztInnen	Anzahl	13	6	19
	Spalten %	40,6	50,0	43,2
PsychologInnen	Anzahl	13	5	18
	Spalten %	40,6	41,7	40,9
Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	Anzahl	4	0	4
	Spalten %	12,5	,0	9,1
SozialarbeiterInnen, SozialpädagogIn	Anzahl	7	5	12
	Spalten %	21,9	41,7	27,3
PädagogInnen	Anzahl	13	7	20
	Spalten %	40,6	58,3	45,5
SoziologInnen	Anzahl	4	2	6
	Spalten %	12,5	16,7	13,6
ErnährungswissenschaftlerInnen	Anzahl	6	7	13
	Spalten %	18,8	58,3	29,5
SportwissenschaftlerInnen	Anzahl	13	3	16
	Spalten %	40,6	25,0	36,4
DiätologInnen	Anzahl	8	0	8
	Spalten %	25,0	,0	18,2
Gesamt	Anzahl	32	12	44
	Spalten %	100,0	100,0	100,0

Tabelle 11: Beteiligte Berufsgruppen der Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich

Unter „Sonstiges“ wurden folgende beteiligte Berufsgruppen in Gesundheitsförderungsprojekten genannt: „BehindertenpädagogInnen“, „Intern ausgebildete Personen für Betriebliche Gesundheitsförderung“, „Lebens- und SozialberaterInnen“, „LogopädInnen“, „KommunikationstrainerInnen“, „Marketingfachleute“, „OrganisationsberaterInnen“, „PhysiotherapeutInnen“, „SchauspielerInnen“, „TheaterpädagogInnen“.

Der zweite Indikator des Qualitätskriteriums Festlegung von personellen, organisatorischen und finanziellen Ressourcen betrifft das „Know How“ der beteiligten Berufsgruppen. Wie in Diagramm 10 ersichtlich, stuft die Mehrheit der Gesundheitsförderungsprojekte das Know-How der beteiligten Berufsgruppen zu 53,3% (25) „völlig ausreichend“ und zu 38,3% (18) „ziemlich ausreichend“ ein. Nur 6,4% (3) der Gesundheitsförderungsprojekte beurteilten das Know-how der beteiligten Berufsgruppen als „mittelmäßig ausreichend“ und niemand als „kaum ausreichend“ beziehungsweise „gar nicht ausreichend“.

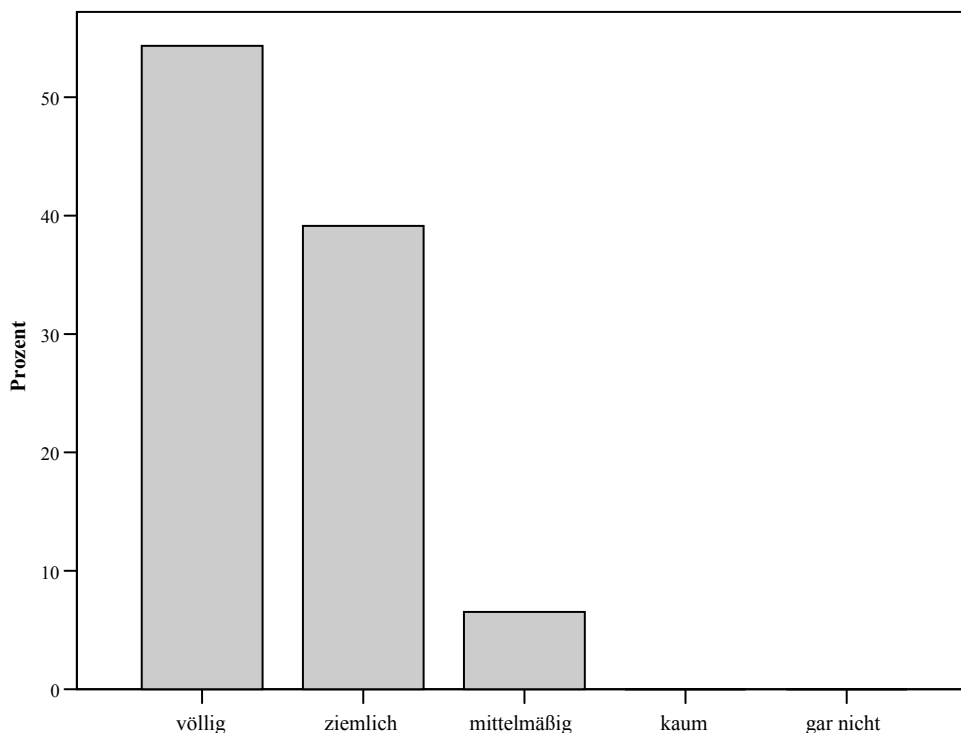


Diagramm 10: Ausmaß des Know-hows der beteiligten Berufsgruppen

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Bundesländern hinsichtlich des Ausmaßes des Know-Hows der beteiligten Berufsgruppen ($U = 211,500$; $p = 0,934$). Der dritte Indikator des Qualitätskriteriums Festlegung von personellen, finanziellen und organisatorischen Ressourcen wurde mit der Frage „Hatten Sie vor der Durchführung dieses Gesundheitsförderungsprojekts bereits Erfahrungen und Vorkenntnisse bei der Leitung von Gesundheitsförderungsprojekten?“ ermittelt. 51,1% (24) hatten bereits Erfahrungen und Vorkenntnisse bei der Projektleitung von Gesundheitsförderungsprojekten und 48,9% (23) nicht.

			Bundesland		Gesamt
			Steiermark	Vorarlberg	
Erfahrungen und Vorkenntnisse	Ja	Anzahl	14	10	24
		Spalten %	42,4%	71,4%	51,1%
	Nein	Anzahl	19	4	23
		Spalten %	57,6%	28,6%	48,9%
Gesamt	Anzahl		33	14	47
	Spalten %		100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 12: Erfahrungen und Vorkenntnisse mit der Projektleitung von Gesundheitsförderungsprojekten im Bundesländervergleich

Es gibt keinen signifikanten, jedoch großen Unterschied bezüglich der Erfahrungen und Vorkenntnisse mit der Projektleitung von Gesundheitsförderungsprojekten im Bundesländervergleich ($\chi = 3,309$; $p = 0,069$), wobei Vorarlberg eher Erfahrungen und Vorkenntnisse bei der Projektleitung von Gesundheitsförderungsprojekten aufweist als die Steiermark.

Als vierter Indikator des Qualitätskriteriums Festlegung von personellen, organisatorischen und finanziellen Ressourcen wurde die „Finanzierung“ erfragt, d.h. ob die Finanzierung bereits vor Projektbeginn vollständig budgetiert war. Bei der Mehrheit der Gesundheitsförderungsprojekte (54,3%) war die Finanzierung vor Projektbeginn vollständig budgetiert. Bei 37,0% war die Finanzierung vor Projektbeginn teilweise und bei 8,7% nicht budgetiert. Ein Bundesländervergleich ist in folgendem Diagramm ersichtlich:

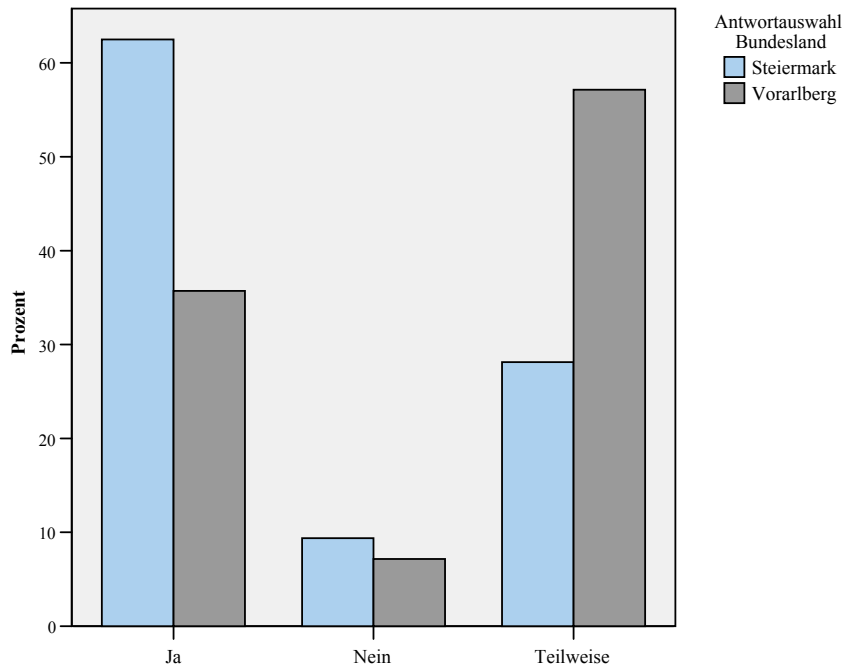


Diagramm 11: Finanzierung des Gesundheitsförderungsprojekt im Bundesländervergleich

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Budgetierung vor Projektbeginn gibt ($\chi = 3,561$; $p = 0,196$).

b) Qualitätskriterien auf der Prozessebene im Bundesländervergleich

Qualitätskriterien auf der Prozessebene betreffen die *Ausrichtung der Implementierung der Intervention*. Es wurde ermittelt, ob die Umsetzung des Gesundheitsförderungsprojekts einem Implementierungsplans folgt, top down oder bottom up implementiert wurde und inwieweit Projektmanagementmethoden eingesetzt wurden. Zur Betrachtung der Häufigkeitsverteilung werden jeweils die Antwortkategorien „trifft vorwiegend zu“ und „trifft voll zu“ beziehungsweise „trifft nicht zu“ und „trifft kaum zu“ zusammengefasst. Dadurch zeigt sich, dass 63,9% (30) der Gesundheitsförderungsprojekte Projektmanagementmethoden einsetzen. Nur ein Gesundheitsförderungsprojekt (2,1%) setzte keine und 19,1% (9) teilweise Projektmanagementmethoden ein. Weiters gaben 40,4% (19) der Projektverantwortlichen für Gesundheitsförderungsprojekte an, dass ein Implementierungsplan verfolgt wurde und 12,8% (6) haben keinen Implementierungsplan eingesetzt. 27,7% (13) haben teilweise einen Implementierungsplan eingesetzt. Je von 34,1% (16) wurde das Gesundheitsförderungsprojekt „top down“ beziehungsweise „bottom up“ implementiert. Zwischen den Bundesländern bestehen keine signifikanten

Unterschiede beim Einsatz eines Implementierungsplans ($U = 165,500$; $p = 0,119$), der Implementierung top down ($U = 202,500$; $p = 0,502$) und der Implementierung bottom up ($U = 170,500$; $p = 0,155$). Es besteht nur ein signifikanter Bundesländerunterschied hinsichtlich des Einsatzes von Projektmanagementmethoden ($U = 140,000$; $p = 0,026$).

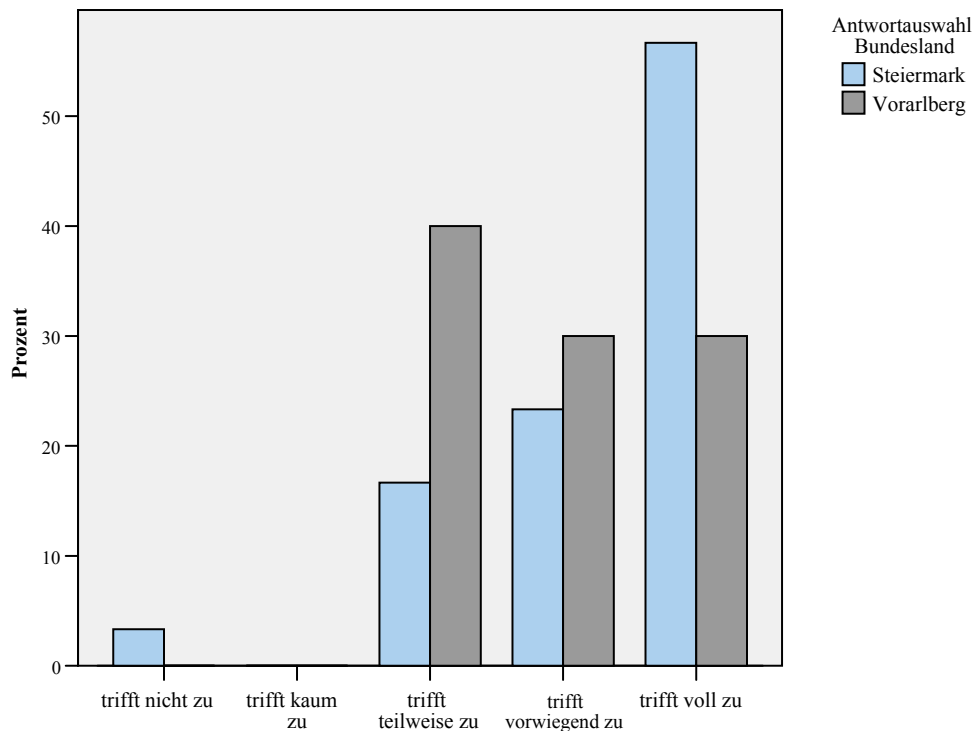


Diagramm 12: Einsatz von Projektmanagementmethoden im Bundesländervergleich

Wie in Diagramm 12 ersichtlich, setzten steirische Gesundheitsförderungsprojekte häufiger Projektmanagementmethoden ein als vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte.

c) Qualitätskriterien auf der Ergebnisebene im Bundesländervergleich

Qualitätskriterien auf der Prozessebene betreffen die Prüfung der Wirksamkeit der Intervention und den Beitrag zur Nachhaltigkeit des Gesundheitsförderungsprojekts. Das Qualitätskriterium *Prüfung der Wirksamkeit der Intervention* umfasst die drei Indikatoren „Vorhandensein von Daten und Zwischenergebnissen“, „Evaluation“ und „Ziele“. Beim ersten Indikator Vorhandensein von Daten und Zwischenergebnissen wurde ermittelt, ob das Gesundheitsförderungsprojekt Daten oder Beobachtungen über seine Wirkungen hat und die Erfassung von Zwischenergebnissen vorsieht. Zur Betrachtung der Häufigkeitsverteilung werden jeweils die Antwortkategorien „trifft vorwiegend zu“ und

„trifft voll zu“ beziehungsweise „trifft nicht zu“ und „trifft kaum zu“ zusammengefasst. Damit zeigt sich folgende Häufigkeitsverteilung: Nur 6,4% (3) haben keine Daten über die Wirkungen des Gesundheitsförderungsprojekts während 63,8% (30) über solche Daten verfügen. Zwischenergebnisse des Gesundheitsförderungsprojekts wurden von 65,9% (31) erfasst und von 8,6% (4) nicht erfasst. Es bestehen keine Unterschied zwischen den Bundesländern hinsichtlich dem „Vorhandensein von Daten über Wirkungen“ ($U = 229,500$; $p = 0,969$) und der „Erfassung von Zwischenergebnisse“ ($U = 188,500$; $p = 0,294$).

Der zweite Indikator „Evaluation“ wurde mittels der Frage, ob eine Evaluation des Gesundheitsförderungsprojekts durchgeführt wurde, erfasst. 87,8% (36) der Gesundheitsförderungsprojekte haben eine Evaluation durchgeführt oder planen die Durchführung einer Evaluation. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Bundesländern hinsichtlich des Indikators Evaluation ($\chi = 3,192$; $p = 0,074$).

			Bundesland		Gesamt
			Steiermark	Vorarlberg	
Evaluation	Ja	Anzahl	28	8	36
		Spalten %	93,3%	72,7%	87,8%
	Nein	Anzahl	2	3	5
		Spalten %	6,7%	27,3%	12,2%
Gesamt	Anzahl	30	11	41	
	Spalten %	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 13: Evaluation der Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich

12,2% (5) der Gesundheitsförderungsprojekte führten keine Evaluation durch. Gründe hierfür lagen einerseits bei zwei vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekten, dass eine Evaluation zu teuer beziehungsweise die Personaldecke zu knapp war. Ein steirisches Gesundheitsförderungsprojekt gab als Grund für die Nichtdurchführung der Evaluation an, dass es genügend TeilnehmerInnen/ Interessenten gab und dies als Indikator für den Erfolg des Gesundheitsförderungsprojekts als ausreichend gesehen wurde. Unter „Sonstiges“ gab zudem ein Projektverantwortlicher an, dass aufgrund der Projektgröße nur Feedbacks eingeholt wurden.

Der dritte Indikator des Qualitätskriteriums Prüfung und Wirksamkeit der Intervention betrifft die Zielerreichung. Die Zielerreichung wurde durch die Frage „Konnten die Ziele des Gesundheitsförderungsprojektes erreicht werden?“ ermittelt. Bei keinem

Gesundheitsförderungsprojekte wurden die Ziele nicht erreicht. 45,0% (18) haben die Ziele ihres Gesundheitsförderungsprojektes erreicht, 25% (10) teilweise erreicht und bei 30% (12) läuft das Gesundheitsförderungsprojekt noch. Ein Bundesländervergleich ist in Diagramm 13 ersichtlich.

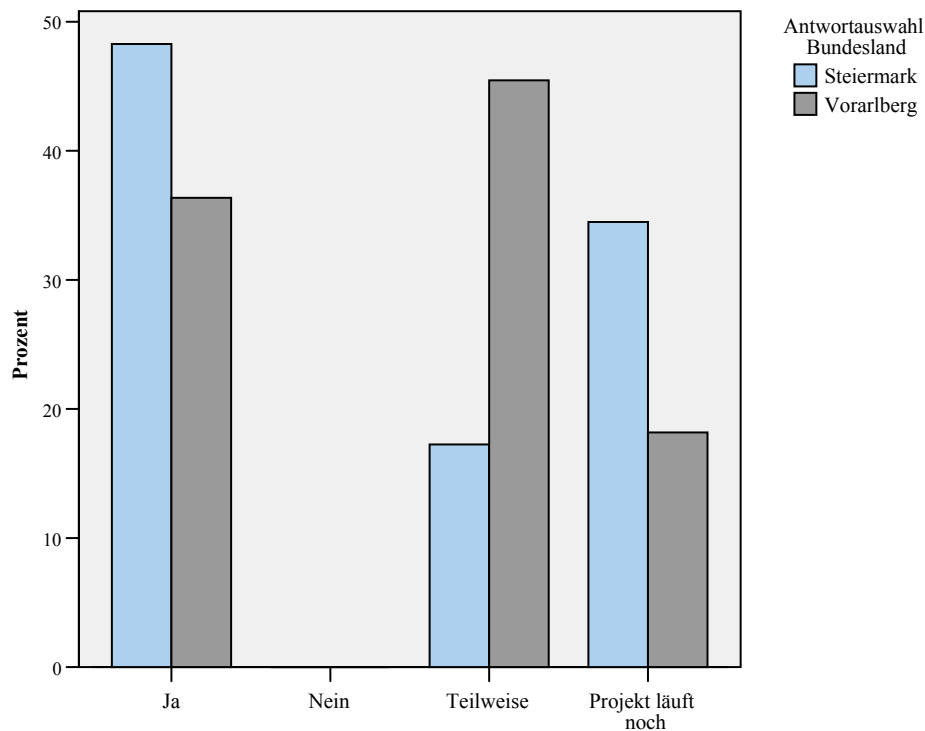


Diagramm 13: Zielerreichung des Gesundheitsförderungsprojekts im Bundesländervergleich

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern ($\chi = 3,497$; $p = 0,174$). Einige Projektverantwortliche gaben an, welche Erfolgsfaktoren für die Erreichung der Ziele von Gesundheitsförderungsprojekten ausschlaggebend sind. Die genannten Erfolgsfaktoren betreffen einerseits die personale Ebene, die organisatorische Ebene und die finanzielle Ebene von Gesundheitsförderungsprojekten. Erfolgsfaktoren auf der personalen Ebene von Gesundheitsförderungsprojekten sind Unterstützung durch den Auftraggeber des Projekts (beispielsweise Firmenleitung); ausreichende personelle Ressourcen (inkludiert Quantität und Qualität der ProjektmitarbeiterInnen) und interessierte Zielgruppen. Auf der organisatorischen Ebene von Gesundheitsförderungsprojekten wurden folgende Erfolgsfaktoren genannt: Einsatz eines Projektmanagements; Kommunikation in allen Projektphasen; Flexibilität während des Projekts; Vernetzung mit relevanten AkteurInnen; Einsatz von geeigneten Intervention (insbesondere aktivierende Interventionen mit dem Fokus auf die Einbeziehung der Zielgruppen) und laufende Dokumentation und Evaluation (durch Orientierung an

Nachhaltigkeit/ Langfristigkeit). Zudem wurden Erfolgsfaktoren auf der finanziellen Ebene von Gesundheitsförderungsprojekten genannt, d.h. dass eine ausreichend Finanzierung den Erfolg eines Gesundheitsförderungsprojekts eher gewährleistet. Da bei keinem Gesundheitsförderungsprojekt die Ziele nicht erreicht wurden, wurden auch keine Barrieren für die Zielerreichung genannt.

Mit dem zweiten Qualitätskriterium *Beitrag zur Nachhaltigkeit* wurde ermittelt, ob das Gesundheitsförderungsprojekt Maßnahmen zur Nachhaltigkeit eingeplant hat, zu einer gesundheitspolitischen Debatte anregte und das erarbeitete Know-How für andere Projekte nutzbar machte. Zur Betrachtung der Häufigkeitsverteilung werden jeweils die Antwortkategorien „trifft vorwiegend zu“ und „trifft voll zu“ beziehungsweise „trifft nicht zu“ und „trifft kaum zu“ zusammengefasst. Damit zeigt sich folgende Häufigkeitsverteilung: 73,3% (34) und 12,8% (6) haben Maßnahmen zur Nachhaltigkeit eher beziehungsweise teilweise einbezogen. Kein Gesundheitsförderungsprojekt hat keine Maßnahmen zur Nachhaltigkeit eingeplant. 66,0% (31) und 14,9% (7) machen ihr Know-How für andere Gesundheitsförderungsprojekte eher beziehungsweise teilweise nutzbar. 4,3% (2) gaben an, ihr Know-How nicht für andere Gesundheitsförderungsprojekte zu verbreiten. Zu einer gesundheitspolitischen Debatte regen 40,4% (19) eher und 23,4% (11) teilweise an. 21,3% (10) gaben an, dass ihr Gesundheitsförderungsprojekt eher weniger zu einer gesundheitspolitischen Debatte anregt. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Einplanung von Maßnahmen zur Nachhaltigkeit ($U = 196,500$; $p = 0,391$), der Anregung zu einer gesundheitspolitischen Debatte ($U = 193,500$; $p = 0,373$) und der Nutzarmachung von erarbeiteten Know-How für andere Projekte ($U = 208,500$; $p = 0,582$).

5.6.2.2 Ausgewählte Qualitätskriterien auf der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisebene nach dem Jahr des Projektbeginns

Im nächsten Abschnitt erfolgt ein Vergleich ausgewählter Qualitätskriterien nach dem Jahr des Projektbeginns, um die Forschungsfrage, inwieweit sich die angewandten Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten nach dem Zeitraum des Projektbeginns voneinander unterscheiden, beantworten zu können. Dazu wurden die genannten Jahre des Projektbeginns in Jahresgruppen 1998 bis 2001, 2002 bis 2004, 2005 bis 2007 und 2008 bis 2009 kategorisiert. Wie in Tabelle 19 ersichtlich, fanden am häufigsten mit 39,1% (18) in den Jahren 2005 bis 2007 Gesundheitsförderungsprojekte statt und am wenigsten in den Jahren 2008 bis 2009 mit 15,2% (7), wobei für das Jahr

2009 nur diejenigen Gesundheitsförderungsprojekte inkludiert sind, die bis Mitte Mai (bis zum Zeitraum der Auswahl der Stichprobe) in der Projektdatenbank von *Fonds Gesundes Österreich* erfasst wurden.

Jahresgruppe		
	Häufigkeit	Prozent
1998 - 2001	8	17,4
2002 - 2004	13	28,3
2005 - 2007	18	39,1
2008 - 2009	7	15,2
Gesamt	46	100,0

Tabelle 14: Gesundheitsförderungsprojekte nach dem Zeitraum des Projektbeginns

Die Auswahl der im Folgenden dargestellten Qualitätskriterien basiert auf der Annahme, dass sich diese über die Zeit hinweg verändert haben könnten, da die Entwicklung und Verbreitung von Qualitätskriterien besonders in den letzten Jahren von *Fonds Gesundes Österreich* forciert worden sind. Beim Qualitätskriterium *Berücksichtigung des Konzepts Gesundheitsförderung* zeigt sich, dass sowohl beim Prinzip der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit ($H = 0,345$; $p = 0,951$)⁵ als auch beim Prinzip der Salutogenese ($H = 0,861$; $p = 0,835$) und beim Prinzip der Partizipation ($H = 2,526$; $p = 0,471$) keine signifikanten Unterschiede nach den Jahresgruppen des Projektbeginns bestehen. Beim Qualitätskriterium *Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention* zeigt sich, dass es keine signifikante Unterschiede hinsichtlich der Orientierung an einem theoretischen Modell ($H = 4,869$; $p = 0,182$), der Stützung auf wissenschaftliche Belege ($H = 5,594$; $p = 0,133$) und der Entstehung in Anlehnung an Beispiele guter Praxis ($H = 0,980$; $p = 0,806$) nach den Jahresgruppen des Projektbeginns gibt. Bei den Charakteristika der Zielgruppe bestehen auch keine Unterschiede in Abhängigkeit vom Jahr des Projektbeginns: Sowohl bei der Bekanntheit der gesundheitlichen Besonderheiten ($H = 0,785$; $p = 0,853$), der Bekanntheit von Normen, Werten und demographischen Charakteristika ($H = 0,639$; $p = 0,887$) als auch der Eruiierung der Motivation zur Teilnahme am Projekt ($H = 1,309$; $p = 0,727$) bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Jahresgruppen des Projektbeginns. Beim Qualitätskriterium *Festlegung der personellen, organisatorischen und finanziellen Ressourcen* zeigen sich, dass sowohl beim Know-How der beteiligten Berufsgruppen ($\chi = 2,883$; $p = 0,823$), als auch bei der Erfahrung mit der Leitung von Projekten ($\chi = 3,128$; $p = 0,372$) und der Budgetierung des Gesundheitsförderungsprojekts

⁵ Die Signifikanzüberprüfung erfolgte mittels Kruskal-Wallis-Test.

($\chi = 2,308$; $p = 0,889$) keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit vom Jahr des Projektbeginns. Das Qualitätskriterium *Ausrichtung der Implementierung der Intervention* weist keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit vom Jahr des Projektbeginns auf. Weder beim Vorhandensein eines Implementierungsplans ($H = 0,474$; $p = 0,924$), noch bei der Implementierung top down ($H = 0,155$; $p = 0,985$) und der Implementierung bottom up ($H = 2,123$; $p = 0,547$), sowie beim Einsatz von Projektmanagementmethoden ($H = 0,617$; $p = 0,893$) zeigen sich signifikante Unterschiede nach dem Jahr des Projektbeginns. Das Qualitätskriterium *Prüfung der Wirksamkeit der Intervention* weist keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf dem Vorhandensein von Daten oder Beobachtungen über Wirkungen ($H = 2,685$; $p = 0,443$) und der Erfassung von Zwischenergebnissen ($H = 1,197$; $p = 0,754$) nach dem Jahr des Projektbeginns auf. Beim Qualitätskriterium Prüfung der Wirksamkeit der Intervention besteht kein signifikanter Unterschied nach dem Jahr des Projektbeginns beim Indikator „Evaluation“ ($\chi = 2,779$; $p = 0,427$). Beim Indikator „Zielerreichung“ bestehen signifikante Unterschiede nach dem Jahr des Projektbeginns ($\chi = 16,318$; $p = 0,012$), wobei die Unterschiede darauf beruhen, dass die die Mehrheit der Projekte aus den Jahren 2008 bis 2009 noch nicht abgeschlossen sind und nicht darauf, dass in einer Jahresgruppe die Ziele des Gesundheitsförderungsprojekts eher erreicht wurden als in einer anderen Jahresgruppe.

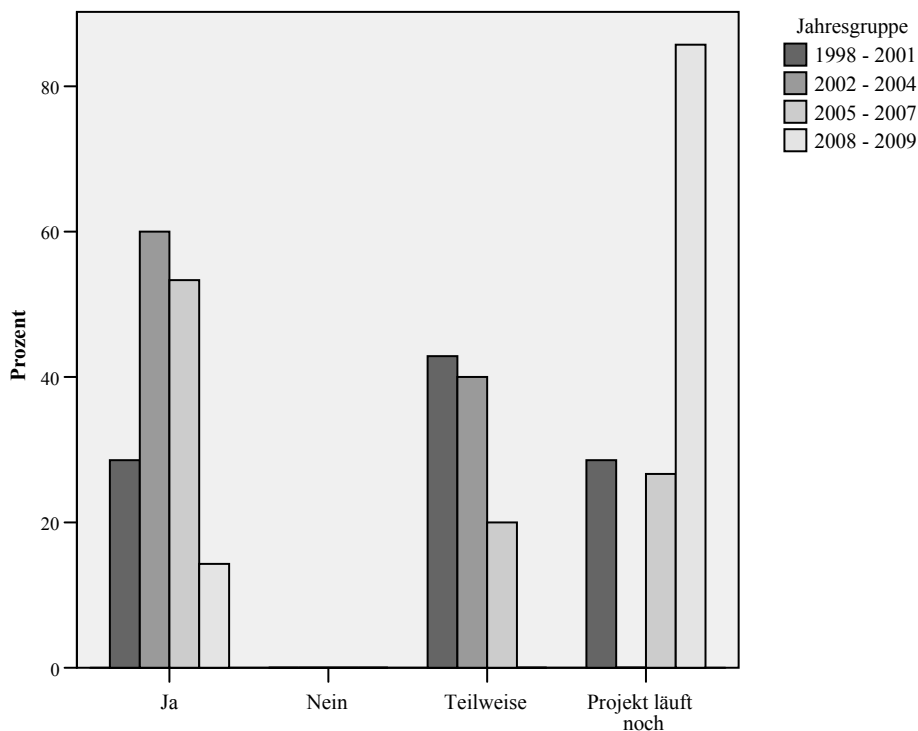


Diagramm 14: Qualitätskriterium „Zielerreichung“ nach der Jahresgruppe des Projektbeginns

Beim Qualitätskriterium *Beitrag zur Nachhaltigkeit des Gesundheitsförderungsprojekts* zeigt sich, dass sowohl bei den umgesetzten Maßnahmen zur Nachhaltigkeit ($H = 2,223$; $p = 0,528$), als auch bei der Anregung zu einer gesundheitspolitischen Debatte ($H = 1,265$; $p = 0,737$) und der Nutzbarmachung des erarbeiteten Know-Hows für andere Projekte ($H = 0,715$; $p = 0,870$) keine signifikanten Unterschiede nach der Jahresgruppe des Projektbeginns bestehen.

5.6.3 Sichtweisen über Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene

Um die Forschungsfrage, ob die praktische Sichtweise von Projektverantwortlichen mit theoretischen Annahmen über Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung kompatibel ist, zu beantworten, werden im Folgenden die Angaben der Projektverantwortlichen über die Sichtweisen über Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene aufgezeigt. Zudem sollen die praktischen Sichtweisen über Qualitätskriterien im Bundesländervergleich dargestellt werden.

a) Sichtweise über Qualitätskriterien auf der Strukturebene im Bundesländervergleich

Die Sichtweise zum Qualitätskriterium *Berücksichtigung des Konzepts Gesundheitsförderung* wurde anhand der Einstufung nach der Wichtigkeit der Prinzipien gesundheitliche Chancengleichheit, Salutogenese, Setting-Ansatz und Partizipation durch die Projektverantwortlichen ermittelt. Zur Betrachtung der Häufigkeitsverteilung werden jeweils die Antwortkategorien „sehr wichtig“ und „eher wichtig“ beziehungsweise „eher nicht wichtig“ und „gar nicht wichtig“ zusammengefasst. Damit zeigt sich folgende Häufigkeitsverteilung: Am wichtigsten wurde das Prinzip der Partizipation mit 87,2% (41) von den Projektverantwortlichen eingestuft. Niemand sieht dieses Prinzip als nicht wichtig an. Nach dem Prinzip der Partizipation folgt, nach Einstufung der Wichtigkeit, das Prinzip der Salutogenese mit 85,1% (40). Ein Projektverantwortliche stuft dieses Prinzip als eher nicht wichtig ein (2,1%). Mit 80,8% (38) wurde das Prinzip des Setting-Ansatzes als eher und sehr wichtig eingeschätzt während 12,8% (6) dieses Prinzip als teilweise und niemand als nicht wichtig erachtet. Von allen Prinzipien des Konzepts Gesundheitsförderung wurde das Prinzip der gesundheitlichen Chancengleichheit mit 66,0% (31) am seltensten als sehr und eher wichtig eingeschätzt. 10,7% (5) und 14,0% (7) stuften dieses Prinzip als gar nicht und wenig wichtig beziehungsweise teilweise wichtig ein. Es gibt größtenteils keine

Bundesländerunterschiede bei den Sichtweisen zum Qualitätskriterium *Berücksichtigung des Konzepts Gesundheitsförderung*. Sowohl beim Prinzip der gesundheitlichen Chancengleichheit ($U = 216,000$; $p = 0,716$), dem Prinzip der Salutogenese ($U = 196,000$; $p = 0,341$) und dem Prinzip des Settingansatzes ($U = 209,000$; $p = 0,570$) sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern nicht signifikant. Es gibt nur einen signifikanten Unterschied in den Sichtweisen beim Prinzip der Partizipation ($U = 148,000$; $p = 0,019$), wobei die steirischen Projektverantwortlichen mit 78,8% dieses Prinzip öfters mit „sehr wichtig“ einstufen als die vorarlberger Projektverantwortlichen mit 42,9%.

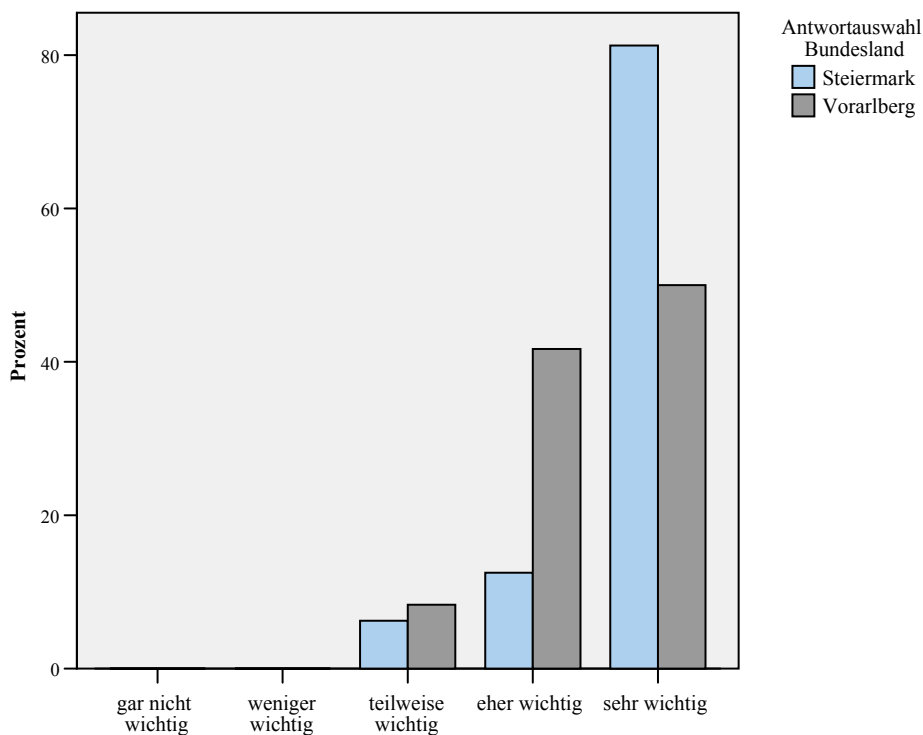


Diagramm 15: Sichtweisen zum Prinzip der Partizipation im Bundesländervergleich

Die Sichtweise über die Ermittlung der Ausgangslage wurde mittels der Frage, für wie wichtig die Projektverantwortlichen die genaue Recherche der Ausgangslage für den Erfolg des Gesundheitsförderungsprojekts halten, erhoben. 84,8% (39) und 15,2% (7) sehen die Ermittlung der Ausgangslage für den Erfolg des Gesundheitsförderungsprojektes als „sehr wichtig“ und „eher wichtig“ beziehungsweise „teilweise wichtig“ an. Niemand der Projektverantwortlichen sieht keine Notwendigkeit in der Ermittlung der Ausgangslage. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede in den Sichtweisen zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Ermittlung der Ausgangslage ($U = 157,500$; $p = 0,093$).

Zum Qualitätskriterium *Entwicklung und Planung der Intervention* bestehen folgende Sichtweisen der Projektverantwortlichen: Am wichtigsten mit 76,6% (36) wurde die Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention aufgrund von anderen Projekten eingestuft. Teilweise beziehungsweise weniger wichtig stufen dies 10,6% (5) und 6,4% (3) der Projektverantwortlichen ein. Die Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention aufgrund von wissenschaftlichen Studien wurde von 46,8% (22) der Projektverantwortliche als sehr wichtig und eher wichtig eingeschätzt. 31,9% (15) und 10,6% (5) gaben an, dies für die Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention teilweise beziehungsweise eher nicht wichtig zu halten. Am seltensten wurde mit 44,7% (21) ein theoretisches Modell als eher wichtig für die Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention gesehen. 23,4% (11) und 21,2% (10) sehen dies als teilweise beziehungsweise eher nicht wichtig an. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern in den Sichtweisen zum Qualitätskriterium *Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention*, d.h. sowohl beim Indikator Entwicklung nach einem theoretischen Modell ($U = 177,500$; $p = 0,195$), beim Indikator Entwicklung aufgrund von wissenschaftlichen Studien ($U = 204,000$; $p = 0,514$) und beim Indikator Entwicklung aufgrund von anderen Projekten ($U = 196,000$; $p = 0,387$) lassen sich keine signifikanten Bundesländerunterschiede feststellen.

Die Sichtweisen von Projektverantwortlichen für Gesundheitsförderungsprojekte zum Qualitätskriterium *Festlegung von personellen, finanziellen und organisatorischen Ressourcen* wurden mittels der Frage „Nennen Sie Ihrer Meinung nach die drei wichtigsten Kompetenzen und Fähigkeiten, die ein/e Projektleiter/in von Gesundheitsförderungsprojekten haben sollte“ ermittelt. Die genannten Fähigkeiten und Kompetenzen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- *Persönliche Kompetenzen der Projektleitung:* Die am häufigsten genannten persönlichen Kompetenzen welche die Projektleitung betreffen sind die Ausdauer und Belastbarkeit, die Offenheit gegenüber Zielgruppen und Projektthemen, Flexibilität und Begeisterungsfähigkeit. Weiters wurden persönliche Kompetenzen wie die Selbstreflexionsfähigkeit, Kreativität und Authentizität genannt.
- *Soziale Kompetenzen der Projektleitung:* Die am häufigsten genannten sozialen Kompetenzen der Projektleitung betreffen das Einfühlungsvermögen, die Teamfähigkeit, die Führungskompetenz, die Kommunikationsfähigkeit

(Moderationsfähigkeit), die Motivationsfähigkeit, Vernetzungs-, Kooperations- und Koordinationsfähigkeit.

- *Praktische Erfahrungen der Projektleitung:* Von den befragten Projektverantwortlichen für Gesundheitsförderungsprojekte wurde das Vorhandensein von praktischen Erfahrungen im sozialen Bereich und die Erfahrungen mit Projektarbeit als wichtige Fähigkeiten für die Projektleitung eines Gesundheitsförderungsprojektes genannt.
- *Fachliche Kompetenzen der Projektleitung:* Die am häufigsten genannten fachlichen Kompetenzen der Projektleitung betreffen das theoretische Wissen über das Konzept Gesundheitsförderung, projektspezifische Inhalte und Themen, Informations- und Kommunikationstechnologien und betriebswirtschaftliche Fragestellungen (Budgetierung, Finanzierung). Ebenso wurden fachliche Kompetenzen in Bezug auf Projektmanagement und Organisationsmanagement, sowie die wissenschaftliche Expertise genannt. Auch wurde das Vorhandensein einer entsprechenden Ausbildung in diversen Bereichen (Pädagogik, Wirtschaft etc.) als wichtige Fähigkeit für die Projektleitung eines Gesundheitsförderungsprojektes genannt.

Neben den genannten Fähigkeiten und Kompetenzen von ProjektleiterInnen wurden äußere Faktoren wie etwa das Ansehen im Betrieb oder die Rückendeckung der Geschäftsführung angeführt, um ein Gesundheitsförderungsprojekt erfolgreich leiten zu können.

b) Sichtweise über Qualitätskriterien auf der Prozessebene im Bundesländervergleich

Die Sichtweisen zum Qualitätskriterium *Ausrichtung der Implementierung der Intervention* wurden anhand der Frage „Ist das Vorgehen nach einem Implementierungsmodell für den Erfolg eines Gesundheitsförderungsprojekts aus Ihrer Sicht entscheidend?“ ermittelt. 5,3% (2) und 23,7% (9) der Projektverantwortlichen sehen das Vorgehen nach einem Implementierungsmodell als kaum beziehungsweise mittelmäßig entscheidend für den Erfolg eines Gesundheitsförderungsprojekts. Als ziemlich und völlig entscheidend sehen dies 55,3% (21) und 15,8% (6). Folgende Tabelle zeigt die Angaben der Projektverantwortlichen im Bundesländervergleich. Es gibt keinen signifikanten Bundesländerunterschied in den Sichtweisen über das Qualitätskriterium Ausrichtung der Implementierung der Intervention ($U = 132,000$; $p = 0,769$).

			Bundesland		Gesamt
			Steiermark	Vorarlberg	
Ausrichtung der Implementierung der Intervention	kaum	Anzahl	2	0	2
		Spalten%	7,1%	,0%	5,3%
	mittelmäßig	Anzahl	5	4	9
		Spalten%	17,9%	40,0%	23,7%
	ziemlich	Anzahl	17	4	21
		Spalten%	60,7%	40,0%	55,3%
	völlig	Anzahl	4	2	6
		Spalten%	14,3%	20,0%	15,8%
	Gesamt	Anzahl	28	10	38
		Spalten%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 15: Sichtweisen zum Qualitätskriterium „Ausrichtung der Implementierung der Intervention“ im Bundesländervergleich

Sichtweisen über das Qualitätskriterium *Einsatz von Projektmanagementmethoden* wurden anhand der Frage, ob ein enger Zusammenhang zwischen dem Erfolg eines Gesundheitsförderungsprojektes und dem Einsatz von Projektmanagementmethoden besteht, erfasst. Dies schätzen 25,4% (10) und 56,1% (23) „außerordentlich wichtig“ und „ziemlich wichtig“ ein während 17,1% (7) dies „mittelmäßig wichtig“ und 2,4% (1) „kaum wichtig“ einstufen. Im Diagramm 16 zeigen sich die Sichtweisen über dieses Qualitätskriterien für die Bundesländer Steiermark und Vorarlberg.

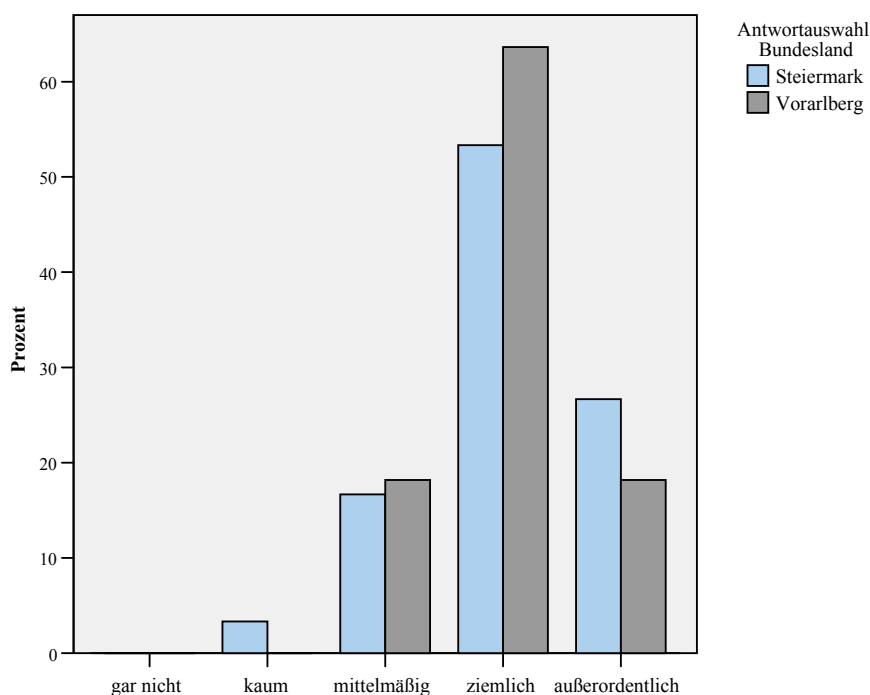


Diagramm 16: Sichtweisen über das Qualitätskriterium „Einsatz von Projektmanagementmethoden“ im Bundesländervergleich

Es gibt keinen signifikanten Unterschied in den Sichtweisen zum Qualitätskriterium „Einsatz von Projektmanagementmethoden“ zwischen der Steiermark und Vorarlberg ($U = 157,000$; $p = 0,793$).

c) Sichtweise über Qualitätskriterien auf der Ergebnisebene im Bundesländervergleich

Die Sichtweisen zum Qualitätskriterium *Prüfung der Wirksamkeit der Intervention* wurden anhand der Frage „Wie wichtig ist aus Ihrer Sicht die Evaluation für die Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten?“ erfasst. Niemand sieht die Evaluation für die Qualität von Gesundheitsförderungsprojekte „gar nicht wichtig“ und „wenig wichtig“. 52,5% (21) und 37,5% (15) der befragten Projektverantwortlichen empfinden die Evaluation als „sehr wichtig“ und „eher wichtig“ für die Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten. 10% (4) beurteilen die Evaluation als „teilweise wichtig“. Es gibt keine signifikanten Bundesländerunterschiede in den Sichtweisen zum Qualitätskriterium Prüfung der Wirksamkeit der Intervention ($U = 154,500$; $p = 0,866$).

			Antwortauswahl Bundesland		Gesamt
			Steiermark	Vorarlberg	
Prüfung der Wirksamkeit der Intervention	sehr wichtig	Anzahl	15	6	21
		Spalten%	51,7%	54,5%	52,5%
	eher wichtig	Anzahl	11	4	15
		Spalten%	37,9%	36,4%	37,5%
	teilweise wichtig	Anzahl	3	1	4
		Spalten%	10,3%	9,1%	10,0%
Gesamt	Anzahl	29	11	40	
	Spalten%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 16: Sichtweisen über das Qualitätskriterium „Überprüfung der Wirksamkeit der Intervention“ im Bundesländervergleich

Durch die Frage, ob die Projektverantwortlichen es als notwendig erachten, dass das Gesundheitsförderungsprojekt auf nachhaltige Veränderung ausgerichtet ist, wurden die Sichtweisen der Projektverantwortlichen über das Qualitätskriterium *Beitrag zur Nachhaltigkeit des Gesundheitsförderungsprojektes* erhoben. 55,0% (22) und 32,5% (13) sehen dieses Qualitätskriterium als „außerordentlich wichtig“ und „ziemlich wichtig“ an.

12,5% (5) beurteilen dieses Qualitätskriterium als „mittelmäßig wichtig“. Niemand gibt an, dass dieses Qualitätskriterium „kaum wichtig“ oder „gar nicht wichtig“ ist. Die Sichtweisen im Bundesländervergleich sind in folgendem Diagramm zu sehen:

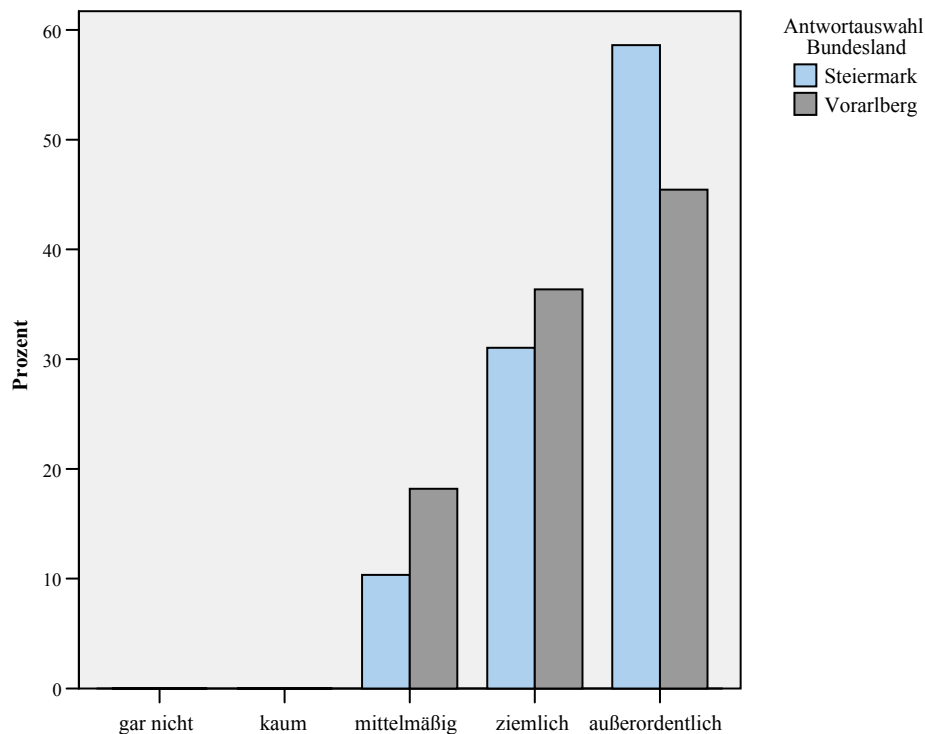


Diagramm 17: Sichtweisen über das Qualitätskriterium „Beitrag zur Nachhaltigkeit des Gesundheitsförderungsprojektes“ im Bundesländervergleich

Es konnten keine signifikanten Unterschiede in den Sichtweisen über das Qualitätskriterium „Beitrag zur Nachhaltigkeit des Gesundheitsförderungsprojektes“ zwischen Steiermark und Vorarlberg festgestellt werden ($U = 125,500$; $p = 0,416$).

5.6.4 Allgemeines Wissen und Sichtweisen über Qualität in der Gesundheitsförderung

Im letzten Teil des Fragebogens wurden allgemeines Wissen und Sichtweisen der Projektverantwortlichen über Qualität in der Gesundheitsförderung erfragt. Auf die Frage, welche Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung sind Ihnen bekannt, gaben insgesamt 35,7% (15) an, keines der genannten Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung zu kennen, wie dies in Diagramm 18 ersichtlich ist.

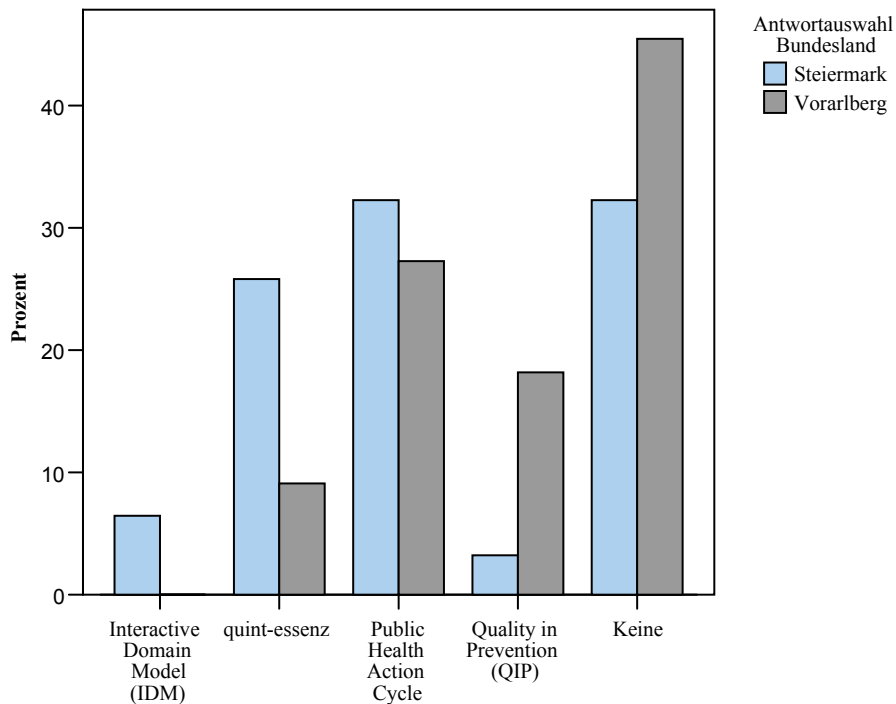


Diagramm 18: Bekanntheit von Qualitätsmanagementsystemen für die Gesundheitsförderung im Bundesländervergleich

Am bekanntesten mit 31,0% (13) ist der Public Health Action Cycle, gefolgt vom Qualitätsmanagementsystem quint-essenz mit 21,4% (9). Am wenigsten bekannt sind die Qualitätsmanagementsysteme Quality in Prevention mit 7,1% (3) und das Interactive Domain Model mit 4,8% (2). Unter der Kategorie „Sonstiges“ wurden zudem die Qualitätsmanagementsysteme „European Foundation Quality Management“ (EFQM), „Qualitätszirkel für die Gesundheitsförderung“, „Qualität als Prozess“ (QAP) und das „Schweizer Ergebnismodell“ genannt.

			Bundesland		Gesamt
			Steiermark	Vorarlberg	
Qualitätssysteme	Interactive Domain Model (IDM)	Anzahl	2	0	2
		Spalten %	6,5	,0	4,8
	quint-essenz	Anzahl	8	1	9
		Spalten %	25,8	9,1	21,4
	Public Health Action Cycle	Anzahl	10	3	13
		Spalten %	32,3	27,3	31,0
	Quality in Prevention (QIP)	Anzahl	1	2	3
		Spalten %	3,2	18,2	7,1
	Keine	Anzahl	10	5	15
		Spalten %	32,3	45,5	35,7
Gesamt	Anzahl	24	9	33	
	Spalten %	77,4	81,8	78,6	

Tabelle 17: Bekanntheit von Qualitätsmanagementsystemen für die Gesundheitsförderung im Bundesländervergleich

Inwieweit signifikante Unterschiede im Bekanntheitsgrad von Qualitätsmanagementsystemen für die Gesundheitsförderung in Abhängigkeit vom Bundesland bestehen, wurde statistisch berechnet. Demnach gibt es bei keinem Qualitätsmanagementsystem einen Unterschied: Interactive Domain Model ($U = 148,500$; $p = 0,378$), quint-essenz ($U = 130,000$; $p = 0,217$), Public Health Action Cycle ($U = 148,000$; $p = 0,668$), Quality in Prevention ($U = 136,000$; $p = 0,119$), Keine ($U = 142,000$; $p = 0,527$).

Bei der Frage, wie hilfreich ein Qualitätsmanagementsystem für die Planung, Durchführung und Evaluation des Gesundheitsförderungsprojekts sein würde, gab die Mehrheit der Projektverantwortlichen an, dass der Projektguide eher hilfreich ist. Zur Betrachtung der Häufigkeitsverteilung werden jeweils die Antwortkategorien „sehr hilfreich“ und „hilfreich“ beziehungsweise „wenig hilfreich“ und „gar nicht hilfreich“ zusammengefasst. Demnach ergibt sich folgende Häufigkeitsverteilung: 44,6% (18) der Projektverantwortlichen stufen Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung als sehr hilfreich beziehungsweise hilfreich ein, 42,3% (16) als teilweise hilfreich und 8,1% (3) wenig beziehungsweise gar nicht hilfreich ein. Ein Vergleich der Bundesländer ist in Diagramm 19 ersichtlich. Ein Bundesländervergleich zeigt, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Einschätzung der Hilfestellung durch Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung in Abhängigkeit vom Bundesland gibt ($U = 123,000$; $p = 0,661$).

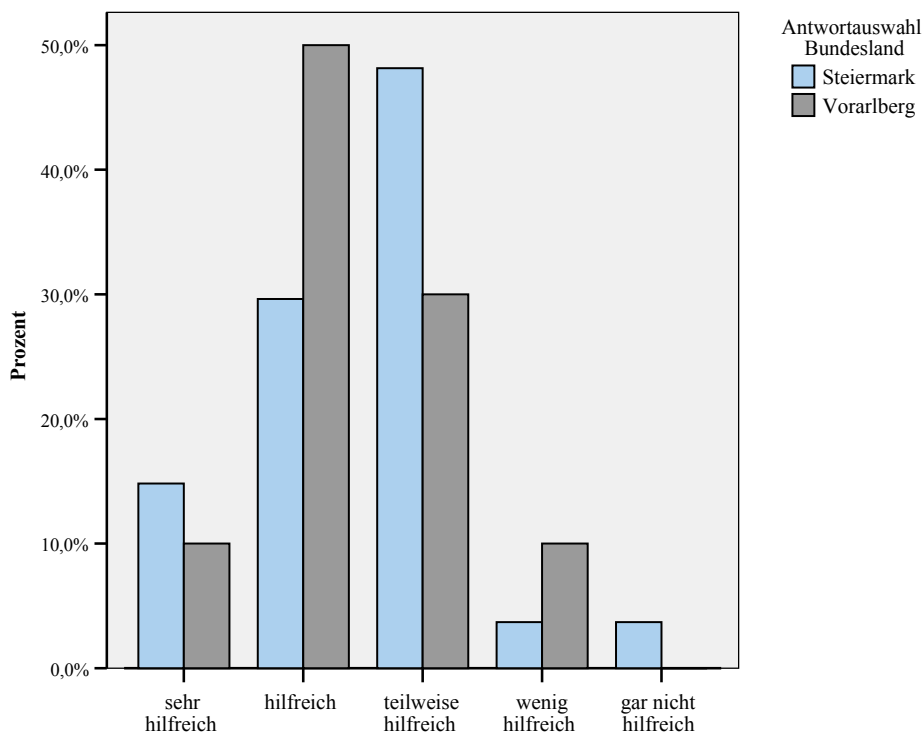


Diagramm 19: Einschätzung der Hilfestellung durch Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung

Auf die Frage, ob die Projektverantwortlichen ihr durchgeführtes Gesundheitsförderungsprojekt anders planen und umsetzen müssten, falls es noch einmal starten würde, antworteten insgesamt 21,1% (8) mit gar nicht, 55,3% (21) mit kaum und 23,7% (9) mit mittelmäßig. Niemand gab an, dass das durchgeführte Gesundheitsförderungsprojekt ziemlich oder völlig anders geplant und umgesetzt werden müsste. Ein Bundesländervergleich zeigt Tabelle 32.

			Bundesland		Gesamt
			Steiermark	Vorarlberg	
Wiederholung	gar nicht	Anzahl	7	1	8
		Spalten %	25,9	9,1	21,1
	kaum	Anzahl	14	7	21
		Spalten %	51,9	63,6	55,3
	mittelmäßig	Anzahl	6	3	9
		Spalten %	22,2	27,3	23,7
Gesamt	Anzahl	27	11	38	
	Spalten %	100,0	100,0	100,0	

Tabelle 18: Wiederholung des Gesundheitsförderungsprojekts im Bundesländervergleich

Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Wiederholung des Gesundheitsförderungsprojekts ($U = 123,500$; $p = 0,371$). Die

Projektverantwortlichen gaben des Weiteren an, ob eine externe Unterstützung bei der Planung, Durchführung oder Evaluation des Gesundheitsförderungsprojekts wünschenswert erscheint oder bereits extern unterstützt wurde. Zur Betrachtung der Häufigkeitsverteilung werden jeweils die Antwortkategorien „stimme voll und ganz zu“ und „stimme eher zu“ beziehungsweise „stimme eher nicht zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“ zusammengefasst. Demnach ergibt sich folgende Häufigkeitsverteilung: Bei der Planung des Gesundheitsförderungsprojekts gaben 25,5% (12) der Projektverantwortlichen an, sich eher eine externe Unterstützung zu wünschen während 19,1% (9) der Projektverantwortlichen sich dies eher nicht wünschen. 38,3% (18) wurden bei der Planung ihrer Gesundheitsförderungsprojekts bereits extern unterstützt. Bei der Durchführung des Gesundheitsförderungsprojekts gaben 19,1% (9) der Projektverantwortlichen an, sich eher eine externe Unterstützung zu wünschen während 23,4% (11) der Projektverantwortlichen sich dies eher nicht wünschen. 40,4% (19) wurden bei der Durchführung ihres Gesundheitsförderungsprojekts extern unterstützt. Bei der Evaluation des Gesundheitsförderungsprojekts gaben 23,4% (11) der Projektverantwortlichen an sich eher eine externe Unterstützung zu wünschen während 10,6% (5) der Projektverantwortlichen dies eher nicht wünschen. 51,1% (24) werden bereits bei der Evaluation ihres Gesundheitsförderungsprojektes extern unterstützt. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern hinsichtlich der Wünsche nach einer externen Unterstützung bei der Planung ($U = 198,500$; $p = 0,431$), Durchführung ($U = 199,000$; $p = 0,436$) und Evaluation ($U = 204,500$; $p = 0,506$). Welche externen Unterstützungsmöglichkeiten sich die Projektverantwortlichen wünschen, ist in folgender Tabelle ersichtlich: Am häufigsten mit 23,3% (30) wünschen sich die Projektverantwortlichen eine externe Unterstützung durch Vernetzungstreffen mit anderen ProjektleiterInnen zum Erfahrungsaustausch. 18,8% (23) würden sich wissenschaftlich gestützte Leitlinien und Handlungsempfehlungen wünschen und 16,3% (21) Informationsmaterialien wie Broschüren, Handbücher etc. Am wenigsten wünschen sie sich eine externe Unterstützung mittels Website mit einer Online-Beratung (3,6%) und eine telefonische Serviceline (8,5%). Kein Projektverantwortlicher wünscht sich keine externe Unterstützung, d.h. eine externe Unterstützung ist von jedem Projektverantwortlichen erwünscht. Ein Bundesländervergleich zeigt keine großen Unterschiede in den Präferenzen.

			Bundesland		Gesamt
			Steiermark	Vorarlberg	
Unterstützung	Vernetzungstreffen mit anderen ProjektleiterInnen zum Erfahrungsaustausch	Anzahl	23	7	30
		Spalten %	24,7	19,4	23,3
	Informationsmaterialien wie Broschüren, Handbücher, etc.	Anzahl	15	6	21
		Spalten %	16,1	16,7	16,3
	wissenschaftlich gestützte Leitlinien und Handlungsempfehlungen	Anzahl	15	8	23
		Spalten %	16,1	22,2	17,8
	einmalige Bildungsangebote	Anzahl	14	6	20
		Spalten %	15,1	16,7	15,5
	laufende Projektbegleitung	Anzahl	13	6	19
		Spalten %	14,0	16,7	14,7
	telefonische Serviceline für projektspezifische Hilfestellungen	Anzahl	8	3	11
		Spalten %	8,6	8,3	8,5
	Website mit Online-Beratung	Anzahl	5	0	5
		Spalten %	5,4	,0	3,9
	gar keine	Anzahl	0	0	0
		Spalten %	,0	,0	,0
	Gesamt	Anzahl	27	11	38
		Spalten %	29,0	30,6	29,5

Tabelle 19: Form der externen Unterstützungsmöglichkeiten im Bundesländervergleich

Im abschließenden Teil des Fragebogens wurden Fragen zum 2008 veröffentlichten Projektguide von *Fonds Gesundes Österreich* gestellt: 47,5% (19) ist der Projektguide von *Fonds Gesundes Österreich* bekannt und 52,5% (21) ist dieser nicht bekannt. Ein Bundesländervergleich ist in Diagramm 20 ersichtlich. Demnach gaben 41,4% (12) der steirischen Projektverantwortlichen im Vergleich zu 63,6% (7) der vorarlberger Projektverantwortlichen an den Projektguide zu kennen. 58,6% (17) der steirischen Projektverantwortlichen gaben im Vergleich zu 36,4% (4) der vorarlberger Projektverantwortlichen an, den Projektguide nicht zu kennen. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Bundesländern hinsichtlich der Bekanntheit des Projektguides ($\chi = 1,584$; $p = 0,208$).

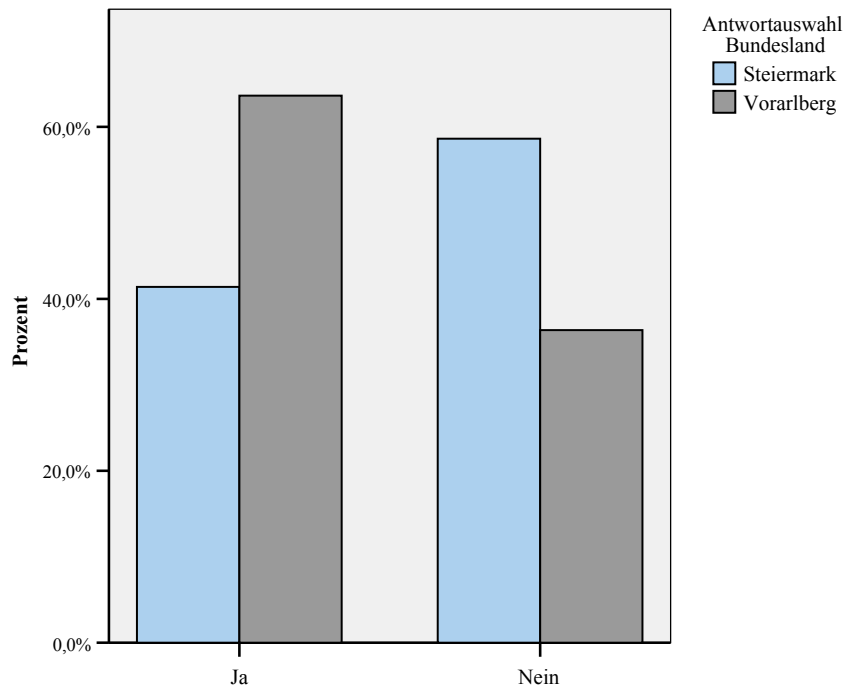


Diagramm 20: Bekanntheit des Projektguide von Fonds Gesundes Österreich im Bundesländervergleich

Von den 19 Projektverantwortlichen, die den Projektguide kennen, haben sich 42,1% (8) bereits im Detail mit dem Projektguide des *Fonds Gesundes Österreichs* auseinandergesetzt und finden diesen zu 25% (2) sehr hilfreich, zu 25% (2) eher hilfreich, zu 37,5% (3) teilweise hilfreich und zu 12,5% (1) wenig hilfreich. Jener Projektverantwortliche, der den Projektguide als wenig hilfreich einstufte, gibt als Grund an, dass dieser „sehr umständlich und zeitraubend“ ist. Diejenigen Projektverantwortlichen, die den Projektguide als sehr hilfreich und eher hilfreich einstufen, gaben hierfür folgende Gründe an: „klare Struktur“, „Erklärungen der einzelnen Qualitätskriterien“, „Beispiele aus anderen Projekten zur Orientierung“, „guter Aufbau“, „einfach in Handhabung“, „sehr praxisorientiert“. Ebenso wurde von diesen Projektverantwortlichen der Projektguide des *Fonds Gesundes Österreich* in folgenden Teilaspekten kritisiert: „keine Speicherung möglich“, „Eingabe mühsam und zeitraubend“, „Kurzbeschreibung des Projekts gehört an den Anfang und nicht an den Schluss“.

5.7 Zusammenfassung der Studienergebnisse

Mit der Darstellung der projektspezifischen Daten der Stichprobe konnte aufgezeigt werden, welche Gesundheitsförderungsprojekte die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung umfasst. Insgesamt nahmen 33 (63,5%) Projektverantwortliche aus der Steiermark und 14 (26,9%) Projektverantwortliche aus Vorarlberg an der Studie teil. Die statistischen Tests zum Vergleich der Bundesländer hinsichtlich der projektspezifischen Daten der Gesundheitsförderungsprojekte zeigten in der Mehrheit keine signifikanten Ergebnisse, d.h. es kann davon ausgegangen werden, dass die Gesundheitsförderungsprojekte in der Steiermark und in Vorarlberg miteinander vergleichbar waren.

Die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgte schließlich anhand der Darstellung der Studienergebnisse nach der durch die Projektverantwortlichen angegebenen Umsetzung der Qualitätskriterien und den Sichtweisen zu den Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten. Die Angaben der Projektverantwortlichen betrafen dabei folgende theoretisch vorherrschende Qualitätskriterien auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene:

- Qualitätskriterien auf der Strukturebene: Berücksichtigung des Konzepts Gesundheitsförderung, Analyse und kontextueller Rahmen des Gesundheitsproblems, Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention, Festlegung von personellen, finanziellen und organisatorischen Ressourcen.
- Qualitätskriterien auf der Prozessebene: Ausrichtung der Implementierung der Intervention, Einsatz von Projektmanagementmethoden.
- Qualitätskriterien auf der Ergebnisebene: Prüfung der Wirksamkeit der Intervention, Beitrag zur Nachhaltigkeit des Gesundheitsförderungsprojekts.

Tabelle 20 liefert eine zusammenfassende Ergebnisdarstellung der vorliegenden Studie, indem die zwei Forschungsfragen, inwieweit Gesundheitsförderungsprojekte in der Steiermark und in Vorarlberg nach Angaben der ProjektleiterInnen theoretischen Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung entsprechen und ob die praktische Sichtweise von Projektverantwortlichen mit theoretischen Annahmen über Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung kompatibel sind, beantwortet werden. Ebenso können die Teilfragen nach möglichen Unterschieden zwischen den Bundesländern Vorarlberg und Steiermark und dem Zeitraum des Projektbeginns hierdurch beantwortet werden.

Qualitätskriterien auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene	Umsetzung der Qualitätskriterien	Bundesländerunterschiede in der Umsetzung	Unterschiede in der Umsetzung nach der Jahresgruppe	Sichtweisen zu den Qualitätskriterien	Bundesländerunterschiede in den Sichtweisen
	<i>Inwieweit entsprechen Gesundheitsförderungsprojekte in der Steiermark und in Vorarlberg theoretischen Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung?</i>	<i>Unterscheiden sich die angewandten Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten nach den Bundesländern Steiermark und Vorarlberg?</i>	<i>Unterscheiden sich die angewandten Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten nach dem Zeitraum des Projektbeginns?</i>	<i>Ist die praktische Sichtweise von Projektverantwortlichen mit theoretischen Annahmen über Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung kompatibel?</i>	<i>Unterscheiden sich die praktischen Sichtweisen über Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung von Projektverantwortlichen nach den Bundesländern Steiermark und Vorarlberg?</i>
Berücksichtigung des Konzepts Gesundheitsförderung	teilweise	teilweise	nein	teilweise	teilweise
⇒ Prinzip der gesundheitlichen Chancengleichheit	nein	nein	nein	nein	nein
⇒ Prinzip der Salutogenese	ja	nein	nein	ja	nein
⇒ Prinzip der Partizipation	teilweise	ja	nein	ja	ja
⇒ Prinzip des Setting-Ansatzes	teilweise	nein	nein	teilweise	nein
Analyse und kontextueller Rahmen des Gesundheitsproblems	ja	teilweise	nein	ja	nein
⇒ Ermittlung der Ausgangslage	ja	nein	nein	ja	nein
⇒ Verfahren zur Einschätzung der Ausgangslage	ja	ja (bei Befragung der Zielgruppe)	nein	-	-
⇒ Berücksichtigung relevanter Rahmenbedingungen	ja	nein	nein	ja	nein
⇒ Kooperation mit anderen AkteurInnen	ja	ja	nein	-	-
Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention	teilweise	teilweise	nein	nein	nein

⇒ Form der Entwicklung und Planung	teilweise	nein	nein	nein	
⇒ Zielgruppenauswahl	<i>ja</i>	<i>ja</i> (bei Lokalisierung der Personen nach größtem Risiko)	nein	-	-
⇒ MultiplikatorInneneinsatz	<i>ja</i>	<i>ja</i>	nein	-	-
⇒ Charakteristika der Zielgruppe	<i>ja</i>	<i>ja</i>	nein	-	-
⇒ Zielgruppenerreichung	<i>ja</i>	<i>ja</i> (bei Fernseh-, Kino- und Radioanzeigen)	nein	-	-
Festlegung von personellen, organisatorischen und finanziellen Ressourcen	teilweise	teilweise	nein	<i>ja</i>	nein
⇒ Beteiligte Berufsgruppen	<i>ja</i>	<i>ja</i> (bei DiätologInnen und ErnährungswissenschaftlerInnen)	nein	-	-
⇒ Know-How der beteiligten Berufsgruppen	<i>ja</i>	nein	nein	<i>ja</i>	nein
⇒ Erfahrungen und Vorkenntnisse mit der Projektleitung	teilweise	<i>ja</i>	nein	-	-
⇒ Finanzierung	teilweise	nein	nein	-	-
Ausrichtung der Implementierung der Intervention	teilweise	nein	nein	<i>ja</i>	nein
⇒ Einsatz eines Implementierungsplans	nein	nein	nein	<i>ja</i>	nein
⇒ Implementierung top down	teilweise	nein	nein	-	-
⇒ Implementierung bottom up	teilweise	nein	nein	-	-
Einsatz von Projektmanagementmethoden	<i>ja</i>	<i>ja</i>	nein	<i>ja</i>	nein

Prüfung der Wirksamkeit der Intervention	<i>ja</i>	nein	teilweise	<i>ja</i>	nein
⇒ Vorhandensein von Daten und Zwischenergebnissen	<i>ja</i>	nein	nein	-	-
⇒ Evaluation	<i>ja</i>	nein	nein	<i>ja</i>	nein
⇒ Zielerreichung	<i>ja</i>	nein	<i>ja</i>	-	-
Beitrag zur Nachhaltigkeit	teilweise	nein	nein	<i>ja</i>	nein
⇒ Einplanung von Maßnahmen zur Nachhaltigkeit	<i>ja</i>	nein	nein	<i>ja</i>	nein
⇒ Anregung zu einer gesundheitspolitischen Debatte	nein	nein	nein	-	-
⇒ Nutzbarmachung von erarbeiteten Know-How für andere Projekte	<i>ja</i>	nein	nein	-	-

Tabelle 20: Zusammenfassung der Studienergebnisse

Tabelle 20 veranschaulicht, dass nach den Angaben der befragten Projektverantwortlichen bis auf wenige Ausnahmen die theoretisch vorherrschenden Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung in den Gesundheitsförderungsprojekten der Steiermark und Vorarlberg praktisch umgesetzt werden. Diese Ausnahmen sind allerdings für Gesundheitsförderungsprojekte von erheblicher Bedeutung und betreffen meist notwendige theoretische Grundlagen der Planung, Durchführung und Evaluation des Konzepts Gesundheitsförderung. Bei den Qualitätskriterien auf der Strukturebene wurde einerseits die Umsetzung der Prinzipien Partizipation und gesundheitliche Chancengleichheit als wesentliche Handlungsprinzipien des Konzepts Gesundheitsförderung vernachlässigt. Andererseits zeigte sich, dass vor allem theoretische Modelle und wissenschaftliche Belege bei der Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention in den steirischen und vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekten weniger berücksichtigt wurden. Bei den Qualitätskriterien auf der Prozessebene wurde von der Mehrheit der Projektverantwortlichen kein Implementierungsplan, d.h. ein Vorgehen nach einem theoretischen Implementierungsmodell, eingesetzt. Bei den Qualitätskriterien auf der Ergebnisebene konnten nur wenige steirische und vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte zu einer gesundheitspolitischen Debatte anregen. Bei der Umsetzung dieser theoretischen Qualitätskriterien bestehen auch teilweise Unterschiede zwischen der Steiermark und Vorarlberg. Steirische Gesundheitsförderungsprojekte setzten nach Angaben der Projektverantwortlichen häufiger das Prinzip der Partizipation um und setzten als Verfahren zur Einschätzung der Ausgangslage auch öfter die Befragung der Zielgruppen ein. Zudem gehen sie mehr Kooperationen mit relevanten Akteuren ein und verwenden vermehrt Projektmanagementmethoden. Auch ist in steirischen Gesundheitsförderungsprojekten häufiger die Berufsgruppe der DiätologInnen beteiligt. Bei vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte erfolgt hingegen die Zielgruppenauswahl häufiger über die Lokalisierung der Personen nach dem größten Risiko und sie setzten vermehrt MultiplikatorInnen zur Erreichung der Zielgruppe ein. Weiters sind ihnen eher die gesundheitlichen Charakteristika der Zielgruppen bekannt und die Zielgruppenansprache erfolgt häufiger durch Kino-, Fernseh- und Radiospots. Vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte haben des Weiteren mehr Vorkenntnisse und Erfahrungen mit der Projektleitung von Gesundheitsförderungsprojekten und es ist eher die Berufsgruppe der ErnährungswissenschaftlerInnen beteiligt. Bei der Betrachtung der Unterschiede in den Qualitätskriterien zwischen den Bundesländern Steiermark und Vorarlberg fällt daher auf, dass diese mehr auf unterschiedlichen Vorgehensweisen zur

Erfüllung der Qualitätskriterien beruhen und weniger auf tatsächliche Unterschiede in der Umsetzung theoretisch vorherrschender Qualitätskriterien. Bei der Umsetzung dieser theoretischen Qualitätskriterien bestehen keine Unterschiede nach dem Zeitraum des Projektbeginns. Wie in Tabelle 20 auch ersichtlich, sind die Sichtweisen der Projektverantwortlichen zu den Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung überwiegend mit den theoretischen Annahmen über Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung kompatibel. Nur bei der Sichtweise zum Prinzip gesundheitliche Chancengleichheit und der Form der Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention nach einem theoretischen Modell oder nach wissenschaftlichen Belegen weicht die Einschätzung der Projektverantwortlichen von der theoretischen Forderung ab. Zwischen den Bundesländern besteht nur ein Unterschied in der Beurteilung des Prinzips Partizipation, wobei steirische Gesundheitsförderungsprojekte dieses Prinzip als wichtiger einstufen. Anhand der zusammenfassenden Ergebnisdarstellung konnten die Forschungsfragen der vorliegenden Studie beantwortet werden. Der explorative Charakter der Studie ermöglicht nach der Datenanalyse die Bildung folgender Hypothesen:

- Bezüglich der Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten gibt es Unterschiede zwischen praxisnahen und theoretisch abstrakten Qualitätskriterien.
- Bezüglich der Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten gibt es keine Unterschiede zwischen den Bundesländern Steiermark und Vorarlberg.
- Bezüglich der Umsetzung von Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten gibt es keine Unterschiede nach dem Zeitraum des Projektbeginns.
- Es gibt einen Unterschied zwischen der praktische Sichtweise der Projektverantwortlichen und den theoretischen Annahmen über Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung.
- Es gibt keinen Unterschied zwischen der praktischen Sichtweise der Projektverantwortlichen über Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung zwischen den Bundesländern Steiermark und Vorarlberg.

Aus diesen Haupthypothesen lassen sich mehrere zu prüfende Alternativ- und Nullhypothesen ableiten, welche in nachfolgenden Studien überprüft werden könnten. Aus diesen Studienergebnissen lassen sich Handlungsempfehlungen und vertiefende

Forschungsmöglichkeiten formulieren, welche im Kapitel Ausblick und Diskussion angeführt werden.

5.8 Einschränkung der Studienergebnisse

Die Studienergebnisse der vorliegenden Studie unterliegen einigen nennenswerten Einschränkungen, die bei deren Betrachtung Berücksichtigung finden sollten. Zunächst betreffen die Einschränkungen die Übertragbarkeit der Ergebnisse der Stichprobe auf die Grundgesamtheit. Die Studienergebnisse der vorliegenden Studie können keine generelle Aussage über die Gesundheitsförderungslandschaft in Vorarlberg im Vergleich zur Steiermark liefern, da die Gesundheitsförderungsprojekte über Fonds Gesundes Österreich identifiziert wurden. Zwar ist *Fonds Gesundes Österreich* das wichtigste österreichische Organ zur Finanzierung und Koordinierung von Gesundheitsförderungsaktivitäten, doch werden mit großer Wahrscheinlichkeit nicht alle Gesundheitsförderungsprojekte aus Österreich mit der Projektdatenbank von *Fonds Gesundes Österreich* erfasst. So finden einige Gesundheitsförderungsprojekte in der Steiermark und in Vorarlberg sicher auch ohne Finanzierung durch Fonds Gesundes Österreich statt. Die Identifizierung solcher Gesundheitsförderungsprojekte der Steiermark und Vorarlberg stellte sich für die vorliegende Studie jedoch als sehr schwierig dar, da es keine zentrale allgemeine „Registrierungspflicht“ für Gesundheitsförderungsprojekte gibt und Gesundheitsförderungsaktivitäten von einer Vielzahl an Institutionen und Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich initiiert werden. Zudem verfügen die von Fonds Gesundes Österreich finanzierten Gesundheitsförderungsprojekte wahrscheinlich über ein höheres Qualitätsniveau als Gesundheitsförderungsprojekte ohne Förderung durch Fonds Gesundes Österreich, da diese Projekte bereits einer Qualitätskontrolle durch Fonds Gesundes Österreich unterzogen werden.

Die Studienergebnisse gelten daher nur für Gesundheitsförderungsprojekte, die von Fonds Gesundes Österreich gefördert wurden. Bei der Auswahl der Gesundheitsförderungsprojekte anhand der Projektdatenbank von Fonds Gesundes Österreich wurde darauf geachtet möglichst alle geförderten Projekte aus der Steiermark und aus Vorarlberg in die Stichprobe aufzunehmen (siehe im Detail Ein- und Ausschlusskriterien Kapitel 5.2.2). Trotz einer angestrebten Vollerhebung umfasste die endgültige Stichprobe 103 Projektverantwortliche für Gesundheitsförderungsprojekte aus der Steiermark und aus Vorarlberg. Die Rücklaufquote betrug 52,3%, wobei für die

Datenauswertung schließlich nur 47 Gesundheitsförderungsprojekte miteinbezogen werden konnten. Für eine schriftliche Online-Befragung lässt sich diese Rücklaufquote als ein durchaus positives Ergebnis dieser Masterarbeit beurteilen. Anzumerken sei jedoch, dass möglicherweise nur die Projektverantwortlichen an der Studie teilgenommen haben, deren Gesundheitsförderungsprojekte aus ihrer Sicht gewisse Qualitätsmaßstäbe erfüllten. Projektverantwortliche, deren Gesundheitsförderungsprojekt misslungen ist, haben daher eventuell eher weniger an der schriftlichen Online-Befragung teilgenommen.

Eine weitere Einschränkung der Studienergebnisse betrifft die Gültigkeit, Objektivität und Zuverlässigkeit des Datenerhebungsinstruments. Die Entwicklung des Datenerhebungsinstruments erfolgte zwar auf Basis bereits getesteter Instrumente zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung. Jedoch wurden diese bestehenden Instrumente für die Studienzwecke der vorliegenden Untersuchung angepasst und modifiziert (siehe im Detail Kapitel 5.4.1). Die Studienergebnisse können daher eventuell nicht die tatsächliche Umsetzungspraxis und Sichtweisen der Projektverantwortlichen widerspiegeln, obwohl bei der Entwicklung des Datenerhebungsinstruments versucht wurde, Ansichten der sozialen Erwünschtheit entgegenzuwirken. Beim Studienverlauf können keine Einschränkungen festgestellt werden, die einen Einfluss auf die Studienergebnisse haben könnten, indem das eingesetzte Online-Tool zur Durchführung der schriftlichen Online-Befragung problemlos funktioniert hat und alle erforderlichen Daten in zufriedenstellender Form lieferte.

Zusammenfassende Schlussbetrachtung

Die Masterarbeit setzte sich mit dem derzeit aktuellen Thema der Qualität von Gesundheitsförderungsaktivitäten auseinander und betrachtete es sowohl aus einem theoretischen als auch aus einem empirischen Blickwinkel. Fokus dieser Betrachtung waren dabei Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung, indem die theoretische Existenz in unterschiedlichen Qualitätsmanagementsystemen und Instrumenten zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung und die praktische Umsetzung und Wahrnehmung von steirischen und vorarlberger Projektverantwortlichen von Gesundheitsförderungsprojekten dargelegt wurde.

Durch die Darlegung des theoretischen Teils der vorliegenden Masterarbeit konnte das Ziel, theoretisch vorherrschende Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung anhand derzeit verbreiteter Qualitätsmanagementsysteme und Instrumente zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung zu identifizieren, erreicht werden. In einem ersten Kapitel konnte aufgezeigt werden, welcher gemeinsame Konsens in der Literatur herrscht, wenn vom Konzept Gesundheitsförderung die Rede ist: Das Konzept Gesundheitsförderung ist im Rahmen der ersten Gesundheitsförderungskonferenz der Weltgesundheitsorganisation erstmals präsentiert worden und dient der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen sowie der Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, indem meist in Form von Projekten unterschiedliche Methoden auf der Verhaltens- und Verhältnisebene mit den Handlungsprinzipien Partizipation, Empowerment, Setting-Ansatz und Intersektoralität eingesetzt werden. Nach diesem Versuch einer konzeptionellen Bestimmung des Konzepts Gesundheitsförderung wurde in einem zweiten Kapitel die Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung zusammengefasst dargestellt. Demnach konnte resümiert werden, dass seit Beginn der 1990er Jahre zahlreiche Qualitätssicherungsansätze wie etwa Evaluationskonzepte, der Ansatz Good-Practice und Best-Practice, evidenzbasierte Gesundheitsförderung, Qualitätsmanagementsysteme und Instrumente zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung entwickelt wurden, dem allerdings eine vergleichsweise langsame Umsetzung gegenübersteht. In einem dritten Kapitel konnte aufgezeigt werden, dass das Qualitätsmanagement, welches ursprünglich für die Industrie entwickelt wurde, auch in der Gesundheitsförderung zu einem bedeutungsvollen Thema geworden ist. Die Bedeutung eines erfolgreichen Qualitätsmanagements hat in der Gesundheitsförderung, im Hinblick auf den Wettbewerbsfaktor, zugenommen und ist

häufig dafür verantwortlich, dass Gesundheitsförderungsprojekte gefördert und finanziert werden. Qualitätsmanagementsysteme konnten daher als Hilfsmittel und als Unterstützung erkannt werden, um die Ziele von Gesundheitsförderungsprojekten und die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsinterventionen zu erhöhen. Jedoch konnte im Zuge dieses Kapitels auch festgehalten werden, dass Qualitätsmanagement und deren Systeme bestimmte Standards, Kriterien und Anforderungen erfüllen müssen, um akzeptiert und angewandt zu werden. In einem vierten Kapitel konnte aufgezeigt werden, dass es für die Gesundheitsförderung eigens entwickelte Qualitätsmanagementsysteme gibt, welche versuchen, bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten unterstützend zu wirken. Die vorgestellten Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung wie das Modell Quality in Prevention (QIP), quint – essenz, das Interactive Domain Model und der Public Health Action Cycle zeigen auf, dass es internationale Strategien und Bemühungen gibt, die Qualität in der Gesundheitsförderung zu erhöhen und dadurch bereits diverse Systematisierungen von Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung bestehen. Auch wurden bereits einige Instrumente zur Qualitätsmessung für die Gesundheitsförderung wie etwa Preffi 2.0 und das European Quality Instrument for Health Promotion entwickelt, die ebenso im vierten Kapitel diskutiert wurden und eine weitere Form der Sicherstellung von Qualität in der Gesundheitsförderung darstellen sowie theoretische vorherrschende Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung lieferten. Weiters wurde in diesem Kapitel ein Überblick geliefert, der die wesentlichsten Charakteristika der ausgewählten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente für die Gesundheitsförderung aufzeigt.

Ein Vergleich der vorgestellten Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente und ihre Qualitätskriterien ermöglichte es schließlich, die bedeutungsvollsten Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene zusammenzufassen. Aus dieser Zusammenschau konnte ein „Qualitätskriterienkatalog“ für Gesundheitsförderungsprojekte entwickelt werden, welcher als Grundlage für die anschließende Online-Befragung diente. Durch die ausführliche Darstellung der im theoretischen Teil bearbeiteten Kapitel über das Konzept Gesundheitsförderung, über die Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung, über das Qualitätsmanagement und Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente in der Gesundheitsförderung und schließlich durch die Zusammenschau dieser Systeme und Instrumente konnte die erste

Forschungsfrage, welche theoretischen Qualitätskriterien Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente für die Gesundheitsförderung liefern, beantwortet werden.

Mittels des empirischen Teils der vorliegenden Masterarbeit konnte das Ziel, die Umsetzung von sowie die Sichtweisen zu Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten in einem Bundesländervergleich aufzuzeigen, verfolgt werden. Dazu wurden Projektverantwortliche für Gesundheitsförderungsprojekte aus der Steiermark und aus Vorarlberg mittels eines schriftlichen Online-Fragebogens befragt, der auf Basis der im theoretischen Teil identifizierten vorherrschenden Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung von bestehenden Qualitätsmanagementsystemen und -instrumenten entwickelt wurde. Die Studienergebnisse zeigten, dass bis auf einigen Ausnahmen die theoretisch vorherrschenden Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung in den Gesundheitsförderungsprojekten der Steiermark und Vorarlberg praktisch umgesetzt wurden. Erwähnenswert ist, dass die Qualitätskriterien Berücksichtigung des Konzepts Gesundheitsförderung mit den Prinzipien Partizipation und gesundheitliche Chancengleichheit sowie Entwicklung und Planung von Gesundheitsinterventionen nach theoretischen Modellen und wissenschaftlichen Belegen und Ausrichtung der Implementierung der Intervention nicht ausreichend in der Gesundheitsförderungspraxis der Steiermark und Vorarlberg berücksichtigt werden. Weiters konnte mit den Studienergebnissen dargelegt werden, dass teilweise Unterschiede bei der Umsetzung der theoretischen Qualitätskriterien zwischen der Steiermark und Vorarlberg bestehen, wobei diese Unterschiede mehr auf unterschiedlichen Vorgehensweisen zur Erfüllung der Qualitätskriterien beruhten und weniger auf tatsächliche Unterschiede in der Umsetzung theoretisch vorherrschender Qualitätskriterien. Ebenso war ein wesentliches Studienergebnis, dass bei der Umsetzung theoretischer Qualitätskriterien keine Unterschiede nach dem Zeitraum des Projektbeginns bestehen. Die Studienergebnisse zeigten auch die Sichtweisen der Projektverantwortlichen zu den theoretischen Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung auf. Die Sichtweisen sind demnach teilweise mit den theoretischen Annahmen über Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung kompatibel. Bei den Qualitätskriterien Berücksichtigung des Konzepts Gesundheitsförderung und Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention weichen die Sichtweisen der GesundheitsförderungspraktikerInnen von der Theorie ab. Der empirische Teil der vorliegenden Masterarbeit beantwortete dadurch die Forschungsfrage, inwieweit

Gesundheitsförderungsprojekte in der Steiermark und in Vorarlberg diesen Qualitätskriterien entsprechen und ob die Sichtweisen der GesundheitsförderungspraktikerInnen mit den theoretischen Annahmen kompatibel sind.

Ausblick und Diskussion

Steirische und vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekte entsprechen zum größten Teil den theoretischen Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung und weisen bereits ein gutes Qualitätsniveau auf. Von den GesundheitsförderungspraktikerInnen werden allerdings vorwiegend für die Praxis verwertbare Qualitätskriterien wie etwa die Orientierung an Best-Practice Beispielen bevorzugt während theoretische Untermauerungen weniger Berücksichtigung finden. Ähnlich verhält es sich mit dem Einsatz eines Implementierungsplans, der eine strukturierte Hilfe zur Umsetzung der geplanten Gesundheitsförderungsprojekte bieten würde. Diese vorwiegend praktische Orientierung der Projektverantwortlichen zeigte sich unter anderem auch dadurch, dass sich die Projektverantwortlichen bei der Einschätzung der Ausgangslage des Gesundheitsförderungsprojekts auf die Erfahrungen aus anderen Projekten stützen und vor allem die Vernetzung mit anderen PraktikerInnen als externe Unterstützungsmöglichkeit wünschen.

Teilweise steht diese Tendenz der Umsetzung, vorwiegend für die Praxis verwertbare Qualitätskriterien einzusetzen, allerdings den Sichtweisen der Projektverantwortlichen gegenüber. Projektverantwortliche sehen etwa auch den Einsatz wissenschaftlich gestützter Handlungsempfehlungen, Leitlinien und Implementierungsmodellen für Gesundheitsförderungsprojekte erstrebenswert. Durch diese Abweichung der Sichtweise von der Umsetzung kann davon ausgegangen werden, dass für Projektverantwortliche von Gesundheitsförderungsprojekten Fort- und Weiterbildung hilfreich sein könnten, um diese Theorie-Praxis-Lücke zu überwinden. Inhalte solcher Fort- und Weiterbildungen könnten etwa Theorien der Gesundheitsförderung, Recherchestrategien zum Auffinden wissenschaftlicher Studien, das Lesen und Bewerten von Forschungsergebnissen, Implementierungsmodelle für die Gesundheitsförderung etc. sein. Ein weiterer Fortbildungsbedarf könnte bei Qualitätsmanagementsystemen für die Gesundheitsförderung liegen, da diese von der Mehrheit der PraktikerInnen als sehr hilfreich für die Planung, Durchführung und Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten eingeschätzt werden, aber fast keine Qualitätsmanagementsysteme in der Praxis bekannt sind. Auch die wesentlichen Handlungsprinzipien des Konzepts Gesundheitsförderung wie die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit, Partizipation und der Setting-Ansatz werden

unzureichend in Gesundheitsförderungsprojekten mitbedacht und bieten daher auch die Möglichkeit Inhalte von Fort- und Weiterbildungen für GesundheitsförderungspraktikerInnen zu werden.

Neben dem Angebot von Fort- und Weiterbildungen könnte die Errichtung eines Kompetenzzentrums für GesundheitsförderungspraktikerInnen diese Lücke zwischen Theorie und Praxis schließen. Ein solches Kompetenzzentrum könnte der Vernetzung der vorhandenen praktischen Erfahrung von Projektverantwortlichen von Gesundheitsförderungsprojekten zum Ausbau von Kooperationen, dem Austausch zwischen GesundheitsförderungspraktikerInnen über Barrieren und Erfolgsfaktoren, dem Anbieten von Qualitätszirkeln für GesundheitsförderungspraktikerInnen, dem zur Verfügung stellen von Informationsmaterialien, Broschüren und Handbüchern und dem Organisieren von Fort- und Weiterbildungen und Vorträgen dienen. Ein solches Kompetenzzentrum würde wie bereits erwähnt auch das schon vorhandene Wissen von Projektverantwortlichen für Gesundheitsförderungsprojekte bündeln. Projektverantwortlichen sind vor allem Qualitätskriterien auf der Ergebnisebene, d.h. die Evaluation und Prüfung der Wirksamkeit von Gesundheitsinterventionen bekannt. Diese haben auch bei der praktischen Umsetzung bereits hohe Priorität. Auch das Prinzip der Salutogenese als eines der wichtigsten Handlungsprinzipien des Konzepts Gesundheitsförderung wird in steirischen und vorarlberger Gesundheitsförderungsprojekten stark berücksichtigt. Ebenso werden Projektmanagementmethoden bereits von vielen Projektverantwortlichen eingesetzt. Der Fonds Gesundes Österreich stellt etwa ein solches nationales Kompetenzzentrum für die Gesundheitsförderung in Österreich dar. Regionale Anlaufstellen werden in der Steiermark und in Vorarlberg vorwiegend über verschiedene Institutionen und Organisationen realisiert und nicht von einer zentralen Anlaufstelle für GesundheitsförderungspraktikerInnen. Eine Möglichkeit der externen Unterstützung bietet Fonds Gesundes Österreich zudem über die Bereitstellung eines Projektguides, der bei der Erfüllung von Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsprojekte behilflich ist.

Neben dieser praktischen Schlussfolgerung in Form eines Kompetenzzentrums für GesundheitsförderungspraktikerInnen kann abschließend festgehalten werden, dass einerseits weitere empirische Studien über die Umsetzung von und Sichtweisen zu Qualitätskriterien in der Gesundheitsförderung notwendig sind, um die Qualitätsdebatte in

der Gesundheitsförderung weiter voranzutreiben. Dabei wäre vor allem auch die Perspektive der TeilnehmerInnen von Gesundheitsförderungsprojekten eine wichtige zu erforschende Perspektive. Andererseits wäre ein Vergleich der vom Ludwig Boltzmann Institut teilweise bereits durchgeführten Metaevaluationsstudie (anhand der Projektberichte der von Fonds Gesundes Österreich geförderten Projekte) mit den Ergebnissen zur Umsetzung der Qualitätskriterien der im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit durchgeführten Studie interessant. Dadurch könnte analysiert werden, inwieweit sich die Ergebnisse der schriftlichen Online-Fragebogenerhebung mit den Ergebnissen der Metaanalyse durch Fonds Gesundes Österreich decken.

Abschließend sei anzumerken, dass die Sicherstellung von Qualität in der Gesundheitsförderung eine sehr komplexe Herausforderung ist, die nur durch die Miteinbeziehung aller beteiligten AkteurInnen von Gesundheitsförderungsprojekten bewältigt werden kann. Potenziell begünstigte Individuen und Bevölkerungsgruppen, Projektteam, AuftraggeberInnen, ForscherInnen, GeldgeberInnen, TheoretikerInnen, PolitikerInnen und involvierte Berufsgruppen aus den unterschiedlichsten Fachbereichen haben ein Mitspracherecht und sind aufgefordert Qualität in der Gesundheitsförderung einzuklagen.

Literaturverzeichnis

- Ackermann, G. (2005): Ein Wegweiser zur Guten Praxis, in: *Focus*, Jg. 24, S. 14-17, [online] http://www.quint-essenz.ch/de/files/Focus24_ErgM.pdf [24.03.2009].
- Ackermann, G./ Studer, H. (2006): Besser mit Methode: Qualitätsentwicklung mit quint-essenz, *Focus*, Jg. 26, S. 18-21, [online] http://www.quint-essenz.ch/de/files/Focus26_QualK.pdf [24.03.2009].
- Ackermann, G., Studer, H. und Ruckstuhl B.(2009): Quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention, in: Kolip, P./ Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern: Hans Huber Verlag. S. 137-155.
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese*, Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT).
- Ahrens, D./ Güntert, B. (2004): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung, in: Ahrens, D./ Güntert, B. (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung*, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 11-27.
- Altgeld, T. (2003): Gesundheitliche Chancengleichheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*, 4-Auflage, Schwabenheim: Sabo P, S. 57-61.
- Altgeld, T./ Kolip, P. (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K., Klotz, T. und Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 2. Auflage, Bern: Hans Huber, S. 41-51.
- Altgeld, T/ Kolip, P (2007): Wirksame Gesundheitsförderung heute – die Herausforderungen der Ottawa-Charta, in: Schmidt, B./ Kolip, P. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health. Eigenverantwortung und sozialer Arbeit*, Weinheim: Juventa, S. 33-45.
- Aro, A., Van den Broucke, S. und Raty, S. (2005): Towards an European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice, in: *Promotion et Education*, Jg.11, Nr.3, S. 10-4.
- Baartmans, P./ Geng, V. (2000): *Qualität nach Maß. Entwicklungen und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen*, Bern: Hans Huber.
- Bengel, J., Strittmatter, R. und Willmann, H. (1999): *Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*, [online] <http://www.bzga.de/pdf.php?id=0ddf4b0628799d2005cc654f15e704b9> [24.03.2009].

- Bödeker, W. (2007): Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention. Der Wunsch nach Legitimation und das Problem der Nachweisstrenge, in: *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, Nr. 3, S. 1-7, [online] http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2007/Praevention_extra_0703.pdf [22.01.2009].
- Bollars, C., Kok, H., Van den Broucke, S. und Mollemann, G. (2005): *User Manual. European Quality Instrument for Health Promotion*, [online] <http://ws5.e-vision.nl/system3/images/User%20Manual1.pdf> [24.04.2009].
- Bosnjak, M./ Batinic, B. (1999): Determinanten der Teilnahmebereitschaft an internet-basierten Fragebogenuntersuchungen am Beispiel E-Mail, in: Batinic, B., Werner, A., Gräf, L. und Bandilla, W. (Hrsg.), *Online-Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse*, Göttingen: Hogrefe-Verlag, S.145-157.
- Braun, B./ Friedrich, W. (1995): Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung am Beispiel der Kooperation, in: Deppe, H.U., Friedrich, H. und Müller, R. (Hrsg.), *Qualität und Qualifikationen im Gesundheitswesen*, Frankfurt: Campus Verlag, S. 150-170.
- Bunte, A./ Müller, W. (2000): *Qualitätsmanagement im kommunalen Gesundheitsdienst*, Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.
- Bundesministerium für Gesundheit (o. J.): *Gesundheit und Gesundheitsförderung*, [online] <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/artikel.pdf?channel=CH0771&doc=CMS1201505682652> [24.05.2009].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2005): *Quality in Prevention. Evidence-based information system for quality management in prevention and health promotion*, [online] http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_49114_EN_Germany_overview%20QIP-en%20.doc [14.04.2009].
- Broesskamp-Stone, U. (2008): Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention – Konzept und Leitlinien für Entscheidungsfindung und fachliches Handeln, in: Spicker, I./ Sprengseis, G. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze*, Wien: Facultas, S. 79 – 94.
- Broesskamp-Stone, U. (2009): Gute, viel versprechend, beste Praxis? Der Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention, in: Kolip, P./ Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 115-136.
- Christiansen, G. (1999): *Evaluation als Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung*, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Diekmann, A. (2005): *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*, 14. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Dür, W. (2008): Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich, in: Spicker, I./ Sprengseis, G (Hrsg.), *Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze*, Wien: Facultas, S. 48 – 60.
- Dür, W. (2008): *Gesundheitsförderung als österreichische Strategie*, [online] <http://www.goeg.at/neuigkeiten/publikation-bbgesundheitsforderung-als-osterreichische-strategieab/2008-08-18.7505644657/download> [24.05.2009].
- Elkeles, T. (2008): Evidenzbasierung und Evaluation in der Gesundheitsförderung, in: Spicker, I./ Sprengseis, G. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze*, Wien: Facultas, S. 61-78.
- Engelmann, F. / Halkow, A. (2008): *Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung*, [online] <http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/2008/i08-302.pdf> [24.03.2009].
- Fonds Gesundes Österreich (2008): *Bedingungsanleitung FGÖ – Projektguide*, [online] http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/Bedienungsanleitung_Projektguide.pdf [23.05.2009].
- Fonds Gesundes Österreich (2008): Gesundes Österreich, in: *Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention*, Jg. 10., Nr. 3, [online] <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/magazin-gesundes-oesterreich/resolveuid/4610bcb6b9a4f3e60f049412b03f8066> [24.05.2009].
- Fonds Gesundes Österreich (2008): Gesundes Österreich. Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention, 10.Jg., Nr.2., Wien: AFCOM – Alexander Fauland Communication Verlag.
- Fonds Gesundes Österreich (2008): Gesundheitsförderung wirkt, [online] http://www.ots.at/presseaussendung.php?schluessel=OTS_20080425_OT0075 [12.06.2009].
- Fonds Gesundes Österreich (2009): *Jahresbericht 2008*, [online] <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/programme-berichte/jahresbericht-2008/2009-05-15.pdf> [23.05.2009].
- Fonds Gesundes Vorarlberg (2005): *Gesund sein ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit*, [online] <http://www.vorarlberg.biz/cms/files/userdocs/2077%20Folder%20gesund%20Neuaufgabe%202005.pdf> [11.06.2009].
- Fonds Gesundes Vorarlberg (2003): *Gesundheitsförderung in Vorarlberg. Projektkriterien*, [online] http://www.vorarlberg.biz/cms/files/userdocs/P-Blatt_1.doc [11.06.2009].
- Franzkowiak, P. (2003): Salutogenetische Perspektive, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*, 4. Auflage, Schwabenheim: Sabo P, S. 198-200.

- Geene, R. (2006): Evidenz, Evaluation, Qualitätsorientierung und Good Practice – Beiträge zu einer partizipativen Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, in: Geene, R., Kilian, H., Ryl, L. und Schütte, C. (Hrsg.), *Qualitäten der Gesundheitsförderung. Konzepte für die Praxis. Dokumentation einer Workshoptagung*, [online] http://www.gesundheitberlin.de/download/Dokumentation_Qualitaeten [22.01.2009], S. 15-25.
- Gesundheitsförderungsgesetz (1998): *Regierungsvorlage zu Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information*, [online] http://www.fgoe.org/hidden/downloads/GFG_98.pdf/download [01.07.2009].
- Graf, C., Starke, D. und Nellen, M., (2008): Anwendungsorientierung und Qualitätssicherung in der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Strukturmodell zur Planung und Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Jg. 51, Nr. 11, S. 1321-1328.
- Gräf, L. (1999): Optimierung von WWW-Umfragen: Das Online Pretest-Studio, in: Batinic, B., Werner, A., Gräf, L. und Bandilla, W. (Hrsg.), *Online-Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse*, Göttingen: Hogrefe-Verlag, S. 158-177.
- Grossmann, R./ Scala, C. (2003): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, in Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*, 4. Auflage, Schwabenheim: Sabo P, S. 205-206.
- Grossmann, R. (2006): *Gesundheit durch Projekte fördern*, 4. Auflage, Weinheim: Juventa.
- Halkow, A. (2004): Mut zum Dialog! Partizipatorische Evaluationsstrategien und ihre Potenziale für die Gesundheitsförderung, in: Lubert, E./ Geene, R. (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung: Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 177-196.
- Hauptmanns, P. (1999), Grenzen und Chancen von quantitativen Befragungen mit Hilfe des Internet, in: Batinic, B., Werner, A., Gräf, L. und Bandilla, W. (Hrsg.), *Online-Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse*, Göttingen: Hogrefe-Verlag, S. 21-38.
- Hörhan, Ch., Christ, R., Fichtinger, M., Gajar, P., Kichler, R., Mikl, M., Rohrauer, G. und Ropin, K., (2008): *Arbeitsprogramm 2009*, [online] <http://www.fgoe.org/pressepublikationen/downloads/programme-berichte/arbeitsprogramm-2009/2008-11-19.pdf> [23.05.2009].

- Hurrelmann, K. (2003): Determinanten von Gesundheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*, 4. Auflage, Schwabenheim: Sabo P, S. 26-28.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. und Haisch, J. (2004): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K., Klotz, T. und Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 2. Auflage, Bern: Hans Huber, S. 11-21.
- Hurrelmann, K./ Laaser, U. (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in: Hurrelmann, K.U Laaser & O Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, 6. Auflage, Weinheim: Juventa, S. 749-779.
- International Union for Health Promotion and Education (1999): *The Evidence of Health Promotion Effectiveness Part One*, Brüssel: ECSC-EC-EAEC.
- International Union for Health Promotion and Education, (1999): *The Evidence of Health Promotion Effectiveness Part Two*, Brüssel: ECSC-EC-EAEC.
- Kaba-Schönstein, L. (2003), Gesundheitsförderung I-VI, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*, 4. Auflage, Schwabenheim: Sabo P, S. 30-61.
- Kahan, B./ Goodstad, M. (2005): *The IDM Manuel – a guide to IDM Best Practice Approach to Better Health*, [online]
http://www.idmbestpractices.ca/pdf/IDM_basics_dist05.pdf [24.03.2009].
- Kickbusch, I. (1999): Internationale Gesundheitsförderung, in: Polak, G. (Hrsg.), *Das Handbuch Public Health: Theorie und Praxis. Die wichtigsten Public-Health-Ausbildungsstätten*, 1. Auflage., Wien: Springer, S. 55-63.
- Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung, in: Schwartz, F., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.), *Das Public Health Buch*, 2. Auflage, München: Urban & Fischer, S. 181-89.
- Kickbusch, I. (2003): The Contribution of the World Health Organisation to a new Public Health and Health Promotion, in: *American Journal of Public Health*, Jg. 93, Nr. 3, S. 383-88, [online] <http://www.ajph.org/cgi/reprint/93/3/383.pdf> [24.03.2009].
- Kickbusch, I. (2008): Gesundheitsförderung – kein Baum, aber ein „Rhizom“, in: Spicker, I./ Sprengseis, G. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze*, Wien: Facultas, S. 17-24.
- Kilian, H. (2006): Good Practice als Methode der Qualitätsentwicklung, in: Geene, R., Kilian, H., Ryl, L. und Schütte, C. (Hrsg.), *Qualitäten der Gesundheitsförderung. Konzepte für die Praxis. Dokumentation einer Workshoptagung*, [online], http://www.gesundheitberlin.de/download/Dokumentation_Qualitaeten [22.01.2009], S. 31-35.

- Kilian, H., Brandes, S. und Lehmann, F. (2009): Der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, in: Kolip, P./ Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 97-113.
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P., und Schlawin, S., (2008): *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*, 4. überarbeitete Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kliche, T., Koch, U., Lehmann, H. und Toppich, J. (2006): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Probleme und Lösungsansätze zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der Versorgung, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 49, Nr. 2, S. 141-50.
- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Lehmann, H., Stander, V. und Koch, U. (2004): Ein neues Qualitätssicherungssystem zur Begutachtung von Struktur-, Konzept- und Prozessqualität in Prävention und Gesundheitsförderung, in: Luber, E./ Geene, R. (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung: Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 115-126.
- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U. und Lehmann, H. (2004): Die Beurteilung Der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen und Lösungen, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 47, Nr. 2, S. 125-32.
- Kliche, T. (2008): *QIS. Qualitätsinformationssystem für Prävention und Gesundheitsförderung. Dokumentationsbogen: Projekte für Prävention und Gesundheitsförderung. Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*, [online] <http://www.uke.de/extern/qip/unterseiten/service-zusatz/download-zusatz/QIP-Doku%20Papier.pdf> [14.04.2009].
- Kolip, P./ Müller, V. (2009): Evaluation und Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention: Zentrale Fragen, vielfältige Antworten, in: Kolip, P./ Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 7-23.
- König, J. (2009): Selbstevaluation in der Gesundheitsförderung: Perspektiven und Methode, in: Kolip, P./ Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 295-311.
- Konrad, K. (2005): *Mündliche und schriftliche Befragung – Ein Lehrbuch*, 3. unveränderte Auflage, Landau: Verlag Empirische Pädagogik.
- Kühn-Mengel, H. (2004): Die Relevanz der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung, in: Luber, E./ Geene, R. (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung: Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 21-25.

- Land Steiermark, Gesundheitsplattform Steiermark und FH Joanneum (2007): Gesundheitsziele Steiermark, [online] http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10007476_21247/8b10dedf/GESUNDHEITSZIELE%20STEIERMARK.pdf [06.06.2009].
- Legewie, H. /Trojan, A. (o. J): *Theorie und Forschung zur Gesundheitsförderung*, [online] <http://www.ztg.tu-berlin.de/download/legewie/Skript-Ges-foerd.pdf> [21.05.2009].
- Lehmann, H./ Töppich, J. (2002): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 45, Nr. 3, S. 234-39.
- Leppin, A. (2004): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention, in: Hurrelmann, K., Klotz, T. und Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 2. Auflage, Bern: Hans Huber, S. 31-40.
- Luber, E./ Geene, R. (2004): Wessen Qualität ist gemeint? , in: Luber, E./ Geene, R. (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung: Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 10-12.
- Luber, E. (2004): Wessen Qualität ist gemeint?, in: Luber, E./ Geene, R. (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung: Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?*, Frankfurt am Main Mabuse-Verlag, S. 37-57.
- Lück, D./ Baur, N. (2008): Vom Fragebogen zum Datensatz, in: Baur, N./ Fromm, S. (Hrsg.), *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene*, 2. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 18-53.
- Molleman, G., Peters, L., Hommels L. und Ploeg, M. (2003): *Health Promotion. Effect Management Instrument. Preffi 2.0.*, [online] http://www.nigz.nl/index_en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54 [24.03.2009].
- Molleman, G., Peters, L., Hosman, C. und Kok, G. (2005): Implementation of a quality assurance instrument (Preffi 1.0) to improve the effectiveness of health promotion in The Netherlands, in: *Health Education Research*, Jg. 20, Nr. 4, S. 410-422.
- Molleman, G., Ploeg, M., Hosman, C. und Peters, L. (2006): Preffi 2.0- a quality assessment tool, in: *Promotion & Education*, Jg.13, Nr. 1, S. 9-14.
- Molleman, G., Peters, L., Hosman, C., Kok, G. und Oosterveld, P. (2006): Project quality rating by experts and practitioners: experience with Preffi 2.0 as a quality assessment instrument, in: *Health Education Research*, Jg. 21, Nr. 2., S. 219-29.
- Müller-Farnow, W./ Spyra, K. (2001): Qualitätsmanagement in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation – Rehabilitationswissenschaftlicher Ansatz für die Integration verschiedener methodischer Zugänge, in: Schubert, H.J./ Zink, K. (Hrsg.): *Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen*, 2. Auflage, Neuwied und Kriftel: Luchterhand. S. 304-324.

- Müller, V. (2009): Qualität in der Gesundheitsförderung: Eine Methode für Alle(s)?, in: Kolip, P./ Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 41-59.
- Naidoo, J./ Wills, J. (2003): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Ollenschläger, G. (2001): Von der Qualitätskontrolle zum Total Quality Management, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*, Köln: BZgA, S. 98-113.
- Pelikan, J., Lobnig, H. und Stieger, C. (1996): Forschung über Gesundheitsförderung in Österreich, in: Lobnig, H./ Pelikan, J. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz*, Wien: Facultas Universitätsverlag, S. 39-54.
- Peters, L., Molleman, G., Hommels L., Ploeg, M., Hosman, C. und Llopis, E. (2003): *Explanatory Guide Preffi 2.0*, [online] http://www.nigz.nl/index_en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54 [24.03.2009].
- Plattform Betriebliche Gesundheitsförderung (2008): *Schlussveranstaltung des Vorarlberger Gesundheitspreis 2008*, [online] http://www.vorarlberger-gesundheitspreis.at/uploads/media/Vorarlberger_Gesundheitspreis_2008_Schlussveranstaltung.pdf [11.06.2009].
- Porst, R. (2008): *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften,
- Rosenbrock, R. (2004): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung, in: Luber, E./ Geene, R. (Hrsg.), *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung: Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen?*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 59-73.
- Rosenbrock, R. (2004): *Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention*, [online] http://zfev.de/fruehereAusgabe/ausgabe2004-1/artikel/ZfEv1-2004_6-Rosenbrock.pdf [23.03.2009].
- Ruckstuhl, B., Studer, H. und Somaini, B. (1998): Eine Qualitätskultur für die Gesundheitsförderung, in: *Sozial- und Präventivmedizin*, Jg. 43, S. 221-228.
- Ruckstuhl, B., Kolip, P. und Gutzwiller, F. (2001): Qualitätsparameter in der Prävention, in: Dierks, M., Walter, U. und Schwartz, W. (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention: Grundsätze, Methoden und Anforderungen – eine aktuelle Bestandsaufnahme*, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 38-50.

- Ruckstuhl, B., Somaini, B. und Twisselmann, W. (2008): *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument*, [online] http://www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf [21.01.2009].
- Ruckstuhl, B. (2009): Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention, in: Kolip, P./ Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 75-95.
- Ryl, L. und Schütte, C. (2005): *Aktuelle Ressourcen zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Beitrag zur Workshoptagung „Qualitäten der Gesundheitsförderung“*, [online] http://www.paritaet-berlin.de/upload/download/2018_qualigf.pdf [06.03.2009].
- Stark, W. (2003): Empowerment, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*, 4. Auflage, Schwabenheim: Sabo P., S. 28-31.
- Stark, W. (2003): Partizipation, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*, 4. Auflage, Schwabenheim: Sabo P., S. 170-172.
- Schmacke, N. (2009): Was bringt ein evidenzbasierter Ansatz in Prävention und Gesundheitsförderung?, in: Kolip, P./ Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 61-72.
- Schnell, R. (1994): *Graphisch-gestützte Datenanalyse*, München: Oldenburg.
- Schubert, H.J. (2001): Von Leistungs- und Prüfvereinbarungen zur Umsetzung umfassender Qualitätsmanagementkonzepte, in: Schubert, H.J./ Zink, K. (Hrsg.): *Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen*, 2. Auflage, Neuwied und Kriftel: Luchterhand. S. 131-144.
- Schwarte, N./ Oberste-Ufer R. (2001): Qualitätssicherung und -entwicklung in der sozialen Rehabilitation Behinderter: Anforderungen an Prüfverfahren und Instrumente, in: Schubert, H.J./ Zink, K. (Hrsg.): *Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen*, 2. Auflage, Neuwied und Kriftel: Luchterhand. S. 62-88.
- Schwartz, F., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (2003): *Das Public Health Buch*, 2. Auflage, München: Urban & Fischer.
- Selbmann, H.K. (2004): Sicherung von Qualität, in: Bennecke, R. (Hrsg.), *Lehrbuch Sozialmedizin*, Bern: Hans Huber, S. 221-236.
- Selbmann, H.K. (2002): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, in: Kolip, P. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*, Weinheim: Juventa, S. 247-266.

- Simon, W. (2001), Die Qual der Wahl – das „richtige“ Qualitätsmanagement für die Gesundheitsförderung, in: Dierks, M., Walter, U. und Schwartz, W. (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention: Grundsätze, Methoden und Anforderungen - eine aktuelle Bestandsaufnahme*, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 113-128.
- Spencer, B, Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A. und Cloetta B. (2007), Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention, *Health Promotion International*, Jg. 23, Nr. 1, S. 86 -9.
- Stöckel, S. (2004): Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K., Klotz, T. und Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 2. Auflage, Bern: Hans Huber, S. 21-29.
- Süßmeier, H. (1997): Gesundheitsförderung Quo Vadis? – oder: Die Freude am richtigen Tun, in: Heinemann, H. (Hrsg.), *Die Ottawa-Frage: was wird in zehn Jahren von den Ideen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung übrig sein? Antworten aus Gesundheitswissenschaft und Praxis*, Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften,, S. 123-136.
- Thielsch, M (2008): *Einführung in die Methodik von Online-Untersuchungen*, [online] http://www.thielsch.org/download/Methodik_Online-Untersuchungen.pdf [11.05.2009].
- Töppich, J./ Lehmann, H. (2009): QIP-Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention, in: Kolip, P./ Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern: Hans Huber Verlag. S. 223-238.
- Trojan, A. (2001): Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung, in: Dierks, M., Walter, U. und Schwartz, W. (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention: Grundsätze, Methoden und Anforderungen – eine aktuelle Bestandsaufnahme*, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, S. 51-72.
- Trojan, A. (2002): Prävention und Gesundheitsförderung, in: Kolip, P. (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*, Weinheim: Juventa, S. 195-229.
- Trojan, A. (2004): Theorien der Gesundheitsförderung, in: Ahrens, D. & Güntert, B. (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung*, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft,, S. 27-67.
- Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung e.V. (o.J.): *QIP: Dimensionen wirkungsgerichteter Arbeitsqualität für Prävention und Gesundheitsförderung*, [online] <http://www.uke.de/extern/qip/unterseiten/service-zusatz/download-zusatz/QIP%20Tabelle%20Dimensionen.pdf> [14.04.2009].

- Universitätsklinikum Eppendorf und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung e.V. (o.J.): *QIP. Qualität in der Prävention*, [online] <http://www.uke.de/extern/qip/unterseiten/service-zusatz/download-zusatz/Prospekt%203.pdf> [14.04.2009].
- Vogt, K. (1999): Verzerrungen in elektronischen Befragungen?, in: Batinic, B., Werner, A., Gräf, L. und Bandilla, W. (Hrsg.), *Online-Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse*, Göttingen: Hogrefe-Verlag, p.127-143.
- Vorarlberger Landesregierung (2002): *Gesundheitsbericht 2002*, [online] <http://www.vorarlberg.at/pdf/gesundheitsberichtvorarlb.pdf> [11.06.2009].
- Waller, H. (2006): *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*, 4. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter, U./ Schwartz, W. (2003): Prävention, in: Schwartz, F., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. und Walter, U. (Hrsg.), *Das Public Health Buch*, 2. Auflage., München: Urban & Fischer, S. 189-214.
- Walter, U., Schwartz, F. und Hoepner-Stamos, F. (2001): Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderung*, Köln: BZgA, S. 18-38.
- Welker, M./ Matzat, U. (2008): Online-Forschung: Gestände, Entwicklung, Institutionalisierung und Ausdifferenzierung eines neuen Forschungszweiges, in: Jakob, N., Schoen, H. und Zerback, T. (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 33-45.
- Wright, M., Block, M. und von Unger, H. (2009): Partizipative Qualitätsentwicklung, in: Kolip, P./ Müller, V. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*, Bern: Verlag Hans Huber, S. 157-175.
- Zerback, T., Schoen, H., Jakob, N. & Schlehreth, N. (2008): Zehn Jahre Sozialforschung mit dem Internet – eine Analyse zur Nutzung von Online-Umfragen in den Sozialwissenschaften, in: Jakob, N., Schoen, H. und Zerback, T. (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet. Methodologie und Praxis der Online-Befragung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.15-33.

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Zugrunde liegende Theorien des Konzepts Gesundheitsförderung nach Trojan (2002,2004)</i>	<i>21</i>
<i>Abbildung 2: Determinanten der Gesundheit (Hurrelmann 2003, S. 27)</i>	<i>28</i>
<i>Abbildung 3: Forderungen nach Qualität in der Gesundheitsförderung aus drei Sichtweisen.....</i>	<i>34</i>
<i>Abbildung 4: Derzeitige Qualitätssicherungsansätze für die Gesundheitsförderung im Überblick.....</i>	<i>38</i>
<i>Abbildung 5: Interactive Domain Model (freie Übersetzung von Kahan / Goodstadt 2005, S. 11).....</i>	<i>67</i>
<i>Abbildung 6: Public Health Action Cycle.....</i>	<i>74</i>
<i>Abbildung 7: Theoretisches Modell von Preffi 2.0 (freie Übersetzung von Molleman et al. 2008, S. 7)</i>	<i>78</i>
<i>Abbildung 8: Theoretisches Modell von EQUIHP (freie Übersetzung von Bollars et al. 2005, S. 9).....</i>	<i>84</i>
<i>Abbildung 9: Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung auf der Struktur-, Prozess und Ergebnisebene.....</i>	<i>93</i>

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Phasen der Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung nach Ruckstuhl (2009, S. 89).....</i>	<i>36</i>
<i>Tabelle 2: Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente im Vergleich</i>	<i>88</i>
<i>Tabelle 3: Übersicht der Qualitätskriterien der Qualitätsmanagementsysteme und – instrumente</i>	<i>90</i>
<i>Tabelle 4: Vor- und Nachteile der Fragebogenmethode.....</i>	<i>115</i>
<i>Tabelle 5: Methodische Vor- und Nachteile von Online-Untersuchungen (Thielsch 2008, S. 101).....</i>	<i>119</i>
<i>Tabelle 6: Zielgruppen der Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich .</i>	<i>126</i>
<i>Tabelle 7: Verfahren zur Einschätzung der Ausgangslage des Gesundheitsförderungsprojekts.....</i>	<i>133</i>
<i>Tabelle 8: Gründe für die Zielgruppenauswahl im Bundesländervergleich.....</i>	<i>137</i>
<i>Tabelle 9: Gründe für die MultiplikatorInnenauswahl im Bundesländervergleich</i>	<i>138</i>
<i>Tabelle 10: Form der Zielgruppenerreichung im Bundesländervergleich</i>	<i>140</i>
<i>Tabelle 11: Beteiligte Berufsgruppen der Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich.....</i>	<i>141</i>
<i>Tabelle 12: Erfahrungen und Vorkenntnisse mit der Projektleitung von Gesundheitsförderungsprojekten im Bundesländervergleich.....</i>	<i>143</i>
<i>Tabelle 13: Evaluation der Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich .</i>	<i>146</i>
<i>Tabelle 14: Gesundheitsförderungsprojekte nach dem Zeitraum des Projektbeginns.....</i>	<i>149</i>
<i>Tabelle 15: Sichtweisen zum Qualitätskriterium „Ausrichtung der Implementierung der Intervention“ im Bundesländervergleich</i>	<i>155</i>
<i>Tabelle 16: Sichtweisen über das Qualitätskriterium „Überprüfung der Wirksamkeit der Intervention“ im Bundesländervergleich.....</i>	<i>156</i>
<i>Tabelle 17: Bekanntheit von Qualitätsmanagementsystemen für die Gesundheitsförderung im Bundesländervergleich.....</i>	<i>159</i>
<i>Tabelle 18: Wiederholung des Gesundheitsförderungsprojekt im Bundesländervergleich</i>	<i>160</i>
<i>Tabelle 19: Form der externen Unterstützungsmöglichkeiten im Bundesländervergleich</i>	<i>162</i>
<i>Tabelle 20: Zusammenfassung der Studienergebnisse.....</i>	<i>167</i>

Diagrammverzeichnis

<i>Diagramm 1: Settings der Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich...</i>	125
<i>Diagramm 2: Zeitliche Dauer der Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich.....</i>	127
<i>Diagramm 3: Jahresgruppe des Projektbeginns im Bundesländervergleich.....</i>	128
<i>Diagramm 4: Umsetzung des Prinzips der Partizipation in Gesundheitsförderungsprojekte im Bundesländervergleich.....</i>	130
<i>Diagramm 5: Ermittlung der Ausgangslage im Bundesländervergleich.....</i>	131
<i>Diagramm 6: Verfahren zur Einsätzung der Ausgangslage des Gesundheitsförderungsprojekts.....</i>	132
<i>Diagramm 7: Berücksichtigung der Rahmenbedingungen im Bundesländervergleich</i>	134
<i>Diagramm 8: Kooperation mit anderen AkteurInnen im Bundesländervergleich.....</i>	135
<i>Diagramm 9: Einsatz von MultiplikatorInnen im Bundesländervergleich.....</i>	138
<i>Diagramm 10: Ausmaß des Know-hows der beteiligten Berufsgruppen.....</i>	142
<i>Diagramm 11: Finanzierung des Gesundheitsförderungsprojekt im Bundesländervergleich.....</i>	144
<i>Diagramm 12: Einsatz von Projektmanagementmethoden im Bundesländervergleich....</i>	145
<i>Diagramm 13: Zielerreichung des Gesundheitsförderungsprojekts im Bundesländervergleich.....</i>	147
<i>Diagramm 14: Qualitätskriterium „Zielerreichung“ nach der Jahresgruppe des Projektbeginns.....</i>	150
<i>Diagramm 15: Sichtweisen zum Prinzip der Partizipation im Bundesländervergleich....</i>	152
<i>Diagramm 16: Sichtweisen über das Qualitätskriterium „Einsatz von Projektmanagementmethoden“ im Bundesländervergleich.....</i>	155
<i>Diagramm 17: Sichtweisen über das Qualitätskriterium „Beitrag zur Nachhaltigkeit des Gesundheitsförderungsprojekts“ im Bundesländervergleich.....</i>	157
<i>Diagramm 18: Bekanntheit von Qualitätsmanagementsystemen für die Gesundheitsförderung im Bundesländervergleich.....</i>	158
<i>Diagramm 19: Einschätzung der Hilfestellung durch Qualitätsmanagementsysteme für die Gesundheitsförderung.....</i>	160
<i>Diagramm 20: Bekanntheit des Projektguide von Fonds Gesundes Österreich im Bundesländervergleich.....</i>	163

Anhang 1: Printversion des Fragebogens

Zu Beginn bitten wir Sie einige Fakten zu Ihrem Gesundheitsförderungsprojekt zu nennen.

A. Setting des Gesundheitsförderungsprojektes

- | | | | |
|--------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| kein Setting | <input type="checkbox"/> | Krankenhaus | <input type="checkbox"/> |
| Kindergarten | <input type="checkbox"/> | Region/ Stadtteil | <input type="checkbox"/> |
| Schule | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | _____ |
| Betrieb | <input type="checkbox"/> | | |

B. Zielgruppe des Gesundheitsförderungsprojektes

(Es können mehrere Antworten kombiniert werden.)

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| krankheitsspezifische Zielgruppe | <input type="checkbox"/> | geschlechtsspezifische Zielgruppe | <input type="checkbox"/> |
| Jugendliche | <input type="checkbox"/> | Kinder | <input type="checkbox"/> |
| Erwerbstätige | <input type="checkbox"/> | benachteiligte Zielgruppe | <input type="checkbox"/> |
| SeniorInnen | <input type="checkbox"/> | Sonstiges | _____ |
| MigrantInnen | <input type="checkbox"/> | | |
| Arbeitslose | <input type="checkbox"/> | | |

C. Bundesland des Gesundheitsförderungsprojektes

- | | |
|------------|--------------------------|
| Steiermark | <input type="checkbox"/> |
| Vorarlberg | <input type="checkbox"/> |

D. Status des Projekts

- | | |
|---------------|--------------------------|
| laufend | <input type="checkbox"/> |
| abgeschlossen | <input type="checkbox"/> |

E. Jahr des Projektbeginns

F. Zeitliche Dauer des gesamten Projekts

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| weniger als 1 Jahr | <input type="checkbox"/> |
| 1 Jahr bis 2 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| über 2 Jahre bis 3 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| über 3 Jahre | <input type="checkbox"/> |

G. Größe des Projekts

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| weniger als 50 TeilnehmerInnen | <input type="checkbox"/> |
| 50 bis 100 TeilnehmerInnen | <input type="checkbox"/> |
| 100 bis 200 TeilnehmerInnen | <input type="checkbox"/> |
| Über 200 TeilnehmerInnen | <input type="checkbox"/> |

H. Anzahl der MitarbeiterInnen im Projektteam

Bei den folgenden Fragen denken Sie bitte an die Planung, Durchführung und eventuelle Evaluation Ihres Gesundheitsförderungsprojektes. Es handelt sich dabei um Fragen über Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene. Die anschließenden Fragen betreffen die Strukturqualitätskriterien von Gesundheitsförderungsprojekten.

1 Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen. (Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, inwieweit sie auf Ihr Gesundheitsförderungsprojekt zutrifft.)

Das Gesundheitsförderungsprojekt...

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft vorwiegend zu	trifft voll zu
... ist auf die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit (Berücksichtigung von Genderaspekten, sozialer Status, Migrationshintergrund) ausgerichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... folgt dem Prinzip der Salutogenese und hat damit die Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen zum Ziel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde gemeinsam mit den Zielgruppen des Projekts geplant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Wie umfassend haben Sie im Vorfeld die Ausgangslage Ihres Gesundheitsförderungsprojekts ermittelt? Sehr umfassend bedeutet, dass sowohl Art, Schweregrad als auch Ausmaß des Gesundheitsproblems vorab recherchiert wurden.

sehr umfassend umfassend mittel wenig überhaupt nicht

3 Auf welchen Daten oder Verfahren beruht die Einschätzung der Ausgangslage Ihres Gesundheitsförderungsprojektes? Kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an (Mehrfachantworten möglich).

- Fachliteratur
- ExpertInnenwissen
- Erkenntnisse und Erfahrungen aus der täglichen praktischen Arbeit
- Erfahrungen aus anderen Projekten (Best Practice/ Good Practice)
- vorhandene wissenschaftliche Studien
- Internetrecherche
- Auswertung von bestehenden Daten von Krankenkassen, Gesundheitsberichten, Versicherungen
- Befragung der Zielgruppe
- Keine
- Sonstiges _____

4 Wie stark haben Sie die relevanten Rahmenbedingungen des Projektumfeldes (soziale, politische, rechtliche, wirtschaftliche Gegebenheiten) bei der Projektplanung Ihres Gesundheitsförderungsprojektes berücksichtigt?

sehr stark stark mittel wenig überhaupt nicht

5 Wurde Ihr Gesundheitsförderungsprojekt in Kooperation mit anderen Akteuren der Gesundheitsförderung geplant?

Ja Nein

Wenn ja, mit welchen Akteuren? Kreuzen Sie die für sie zutreffenden Antworten an (Mehrfachantworten möglich).

Behörden (wie Jugendamt, AMS, ...) Schulen
 Beratungsstellen Sonstiges _____
 Jugendzentren

6 Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen. (Kreuzen Sie bei jeder Aussage an, inwieweit sie auf Ihr Gesundheitsförderungsprojekt zutrifft.)

Die Intervention des Gesundheitsförderungsprojekts...

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft vorwiegend zu	trifft voll zu
... orientiert sich an einem theoretischen Modell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... stützt sich auf wissenschaftliche Belege (Wirksamkeitsstudien über Intervention).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist in Anlehnung an Beispiele guter Praxis entstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Was ist bei Ihrem Gesundheitsförderungsprojekt ausschlaggebend für die Wahl der Zielgruppe oder des Settings? Kreuzen Sie die für sie zutreffenden Antworten an (Mehrfachantworten möglich).

theoretische Überlegungen
 Lokalisierung der Personen mit dem größten Risiko
 Nachfrage und Kooperationsbereitschaft
 Zugang zu den Zielgruppen
 Sonstiges _____

8 Ist der Einsatz von MultiplikatorInnen zur Erreichung der Zielgruppe für Ihr Gesundheitsförderungsprojekt notwendig? (Mit MultiplikatorInnen sind diejenigen Personen gemeint, die zur Erreichung der Zielgruppe notwendig sind wie beispielsweise Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen,...).

Ja Nein

Wenn Ja, was ist bei Ihrem Gesundheitsförderungsprojekt ausschlaggebend für die Wahl der MultiplikatorInnen? Kreuzen Sie die für sie zutreffenden Antworten an (Mehrfachantworten möglich).

theoretischen Überlegungen
 Befunde über Rolle bei der Vermittlung
 Nachfrage und Kooperationsbereitschaft
 Zugang zu den Zielgruppen
 Sonstiges _____

9 Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen. (Kreuzen Sie bei jeder Aussage an, inwieweit sie auf Ihr Gesundheitsförderungsprojekt zutrifft.)

Von den Zielgruppen des Gesundheitsförderungsprojekts...

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft vorwiegend zu	trifft voll zu
... sind gesundheitliche Besonderheiten bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sind Normen, Werte und demographische Charakteristika bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ist die Motivation zur Teilnahme am Projekt eruiert worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Wie wurden die Zielgruppen angesprochen und erreicht? Bitte kreuzen Sie die für sie zutreffenden Antworten an (Mehrfachantworten möglich).

- Fernseh-, Radio- oder Kinoanzeigen
- Anzeigen in Tageszeitungen
- Plakate
- Flyer
- Internet-Ankündigung/ Website
- Veröffentlichung in Fachzeitschriften
- Anschreiben nach Adressliste(n)
- Aufsuchende Ansprache vor Ort
- Sonstiges

11 Welche Berufsgruppen sind bei der Konzeption Ihres Gesundheitsförderungsprojekts involviert? Bitte kreuzen Sie die für sie zutreffenden Antworten an (Mehrfachantworten möglich).

- | | |
|--|---|
| GesundheitswissenschaftlerInnen <input type="checkbox"/> | SoziologInnen <input type="checkbox"/> |
| ÄrztInnen <input type="checkbox"/> | ErnährungswissenschaftlerInnen <input type="checkbox"/> |
| PsychologInnen <input type="checkbox"/> | SportwissenschaftlerInnen <input type="checkbox"/> |
| Gesundheits- und KrankenpflegerInnen <input type="checkbox"/> | DiätologInnen <input type="checkbox"/> |
| SozialarbeiterInnen, SozialpädagogenInnen <input type="checkbox"/> | Sonstige <input type="checkbox"/> |
| PädagogInnen <input type="checkbox"/> | |

12 War das Know-how der beteiligten Berufsgruppen für die Realisierung des Gesundheitsförderungsprojektes ausreichend?

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| gar nicht <input type="checkbox"/> | kaum <input type="checkbox"/> | mittelmäßig <input type="checkbox"/> | ziemlich <input type="checkbox"/> | völlig <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

13 Hatten Sie vor der Durchführung dieses Gesundheitsförderungsprojektes bereits Erfahrungen und Vorkenntnisse bei der Leitung von Gesundheitsförderungsprojekten?

- Ja Nein

14 War die Finanzierung des Gesundheitsförderungsprojekts bereits vor Projektbeginn vollständig budgetiert?

- Ja Nein Teilweise

Im anschließenden Teil ist Ihre persönliche Meinung als ProjektleiterIn gefragt.

15 Bewerten Sie die folgende Aspekte des Qualitätskriteriums für Gesundheitsförderungsprojekte „Berücksichtigung des Konzepts Gesundheitsförderung“ nach Ihrer Wichtigkeit. (Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie wichtig dieses Qualitätskriterium für Gesundheitsförderungsprojekte aus Ihrer Sicht ist).

	sehr wichtig	eher wichtig	teilweise wichtig	weniger wichtig	gar nicht wichtig
Prinzip der gesundheitlichen Chancengleichheit (Berücksichtigung von Genderaspekten, sozialer Status, Migrationshintergrund)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prinzip der Salutogenese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prinzip des Settingansatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prinzip der Partizipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Für wie wichtig halten Sie die genaue Recherche der Ausgangslage für den Erfolg des Gesundheitsförderungsprojektes?

sehr wichtig
 eher wichtig
 teilweise wichtig
 weniger wichtig
 gar nicht wichtig

17 Bewerten Sie nun die folgende Aspekte des Qualitätskriteriums für Gesundheitsförderungsprojekte „Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention“ nach Ihrer Wichtigkeit. (Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage wie wichtig dieses Qualitätskriterium für Gesundheitsförderungsprojekte ist).

	sehr wichtig	eher wichtig	teilweise wichtig	weniger wichtig	gar nicht wichtig
Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention nach einem theoretischen Modell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention aufgrund von wissenschaftlichen Studien (Wirksamkeitsstudien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung und Planung der Gesundheitsintervention aufgrund von anderen Projekten (Best Practice/ Good Practice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Nennen Sie Ihrer Meinung nach die drei wichtigsten Kompetenzen und Fähigkeiten, die ein/e Projektleiter/in von Gesundheitsförderungsprojekten haben sollte!

- a) _____
 b) _____
 c) _____

Nun folgen Fragen über Prozessqualitätskriterien, welche die Art und Weise der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprojektes betreffen.

19 Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen. (Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, inwieweit sie auf Ihr Gesundheitsförderungsprojekt zutrifft.)

Das Gesundheitsförderungsprojekt...

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft vorwiegend zu	trifft voll zu
... folgte einem Implementierungsplan (Implementierungsmodell, -theorie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde top down implementiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde bottom up implementiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... setzte Projektmanagementmethoden ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 Ist das Vorgehen nach einem Implementierungsmodell für den Erfolg eines Gesundheitsförderungsprojektes aus Ihrer Sicht entscheidend?

gar nicht kaum mittelmäßig ziemlich völlig

21 Sehen Sie einen engen Zusammenhang zwischen dem Erfolg eines Gesundheitsförderungsprojektes und dem Einsatz von Projektmanagementmethoden?

gar nicht kaum mittelmäßig ziemlich außerordentlich

In Gesundheitsförderungsprojekten ist neben der Planung und Durchführung, auch die Überprüfung der Wirksamkeit ein wesentlicher Bestandteil. Folgende Fragen haben Ergebnisqualitätskriterien zum Inhalt.

22 Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen. (Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, inwieweit sie auf Ihr Gesundheitsförderungsprojekt zutrifft.)

Das Gesundheitsförderungsprojekt...

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft vorwiegend zu	trifft voll zu
... hat keine Daten oder Beobachtungen über seine Wirkungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... sieht die Erfassung von Zwischenergebnissen vor
(durch Einschätzung der MitarbeiterInnen/
Betroffenen/ ExpertInnen, Messung).

23 Wird oder wurde eine Evaluation des Gesundheitsförderungsprojektes durchgeführt?

Ja Nein

Wenn keine Evaluation durchgeführt wird oder wurde, warum nicht? Kreuzen Sie die für sie zutreffenden Antworten an (Mehrfachantworten möglich).

- Eine Evaluation war/ ist zu teuer.
- Es gab/ gibt zu wenig Personal für eine interne Evaluation
- Bei diesem Gesundheitsförderungsprojekt spielen solche Daten keine Rolle.
- Solche Auswertungen sind recht nutzlos.
- Es wurde/ wird von den AuftraggeberInnen nicht gefordert.
- Sonstiges

24 Konnten die Ziele des Gesundheitsförderungsprojektes erreicht werden?

Ja Nein Teilweise Projekt läuft noch

Wenn Ja, welche Erfolgsfaktoren sehen Sie hierfür verantwortlich?

Wenn Nein, welche Gründe waren aus Ihrer Sicht hierfür ausschlaggebend?

25 Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen. (Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, inwieweit sie auf Ihr Gesundheitsförderungsprojekt zutrifft.)

Das Gesundheitsförderungsprojekt ...

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft teilweise zu	trifft vorwiegend zu	trifft voll zu
... hat auch Maßnahmen zur Nachhaltigkeit eingeplant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... regt zu einer gesundheitspolitischen Debatte an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... macht das erarbeitete Know-how sowie Erfahrungen für andere Projekte nutzbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun ist wieder Ihre persönliche Meinung als ProjektleiterIn von Gesundheitsförderungsprojekten gefragt.

26 Wie wichtig ist aus Ihrer Sicht die Evaluation für die Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten?

sehr wichtig eher wichtig teilweise wichtig wenig wichtig gar nicht wichtig

27 Erachten Sie es als notwendig, dass Gesundheitsförderungsprojekte auf nachhaltige Veränderungen ausgerichtet ist?

gar nicht kaum mittelmäßig ziemlich außerordentlich

Abschließend noch Fragen zur Qualität von Gesundheitsförderungsprojekten im Allgemeinen.

28 Diverse Qualitätsmanagementsysteme wurden bereits für den Gesundheitsförderungsbereich entwickelt. Welche der nachfolgend genannten Qualitätsmanagementsysteme sind Ihnen bekannt?

Interactive Domain Model (IDM)	<input type="checkbox"/>	Quality in Prevention (QIP)	<input type="checkbox"/>
quint-essenz	<input type="checkbox"/>	Sonstige	_____
Public Health Action Cycle	<input type="checkbox"/>	Keine	<input type="checkbox"/>

29 Wie hilfreich wäre ein Qualitätsmanagementsystem für die Planung, Durchführung und Evaluation des Gesundheitsförderungsprojekts?

sehr hilfreich hilfreich teilweise hilfreich weniger hilfreich gar nicht hilfreich

30 Müsste Ihr durchgeführtes Gesundheitsförderungsprojekt anders geplant und umgesetzt werden, falls es noch einmal starten würde?

gar nicht kaum mittelmäßig ziemlich völlig

31 Inwieweit stimmen Sie folgenden Statements zu oder nicht zu? Bitte wählen Sie aus folgender Skala. Falls Ihr Gesundheitsförderungsprojekt bei der Planung, Durchführung oder Evaluation extern unterstützt wurde, wählen Sie bitte die Antwortkategorie „wurde extern unterstützt“.

	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	wurde extern unterstützt
Bei der Planung des Gesundheitsförderungsprojekts wäre eine externe Unterstützung wünschenswert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Durchführung des Gesundheitsförderungsprojekts wäre eine externe Unterstützung wünschenswert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Evaluation des Gesundheitsförderungsprojekts wäre eine externe Unterstützung wünschenswert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 Welche externen Unterstützungsmaßnahmen würden Sie sich bei der Planung, Umsetzung und Evaluation Ihres Gesundheitsförderungsprojektes wünschen? Kreuzen Sie die für sie zutreffenden Antworten an (Mehrfachantworten möglich).

- Vernetzungstreffen mit anderen ProjektleiterInnen zum Erfahrungsaustausch
 - Informationsmaterialien wie Broschüren, Handbücher, etc.
 - wissenschaftlich gestützte Leitlinien und Handlungsempfehlungen
 - einmalige Bildungsangebote
 - laufende Projektbegleitung
 - telefonische Serviceline für projektspezifische Hilfestellungen
 - Website mit Online-Beratung
 - gar keine
 - Sonstiges
-

33 Im Herbst 2008 wurde ein Online-Projektguide von Fonds Gesundes Österreich als Hilfestellung für AntragstellerInnen von Gesundheitsförderungsprojekten eingerichtet. Ist Ihnen dieser bereits bekannt?

Ja Nein

Wenn Ja, haben Sie sich bereits im Detail mit dem Projektguide auseinandergesetzt?

Ja Nein

Wenn Ja, wie hilfreich erscheint Ihnen dieser Projektguide bei der Planung des Gesundheitsförderungsprojektes?

sehr hilfreich hilfreich teilweise hilfreich weniger hilfreich gar nicht hilfreich

Falls Ihnen der Projektguide sehr, eher oder teilweise hilfreich erscheint, warum?

Falls Ihnen der Projektguide weniger oder gar nicht hilfreich erscheint, warum?

34 Gibt es abschließend noch wichtige Aspekte die nicht, oder nicht ausreichend in diesem Fragebogen berücksichtigt wurden und in Bezug auf das Thema Qualitätskriterien von Gesundheitsförderungsprojekten noch von zentraler Bedeutung sind?

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Wir möchten uns ganz herzlich dafür bedanken, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben. Bei Rückfragen oder Interesse an der fertigen Masterarbeit sind wir unter der E-Mail-Adresse qualitaet.gesundheitsfoerderung@gmx.net erreichbar.

Anhang 2: E-Mail-Anschreiben zum Online-Fragebogen

Betreff: Studie mit Unterstützung von Fonds Gesundes Österreich zu Projekt „Projekttitel“

Sehr geehrte/r Projektverantwortliche/r,

wir sind zwei Studierende des Masterstudiums der Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz und führen im Rahmen unserer Masterarbeit mit Unterstützung von Fonds Gesundes Österreich eine Befragung zum Thema „Qualität in der Gesundheitsförderung“ durch.

Die Anzahl der durchgeführten Gesundheitsförderungsprojekte nimmt seit einigen Jahren in Österreich stetig zu und ist mittlerweile zu einem nicht wegzudenkenden Bereich des Gesundheitswesens geworden. Auch Fonds Gesundes Österreich hat hierbei einen wesentlichen Beitrag geleistet. Da Sie als Projektverantwortlicher des von Fonds Gesundes Österreich geförderten Projekts „Projekttitel“ Teil dieser Gesundheitsförderungs-Bewegung sind, ist Ihre Meinung und Erfahrung für unsere Masterarbeit unerlässlich.

Dazu wurde ein Online-Fragebogen entwickelt. Wir und Fonds Gesundes Österreich (SIEHE ANHANG) würden uns sehr freuen, wenn Sie sich 10 Minuten Zeit nehmen diesen Fragebogen für uns auszufüllen und mit Ihrer Hilfe unsere Masterarbeit gelingen kann. Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym behandelt und dienen ausschließlich dem Zweck unserer Masterarbeit.

Um zum Fragebogen zu gelangen, müssen Sie folgenden Link folgen:

<http://ofb.msd-media.de/qualittingesundheitsfrderungsprojekten/>

Bei Interesse wird die Masterarbeit gerne an Sie elektronisch übermittelt. Wir bedanken uns im Voraus für das Ausfüllen des Fragebogens.

Mit freundlichen Grüßen

Mag^a. Irene Hölblinger, BSc.

Mag^a. Tamara Pichler, BSc.

Anhang 3: Fonds Gesundes Österreich Begleitschreiben

Ein Geschäftsbereich der
Gesundheit Österreich GmbH



FGÖ Aspernbrückenstraße 2 · 1020 Wien

Ihre Ansprechpartnerin

E-Mail

Mag. Gerlinde Rohrauer-Näf, MPH, DW -19

gerlinde.rohrauer-naef@fgoe.org

Wien, am

Unterstützung einer Masterarbeit zum Thema „Qualität in der Gesundheitsförderung“

Sehr geehrter Damen und Herren!

Der Fonds Gesundes Österreich möchte ein Projekt von zwei Studierenden der Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz unterstützen.

Im Zuge Ihrer Masterarbeit beschäftigen sie sich mit dem Thema „Qualität in der Gesundheitsförderung“ und haben dazu einen Online-Fragebogen entwickelt, der an Projektverantwortliche für Gesundheitsförderungsprojekte gerichtet ist.

Wir bitten Sie um Ihre Mithilfe, indem Sie sich 10 bis 15 Minuten für das Ausfüllen des Online-Fragebogens Zeit nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Mag. Christoph Hörhan

Leiter FGÖ

Mag. Gerlinde Rohrauer-Näf, MPH

Gesundheitsreferentin

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich
Fonds Gesundes Österreich

Aspernbrückengasse 2

1020 Wien

Tel.: (01) 895 04 00

Fax: (01) 895 04 00-20

E-Mail: info@fgoe.org

Internet: www.fgoe.org

www.gesundesleben.at

Bankverbindung: Bank Austria

Bankleitzahl: 12000

Kontonummer: 10216998200

Firmenbuch-Nr.: FN281909y

UID-Nr.: ATU62777178