

Partizipative Qualitätsentwicklung

Drei Tipps zum Einstieg von Quality Action

Matthias Wentzlaff-Eggebert, Karl Lemmen, Carolin Vierneisel

1. Machen Sie sich mit Partizipation vertraut

Um mit partizipativer Qualitätsentwicklung (PQ) anzufangen ist es hilfreich, die Konzepte der PQ mit Ihrem Projektteam zu erkunden, insbesondere mit den Interessensbeteiligten. Die PQ zeigt dann ihre umfassenden Vorteile, wenn Ihr Team (oder Ihre Organisation) wirklich daran interessiert ist, die Beteiligung an HIV-Präventionsaktivitäten zu erhöhen. Wer unterstützt Partizipation bereits? Wen müssen Sie mit ins Boot holen? Wen müssen Sie fortlaufend informieren?

In dem theoretischen Teil der PQ gibt es Erläuterungen und Verweise, die Sie für ein Einführungsgespräch und Diskussionen verwenden können. Die wichtigsten Vorteile von Partizipation sind Folgende:

- Aktivitäten können gezielt durchgeführt werden und beziehen sich besser auf das kulturelle und soziale Umfeld
- Mehr Engagement und Beiträge von _Akteur_innen im Feld, insbesondere der Zielgruppe
- Erhöhte Innovation und innovatives Denken

Mögliche Nachteile sind:

- Es wird Vorbereitungszeit benötigt, um das Konzept der Partizipation einzuführen und die Methoden des Toolkits zu verwenden.
- Es kann vorkommen, dass bei unerwarteten Ergebnissen erneute Verhandlungen mit Finanzgebern und anderen involvierten Akteur_innen nötig sind.

Ein guter Ausgangspunkt für die Einführung der Partizipation und für die gleichzeitige Anwendung einer Methode aus dem Tool Kit sind die „Kreise der Entscheidung“. Sie ermöglichen eine Bestandsaufnahme aller involvierter Akteur_innen und legen die Stufen ihrer Partizipation fest. Die Anwendung der Kreise der Entscheidung im Projekt (oder in der Arbeit der Organisation als Ganzem) zeigt Ihnen eine Momentaufnahme, wo Sie derzeit in Bezug auf Partizipation stehen. Es wird für Sie als Team leichter zu entscheiden, wo Sie den Grad der Beteiligung der involvierten Akteur_innen erhöhen (oder senken) möchten. Wenn Ihr Team zum Beispiel beschließt, die Partizipation der Zielgruppe bei der Planung einer Intervention zu erhöhen, können Sie daraufhin eine PQ-Methode auswählen, um dieses Ziel zu erreichen (z. B. Blitzbefragung oder Nutzerbeirat).

2. Fangen Sie klein an und bauen Sie auf Erfolgen auf

Qualitätsentwicklung kann als zusätzliche Belastung empfunden werden. Es ist wichtig, dass man bereits frühzeitig die Vorteile des Verfahrenserlebt. Wenn Sie sich als Team dazu entscheiden einzusteigen, so fangen Sie klein an. Wenn Sie zu ehrgeizig sind, kann dies Stress verursachen und dazu führen, dass die Beteiligten das gesamte Konzept ablehnen. Dann ist

es schwierig, Qualitätsentwicklung zu einem späteren Zeitpunkt erneut einzuführen. Die partizipative Methoden in dem PQ-Toolkit verlangen unterschiedliche Vorbereitungsstufen, Zeiten und Ressourcen. Beginnen Sie einfach, beispielsweise mit den Kreisen der Entscheidung, einer Blitzbefragung oder SMART-Zielen. Wenn Ihr Team mehr erfahren möchte, führen Sie eine umfassendere Methode ein, wie zum Beispiel das Erfassen von Anfragen und Anliegen oder die ZiWi-Methode. Der Erfolg der Anwendung einer jeden Methode hängt viel davon ab, wie gut ihre Anwendung angeleitet wird. Achten Sie darauf, eine effektive Anwendungsbegleitung vorzunehmen, so dass die Anwendung der Methode stets zielorientiert ist.

Durch die Anwendung der SMART- oder ZiWi-Methoden zur Entwicklung klarer Ziele wird die Auswertung einfacher und angenehmer. Eine Blitzbefragung und eine Fokusgruppe reichen aus, um communitybasierten Aktivitäten zu bewerten. Insbesondere ist es wichtig, die Kapazitäten der Organisation zur Bewertung nicht überzustrapazieren.

Durch die Fokussierung auf Partizipation und die Anwendung der PQ-Methoden kann die Art und Weise geändert werden, wie das Team und das gesamte Unternehmen denken und arbeiten. Je nach Ihrer individuellen Ausgangssituation kann dieser Prozess einige Zeit in Anspruch nehmen. Jedes Mal, wenn Sie eine der Methoden angewandt haben, notieren Sie sich die Verbesserungen, die Sie bei Ihrer Arbeit erzielt haben. Dies hilft allen zu verstehen, welche Rolle die Qualitätsentwicklung durch die Anwendung der PQ spielen kann.

3. Kombination der PQ mit anderen Instrumenten zur Qualitätsentwicklung

Die PQ ist ein Instrument zur Qualitätsentwicklung. Diese Methode basiert auf der Annahme, dass die Erweiterung der Perspektive durch partizipative Prozesse zu kritischer Reflexion des derzeitigen Vorgehens und zu neuen Ideen führt, um diese zu verbessern. Obwohl die PQ Methoden zur Verbesserung jeder Phase des Projektzyklus anbietet (Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Umsetzung, Evaluation/Auswertung) dient sie dennoch nicht dazu, eine gesamte Qualitätsbewertung Ihres Projekts zu erstellen. Es gibt keinerlei Einstufungen oder Punktbewertungen.

Falls für Sie, Ihr Team und andere involvierte Akteur_innen eine solche Qualitätsübersicht wichtig ist, bevor sie entscheiden können, welche Aspekte durch partizipative Methoden verbessert werden sollen, kann es sinnvoll sein, zuerst ein stärker strukturiertes Instrument einzusetzen. Quality Action bietet eine Reihe von Instrumenten an, die zu diesem Zweck eingesetzt werden können (z. B. *Succeed*, QIP oder PIQA). Bitte informieren Sie sich unter www.qualityaction.eu und suchen Sie hier insbesondere ([die Anleitung zur Tool-Auswahl \(Tool Selection Guide\)](#)) auf.

Partizipative Qualitätsentwicklung Einführung und Überblick

Michael T. Wright, Martina Block, Hella von Unger

1 Hintergrund

Die lebensweltorientierte Gesundheitsförderung und Prävention stehen im Mittelpunkt internationaler Bestrebungen, sozial benachteiligte Gruppen besser zu erreichen. Im Sinne der Ottawa-Charta¹ sollen diese Maßnahmen Menschen befähigen, positive und negative Einflüsse auf ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit zu erkennen und entsprechend zu handeln. Maßnahmen dieser Art können nicht „von oben“ verordnet werden, sondern müssen notwendigerweise lokal entwickelt und an den Interessen der Menschen vor Ort orientiert sein, um sie für die Beteiligung an der Gestaltung und Ausrichtung der Maßnahmen gewinnen zu können². Denn nur ein hoher Grad an Partizipation trägt zu Wirksamkeit und Nachhaltigkeit lebensweltorientierter Maßnahmen bei³. Um lebensweltorientierte Maßnahmen vor allem bei sozial Benachteiligten zu umzusetzen, ist es in der Regel notwendig, die Kompetenzen der zu erreichenden Menschen und Zielgruppen im Sinne von Empowerment zu stärken und Strukturen zu schaffen, die es ihnen ermöglichen, die Ursachen für ihre gesundheitlichen Probleme zu benennen und angemessene Lösungsstrategien (mit) zu entwickeln⁴.

Die lebensweltorientierte Gesundheitsförderung und Prävention bei sozial Benachteiligten stellen für die Qualitätsentwicklung eine besondere Herausforderung dar, weil die charakteristischen niedrigschwelligen Interventionen sich kaum standardisieren lassen⁵. Ein weiteres Kennzeichen des Arbeitsfeldes ist die Vielfalt der Träger, Organisationsformen und Interventionsmethoden, die gewährleisten sollen, dass ein breites Spektrum an Zielgruppen in den unterschiedlichen Settings und unter Berücksichtigung lokaler Bedingungen erreicht wird⁶.

Ein viel versprechender Ansatz, eine angemessene, wissenschaftlich fundierte Qualität in der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung und Prävention zu fördern, ist die partizipative Forschung, die international unter dem Begriff *community-based participatory research* (CBPR) bekannt ist. Auch die partizipative Forschung stellt Befähigung, Kompetenzentwicklung und Partizipation in den Mittelpunkt. In einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxis, Geldgeber/inne/n und Zielgruppen sollen Gesundheitsprobleme erforscht und angemessene Interventionen entwickelt werden⁷. Vor allem im angloamerikanischen und skandinavischen Raum, aber auch in der Entwicklungszusammenarbeit werden partizipative Forschungsmethoden in der Gesundheitsforschung mit Erfolg angewendet⁸. In der deutschen Wissenschaft – auch in der deutschen Gesundheitsforschung – sind partizipative Forschungsmethoden bislang jedoch kaum vertreten⁹.

Im Rahmen von zwei Forschungsprojekten konnten wir die Machbarkeit einer partizipativ ausgerichteten Qualitätsentwicklung überprüfen. Das erste Forschungsprojekt¹⁰ wurde gemeinsam mit der Deutschen AIDS-Hilfe e. V. durch Förderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit reali-

siert. Das zweite Projekt¹¹, eine Kooperation zwischen unserer Forschungsgruppe und Gesundheit Berlin e. V., wurde mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Rahmen des Förderprogramms „Präventionsforschung“ durchgeführt. In beiden Projekten entwickelten wir partizipative Methoden der Qualitätsentwicklung und überprüften deren Umsetzbarkeit in der lebensweltorientierten Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Im ersten Projekt in Kooperation mit der Deutschen AIDS-Hilfe lag der Fokus auf Prävention von HIV/Aids. Das zweite Projekt mit Gesundheit Berlin e. V. umfasste ein breites Spektrum von Angeboten und Träger/inne/n, die Prävention und Gesundheitsförderung betreiben. Der zeitgleiche Verlauf der beiden Forschungsprojekte schaffte eine wissenschaftlich besonders vorteilhafte Situation, um partizipativ ausgerichtete Methoden unter sehr unterschiedlichen Bedingungen zu erproben. Das hier vorgestellte Konzept der Partizipativen Qualitätsentwicklung ist ein zentrales Ergebnis der beiden Forschungsprojekte.

2 Definition: Partizipative Qualitätsentwicklung

Partizipative Qualitätsentwicklung bedeutet eine ständige Verbesserung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgeber/inne/n und eventuell anderen wichtigen Akteur/inn/en. Ein Kennzeichen dieser Zusammenarbeit ist eine möglichst starke Partizipation der Projektmitarbeiter/innen und vor allem der Zielgruppen an den vier Phasen der Entwicklung von Maßnahmen: Bedarfsbestimmung, Interventionsplanung, Durchführung und Evaluation/Auswertung (s. Abbildung 1)¹².



Abbildung 1: Der Kreislauf der Partizipativen Qualitätsentwicklung

Partizipative Qualitätsentwicklung lebt maßgeblich vom lokalen Wissen der Beteiligten und unterstützt sie dabei, dieses Wissen zu nutzen, zu reflektieren und zu erweitern. Hierfür werden partizipative Methoden der Datenerhebung und Interventionsplanung eingesetzt, die maßgeschneidert, praktikabel, nützlich, partizipativ und abgesichert sein sollten.

Maßgeschneidert sind Verfahren, die auf spezifische lokale Bedingungen zugeschnitten sind: auf die Zusammensetzung der Zielgruppe, den Auftrag und das Selbstverständnis der Einrichtung, die Arbeitskapazitäten und die Angebots- und Einrichtungsstruktur.

Praktikabel sind Verfahren, die in einem zeitlich angemessenen Verhältnis zu den praktischen Ergebnissen stehen. Das heißt, sie nehmen nicht zu viel Zeit in Anspruch, ihr Umfang ist auf das Notwendige beschränkt und sie können ohne großen Aufwand in den Arbeitsablauf integriert werden.

Nützlich sind Verfahren, wenn sie Ergebnisse produzieren, die in konkrete Handlungsmöglichkeiten für die Praxis umgesetzt werden können, auch für die Verbesserung von laufenden Arbeitsprozessen.

Partizipativ sind Verfahren, die Perspektiven der Mitarbeiter/innen und Nutzer/innen (Zielgruppe) berücksichtigen. Das lokale Wissen der (potenziellen) Nutzer/innen soll soweit wie möglich in allen Projektphasen mit einbezogen werden.

Abgesichert bedeutet, dass die Verfahren einen kritischen Blick auf die gesundheitsfördernde bzw. präventive Maßnahme ermöglichen und dass sie wissenschaftlich anerkannte Methoden verwenden.

Im Hinblick auf die Nachweisbarkeit des Erfolgs von Interventionen liegt der Schwerpunkt der Partizipativen Qualitätsentwicklung auf lokaler, praxisbasierter Evidenz.

3 Lokales Wissen, lokale Theorien

Wir verstehen unter lokalem Wissen die bereits vorhandenen Erkenntnisse der Akteure und Akteurinnen vor Ort über die Zielgruppe und ihre Lebenswelt. Lebensweltexpert/inn/en sind dabei die Personen, die über ein Insider-Wissen zur Lebenslage der Zielgruppe verfügen. Diese sind in der Regel Mitglieder der Zielgruppe, können aber auch andere Personen sein, die intensivere Kontakte zur Zielgruppe haben und dadurch ihre Situation verstehen (z. B. je nach Setting und Zielgruppe: aufsuchende Projektmitarbeiter/innen, Kioskbesitzer/innen im Stadtviertel, Trainer/innen in Sportvereinen, Kneipenwirte und -wirtinnen etc.).

Auf Grundlage des lokalen Wissens werden im Rahmen der Partizipativen Qualitätsentwicklung Annahmen über die Gesundheitslage der Zielgruppe formuliert. Darauf aufbauend kann eine lokale Theorie entwickelt werden, die Folgendes beinhaltet:

- eine Beschreibung der Merkmale des Gesundheitsproblems vor Ort,
- eine Erläuterung der lokalen Ursachen des Gesundheitsproblems und
- Schlussfolgerungen für die Entwicklung von angemessenen Maßnahmen.

Im Gegensatz zu einer „allgemeinen“ wissenschaftlichen Theorie hat eine lokale Theorie nicht den Anspruch, größere gesellschaftliche Dynamiken oder Prozesse zu erklären. Dem entsprechend sind lokale Theorien weniger abstrakt und weniger umfassend. Das Ziel einer lokalen Theorie ist es, eine plausible Erklärung eines Gesundheitsproblems in einem spezifischen Zusammenhang (Setting) zu liefern. Dabei werden die konkreten, direkt erfahrbaren

Ausprägungen des Problems und die zugrunde liegenden Handlungen und Missstände beschrieben. Davon lassen sich spezifische Maßnahmen zur Beseitigung oder Minderung des Problems ableiten.

Lokales Wissen und lokale Theorien sind oft implizit und existieren selten in einer systematischen, schriftlichen Form. Durch Anwendung partizipativer Methoden der Datenerhebung und -auswertung werden implizite Erkenntnisse und Erklärungen explizit gemacht und überprüft.

4 Lokale Evidenz

Eine weitere Komponente der Partizipativen Qualitätsentwicklung ist die Herstellung von lokaler, praxisbasierter Evidenz.

In der Gesundheitswissenschaft soll für eine Intervention eine evidenzbasierte Praxis nachgewiesen werden, bevor diese Intervention für die Praxis empfohlen wird. Das bedeutet, es müssen ausreichende wissenschaftliche Nachweise (Evidenz) für die Intervention erbracht werden. Aus der Sicht zahlreicher Wissenschaftler sollen Experimente die beste Grundlage für die Nachweisbarkeit liefern: Durch kontrollierte Versuche wird eine Intervention daraufhin überprüft, ob sie eine quantifizierbare, statistisch signifikante Wirkung auf ein Gesundheitsproblem hat. Zusätzlich wird geschätzt, wie groß das Ausmaß dieser Wirkung bei der Zielgruppe sein wird. Experimente sind jedoch in der Gesundheitsförderung und Prävention oft nicht realisierbar, vor allem, wenn nicht nur verhaltens-, sondern auch verhältnisrelevante Aspekte berücksichtigt werden sollen¹³.

Als Alternative zur herkömmlichen evidenzbasierten Praxis entstand das Konzept der praxisbasierten Evidenz¹⁴. Die beiden Konzepte unterscheiden sich in der Verortung der Bestimmungsmacht: In der evidenzbasierten Praxis liegt die Bestimmungsmacht über die Erzeugung und Deutung von Daten zur Beurteilung der Praxis bei der Wissenschaft. Demgegenüber liefert praxisbasierte Evidenz aus den Strukturen und Logiken der Praxis heraus Nachweise über die Wirksamkeit von Interventionen, die für die Verbesserung der Praxis direkt anwendbar sind. Dabei spielt die Wissenschaft eine begleitende, aber keine bestimmende Rolle. Dieser Ansatz verspricht jeweils aktuelle Erkenntnisse, die sich in die praktische Arbeit integrieren lassen und dadurch die Lernprozesse der Praktiker/innen unmittelbar fördern.

Im Rahmen der Partizipativen Qualitätsentwicklung wird in erster Linie lokale Evidenz hergestellt. Das heißt, es werden Anhaltspunkte für die Wirksamkeit von Interventionen in einem spezifischen Zusammenhang, zu einem spezifischen Zeitpunkt und in einer spezifischen Lokalität geprüft, damit die Qualität der Arbeit einer Einrichtung vor Ort verbessert werden kann.

5 Zusammenarbeit in der Partizipativen Qualitätsentwicklung

Zusammenarbeit ist ein zentrales Merkmal der Partizipativen Qualitätsentwicklung. Hier liegt die Betonung auf der Partizipation aller Akteure und Akteurinnen, die für die Planung, Umsetzung und Evaluation/Auswertung von Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention wichtig sind. Die Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Geldgeber/inne/n und Projekt bildet den Kern: In diesem „Beziehungsdreieck“ werden spezifische Maßnahmen konzipiert und umgesetzt. In vielen Fällen sind auch andere Akteure und Akteurinnen am Entscheidungsprozess maßgeblich beteiligt¹⁵ (s. Abbildung 2).



Abbildung 2: „Beziehungsdreieck“ der Partizipativen Qualitätsentwicklung

Partizipative Qualitätsentwicklung schafft durch den Aufbau einer Kooperation zwischen den Akteur/inn/en eine Situation, in der die oft unterschiedlichen Interessen der Beteiligten benannt und Lösungen ausgehandelt werden können¹⁶. Eine starke Einbindung aller Akteure und Akteurinnen kann erst gewährleistet werden, wenn deutlich ist, wer (in welchem Ausmaß) an Entscheidungsprozessen beteiligt ist.

6 Zum Verständnis von Partizipation

Partizipation bedeutet im Zusammenhang mit der Partizipativen Qualitätsentwicklung nicht nur Teilnahme, sondern auch Teilhabe an Entscheidungsprozessen bis hin zur Entscheidungsmacht. Dazu gehört die Definitionsmacht und somit die Möglichkeit, das Gesundheitsproblem (mit-)bestimmen zu können, auf das die gesundheitsfördernden bzw. präventiven Maßnahmen abzielen. Je mehr Einfluss jemand auf einen Entscheidungsprozess nimmt, desto größer ist seine bzw. ihre Partizipation.

Diese Definition geht von der zentralen Forderung der Ottawa-Charta aus, Selbstbestimmung der Bürger und Bürgerinnen als Kern der Gesundheitsförderung zu realisieren. Sie basiert auch auf einer langjährigen Diskussion in der Stadtentwicklung und später in der Entwicklungszusammenarbeit über die Rolle von Bürgern und Bürgerinnen in der Realisierung von Maßnahmen, die ihre Umgebung verbessern sollen. Diese Diskussion wurde maßgeblich

von der Arbeit der US-Amerikanerin Sherry Arnstein beeinflusst, die in einem Artikel aus dem Jahr 1969 versucht, die Gründe für erfolgreiche Bürgerinitiativen zu identifizieren¹⁷. Ihre Schlussfolgerung lautet, dass Veränderungen in Wohnvierteln, die den Alltag der Anwohner/innen nachhaltig verbessern, erst dann verwirklicht werden, wenn die Bürger und Bürgerinnen ihre Lebensbedingungen (mit-)bestimmen können.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den genannten Forschungsprojekten und in Anlehnung an Sherry Arnstein und die Arbeit anderer Wissenschaftler/innen¹⁸ haben wir ein Stufenmodell der Partizipation entwickelt. Dieses ermöglicht es, partizipative Prozesse in der Gesundheitsförderung und Prävention auf Projektebene näher zu beschreiben. Partizipation ist keine Entweder/Oder-Option, sondern ein Entwicklungsprozess, der je nach den Praxisbedingungen im Projekt und den Lebensbedingungen der Zielgruppe unterschiedlich realisierbar ist. Durch Anwendung des Stufenmodells kann reflektiert werden, welche Stufe der Partizipation den jeweiligen Bedingungen und der Zielsetzung entspricht. Prinzipiell soll angestrebt werden, dass Projektmitarbeiter/innen sowie Vertreter und Vertreterinnen der Zielgruppen die höchstmögliche Stufe der Partizipation erreichen. In vielen Fällen sind jedoch (vorerst) nur Vorstufen der Partizipation realisierbar¹⁹ (s. Abbildung 3)

Die Partizipative Qualitätsentwicklung legt einen besonderen Schwerpunkt auf die Partizipation der Zielgruppen und Projektmitarbeiter/innen, weil diese Akteure und Akteurinnen über lokales Wissen verfügen und wesentlich zum Erfolg von Intervention beitragen. Sie sind zugleich jene Personen, die an der Entwicklung von Verfahren zur Qualitätssicherung oft nicht beteiligt sind.

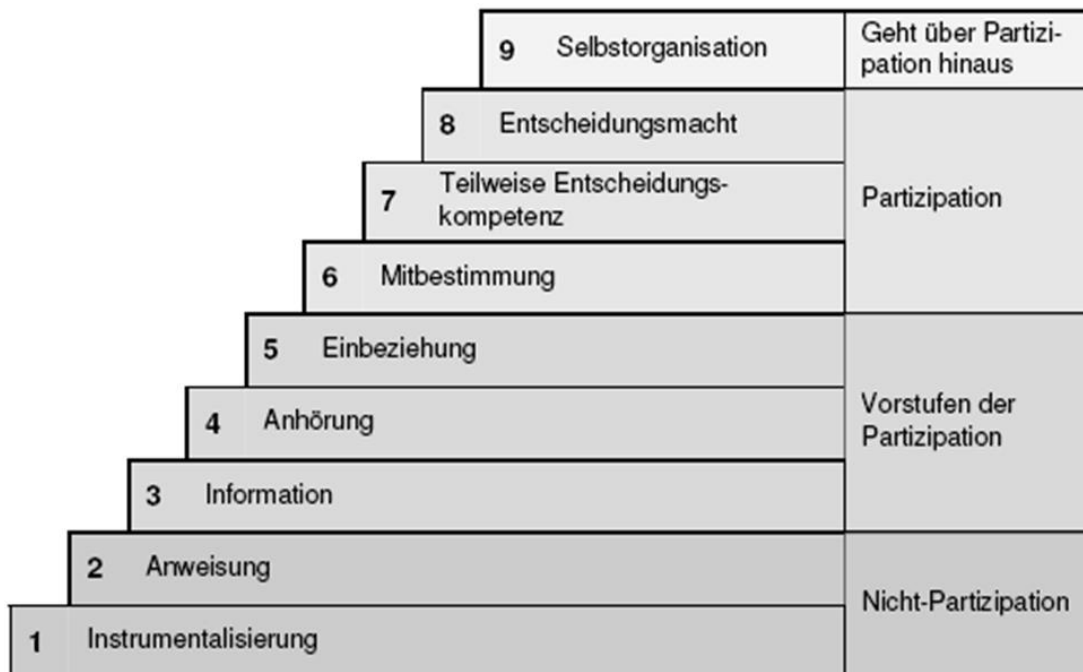


Abbildung 3: Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung und Prävention

7 Partizipative Qualitätsentwicklung in der Anwendung

Die Adressat/inn/en des Ansatzes der Partizipativen Qualitätsentwicklung sind in erster Linie die Praktiker/innen vor Ort, die für die Konzipierung und Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zuständig sind. Sie sollen durch Anwendung partizipativer Methoden in die Lage versetzt werden, ihre Arbeit qualitativ weiterzuentwickeln. Dass die Praktiker/innen direkt angesprochen werden, ist das erste charakteristische Merkmal des partizipativen Ansatzes: Die Anwendung der Methoden wird nicht „von oben“ – d. h. von einer Steuerungsebene über der Projektleitung –, sondern von den Mitarbeiter/inne/n, die den unmittelbaren Kontakt zur Zielgruppe haben, bestimmt. Das andere Charakteristikum des partizipativen Ansatzes ist, dass die Praktiker/innen ihre Arbeit durch eine möglichst starke Einbeziehung der Zielgruppe verbessern. Sowohl bei den Praktiker/inne/n als auch bei der Zielgruppe sollen eine Kompetenzentwicklung und ein Empowerment stattfinden: Die Praktiker/innen erwerben neue Fähigkeiten und ein stärkeres Selbstbewusstsein in der Beurteilung und der systematischen Weiterentwicklung ihrer Arbeit. Die Zielgruppe kann zunehmend ihre Situation artikulieren und sich für die notwendigen Änderungen in ihrer Lebenswelt einsetzen, z. B. durch Interventionen, die selbstständig oder zusammen mit den Projektmitarbeiter/inne/n konzipiert und realisiert werden.

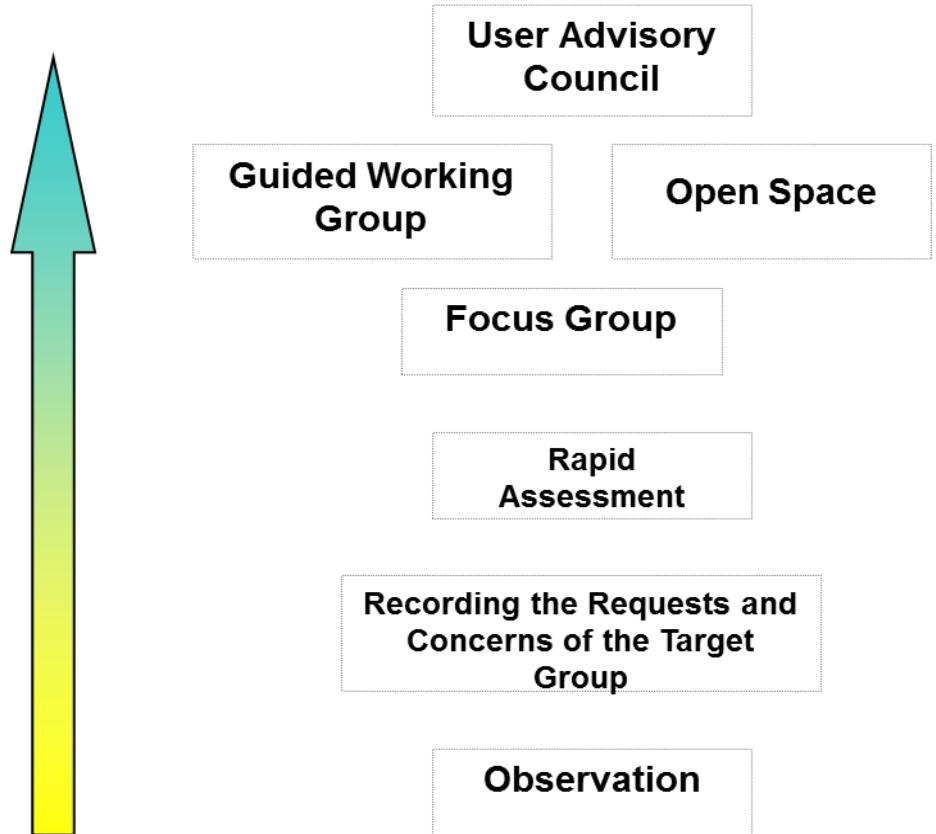
Im Mittelpunkt der Partizipativen Qualitätsentwicklung stehen die Lernprozesse der Projektmitarbeiter/innen und der Zielgruppen. Dementsprechend werden die Auswahl und Anwendung der Methoden von der Fragestellung sowie den Fähigkeiten und Interessen der Beteiligten bestimmt. Es gibt also kein vorab definiertes „Paket“ von Qualitätsentwicklungsmaßnahmen oder ein im Vorfeld festgelegtes Verfahren, das umgesetzt werden muss, um die Ansprüche der Partizipativen Qualitätsentwicklung zu erfüllen. Stattdessen wird eine Vielfalt an bewährten Methoden zur Verfügung gestellt, die von den Praktiker/inne/n verwendet werden können, um ihre selbst generierten Fragen zur Qualität ihrer Arbeit zu beantworten. Um die Praktiker/inne/n bei der Auswahl und Anwendung der Methoden zu unterstützen, werden folgende Hilfestellungen angeboten:

- Die Methoden werden nach Projektphasen geordnet
 - Bedarfsbestimmung
 - Interventionsplanung
 - Durchführung
 - Evaluation/Auswertung
- Zu jeder Methode werden Kurzinformationen bereitgestellt, um Aufwand, Anwendungsgebiete, Arbeitsschritte etc. zu verdeutlichen, und
- Beispiele aus der Praxis veranschaulichen Möglichkeiten für die Umsetzung der Methode

Die Palette der international entwickelten und erprobten partizipativen Methoden der Datenerhebung und -interpretation ist unüberschaubar. In unseren Forschungsprojekten haben wir uns auf Methoden konzentriert, die sich in der partizipativen Gesundheitsforschung bewährt haben und den Anliegen unserer Praxispartner/innen entsprechen. Ein weiteres Ziel der Methodenentwicklung war es, ein Spektrum an Partizipationsmöglichkeiten abzubilden: Einige Methoden verlangen einen hohen Grad an Engagement seitens der Projektmitarbei-

ter/innen und/oder der Zielgruppe, während andere eine niedrigere Stufe der Partizipation voraussetzen (s. Abbildung 4).

More Participatory



Less Participatory

Abbildung 4: Auswahl an partizipativen Methoden nach Grad der möglichen Partizipation

Diese Methoden wurden in den Forschungsprojekten auf drei Wegen zugänglich gemacht: Erstens wurden Praktiker/innen im Rahmen von Workshops in die Anwendung partizipativer Methoden eingeführt. Zweitens war für eine begrenzte Auswahl von Projekten eine zusätzlich wissenschaftliche Begleitung vor Ort möglich, um eine „maßgeschneiderte“ partizipativ angelegte Qualitätsentwicklungsstrategie zu konzipieren und umzusetzen. Drittens wurden internetbasierte Handbücher hergestellt, die in Zukunft von den Praktiker/inne/n genutzt und weiterentwickelt werden können²⁰. In den Workshops und den Beratungen wurden Methoden entwickelt und erprobt; die Ergebnisse dieser Prozesse wurden mediengerecht zur Veröffentlichung in den Internet-Handbüchern aufbereitet.

Die lokal gesteuerte Auswahl und Anwendung der möglichen partizipativen Methoden je nach Fragestellung, Fähigkeiten und Interessen der Praktiker/innen vor Ort bedeutet, dass der Verlauf der Partizipativen Qualitätsentwicklung individuell gestaltet wird. Die unterschiedlichen Prozesse haben jedoch das Streben nach Verbesserungen in der Arbeit durch

neue Erkenntnisse, die sich aus partizipativen Methoden ergeben, gemeinsam. Hier zwei Beispiele:

Beispiel 1: AIDS-Hilfe Bielefeld e. V.²¹

Die AIDS-Hilfe Bielefeld e. V. wurde von Juni 2006 bis Dezember 2007 im Zuge des Forschungsprojekts in Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe von Hella von Unger wissenschaftlich beraten. Dabei sollte eine Präventions-Aktion von „Herzenslust Bielefeld“ evaluiert werden. „Herzenslust Bielefeld“ ist Teil einer Initiative des Landesverbandes der Aids-hilfen in Nordrhein-Westfalen, bestehend aus ehrenamtlich engagierten Männern, die HIV-Prävention in der schwulen Szene durchführen. In einem ersten Schritt wurden die Ziele und Wirkungswege der Herzenslust-Aktion skizziert. Dann wurde ein Evaluationsdesign entworfen, das sowohl einen Vergleich zwischen verschiedenen Veranstaltungsorten (an denen die Aktion durchgeführt wurde) als auch einen Vergleich von verschiedenen Perspektiven (Kneipengäste, Herzenslust-Mitarbeiter, Beobachter/innen aus dem Publikum) vorsah (im Sinne der Triangulation). Die Gäste wurden mit einem Kurzfragebogen befragt (Blitzbefragung), die Herzenslust-Mitarbeiter notierten ihre Wahrnehmungen und Selbsteinschätzungen auf einem Bogen, und die „externen“ Beobachter/innen notierten ihre Beobachtungen auf einem Beobachtungsbogen. Die Daten wurden von Herzenslust-Mitarbeitern der AIDS-Hilfe Bielefeld erhoben und aufbereitet. Im Zuge der Auswertung wurden die verschiedenen Perspektiven und Rückmeldungen verglichen. Dadurch konnten die Stärken und Schwächen der Intervention identifiziert und Verbesserungsmöglichkeiten formuliert werden.

Beispiel 2: Präventionsteam Kinderschutz²²

Das Präventionsteam Kinderschutz des Jugendamtes im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg wurde von Januar 2006 bis Dezember 2007 von Martina Block zur Partizipativen Qualitätsentwicklung beraten. Beratungsgegenstand war die Prävention von Missbrauch und Gewalt an Kindern, die vom Präventionsteam durchgeführt wird. Die Beratung hatte zwei Zielsetzungen: die Erarbeitung von Wirksamkeitsnachweisen der Prävention bei der Zielgruppe und die ausführliche schriftliche Niederlegung und Zusammenführung der konzeptuellen Bausteine der präventiven Arbeit zur Verbesserung der inneren Klarheit und der Transparenz nach außen.

Zur Erarbeitung von Wirksamkeitsnachweisen wurde zunächst die Frage geklärt, welche Präventionsziele mit der Gewalt- und Missbrauchsprävention erreicht werden sollen. Das Präventionsteam tauschte sich über Visionen und Gesamtziele der Arbeit aus. Für jedes Modul der präventiven Intervention wurden die zu erreichenden Teilziele spezifiziert, die dann in die Dokumentationsbögen eingingen. Die teaminterne Diskussion der Visionen, der Gesamt- und Teilziele führte zur Formulierung eines Leitbildes. Die mehrfache Anwendung der entwickelten Dokumentationsbögen zeigte deren Übergenauigkeit und den immensen Zeitaufwand, sie zu bearbeiten. In einem Überarbeitungsprozess wurden sie der täglichen Praxis angepasst und zusammengefasst. Sie werden jetzt in den Projektmodulen vor allem im Sinne einer formativen Evaluation zur Optimierung der Intervention eingesetzt. Das Zusammenführen aller bestehenden und im Rahmen der Beratung entwickelten konzeptuellen Elemente mündete in einem ausführlichen Konzept des Präventionsteams. Eine komprimierte Fassung davon wurde als Broschüre vervielfältigt und dient der Außendarstellung.

8 Die Partizipative Qualitätsentwicklung im Vergleich zu anderen Ansätzen

Die Partizipative Qualitätsentwicklung erfindet die Qualitätssicherung nicht neu, sondern ist ein Ansatz, der in vieler Hinsicht mit anderen Ansätzen und Modellen kombinierbar ist bzw. Parallelen aufweist.

Die Partizipative Qualitätsentwicklung befürwortet die Grundprinzipien der Qualitätssicherung als Basis für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention, wie sie sich z. B. im EFQM-Modell wiederfinden²³. Das Modell wurde von der *European Foundation for Quality Management* (EFQM) als Orientierungshilfe für Organisationen entwickelt, die die Qualität ihrer Arbeit kontinuierlich überprüfen und verbessern wollen. Das Modell basiert auf einer ganzheitlichen Betrachtung der Organisation (Stichwort: *Total Quality Management*), die sich in einem Entwicklungsprozess hin zur „Exzellenz“ (hervorragenden Leistung) befindet. Auf Grundlage der Arbeitsergebnisse soll die Organisation Schlussfolgerungen für die Verbesserung ihrer Arbeit ziehen und diese in Form von neuen Ideen (Innovationen) umsetzen. Hier steht ein Prozess der Selbstbewertung im Mittelpunkt, in dessen Rahmen die Organisation regelmäßig und systematisch im Detail überprüft, inwieweit ihre Qualitätskriterien erfüllt wurden. Die Zufriedenheit von Mitarbeiter/innen und Kunden/innen spielt dabei eine bedeutende Rolle. Dies erfordert eine gewisse Partizipation von Mitarbeiter/innen und Kund/innen (Nutzer/innen, Zielgruppen) an den Qualitätsentwicklungsprozessen. In einer prägnanten Zusammenfassung wird das Modell von deren Erfindern so beschrieben:

„Das EFQM-Modell beschreibt, wie Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und Auswirkungen auf die Gesellschaft durch Führung erreicht werden, die Strategie und Planung, Mitarbeiterorientierung und Management der Ressourcen betreibt, sowie Qualitätssysteme und Prozesse, was zu Spitzenleistung bei den Geschäftsergebnissen führt.“²⁴

Qualität ist also ein Zusammenspiel von mehreren organisationsbedingten Faktoren, die ermöglichen, dass eine Einrichtung von ihren Erfahrungen lernt.

Partizipative Qualitätsentwicklung ist kein Ersatz für die Auseinandersetzung von Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention mit den oben genannten Themen des EFQM-Modells und dem damit verknüpften Streben nach Organisationsentwicklung. In vielen Fällen bietet die Partizipative Qualitätsentwicklung einen ersten Einstieg in diese Auseinandersetzung, vor allem bei kleineren Projekten, die noch nie das Thema Qualität in der Arbeit ausführlich diskutiert haben.

Problematisch an dem EFQM-Modell und ähnlichen generischen Darstellungen der Qualitätssicherung ist, dass der arbeitsbereichsspezifische Diskurs nicht beachtet wird²⁵. Der besondere Beitrag der Partizipativen Qualitätsentwicklung liegt darin, die Charakteristika der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung und Prävention – vor allem Partizipation, Kompetenzentwicklung und Empowerment – in den Mittelpunkt zu stellen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Frage der „Evidenz“, die nicht nur die Diskussion um lebensweltorientierte Projekte, sondern alle Maßnahmen des Gesundheitswesens betrifft. Dementsprechend liegt die Betonung der Partizipativen Qualitätssicherung auf der Gestaltung lokaler Prozesse der Wissensgenerierung, die durch Anwendung partizipativer Methoden der Da-

tengewinnung und -interpretation eine möglichst starke Beteiligung der Menschen vor Ort ermöglichen. Kurz gesagt: die Partizipative Qualitätsentwicklung versteht Partizipation als Kernprinzip der Qualitätssicherung im Bereich der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung und Prävention. Daher soll Partizipation bei allen Phasen der Interventionsplanung und -durchführung realisiert werden, um die Kompetenzentwicklung und das Empowerment der Projektmitarbeiter/innen und -nutzer/innen zu fördern und zugleich die Wissensbasis für die Weiterentwicklung der Arbeit zu erweitern²⁶.

Die Partizipative Qualitätsentwicklung ist daher eine sinnvolle Ergänzung zu generischen Qualitätsentwicklungsverfahren für Projekte der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung und Prävention. Gemeint sind nicht nur EFQM und andere nicht fachspezifische Modelle oder Verfahren (z. B. ISO), sondern auch andere in der sozialen Arbeit weit verbreitete Methoden der Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung wie Supervision, Intravision, Teambesprechungen, diverse Formen der Falldokumentation etc. Zu den generischen Modellen und Verfahren gehören auch gesundheitsspezifische Varianten (z. B. „quintessenz“ von Gesundheitsförderung Schweiz²⁷) und das *Swiss Model for Outcome Classification*²⁸. Alle genannten Methoden, Modelle und Verfahren werden selten (konsequent) partizipativ eingesetzt. Hier bietet die Partizipative Qualitätsentwicklung die Möglichkeit, den Grad der realisierten Partizipation zu überprüfen, Korrekturen vorzunehmen und neue Entwicklungswege aufzuzeigen, die die Perspektiven aller Beteiligten – vor allem der Zielgruppe und der Projektmitarbeiter/innen – stärker berücksichtigen. Die dabei eingesetzten Methoden werden nicht standardisiert vorgegeben, sondern im Prozess gemeinsam (weiter-)entwickelt und angepasst.

So gesehen steht die Partizipative Qualitätsentwicklung in der Tradition der Selbstevaluation, da sie niedrigschwellig eine datengestützte, systematische Weiterentwicklung von Angeboten ermöglicht und dadurch den Zweck des Monitoring auch für kleinere Einrichtungen erfüllt. Sie unterscheidet sich jedoch von der Selbstevaluation in der sozialen Arbeit²⁹) wie folgt:

- Sie umfasst nicht nur die Evaluation, sondern alle Phasen der Projektentwicklung und -durchführung.
- Neben der Perspektive der Praktiker/innen vor Ort werden auch die Perspektiven anderer wichtiger Akteure und Akteurinnen, vor allem der Zielgruppen, im Prozess berücksichtigt.
- Sie nimmt einen expliziten Bezug auf die projektübergreifende Diskussion zur Wirksamkeit (Evidenz).

Die Partizipative Qualitätsentwicklung kann entweder als Alternative oder als ergänzende Maßnahme zu externen Gutachten eingesetzt werden. Wenn der Gutachtenprozess als freiwillige Hilfestellung für Projekte angeboten wird – wie z. B. bei QIP, Qualität in der Prävention³⁰ – ist die Partizipative Qualitätsentwicklung eine sinnvolle Ergänzung. Ausgehend von den Befunden des Gutachtens können Projektmitarbeiter/innen Fragestellungen formulieren, die dann durch partizipative Methoden bearbeitet werden können. Ein Gutachten, das sich nicht als Hilfestellung versteht, sondern als Außenkontrolle mit vorgeschriebenen Konsequenzen für die betroffenen Mitarbeiter/innen eingesetzt wird, ist mit den Grundsätzen

der Partizipativen Qualitätsentwicklung nicht vereinbar. In dem Fall stellt die Partizipative Qualitätsentwicklung eine Alternative zum Gutachtenverfahren dar.

Die Partizipative Qualitätsentwicklung steht im Konflikt mit Maßnahmen der Qualitätssicherung – egal welcher Couleur –, die „von oben und außen“ vorgegeben werden, d. h. von einer höheren Steuerungsebene über der Projektleitung. Nach dem Grundsatz der Partizipativen Qualitätsentwicklung stehen die Projektmitarbeiter/innen und Zielgruppenvertreter/innen im Mittelpunkt aller Bestrebungen der Verbesserung der Angebote; das bedeutet Qualitätsentwicklung „von unten und innen“³¹. In unseren Forschungsprojekten hat es sich als großes Hindernis bei der Umsetzung der Partizipativen Qualitätsentwicklung herausgestellt, wenn seitens der Steuerungsebene – ob im Projekt, bei dem Träger/der Trägerin oder bei dem Geldgeber/der Geldgeberin – eine Partizipation der Projektmitarbeiter/innen und Zielgruppenvertreter/innen nicht vorgesehen war.

Erkenntnistheoretisch ist die Partizipative Qualitätsentwicklung von dem in der Einführung erwähnten Ansatz der experimentellen Überprüfung von Interventionen zu unterscheiden. In Anlehnung an die Diskussion um evidenzbasierte Medizin (EBM) hat sich in den letzten Jahren vor allem im angloamerikanischen Raum der Anspruch nach experimentell erprobten sozialen Interventionen etabliert. Bei diesem Ansatz werden Interventionen von der Wissenschaft konzipiert, systematisiert und in Zusammenarbeit mit Praktiker/innen und Zielgruppen vor Ort unter experimentellen Bedingungen getestet, analog zum Verfahren der Entwicklung von neuen Medikamenten. Das Ziel ist, standardisierbare Interventionen zu entwickeln, die dann verbreitet werden können. Im Kontrast hierzu stellt die Partizipative Qualitätsentwicklung die Standardisierbarkeit von sozialen Interventionen prinzipiell in Frage und versucht durch den Aufbau geeigneter Strukturen und die Bereitstellung von Methoden, die Lernprozesse der Praktiker/innen vor Ort so zu unterstützen, dass sie wirksame, lokale Lösungen für Gesundheitsprobleme entwickeln können³².

9 Offene Fragen und Ausblick

Die Ergebnisse unserer bisherigen Forschungstätigkeiten zeigen, dass partizipativ ausgerichtete Forschungsmethoden zur Qualitätsentwicklung im Bereich der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung und Prävention wesentlich beitragen können. Durch Anwendung der Konzepte und Methoden der Partizipativen Qualitätsentwicklung ist es möglich, die Besonderheiten des lebensweltorientierten Arbeitens – vor allem Partizipation, Kompetenzbildung und Empowerment – im Dienste der Verbesserung von Interventionen systematisch zu berücksichtigen. Dadurch wurde der erste Schritt zu einer erfolgreichen Übertragung international bewährter partizipativer Forschungsmethoden auf deutsche Praxisverhältnisse gemacht. Es gilt, noch weitere praktische und wissenschaftliche Herausforderungen zu bewältigen, um Partizipative Qualitätsentwicklung in der Qualitätssicherungslandschaft zu etablieren. Hierzu gehören vor allem die Anwendung der Partizipativen Qualitätsentwicklung als Steuerungsinstrument, die Generalisierbarkeit (Verallgemeinerbarkeit) der Ergebnisse aus lokalen, partizipativen Prozessen und die Fundierung einer partizipativen Wissenschaft.

Anwendung der Partizipativen Qualitätsentwicklung als Steuerungsinstrument: Die Methodenentwicklung und die Machbarkeitsprüfung fanden auf der lokalen Ebene der Projektarbeit statt, die auch im Mittelpunkt des partizipativen Ansatzes steht. In einem nächsten Schritt ist zu überprüfen, wie die Partizipative Qualitätsentwicklung von Steuerungs- und Mittelvergabestrukturen als Teil einer projektübergreifenden Qualitätssicherungsstrategie eingesetzt werden kann. Die Herausforderung liegt darin, vordergründig lokale Lernprozesse zu fördern und gleichzeitig projektunabhängige Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsziele zu entwickeln. Hierfür wäre es notwendig, dass Einrichtungen, die für Steuerung und/oder Mittelvergaben zuständig sind, Möglichkeiten für die Integration partizipativer Methoden der Qualitätsentwicklung in ihre Arbeit schaffen und den Nutzen dieser Methoden für Aufgaben der Steuerung und Mittelvergaben überprüfen (z. B. im Rahmen eines Modellprojekts). Bisher werden fast ausschließlich standardisierte Verfahren von diesen Einrichtungen verwendet, die nicht das Lokale fokussieren, sondern dem Orts- bzw. Settingübergreifenden den Vorrang geben.

Generalisierbarkeit (Verallgemeinerbarkeit) der Ergebnisse partizipativer Prozesse: Diese Herausforderung hat einen praktischen und einen wissenschaftlichen Aspekt. Der praktische Aspekt bezieht sich auf die oben gestellte Steuerungsfrage. Über lokale Indikatoren des Nutzens der Partizipativen Qualitätsentwicklung hinaus müssen projektübergreifende Indikatoren erarbeitet werden, die den Nutzen der Partizipativen Qualitätsentwicklung für einen gesamten Arbeits- oder Themenbereich (z. B. HIV-Prävention bei Jugendlichen oder Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten) abbilden. Diese Notwendigkeit wirft die wissenschaftliche (erkenntnistheoretische) Frage auf: Welche Ergebnisse aus partizipativen Prozessen sind überhaupt generalisierbar und auf welcher Ebene? Lokales Wissen und lokale Evidenz sind sinnvolle Konzepte, um das Lernen vor Ort zu beschreiben, aber wie werden die lokal gewonnenen Erkenntnisse systematisch zusammengetragen und verbreitet, um den allgemeinen Kenntnisstand in einem Arbeitsbereich zu erweitern?

Fundierung einer partizipativen Wissenschaft: Im Gegensatz zu experimentellen, quantitativen Verfahren hat die partizipative Gesundheitsforschung noch keine allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards erarbeitet³³. Das neu konstituierte Netzwerk für partizipative Gesundheitsforschung bietet eine Möglichkeit, dieses Ziel zu verfolgen. Eine internationale Vernetzung ist ebenfalls in Planung: *International Collaboration on Community-Based Participatory Research for Health*. Analog zur *Cochrane Collaboration*, einer internationalen Einrichtung zur Setzung von Standards im Bereich der quantitativen Gesundheitsforschung, soll die *International Collaboration on CBPR* Fragen der Qualität in der partizipativen Gesundheitswissenschaft beantworten. An beiden Vorhaben nehmen der Autor und die Autorinnen dieses Artikels maßgeblich teil.

Die Überwindung der genannten wie auch weiterer Herausforderungen in der Umsetzung und Weiterentwicklung des partizipativen Ansatzes in der Qualitätsentwicklung ist nur möglich, wenn Praktiker/innen, Zielgruppenvertreter/innen, Geldgeber/innen und Wissenschaftler/innen sich der Aufgabe widmen, die heute noch eingeschränkte Partizipation in der Praxis der lebensweltorientierten Gesundheitsförderung und Prävention kritisch zu hinterfragen und neue Möglichkeiten für ein partizipatives Zusammenarbeiten gemeinsam zu entwickeln.

- ¹ WHO, 1986
- ² Greenwood et al., 1993; Minkler & Wallerstein, 2003
- ³ US Department of Health and Human Services, 2003; Israel et al., 1998; Israel et al., 2006
- ⁴ Israel et al., 2006; Viswanathan et al., 2004; US Department of Health and Human Services, 2003
- ⁵ vgl. Sachverständigenrat, 2007
- ⁶ Kilian et al., 2004
- ⁷ vgl. Kriterien der CBPR von Israel et al., 2003
- ⁸ s. Überblick bei Wright, 2004; vgl. Viswanathan, et al. 2004; Gernmann, et al. 1996; Klinger & Steigerwald, 1998
- ⁹ Unger, von et al., 2007
- ¹⁰ „Strukturen zur Stärkung der Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention der AIDS-Hilfen“, Förderkennzeichen: GZ Z2/25.5X/2006, Zeitraum: 01.05.2006 – 31.08.2008.
- ¹¹ „Erfahrung nutzen – Wissen vertiefen – Praxis verbessern. Partizipative Entwicklung der Qualitätssicherung und Evaluation in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, Förderkennzeichen: GFEL01062904/01EL0416, Zeitraum: 01.05.2005 – 31.12.2008.
- ¹² vgl. „Public Health Action Cycle“ in Rosenbrock & Gerlinger, 2004
- ¹³ Sachverständigenrat, 2007
- ¹⁴ z. B. Green, 2006; Olsen et al., 2007
- ¹⁵ vgl. Deinet et al., 2008
- ¹⁶ vgl. Seibold et al. 2008; Roberts, 2004; Wandersman et al., 1997
- ¹⁷ Arnstein, 1969.
- ¹⁸ insbesondere Hart, 1997; Trojan, 1988
- ¹⁹ für Beispiele s. Forschungsgruppe Public Health & Gesundheit Berlin, 2008
- ²⁰ Forschungsgruppe Public Health & Gesundheit Berlin, 2008; Forschungsgruppe Public Health & Deutsche AIDS-Hilfe, 2008)
- ²¹ Unser Dank geht an Peter Struck, Geschäftsführer der AIDS-Hilfe Bielefeld, und Kolleg/inn/en für dieses Beispiel.
- ²² Wir bedanken uns bei Ilse Haase und Elke Markert vom Präventionsteam Kinderschutz für dieses Beispiel.
- ²³ EFQM, 2007
- ²⁴ EFQM, zitiert in BMSFJ, 2000, S. 9
- ²⁵ vgl. Wright & Block 2005
- ²⁶ vgl. Laverack & Labonte, 2000
- ²⁷ Gesundheitsförderung Schweiz, 2008
- ²⁸ nach Spencer et al., 2007
- ²⁹ z. B. König, 2000
- ³⁰ Kliche et al., 2006
- ³¹ vgl. Rosenbrock, 2008
- ³² vgl. Wright, 2006
- ³³ vgl. Unger, von et al., 2007

Literatur

Arnstein, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Planning Association, 35(4), 216-224.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2000). Qualitätsentwicklung in der ambulanten Kinder- und Jugendhilfe. QS Nr. 30. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. Berlin: BFSFJ.

Deinet, U., Szlapka, M. & Witte, W (2008). Qualität durch Dialog. Bausteine kommunaler Qualitäts- und Wirksamkeitsdialoge. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

European Foundation for Quality Management. (EFQM) (2007) Exzellenz bewerten. Frankfurt: Deutsches EFQM-Center.

Forschungsgruppe Public Health & Deutsche AIDS-Hilfe (2008). Qualität praxisnah und partizipativ entwickeln. Interaktive Plattform der Qualitätsentwicklung in der Primärprävention von Aidshilfen: www.qualitaet.aidshilfe.de

- Forschungsgruppe Public Health & Gesundheit Berlin (2008). Partizipative Qualitätsentwicklung. Internethandbuch. www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de
- Gernmann, D., Gohl, E. & Schwarz, B. (1996). Participatory Impact Monitoring. Eschborn: GATE/ GTZ.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2008). quint-essenz. Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung: www.quint-essenz.ch
- Green, L.W. (2006). Public Health Asks of Systems Science: To Advance Our Evidence-Based Practice, Can You Help Us Get More Practice-Based Evidence? American Journal of Public Health, 96, 406–409.
- Greenwood, D., Whyte, W.F. & Harkavy, I. (1993). Participatory Action Research as a Process and as a Goal. Human Relations, 46(2), 171-191.
- Hart, R. (1997). Children's Participation: The Theory and Practice of Involving Young Citizens in Community Development and Environmental Care. New York: UNICEF.
- Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A. & Becker, A.B. (1998). Review of Community-Based Research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. Annual Review of Public Health, 19, 173-202.
- Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A., Becker, A.B., Allen, A.J., & Guzman, J.R. (2003). Critical Issues in Developing and Following Community-Based Participatory Research Principles. In M. Minkler, N. Wallerstein (Hg.), Community-Based Participatory Research for Health (S. 56-73). San Francisco: Jossey-Bass.
- Israel, B.A., Krieger, J., Vlahov, D., Ciske, S., Foley, M., Fortin, P., Guzman, J.R., Lichtenstein, R., McGranaghan, P., Palermo, A. & Tang, G (2006). Challenges and Facilitating Factors in Sustaining Community-Based Participatory Research Partnerships: Lessons Learned from the Detroit, New York City and Seattle Urban Research Centers. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 83 (6), 1022-1040.
- Kilian, H., Geene, R., Philippi, T. & Walter, D. (2004). Die Praxis der Gesundheitsförderung im Setting. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel, A. Schröer (Hg.), Primprävention im Kontext sozialer Ungleichheit (S. 151-230). Bremerhaven: NW-Verlag.
- Kliche, T., Töppich, J. et al. bitte weitere Autoren nennen: bei bis zu sechs Autoren alle auflisten, bei sieben und mehr Autoren: die ersten sechs nennen und „et al.“ (2004 im Text: 2006). Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen und Lösungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47, 125-132.
- Klinger, E. & Steigerwald, V. (1998). Project Monitoring: An Orientation for Technical Cooperation Projects. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ), Strategic Corporate Development Unit.
- König, J. (2000). Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis Sozialer Arbeit. Freiburg: Lambertus.
- Laverack, G. & Labonte, R. (2000). A Planning Framework for Community Empowerment Goals Within Health Promotion. Health Policy and Planning, 15(3), 255-262.
- Minkler, M., Wallerstein, N. (Hg.) (2003). Community-Based Participatory Research for Health. San Francisco: Jossey-Bass.
- Olsen, L.A., Aisner, D. & McGinnis, J.M. (Hg.) (2007). The Learning Healthcare System: Workshop Summary (IOM Roundtable on Evidence-Based Medicine). Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Sciences.
- Roberts, J.M. (2004). Alliances, Coalitions and Partnerships: Building Collaborative Organizations. Gabriola Island/British Columbia: New Society Publishers.

Rosenbrock, R. (2008). Prävention mit Qualität. Eine Präsentation auf dem Kongress „Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten – mit Qualität“ (gemeinsamer Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V., Februar 2008): <http://www.qs-kongress.de/>

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2004) Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Verlag Hans Huber.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Seibold, C., Loss, J., Eichhorn, C., Nagel, E. (2008). Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit- und Lebensmittelsicherheit.

Spencer, B., Broesskamp-Stone, U. et al. (2007). Modelling the Results of Health Promotion Activities in Switzerland: Development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promotion International*, 23(1), 86-97.

Im Text kein Verweis auf Stevenson et al.

Trojan, A. (1988) „12-Stufen-Leiter der Bürgerbeteiligung“ In BZgA (2003) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.

Unger, H. von, Block, M. & Wright, M.T. (2007). Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht. In der Reihe „Discussion Papers“. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality (2003). Creating Partnerships, Improving Health: The Role of Community-Based Participatory Research. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

Viswanathan, M., Ammerman, A., Eng, E., Gartlehner, G., Lohr, K.N., Griffith, D. et al. (2004). Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 99. AHRQ Publication Number 04-E022-1, August 2004. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Wandersman, A., Goodman, R.M. & Butterfoss, F.D. (1997). Understanding Coalitions and How They Operate: An “Open Systems” Organizational Framework. In M. Minkler (Hg.), *Community Organizing and Community Building for Health* (S. 261-277). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

World Health Organization (WHO) (1986). Ottawa-Charta zur³³ Gesundheitsförderung. Kopenhagen: WHO Europa.

Wright, M.T. (2004). Partizipative Qualitätssicherung und Evaluation für Präventionsangebote in Settings. In R. Rosenbrock, M. Bellwinkel, A. Schröer (Hg.), *Primäre Prävention im Kontext sozialer Ungleichheit* (S. 297-346). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW für Neue Wissenschaft.

Wright, M.T. (2006). Auf dem Weg zu einem theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, 43, 55-73.

Wright, M.T. & Block, M. (2005). Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention. In der Reihe „Discussion Papers“. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.