

# Gesundheitsförderung mit System

**Petra Kolip**  
**Günter Ackermann**  
**Brigitte Ruckstuhl**  
**Hubert Studer**

Qualitätsentwicklung  
in Projekten und Programmen  
der Gesundheitsförderung  
und Prävention

2., vollständig überarbeitete Auflage

# Gesundheitsförderung mit System

## Gesundheitsförderung mit System

Petra Kolip, Günter Ackermann, Brigitte Ruckstuhl, Hubert Studer

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit

Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin;

Petra Kolip, Bielefeld; Milo Puhan, Zürich; Doris Schaeffer, Bielefeld

**Petra Kolip  
Günter Ackermann  
Brigitte Ruckstuhl  
Hubert Studer**

# **Gesundheits- förderung mit System**

Qualitätsentwicklung in Projekten und Programmen  
der Gesundheitsförderung und Prävention

2., vollständig überarbeitete Auflage



**Professor Dr. Petra Kolip**  
Universität Bielefeld  
Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Universitätsstrasse 25  
D-33501 Bielefeld  
E-Mail: [petra.kolip@uni-bielefeld.de](mailto:petra.kolip@uni-bielefeld.de)

**Dr. Günter Ackermann**  
Jubiläumsstr. 54  
CH-3005 Bern  
E-Mail: [mail@guenterackermann.ch](mailto:mail@guenterackermann.ch)

**Dr. Brigitte Ruckstuhl**  
Gesundheitsförderung Prävention  
Qualität – Konzepte – Geschichte  
Denzlerstrasse 8  
CH-3005 Bern  
E-Mail: [brigitte\\_ruckstuhl@bluewin.ch](mailto:brigitte_ruckstuhl@bluewin.ch)

**Dr. Hubert Studer**  
Büro für Qualitätsentwicklung  
Scheuchzerstrasse 12  
CH-8006 Zürich  
E-Mail: [hubert.studer@bqe.ch](mailto:hubert.studer@bqe.ch)

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Gesundheit  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Susanne Ristea  
Bearbeitung: Thomas Koch-Albrecht, Münchwald  
Herstellung: Daniel Berger  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: Claudia Wild, Konstanz  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s. r. o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic

2., vollständig überarbeitete Auflage 2019  
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern  
© 2012 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96017-3)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-76017-9)  
ISBN 978-3-456-86017-6  
<http://doi.org/10.1024/86017-000>

# Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

## Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhalt

Vorwort .....	11
Einleitung .....	13

## Teil 1: Grundlagen

<b>1</b>	<b>Herausforderungen der Gesundheitsförderung .....</b>	<b>23</b>
1.1	Integrierte kommunale Strategien zur Gesundheitsförderung: Aufbau kommunaler Präventionsketten .....	24
1.2	Gesundheitsförderung regional verankern: kantonale Aktions- programme von Gesundheitsförderung Schweiz und den Kantonen .....	27
1.3	Zentrale Herausforderungen in Projekten .....	28
1.3.1	Komplexität .....	29
1.3.2	Gesundheitsförderung als Intervention in sozialräumlichen Systemen .....	30
1.3.3	Gesundheitsförderung fordert Flexibilität .....	32
1.3.4	Herausforderungen für Organisationen .....	33
1.3.5	Vielfältige Ansprüche und Erwartungen .....	33
1.3.6	Zeitliche Herausforderungen .....	34
1.3.7	Geringe personelle und finanzielle Ressourcen .....	36
1.3.8	Berücksichtigung der Prinzipien der Gesundheitsförderung .....	36
1.3.9	Sozial Benachteiligte als Zielgruppen .....	37
1.3.10	Wirkebenen der Gesundheitsförderung .....	38
1.3.11	Ambivalente Erwartungen an Wirksamkeitsnachweise .....	39
1.3.12	Anspruch an Nachhaltigkeit .....	40
1.3.13	Einbindung von Schlüsselpersonen und Multiplikation von Projekten .....	42
1.3.14	Berücksichtigung von Vorerfahrungen und Kontext- spezifität .....	42
1.3.15	Spannung zwischen Planung und Realität .....	43
1.4	Förderung der Qualität und Professionalisierung .....	44

<b>2</b>	<b>Was bedeutet Qualität für die Gesundheitsförderung?</b>	47
2.1	Wie wird Qualität begrifflich gefasst?	47
2.2	Qualität in Programmen und Projekten	49
2.3	Qualitätsentwicklung im gesellschaftlichen Kontext	50
2.4	Qualitätsdimensionen in der Gesundheitsförderung	52
2.4.1	Planungsqualität	53
2.4.2	Strukturqualität	54
2.4.3	Prozessqualität	54
2.4.4	Ergebnisqualität	54
2.5	Bedeutung der Projektform für Qualität	55
<b>3</b>	<b>Wie wird Qualität erreicht?</b>	57
3.1	Qualitätsmanagement: Grundlagen	57
3.1.1	Zielsetzung	58
3.1.2	Qualitätsverständnis	59
3.1.3	Etablierung einer Qualitätskultur	60
3.1.4	Bezugssysteme für die Qualitätsarbeit	63
3.2	Qualitätsmanagement auf Policy- und Netzwerkebene	65
3.2.1	Public Health Action Cycle	67
3.2.2	Best-Practice-Handlungsrahmen	67
3.3	Qualitätsmanagement auf Organisationsebene	69
3.4	Qualitätsentwicklung auf Projekt- und Programmebene	71
3.4.1	Qualitätssystem quint-essenz	72
3.4.2	Good-Practice-Ansatz	73
3.4.3	Partizipative Qualitätsentwicklung	77

## Teil 2: Qualitätsmanagement mit quint-essenz in Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung

<b>4</b>	<b>Orientierungsrahmen</b>	81
4.1	Qualitätskriterien	81
4.2	Wirkungsmodelle	85
4.2.1	Logische Modelle	86
4.2.2	Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz	89
4.3	Phasenmodell	92
4.3.1	Konzeptionsphase	92
4.3.2	Implementierungsphase	93
4.3.3	Valorisierungsphase	93

4.4	Beschreibungen der Interventionen .....	93
4.4.1	Skizze .....	94
4.4.2	Konzept .....	94
4.4.3	Schlussbericht .....	97
4.5	Systematische Reflexion .....	99
4.6	Ausblick .....	102
<b>5</b>	<b>Grundsätze und Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung ...</b>	<b>105</b>
5.1	Chancengleichheit .....	107
5.1.1	Begrenzte Umsetzungsmöglichkeiten in Projekten .....	109
5.1.2	Ungleichheitsdiagramm .....	110
5.1.3	Gender .....	111
5.1.4	Migration .....	113
5.2	Settingansatz .....	115
5.2.1	Verhältnisorientierte Projektziele .....	116
5.3	Empowerment und Ressourcenorientierung .....	117
5.4	Partizipation .....	118
5.4.1	Konsequenzen partizipativer Vorgehensweise .....	119
5.4.2	Partizipation von Anfang an planen .....	120
5.5	Fazit .....	121
<b>6</b>	<b>Begründung .....</b>	<b>123</b>
6.1	Funktion der Begründung .....	124
6.2	Bedarf und Bedürfnisse .....	124
6.3	Berücksichtigung von Bedürfnissen durch Partizipation .....	126
6.4	Wissenschaftliches und anderes Wissen .....	127
6.4.1	Best Practice ist mehr als evidenzbasiert .....	127
6.4.2	Evidenzgegenstände .....	128
6.4.3	Experten- und Erfahrungswissen .....	129
6.4.4	Hürden bei der Nutzung wissenschaftlichen Wissens .....	129
6.4.5	Kontext .....	130
6.4.6	Vielschichtigkeit und Langfristigkeit .....	130
6.4.7	Quellen wissenschaftlichen Wissens .....	131
6.5	Instrumente .....	132
6.5.1	Checkliste Assessment .....	132
6.5.2	Settinganalyse .....	133
6.5.3	Ergebnismodell .....	137
6.6	Dokumentation der Begründung .....	139

<b>7</b>	<b>Planung</b> .....	141
7.1	Vision .....	143
7.2	Projektziele .....	143
7.2.1	Operationalisierung von Projektzielen .....	145
7.2.2	Leistungs- und Wirkungsziele .....	148
7.2.3	Ziele vor Maßnahmen .....	149
7.2.4	Ziele anpassen .....	149
7.3	Vorgehensweise und Maßnahmen festlegen .....	150
7.3.1	Ergebnismodell in der Projektplanung .....	150
7.3.2	Planungstabelle .....	152
7.4	Ressourcenplanung .....	153
7.4.1	Checkliste Budgetierung .....	156
7.5	Dokumentation der Planung .....	156
7.5.1	Standardisierte Dokumentation für Organisationen .....	157
<b>8</b>	<b>Organisation</b> .....	159
8.1	Programm- und Projektstruktur .....	159
8.1.1	Strukturplan .....	163
8.1.2	Funktionendiagramm .....	165
8.2	Qualifikation .....	167
8.2.1	Eignungskriterien für Projektleitende .....	170
8.3	Zusammenarbeit .....	171
8.3.1	Stimmungsbarometer .....	172
8.4	Vernetzung .....	172
<b>9</b>	<b>Steuerung</b> .....	175
9.1	Controlling mit Meilensteinen .....	177
9.1.1	Leitfragen für Meilensteinsitzungen .....	179
9.1.2	Steuerungstabelle .....	180
9.1.3	Qualitätsziele .....	185
9.1.4	Zeitplan .....	187
9.2	Dokumentation .....	187
9.3	Kommunikation innerhalb der Programms oder Projekts .....	188
9.4	Steuerung von Programmen .....	189
<b>10</b>	<b>Evaluation und Valorisierung</b> .....	191
10.1	Formative und summative Evaluation .....	192
10.2	Zielerreichung .....	194
10.2.1	Evaluationstabelle .....	198
10.3	Nachhaltigkeit .....	202

10.4 Valorisierung ..... 202  
 10.4.1 Informationskonzept ..... 205

**Teil 3: quint-essenz in Organisationen**

**11 Qualitätsmanagement in Organisationen ..... 209**  
 11.1 Einbindung von Programmen und Projekten in Organisationen ..... 210  
 11.2 Entwicklung einer Qualitätskultur ..... 211  
     11.2.1 Qualitätspolitik ..... 212  
     11.2.2 Qualitätsphilosophie ..... 212  
     11.2.3 Qualitätskriterien ..... 217  
     11.2.4 Etablierung von Entwicklungszyklen ..... 218  
     11.2.5 Commitment ..... 219  
 11.3 Gestaltung von Naht- und Schnittstellen ..... 219  
     11.3.1 Stimmigkeit aller Systemebenen prüfen ..... 220  
     11.3.2 Wissensmanagement und Erfahrungsaustausch ..... 221  
     11.3.3 Einheitliche Instrumente und Vorlagen ..... 221  
     11.3.4 Projekte steuern als Organisation ..... 221  
 11.4 Prozessgestaltung auf der Basis von quint-essenz ..... 222  
     11.4.1 Konzeption: von der Projektidee zum Konzept ..... 222  
     11.4.2 Implementierung: Umsetzung mit Meilensteinen ..... 224  
     11.4.3 Valorisierung: Verbreitung und Nutzung der Erkenntnisse .. 224  
 11.5 Systematisierung und Standardisierung ..... 227  
     11.5.1 Vorteile einer systematischen Arbeitsweise ..... 227  
     11.5.2 Monitoring und Controlling ..... 228  
     11.5.3 Systematisierung der Projektdokumentation und  
         des Austausches ..... 229  
     11.5.4 Bewertungsraster für Organisationen ..... 230  
 11.6 Fazit ..... 230

**Teil 4: Fazit**

**12 Was ist die Quintessenz? ..... 235**  
 12.1 Herausforderungen der Gesundheitsförderung erkennen ..... 235  
 12.2 Herausforderungen mit Qualitätsentwicklung begegnen ..... 236  
     12.2.1 Qualitätsentwicklung verändert den Umgang mit  
         Komplexität ..... 236  
     12.2.2 Qualitätsentwicklung präzisiert die Steuerung ..... 237

12.2.3	Qualitätsentwicklung fördert ein gemeinsames Verständnis . . . . .	237
12.2.4	Qualitätsentwicklung hilft bei der Einschätzung des Ressourcenbedarfs . . . . .	238
12.2.5	Qualitätsentwicklung erhöht die Transparenz . . . . .	238
12.2.6	Qualitätsentwicklung fördert die kritische Reflexion . . . . .	238
12.2.7	Qualitätsentwicklung ist eine Lernstrategie . . . . .	239
12.2.8	Qualitätsentwicklung erhöht die Chancen für Nachhaltigkeit . . . . .	239
12.2.9	Qualitätsentwicklung ist Qualifizierungs- und Professionalisierungsstrategie . . . . .	239
12.2.10	Qualitätsentwicklung ist spannend . . . . .	240
12.3	Erste Schritte in der Qualitätsentwicklung wagen . . . . .	240
	Glossar . . . . .	243
	Abkürzungsverzeichnis . . . . .	253
	Sachregister . . . . .	255
	Über die Autorinnen und Autoren . . . . .	261
	Literatur . . . . .	265
	Verzeichnisse . . . . .	275
	Abbildungen . . . . .	275
	Tabellen . . . . .	276
	Kästen (Fokus) . . . . .	276
	Praxiseinblicke . . . . .	277

# Vorwort

Mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (World Health Organization [WHO], 1986) wurde ein neuer Typus gesundheitsbezogener Interventionen etabliert: Gesundheitserziehung, die sich vorwiegend an Individuen richtet, hat seine zentrale Bedeutung verloren. Maßnahmen, die verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze miteinander verbinden und der Gestaltung von Lebenswelten wie Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde oder Stadt Aufmerksamkeit schenken, rücken ins Zentrum. Während in der ersten Phase der Umsetzung der Gesundheitsförderung die gute Absicht zählte, gewann ab Mitte der 1990er-Jahre das Thema Qualitätsentwicklung an Bedeutung. So war es zum einen das Ziel, Interventionen möglichst gut umzusetzen, zum anderen stellten sich im Zusammenhang mit der Evidenzdebatte zunehmend Fragen nach der Wirkung, Wirkungsmessung sowie der Bewertung von Interventionen in diesen Bereichen. In der Folge wurden Instrumentarien und Verfahren entwickelt, die eine systematische Konzeption, Steuerung und Evaluierung von Projekten auf der Basis von definierten Qualitätskriterien ermöglichen und unterstützen sollten. Die Anwendung dieser neuen Verfahren warf zu Beginn viele Fragen auf und löste Unsicherheiten aus. Insbesondere wurde angezweifelt, ob sich die Umsetzung von Projekten in der Gesundheitsförderung, die sich durch einen komplexen und prozesshaften Charakter auszeichnen, in Konzepte und Instrumente zwängen lassen, die aus dem klassischen Projektmanagement stammten.

Seither ist viel passiert. Das Qualitätsinstrumentarium hat sich erweitert, Qualitätskriterien haben sich etabliert und zahlreiche Publikationen und Online-Angebote systematisieren die Ansätze und unterstützen die Qualifizierung von Praktikerinnen und Praktikern. Im deutschsprachigen Raum haben sich zwei Sets von Qualitätskriterien durchgesetzt: die Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit und die Qualitätskriterien quint-essenz von Gesundheitsförderung Schweiz. quint-essenz hat in der deutschsprachigen Diskussion von Beginn an eine wichtige Rolle eingenommen. Als Qualitätsmanagementsystem bietet es nicht nur einen Kriterienkatalog zur Beurteilung von Projekten und Programmen. Es deckt vielmehr auch ein breites Feld von Projektmanagement- und Qualitätsentwicklungsaufgaben ab und bietet eine Auswahl von dazu passenden Instrumenten.

Die 2012 veröffentlichte erste Auflage des Buches hatte das Ziel, in die Qualitätsdiskussion einzuführen und den Einstieg in die Arbeit mit quint-essenz zu erleichtern. Nun liegt die zweite, grundlegend überarbeitete Auflage vor, eine erfreu-

liche Geschichte. Die in diesem Buch vorgestellten Praxisansätze zeigen, dass sich die Qualitätsentwicklung inzwischen in einem ganz anderen Stadium befindet. Sie hat sich in Ausbildungsgängen verankert, als Methodik in der Umsetzungspraxis etabliert und in der Vergabe von Projektgeldern für die Beurteilung von Projekten bewährt.

Die vorliegende Version hat zahlreiche Änderungen erfahren. Zentraler Teil ist immer noch die Anwendung des Qualitätssystems quint-essenz auf Projekte und Programme der Gesundheitsförderung. Es ist jedoch stärker in einen Rahmen eingebettet, der die Anforderungen an ein Qualitätsentwicklungssystem in der Gesundheitsförderung und Prävention absteckt. Dieser Ansatz ermöglicht die Integration weiterer konkreter Instrumentarien. Zudem wird mit der zweiten Auflage dem Umstand Rechnung getragen, dass Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention immer stärker in übergeordnete Programme eingebettet sind, was zu neuen Herausforderungen bei der Planung, Steuerung und Evaluation führt.

Hat sich die Haltung gegenüber der Qualitätsentwicklung verändert und das Instrumentarium verfeinert, so sind bestimmte Aspekte für die Umsetzung immer noch geltend. Qualitätsentwicklung ist nach wie vor kein technischer Prozess. Sie erfordert zwar Kenntnisse und Fertigkeiten, im Zentrum stehen jedoch die ständige Reflexion und die Etablierung einer Qualitätskultur, die bestrebt ist, laufend notwendige Anpassungen vorzunehmen. Zahlreiche Praktikerinnen und Praktiker haben uns Einblick gegeben, wie sie das Thema Qualität und Qualitätsentwicklung in ihrer Praxis umsetzen. Diese Praxiseinblicke sind im Buch abgedruckt und wir möchten uns herzlich dafür bedanken.

Qualitätsentwicklung ersetzt nicht die Frage, was umgesetzt wird. Dazu sind fundierte, wissensbasierte Konzeptionen gefordert. Qualitätsentwicklung ist eine sinnvolle und in der Zwischenzeit nicht mehr wegzudenkende Methodik, um Konzepte und Strategien wirkungsvoll zu realisieren. Das vorliegende Buch will zur kontinuierlichen Auseinandersetzung und Reflexion von Projekten und Programmen in der Gesundheitsförderung und Prävention anregen und motivieren.

Petra Kolip, Brigitte Ruckstuhl, Günter Ackermann & Hubert Studer

In dem Buch verweisen wir auf zahlreiche Instrumente, die auf der Website [www.quint-essenz.ch](http://www.quint-essenz.ch) sowie auf anderen Websites zu finden sind. Da diese Links veralten können, finden Sie die aktuellen Zugänge sowie weitere Materialien auf [www.gesundheitsfoerderung-qualitaet.info/mit-system](http://www.gesundheitsfoerderung-qualitaet.info/mit-system).

# Einleitung

## Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung

Qualitätsentwicklung ist im Zentrum von Gesundheitsförderung und Prävention angekommen. Die Zeiten, da „gut gemeint“ auch gut genug war, sind lange vorbei. In den vergangenen Jahren wurden Anforderungen an Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung politisch verankert, wie z. B. das im Jahr 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz (PrävG) in Deutschland zeigt. Zahlreiche Akteure wie Gesundheitsförderung Schweiz, der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Deutschland, Sozialversicherungsträger und Koordinationsstellen in den Kantonen und Bundesländern haben Qualitätsentwicklung etabliert und qualifizieren Praktikerinnen und Praktiker vor Ort in Qualitätsfragen. Mittlerweile liegt ein breites Angebot an Instrumenten zur Verbesserung der Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vor und Übersichtsarbeiten versuchen, die Orientierung im Qualitätsangebot zu erleichtern (z. B. Kolip, 2019; Tempel & Kolip, 2011; Tempel et al., 2014). Gerahmt werden diese Aktivitäten durch ein konzeptionelles Gerüst, das die Entwicklung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten in Phasen und damit verbundene Qualitätsdimensionen einteilt und sie mit Qualitätskriterien hinterlegt (zur Differenzierung von Prävention und Gesundheitsförderung siehe Kasten 1). Zwei dieser Kriterienkataloge haben sich mittlerweile in der Gesundheitsförderungslandschaft etabliert

### Fokus

#### Kasten 1: Zur Differenzierung von Gesundheitsförderung und Prävention

In der Literatur wird zwischen Gesundheitsförderung und Prävention unterschieden (Altgeld & Kolip, 2018). Worin die Unterschiede liegen und ob es sich hierbei um zwei unterschiedliche Ansätze handelt, wird weiterhin kontrovers diskutiert. Es ist Rosenbrock und Kümpers (2006) zuzustimmen, dass die beiden Konzepte in der Praxis nicht trennscharf sind und umfassende Interventionen gleichzeitig risikomindernd (Fokus Krankheit) und ressourcenfördernd (Fokus Gesundheit) arbeiten. Im Folgenden verwenden wir primär den Begriff Gesundheitsförderung, wenn für die Qualitätsdimension nicht eine explizite Unterscheidung notwendig ist.

und finden breite Akzeptanz: die Good-Practice-Kriterien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (Kilian, Lehmann, Richter-Kornweitz, Kaba-Schönstein & Mielck, 2016; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017) sowie der Kriterienkatalog quint-essenz von Gesundheitsförderung Schweiz, der in diesem Buch im Zentrum steht.

## Entwicklung der Qualitätsdiskussion in der Gesundheitsförderung

1989 wurde in das deutsche Sozialgesetzbuch V (SGB V), das die Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) regelt, Gesundheitsförderung mit § 20 als Aufgabe der GKV aufgenommen – und 1996 gleich wieder abgeschafft bzw. eingeschränkt, u. a. weil die Qualität der Angebote nicht gesichert war. Dies setzte Ende der 1990er-Jahre eine Diskussion darüber in Gang, was denn überhaupt die Qualität von gesundheitsbezogenen Interventionen ausmacht und wie sich diese bestimmen und verbessern lässt. Der 2001 erschienene Band der BZgA „Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001) markiert einen Meilenstein in dieser Diskussion. Im Jahr 2000 wurde die Gesundheitsförderung in Deutschland erneut in das Sozialgesetzbuch aufgenommen, mit dem Zusatz, die GKV möge mit ihren Präventionsaktivitäten einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit leisten. Um diesem Anspruch Nachdruck zu verleihen, wurde 2003 der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit ins Leben gerufen. Dieser bot mit einer Webplattform<sup>1</sup> Projekten aus dem Feld eine Möglichkeit, sich zu präsentieren<sup>2</sup>. Hierüber sollte Transparenz hergestellt und ein Lernen aus den Erfahrungen anderer ermöglicht werden. Schnell füllte sich die Datenbank mit Projekten unterschiedlichster Qualität. So kam schnell die Frage auf, wie sich die Spreu vom Weizen trennen lässt und wie Nutzerinnen und Nutzer der Datenbank schneller Leuchtturmprojekte identifizieren können. Dies führte weiter zur Frage, anhand welcher Kriterien sich die Güte von Gesundheitsförderung festmachen lässt – die Geburtsstunde der Good-Practice-Kriterien. In einem längeren Prozess mit durchaus kontroversen Diskussionen einigte sich der Kooperationsverbund auf 12 Kriterien (Kilian et al., 2016; ausführlicher siehe Kap. 4.4, siehe auch Kasten 6).

Die Good-Practice-Kriterien nehmen mittlerweile in Deutschland eine wichtige Rolle als Referenzrahmen ein, sie sind aber nicht das einzige Angebot für Praktike-

1 siehe [www.gesundheitsfoerderung-qualitaet.info/mit-system-einleitung](http://www.gesundheitsfoerderung-qualitaet.info/mit-system-einleitung)

2 Die Datenbank wurde ursprünglich unter dem Namen „Praxisdatenbank Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ etabliert.

rinnen und Praktiker. In Deutschland konnten nicht zuletzt durch die Förderung von Präventionsforschungsprojekten, die Aktionsbündnisse „Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ und die Arbeiten der BZgA zahlreiche Ansätze erprobt und für die Praxis weiterentwickelt werden. Sie decken eine große Spannbreite ab und reichen von einzelnen Instrumenten bis zu komplexen Verfahren. In den vergangenen Jahren sind in einzelnen Bundesländern Sets von Kriterien entstanden, die die vorhandenen Kataloge (z. B. die quint-essenz-Kriterien) bündeln und bundeslandspezifisch ausdeuten. In der Regel dienen diese Listen der Bewertung von Projekten, die sich im Rahmen von Landeswettbewerben (z. B. Gesundheitspreis Nordrhein-Westfalen; Hessischer Gesundheitspreis) bewerben (siehe z. B. Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, 2015). Auch die BZgA hat einen Qualitätsrahmen erarbeitet, der für Praxisprojekte – vor allem in den Themenfeldern Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung – gedacht ist (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012).

Auch in der Schweiz begann die Diskussion um Qualität in der Gesundheitsförderung in den 1990er-Jahren. Zu dieser Zeit kam der Wunsch nach qualitätsgesicherten Interventionen in der Gesundheitsförderung auf, ohne dass aber geeignete Instrumente oder Systeme zur Verfügung standen (Ackermann, Studer & Ruckstuhl, 2009). In Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, dem Bundesamt für Gesundheit Schweiz (BAG) und fünf Praxisprojekten wurden Qualitätskriterien aus internationalen Public-Health-Projekten sowie aus anderen Kontexten (meist aus Industrie und Dienstleistung) systematisch aufbereitet und, wo sinnvoll, auf Gesundheitsförderung übertragen.

In enger Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis wurde so ein Set von Qualitätskriterien und Instrumenten für Interventionsprojekte entwickelt und erprobt, das zur Grundlage von quint-essenz wurde. Die Liste der Qualitätskriterien, die zur systematischen Reflexion einladen sollte, wurde nach und nach um weitere erläuternde Texte und Instrumente ergänzt und so zu einem internetbasierten System ausgebaut, das im Jahr 2000 online verfügbar gemacht wurde. 2001 ging quint-essenz in die Verantwortung von Gesundheitsförderung Schweiz über, eine nationale Stiftung, die den gesetzlich verankerten Auftrag hat, Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhinderung von Krankheiten zu initiieren, zu koordinieren und zu evaluieren<sup>3</sup>. Gesundheitsförderung Schweiz ist seitdem für die inhaltliche und technische Weiterentwicklung sowie für die Verbreitung des Qualitätssys-

---

3 Der Auftrag ist in Art. 19 des Schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes KVG festgelegt. Alle in der Schweiz lebenden Personen bezahlen jährlich einen Betrag von 4,80 Schweizer Franken an die Stiftung, was zu einem Gesamtvolumen von etwa 38 Mio. Schweizer Franken führt. Mit dieser Summe werden die Programme und Dienstleistungen finanziert, die Gesundheitsförderung Schweiz zusammen mit ihren Partnerorganisationen erbringt.