

Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention

Rolf Rosenbrock

Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), AG Public Health

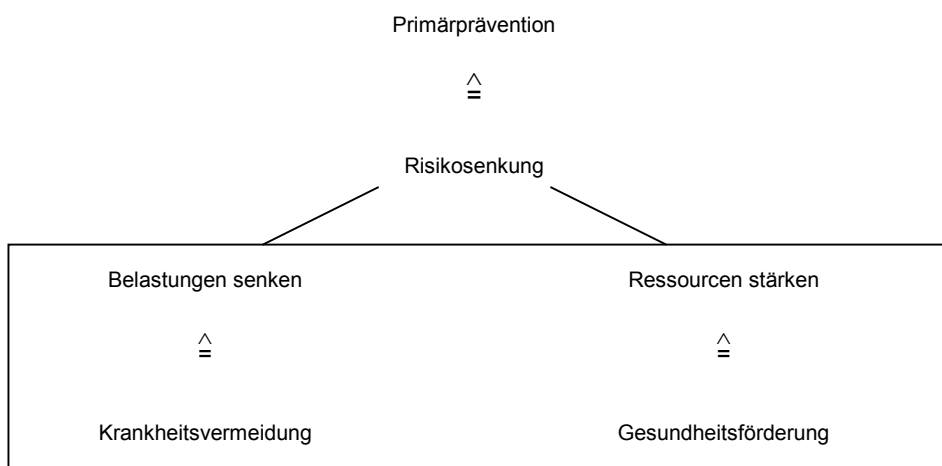
Zumindest auf der Ebene der Programmatik und der Ankündigungen leben wir seit einiger Zeit in Deutschland in einer Phase der Hochkonjunktur für Prävention und Gesundheitsförderung: seit der Gesundheitsreform 2000 sollen die GKV-Kassen wieder Leistungen der primären Prävention anbieten, und sie tun dies auch (wenngleich weder quantitativ noch qualitativ im möglichen und geforderten Ausmaß). Der ‚Runde Tisch‘, im Jahre 2001 für kurze Zeit Hoffnungsträger der Reformer im Gesundheitswesen, ist zwar weitgehend spurlos verschwunden, aber im Hinblick auf die Prävention war er nicht ohne Wirkung: aus ihm ist das Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung hervorgegangen, von dem bis heute wenigstens nicht auszuschließen ist, dass es zu einem handlungsfähigen Akteur der Prävention werden könnte. Eine Organisationsstruktur sowie eine Reihe von Absichtserklärungen jedenfalls hat das Forum schon hervorgebracht. Das vom BMGS geförderte Projekt ‚gesundheitsziele.de‘ hat inzwischen nicht nur Ziele entwickelt sondern auch erste Vorschläge zur Umsetzung veröffentlicht. Parallel dazu arbeitet das BMGS an einem ‚Präventionsgesetz‘, mit dem Begriffe, Konzepte, Zuständigkeiten und Finanzierung der Prävention auf eine gemeinsame und verbindliche Basis gestellt werden sollen. Das Ganze ist unterlegt von einer ganzen Serie von Stellungnahmen und Bekenntnissen zur Prävention – Gewerkschaften, Arbeitgeber, politische Parteien, die Konferenz der Gesundheitsminister der Länder und und und ...

Bei soviel staatlicher und professioneller Einmütigkeit – das zeigt die allgemein politische und auch speziell die gesundheitspolitische Erfahrung – ist Misstrauen angesagt. Allzu oft haben es zumindest die Erfahreneren schon erlebt, dass der präventionspolitische Berg zu kreißen schien, aber schließlich doch nur ein Mäuslein mit ein paar neuen Plakaten oder Ermahnungen heraus kam, dass Lautstärke und Häufigkeit der Ankündigungen in umgekehrt proportionalem Verhältnis zur Stoßkraft und Ressourcenausstattung der tatsächlichen Aktivitäten standen. Andererseits haben diejenigen, die wirklich an der Prävention interessiert sind, gar keine andere Wahl, als auch die jetzige Themenkonjunktur kritisch-solidarisch zu unterstützen und fachlich wie praktisch an ihrer Verstärkung und Verbesserung mitzuarbeiten.

Die wissenschaftlichen und praktischen Bemühungen um mehr Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung sehe ich auch in diesem Kontext: es geht dabei eben nicht nur um normale Verbesserungs- und Entwicklungsprozesse, sondern auch darum, die Bedingungen der Möglichkeit des Gelingens bzw. der Beschleunigung bzw. der Verstärkung eines von uns allen gewünschten politischen Prozesses zu verbessern.

Das fängt mit der Schaffung klarer Kategorien an, in unserm Falle mit der Beantwortung der Frage, die Qualität von was hier eigentlich gesichert werden soll. ‚Gesundheitsförderung‘ ist ja streng genommen weder eine Strategie noch ein Handlungstyp. Folgt man der Logik der Ottawa-Charta, der wir dieses Konzept zu verdanken haben, dann geht es bei der Gesundheitsförderung immer um die Stärkung der individuellen und kollektiven Gesundheitsressourcen im Sinne des Erwerbs von spezifischen und unspezifischen Kompetenzen durch Partizipation und praktische Befähigung. Es geht also um die Vermittlung bzw. Ermöglichung von Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Bildung, Einkommen, Information, Transparenz, Partizipation, Handlungswissen, Verhaltensspielräumen, Einbindung in soziale Netzwerke, Erholungsmöglichkeiten etc. Diese Gesundheitsressourcen werden benötigt, um die Möglichkeiten der psychischen bzw. physischen Bewältigung von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, um die Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, oder um Handlungskompetenzen für die Veränderung von Strukturen freizusetzen bzw. zu entwickeln, die entweder direkt Gesundheit belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen. Gesundheitsförderung bezeichnet in diesem Sinne, der auch – implizit – der Formulierung der gegenwärtigen Fassung des § 20 Abs. 1 SGB V zugrunde liegt, immer das Korrelat zur Belastungssenkung und bildet erst zusammen mit der Belastungssenkung moderne, gesundheitswissenschaftlich fundierte Primärprävention.

Abbildung 1:



Ich betone diesen Zusammenhang, weil ich die inflationäre und irreführende Verwendung des Begriffs ‚Gesundheitsförderung‘ anstelle von Prävention oder als Zusatz zur Prävention für fachlich verfehlt und politisch gefährlich halte: Gesundheits-

förderung ist ein Querschnittsaspekt jeder modernen Gesundheitssicherung, dessen Förderung und Ausbau nicht nur in der Prävention, sondern ebenso auch in der Kuration, in der Pflege wie in der Rehabilitation notwendig ist. Ganz besonders, wenn es um die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen geht und völlig unverzichtbar dann, wenn Prävention in Settings organisiert werden soll, wenn es also um die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten geht.

In diesem Sinne kann man auch keine Qualitätssicherung für Gesundheitsförderung betreiben. Möglich und notwendig ist hingegen die Qualitätssicherung von Primärprävention in dem Sinne, dass dabei dem Aspekt der Gesundheitsförderung genügend Aufmerksamkeit, Raum und Ressourcen gewidmet werden.

Was ist nun die Qualität, die gesichert werden soll? Nicht nur für die Prävention, sondern für alle Aspekte und Stufen der Gesundheitssicherung gilt die Definition des US-amerikanischen Institute of Medicine (Lohr 1990). Danach bezeichnet „Qualität das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Interventionsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissensstand übereinstimmen.“ Letzter Maßstab der Qualität ist also die gesundheitliche Wirksamkeit.

Nun steht die Feststellung der Wirksamkeit von primärer Prävention vor einer Reihe von Schwierigkeiten, die zum Teil über die auch in der Kuration bislang nicht gelösten Probleme der Messung und Bewertung im Rahmen der Bemühungen um eine „evidenzbasierte Medizin“ noch hinausgehen (SVR 2002, Band II, Kap. 2.3, Ziff. 162-208): Grundsätzlich zielt Prävention auf die Vermeidung eines schlechteren Zustandes. Der „klinische Endpunkt“ primärer Prävention ist damit ein langes Leben ohne – über den normalen Alterungsprozess hinausgehende – gesundheitliche Einschränkungen. Zur Überbrückung der damit angedeuteten Mess- und Zuordnungsprobleme werden intermediäre Parameter verwendet, z.B. Kompetenzen, Einstellungen, Verhalten, Wissen (SVR 2002, Band I, Kap. 2.4, Ziff. 251). Die Validität dieser intermediären Parameter beruht aber stets auf mehr oder weniger gelungener Analogie und mehr oder weniger überzeugender Plausibilität. Die Problematik der Wirksamkeitsbestimmung – beim Individuum und viel mehr noch bei Populationsbezug – wird damit aber nicht wirklich gelöst. Maßnahmen der primären Prävention richten sich an Menschen bzw. Gruppen, deren für den Erfolg der Intervention relevante Belastungs-/Ressourcen-Bilanz – und damit: Gesundheit – von sehr viel mehr und meist auch sehr viel stärkeren Faktoren abhängt als von der Intervention. Zudem entziehen sich diese Faktoren vielfach der Beobachtung und der Messung, auch soweit überhaupt Messkonzepte vorliegen.

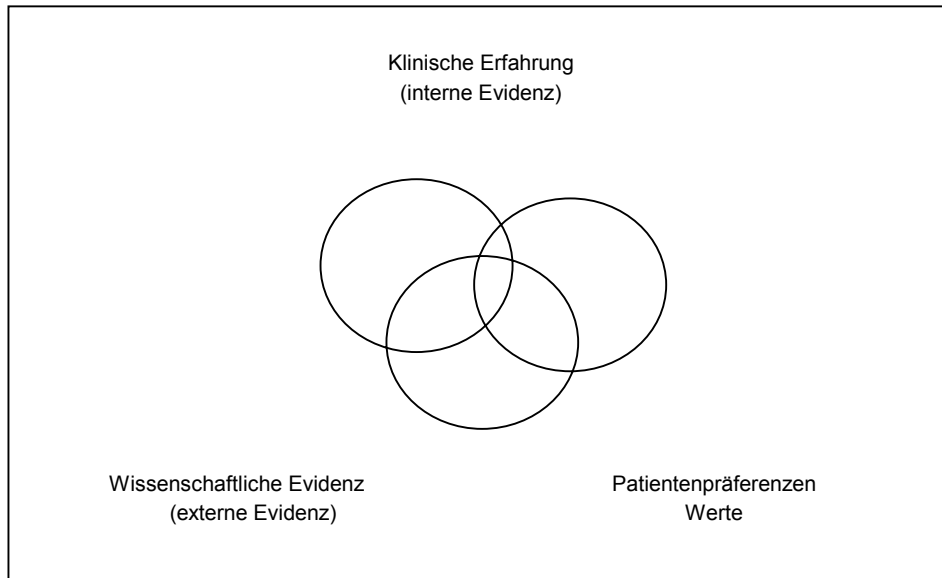
Zudem sind zielgruppenorientierte und insbesondere Interventionen in Settings wegen ihres systemischen Charakters kaum standardisierbar (Grossmann/Scala 1994), was der Verwendung methodisch anspruchsvollerer Designs (z.B. im Hinblick auf Kontrollgruppenbildung und Nachverfolgung) enge Grenzen setzt. Die damit gegebene Benachteiligung komplexerer Interventionen setzt sich in der gängigen Wissenschaftspraxis fort: Auch die Evaluationsforschung tendiert dazu, vor allem solche Interventionen zu untersuchen (und damit zu fördern), für die entwickelte Forschungs- und Bewertungsmethoden vorliegen.

Die Feststellung der Wirksamkeit primärpräventiver – sowohl individuell als auch im Setting ansetzender – Interventionen ist demnach in der Regel mit größeren Unsicherheiten behaftet als diejenige von kurativen Interventionen, wobei Ex-ante-Aussagen noch problematischer sind als Ex-post-Feststellungen.

Das in gesundheitswissenschaftlicher und -ökonomischer sowie auch sozialrechtlicher Perspektive grundsätzlich zu unterstützende Bestreben nach guter Evidenz jeder Intervention kann deshalb in Wissenschaft und Praxis mitunter in die Irre führen: Bevorzugt werden dann einfache (und deshalb leichter untersuch- und messbare) Interventionen am Individuum gegenüber komplexeren (im Verlauf nicht exakt vorhersehbaren und störanfälligen) Interventionen z.B. in soziale Systeme (Rosenbrock 1999a: 14), obwohl vorliegende Befunde (z.B. Minkler 1997; Lenhardt 2003) sowie die Plausibilität (Syme 1991) für die größere Wirksamkeit und Nachhaltigkeit solcher komplexen Setting-Interventionen sprechen.

Dies stellt präventionspolitische Akteure vor die schwierig zu bewältigende Herausforderung der Entwicklung von Methoden, Instrumenten und Verfahren, die einerseits die Wirksamkeit von Interventionen immer besser in Richtung auf das Ziel der Evidenzbasierung abbilden und beeinflussen, ohne andererseits zur Fessel der notwendigen kreativen Weiterentwicklung von populations- und setting-bezogenen Interventionen zu werden.

Der gesundheitswissenschaftlichen Evaluationsforschung stellt sich damit die Aufgabe der Weiterentwicklung des Instrumentariums der Ergebnismessung. Die Akteure der praktischen Prävention können auf die Ergebnisse solcher Forschungen freilich nicht warten. Vielmehr müssen sie sich bei der Auswahl und Durchführung von lohnend erscheinenden Interventionen auf grobe Kriterien der Priorisierung sowie auf eine pragmatische Anwendung der Kategorien „Plausibilität“ und „Analogie“ stützen, die letztlich ja auch dem Konzept der evidence based medicine zugrunde liegen. Denn auch vom hohen Anspruch der evidenzbasierten kurativen Medizin (Sackett et al. 1996) braucht sich die Prävention nicht ins Bockshorn jagen zu lassen: Auch in der kurativen Medizin sind jene Interventionen nicht die Regel, sondern die Ausnahme, die sich auf eindeutige Ergebnisse der höchsten Evidenzklasse, also auf klare Befunde aus kontrollierten und randomisierten Studien stützen können. Und auch in diesen Fällen beruht die Übertragung von Studienergebnissen in die medizinische Praxis immer auf der Annahme, dass die untersuchten Populationen in den für die Therapieentscheidung wesentlichen Parametern die gleichen Merkmale aufweisen wie die konkrete PatientIn. Letztlich geht es also auch hier um Plausibilität und Analogie. Der Sachverständigenrat hat bei der Erörterung der Möglichkeiten und Grenzen evidenzbasierter Medizin den ‚Grauzonen der ärztlichen Entscheidung‘ ein eigenes Kapitel gewidmet (SVR 2002, Band II, Kap. 2.3). Die sich aus diesen Gründen ergebenden Unschärfen sind auch der wesentliche Grund dafür, dass die Anwendung von evidence based medicine in Europa durchweg eben nicht zu Richtlinien (also verbindlichen Vorschriften), sondern zu Leitlinien (die Korridore definieren und Abweichungen erlauben) führen soll. Auch in der kurativen Medizin soll es nicht darum gehen, schematisch die vorliegenden Studienergebnisse auf die je individuelle Therapie anzuwenden. Die Therapieentscheidung soll sich vielmehr aus drei Quellen speisen: 1. die aufgearbeiteten Studienergebnisse (externe Evidenz), 2. die klinische Erfahrung (interne Evidenz) und 3. die Wünsche und Präferenzen der PatientInnen (ebda.).

Abbildung 2: Komponenten der evidenzbasierten klinischen Entscheidungsfindung

Quelle: Schwartz, F.W./Helou, A. (2000), aus: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2002, Ziffer 305.

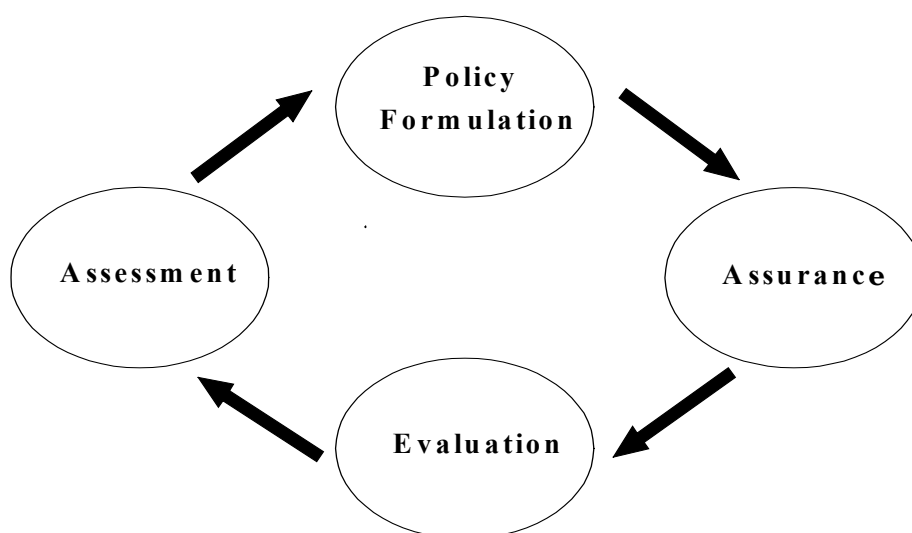
Das Mindestmaß an Plausibilität und die Grenzen der Analogie sind demnach sowohl in der Kuration wie in der Prävention im Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis mit dem Ziel der Präzisierung und Härtung von Kriterien und Maßstäben zu prüfen und weiter zu entwickeln.

Um die Sicherheit der Wirksamkeitsvermutung – wiederum im Dialog mit der Wissenschaft – laufend zu erhöhen bzw. zu korrigieren sowie auch zur Sicherung einer hohen und zumindest gleich bleibenden Qualität der Interventionen gewinnt dann die laufende Qualitätssicherung auf der Basis einer dafür aussagefähigen Dokumentation entscheidende Bedeutung.

Das „Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001) hat erst in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit erfahren (z.B. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen 1998). Ausgangspunkt der Systematisierung ist regelmäßig der Public Health Action Cycle mit seiner logischen Stufenfolge der Problemabschätzung, der Politik- bzw. Maßnahmenformulierung, der Durchführung und der Evaluation (Rosenbrock 1995).

Abbildung 3:

Public Health Action Cycle



Source: Institute of Medicine, The Future of Public Health, Washington, D.C., 1988.

Wie in der Medizin hat sich auch in der Prävention (und anderen Feldern der sozialen Intervention) der Zugriff durch die Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1966) etabliert. Mittlerweile sind auch für komplexe Interventionen praxistaugliche Kataloge von operationalisierbaren Kriterien veröffentlicht, und zwar sowohl für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung (Badura/Ritter/Scherf 1999; Nationale Kontaktstelle 1999) als auch für Interventionen in andere soziale Felder bzw. Settings (zahlreiche Projektbeschreibungen und Beispiele in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001). Das im Auftrag des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit von der Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“ durchgeführte Projekt „quint-essenz“ (<http://www.quint-essenz.ch/de>, 31.08.03) enthält zum Beispiel Formulierings- und Handlungsvorschläge für Qualitätsziele, Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren, die sich auf Bedarfsnachweis, Begründung des Vorgehens, Beziehungspflege, Einbettung des Projekts, Erfahrungstransfer, Know-how, Kommunikation, Motivation der Beteiligten, Nachhaltigkeitspotential, Nachweisbarkeit der Wirkungen, Nutzen des Projekts, Nutzung der Erfahrungen, Projekt-Organisation, Partizipation, Projektplanung/Etappierung, Projekt-Rahmenbedingungen, Projektumfeld, Qualifikationen, Ressourcen, Selbstevaluation, Valorisation, Vernetzung, Vertragliche Regelungen, Zielerreichung, Zielformulierung, Zielgruppenerreichung und Zufriedenheit beziehen. Darüber hinaus werden sinnvolle Hinweise gegeben, in welchen Projektphasen und im Zusammenhang mit welchen typischen Projekt-Themen diese Kriterien mit welchen Instrumenten zu erheben bzw. zu beeinflussen sind. Die Anwendung der Qualitätskriterien soll dazu dienen,

- Schwächen und Stärken des Projekts in den verschiedenen Phasen zu lokalisieren und zu dokumentieren,
- im Projekt- oder Begleiteam, mit Auftraggebern oder Mitgliedern der Settings zu diskutieren, wo Verbesserungen im Projekt notwendig sind,
- Qualitätsziele zu formulieren und
- durch wiederholte Bewertung den Prozess der Qualitätsentwicklung zu etablieren und zu stabilisieren.

Es besteht also kaum ein Mangel an geeigneten Konzepten, Begriffen und Instrumenten der Qualitätssicherung. Der Engpass dürfte viel mehr in der Motivation und Bereitschaft der Akteure liegen, diese Instrumente an die Bedingungen der jeweiligen Intervention anzupassen, sowie in den Ressourcen, die zur Durchführung einer angemessenen Qualitätssicherung erforderlich sind, und die auf bis zu 10% der Interventionskosten geschätzt werden (WHO/Health Canada/CDC 1998). Zu Recht wird deshalb auf den nur scheinbar trivialen Sachverhalt aufmerksam gemacht, dass die erste Voraussetzung für Qualitätssicherung in der Schaffung von Bewusstsein für Qualitätsmanagement in der eigenen Einrichtung besteht (Walter/Schwartz/Hoepner-Stamos 2001b: 316).

Motivation der Akteure der Prävention zur Qualitätssicherung setzt freilich voraus, dass diese Anforderung nicht einfach von außen oder von oben herangetragen, sondern von den Akteuren auch selbst gewollt wird und von ihnen mitgestaltet werden kann. Qualitätssicherung ohne oder sogar gegen die Träger der Intervention führt bestenfalls zu Verbesserungen der Papierlage, oft dagegen zur bloß formalen Abarbeitung von Prüfkriterien oder gar zu innerer Kündigung der Akteure und damit u.U. sogar zur Qualitätsverschlechterung.

Das bringt mich zu der Frage, welche Akteure und Motive eigentlich hinter der immer stärkeren Forderung nach Qualitätssicherung, hinter der beachtlichen Konjunktur des Themas dieser Tagung stecken.

Im Grunde lassen sich vier Akteure identifizieren, die ein Interesse an guter Qualität haben. Das größte objektive Interesse an guter Qualität der Prävention haben naturgemäß die potenziell Begünstigten. Dieses Interesse artikuliert sich freilich nur sehr selten, und oft ist es seinen Trägern nicht einmal bekannt oder bewusst. Im Regelfall haben die Zielgruppen auch in den fortgeschrittensten Modellen eine Artikulationschance allenfalls in Befragungen zur Zufriedenheit.

Die Präventionsakteure (Projektteam, Begleiteam) selbst haben in aller Regel auch ein klares und bewusstes Interesse daran, mit ihrem Einsatz eine möglichst gute gesundheitliche Wirkung zu erzielen. Dieses Interesse ist die potenziell stärkste Ressource für die Entwicklung guter Qualitätssicherung, und sie wird noch viel zu selten genutzt. In einem eigenen Projekt zur Qualitätssicherung der Aids-Prävention versuchen wir derzeit beispielhaft, dieses Potenzial zu aktivieren (Wright 2004).

Die Initiativen oder Institutionen, die Prävention betreiben, müssen dafür meistens Ressourcen von außen, sei es vom Staat, den Krankenkassen oder anderen Geldgebern einwerben. Diesen Sponsoren gegenüber müssen sie in der Regel den Nachweis führen, dass die Prävention nach optimaler Methode, also nach den Kriterien der Effektivität und Effizienz durchgeführt wird. Auch davon gehen Erwartung und Druck in Richtung auf Qualitätssicherung aus. Freilich besteht dabei die Versuchung, Probleme der Qualität möglichst zu glätten und auf griffige, v.a. betriebswirtschaftliche Konzepte und Kriterien zu reduzieren.

Schließlich haben auch die Finanziere bzw. Sponsoren ein Interesse daran, dass die von ihnen verwalteten Ressourcen bestimmungsgemäß bzw. zumindest legitimierbar verwendet werden. Das gilt sowohl für Steuermittel wie auch für solidarisch aufgebrauchte Beitragsgelder wie auch für Ressourcen von Stiftungen und anderen Sponsoren. Auch hier geht es in erster Linie weniger um direkte Qualitätssicherung, sondern es stehen meist formale Kriterien und Indikatoren im Vordergrund.

Qualitätssicherung kann nun sehr unterschiedliche Fragen aufwerfen, unterschiedliche Formen annehmen und unterschiedliche Instrumente verwenden, je nachdem, wer ihr Initiator bzw. ‚Eigentümer‘ ist (Øvretveit 2002). Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht hat Qualitätssicherung umso bessere Chancen, das intendierte Ziel einer guten Qualität zu vertretbaren Kosten auch tatsächlich zu erreichen, je stärker die Interessen und Kriterien der Zielgruppen und der unmittelbaren Träger bzw. Organisatoren der Intervention berücksichtigt werden. Die beobachtbare Praxis der Qualitätssicherung deutet allerdings eher darauf hin, dass die Interessen der Institutionen und der Sponsoren weithin im Vordergrund stehen. Das weist darauf hin, dass es sich lohnen kann, in Fragen der Qualitätssicherung die Initiative zu ergreifen bzw. zurückzugewinnen, die Auseinandersetzung um ‚ownership‘ der Qualitätssicherung offensiv zu führen. Wer das ‚ob‘ und das ‚wie‘ der Qualitätssicherung definiert, hat auch die größten Chancen, die Erfolgsparameter zu definieren. Beim gegenwärtig noch geringen Entwicklungsstand von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland kommt es bei der Definition von Erfolg bzw. Qualität zwar primär, aber nicht nur auf die – direkt oder über Indikatoren gemessene – gesundheitliche Wirksamkeit an, aber auch auf den Beitrag der jeweiligen Intervention zur öffentlichkeitswirksamen Thematisierung der Möglichkeiten und ungehobenen Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung sowie auf den Beitrag zur zeitstabilen Vernetzung der dafür geeigneten und qualifizierten Akteure.

Dieser mehr bündnispolitische Aspekt einer solchermaßen breit verstandenen Qualitätssicherung kann zwar die Qualität der je einzelnen Präventionsaktivität nicht direkt steigern, aber er kann dazu beitragen, dass es insgesamt zu mehr Prävention und Gesundheitsförderung kommt.

Denn einer Illusion sollte man sich bei aller Begeisterung für mehr Qualitätssicherung nicht hingeben: allein durch bessere Qualität und ihren Nachweis gegenüber den Geldgebern, den potenziellen Nutzern und der Öffentlichkeit wird dieses zarte Pflänzchen nicht sehr viel schneller wachsen. Entscheidend ist die politische Unterstützung. Die wichtigste Bedingung für die Ingangsetzung, Finanzierung und Durchführung erfolgreicher Prävention ist – so der britische Sozialmediziner Walter Holland in einem bemerkenswerten Resümee – nicht der Nachweis ihrer Wirksamkeit oder ihrer Qualität, sondern die politische Unterstützung, die ihrerseits ihre Wurzeln eher in politischen Themenkarrieren, öffentlich wahrgenommenen Skandalen oder in Aktivitäten sozialer Bewegungen hat (Holland 2004). Wirksamkeit oder ihr Nachweis in Form guter Qualitätssicherung spielte dabei allenfalls die Rolle einer nicht einmal immer notwendigen Nebenbedingung.

Und auch John Øvretveit kommt in seinem 2002 erschienenen Lehrbuch „Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen“ aufgrund langjähriger teilnehmender Beobachtung zu dem zusammenfassenden Schluss: „Bis heute sind die meisten Gesundheitsreformen allerdings aus ideologischen Gründen eingeführt worden und nicht aufgrund des Nachweises ihrer Effektivität oder anderer Ergebnisse einer Evaluation.“

Ich glaube nicht, dass die Dinge in Deutschland sehr viel anders liegen als in Skandinavien und Großbritannien. Aber auch das ist kein Grund zynisch zu werden. Es bleiben genügend Gründe, auch in Zukunft beides zu tun: fachlich an der Verbesserung der Qualität und der Qualitätssicherung der Prävention und Gesundheitsförderung zu arbeiten und politisch dafür zu sorgen, dass die eingangs skizzierte Hochkonjunktur des Themas Prävention auch tatsächlich zu einer Konjunktur wirksamer präventiver Interventionen wird.

Literatur

- Badura, B./Ritter, W./Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfadens für die Praxis. Berlin: edition sigma.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen: eine aktuelle Bestandsaufnahme/im Auftrag der BZgA. Konzipiert und koordiniert durch die Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover. Köln: BZgA.
- Donabedian A. (1966): Evaluating the quality of medical care. In: The Milbank Quarterly 44, S. 166-203.
- Grossmann R./Scala, K. (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim, München: Juventa.
- GVG-Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2002): Gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland (2002): Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte (Schriftenreihe der GVG 37). Berlin: AKA.
- Holland, W. (2004): Evidenz und Präventionspolitik in England. In: Luber, E./Geene, R. (Hg.): Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen? Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, S. 27-36.
- Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Hg.) (1998): Qualität(en) in der Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte, Ansätze und Perspektiven. Hannover: TKK.
- Lenhardt, U. (2003): Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11. Jg., Heft 1/2003, S. 18-37.
- Lohr, K.N. (Hg.) (1990): Medicare – A strategy for quality assurance. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Minkler, M. (Hg.) (1997): Community Organizing & Community Building for Health. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press.
- Nationale Kontaktstelle im Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Hg.) (1999): Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen. Erfolgreiche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa. Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Essen: BKK-BV.
- Øvretveit, John (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Evaluationen. Bern u.a.: Verlag Hans Huber.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Bern u.a.: Verlag Hans Huber.
- Rosenbrock, Rolf (1999a): Qualitätssicherung für Leistungen der primären Prävention durch die gesetzliche Krankenversicherung im Rahmen des §20 SGBV n.F. In: AOK-Bundesverband et al.: Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei der Umsetzung von §20 SGBV (n.F.). Dokumentation einer Tagung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Bergisch Gladbach.
- Rosenbrock Rolf (1995): Public Health als soziale Innovation. In: Das Gesundheitswesen, 57. Jg., Heft 3, S. 140-144.

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Fischer, Gisela C./Kuhlmeier, Adelheid/Lauterbach, Karl W./Rosenbrock, Rolf/Schwartz, Friedrich W./Scriba, Peter C./Wille, Eberhard) (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Fischer, Gisela C./Kuhlmeier, Adelheid/Lauterbach, Karl W./Rosenbrock, Rolf/Schwartz, Friedrich W./Scriba, Peter C./Wille, Eberhard) (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Gutachten 2000/2001. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Sackett, D.L./Rosenberg, W.M.C./Gray, J.A.M./Haynes, R.B./Richardson, W.S. (1996): Evidence based Medicine: what it is and what it isn't. In : British Medical Journal, Vol. 312, S. 71-72.
- Syme L. (1991): Individual and Social Determinants of Disease: Experiences and Perspectives, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin, S. 91-205.
- Walter U./Schwartz F.W./Hoepner-Stamos F. (2001b): Empfehlungen für die Zukunft – Zusammenfassender Leitfaden für die Umsetzung eines Qualitätsmanagements in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Köln: BZgA, S. 315-320.
- WHO/Health Canada/CDC (1998): Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers. Copenhagen: WHO Regional Office.
- Wright, M.T. (2004): Wie kann die innovative Präventionsarbeit im Nicht-Regierungs-Sektor evaluiert werden? Die Aids-Hilfen als Beispiel. In: Luber, E./Geene, R. (Hg.): Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung, Wer weiß, was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, BürgerInnen? Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, S. 127-133.