

## 1.4 Zur Evidenz für Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen

Christina DIETSCHER

### Einleitung: Zum Evidenzbegriff

Mit dem Siegeszug der Evidenzbasierten Medizin ab den 1970er Jahren (vgl. Cochrane 1972) hat die Forderung nach Wirknachweisen von Interventionen – auch als Grundlage für Investitionsentscheidungen – zunehmend Einzug ins Gesundheitswesen gehalten, zuerst in der Medizin, dann auch in der Pflege. Auch Gesundheitsförderung steht in diesem medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Umfeld unter zunehmendem Evidenzdruck. Allerdings sind die **methodischen Ansprüche des klinischen Evidenz-Konzeptes** (vgl. Tabelle 3 unten) **nur bedingt auf Gesundheitsförderung übertragbar**.

**Tabelle 3: Unterschiedliche Ebenen der Evidenz**

Level 1	● Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Überblicksarbeiten (Meta-Analysen) auf Basis zahlreicher randomisiert-kontrollierter Studien.
Level 2	● Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten Kontrollstudie.
Level 3	● Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien, ohne randomisierte Gruppenzuweisung.
Level 4a	● Es gibt Nachweis für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten.
Level 4b	● Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees.

(Quelle: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Deutschland / zitiert nach Wikipedia, Zugriff am 03.07.2008)

Zumindest der als Goldstandard angesehene Level 1 (Wirksamkeitsnachweise, die auf Meta-Analysen randomisierter Kontrollstudien beruhen) ist, ebenso wie auch Level 2 (einzelne randomisierte Kontrollstudien) in der Gesundheitsförderung nur zum Teil anwendbar. Dies liegt an der komplexen Natur von Gesundheitsförderungsmaßnahmen: Während klinische Interventionen häufig rein personenorientiert und bei ausreichend großen Fallzahlen vergleichsweise leicht nach bestimmten personenbezogenen Faktoren wie Alter, Geschlecht, soziale Schicht, Komorbidität kontrolliert werden können, trifft dies auf viele Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht zu – vor allem dann, wenn **Interventionen sowohl personen- als auch umweltbezogen** sind und zur Erreichung ein und desselben Ziels (z.B. Rauchstopp) eine Kombination verschiedener Strategien – wie Informations- und Schulungsmaßnahmen, Rauchverbote in Gebäuden, etc. – zum Einsatz kommt. Zudem können Gesundheitsförderungsinterventionen kaum in einem wirklichen Kontrolldesign, d.h. abgeschirmt von potenziellen externen Einflussfaktoren<sup>15</sup> durchgeführt werden. Es ist also methodisch äußerst schwierig, beobachtbare Wirkungen tatsächlich eindeutig einer komplexen Intervention zuzuschreiben. Jedenfalls bedarf es teurer, aufwändiger und langfristiger<sup>16</sup> Forschungsdesigns, um zu einigermaßen verlässlichen Aussagen über die Wirksamkeit solcher Interventionen zu kommen. Vor allem bei **Maßnahmen mit einem Fokus auf Organisations- und Settingsentwicklung** wird dies zusätzlich dadurch erschwert, dass kaum geeignete Kontrollgruppen (d.h. weitere intervenierte und nicht intervenierte Organisationen oder Settings) in ausreichend großer Anzahl gefunden werden können.

<sup>15</sup> So darf etwa der Einfluss der Tabakpreise auf die Größe der Raucherpopulation einer Gesellschaft nicht unterschätzt werden.

<sup>16</sup> Die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen (z.B. die Wirkung von Lebensstilschulungen bei Kindern und Jugendlichen auf die langfristige Entwicklung gesunder Lebensstile) zeigt sich oft erst Jahre nach der Intervention.

Für diese **komplexen, multistrategischen Gesundheitsförderungsmaßnahmen** muss man sich daher aufgrund der methodischen Einschränkungen mit aus klinischer Perspektive **niederen Evidenzniveaus** zufrieden geben. **Für sehr spezifische personenorientierte, eher klinische Maßnahmen gibt es hingegen durchaus gute Evidenzniveaus für Gesundheitsförderungsinterventionen.**

Im Folgenden wird die Evidenz für Maßnahmen zur Förderung der unterschiedlichen Zielgruppen des Konzeptes „Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtung“ anhand ausgewählter Beispiele diskutiert.

## Evidenz für unterschiedliche Zielgruppen

### PatientInnen

Patientenorientierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen umfassen

- die Unterstützung der PatientInnen im persönlichen Gesundheitsmanagement in der Einrichtung (Strategie PAT-1)
- den Einbau von Prinzipien der Gesundheitsförderung (v.a. umfassendes Gesundheitsverständnis, Empowerment, Partizipation) in die allgemeinen Dienstleistungen (Strategie PAT-2)
- die Ergänzung der klinischen Grundleistungen um allgemeine und spezifische Gesundheitsförderung (vgl. dazu Tonnesen et al. 2005), d.h. das Empowerment von PatientInnen zur Lebensstilentwicklung (Strategie PAT-5) und zum Krankheitsmanagement (Strategie PAT-4)
- die Weiterentwicklung der Gesundheitseinrichtung zu einem gesundheitsförderlichen Umfeld (Strategie PAT-3) und
- Beiträge zur patientenorientierten Weiterentwicklung der Region (Strategie PAT-6). (vgl. dazu auch Kapitel 1.2 oder Pelikan et al. 2006)

Neben verbesserten klinischen Outcomes sind wesentliche Ergebnisse, die mit diesen Maßnahmen erzielt werden sollen, auch gesteigertes Wohlbefinden und mehr Zufriedenheit, mehr Compliance und eine bessere Gesundheitskompetenz der PatientInnen. Untersuchungen zur Evidenz von Gesundheitsförderungsmaßnahmen müssen daher auch auf diese Dimensionen Bezug nehmen.

---

### Personenorientierte Maßnahmen für PatientInnen

---

Für einzelne, sehr **spezifische personenorientierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen** sind für Gesundheitsförderung bei PatientInnen durchaus **hohe Evidenzniveaus** im Sinne des EBM-Konzeptes zu erreichen. Entsprechende Studien führt zum Beispiel das **WHO-Kooperationszentrum für Evidenzbasierte Klinische Gesundheitsförderung in Kopenhagen** durch. So ist etwa belegt, dass Rauchstopp-Intervention vor einem chirurgischen Eingriff Komplikationen nach dem Eingriff reduzieren können. Generell ist das Evidenzniveau für die Wirksamkeit systematischer Lebensstilinterventionen in klinischen Settings, wie z.B. Alkohol-, Ernährungs- und Bewegungsschulungen, hoch (vgl. Tonnesen et al. 2005).

Darüber hinaus gibt es aber auch zahlreiche Belege für Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die noch stärker an den Kernleistungen von Gesundheitseinrichtungen ansetzen. So steht etwa die positive Gesundheitswirkung von professionellem Schmerzmanagement ebenso außer Frage wie die Wirksamkeit spezifischer präoperativer Patientenschulungen (z.B. Aufbau der Rückenmuskulatur vor Rückenoperationen), wodurch Risiken während des Eingriffs reduziert und die Heilung nach dem Eingriff beschleunigt werden können

(vgl. Tonnesen 2008)<sup>17</sup>. Tonnesen et al. (2005) leiten aus diesen Erkenntnissen eine Reihe evidenzbasierter **Handlungsempfehlungen für allgemeine patientenbezogene Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen** (vgl. HPH-Kernstrategie PAT-5) ab, die in Tabelle 4 aufgelistet sind:

**Tabelle 4: Evidenzbasierte Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen (nach Tonnesen et al. 2005)**

Interventionsbereich	Empfohlene Interventionen:
Rauchen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identifikation von RaucherInnen und ihrer Rauchgeschichte</li> <li>● Mündliche und schriftliche Information über die schädlichen Effekte des Rauchens und die positiven Effekte des Rauchstopps sowie über Möglichkeiten der Rauchentwöhnung</li> <li>● Beratung und Empfehlungen zum Rauchstopp</li> <li>● Maßnahmen zum Rauchstopp als integrierter Bestandteil der Behandlung</li> </ul>
Alkohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identifikation von Personen mit problematischem Trinkverhalten gemäß ICD-10-Kriterien</li> <li>● Mündliche und schriftliche Information über die schädlichen Effekte des Alkoholabusus und die positiven Effekte der Alkoholentwöhnung sowie über entsprechende Möglichkeiten</li> <li>● Für Personen mit problematischem Trinkverhalten: Empfehlungen zur Entwöhnung oder zur Mengenreduktion</li> <li>● Angebot von Kurzinterventionen oder Überweisung an entsprechende Fachabteilungen</li> </ul>
Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identifikation von PatientInnen mit Bewegungsmangel</li> <li>● Bewegungsberatung gemäß internationaler Empfehlungen und Leitlinien</li> <li>● Systematische Trainingsprogramme für besonders betroffene Patientengruppen (v.a. Personen mit Herz- und Lungenerkrankungen, DiabetikerInnen, chirurgische und psychiatrische PatientInnen, unter- und übergewichtige Personen)</li> </ul>
Ernährung / Untergewicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identifikation von unterernährten PatientInnen oder einem Risiko für Unterernährung</li> <li>● Initiierung entsprechender Ernährungsmaßnahmen, Beobachtung von Körpergewicht und Ernährungsverhalten während des Aufenthalts</li> <li>● Bei Entlassung: Information zum Ernährungsstatus an Hausarzt, pflegende Angehörige</li> </ul>
Ernährung / Übergewicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identifikation übergewichtiger PatientInnen: Screening auf Diabetes und andere Komplikationen</li> <li>● Beratung zu Ernährung und Bewegung</li> <li>● Systematische Trainingsprogramme für betroffene Patientengruppen</li> <li>● Sicherstellung des Follow-Up in der Weiterbetreuung nach Entlassung</li> </ul>

Zumindest noch ein weiterer allgemeiner Gesundheitsförderungsansatz mit hohem Evidenzniveau verdient hier Erwähnung, und zwar die Förderung des Stillens im Rahmen der Geburtshilfe. Stillen hat ja nachweislich Langzeitwirkungen auf die Entwicklung des Immunsystems von Menschen, und durch gezielte Information und Schulungen kann die Stillrate nachweislich erhöht werden. Diese Erkenntnis ist Grundlage des UNICEF-Programms „Baby Friendly Hospitals“ (UNICEF 2008).

<sup>17</sup> Derartige Studien werden seit vielen Jahren für unterschiedliche medizinische / chirurgische Bereiche durchgeführt und bestätigen immer wieder die positiven Effekte von Patientenschulungen vor medizinischen Eingriffen (vgl. z.B. Wimmer / Pelikan 1984).

Darüber hinaus empfehlen Tonnesen et al. (2005) aufgrund der Evidenzlage eine Reihe **spezifischer, eher dem rehabilitativen Bereich zugehörige Maßnahmen** (bzw. HPH-Kernstrategie PAT-4) für PatientInnen mit bestimmten Erkrankungen, die in Tabelle 5 unten dargestellt sind:

**Tabelle 5: Evidenzbasierte Maßnahmen der spezifischen Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen (nach Tonnesen et al. 2005)**

Zielgruppe	Empfohlene spezifische Gesundheitsförderungsinterventionen:
PatientInnen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Körperliches Training</li> <li>● Spezifische Lebensstilintervention in Bezug auf Ernährung, Rauchen, Alkohol und Medikamenteneinnahme</li> <li>● Patientenschulungen</li> <li>● Psychosoziale Unterstützung</li> </ul>
COPD-PatientInnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rauchstopp-Unterstützung</li> <li>● Körperliches Training / Training zu Hause</li> <li>● Physiotherapie</li> <li>● Ernährungsberatung</li> <li>● Psychosoziale Unterstützung</li> <li>● Patientenschulungen</li> </ul>
Osteoporose	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rauchstopp-Unterstützung</li> <li>● Alkoholreduktion oder -entwöhnung</li> <li>● Ermutigung zu körperlicher Betätigung</li> </ul>
Krebs	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Psychosoziale Unterstützung und Beratung</li> <li>● Körperliche Aktivität und Entspannungstraining</li> <li>● Ernährungsberatung</li> <li>● Rauchstopp-Unterstützung</li> <li>● Beratung bei sexuellen Problemen</li> <li>● Unterstützung in der Kommunikation mit Angehörigen</li> </ul>

Auch andere AutorInnen (z.B. Johnson 2000, Mullen / Bartholomew 2000) führen Evidenz für die Wirkung von Schulungs- und Trainingsmaßnahmen, also Maßnahmen im Bereich der HPH-Kernstrategie PAT-5, zur Verbesserung des Selbstmanagements bei PatientInnen mit chronischen Erkrankungen, insbesondere Asthma und Diabetes, an.

### Settingorientierte Maßnahmen

Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung rückt aber nicht nur die Wirkung von Dienstleistungen ins Zentrum des Evidenz-Interesses, sondern auch die Wirkungen des Umfeldes, in dem diese erbracht werden (HPH-Kernstrategie PAT-3). So meint Lethbridge (2000), dass **Erkenntnisse aus der Psychoneuroimmunologie** (d.h. Erkenntnisse über Möglichkeiten zur gezielten Beeinflussung der Psyche als Mittel zur Verbesserung auch der körperlichen Gesundheit) **in Zukunft das Design von Gesundheitseinrichtungen und die Art der Leistungserbringung entscheidend prägen** werden. In diese Richtung weist z.B. auch die Studie „Dying in the dark“ von Beauchemin / Hays (1998) an 628 Herzinfarkt-PatientInnen. Die Studie ergab einen klaren Zusammenhang zwischen der Sonnigkeit eines Zimmers und dem klinischen Outcome: Sowohl Männer als auch Frauen in den sonnigen Zimmern hatten eine geringere Mortalität, und bei Frauen in sonnigen Räumen verkürzte sich der Aufenthalt signifikant. Die AutorInnen vermuten hier einen Zusammenhang zwischen Licht, verbesserter psychischer Gesundheit und davon beeinflusster körperlicher Gesundheit und ziehen den Schluss, dass die Qualität der Beleuchtung möglicherweise eine wichtige Rolle in der Rehabilitation nach Herzinfarkt spielen könnte.

Das kalifornische Centre for Health Design hat 2004 die Metastudie „The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity“

publiziert (Ulrich et al. 2004), die **auf Grundlage von mehr als 600 Einzelstudien klare Zusammenhänge zwischen Stress und Sicherheit von PatientInnen und MitarbeiterInnen und dem Design einer Gesundheitseinrichtung** aufzeigt. Auf Grundlage der Ergebnisse werden in dem Dokument eine Reihe spezifischer Design-Empfehlungen zur Stressreduktion in Gesundheitseinrichtungen formuliert. 2005 folgte auf Grundlage der Forschungsergebnisse die Herausgabe einer Design-Scorecard, die Gesundheitseinrichtungen bei der Setting-Entwicklung unterstützen soll (The Center for Health Design 2005).

## MitarbeiterInnen

Die Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen umfasst

- die Unterstützung der MitarbeiterInnen im persönlichen Gesundheitsmanagement während der Arbeit (Strategie MIT-1)
- die gesundheitsfördernde Weiterentwicklung der Leistungserbringung (Abläufe, Infrastrukturen – Strategie MIT-2)
- Empowerment der MitarbeiterInnen zur Lebensstilentwicklung (Strategie MIT-5) und zum Krankheitsmanagement (Strategie MIT-4)
- die Weiterentwicklung der Gesundheitseinrichtung zu einem gesundheitsförderlicheren Umfeld (Strategie MIT-3) und
- Beiträge zur mitarbeiterorientierten Weiterentwicklung der Region (Strategie MIT-6). (vgl. Pelikan et al. 2006)

---

## Wirksamkeitsnachweise für Betriebliche Gesundheitsförderung

---

Als wesentliche zu erwartende Wirkungen betrieblicher Gesundheitsförderung beschreiben Sokoll / Kramer / Bödeker (2008) die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden von Beschäftigten am Arbeitsplatz und die Prävention arbeitsweltassoziiierter Erkrankungen. In ihrer aktuellen Publikation „Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention“ geben sie im Sinne einer Metastudie einen Überblick über den Stand der BGF-Forschung. Die zugrunde liegenden Einzelstudien beziehen sich zwar auf Betriebe allgemein, schließen aber auch eine Anzahl von Studien aus Gesundheitseinrichtungen mit ein.

Die AutorInnen schätzen die **Evidenzlage für Betriebliche Gesundheitsförderung als grundsätzlich sehr gut** ein (Ausnahme: mangelnde Wirknachweise gibt es in den Bereichen Betriebliche Alkoholprävention und Reduktion von Übergewicht). Demnach herrscht Konsens darüber, dass Betriebliche Gesundheitsförderung (auch in Gesundheitseinrichtungen) wesentlich zur Gesunderhaltung, Senkung von Gesundheitsrisiken und Krankheitshäufigkeiten von Beschäftigten beiträgt. Ebenso werden dadurch gesundheitsbewusste Verhaltensweisen gefördert. Und auch über den ökonomischen Nutzen herrscht Einigkeit in der Fachliteratur.

**Spezifische Wirksamkeitsnachweise** gibt es für die folgenden Bereiche, die überwiegend den HPH-Kernstrategien MIT-4 (Krankheitsprävention) und MIT-5 (Lebensstilentwicklung) zugerechnet werden können:

- Förderung der **körperlichen Aktivität** durch Bewegungsprogramme und durch motivierende Hinweistafeln (z.B. Aufforderung zur Nutzung von Treppen)
- Änderung des **Ernährungsverhaltens** sowohl durch Beratung als auch durch Kantineangebote
- Gruppeninterventionen zur **Raucherentwöhnung**, wobei Belohnungssysteme die Teilnahme an solchen Interventionen und damit die absolute Anzahl der hervorgehenden NichtraucherInnen steigern können
- Rauchverbote als wirksames Mittel zum **Nichtraucherschutz** (aber nicht zum Rauchstopp)
- Kombination individueller und organisationsbezogener Maßnahmen zur Prävention **psychischer Erkrankungen**

- Spezifische körperliche Übungsprogramme zur Vorbeugung von **Muskelskelett-Erkrankungen**

Die Mehrzahl der diesen Erkenntnissen zugrunde liegenden Studien behandelt rein verhaltensorientierte Maßnahmen. Dennoch kommen die AutorInnen aufgrund der vorliegenden Literatur zum Schluss, dass die **Kombination verhaltens- und verhältnispräventiver Ansätze** (im Sinne der Strategie MIT-3) **effektiver zur Betrieblichen Gesundheitsförderung beiträgt als nur einer der beiden Ansätze**.

Was die Methodik der Betrieblichen Gesundheitsförderung betrifft, so hat vor allem in Deutschland in den letzten Jahren der Gesundheitszirkel, ein Instrument, das im Sinne der partizipativen Gestaltung des Arbeitslebens der HPH-Kernstrategie MIT-2 zugerechnet werden kann, weite Verbreitung gefunden. Zur Wirksamkeit dieses Instruments liegen zahlreiche Einzelstudien und Evaluationen vor, allerdings keine randomisierten Kontrollstudien. Obwohl die unterschiedlichen vorliegenden Studien dem **Gesundheitszirkel sehr gute Wirksamkeit** bescheinigen, ist also im strengen Sinne das Evidenzniveau für dieses Verfahren gering (Sokoll / Kramer / Bödeker 2008).

## Regionale Bevölkerung

Je nach Perspektive umfasst die regionale Gesundheitsförderung durch Gesundheitseinrichtungen

- Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs zur Versorgung (insbesondere auch für benachteiligte Gruppen) (Strategie REG-1)
- Maßnahmen zur Verbesserung von Kontinuität und Kooperation in der Versorgung (Strategie REG-2)
- Allgemeine und spezifische Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die regionale Bevölkerung („community health services“) (Strategien REG-5 und REG-4)
- Maßnahmen zur Verbesserung der Ökologie von Gesundheitseinrichtungen (Strategie REG-3)
- Beiträge zur gesundheitsfördernden Regionalentwicklung (Strategie REG-6) (vgl. Pelikan et al. 2006)

Die erwarteten Wirkungen sind unterschiedlich: Sie reichen von verbesserten Gesundheitschancen (von benachteiligten Gruppen in) der regionalen Bevölkerung über die Entwicklung von Kooperationsbeziehungen zwischen unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen bis zur Etablierung umfassenden Umweltmanagements und zu gesundheitsfördernden Allianzen mit Einrichtungen aus anderen Sektoren in der Region.

Wahrscheinlich handelt es sich bei Maßnahmen dieses Bereichs – auch aufgrund der großen Vielfalt in Bezug auf die möglichen Interventionen und die beabsichtigten Wirkungen – um die am wenigsten untersuchten und daher auch mit der geringsten Evidenz belegten aus dem Konzept „Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtung“.

Dennoch gibt es auch hier Wirknachweise für unterschiedliche Interventionen, wenn auch auf unterschiedlichen Evidenzniveaus. So belegen Projekte wie das EU-Projekt „Migrant Friendly Hospitals“, dass Krankenhäuser im Sinne der Kernstrategie REG-1 durch bestimmte Maßnahmen den Zugang für fremdsprachige PatientInnen erleichtern können (<http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>). Wirksamkeit und Machbarkeit ökologischer Entwicklungen in Gesundheitseinrichtungen (Kernstrategie REG-3) sind etwa durch Umweltzertifizierungs-Verfahren belegt, und für Beiträge zur gesundheitsfördernden Regionalentwicklung (Strategie REG-6) gibt es zumindest Beispiele für erfolgreiche und evaluierte Projekte (siehe auch Kapitel 2.7 zur Initiative „Große schützen Kleine“ in dieser Publikation).

## Wirksamkeitsnachweise für den Gesamtansatz „Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtung“

Aufgrund des umfassenden Konzeptes „Gesundheitsfördernde Gesundheitseinrichtung“, das alle mit der Einrichtung Befassten und von ihr Betroffenen berührt und alle ihre Strukturen und Prozesse betrifft, ist für die umfassende Umsetzung des HPH-Ansatzes ein gesamtorganisatorischer Zugang erforderlich. Wie weiter oben ausgeführt, sind für Ansätze der Organisationsentwicklung (OE) aufgrund der vielen unterschiedlichen Wirkfaktoren und der Schwierigkeit, ein Kontrollgruppendesign durchzuführen, kaum hohe Evidenzniveaus im Sinne der Evidenzbasierten Medizin zu erzielen.

Aber es gibt Erfahrungen bereits aus den Anfängen des HPH (Wiener Modellprojekt, europäisches Pilotkrankenhausprojekt), die auf Basis von Projektevaluationen die Machbarkeit von HPH als organisationsumfassender Gesamtansatz belegen (vgl. z.B. Pelikan et al. 1998). Auch neuere Studien erlauben eine positive Einschätzung dieses Ansatzes (vgl. Tonnesen et al. 2005). Andere ExpertInnen wie Johnson (2000) weisen darauf hin, dass sich OE-Strategien, die sich in anderen Bereichen bewährt haben, nicht ohne Weiteres auf Gesundheitseinrichtungen übertragen lassen, weil deren Grundkultur sich wesentlich von anderen Organisationstypen wie z.B. Industriebetrieben unterscheidet: Bei Gesundheitseinrichtungen handelt es sich um Expertenorganisationen, die u.a. durch fragmentierte Leistungserbringung, unklare gesamtorganisatorische Zielsetzungen und unterschiedliche Arten von Rollenkonflikten geprägt sind (vgl. Mintzberg 1997). In solchen Einrichtungen spielt professionelles Management traditionell eine vergleichsweise geringe Rolle und wird u.U. sogar als Gefahr gesehen (vgl. Borchers / Iseringhausen 2008). Die Einführung neuer, zusätzlicher Gesundheitsförderungsleistungen erweist sich unter diesen Bedingungen daher oftmals als praktikabler als die gesundheitsfördernde Weiterentwicklung des Bestehenden, die langfristige Umsetzung scheitert dann aber z.T. an den entsprechenden Kompetenzen der Einrichtungen und an Finanzierungsmöglichkeiten.

Zur Bearbeitung des Problems empfehlen ExpertInnen (z.B. Johnson 2000) die Veränderung der externen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen: So ist etwa bekannt, dass Finanzierungsströme die erbrachten Leistungen wesentlich beeinflussen. Demnach wäre zu erwarten, dass die Möglichkeit, Gesundheitsförderungsleistungen in leistungsorientierten Finanzierungssystemen abrechnen zu können, zu einer entscheidenden Stärkung der Gesundheitsförderung führen würde (vgl. Tonnesen et al. 2007), und Johnson (2000) sieht in per-capita-finanzierten Gesundheitssystemen deutliche Vorzüge im Vergleich zu leistungsorientierten Finanzierungssystemen: Pauscheträge pro Kopf motivieren Gesundheitseinrichtungen eher dazu, mit dem verfügbaren Geld – auch unter Einsatz von Gesundheitsförderung – den größtmöglichen Gesundheitsgewinn zu erzielen.

## Literatur

Beauchemin K.M., Hays P. (1999): Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. In: Journal of the Royal Society of Medicine 91 (7), 352-354

Borchers U., Iseringhausen O. (2008): Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung – Zur Reform der Expertenorganisation Krankenhaus: Hemmnisse und Perspektiven. Referat im Rahmen des Kongresses 2008 der Deutschsprachigen Medizin- und Gesundheitssoziologen „Auf dem Weg zur Gesundheitsgesellschaft?“, 27.-29. März 2008, Bad Gleichenberg

Cochrane A. (1972): Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services

Wise M., Nutbeam D. (2007): Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services? In: Promotion & Education, Supplement 2, 2007

Goel W., McIsaac W. (2000): Health promotion in clinical practice. In: Poland B., Green L.W., Rootman I. (Eds.) (2000): Settings for health promotion. Linking theory and practice. Thousand Oaks: Sage, 217-232

Johnson J.L. (2000): The health care institution as a setting for health promotion. In: Poland B., Green L.W., Rootman I. (Eds.) (2000): Settings for health promotion. Linking theory and practice. Thousand Oaks: Sage, 175-198

Lethbridge J. (2000): Commentary on Johnson J.L. (2000): The health care institution as a setting for health promotion. In: Poland B., Green L.W., Rootman I. (Eds.) (2000): Settings for health promotion. Linking theory and practice. Thousand Oaks: Sage, 199-206

Mintzberg H. (1997): Toward Healthier Hospitals. In: Healthcare Management Review 22 (4), 9-18

Mullen P.D., Bartholomew L.K. (2000): Commentary on Johnson J.L. (2000): The health care institution as a setting for health promotion. In: Poland B., Green L.W., Rootman I. (Eds.) (2000): Settings for health promotion. Linking theory and practice. Thousand Oaks: Sage, 206-216

Pelikan J.M., Krajic K., Dietscher C. (2006): Putting HPH Policy into Action. Working Paper of the WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine. (<http://www.hph-hc.cc/Downloads/HPH-Publications/wp-strategies-final.pdf>; Zugriff am 03.07.2008)

Sockoll I., Kramer I., Bödeker W. (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Essen: BKK Bundesverband, iga.report 13 ([http://www.iga-info.de/fileadmin/texte/iga\\_report\\_13.pdf](http://www.iga-info.de/fileadmin/texte/iga_report_13.pdf), Zugriff am 03.07.2008)

Tonnesen H., Christensen M.E., Groene O., O'Riordan A., Simonelli F., Suurorg L., Morris D., Vibe P., Himel S., Hansen, P.E. (2007): An evaluation of a model for the systematic documentation of hospital-based health promotion activities: results from a multicentre study. In: BMC Health Services Research (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-145.pdf>; Zugriff am 03.07.2008)

Tonnesen H., Fugleholm A., Jorgensen S.J. (2005): Evidence for health promotion in hospitals. In: Groene O., Garcia-Barbero M. (2005): Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. Copenhagen: World Health Organization – Regional Office for Europe

Tonnesen H. (2008): Evidence-based clinical health promotion. Referat im Rahmen der 16. Internationalen Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, 15. Mai 2008, Berlin

The Center for Health Design (2005): Scorecard for Evidence-Based Design. Concord, California: The Center for Health Design ([http://www.healthdesign.org/research/reports/documents/scorecard\\_12\\_05.pdf](http://www.healthdesign.org/research/reports/documents/scorecard_12_05.pdf), Zugriff am 14.08.2008)

Ulrich R., Quan X., Zimring C., Joseph A., Choudhary R. (2004): The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. Concord, California: The Center for Health Design

UNICEF (2008): The Baby Friendly Hospital Initiative (<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm>; Zugriff am 03.07.2008)

Wimmer H., Pelikan J.M. (1984): Effekte psychosozialer Interventionen bei der prä- und postoperativen Betreuung von Patienten im Krankenhaus. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie

Wise M., Nutbeam D. (2007): Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services? In: Promotion & Education Supplement 2 (2007), 23-27