

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera
Health Promotion Switzerland

Best Practice

Ein normativer Handlungsrahmen für optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz
Dufourstrasse 30
Postfach 311
CH-3000 Bern 6
Tel. +41 (0)31 350 04 04
Fax +41 (0)31 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch
www.gesundheitsfoerderung.ch

Promotion Santé Suisse
Avenue de la Gare 52
CH-1003 Lausanne
Tél. +41 (0)21 345 15 15
Fax +41 (0)21 345 15 45
office.lausanne@promotionsante.ch
www.promotionsante.ch

Autorinnen und Autoren

Ursel Broesskamp-Stone und Günter Ackermann unter Mitarbeit von Brigitte Ruckstuhl (2004/2005),
Ralph Steinmann (2006/2007) und der internen AG Best Practice der Stiftung (Winter 2006/2007)

© 2010, Gesundheitsförderung Schweiz, Bern und Lausanne
Alle Rechte vorbehalten, Nachdruck nur mit Genehmigung von Gesundheitsförderung Schweiz

Download unter www.gesundheitsfoerderung.ch > Suchen: «Best Practice»

Inhaltsverzeichnis

Editorial	5
Dank	6
Teil 1	
1 Zusammenfassung	7
2 Herleitung und Begründung	8
3 Zweck und Adressaten	9
4 Was ist Best Practice?	10
5 Die Dimensionen von Best Practice im Detail	13
5.1 Best-Practice-Dimension «Werte, Prinzipien, ethische Grundlagen»	13
5.2 Best-Practice-Dimension «Wissen/Evidenz»	14
5.3 Best-Practice-Dimension «Kontext»	18
5.4 Gewichtung und Priorisierung der drei Best-Practice-Dimensionen	19
6 Best-Practice-Kriterien	20
Teil 2	
7 Leitlinien für die Umsetzung nach ausgewählten Handlungsfeldern	23
7.1 Best Practice bei der Aufarbeitung von (wissenschaftlichen) Grundlagen	23
7.2 Best Practice bei der Erstellung wissenschaftlicher Handlungsleitlinien und Argumentarien	24
7.3 Best Practice in Kooperation und Koordination (Partnerschaften, Allianzen, Netzwerke)	25
7.4 Best Practice in der Strategieentwicklung	26
7.5 Best Practice bei der Planung und Umsetzung von Projekten und Programmen	27
7.6 Best Practice bei der Beurteilung von Finanzierungsgesuchen für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention	28
7.7 Best Practice bei der Evaluation	28
8 Praxisbeispiele	30
8.1 Entwicklung des Rahmenkonzepts «Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Zug», 2003, Schweiz	30
8.2 Best Practice anhand des Streitschlichterprojekts «Peace Kids» in Schmiten	32
9 Anhang I: Der Best-Practice-Ansatz und Gesundheitsförderung Schweiz – zum Umgang mit der Wissensdimension (fachliches Wissensmanagement)	36
10 Anhang II: Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (Brigitte Ruckstuhl, 2010)	39
11 Anhang III: Glossar	40
12 Anhang IV: Quellenverzeichnis	42
13 Anhang V: Zusammenzug der wichtigsten Abbildungen und Tabellen	44

Editorial

Im Rahmen der Weiterentwicklung und Professionalisierung von Gesundheitsförderung und Prävention hat Gesundheitsförderung Schweiz seit 2003 in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Expertinnen und Experten Grundlagen sowie bestehende Arbeitsansätze nationaler Fachorganisationen zu Evidenz, Qualitätsentwicklung und Best Practice in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention aufgearbeitet. Dies mündete in die Entwicklung eines klaren Orientierungsrahmens für diejenigen, die nach optimaler oder bester Praxis in diesem Feld streben. Dabei wurde auf der Ottawa-Charta sowie auf internationalen Arbeiten, Diskussionen und Erfahrungen insbesondere in Kanada, den USA, den Niederlanden und Deutschland aufgebaut.

Die Arbeiten machten deutlich, dass eine Konzentration auf «evidenzbasierte» Gesundheitsförderung allein zu kurz greift, um optimales und damit auch wirksames und nachhaltiges Entscheiden und Handeln in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu erzielen. Sie zeigten die Bedeutung einer angemessenen Berücksichtigung von Werten und Prinzipien oder ethischen Aspekten, von wissenschaftlichem wie Erfahrungswissen sowie des Kontextes von Interventionen.

Mit dem hier vorgestellten Best-Practice-Rahmen – einem präventions- und gesundheitsförderungsspezifischen, auf optimale Qualität ausgerichteten normativen Handlungsrahmen – hat Gesundheitsförderung Schweiz im fachlichen Diskurs, insbesondere in der Evidenzdebatte, Stellung bezogen. Gesundheitsförderung Schweiz zeigt auf, dass optimales fachliches Handeln und Entscheiden oder Best Practice in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention wissensbasiertes, ethisch verantwortliches, kontextsensibles und wirksames Handeln und Entscheiden ist. Solch eine Gesundheitsförderung ist auf Nachhaltigkeit und damit auch Chancengleichheit ausgerichtet.

Für Gesundheitsförderung Schweiz ist die Entwicklung und Umsetzung von Best Practice als normativem Handlungsrahmen ein Beitrag dazu,

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention weiter zu stärken: zu etablieren, zu professionalisieren und zu vernetzen.

Der Best-Practice-Rahmen wurde 2007 erstmals in der Schweiz veröffentlicht (Version 1.0). Er liegt hier in einer leicht überarbeiteten Version 1.1 vor; als Basis des Schweizer Beitrags zu Wissenstransfer und Diskussion an der 20. IUHPE-Weltkonferenz für Gesundheitsförderung «Genf 2010» im Themenfeld Best Practice, Qualität und Evidenz. Gesundheitsförderung Schweiz hofft, dass dieses umfassende Verständnis optimalen fachlichen Handelns in der Gesundheitsförderung und Prävention beziehungsweise von Best Practice international auf breite Resonanz stösst und ist gespannt auf weitere Anregungen und Anwendungen.

Dr. Thomas Mattig
Direktor

Dr. Ursel Broesskamp-Stone
Leiterin Internationales
Senior Advisor Policy
Ehemals Bereichsleiterin Evidenz (2004–2006)

Gesundheitsförderung Schweiz, Juni 2010

Dank

Wir danken Frau Dr. Brigitte Ruckstuhl für ihre sehr konstruktive Mitarbeit und Prozessbegleitung sowie die wertvollen fachlichen Inputs in die Aktualisierung des Best-Practice-Rahmens von Gesundheitsförderung Schweiz. Wir haben die äusserst verlässliche, kompetente und angenehme Zusammenarbeit sehr geschätzt. Die nun vorliegende Version 1.1 des Best-Practice-Dokuments vom Juni 2010 ist eine leicht aktualisierte und überarbeitete Fassung der Version 1.0, die von Gesundheitsförderung Schweiz im Jahr 2007 erstmals veröffentlicht wurde.

Teil 1

1 Zusammenfassung

Optimales fachliches Handeln und Entscheiden in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention braucht einen klaren Orientierungsrahmen und entsprechende Leitlinien. Gesundheitsförderung Schweiz hat einen solchen, Best Practice genannten normativen Handlungsrahmen aus westlicher Perspektive entwickelt. Dieser Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention führt die Ergebnisse der Evidenzdiskussion und der Qualitätsentwicklung der letzten Jahre zusammen. Der Best-Practice-Ansatz sowie daraus abgeleitete Leitlinien dienen dazu, Entscheidungsträger/innen und Professionelle der Gesundheitsförderung und Prävention in ihrer anspruchsvollen Arbeit zu unterstützen und ethisch verantwortliches, wissenschaftsbasiertes und zugleich kontextsensibles Handeln zu fördern. Best Practice steht in diesem Sinne für **optimales fachliches Handeln**.

Best Practice in Gesundheitsförderung und Prävention gründet auf den drei Dimensionen Werte, Wissen und Kontext. Die Umsetzung des Best-Practice-Rahmens verlangt von Professionellen bzw. Verantwortlichen für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention eine systematische, wiederkehrende Reflexion einer Entscheidungsfindung oder der Planung, Umsetzung und Evaluation von gesundheitsfördernden oder präventiven Aktivitäten entlang der drei Best-Practice-Dimensionen (vgl. Abb. 1).

Best Practice wird wie folgt definiert:

Best-Practice-Entscheide, -Aktivitäten oder -Interventionen in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention berücksichtigen systematisch die **Werte** und Prinzipien von Gesundheitsförderung und Public Health, bauen auf dem aktuellen wissenschaftlichen **Wissen** und auf Experten- und Erfahrungswissen auf, beachten die relevanten **Kontextfaktoren** und erreichen die beabsichtigten positiven Wirkungen bei gleichzeitiger Vermeidung negativer Wirkungen.

Best-Practice-Entscheide und -Interventionen resultieren aus einer systematischen Berücksichtigung der drei Dimensionen Werte, Wissen und Kontext. In der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention geht Best Practice konzeptionell über Ansätze von Good Practice hinaus: Best Practice bezieht sich auf einen klaren, gesundheitsförderungsspezifischen Qualitätsanspruch mit Blick auf die drei Dimensionen: Werte, Wissen und Kontext. Der Best-Practice-Rahmen umschreibt einen klaren fachlichen Anspruch in der Gesundheitsförderung und Prävention, der mit Hilfe von Best-Practice-Kriterien konkretisiert wird. Diese sind nicht individuell für ein bestimmtes Gesundheitsproblem oder Setting, eine bestimmte Interventionsart oder Zielgruppe definiert, sondern für Entscheidungsprozesse und Handeln in der Gesundheitsförderung allgemein. Es geht um die angemessene Nutzung von vorhandenem wissenschaftlichem Wissen wie auch Wissen aus der Praxis im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention; um die Bedeutung und angemessene Berücksichtigung von Werten und Prinzipien sowie von den Faktoren, die eine kontextsensible Umsetzung erfordern. Best Practice stellt einen normativen Rahmen für fachliches Handeln und die Qualitätsentwicklung dar, an dem sich Akteure der Gesundheitsförderung orientieren können, um ihre «gute» oder «vielversprechende» Praxis kontinuierlich zu optimieren. Optimal heisst hier nicht nur wirksam oder effizient, sondern auch ethisch verantwortlich, kontextsensibel und nachhaltig.

Der Begriff «Best Practice» steht also nicht für eine vorgegebene oder «extern vordefinierte» Patentlösung. Eine allgemeingültige, kontextunabhängige Sammlung von «Best-Practice-Interventionen» im Sinne von «Rezepten» für die Praxis ist in den meisten Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention nicht möglich.

2 Herleitung und Begründung

Optimales fachliches Handeln und Entscheiden in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention braucht einen klaren Orientierungsrahmen und entsprechende Leitlinien. Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Regel komplexe und daher schwer standardisierbare Interventionen in unterschiedlichen Kontexten. Sie sind zumeist langfristig und auf die Veränderung von Gesundheitsdeterminanten, auf Verhalten und Verhältnisse ausgerichtet. Unter anderem erschwert die Partizipations- und Empowerment-Orientierung eine Standardisierung von Interventionen. Aber auch unter diesen erschwerten Umständen müssen Interventionen wissenschaftsbasiert und überprüfbar sein.

Der Best-Practice-Rahmen als normativer Handlungsrahmen ist eine Antwort auf die herausfordernden, aktuellen Schlüsselfragen:

- Wie kann das wissenschaftliche Wissen für die Praxis besser genutzt werden?
- Wie kann das Praxiswissen in der wissenschaftlichen Wissensproduktion besser genutzt werden?
- Wie kann die Aufmerksamkeit auf die Kontextfaktoren verstärkt und die Themen des Transfers genügend berücksichtigt werden?
- Wie können die Normen, Werte und ethischen Grundsätze von Public Health und Gesundheitsförderung stärker in den Vordergrund gerückt und wie kann erreicht werden, dass Normen und Werte bewusst gemacht und klar ausgesprochen werden?

Die drei Best-Practice-Dimensionen schliessen die zentralen Aspekte ein, die für optimales fachliches Entscheiden und Handeln in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention relevant sind. Die Dimensionen umfassen die grundlegenden Werte wie Chancengleichheit, soziale Verantwortung und weitere, auf die Gesundheitsförderung und New Public Health aufbauen. Sie berücksichtigen die unterschiedlichen Ebenen des Kontextes, von den struk-

turellen, politischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen bis hin zu den spezifischen Kontexten von Interventionen vor Ort. Sie betonen die Wissensbasierung und Wissensgenerierung, basierend auf einem für Gesundheitsförderung adäquaten Evidenzverständnis sowie das Erfahrungs- und Expertenwissen einschliesslich dem Wissen aus der integrierenden Qualitätsentwicklung. Unter Evidenz oder Evidenzbasierung wird zumeist der Nachweis von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verstanden. Für diesen Nachweis sind Methoden auszuwählen, die dem Gegenstand, beispielsweise einer komplexen Intervention, entsprechen. Zur Evidenz in der Gesundheitsförderung gehören aber auch die Kenntnisse über die Wirkung von Faktoren und deren Zusammenwirken auf Gesundheit (Determinanten).

Als normativer Reflexions- und Handlungsrahmen soll der Best-Practice-Rahmen **ethisch verantwortliches¹, wissenschaftlich fundiertes und zugleich kontextsensibles Entscheiden und Handeln fördern** (vgl. Abb. 1).

¹ Siehe «ethisches Argumentarium» von Gesundheitsförderung Schweiz 2004 (www.gesundheitsfoerderung.ch)

3 Zweck und Adressaten

Die Einführung und konsequente Umsetzung des Best-Practice-Rahmens verfolgt folgende Ziele:

- Etablierung eines klaren fachlichen Rahmens durch die Schaffung einer soliden, fachlichen wie politisch-strategischen Grundlage
- Stärkung des wissenschaftlich fundierten und zugleich kontextsensiblen Handelns, ausgerichtet auf systematisches, kontinuierliches Lernen
- Verbesserung von Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Kohärenz der Entscheidungen auf allen Ebenen des fachlichen Handelns
- Erhöhung der Legitimation und Glaubwürdigkeit der Aktivitäten und der Investitionen in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention
- Klarere Positionierung von Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb von Public Health und anderen Gesellschaftsbereichen
- Verbesserung von Motivation und Engagement aller Akteure für die Stärkung der Wissensbasis in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

Für Organisationen im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention bedeutet die Umsetzung des Best-Practice-Rahmens:

- Förderung und Sicherstellung des optimalen Handelns für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention
- Eine der Gesundheitsförderung angemessene klare Antwort auf die Forderung nach «Evidenzbasierung» und Qualitätsentwicklung in Public Health
- Eine nachvollziehbare Begründung für die hohen Qualitätsansprüche an das professionelle Handeln in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.

Best Practice richtet sich an Professionelle in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention und an wichtige Entscheidungsträger/innen in Public Health. Sie soll sie bei der Entscheidungsfindung, Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention leiten und unterstützen.

4 Was ist Best Practice?

Der Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist ein normativer Handlungsrahmen und gründet auf den drei **Dimensionen**:

- Werte,
- Wissen,
- Kontext.

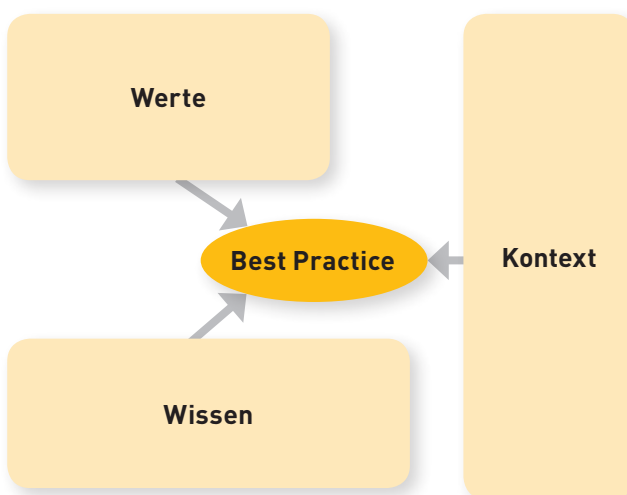


Abb. 1: Die drei Dimensionen von Best Practice in der Gesundheitsförderung: Werte, Wissen, Kontext.

Werte: Bei Interventionen und Entscheidungsprozessen spielen Normen und Werte immer eine Rolle, da Gesundheitsförderung als Handlungsfeld in einem mit Werten und Interessen besetzten gesellschaftlichen Rahmen und nicht in einem wertneutralen, fachlichen Umfeld umgesetzt wird. Es ist deshalb bedeutend über Normen und Werte und den jeweiligen Kontext zu reflektieren und für Interventionen zu nutzen. Wichtig ist, dass diese explizit gemacht und mit den involvierten Akteuren reflektiert werden. Auf der Basis der Ottawa-Charta sind Werte und Prinzipien wie Partizipation, Empowerment, Chancengleichheit, Berücksichtigung sozialer Vielfalt bekannt, die in der Praxis systematisch berücksichtigt werden sollen.

Wissen: Mit dem wachsenden professionellen Selbstverständnis in Gesundheitsförderung und Prävention, den Auseinandersetzungen mit «Evi-

denz» und den Erfahrungen in der Qualitätsentwicklung gilt es nun, die der Gesundheitsförderung adäquaten Ansprüche an die Wissensbasis und Wissensgenerierung in Policyentwicklung und Umsetzungspraxis zu formulieren und einzufordern.

Kontext: Die Fokussierung von New Public Health, insbesondere von Gesundheitsförderung, auf die soziokulturellen Bedingungen bei der Entstehung von Gesundheit und Krankheit hat die Komplexität der Interventionen erhöht. Ziele von Interventionen sind nicht nur spezifische Lebenskontexte, sondern auch die Veränderung des dynamischen politischen, soziokulturellen Umfelds in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren. Die Kontextfaktoren spielen deshalb eine zentrale Rolle, wenn es um optimales Handeln in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention geht. Das Gelingen ist eng damit verbunden, wie sehr die Menschen und das Umfeld zusammen mit anderen Akteuren aktiviert und motiviert werden können. Hinzu kommt, dass Erfahrungen von Interventionen nicht einfach auf andere Kontexte übertragen werden können, da diese sehr unterschiedlich sind. Die Kontextfaktoren sind deshalb insbesondere auch bei einem Transfer von Massnahmen zu berücksichtigen.

Diese oben genannten drei Dimensionen von Best Practice können nicht isoliert voneinander betrachtet werden, denn sie bedingen und beeinflussen sich gegenseitig.

Werden die relevanten Aspekte der drei Dimensionen weitreichend berücksichtigt (vgl. Kap. 5), wird hier von Best Practice, von optimalem Entscheiden und Handeln gesprochen. Das bedeutet, dass mit dem zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Wissen und unter den gegebenen Kontextbedingungen, sowie im Einklang mit den Werten und Prinzipien von Gesundheitsförderung, das Bestmögliche bestmöglich genutzt und realisiert wird.

Vor diesem Hintergrund werden Best-Practice-Entscheide und -Handlungen in der Gesundheitsförderung wie folgt definiert:

Best-Practice-Entscheide und -Handlungen berücksichtigen systematisch die **Werte** und Prinzipien von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, bauen auf dem aktuellen wissenschaftlichen **Wissen**, auf Experten- und Erfahrungswissen auf, beachten die relevanten **Kontextfaktoren** und erreichen die beabsichtigten positiven Wirkungen bei gleichzeitiger Vermeidung negativer Wirkungen.

Der Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention bietet eine Grundlage zu optimalem Gesundheitsförderungs-Handeln und -Entscheiden und erhöht damit die Wahrscheinlichkeit, systematisch und nachvollziehbar positive Wirkungen im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention zu erlangen².

Damit werden kontinuierlich wichtige Beiträge zur gezielten Nutzung und Generierung von neuem Wissen geleistet, welches für die relevanten handlungsleitenden **Fragen** in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention immer präzisere Antworten liefert:

- **Was beeinflusst Gesundheit?**
Wissen bezüglich Gesundheitsdeterminanten
- **Was funktioniert bei wem unter welchen Bedingungen, um Gesundheit zu verbessern?**
Wissen über Interventionsoptionen
- **Was sollen wir tun und warum?**
Wahl der Intervention im Kontext, auch basierend auf den Normen und Werten
- **Wie machen wir das hier?**
Umsetzung im Kontext
- **Welche Veränderungen haben wir erreicht?**
Wissen zur Wirksamkeit der Intervention
- **Was haben wir daraus gelernt?**
Wissen über die Umsetzung, und dessen Nutzen und Verbreitung



Abb. 2: Radarschirm-Modell Best Practice für Gesundheitsförderung und Prävention

Der normative Handlungsrahmen Best Practice ist mit den drei Dimensionen eine Reflexionshilfe im Arbeitsalltag. Die Dimensionen Werte, Wissen und Kontext werden systematisch durchdacht, um die sechs handlungsleitenden Fragen beantworten zu können und so zu optimalen Entscheiden und einer optimalen Praxis zu gelangen.

Die Umsetzung von Best Practice verlangt von Professionellen bzw. Verantwortlichen für Gesundheitsförderung und Prävention eine systematische, wiederkehrende Reflexion bei der Entscheidungsfindung oder der Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit (vgl. Abb. 2). Dies erfolgt entlang der drei Best-Practice-Dimensionen mit Hilfe der dazugehörigen Kriterien und Indikatoren (vgl. Kap. 6), ähnlich einem Radarstrahl, der wiederholt über den flugzeugbedeckten Himmel fährt. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, positive Wirkung zu erlangen³.

Werden neuartige Interventionen (z.B. für schwer erreichbare Zielgruppen oder neue Themen) ge-

² Siehe auch Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz

³ Siehe auch Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz

plant, für die wenig empirische Kenntnisse vorliegen, erfordert es angemessene Recherchen von Erfahrungen aus ähnlichen Projekten und Wissensbeständen aus anderen Disziplinen. Best Practice heisst in diesem Fall, Interventionen nicht nur sorgfältig zu entwickeln, sondern sie wissenschaftlich zu begleiten und zu evaluieren («Praxis-Experiment»). Es ist zentral, dass die Erkenntnisse und Erfahrungen aus derartigen Innovationen oder «Experimenten» systematisch dokumentiert, aufgearbeitet und dem Feld der Gesundheitsförderung zugänglich gemacht werden. Nur so ist ein Lernen systematisch über die direkt Beteiligten hinaus möglich.

5 Die Dimensionen von Best Practice im Detail

In der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention lassen sich die Dimensionen von Best Practice wie folgt konkretisieren:

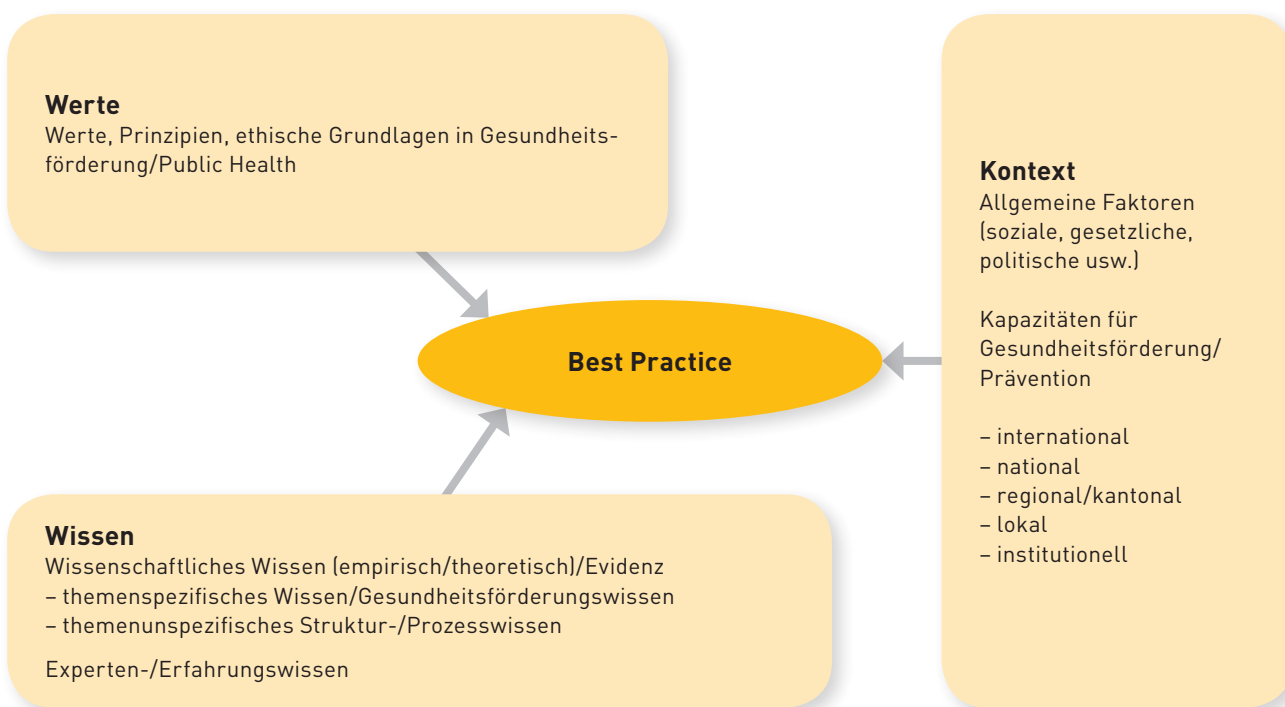


Abb. 3: Die drei Best-Practice-Dimensionen im Detail

5.1 Best-Practice-Dimension «Werte, Prinzipien, ethische Grundlagen»

Best Practice oder «optimale Praxis» in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention heisst, dass Entscheide sowie fachliches Handeln immer auf den Grundwerten von Public Health sowie auf den wesentlichen Prinzipien der Gesundheitsförderung aufbauen (vgl. Ottawa-Charta⁴). Dazu gehören insbesondere:

Werte, Prinzipien, ethische Grundlagen in Public Health

- Gleiche Rechte/gleiche Pflichten und geteilte Verantwortung für Gesundheit⁵, soziale Verantwortung⁶
- Schadensvermeidung, Wohltätigkeit («Tue Gutes»), Respekt vor der Autonomie, Gerechtigkeit⁷ (allgemeine ethische Eckpfeiler von Public Health)

⁴ WHO (1986)

⁵ Vgl. WHA (1998), Weltgesundheitsdeklaration. Rootman et al. (2001). Lamprecht, Stamm (2005), S. 30. VicHealth (2006), S. 2–6: «Health is a fundamental human right. Everyone shares in the responsibility for health promotion. Everyone benefits from improved health outcomes.»

⁶ Tannahil (2008)

⁷ Vgl. Ethisches Argumentarium (Gesundheitsförderung Schweiz 2004), Abschnitt 2.0

- Transparenz und Rechenschaftspflicht (Accountability), Offenheit⁸
- Gesundheitliche Chancengleichheit (Entscheiden und Handeln geleitet durch die Sorge um Chancengleichheit und Gerechtigkeit)⁵
- Nachhaltigkeit⁹
 - a) der Massnahmen und/oder erreichten gesundheitsförderlichen Veränderungen über die Zeit der Projektdauer und Anschub-Finanzierung hinaus¹⁰
 - b) im Sinne des Konzepts der Nachhaltigen Entwicklung (Agenda 21)¹¹

Speziell in der Gesundheitsförderung¹²

- Ausrichtung an Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten (Salutogenese statt Pathogenese)¹³
- Empowerment⁸
- Partizipation⁸

Professionelle Gesundheitsförderung und Prävention ist zudem grundsätzlich wissenschaftsbasiert (vgl. Kap. 5.2).

Bei einer Priorisierung oder Gewichtung der oben genannten Werte gilt es zu beachten, dass Entscheiden und fachliches Handeln den Grundwerten nicht widersprechen. Zentral ist, dass die Werte und Prinzipien transparent gemacht, begründet und priorisiert werden. In Situationen, in denen verschiedene Akteure kooperieren, sind oft Kompromisse bezüglich der Public-Health- oder Gesundheitsförderungsprinzipien erforderlich. Wichtig ist, dass dabei Widersprüche vermieden werden. Im Konfliktfall erfolgt eine angemessene Abwägung (vgl. auch das ethische Argumentarium von Gesundheitsförderung Schweiz¹⁴). Eine besondere Herausforderung stellen Interventionen dar, die zwar positive oder gut gemeinte Ziele der Krankheitsvorbeugung oder der Förderung der Gesundheit der Bevölkerung haben,

die aber ungewollte negative Nebenwirkungen haben: z.B. eine tendenzielle Erhöhung der gesundheitlichen Chancenungleichheit in der Bevölkerung. Dies ist beispielsweise aus dem Bereich Tabakprävention¹⁵ bekannt.

5.2 Best-Practice-Dimension «Wissen/Evidenz»

Programme und Projekte in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind Interventionen in komplexe soziale Systeme. Solche umfassenden Prozesse solide zu begründen, zu planen und erfolgversprechend umzusetzen und zu evaluieren, setzt wissenschaftlich fundierte Aussagen voraus, die systematisch gesichtet und gezielt genutzt werden.

Wissenschaftlich fundierte Aussagen werden als «Evidenz» bezeichnet, wenn mit adäquaten Methoden und Studiendesigns ein Nachweis von Wirkung oder Wirtschaftlichkeit in Interventionen gezeigt werden kann und oder Wirkungen des Zusammenspiels von gesundheitsbeeinflussenden Faktoren. In der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention muss die Komplexität von Interventionen für die Bewertung der Evidenz in Betracht gezogen werden. Kein Studien- oder Evidenztyp kann unabhängig vom Untersuchungsgegenstand als der beste oder als Goldstandard definiert werden. In der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention wird in der Regel auf verschiedene Evidenztypen zurückgegriffen.

Handeln gemäss dem Best-Practice-Rahmen ist mehr als «evidenzbasiertes» Handeln. Es beruht sowohl auf wissenschaftlichem Wissen als auch auf Erfahrungs- und Expertenwissen.

Für optimale Gesundheitsförderung und Prävention bilden zwei Kategorien von Wissen die Grundlagen:

⁸ Tennyson (o.J.); Noack (2006)

⁹ Gesundheitsförderung Schweiz (2006), Langfristige Strategie; Noack (2006). Rootman et al. (2001)

¹⁰ Tannahill (2008)

¹¹ <http://www.un.org/esa/dsd/agenda21/>

¹² Rootman et al. (2001) mit WHO Europa identifizieren sieben Prinzipien: vier sind oben genannt; zudem Intersektoralität, Kombination multipler Strategien sowie Ganzheitlichkeit mit Blick auf das Gesundheitsverständnis.

¹³ Vgl. Ottawa-Charta (WHO 1986); WHO (1998a); Raeburn/Rootman (1998); Green et al. (2000); Broesskamp-Stone (2004)

¹⁴ Gesundheitsförderung Schweiz (2004)

¹⁵ Paccaud F. (2007), zitierbare Aussage in Sitzung des wissenschaftlichen Beirates von Gesundheitsförderung Schweiz, 22./23.3.2007 in Solothurn

Die erste Kategorie umfasst wissenschaftliches Wissen inklusive Theorien und Modelle. Je nach Fachgebiet und Art der Interventionen stehen verschiedene Evidenztypen und -quellen zur Verfügung. In der Medizin beispielsweise ist die sogenannte Evidenzpyramide, mit der randomisierten Kontrollstudie als höchstbewertetem Evidenztyp, weit verbreitet. Weil dieser Studientyp komplexen Interventionen in Public Health einschliesslich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zumeist nicht gerecht wird¹⁶, werden andere Modelle für die Gewichtung von Evidenztypen diskutiert (vgl. auch Abb. 6). Die zweite Kategorie umfasst **Wissen von Expertinnen und Experten sowie Erfahrungswissen aus der Praxis und Politik**¹⁷, welches angemessen berücksichtigt werden soll. Dieses Wissen ist wichtig, da für die Umsetzungspraxis nicht immer ausreichende wissenschaftliche oder kontextspezifische Grundlagen zur Verfügung stehen. Expertinnen- oder Erfahrungswissen füllt oftmals diese Lücken. Dies schliesst Wissen aus soliden Evaluationen ein. In beiden Wissenskategorien kann zwischen themenspezifischem und themenunspezifischem Wissen unterschieden werden. Themenspezifisches Wissen bezieht sich auf Gesundheit, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention: z.B. Wissen zu Gesundheitsdeterminanten und -ressourcen und zu Methoden der Gesundheitsförderung. Mit themenunspezifischem Wissen ist disziplin- oder fachgebietsübergroßtes Wissen gemeint: z.B. Qualitätsentwicklung, Projektmanagement, Advocacy-Prozesse, Netzwerkarbeit oder Soziales Marketing.

Wie der Wissenszyklus zeigt, wird aktuelles Wissen aus der Forschung für wissenschaftsbasiertes Entscheiden und Handeln gebraucht (Wissensbasierung). Auf der anderen Seite wird durch solide Evaluationen systematisch Wissen aus der Gesundheitsförderungs- und Präventionspraxis generiert und in die Wissensbasis des Feldes eingebracht (Wissensgewinnung). Daneben ist der Erfahrungsaustausch zwecks gegenseitigen Lernens wichtig und unterstützend.



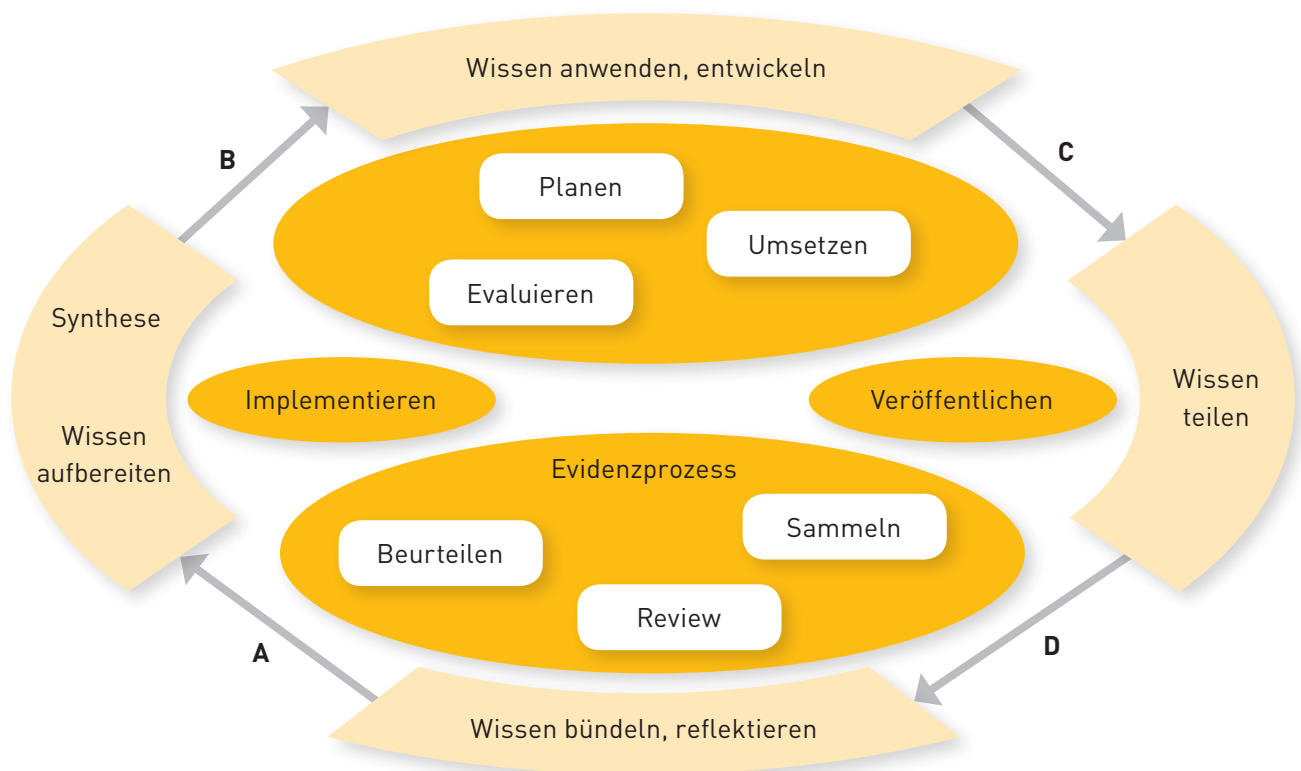
Abb. 4: Wissens- bzw. Evidenzzyklus: Wissen/Evidenz in die Praxis bringen und aus der Praxis generieren

Optimale Entscheide und optimale Umsetzungspraxis entstehen auf der Basis wissenschaftlich gut gestützter Wirkungsmodelle. Bei der Suche nach Evidenz zu den Determinanten der Gesundheit und zur Wirksamkeit von Interventionen ist in erster Linie systematisch erhobenes, empirisches Wissen gefragt. Wissenschaftliche Theorien und Modelle bieten weitere Grundlagen, zum Beispiel dann, wenn einzelne Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen in einen Gesamtzusammenhang gestellt und dadurch Entscheidungs- oder Planungsprozesse erleichtert werden. Um Best-Practice-Entscheide oder -Interventionen in der Gesundheitsförderung und Prävention zu gewährleisten, muss die Frage nach aktuellen **wissenschaftlichen Grundlagen beziehungsweise Evidenz in zweierlei Hinsicht** beantwortet werden:

- erstens, mit Blick auf das **Zusammenspiel** der wichtigsten **Determinanten der Gesundheit** sowie von sonstigen wichtigen Einflussfaktoren, die für das Gesundheitsförderungs-Programm oder die Gesundheitsförderungs-Interventionen relevant sind (z. B. das Zusammenwirken von Lebensstilen, dem Ausmass der Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung, deren Einkommen und Arbeits- bzw. Wohnsituation sowie bestimmten politischen Entscheiden);

¹⁶ Selbst in der Medizin ist die Wirkung der meisten Interventionen nicht durch randomisierte Kontrollstudien (RCT) nachgewiesen.

¹⁷ Politik, Policy: siehe Glossar im Anhang



- A. Identifizieren, systematisieren und bewerten, aufbereiten und nutzen von Wissen/Evidenz und anderen relevanten wissenschaftlichen Grundlagen
- B. Qualitativ hochwertige Planung und Umsetzung sowie sehr gute, wissenschaftliche (und wo möglich auch vergleichbare) Evaluation von Gesundheitsförderungsaktivitäten
- C. Generieren von Wissen/Evidenz und anderen wissenschaftlichen Grundlagen aus wissenschaftlich evaluierter Praxis und Policy-Arbeit der Gesundheitsförderung (durch Meta-Evaluationen und grenzüberschreitende Dissemination von Evaluationsergebnissen)
- D. Systematische Reviews von Ergebnissen eines Spektrums an wissenschaftlichen Studien (siehe unten: Evidenzquellen und -typen)

Abb. 5: Wissenszyklus in der Gesundheitsförderung und Prävention (nach Saan/de Haes, 2005)

– zweitens, mit Blick auf die **Wirksamkeit** der gewählten Massnahmen (wie zum Beispiel die Auswirkungen einer veränderten Preispolitik bei «gesunden» Nahrungsmitteln auf das Konsumverhalten bestimmter Bevölkerungsgruppen).

Hilfreich für diese Analyse durch die dafür zuständigen Organisationen und Fachkreise ist die Orientierung am Wissenszyklus (vgl. Abb. 5 und Anhang II): Dieser berücksichtigt nicht nur das vorhandene Wissen, sondern darüber hinaus, wie neues Wissen aus Interventionen und Policyprozessen gewonnen werden kann.

Herkömmliche Praxis beschränkt sich häufig auf den oberen Bereich des Wissenszyklus (Planen – Umsetzen – Evaluieren); die systematischere Verwertung wissenschaftlichen Wissens bzw. von Evidenz (Wissen beurteilen, aufarbeiten, anwenden/linker Bereich) sowie die systematische Verbreitung von neu gewonnenem Wissen wie Evaluationsergebnissen (Wissen teilen/rechter Bereich) werden häufig vernachlässigt. Der Wissenszyklus hilft, die Best-Practice-Dimension Wissen/Evidenz in Entscheidungsprozessen und in Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Interventionen gut zu berücksichtigen. Das Sammeln und Systematisieren von Wissen respektive Evidenz (unterer Bereich:

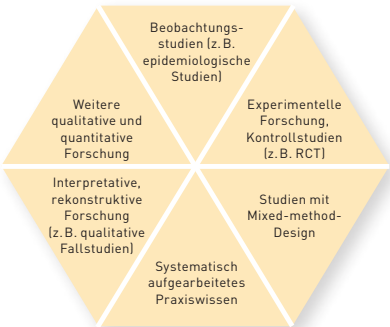
Wissenstypen (wissenschaftlichen Wissens)	Wissensquellen	Wissensgegenstände
<p>1. Evidenz</p> <p>«Evidenztypen»</p> 	<p>1. Evidenz</p> <p>«Evidenzquellen»</p> <ul style="list-style-type: none"> – Wissenschaftliche/Forschungsartikel (Peer reviewed) – aus Gesundheits-, Erziehungs-, Sozial-, Evaluations-, Politik-, Managementwissenschaften usw. – Systematische und narrative Reviews <p>Gute Evaluationsberichte; Metaanalysen von Evaluationsberichten/-studien</p>	<p>1. Evidenz</p> <p>«Evidenzgegenstände»</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsdeterminanten/-ressourcen und deren Zusammenspiel – Verteilung von Gesundheit/Gesundheitsdeterminanten in der Bevölkerung – Wirksamkeit von Interventionen/ Policies; Wirkungsmodelle <p>Wirksamkeit von Interventionen/ Policies</p>
<p>2. Wissenschaftliche Theorien</p>		

Abb. 6: Evidenztypen, -quellen und -gegenstände (linke Spalte: Evidenzprisma in Anlehnung an Walach, 2005, 2007)

Sammeln – Review) ist in erster Linie Aufgabe der Forschung. Hier ist mehr angewandte Forschung «für» (anstatt «über») Gesundheitsförderung und Prävention sowie «mit» Akteuren der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention nötig¹⁸.

Das von Walach (2005) entwickelte «Evidenzprisma» (vgl. Abb. 6) veranschaulicht, dass verschiedene **Evidenztypen** (Studientypen) wie etwa Beobachtungsstudien, Studien mit einem Mixed-method-Design oder qualitative Studien je nach Untersuchungsgegenstand bzw. Erkenntnisinteresse ausgewählt und gewichtet werden müssen. Eine pauschale Höchstbewertung nur eines Evidenztyps (Studientyps) *unabhängig* vom Untersuchungsgegenstand wird abgelehnt.

Wichtige **Evidenzquellen** sind neben systematischen Reviews kontrollierter Studien auch andere Arten wissenschaftlicher Reviews, welche den komplexen Gesundheitsförderungsinterventionen und entsprechenden Studien eher gerecht werden. Da-

neben gehören auch systematische Auswertungen guter wissenschaftlicher Evaluationen und Metaanalysen sowie wissenschaftliche Forschungsartikel aus unterschiedlichen Disziplinen dazu. Dieses breitere Verständnis von Evidenzbasierung spiegelt sich auch in der neuen Definition von evidenzbasierter Gesundheitsförderung wider (vgl. auch die Definition evidenzbasierter Gesundheitsförderung der WHO¹⁹).

Die **Evidenzgegenstände** in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention betreffen:

- a) das, was Gesundheit beeinflusst (Gesundheitsdeterminanten und ihr Zusammenspiel),
- b) die Verteilung von Gesundheit/Gesundheitsdeterminanten in der Bevölkerung,
- c) wie Gesundheit zu erhalten und zu verbessern ist (Wirksamkeit von Interventionen).

Dadurch werden Erkenntnisse geschaffen, die Antworten auf die in Kapitel 4 formulierten handlungsleitenden Fragen geben können.

¹⁸ Wright, M., Block, M., Unger, H. (2009). Partizipative Qualitätsentwicklung. In: Kolip, P., Müller, V. (Hrsg.). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern.

¹⁹ Smith, Tang, Nutbeam (2006), WHO neue Definition: «The use of information derived from formal research and systematic investigation to identify causes and contribution factors to health needs and the most effective health promotion actions to address these in given contexts and populations».

Wissenschaftliche Erkenntnisse allein sind allerdings keine ausreichende Basis für optimale, d.h. wirksame Gesundheitsförderung. Experten- und Erfahrungswissen bilden eine notwendige Ergänzung zum wissenschaftlichen Wissen²⁰ und sind nicht nur dann wichtig, wenn wissenschaftliches Wissen (noch) fehlt. Best Practice oder «optimale» Praxis ist wie bereits betont mehr als «evidenzbasierte» oder «wissenschaftlich fundierte» Praxis (vgl. Abb. 3).

5.3 Best-Practice-Dimension «Kontext»

Kontextfaktoren für Entscheidungsprozesse und Interventionen in der Gesundheitsförderung sind zentral, da Interventionen auf die sogenannten Gesundheitsdeterminanten, auf Veränderungen von Verhalten und Verhältnissen abzielen. Bei der Analyse der Kontextfaktoren für Interventionen in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind verschiedene Ebenen in Betracht zu ziehen.

Eine Ebene betrifft die Fragen nach den vorhandenen Kapazitäten für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Bisher fehlt es an einer allgemein anerkannten Definition von Kapazität für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention einer Gruppe, Organisation, Gemeinde oder Region oder eines Landes.²¹ Im Folgenden werden die wesentlichen Faktoren genannt, die für nachhaltige und wirkungsvolle gesundheitsfördernde und krankheitsvorbeugende Interventionen wichtig sind (vgl. Abb. 7, obere Hälfte).

Kontextfaktoren, die die Kapazität für Gesundheitsförderung und Prävention betreffen²²:

- Relevante Policies, Prioritäten und Programme (öffentliche wie private) auf nationaler, kantonaler, lokaler Ebene sowie Strukturen und Mechanismen zu deren Entwicklung und Implementierung
- Informationssysteme, Monitoring und Surveillance-Aktivitäten, Netzwerke, Kompetenzzentren

- Forschungskapazität, Ressourcen und Mechanismen für die Wissensentwicklung für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention; Aus- und Weiterbildungsprogramme
- Professionalisierungsgrad der Akteure sowie entsprechende Problemlösekapazitäten, Expertise für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (national und lokal, in öffentlichen Einrichtungen und Nicht-Regierungs-Organisationen/NGOs)
- Organisationen (wie Fachverbände, Nicht-Regierungs-Organisationen/NGOs) für Gesundheitsförderung und Prävention und deren Rollen
- Mechanismen für partnerschaftliche, intersektorale Zusammenarbeit; Partizipationsmechanismen und -kulturen; funktionierende Netzwerke und Austauschplattformen
- Leadership für Gesundheitsförderung und Prävention
- Langfristige, gesicherte finanzielle, personelle und zeitliche Ressourcen-Allokation für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (u.a. in nationalen und kantonalen öffentlichen Budgets); Kapazitäten zur Ressourcenmobilisierung.²³

Eine zweite Ebene betrifft die politischen, gesetzlichen, sozialen, ökonomischen und soziokulturellen Faktoren, die in konkreten Entscheidungs-, Planungs- oder Evaluationsprozessen angemessen berücksichtigt werden sollten. Es geht um die natürliche und materielle Umwelt auf allen gesellschaftlichen Ebenen, um die allgemeinen Faktoren der weiteren Umwelt, in die eine Policy-Entwicklung oder Intervention eingebettet ist (vgl. Abb. 7, untere Hälfte).

Eine weitere Ebene betrifft die engeren Umgebungsfaktoren und die Lebensbedingungen, die bei spezifischen Interventionen bei Zielgruppen und in Settings relevant sind; sie betrifft zudem die Erwartungen und Möglichkeiten von Anspruchsgruppen/Stakeholdern, damit eine kontextsensible Umsetzung gelingt.

²⁰ Weitergehende Informationen zur Best-Practice-Dimension Wissen/Evidenz: siehe Best-Practice-Grundlagendokument der Stiftung (Handbuch Strategie: Best-Practice-Text C).

²¹ Siehe die neueren von der EU kofinanzierten Projekte wie CompHP.

²² Saan/de Haes (2006) sprechen hier von «Determinanten der Wirksamkeit» von Interventionen.

²³ Fosse, Mittelmark, Skogli (2005) on key aspects of health promotion capacity.

Je nach Art und Bedeutung einer Entscheidvorbereitung oder Interventionsplanung ist ein unterschiedlich aufwendiger und vertiefter Kontext-Check notwendig: gemeinsam mit wenigen Kolleginnen und Kollegen oder mit den Anspruchsgruppen/Stakeholdern; aus Sicht z.B. einer lokalen Gruppe, einer kantonalen Organisation oder eines nationalen Netzwerks. Manchmal mag es ausreichen, gemeinsam mit anderen rasch einzuschätzen, welche Faktoren auf welcher gesellschaftlichen Ebene (institutionell bis global) besonders wichtig erscheinen. In anderen Fällen mag eine genauere Kontextanalyse vor dem Entscheid oder der Planung nötig sein.

Mit Hilfe des Instruments in Abbildung 7 kann ein «Kontext-Check» systematisch durchgeführt werden.

Ein letzter Aspekt betrifft den Transfer von Interventionen in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in andere Kontexte. Erfolg von Interventionen ist eng an den weiteren und engeren Kontext gebunden. Ein und dieselbe Intervention kann in einer bestimmten Gemeinde voll und ganz den Best-Practice-Kriterien entsprechen und sehr wirksam sein, in einer anderen Gemeinde aber wenig wirksam oder gar unangemessen sein. Dies verweist auf die bekannte Transfer-Problematik bei Interventionen, Modulen und Produkten in Public Health.

Die Umsetzung des normativen Handlungsrahmens für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention fördert in Entscheidungs- und Planungsprozessen die Suche nach Interventionen, die sich andernorts

bereits als «optimal» erwiesen haben und so vielversprechend sind, dass sie weiterverwendet werden können.

5.4 Gewichtung und Priorisierung der drei Best-Practice-Dimensionen

Best Practice in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention umsetzen heisst: Gewichtungen und Priorisierungen sowohl der drei Best-Practice-Dimensionen Werte, Wissen und Kontext wie auch der Aspekte innerhalb der drei Dimensionen vorzunehmen. Diese sind systematisch, gut begründet und für andere nachvollziehbar. Es gibt keine allgemeingültige Regel, welche Dimension und welche Aspekte innerhalb der Dimensionen für konkrete Entscheidungsprozesse und Interventionen für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention die wichtigsten sind.

Die Gewichtungen werden deshalb in der Regel nicht von einer Einzelperson vorgenommen, sondern in Abstimmung mit den wichtigsten internen und externen Stakeholdern. Werden Interventionen zwecks Erprobung neuer Interventionsformen ohne hinreichende empirische Kenntnisse umgesetzt, dann meint Best Practice, dass Interventionen sorgfältig entwickelt, wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden, um die gewonnenen Erkenntnisse der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in angemessener Form zur Verfügung zu stellen.



Abb. 7: Faktoren für den Kontext-Check

6 Best-Practice-Kriterien

Übergeordnetes Kriterium: Jede der drei Best-Practice-Dimensionen (Werte, Wissen, Kontext) wird bei strategischen Entscheiden sowie bei Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention reflektiert und angemessen berücksichtigt (vgl. Abb. 2: Radarschirm-Modell). Dies erfolgt systematisch und unter Verwendung der adäquaten existierenden Hilfsmittel.

Werte

Kriterium: Die (ethischen) Grundwerte und die Prinzipien von Gesundheitsförderung und Public Health werden bei strategischen Entscheiden sowie bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten angemessen berücksichtigt.

- Die Grundwerte und Prinzipien der Gesundheitsförderung sind explizit gemacht und den wichtigsten Stakeholdern/Anspruchsgruppen (Trägerschaft, Geldgeber, Projektteam usw.) bekannt (vgl. Liste relevanter Werte).
- Sie werden mit den Key Stakeholdern gemeinsam reflektiert und diskutiert (z. B. anhand bewährter Checklisten).
- Strategische Entscheide und Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention entsprechen diesen Grundwerten und Prinzipien. Priorisierungen, die im konkreten Fall nötig sein könnten, werden gut abgewogen und transparent begründet.

Wissen

Kriterium: Entscheide und Aktivitäten entsprechen den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

- Das aktuelle wissenschaftliche Wissen (inkl. Evidenz) wird vorgängig systematisch recherchiert und aufgearbeitet. Dies geschieht differenziert nach der Art des vorhandenen Wissens (Wissensquellen, -typen und -gegenstände; vgl. Abb. 6, siehe auch Ergebnismodell Gesundheitsförderung Schweiz).
- Die wichtigsten Wissensquellen werden genutzt (vgl. Abb. 6: Typen, Quellen und Gegenstände wissenschaftlichen Wissens).
- Die Nicht-Berücksichtigung von Wissensbeständen ist gut begründet und dokumentiert.

Kriterium: Der Entscheid/das Handeln trägt zur Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagen bzw. der Evidenzbasis der Gesundheitsförderung und Prävention bei.

- Wurden Lücken in der Wissens- bzw. Evidenzbasis der Gesundheitsförderung gefunden, so wird dies dokumentiert und an geeignete Stellen kommuniziert (Bund und Kantone, Gesundheitsförderung Schweiz, Forschungsinstitute, Fachverbände, Netzwerke).
- Wo sinnvoll, notwendig und angemessen, wird ein Beitrag zur Reduzierung der Wissenslücken initiiert, eingeplant bzw. geleistet (vgl. Abb. 4: Evidenzzyklus).

Kriterium: Entscheide und Aktivitäten berücksichtigen ergänzend zum wissenschaftlichen Wissen in angemessener Weise auch anderes wichtiges Wissen (Expertenmeinungen/Erfahrungswissen).

- Dieses Wissen wird vorgängig sorgfältig recherchiert, interpretiert und wo nötig aufgearbeitet. Dies geschieht differenziert nach der Art des vorhandenen Wissens (Wissenstypen wie Expertenmeinung und Wissen aus der Praxis; Wissensquellen wie gute Selbstevaluationen, Projektberichte und Expertisen).
- Das aktuelle wissenschaftliche Wissen/Evidenz und das vorhandene Erfahrungswissen werden sorgfältig in ihrer Bedeutung für den Entscheid/das Handeln abgewogen. Im Zweifelsfall ist das wissenschaftliche Wissen prioritär handlungsleitend, sofern es dem entsprechenden Kontext angemessen ist.
- Die Nicht-Berücksichtigung von Wissensbeständen ist gut begründet und dokumentiert.
- Wichtige Ergebnisse und Erkenntnisse werden valorisiert (verbreitet und nutzbar gemacht).

- Die Übertragbarkeit wissenschaftlicher und anderer wichtiger Erkenntnisse auf den eigenen Kontext wird sorgfältig geprüft/reflektiert.
- Adaptationen von andernorts bereits existierenden Ansätzen, Interventionen, Prozessen für den spezifischen Kontext werden gut begründet und dokumentiert.

Abschliessendes übergeordnetes Kriterium: Die beabsichtigten positiven Wirkungen wurden erreicht und negative Wirkungen wurden vermieden.

Kontext

Kriterium: Der Kontext wird bei strategischen Entscheiden und bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention angemessen berücksichtigt.

- Die relevanten Dimensionen des engeren und weiteren Kontexts werden angemessen reflektiert (vgl. Abb. 7: Kontext-Check).

Teil 2

Der Teil 2 beinhaltet konkrete Unterstützungshilfen für die Praxis. Ein zentraler Teil umfasst Best-Practice-Leitlinien für ausgewählte Handlungsfelder wie etwa für die Aufarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und für die Kooperation und Koordination von Partnerschaften, Allianzen und Netzwerken, die mit Hilfe von Indikatoren konkretisiert und als Hilfsmittel in der Praxis angewendet werden können.

Es folgen zwei Beispiele von Interventionen, die auf der Basis des Best-Practice-Rahmens analysiert worden sind und dadurch den Nutzen einer systematischen Reflexion aufzeigen.

Im Anhang finden sich Informationen zum Wissenszyklus und zum Umgang mit der Wissensdimension von Gesundheitsförderung Schweiz, ein neues Modell für einen Qualitätsrahmen, ein ausführliches Glossar, ein Quellenverzeichnis und eine Zusammenstellung der wichtigsten Abbildungen und Tabellen.

7 Leitlinien für die Umsetzung nach ausgewählten Handlungsfeldern

In diesem Kapitel werden Handlungsfelder angesprochen, die aus Sicht von Gesundheitsförderung Schweiz für die Umsetzung des Best-Practice-Ansatzes für Gesundheitsförderung und Prävention besonders wichtig sind.

7.1 Best Practice bei der Aufarbeitung von (wissenschaftlichen) Grundlagen

In der Gesundheitsförderung und Prävention wird angestrebt, dass wesentliche Entscheide sowie Programme und Aktivitäten nicht nur kontextsensibel oder wertekonform, sondern vor allem weitreichend wissenschaftlich abgestützt sind. Dazu benötigen die Akteure angemessene Syntheseberichte zu den wissenschaftlichen Grundlagen. Im Sinne ressourcenschonenden Arbeitens werden gute existierende Arbeiten und Grundlagen anderer qualifizierter Organisationen, Expertinnen und Experten aus dem In- wie Ausland identifiziert und so weit wie möglich genutzt. Verbleibende wichtige Wissenslücken oder ein unzureichender Zugang zu wichtigen Wissensbeständen (wie Evidenzberichten, hervorragenden Interventionsansätzen oder Praxis-Instrumenten) werden heute idealerweise in grenzüberschreitender Kooperation bearbeitet, beispielsweise virtuell wie auf www.vhpo.net oder [quint-essenz community](http://quint-essenz.communty)²⁴. Hier haben nationale Fachorganisationen, Kompetenzzentren und/oder Forschungsinstitutionen eine besondere Verantwortung.

Bei der Erstellung (oder Auswahl) von Syntheseberichten zu wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Gesundheitsförderung und Prävention (wie z. B. «Grundlagen»-, «Evidenz»-, oder «State of the Art»-Berichten) heisst Best Practice Folgendes:

Wissen

– Das aktuelle wissenschaftliche Wissen/die Evidenz zum Thema ist systematisch recherchiert und

aufgearbeitet. Dazu gehört eine weit reichende, klare Differenzierung der folgenden Aspekte:

- Verteilung von Gesundheit/Gesundheitsdeterminanten in der Bevölkerung; Zusammenwirken der wichtigsten Gesundheitsdeterminanten bzw. -ressourcen; wirksame Interventionen/Interventionspakete (vgl. auch Ergebnismodell der Stiftung²⁵).
- Klare, für den Leser transparente Unterscheidung der verschiedenen Wissens- bzw. Evidenztypen und -quellen; eventuelles Experten- und Erfahrungswissen ist als solches benannt (vgl. auch Abb. 6).
- Nutzung der wichtigsten Wissensquellen (national/international); ein eventueller Sprachrespektive kultureller Bias ist transparent gemacht (z. B. die überwiegende Nutzung englisch- oder deutschsprachiger Literatur).
- Festgestellte wichtige Wissens- oder Evidenzlücken in der Gesundheitsförderung und Prävention sind gut dokumentiert und an geeignete Stellen (wie nationale, für Gesundheitsförderung und Prävention zuständige Organisationen – z. B. Gesundheitsförderung Schweiz –, andere Kompetenzzentren, Netzwerke, Bund oder Kantone) gut kommuniziert.
- Die Beurteilung und Auswahl des wissenschaftlichen Wissens berücksichtigt, ob das Forschungsdesign oder der Studientyp dem Untersuchungsgegenstand angemessen war (vgl. auch Abb. 6, Evidenzprisma).
- Expertenmeinungen oder Erfahrungswissen (aus Expertisen/Selbstevaluationen usw.) werden nur dann ergänzend hinzugezogen, wenn sie sorgfältig recherchiert, interpretiert und wo nötig gut aufgearbeitet wurden.
- Die Nicht-Berücksichtigung von Wissensbeständen ist gut begründet und dokumentiert.
- Der Synthese- oder Grundlagenbericht ist der Zielgruppe (i. d. R. Fachleute) angemessen.

²⁴ www.quint-essenz.ch/en/community

²⁵ siehe www.gesundheitsfoerderung.ch



Abb. 8: «Wissen/Evidenz in die Praxis und Policies» – wissens- bzw. evidenzbasierte Factsheets, Argumentarien, Handlungsanleitungen und Checklisten sind wesentliche Brücken zwischen Wissen/Evidenz und Praxis.

Werte/Kontext

- Die Synthese der wissenschaftlichen Erkenntnisse macht explizit, ob und welche Studien oder systematischen Reviews folgende Aspekte ausreichend beachtet haben:
 - Chancengleichheit auf Gesundheit (Gender, sozio-ökonomischer Status, Alter, Migrationshintergrund usw.),
 - Informationen über Kontextannahmen oder den Kontext der untersuchten Interventionen.
- Erkenntnisse aus Studien oder Reviews mit angemessener Kontextinformation und/oder Berücksichtigung von Aspekten gesundheitlicher Chancengleichheit (wie Gender) werden höher gewichtet.

7.2 Best Practice bei der Erstellung wissenschaftlicher Handlungsleitlinien und Argumentarien

Aus verschiedenen Gründen ist es unrealistisch, von jeder Person, die für die Planung einer Gesundheitsförderungsaktivität zuständig ist, zu erwarten, dass sie zur Umsetzung des Best-Practice-Konzeptes die wissenschaftlichen Grundlagen zum gewählten Gesundheitsthema oder zur gewählten Interventionsform im Vorfeld aufarbeitet (wissenschaftlicher Syn-

thesebericht) – sei es allein oder in Kooperation mit anderen. Damit dennoch Entscheide, Programme, Projekte oder Massnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention auf lokaler, kantonaler und nationaler Ebene zukünftig vermehrt auf dem existierenden wissenschaftlichen Wissen/auf Evidenz aufgebaut sind, müssen Synthesen **wissenschaftlicher Grundlagen** (vgl. Kap. 7.1) für die Praxis weitergehend und systematisch «**übersetzt**» werden. Geeignete Formen sind unter anderem kurze, klare Factsheets, wissenschaftsbasierte bzw. evidenzgestützte Handlungsempfehlungen und insbesondere konkrete Handlungsanleitungen²⁶ und Argumentarien: zu prioritären Gesundheitsthemen (wie gesundes Körpergewicht), zu zentralen Ansätzen der Gesundheitsförderung (wie Setting-Ansatz oder Advocacy-Kampagnen) und zu grundlegenden Werten und Prinzipien der Gesundheitsförderung (wie Partizipation und Chancengleichheit).

Bei der Entwicklung von praktischen Handlungsanleitungen, Argumentarien und Checklisten heisst Best Practice:

Werte

- Die oben genannten Instrumente oder Produkte wurden unter Einbezug von Vertretern der Nutzergruppen entwickelt.

²⁶ Siehe Kapitel 8: Praxisbeispiele

- Sie tragen dazu bei, Empowerment, Partizipation, Nachhaltigkeit und Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention anzuregen und zu unterstützen.
- Mit Blick auf die Bevölkerung sind Handlungsanleitungen, Argumentarien oder Checklisten so angelegt, formuliert und zur Verfügung gestellt, dass sie auch für Bevölkerungsgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz, geringem Bildungs- oder sozio-ökonomischem Status oder Migrationshintergrund zugänglich und nützlich sind.

Wissen

- Die Handlungsanleitungen/Argumentarien/Checklisten entsprechen dem aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisstand (sie beruhen auf guten Syntheseberichten, vgl. Kap. 7.1).
- Sie beruhen zudem auf gutem Wissen über den Kontext, in dem sie genutzt werden sollen.
- Existierende Instrumente, Produkte und Erfahrungen aus dem In- und Ausland werden so weit wie möglich genutzt und eventuell angepasst.

Kontext

- Die Handlungsanleitungen/Argumentarien/Checklisten sind kontextsensibel und zielgruppenspezifisch formuliert und ausgestaltet (z. B. für Fachleute, Entscheidungsträger/innen in Verwaltung und Politik oder bestimmte Bevölkerungsgruppen).
- (Nationale) Fachorganisationen oder Kompetenzzentren der Gesundheitsförderung und Prävention und/oder Akteure der angewandten Forschung übernehmen die Verantwortung für die Entwicklung und auch Aktualisierung dieser Produkte (eventuell arbeitsteilig).

7.3 Best Practice in Kooperation und Koordination (Partnerschaften, Allianzen, Netzwerke)

Koordination meint allgemein das *gegenseitige Abstimmen* verschiedener Faktoren oder Vorgänge. Kooperation meint das *Zusammenwirken* verschiedener Akteure, oftmals staatlicher und nichtstaatlicher,

zur *einvernehmlichen Lösung* von Problemen²⁷. Den Best-Practice-Ansatz für Gesundheitsförderung und Prävention bei Initiierung, Aufbau und Umsetzung von Formen (intersektoraler) Kooperation und Koordination umzusetzen heisst unter anderem:

- eine klare Unterscheidung zwischen a) der Initiierungs- und Aufbauphase von (intersektoralen) Kooperations- oder Koordinationsformen und b) der Etablierungs- oder Umsetzungsphase, d.h. der Arbeit in einer (intersektoralen) Kooperation/einem Koordinations-Arrangement;
- eine bewusste Prüfung und Auswahl der geeigneten Form sozialer Organisation (wie Netzwerk oder «Allianz») für die angestrebte (intersektorale) Kooperation bzw. die Koordinationsaufgabe;
- eine gute Begründung von Entscheiden für oder gegen eine bestimmte Form/einen Ansatz der Kooperation oder Koordination – und zwar auf Basis einer ausreichenden Berücksichtigung aller drei Best-Practice-Dimensionen Werte, Wissen, und Kontext. Das heisst, es wurden unter anderem folgende Fragen beantwortet:

Wissen

- Wie weit wurde das existierende *wissenschaftliche* Wissen (auch aus Evaluationen) zu den verschiedenen Formen der Organisation von (intersektoraler) Koordination und Zusammenarbeit berücksichtigt (wie zu Allianzen, Partnerschaften, Netzwerken)? Besteht Klarheit über
 - die Begriffe wie «Allianz», «Partnerschaft», «Netzwerk» von Organisationen und deren Gemeinsamkeiten oder Unterschiede?
 - die Erfolgsfaktoren für den *Aufbau* einer Allianz/Partnerschaft/eines Netzwerks?
 - die Erfolgsfaktoren für die *Arbeit in/die Nutzung von* sowie die *Koordination* einer Allianz/Partnerschaft/eines Netzwerks?
- Wie weit wurde das existierende *Erfahrungswissen* zu den oben genannten Formen (intersektoraler) Kooperation oder Koordination berücksichtigt (z. B. existierende Leitlinien für «Public Private Partnerships» von anderen Organisationen im In- und Ausland, die für Ge-

²⁷ Kohout (2002), S. 40

sundheit oder andere relevante Gesellschaftsbereiche zuständig sind)?

- Wie ist die Balance von relevanten wissenschaftlichen Erkenntnissen und relevantem Erfahrungswissen? Welche Wissenslücken gibt es?
- Wieweit können/müssen die Wissenslücken geschlossen werden? Wie erfolgt das effizient?

Werte

- Wieweit entsprechen die betrachteten Formen/Ansätze der Organisation von (intersektoraler) Kooperation und Koordination – wie «Allianz», «Partnerschaft», «Netzwerk», «Forum» usw. – den Werten und Prinzipien von Gesundheitsförderung und Public Health? (Frage nach der Passung – englisch «fit» – zwischen Form/Ansatz und Werten/Prinzipien.)

Für interorganisationale Netzwerke (ION) besteht eine gute Passung mit den Werten/Prinzipien von Gesundheitsförderung/Public Health²⁸; weniger klar ist die Lage für Formen (intersektoraler) Kooperation wie «Allianzen».

Kontext

- Welche Formen der Organisation von (intersektoraler) Kooperation oder Koordination gibt es bereits im relevanten Umfeld? Welche Begriffe/Labels sind schon (negativ/positiv) besetzt?
- Wie ist das Meinungsspektrum zu (intersektoraler) Kooperation oder Koordination in der Gesundheitsförderung/Public Health unter relevanten Stakeholdern/Anspruchsgruppen?

7.4 Best Practice in der Strategieentwicklung

Bei der Strategieentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention heisst Best Practice, dass alle drei Dimensionen (Werte, Wissen, Kontext) in allen Phasen gemeinsam mit den wichtigsten Anspruchsgruppen (Schlüsselakteure, insbesondere auch Mitarbeitende, von der Umsetzung Betroffene, Berufsleute sowie die Zielgruppen) reflektiert und angemessen berücksichtigt werden. Dabei auftre-

tende Interessenkonflikte und Abwägungen sind transparent zu machen und entsprechende Entscheidung zu begründen (wenn z. B. Kontextfaktoren in einem Entscheid höher gewertet werden als Evidenz).

Werte

- Die wichtigsten Anspruchsgruppen klären ihre (institutionelle) Rolle in der Gesellschaft (profitorientierte und/oder ethische Orientierung) und begründen diese transparent. Sie überprüfen ihre Grundwerte und Prinzipien (in Vision, Mission, Leitbild usw.) und setzen diese im Hinblick auf die Identifikation von Konflikten mit den Grundwerten und Prinzipien von Gesundheitsförderung/Public Health in Beziehung.
- Sie nehmen Stellung zu den Grundwerten und Prinzipien von Gesundheitsförderung/Public Health (insbesondere zu Chancengleichheit, Empowerment und Partizipation), einigen sich wenn möglich auf gemeinsame Leitwerte für die Strategieentwicklung und halten diese in entsprechenden schriftlichen Vereinbarungen fest.
- Mit diesem Vorgehen wird dem Prinzip der Partizipation selbst Rechnung getragen; die wichtigsten Anspruchsgruppen werden von Beginn weg in den Strategieentwicklungsprozess miteinbezogen.

Wissen

- Alle Entscheide in den einzelnen Phasen der Strategieentwicklung (Grundsatzentscheid, Auftragsformulierung, Auswahl einer Strategievariante usw.) stützen sich sowohl auf vorhandene wissenschaftliche Evidenz als auch auf relevantes Experten- und Erfahrungswissen ab und werden entsprechend dokumentiert. Dabei kommen Reflexionen des «State of the Art» sowie allgemein erprobte und bewährte Methoden wie die SWOT-Analyse²⁹ und Lücken-Analyse zum Einsatz.
- Strategievarianten werden gemäss dem gesicherten Wissen analysiert und bewertet. Konsequenzen bei Nicht-Handeln und potenzielle negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung werden analysiert.

²⁸ Broesskamp-Stone (2004), Assessing Networks for Health Promotion. Framework and Examples

²⁹ SWOT: strengths, weaknesses, opportunities, threats

Kontext

- Die Strategieentwicklung wird auf die übergeordneten Gesundheits-Policies abgestimmt.
- Es wird eine systematische Kontextanalyse über die relevanten Kontextebenen (international bis lokal) und entlang der wichtigsten Kontextfaktoren (soziale, politische, wirtschaftliche, finanzielle usw.) durchgeführt.
- Die Strategieentwicklung beachtet die kurz- und langfristigen institutionellen Ressourcen und das Potenzial der betroffenen Institution.

7.5 Best Practice bei der Planung und Umsetzung von Projekten und Programmen

Bei der Planung und Umsetzung von Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Tiefe der Berücksichtigung der Best-Practice-Dimensionen vom Projektumfang abhängig. Weitreichende Projekte und Programme sollten einem hohen Anspruch genügen, bei kleineren Projekten gilt die Überlegung, welche bescheideneren Schritte in den drei Dimensionen bereits eine Qualitätsverbesserung bringen würden.

Werte

- Es findet eine Diskussion unter den wichtigsten Projektbeteiligten (Träger, finanzgebende Stellen, Projektteam) über die sie leitenden Werte statt.
- Die Werte und Prinzipien von Public Health/ Gesundheitsförderung werden explizit diskutiert und gemeinsame Leitwerte bzw. Prinzipien werden definiert, die dann in der Projektkonzeption und Evaluation explizit verfolgt werden.
- Sich widersprechende Ansichten über Werte und Prinzipien werden ausdiskutiert.

Wissen

- Es ist üblich, dass in Projektbegründungen epidemiologische Daten zur Krankheitsprävalenz (z. B. Diabetesraten) oder zum Ausmass von gesundheitsschädigendem Verhalten (z. B. Alkoholmissbrauch) angegeben werden. Leider fehlen aber meist Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Interventionen oder über Wirkungszusammenhänge sowohl von Gesundheitsproblemen als auch von

Lösungsansätzen. Hier setzt das Best-Practice-Konzept an, indem es den Blick für andere Wissenstypen und Wissensquellen öffnet.

- Erkenntnisse aus systematischen Reviews zur Effektivität von Interventionen, Ergebnisse guter Evaluationen vergleichbarer Projekte und Ansätze sowie systematisch eingeholtes Experten- und Erfahrungswissen können die Wissensbasis und damit auch die Legitimation der Intervention/des Projekts stärken.
- Neben diesem gesundheitsspezifischen Wissen sollen bei Projektplanungen insbesondere auch die aufgearbeiteten Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem Projektmanagement und der Qualitätsentwicklung (vgl. www.quint-essenz.ch) genutzt werden.

Kontext

- Bei Projekt- und Programmkonzeptionen soll eine Umfeldanalyse nach wichtigen Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Implementierung fragen.
- Der Einfluss dieser Faktoren kann beispielsweise in einem Wirkungsmodell festgehalten werden (vgl. Ergebnismodell Gesundheitsförderung Schweiz).
- Bei der Übertragung von Ideen in eine neue Umgebung sind die Kontextfaktoren beider Standorte zu analysieren und zu vergleichen; in der Regel führen unterschiedliche Kontextfaktoren zu kleineren oder grösseren Anpassungen in der Projektkonzeption.

Das Qualitätssystem für Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention deckt bereits heute die wesentlichen Aspekte der drei Best-Practice-Dimensionen ab. Mit der wiederholten systematischen Reflexion der eigenen Projekte anhand der Qualitätskriterien von quint-essenz ist ein Grossteil der Best-Practice-Aspekte mitberücksichtigt. Bei der Weiterentwicklung des Qualitätssystems quint-essenz, seiner Kriterien und Instrumente, werden die Best-Practice-Kriterien künftig noch konsequenter integriert.

7.6 Best Practice bei der Beurteilung von Finanzierungsgesuchen für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention

Das Best-Practice-Konzept in diesem Bereich umzusetzen heisst, dass Stiftungen oder andere geldgebende Stellen die Best-Practice-Kriterien zur Beurteilung von Unterstützungsgesuchen hinzuziehen.

Werte

- Die Einschluss-, Ausschluss- und Qualitätskriterien schliessen die Grundwerte und Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention mit ein.
- Das Beurteilungsverfahren ist transparent, mehrstufig und derart angelegt, dass die Unabhängigkeit von Erst- und Zweit- bzw. Drittmeinung gewährleistet ist.

Wissen

- In der Beurteilung von Gesuchen wird darauf geachtet, inwiefern Bedarf und Bedürfnisse für das betreffende Projekt nachvollziehbar begründet sind; der aktuelle Wissensbestand (Evidenz, Experten- und Erfahrungswissen) soll angemessen recherchiert und das Projekt darauf aufgebaut sein.
- Das Verfahren zur Beurteilung von Gesuchen entspricht selber dem «State of the Art» für Beurteilungsprozesse und wird mit dafür qualifiziertem Personal durchgeführt.

Kontext

- In der Beurteilung eines Gesuches wird geprüft, inwiefern die verschiedenen relevanten Kontextebenen (national, regional, lokal usw.) und Faktoren (soziale, politische, finanzielle usw.) berücksichtigt worden sind.
- Bei Gesuchen, die die Übernahme von Interventionsansätzen/Projekten/Modulen von Dritten beinhalten, wird überprüft, inwiefern sie mit dem gegebenen Kontext kompatibel sind bzw. inwiefern eine entsprechende Analyse gemacht worden ist.
- Komplexität und Aufwand des Verfahrens sowie Umfang und Detaillierungsgrad des Gesuchsformulars und der Erläuterungen sind sowohl für Beitraggeber als auch für Beitragsempfänger verhältnismässig.

7.7 Best Practice bei der Evaluation

Viele Evaluationen in der Gesundheitsförderung und Prävention tragen aus unterschiedlichen Gründen den drei Dimensionen von Best Practice nur ungenügend Rechnung. Folgende Ansatzpunkte können weiterhelfen:

Werte

- Evaluationen müssen Werte, insbesondere die Grundwerte und Prinzipien der Gesundheitsförderung, als transversale Evaluationskriterien mitberücksichtigen.
- Im Rahmen des Evaluationskonzepts soll standardmässig geklärt werden, wie mit der Wertedimension umgegangen wird und welche Werte Eingang in die Evaluationsfragestellungen finden.
- In Evaluationen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sollten Auswirkungen auf gesundheitsbezogene Chancengleichheit explizit berücksichtigt werden.
- Idealerweise werden Evaluationen partizipativ geplant und durchgeführt, also unter Mitwirkung der wichtigsten Anspruchsgruppen. Dieser Einbezug dient gleichzeitig der Stärkung der Reflexions- und Evaluationskompetenzen der Beteiligten (Empowerment).

Wissen

- Evaluationen, insbesondere Fremdevaluationen müssen stärker als üblich empirisches und theoretisches Wissen berücksichtigen und ihre Beurteilung auf dieses beziehen. (Leider sind Erfahrungs- und Expertenwissen oft die einzigen Wissensquellen, die berücksichtigt werden.)
- Wirkungsmodelle helfen dabei, einen Überblick über die Komplexität des Untersuchungsfeldes zu gewinnen, Wissensbestände zu strukturieren, Wissenslücken zu identifizieren und sowohl die Interventionsplanung als auch die Evaluation an dieser Wissensbasis auszurichten (vgl. Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz).
- In Evaluationen der Gesundheitsförderung und Prävention ist der Komplexität des Untersuchungsfeldes angemessen Rechnung zu tragen. Randomisierte Kontrollstudien sind zur Evaluation von settingorientierten Interventionen in

vielen Fällen nicht geeignet. Das Potenzial und die Kombination von unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen Forschungsmethoden sind zu prüfen, um die Evaluationsfragestellungen adäquat untersuchen zu können.

- Der Aufarbeitung, Verbreitung und Valorisierung von Evaluationsergebnissen muss grössere Aufmerksamkeit geschenkt werden, um die Verfügbarkeit dieses Wissensschatzes zu erhöhen.

Kontext

- Zu einer guten Evaluation gehört eine Umfeldanalyse, die es ermöglicht, kontextspezifische Erfolgsfaktoren und Hindernisse zu identifizieren.
- Bei der Interpretation der Evaluationsergebnisse muss deutlich werden, welche Kontextfaktoren die Ergebnisse massgeblich beeinflusst haben; Empfehlungen sind entsprechend kontextsensibel zu formulieren.
- Der Einbezug der wichtigsten Akteure in die Evaluation ist wichtig, um kontextspezifisches Wissen für die Konzeption der Evaluation und für die Interpretation der Ergebnisse nutzbar zu machen.
- Ergebnisse von Evaluationen in komplexen sozialen Systemen sind immer kontextspezifisch. Bei der Übertragung von Evaluationsergebnissen auf andere Kontexte oder bei Verallgemeinerungen von Evaluationsergebnissen ist Vorsicht geboten!

8 Praxisbeispiele

In diesem Kapitel wird nun anhand ausgewählter Beispiele illustriert, was die Umsetzung von Best Practice bedeutet. Die Auswahl der Beispiele erfolgte mit den drei Best-Practice-Dimensionen «im Kopfe». Es geht aber nicht darum, die angeführten Beispiele als «die optimalen Interventionen oder Prozesse» zu positionieren. Vielmehr geht es darum, wichtige Elemente und Schritte hin zu Best Practice gemäss Konzept aufzuzeigen und zu illustrieren, dass der hohe Anspruch von Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention erreichbar ist. Die Beispiele enthalten sowohl Elemente, in denen die Kriterien recht gut umgesetzt sind, als auch solche, bei denen sich Grenzen und Optimierungsbedarf zeigen.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig zu erwähnen, dass die ausgewählten Beispiele erst im Nachhinein mit dem Best-Practice-Konzept in Verbindung gebracht wurden. Eine systematische Berücksichtigung der Best-Practice-Dimensionen und -Kriterien konnte während der Planung oder Durchführung der beschriebenen Aktivitäten nicht erfolgen, da das Konzept damals noch nicht nach aussen kommuniziert war und die Kriterien noch gar nicht existierten. Umso schöner ist es, dass ein wesentlicher Teil des Inhaltes des Konzepts dennoch Berücksichtigung fand, wie der nachträgliche «Best-Practice-Check» hier ergeben hat.

8.1 Entwicklung des Rahmenkonzepts «Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Zug», 2003, Schweiz

Hintergrund und Überblick

Der Gesundheitsdirektor des Kantons Zug beauftragte das Gesundheitsamt im Rahmen der regierungsrätlichen Gesamtpolitik 2000–2010 mit der Verfassung des obigen Konzepts. Die Darstellung des Praxisbeispiels fokussiert auf die Policy-Entwicklung, nicht auf deren Ergebnisse. Die Erstellung des Rahmenkonzepts wurde vom Beauftragten für Gesundheitsförderung zusammen mit seiner Assistentin von den Recherchen bis hin zum Vertrieb

koordiniert. Der Amtsleiter als direkter Vorgesetzter gab regelmässig Feedbacks zum Prozess und zu den Konzeptversionen. Der politische Auftraggeber begleitete den Prozess punktuell.

Mit den wichtigsten Anspruchsgruppen wurden zuerst die Werte gemeinsam diskutiert. Das Wissen wurde aufgrund der leicht zugänglichen wissenschaftlichen Erkenntnisse und des praktischen Know-hows hauptsächlich im internen Projektteam aufgearbeitet, während der Kontext zeitlich parallel zusammen mit den Hauptanspruchsgruppen bearbeitet wurde. Das Projektteam orientierte sich unter anderem an der «Agenda 21» der WHO. Als Hauptanspruchsgruppen wurden die Fachleute bzw. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die Expertinnen und Experten, die Politiker/innen sowie die Bevölkerung identifiziert. Die Bevölkerung wurde nicht explizit einbezogen. Sie wurde durch die breit abgestützte Begleitgruppe vertreten, die aus in der Praxis stehenden Fachleuten zusammengesetzt war. Für die Konzeptentwicklung ist der Multiplikatoren-Ansatz zentral, das heisst der Einsatz der Begleitgruppenmitglieder als Schlüsselpersonen in der Vermittlung und Auseinandersetzung mit dem Rahmenkonzept. Der gesamte Entwicklungsprozess wurde von der Begleitgruppe in regelmässigen, protokollierten Sitzungen intensiv begleitet. Die 18-köpfige Begleitgruppe wurde aufgrund einer Umfrage unter rund 200 Stakeholdern des Kantons Zug zusammengestellt. Von der umfassenden, gesundheitsbezogenen Umfrage wurden hauptsächlich Fachleute, Praktiker der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch ausgewählte Wirtschaftsvertreter und die politischen Parteien erfasst. Parallel fand ein Experten-Austausch statt mit den Gesundheitsförderungsbeauftragten der Kantone Aargau und Zürich, die denselben Auftrag erhalten hatten.

Analyse des Entwicklungsprozesses entlang der drei Best-Practice-Dimensionen

Werte: Mit der Begleitgruppe wurden intensive Diskussionen zur **Werte**-Dimension geführt, die für die Konzeptentwicklung grundlegend waren. So wurden

unter anderem Hilfe zur Selbsthilfe, Partizipation und Chancengleichheit sowie der salutogenetische Ansatz nach erfolgter Sensibilisierung als gemeinsame Grundwerte bzw. Grundprinzipien definiert. Art, Form und Dauer der Partizipationsmöglichkeiten wurden mit den Gruppenmitgliedern geklärt. Als weitere Leitwerte wurden ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit als Prozess und der Ausrichtung auf die Gesundheitsdeterminanten erarbeitet. Schriftliche Vereinbarungen wurden auf dieser Stufe als nicht erforderlich betrachtet, der betreffende Konsens aber in den Sitzungsprotokollen festgehalten. Ausserdem einigte man sich bezüglich der Positionierung von Gesundheitsförderung und Prävention im Feld der Öffentlichen Gesundheit (Public Health). Daraus resultierten aussagekräftige Leitsätze. In der Begleitgruppe waren ausschliesslich Non-Profit-Organisationen vertreten, und diese hatten keine grundsätzlichen Differenzen bezüglich der Grundwerte.

Besondere Stärken: Die wichtigsten Werte und Prinzipien der Gesundheitsförderung, einschliesslich der Ottawa-Charta, sind eingehend diskutiert und im kantonalen Rahmenkonzept berücksichtigt worden. Die Multiplikation des Konzepts im Praxisfeld ist durch die Begleitgruppe sichergestellt worden. Die meisten in ihr vertretenen Organisationen engagieren sich bei der Umsetzung der Schwerpunktprogramme in Gemeinden, Schulen und Betrieben.

Verbesserungspotenzial: Ein konsequent partizipatives Vorgehen auf allen Stufen und Ebenen ist ein wichtiger Erfolgsfaktor. Eine Genehmigung des Konzepts durch den Gesamt-Regierungsrat erfolgte nicht, hätte aber rückblickend zu einer verbesserten politischen Rückendeckung beigetragen. Der Einbezug von Vertretern der Wirtschaft und der grossen politischen Parteien in der Begleitgruppe hätte zwar den Prozess verlängert, doch die politische und inhaltliche Akzeptanz des Rahmenkonzepts gefördert. Ebenso hätte der Einbezug der Mitarbeitenden und die Berücksichtigung wichtiger Schnittstellen innerhalb der Gesundheitsdirektion, z.B. zum Kantonsarzt, die interne Akzeptanz und Umsetzung unterstützt.

Wissen: Die Grundlagen für die IST-Analyse und die konzeptionellen Entscheide lieferten die Daten der

nationalen Gesundheitsbefragung von 1997, Gesundheitsdaten der Zentralschweiz, die erwähnte kantonale Umfrage, die vom Projektteam recherchierten, zur Zeit der Erarbeitung zum Kanton Zug jedoch lückenhaften epidemiologischen Daten der deutschsprachigen Literatur sowie das breite Experten- und Erfahrungswissen der Begleitgruppe. Diesem wurde ein grosses Gewicht beigemessen, da betreffend Wirksamkeit von Massnahmen und Projekten in der verfügbaren Zeit kaum Evidenz gefunden werden konnte.

Als Schwerpunkte wurden die drei Hauptsettings Schule, Betrieb und Gemeinwesen definiert, womit bewusst keine Themen oder Zielgruppen ausgeschlossen werden mussten und das Rahmenkonzept möglichst offen gehalten werden konnte. Wegweisend waren aktuelle Themen wie Körpergewicht und Gesundheit in den Betrieben sowie die Ausrichtung von Gesundheitsförderung Schweiz mit ihren damaligen Schwerpunktprogrammen. Die sehr gut wissenschaftlich abgestützten Effekte des Modells mit präventiven Hausbesuchen bei älteren Menschen (Eiger-Studie) gaben den Anlass, dieses Modell auch im Kanton Zug auf Gemeindeebene umzusetzen.

Besondere Stärken: Die zu dieser Zeit national und regional vorhandenen epidemiologischen Daten sind an erster Stelle genutzt und durch eine breite kantonale Umfrage sowie relevantes Experten- und Erfahrungswissen ergänzt worden. Wissenslücken wurden identifiziert, in Fachgremien platziert und für zukünftige kantonale Konzept- und Strategieentwicklungen geschlossen (Auftrag an das Bundesamt für Statistik bezüglich repräsentativem kantonalem Datensatz im Rahmen der SGB 2002). Die Möglichkeiten zur interkantonalen Zusammenarbeit bzw. zum Austausch wurden genutzt.

Verbesserungspotenzial: Auf Stufe Rahmenkonzept ist eine möglichst offene Ausrichtung vertretbar und vermeidet Interessenkonflikte, die dann auf Stufe Strategie- und Programmentwicklung jedoch unausweichlich werden. Die verschiedenen Evidenzquellen ausserhalb des Kantons und auch in Fremdsprachen sind aufzuarbeiten. Das Projektteam selber schliesst nicht aus, dass die Wahl der Schwerpunktprogramme bei deren Kenntnis und Vorliegen von kantonalen Verlaufsdaten anders ausgefallen wäre. Die IST-Analyse umfasst zwecks

tragfähiger, längerfristiger Ausrichtung in der erweiterten Form einer SWOT-Analyse auch Umfeld und Organisation.

Kontext: Das Projektteam stimmte das Konzept auf die in der Schweiz adaptierte «Agenda 21» der WHO Region Europa ab und liess deren 21 Ziele im Rahmen der Umfrage priorisieren. Auf kantonaler Ebene wurden wichtige **Kontextfaktoren** analysiert bzw. berücksichtigt. Das Konzept wurde in die regierungsrätliche Gesamtpolitik 2000–2010 eingebettet und auf das kantonale Gesundheitsgesetz abgestimmt. Auf der Ebene der Akteure wurde ein kantonales Mapping erstellt und die Hauptpartner wurden identifiziert. Mit den Kantonen Aargau und Zürich wurde über die Kantonsgrenzen hinaus ein fruchtbarer Austausch gepflegt.

Bezüglich Organisation und Ressourcen wurden insbesondere Aufgaben und Rollen der staatlichen Organe geklärt, die Strukturen den neuen Schwerpunktprogrammen angepasst, ein Grobzeitplan für die ersten drei Jahre entworfen und die notwendigen personellen Ressourcen beziffert. Schliesslich wurden die Öffentlichkeitsarbeit und kantonale und nationale Vernetzung sowie die Qualitätsentwicklung und Evaluation unter Verweis auf bestehende Instrumente (www.quint-essenz.ch) definiert.

Besondere Stärken: Die rechtlichen und politischen Grundlagen sind berücksichtigt sowie massgebende internationale Quellen (WHO) genutzt worden. Die ungenügenden personellen Ressourcen werden entlastet durch langfristige Leistungsverträge mit bewährten Partnerorganisationen. Den unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnissen der Zielgruppen wurde durch eine von Fachwortschatz weitgehend freie Kurzversion des Rahmenkonzepts sowie einer Langversion für Fachleute Rechnung getragen.

Verbesserungspotenzial: Der politische Wille ist vorhanden. Im institutionellen Kontext ist jedoch zu beachten, dass die zu knapp bemessenen Ressourcen der vorgesehenen Umsetzung der definierten Schwerpunktprogramme angepasst werden. Neben den politischen und gesetzlichen spielen auch die sozialen und kulturellen Kontextfaktoren eine wichtige Rolle.

Zusammenfassende Bewertung

Alle drei Best-Practice-Dimensionen sind in der Konzeptentwicklung eingehend berücksichtigt und etwa gleichgewichtig abgedeckt worden. Das Rahmenkonzept basiert auf einem soliden Fundament gemeinsamer Werte und Prinzipien. Dank internationaler Orientierung, nationalen und regionalen Gesundheitsdaten und breit aktiviertem Experten- und Erfahrungswissen gelang es trotz Mangel an kantonspezifischen Evidenzquellen drei Schwerpunktprogramme mit längerfristiger Gültigkeit zu definieren und in den internationalen und kantonalen Kontext einzubetten.

Für die Kurzversion des Rahmenkonzepts siehe: www.zug.ch/gesundheitsamt.

8.2 Best Practice anhand des Streitschlichterprojekts «Peace Kids» in Schmittlen

Hintergrund und Überblick

In der Primarschule der Gemeinde Schmittlen (FR) arbeiten die Lehrpersonen seit Jahren systematisch und mit salutogenetischem Hintergrund an der Verbesserung des Schulklimas. Nachdem in einem etwa vierjährigen Prozess mit den Lehrpersonen bereits klare Strukturen wie z. B. Pausenplatzregelungen erarbeitet und umgesetzt worden waren, machte man sich gemeinsam auch daran, neue Wege zu finden, wie Schüler und Schülerinnen Konflikte untereinander friedlich austragen können. Nach intensiven Abklärungen und Vorarbeiten wurde die Einführung eines Streitschlichterprogramms an den Schulen beschlossen.

Im Zusammenhang mit diesen Bemühungen trat die Schule Schmittlen dem Schweizerischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen bei und ermöglichte einer der Lehrpersonen eine Spezialisierung im Rahmen eines Nachdiplomkurses Projektmanagement in der Gesundheitsförderung. Diese Fachperson wurde denn auch mit der Einführung und Betreuung des Streitschlichterprogramms «Peace Kids» (vormals «Peace Force») betraut.

Analyse des Entwicklungsprozesses entlang der drei Best-Practice-Dimensionen

Werte: Die Werte und Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention sind als solche in der Praxis nicht immer einfach zu vermitteln. Obwohl nicht explizit, werden viele entsprechende Elemente im Projekt wie selbstverständlich mitgetragen. Im Zentrum des Streitschlichterprogramms steht beispielsweise das Wohlbefinden aller Schüler und Schülerinnen. Alle Kinder sollen sich in der Schule Schmittchen wohlfühlen und mit ihren Bedürfnissen ernst genommen und akzeptiert werden. Damit stand das Projekt von Beginn weg implizit unter dem Prinzip der Chancengleichheit. Auch Partizipation und Empowerment sind konzeptuelle Grundpfeiler des Projekts und der Anstrengungen der Schule. Diese konzeptuellen Grundlagen wurden – wenn auch in anderen Begrifflichkeiten – im Lehrerkollegium eingehend diskutiert und es wurden Strategien angepasst und entwickelt, welche diesen Rechnung tragen.

Besondere Stärken: Wichtige Werte und Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention wurden im Lehrerkollegium diskutiert und bilden noch heute die Basis für das nun seit Jahren erfolgreich umgesetzte Projekt. So ist das Projekt zum Beispiel konsequent auf die Förderung der sozialen und personalen Ressourcen der Kinder ausgerichtet. Von Beginn weg war die Schulpräsidentin als Gemeinderatsmitglied in diesen Diskussionen und Prozessen integriert und stellte die Verbindung zum Gesamtgemeinderat sicher.

Verbesserungspotenzial: Die Diskussion um die leitenden Werte und Prinzipien des Projekts wurde in erster Linie im Lehrerkollegium geführt und entsprechender Konsens in diesem Kreis gefunden. Andere Anspruchsgruppen, wie z. B. die Eltern, die Schülerinnen und Schüler, wurden erst in einer späteren Phase über das Projekt informiert und nicht explizit in die Planung, so auch nicht in die Wertediskussion miteinbezogen. Ein frühzeitiger Einbezug aller Anspruchsgruppen kann allfällige Wertkonflikte transparent machen, sodass sie vorbeugend diskutiert werden können, um eine Einigung auf gemeinsame Grundwerte zu erreichen. Im vorliegenden Projektbeispiel werden die Grundwerte offensichtlich von allen Anspruchsgruppen

mitgetragen, Wertekonflikte sind auch nachträglich keine aufgetreten.

Wissen: Der grösste Bedarf in Bezug auf die Best-Practice-Dimensionen lässt sich in diesem Projekt auf der Wissensebene ausmachen. Gleichzeitig zeigen sich hier aber auch die Hindernisse, vor denen Praktiker/innen stehen, wenn es darum geht, aktuelles Wissen zu einem bestimmten Thema in einer übersichtlichen und verständlichen Form zu finden. Es fehlen in der Regel – wie auch im vorliegenden Themenbereich – Zugänge zu gebündeltem wissenschaftlichem Wissen. Es gibt auch kaum Institutionen, die sich der Aufgabe widmen, zu den vielfältigen Themen der Gesundheitsförderung und Prävention das vorhandene wissenschaftliche Wissen (die Evidenz) zu sammeln, sorgfältig zu beurteilen und zielgruppengerecht aufzuarbeiten, sodass unter anderem Praktikerinnen davon wirklich profitieren können.

Dieser Umstand hat auch im vorliegenden Projekt dazu geführt, dass fast ausschliesslich Erfahrungswissen aus ähnlichen Projekten (z. B. Peacemaker) und Themenbereichen (Streitschlichter, Verhaltenstraining usw.) die Wissensbasis bildet. Zugänglich ist dieses Erfahrungswissen hauptsächlich über praxisorientierte Artikel in einschlägigen Zeitschriften, über in der Regel nicht wissenschaftliche Sachbücher sowie über Internet. Aus Gründen der einfachen Zugänglichkeit wurde in erster Linie deutschsprachige Literatur berücksichtigt. Empirische Studien aus dem In- oder Ausland konnten keine gefunden werden, was nicht heisst, dass es diese nicht gibt, sondern eher, dass der Zugang zu diesen Erfahrungen sehr hochschwierig ist. Eine weitere wichtige Quelle des Erfahrungswissens ist die persönliche Erfahrung der beteiligten Lehrpersonen in der Streitschlichtung – im Schulalltag ein immerwährendes Thema.

Das Best-Practice-Konzept geht nun über die Berücksichtigung von Wissen bei der Planung einer Intervention hinaus. Ebenso wichtig ist es, vorhandene Wissenslücken zu erkennen und diese bei Bedarf zu füllen. Im Rahmen des Projekts «Peace Kids» (vormals «Peace Force») konnte ein wichtiger Beitrag dazu geleistet werden – das Projekt wurde gemeinsam mit der Suchtpräventionsstelle Freiburg

evaluiert und ist auf der Website von Peace Force Schweiz als eine von wenigen Fremdevaluationen verfügbar³⁰. Zudem liegt ein ausführlicher Projektbericht vor, der das Projekt und die Erfahrungen damit (unter Einbezug der Ergebnisse der Fremdevaluation) beschreibt³¹.

Besondere Stärken: Als Stärke im Umgang mit der Wissensdimension kann einerseits die breite Berücksichtigung von schriftlich zugänglichem Erfahrungswissen gewertet werden, zudem aber insbesondere der Entscheid, das Projekt extern evaluieren zu lassen und diese Ergebnisse breit zur Verfügung zu stellen. Damit wird ein guter Beitrag zur Evidenzbasierung in diesem noch neuen Feld geleistet.

Verbesserungspotenzial: Hauptsächliches Verbesserungspotenzial ist bei der Berücksichtigung wissenschaftlichen Wissens gegeben, wie oben bereits ausführlich erläutert wurde.

Ein Ausspruch der Projektleiterin fasst sehr schön den Umgang mit der Wissensdimension zusammen: «Es funktioniert, aber wir wissen nicht genau wieso!»

Kontext: Die Kontext-Dimension soll hier unter dem Aspekt der Übertragung des Projekts in andere Gemeinden beleuchtet werden. Was bedeutet Best Practice in einem solchen Prozess? Für die Projektleiterin, welche den Transfer in andere Gemeinden begleitet, ist die kontextspezifische Adaption des Projekts eine Selbstverständlichkeit. Es wird ein Prozess der Anpassung initiiert, welcher wie folgt abläuft: Zuerst werden Fakten zur neuen Umgebung gesammelt, so unter anderem zur Gemeindegrösse, zur Anzahl Klassen und Schüler/innen usw. In einem weiteren Schritt werden subjektive Einschätzungen z.B. zum Schulklima und zur politischen Situation eingeholt und mit eigenen subjektiven Eindrücken, die in Schulbesuchen und weiteren Beobachtungen gewonnen werden, ergänzt. Die Fakten und Einschätzungen werden dann dem Kontext der Ursprungsgemeinde gegenübergestellt und Gemein-

samkeiten und Unterschiede herausgearbeitet. Auf dieser Basis wird ein adaptiertes Umsetzungskonzept entwickelt und mit den Lehrpersonen der neuen Schule besprochen. Der Anpassung sind aber auch Grenzen gesetzt – die Grundlinien des Projekts sollen unverändert erhalten bleiben (Streitschichten durch Schüler/innen), die konkrete Umsetzung kann dann aber kontextspezifisch sehr unterschiedlich sein.

Besondere Stärken: Vor der Übertragung des Projekts in eine neue Gemeinde erfolgt eine sorgfältige Kontextanalyse, welche sowohl harte Fakten als auch «weichere» Elemente berücksichtigt.

Verbesserungspotenzial: Da wissenschaftliche Erkenntnisse aus anderen Projekten weitgehend fehlen, ist auch die Übertragung derselben auf den eigenen Kontext nicht einlösbar. Dazu kommt, dass aufgrund des begrenzten Projektumfangs nicht alle Kontext-Dimensionen systematisch berücksichtigt worden sind – möglicherweise könnte der eine oder andere der im Konzept aufgezeigten Faktoren noch mitberücksichtigt werden.

Zusammenfassende Bewertung

Die drei Best-Practice-Dimensionen sind im vorliegenden Projekt recht unterschiedlich berücksichtigt worden. Das Projekt zeigt sehr interessante und vorbildliche Ansätze im Bereich der Kontext-Dimension gemäss dem Grundsatz, dass Best-Practice-Interventionen keine objektive, «unveränderbare» Grösse sind, sondern kontextsensible und wissenschaftsbasierte Anpassungen beinhalten können.

Die Darstellung hat weiter gezeigt, dass eine grosse Distanz zwischen Wissenschaft und Praxis auch in diesem Projekt besteht: schlechte Zugänge zu und der Mangel an gut aufbereitetem wissenschaftlichem Wissen erschweren eine solide Wissensgrundlage, welche Erfahrungswissen mit wissenschaftlichem Wissen zusammenbringen könnte. Einen Schritt in Richtung Lückenschliessung haben die Projektträger initiiert, indem sie das Projekt

³⁰ Zimmermann, David: Peace-Force an der Primarschule Schmitten. Evaluationsbericht der Suchtpräventionsstelle Freiburg. Januar–April 2004, (www.peaceforce.ch unter Schriften/Evaluationen)

³¹ Zühlke, Sabine: «Peace-Force» an der Schule Schmitten. Einführung von Streitschlichtern und Streitschlichterinnen in der 2.–6. Klasse. Mai 2004 (unveröffentlichte Abschlussarbeit zum Erwerb des Zertifikats im Nachdiplomkurs Projektmanagement in der Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz)

fremdevaluieren liessen. Die Wertedimension gilt als teilweise berücksichtigt. Wertediskussionen wurden zwar geführt, allerdings mit nur einer begrenzten Auswahl der Anspruchsgruppen. Das Beispiel zeigt weiter, dass es nicht bei jeder Wertediskussion in der Praxis um die Grundwerte von Public Health und Gesundheitsförderung geht – Letztere sollten aber im Sinne des Best-Practice-Konzepts eine zentrale Rolle für Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention einnehmen.

9 Anhang I

Der Best-Practice-Ansatz und Gesundheitsförderung Schweiz – zum Umgang mit der Wissensdimension (fachliches Wissensmanagement)

Gesundheitsförderung Schweiz stärkt und verbessert laufend ihr fachliches Wissensmanagement intern wie auch nach aussen. Sie arbeitet in wichtigen Bereichen wissenschaftlich fundiertes, handlungsrelevantes Wissen sowie weiteres Fachwissen zielgruppenspezifisch auf und/oder macht es in Form von Argumentarien, Factsheets und Grundlagenberichten verfügbar. Updates sollen regelmässig bzw. in angemessenen Zeitabständen stattfinden. Evaluationsergebnisse und wichtige Erfahrungen aus umgesetzten Massnahmen werden systematisch analysiert, explizit gemacht und für Stakeholder nutzbar gemacht. Für die Stiftung als Teil des Gesundheitssystems ist es besonders wichtig, dass ihre eigenen Aktivitäten und die von ihr geförderten Projekte und Massnahmen so weit wie möglich auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse ausgewählt, kombiniert, geplant und umgesetzt werden.

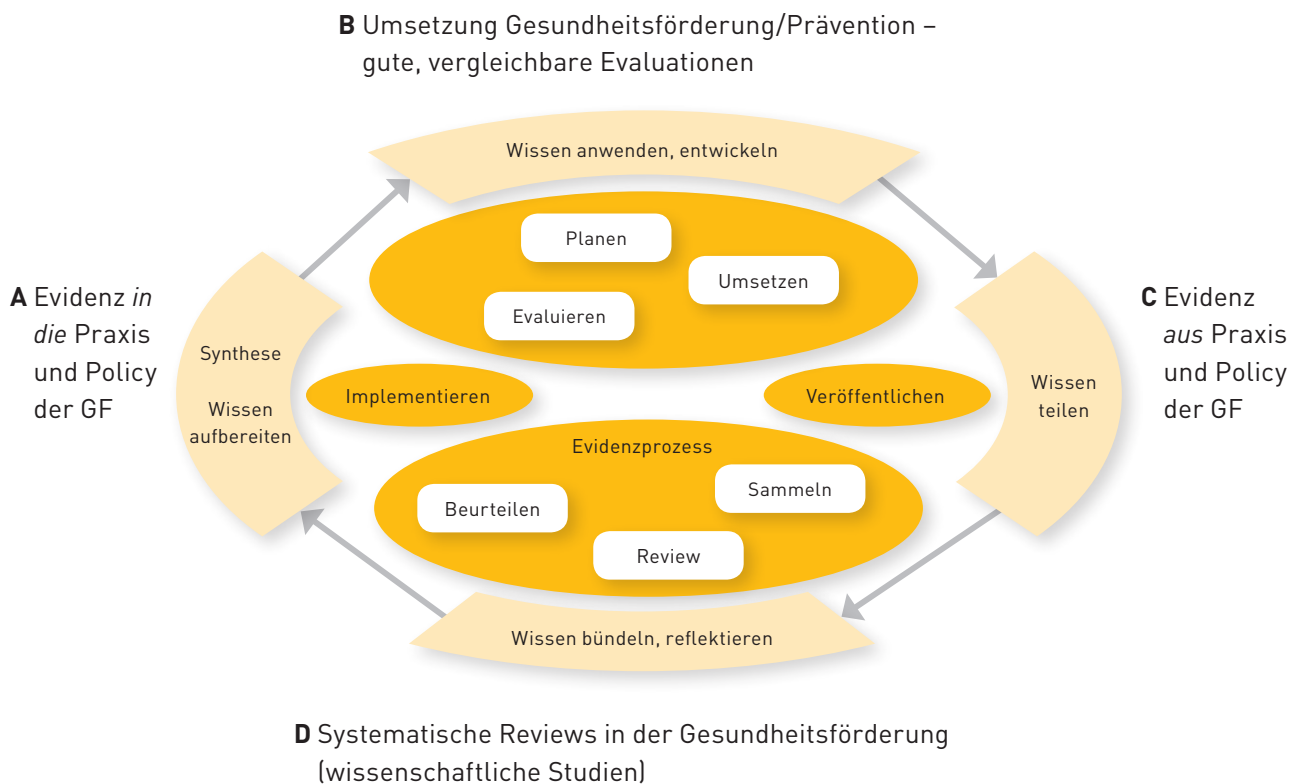
Das Best-Practice-Rahmenkonzept umsetzen heisst für die Stiftung als nationale Organisation für Gesundheitsförderung, noch mehr als bisher die Evidenzbasis der Gesundheitsförderung systematisch zu nutzen und zu stärken. Auf der Ebene der Stiftung gilt dies für die Organisation als Ganzes, die Gesundheitsförderungsprogramme sowie die Gesamtheit der geförderten Gesundheitsförderungsmassnahmen und -projekte. Dabei reiht sich die Stiftung international in eine Anzahl anderer zumeist nationaler (Peer-)Organisationen für Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health ein. Grundsätzlich gilt: Die Stiftung baut so weit wie möglich auf *vorhandener* Evidenz und sonstigen wissenschaftlichen Erkenntnissen auf; sie identifiziert Wissenslücken und hilft, wo sinnvoll und nötig, diese zu schliessen.

Der Wissenszyklus für Gesundheitsförderung veranschaulicht die Wissensdimension von Best Practice und hilft, den Umgang der Stiftung mit Wissen sowie ihre Schwerpunktsetzungen zu verdeutlichen (vgl. Abb. 9).

A: Mit Blick auf wichtige Programme und Aktivitätsbereiche identifiziert und systematisiert die Stiftung jeweils vorhandene Evidenz und sonstige wissenschaftliche Grundlagen. Sie bewertet die Suchergebnisse kritisch und macht transparent, wo gesichertes Wissen vorliegt oder zugänglich ist und wo noch nicht. Sie bereitet die Erkenntnisse auf und nutzt sie gezielt (z.B. in der Planung von Programmen und sonstigen Aktivitäten der Gesundheitsförderung oder in der Erstellung von Argumentarien, Empfehlungen oder Checklisten für die Praxis). Die Stiftung fördert zudem die Nutzung von Evidenz und weiteren wissenschaftlichen Erkenntnissen durch andere Gesundheitsförderungsakteure (z.B. durch die Bereitstellung von State-of-the-Art-Berichten, Leitlinien, Argumentarien oder Factsheets). Mit Blick auf ihre neuen strategischen Bereiche klärt die Stiftung in diesem Zusammenhang auch vorliegende Konzepte und ihr Verständnis von «evidenzbasierter» oder «evidenzinformierter Politik».

In ihren prioritären Themenfeldern und Anliegen arbeitet die Stiftung darauf hin, dass wissenschaftliche Institutionen sowie (Peer-)Organisationen und Konsortien der Gesundheitsförderung im In- oder Ausland a) wichtige Wissens- bzw. Evidenzlücken in der Gesundheitsförderung auf ihre Agenda setzen und b) diese durch gezielte (Forschungs-)Aktivitäten umsetzungsorientiert schliessen. Sie pflegt und nutzt dazu ihre Kontakte und Vernetzungen im In- und Ausland und betreibt entsprechendes Advocacy (unter Beachtung des Prinzips des «Gebens und Nehmens»).

B: Die Stiftung setzt sich ein für gute (wo möglich auch vergleichbare), wissenschaftliche Evaluationen auf verschiedenen Ebenen ihres Handelns für Gesundheitsförderung (von geförderten Gesundheitsförderungsprojekten bis hin zur Umsetzung ihrer langfristigen Strategie). Sie sorgt für die Zugänglichkeit und Nutzarmachung der Evaluationsergebnisse für sich selbst und andere Gesundheitsförderungsakteure und unterstützt entsprechende Lernprozesse (vgl. auch Evaluationskonzept der Stiftung). Auch unterstützt sie die Professionalisierung



- A. Identifizieren, systematisieren und bewerten, aufbereiten und nutzen von Wissen/Evidenz und anderen relevanten wissenschaftlichen Grundlagen
- B. Qualitativ hochwertige Planung und Umsetzung sowie sehr gute, wissenschaftliche (und wo möglich auch vergleichbare) Evaluation von Gesundheitsförderungsaktivitäten
- C. Generieren von Wissen/Evidenz und anderen wissenschaftlichen Grundlagen aus wissenschaftlich evaluierter Praxis und Policy-Arbeit der Gesundheitsförderung (durch Meta-Evaluationen und grenzüberschreitende Dissemination von Evaluationsergebnissen)
- D. Systematische Reviews von Ergebnissen eines Spektrums an wissenschaftlichen Studien (siehe unten: Evidenzquellen und -typen)

Abb. 9: Die Handlungsfelder der Stiftung entlang des Wissensmanagementzyklus (Broesskamp-Stone, aufbauend auf «Health Promotion Knowledge Cycle» von Saan/de Haes, 2005)

der Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, damit auch diese zur Stärkung der Evidenzbasis der Gesundheitsförderung durch gute Evaluationen vermehrt beitragen (Mitarbeit der Stiftung z. B. in ausgewählten Aus- und Fortbildungsprogrammen für Fachleute).

C: Durch Meta-Evaluationen der oben genannten Evaluationsergebnisse sowie durch deren gezielte Verbreitung trägt die Stiftung mittelfristig zur Verbesserung der wissenschaftlichen Grundlagen der Gesundheitsförderung bei. Dabei benötigt die Generierung von Evidenz aus der Praxis und Policy-Arbeit in der Gesundheitsförderung eine grössere Zahl *vergleichbarer* wissenschaftlicher Evaluationen und

Meta-Evaluationen von hoher Qualität sowie grenzüberschreitenden Austausch und Zusammenarbeit. Hier stimmt sich die Stiftung im Rahmen ihrer Möglichkeiten mit anderen Gesundheitsförderungsakteuren bzw. Peer-Organisationen im In- und Ausland ab, und sie trägt gezielt und zum gegenseitigen Nutzen zu internationalen Initiativen zur Stärkung der Evidenzbasis der Gesundheitsförderung bei (z. B. im Rahmen des globalen Programms zur Effektivität in der Gesundheitsförderung, GPHPE).

D: Die Stiftung unternimmt *keine* systematischen Reviews wissenschaftlicher Studien für Gesundheitsförderung oder ähnliche Arbeiten. Ihr gesetzlicher Auftrag schliesst zudem Forschungsarbeiten

aus. Die Stiftung benötigt aber gute und den Gesundheitsförderungsinterventionen angemessene (systematische) Reviews von wissenschaftlichen Erkenntnissen zu wesentlichen Fragestellungen. Deshalb tauscht sie sich regelmässig mit den führenden (Peer-)Organisationen, Netzwerken und wissenschaftlichen Einrichtungen im In- und Ausland aus, die in diesem Bereich aktiv sind. Und sie pflegt und nutzt die guten Arbeitsbeziehungen, um ggf. eigene Fragestellungen auf deren Agenda zu bringen.

Insgesamt gilt: Gesundheitsförderung Schweiz konzentriert sich auf die Abschnitte A, B und C des oben vorgestellten Wissenszyklus der Gesundheitsförderung. Die langjährigen Arbeiten und Erfahrungen in den Bereichen B (planen, umsetzen, evaluieren) und auch C (Wissen teilen) – mit den Instrumenten Ergebnismodell und quint-essenz – wurden und werden im Rahmen der Umsetzung der neuen langfristigen Strategie gezielt im Bereich A ergänzt: durch das vermehrte Identifizieren, Aufbereiten und zur Nutzung Bringen von wissenschaftlichen Grundlagen/Evidenz (z. B. durch State-of-the-Art-Berichte zu strategisch wichtigen Themen, Factsheets, Argumentarien und Handlungsleitlinien). In diesem Sinne trägt sie auch gezielt zur Aus- und Weiterbildung von Public-Health- und Gesundheitsförderungsprofessionellen in der Schweiz bei (z. B. durch Best-Practice-orientierte Beiträge zum neuen Schweizer MPH-Programm).

Der oben genannte Wissenszyklus gilt auch für *nichtwissenschaftliches* Wissen. Das Best-Practice-Rahmenkonzept der Stiftung gibt zwar der Nutzung von wissenschaftlichem Wissen Präferenz, schliesst aber die gezielte Nutzung von *nichtwissenschaftlichem* Wissen explizit mit ein. Experten- und Erfahrungswissen ist für die Stiftung in vielen Bereichen von grosser Bedeutung. Die wissenschaftlich fundierte Antwort auf die Frage «Was sollen wir tun?» (z. B. um zur Erhaltung des gesunden Körpergewichts der Schweizer Bevölkerung beizutragen) muss in der Regel durch erfahrungsbasierte Antworten ergänzt werden, wenn die Umsetzung näher rückt. Nur so kommt es zu relevanten Antworten auf die Best-Practice-Frage «Wie sollen wir das *hier*, in unserem Kontext tun?».

Das Best-Practice-Rahmenkonzept hilft, transparent zu machen, wieweit welche Entscheidungen auf Evidenz bzw. wissenschaftliche Erkenntnisse gestützt werden und wieweit auf Experten- oder Erfahrungswissen – und warum dies so ist.

10 Anhang II

Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (Brigitte Ruckstuhl, 2010)

GF-spezifische Qualitätssysteme	Zu entwickeln	Settingspezifisch: <i>Healthy Workplace</i> <i>Friendly Workplace</i>	<i>quint-essenz.ch</i>
Qualitätssysteme	Zu entwickeln	Qualitätsmanagement-system ISO, EFQM	Qualitätssystem
Ebene des Management	Policy-Management	Organisations-management	Interventions-/Projekt-management
Referenzsysteme	Policy (übergeordnet)	Organisation	Programme Projekte
Modelle	Zyklische Modelle: <i>Public Health Action Cycle, Wissenszyklus, Deming Cycle</i> Wirkungsmodelle: <i>Ergebnismodell SMOC</i>		
Zweck	«Optimales Handeln» durch Best Practice <i>Best Practice – Ein normativer Handlungsrahmen</i>		

Definition Qualität

«Beschaffenheit eines Referenzsystems bezüglich einer fachlich allgemein anerkannten Qualitätsanforderung an diese»

Abbildung: In Anlehnung an Ruckstuhl, B. (2009). Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P., Müller E. (Hrsg.), *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Huber Verlag, Bern. S. 91.

Grundlage: Definition Qualität

Gemeinsames Verständnis von Qualität

Zweck: Best Practice/«Optimale Ergebnisse»

Der normative Handlungsrahmen Best Practice definiert die fachlichen Qualitätsanforderungen (siehe Definition Qualität) hinsichtlich Outcomes und Kapazitätsbildung

Modelle:

Zyklische Modelle: Public Health Action Cycle und Wissenszyklus

Geht davon aus, dass Qualität in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess erreicht wird

Wirkungsmodelle: Ergebnismodell SMOC

Qualitätssystem: quint-essenz

Bietet umfassende Instrumentarien, wie die Outcomes erreicht werden können

11 Anhang III – Glossar

Bedarf

Fachlich begründeter, in der Regel wissenschaftlich festgestellter «Mangel» bei bestimmten Bevölkerungsgruppen/Organisationen/Systemen (Aussenperspektive).

Bedürfnisse

Im Gegensatz zum Bedarf meint ein Bedürfnis einen subjektiv erlebten «Mangel» bei Mitgliedern bestimmter Bevölkerungsgruppen/Organisationen/Systemen (Innenperspektive).

Best Practice

Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention heisst, die **Werte** und Prinzipien von Gesundheitsförderung und Public Health systematisch zu berücksichtigen, das aktuelle wissenschaftliche **Wissen** und Experten-/Erfahrungswissen aufzubauen, die relevanten **Kontextfaktoren** zu beachten sowie die beabsichtigten positiven **Wirkungen** erreicht und negative Wirkungen vermieden zu haben (vgl. Kap. 5).

Evidenz

In der Gesundheitsförderung und Prävention werden wissenschaftlich fundierte Aussagen als «Evidenz» bezeichnet, wenn sie abgeleitet wurden aus systematischen Analysen und Synthesen von wissenschaftlichen Erkenntnissen gemäss klarer (und akzeptierter) Regeln. Bei der Auswahl der wissenschaftlichen Erkenntnisse wird heute auf verschiedene Evidenztypen und -quellen zurückgegriffen (vgl. auch die Definition evidenzbasierter Gesundheitsförderung der WHO³²).

Die folgende kanadische Definition präzisiert weiter: «Evidenz ist Information, die den «Tatsachen» (facts of a matter) am nächsten kommt. Ihre Form hängt vom Kontext ab. Die Ergebnisse von hochqualitativer, methodologisch angemessener Forschung sind die am meisten akkurate Evidenz. Weil Forschung oft

inkomplett und manchmal» unangemessen, «widersprüchlich oder nicht zugänglich ist, sind andere Arten von Informationen notwendige Ergänzungen oder Ersatz für Forschung. Die Evidenzbasis für eine Entscheidung ist die Kombination der vielfältigen Formen von Evidenz, um wissenschaftliche Rigorosität mit Erfahrung auszubalancieren – wobei Ersteres höher gewichtet wird als Letzteres.» (Übersetzt und leicht adaptiert von: Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF/FCRSS), ohne Jahr; aber mit Referenzhinweis: Mach 2005)

Englisches Original: «Evidence is information that comes closest to the facts of a matter. The form it takes depends on context. The findings of high-quality, methodologically appropriate research are the most accurate evidence. Because research is often incomplete and sometimes» inappropriate, «contradictory or unavailable, other kinds of information are necessary supplements to or stand-ins for research. The evidence base for a decision is the multiple forms of evidence combined to balance rigour with experience – while privileging the former over the latter.» (Slightly adapted version of: Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF/FCRSS), without year, building on Mach 2005)

Evidenzbasierte Gesundheitsförderung

«The use of information derived from formal research and systematic investigation to identify causes and contributing factors to health needs and the most effective health promotion actions to address these in given contexts and populations.» (WHO 2006: siehe Smith, Tang, Nutbeam, 2006, S. 342)

Gesundheitsförderung

«Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.» (WHO 1986 – Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung)

³² Smith, Tang, Nutbeam (2006)

Englisches Original: «Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.» (WHO 1986 – Ottawa Charter on Health Promotion)

Handlungsleitlinien

Systematisch entwickelte «Statements», um Praktiker/innen und Bürger/innen bei angemessenen (gesundheitsbezogenen) Entscheidungen zu unterstützen (in Anlehnung an Brown et al., 2003).

Englisches Original: «systematically developed statements to assist practitioners and people with regard to appropriate (health related) decisions.» (Adapted from Brown et al., 2003)

Intervention

Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung sind fachlich begründete, systematische Eingriffe in die Lebenswelten von Menschen, mit dem Ziel, Verhalten und/oder Verhältnisse zur Förderung der Gesundheit und/oder Vermeidung von Krankheiten nachhaltig zu verändern. (Adaptiert von www.quint-essenz.ch)

Kooperation

Kooperation (in einem politischen System) meint, wenn verschiedene Akteure, insbesondere staatliche und nichtstaatliche, zur einvernehmlichen Lösung von Problemen zusammenwirken.

Die Verwendung des Begriffs «Kooperation» erfolgt vor allem in der (politischen) «Steuerungsdebatte»; damit wird insbesondere die Notwendigkeit der Interaktion betont. (Kohout, 2002)

Policy

Policy ist nicht gleichzusetzen mit Politik. Das zentrale Merkmal von «Policy» ist die inhaltliche Gestaltung von Politik: «Eine Policy formuliert den Kurs und die Strategie einer Institution oder eines Landes. Sie legt somit die Inhalte politischen Handelns fest. Die Politik befasst sich mit der Verfolgung und Umsetzung des Kurses bzw. der Strategie.» (Gesundheitsförderung Schweiz, 2000)

Prävention

«Krankheitsprävention umfasst nicht nur Massnahmen, die dem Aufkommen von Krankheiten vorbeugen, wie z.B. Verringerung von Risikofaktoren, sondern auch solche, die deren Fortschreiten eindämmen und Krankheitsfolgen minimieren.» (WHO, 1998, S. 4)

12 Anhang IV – Quellenverzeichnis

- Bödeker W, Kreis J (Hrsg.) (2006), Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung und Prävention. BKK (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Essen
- Brown et al. (2003), Evidence-based Public Health. Oxford: Oxford University Press. In: PHAC (2006), Glossary. Downloaded 23 Feb. 2007 from www.cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/glossary
- Broesskamp-Stone U (2004), Assessing Networks in Health Promotion. Framework and Examples. Reihe «Politik und Partizipation», Band 2. Münster/London, New Brunswick: Lit-Verlag/Transaction Publishers
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF/FCRSS) (without year*), Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance > The Foundation's definition of evidence. (*Developed after May 2005). www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php (downloaded 10 May 2007)
- Europäisches «Getting Evidence into Practice»-Projekt 2004–2005 (GEP), Reviewprotokoll
- Kohout F (2002), Vom Wert der Partizipation. Eine Analyse partizipativ angelegter Entscheidungsfindung in der Umweltpolitik. Reihe «Politik und Partizipation», Band 1. Münster/London, New Brunswick: Lit-Verlag/Transaction Publishers
- Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé (FCRSS/CHSRF): vgl. Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF/FCRSS) (without year*)
- Fosse E, Mittelmark M, Skogli K (2005), European Capacity for Health Promotion at national level. (Key aspects of health promotion capacity). www.HP-source.net/frontend/docs/hpsourceforwho.doc (downloaded 15 April 2005)
- Gesundheitsförderung Schweiz (2000), Glossar. www.gesundheitsfoerderung.ch (downloaded 1st March 2007)
- Gesundheitsförderung Schweiz (2004), Ethisches Argumentarium. Lausanne, Bern. (www.gesundheitsfoerderung.ch/common/files/hp/background/N15002_Ethisches_Argumentarium_d.pdf)
- Gesundheitsförderung Schweiz (2005), Ergebnismodell für Gesundheitsförderung und Prävention. Deutsche Version: www.gesundheitsfoerderung.ch/d/knowhow/qualitaetsmanagement/default.asp. Version française: www.gesundheitsfoerderung.ch/f/knowhow/qualitaetsmanagement/default.asp. English version: www.quint-essenz.ch/en/files/Outcome_classification_12.pdf
- Gesundheitsförderung Schweiz (2006), Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz. Lausanne, Bern. www.gesundheitsfoerderung.ch (downloaded 15 Jan. 2007)
- Green LW, Poland BD, Rootman I (2000), The settings approach to health promotion. In: Poland BD, Green LW, Rootman I (Eds.) (2000), Settings for health promotion. Linking theory and practice. Thousand Oaks, London, New Delhi, p. 1–43
- IDM (Interactive Domain Model) – a best practice approach for preventing illness and enhancing health. Ontario, Canada. www.idmbestpractices.ca/idm.php (last downloaded 1st July 2007)
- Kahan B, Goodstadt M (1997), Best practices in health promotion. (Draft paper from 27 Oct. 1997, with the support of the Centre for Health Promotion). Toronto, Canada.
- Lamprecht M, Stamm HP (2005), Chancengleichheit auf Gesundheit (State of the Art-Bericht). Gesundheitsförderung Schweiz: Bern, Lausanne. www.gesundheitsfoerderung.ch
- National Forum on Health (1995), Evidence-based decision making: a dialogue on health information. Summary report. Ottawa: Public Works and Government Services Canada
- Noack H (2006), 20th Birthday of the Ottawa Charter: Processes, Progress, Illusions. Key note presentation at the 7th IUHPE European Conference on Health Promotion, Budapest, 18–21 October 2006 (www.iuhpe.org)

- OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (1998), Glossaire de la promotion de la santé. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)
- PHAC (Public Health Agency Canada) (2006), Canadian Best Practice Portal for Health Promotion and Disease Prevention: Glossary. www.cbpp-phac-aspc.gc.ca/glossary > Practice Guidelines (downloaded 23 Feb. 2007)
- PHAC (Public Health Agency of Canada) (w.y.), Best Practice System project for NCD prevention and control. www.cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/system/index_e.cfm (last downloaded 1st July 2007)
- Poland BD, Green LW, Rootman I (Eds.) (2000), Settings for health promotion. Linking theory and practice. Thousand Oaks, London, New Delhi, p. 1–43
- Raeburn J, Rootman I (1998), People-centered Health Promotion. Chicaster, New York, Weinheim
- Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen D, Potvin L, Springett J, Ziglio E (Eds.) (2001), Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92. Copenhagen: WHO Europe, p. 4–5
- Ruckstuhl B (2009). Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip P, Müller E. (Hrsg.) Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern
- Saan H, de Haes W (2006), Getting evidence into policy. The development and implementation of the health promotion framework. Vortrag gehalten an der «2006 Annual Conference of the European Public Health Association» (EUPHA), 16–18 Nov. 2006, Montreux, Switzerland. (cf. www.eupha.org)
- Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D (2006), WHO Health Promotion Glossary: new terms. In: Health Promotion International Vol. 21 No. 4, p. 340–343
- Tennyson R (w.y.), Managing partnerships. Tools for mobilizing the public sector, business and civil society as partners in development. Prince of Wales Business Leaders Forum, London, UK. London (info@pwblf.org.uk)
- The Community Guide, USA (by the Non-federal «Taskforce» on Community Preventive Services, USA). www.thecommunityguide.org (last downloaded 1st July 2007)
- VicHealth (2006), Pushing boundaries. Annual report 2005–2006. Victorian Health Promotion Foundation: Melbourne, Australia
- Walach H (2005), Zirkulär statt hierarchisch – Wissenschaftstheoretische und methodische Voraussetzungen. Präsentation am BKK-Workshop «Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention», Essen, 14. April 2005. (BKK: Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
- Walach H (2006), Zirkulär statt hierarchisch – methodische Überlegungen zur Evaluation komplexer therapeutischer Massnahmen. In: Bödeker W, Kreis J (Hrg.) (2006), Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung und Prävention. BKK (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Essen
- WHA (World Health Assembly) (1998), World Health Declaration. WHO: Geneva, Switzerland
- WHO (1986), Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. WHO: Genf (cf. also: www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/798A711D-DC30-4E27-8DD6-19561EB969CC/0/ottawa_charter.pdf)
- WHO (1998), Glossar der Gesundheitsförderung. Konrad-Verlag: Gamburg
Englisches und französisches Original: WHO (1998a), Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1. Geneva: WHO http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf (downloaded 1st Nov. 2006)
WHO (2006), WHO Health Promotion Glossary: New Terms. Cf. Smith et al., 2006
- Zimmermann D: Peace-Force an der Primarschule Schmitten. Evaluationsbericht der Suchtpräventionsstelle Freiburg. Januar–April 2004 (www.peaceforce.ch unter Schriften/Evaluationen)
- Zühlke S: «Peace-Force» an der Schule Schmitten. Einführung von Streitschlichtern und Streitschlichterinnen in der 2.–6. Klasse. Mai 2004 (unveröffentlichte Abschlussarbeit zum Erwerb des Zertifikats im Nachdiplomkurs Projektmanagement in der Gesundheitsförderung an der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz).

13 Anhang V – Zusammenzug der wichtigsten Abbildungen und Tabellen

Radarschirm-Modell



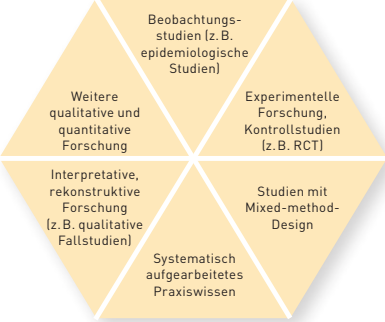
Liste relevanter Werte

Werte, Prinzipien, ethische Grundlagen in Public Health

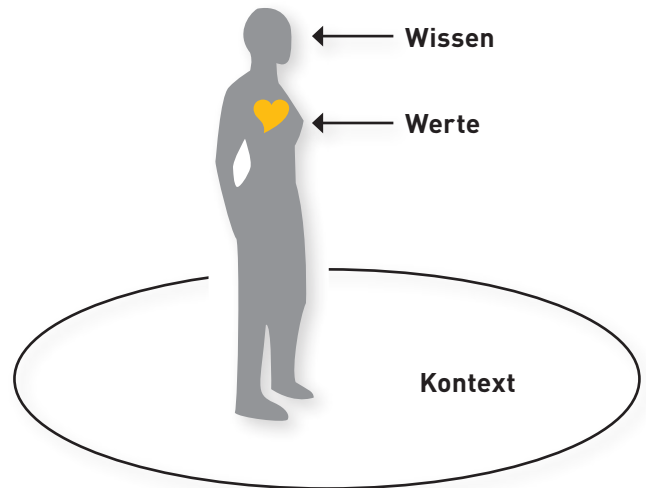
- Gleiche Rechte/gleiche Pflichten und geteilte Verantwortung für Gesundheit, soziale Verantwortung
- Schadensvermeidung, Wohltätigkeit («Tue Gutes»), Respekt vor der Autonomie, Gerechtigkeit (die allgemeinen ethischen Eckpfeiler von Public Health)
- Transparenz und Rechenschaftspflicht (Accountability), Offenheit
- Gesundheitliche Chancengleichheit (Entscheiden und Handeln geleitet durch die Sorge um Chancengleichheit und Gerechtigkeit)
- Nachhaltigkeit: a) der Massnahmen und/oder erreichten gesundheitsförderlichen Veränderungen über die Zeit der Anschubfinanzierung heraus; b) im Sinne des Konzepts der Nachhaltigen Entwicklung

Speziell in der Gesundheitsförderung:

- Ausrichtung an Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten (Salutogenese statt Pathogenese)
- Empowerment
- Partizipation

Wissenstypen (wissenschaftlichen Wissens)	Wissensquellen	Wissensgegenstände
<p>1. Evidenz</p> <p>«Evidenztypen»</p> 	<p>1. Evidenz</p> <p>«Evidenzquellen»</p> <ul style="list-style-type: none"> – Wissenschaftliche/Forschungsartikel (Peer reviewed) – aus Gesundheits-, Erziehungs-, Sozial-, Evaluations-, Politik-, Managementwissenschaften usw. – Systematische und narrative Reviews <hr/> <p>Gute Evaluationsberichte; Metaanalysen von Evaluationsberichten/-studien</p>	<p>1. Evidenz</p> <p>«Evidenzgegenstände»</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsdeterminanten/-ressourcen und deren Zusammenspiel – Verteilung von Gesundheit/Gesundheitsdeterminanten in der Bevölkerung – Wirksamkeit von Interventionen/Policies; Wirkungsmodelle <hr/> <p>Wirksamkeit von Interventionen/Policies</p>
<p>2. Wissenschaftliche Theorien</p>		

Wissenszyklus: Wissen in die Praxis/Policies und umgekehrt



Kontext-Check



Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6
Tel. +41 (0)31 350 04 04, Fax +41 (0)31 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tél. +41 (0)21 345 15 15, Fax +41 (0)21 345 15 45
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch