



»die initiative«

Gesundheit → Bildung → Entwicklung
in Niedersachsen

Glossar

zum Themenfeld
Gesundheit – Bildung – Entwicklung



die initiative

Gesundheit → Bildung → Entwicklung

Heinz Witteriede

Glossar zum Themenfeld Gesundheit – Bildung – Entwicklung

hrsg. von »die initiative – Gesundheit – Bildung – Entwicklung
in Niedersachsen«

Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage

© 2010

Alle Rechte vorbehalten.

Vorgeschlagene Zitierweise

Witteriede, H. (2010). Glossar zum Themenfeld Gesundheit – Bildung – Entwicklung (hrsg. von »die initiative«). 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Verfügbar unter: <http://www.dieinitiative.de/forum/upload/public/moderator/dieinitiative-glossar.pdf> [Zugriff: Tag. Monat. Jahr].

Deckblattgestaltung: TOSCH-Kommunikation (www.tosch-kommunikation.de)
Fotografien: Lucas Kreuzer

Inhalt

1	Einleitung		5
2	Register		7
	Advocacy (Anwaltschaft / Interessenvertretung)	7	Gesundheitsaufklärung und -beratung 22
	Alma-Ata Deklaration	7	Gesundheitsberichterstattung (GBE) 23
	Alltagskompetenzen / -fähigkeiten	7	Gesundheitsbildung (GB) 23
	Arbeits- und Gesundheitsschutz	7	Gesundheitsergebnis 23
	Audit	7	Gesundheitserziehung (GE) 24
	Aufklärungskampagne	8	Gesundheitsförderung (GF) 24
	Bangkok-Charta	8	Gesundheitsfördernde Lebenswelten 25
	Bedarf / Bedürfnis	8	Gesundheitsfördernde Schule 26
	Befähigen (Enabling)	9	Gesundheitsförderungsergebnisse 26
	Benchmarking	9	Gesundheitsindikator 26
	Best Practice (beste Praxis)	10	Gesundheitsinterventionen (GI) 27
	Bildung	10	Gesundheitsinterventionen - Ergebnisqualität 27
	Biomedizinische Perspektive	10	Gesundheitskommunikation 28
	Bündnis (Allianz)	10	Gesundheitskompetenzen 28
	Bottom-up-Ansatz	11	Gesundheits-Krankheits-Kontinuum 28
	Capacity building	11	Gesundheitliche Chancengleichheit 29
	Controlling	11	Gesundheitsmanagement – betriebl. (BGM) 29
	Coping	12	Gesundheitspsychologie 30
	Determinanten von Gesundheit	12	Gesundheitsressourcen 31
	Didaktik / Methodik	12	Gesundheitsressourcen 31
	Dissemination	13	Gesundheitsstatus 31
	Drittmittel	13	Gesundheitstraining 31
	Effektivität	13	Gesundheitsverhalten 31
	Effizienz	13	Gesundheitswissenschaften 32
	Empowerment / Befähigung zu ...	13	Gesundheitsziel - spezifisches 32
	Epidemiologie	14	Gesundheitsziel - übergeordnetes 32
	Erziehung	14	Good Practice (gute Praxis) 32
	Evaluation	14	Gute gesunde Schule 33
	Evaluation von Gesundheitsförderung	15	Gute Schule 33
	Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung	16	Indikator gesunde Lebensjahre / ... 33
	Fachkraft für Arbeitssicherheit	16	Innovation (innovative Intervention) 34
	Foren im Internet	16	Integriertes Handlungskonzept 34
	Fremdevaluation / Selbstevaluation	17	Intermediäre Gesundheitsergebnisse 34
	Fundraising	17	Intersektorale Zusammenarbeit 34
	Ganztagsschule (GTS)	17	Investition für Gesundheit 34
	Gemeinschaftsaktionen für Gesundheit	18	Jakarta-Deklaration 35
	Gender Mainstreaming & Managing Diversity	19	Kohärenzgefühl (sense of coherence) 35
	Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit	19	Konzept / Konzeption 36
	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	19	Kosten-Nutzen-Analyse /... 36
	Gesunde Kindertagesstätte	20	Krankheitsprävention / Präventionstypen / ... 37
	Gesunde Schule	20	Laienkonzepte / ... von Gesundheit 37
	Gesundheit für Alle / Gesundheit21	20	Lebensbedingungen 39
	Gesundheit (/ Krankheit)	21	Lebenslanges Lernen (LLL) 39
	Gesundheitsalphabetisierung	22	Lebensqualität 39

Lebensstil – gesundheitsförderlicher	39	Qualitätsphilosophien	51
Leitbild	40	Qualitätsstandard	51
Leitlinien / Guidelines	40	Qualitätsziel	52
Life skills	40	Qualitätszirkel	52
Machbarkeitsstudie (feasibility study)	40	Quantitative Sozialforschung	52
Management	40	Resilienz	53
Maßnahme	41	Risikofaktor	53
Meilenstein	41	Risikoverhalten	53
Meta-Kommunikation	41	Sandwich-Modell	53
Methoden	41	Salutogenetische Perspektive	54
Models of good practice – Kriterien guter ...	41	Schulprogramm	54
Monitoring	42	Schulprofil (und Schulprogramm)	55
Morbidität	42	Schutz- / Protektivfaktoren	55
Multiplikatorinnen / Multiplikatoren	42	Selbstevaluation / Fremdevaluation	55
Nachhaltige Entwicklung	42	Selbsthilfe	55
Needs assessment	43	Settings für Gesundheit	55
Netzwerk	43	Setting-Ansatz	56
Niedrigschwelligkeit	43	Smarte Ziele	56
Noxen	43	Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung	57
NRO/NGO	43	Soziale Benachteiligung	57
Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	43	Soziale Dienste	58
Operationalisierung	44	Sozial-Epidemiologie	58
Organisationsentwicklung (OE)	44	Soziale Netzwerke	58
Orientierungsrahmen Schulqualität / etc.	45	Sozial-Sponsoring	58
Ottawa-Charta	45	Soziale und gesundheitliche Ungleichheit	58
Partizipation	46	Soziale Unterstützung	59
Paradigma	46	Sozialisation	59
Partnerschaft für Gesundheitsförderung	46	Stakeholder	60
Pathogenese	46	Standard	60
Peer Assessment	47	Steuerungs- / Leitungsgremium	60
Policy	47	Strategie	60
Prävalenz	47	Subsidiarität (Subsidiaritätsprinzip)	60
Primäre Gesundheitsversorgung	47	Supervision	61
Programm	48	SWOT-Analyse	61
Projekt	48	Top-down-Ansatz	61
Projektmanagement (PM)	48	Verhalten – Verhältnisse	62
Public Health	48	Vermittlung (Mediation)	62
Public Health - ökologisch orientiert	49	Vernetzung	63
Public Health Action Cycle (PHAC)	49	Vision	63
Qualitative Sozialforschung	49	WHO / Weltgesundheitsorganisation	63
Qualität	50	Wirkungen	64
Qualitätsentwicklung (QE)	50	Wirkungsmodell	64
Qualitätsmanagement – Handbuch	50	Wohlbefinden	64
Qualitätskriterien	50	Zertifizierung	64
Qualitätsmanagement (QM)	51	Zielgruppen / Adressaten	65
Qualitätsmanagement und Evaluation	51		
3		Literatur	67

1 Einleitung

»die initiative \rightarrow Gesundheit \rightarrow Bildung \rightarrow Entwicklung in Niedersachsen« ist am 01. Dezember 2007 von den Organisationen AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Landesvereinigung für Gesundheit (LVG) und Akademie für Sozialmedizin (afs) Niedersachsen e.V., Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG) der Leuphana Universität Lüneburg gegründet worden. Zwischenzeitlich sind der Gemeindefunfallversicherungsverband Hannover und die Bertelsmann Stiftung als weitere Mitglieder hinzugekommen. Das Niedersächsische Kultusministerium unterstützt das Kooperationsprojekt. Gemeinsam und mit weiteren Partnern soll das Thema „Gesundheit – Bildung – Entwicklung“ in vorschulischen und schulischen Bildungs- und Erziehungseinrichtungen interdisziplinär und sektorenübergreifend weiterentwickelt werden. Grundsätzlich angestrebt ist die Leistung eines Beitrages zur nachhaltigen Verbesserung von Gesundheits- und Bildungsqualität in Niedersachsen. Weitere Informationen sind unter <http://www.dieinitiative.de> abrufbar.¹

Nicht nur für »die initiative« gilt: Die Arbeit im Schnittfeld von „Gesundheit – Bildung – Entwicklung“ bedingt das Zusammenwirken von Fachkräften verschiedenster Professionen und Disziplinen mit spezifischen Leitkonzepten und Fachvokabularen. Indem sich alle Beteiligten über zentrale Begriffe, Strategien, Methoden etc. der jeweiligen Partner aktiv informieren, kann möglichen Kooperationsstörungen vorgebeugt werden.

- Was ist zum Beispiel gemeint, wenn von Gesundheitsförderung oder von Krankheitsprävention die Rede ist?
- Wofür stehen in diesem Zusammenhang die Begriffe Salutogenese und Kohärenzgefühl bzw. die Begriffe Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention?
- Was sind Settings für Gesundheit und was beinhaltet der so genannte Setting-Ansatz?
- Worauf beziehen sich die Begriffe Evaluation und Qualitätsentwicklung?
- Was wird in der Gesundheitsförderung unter Evidenzbasierung verstanden?
- Was ist ein Orientierungsrahmen oder ein Referenzrahmen für Schulqualität?
- Welche Charakteristika zeichnen eine Ganztagschule aus und welche Organisationsformen werden unterschieden?
- Was ist gemeint, wenn von einem Schulprogramm oder Schulprofil gesprochen wird und worin liegt hier der Unterschied?
- Wofür stehen die Begriffe Gesundheitsmanagement, Projektmanagement oder Qualitätsmanagement?
- Was ist unter Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung zu verstehen, was unter Bildung und Erziehung im Allgemeinen?
- Worin unterscheiden sich Zielgruppen und Adressaten?
- Was ist unter Meta-Kommunikation, was unter Supervision zu verstehen und wozu dienen sie?
- Wofür stehen die Begriffe 'stakeholder', 'needs assessment', 'policy'?
- Wie sind Gesundheitsinterventionen im vorliegenden Zusammenhang definiert?

¹ Der Verfasser verantwortete die wissenschaftliche Programmleitung von »die initiative« am Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG) der Leuphana Universität Lüneburg, bevor er zum Wintersemester 2009/2010 an die Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KathHO NRW), Abteilung Paderborn berufen wurde.

- Was bezeichnen die Begriffe Morbidität oder Prävalenz?
- Welche Bedeutung haben Dokumente wie die Ottawa-Charta, die Jarkarta-Deklaration oder die Bangkok-Charta für die Gesundheitsförderung und was sind ihre Kerninhalte?

Das vorliegende Glossar bietet Basisinformationen zu diesen und weiteren gängigen Begriffen im Themenfeld. Es enthält 179 Einträge. Innerhalb der Stichworttexte ist einigen Termini das Sternsymbol (*) vorangestellt. Damit sind Querbezüge zu in diesem Glossar ebenfalls eingetragene Begriffe angegeben.² Sie sollen zu einem erweiterten Verständnis des Ausgangsbegriffs beitragen und auf Zusammenhänge zwischen einzelnen Begriffen, Strategien, Methoden etc. aufmerksam machen.

Paderborn, Februar 2010

Heinz Witteriede

² Hinweis: Zur Vermeidung möglicher Irritationen sind entsprechende Querverweise in eingearbeiteten Zitaten (z.B. in Form von Kursivschreibung, Fettdruck oder Symbolen wie Pfeile) durchgängig nicht übernommen worden.

2 Register

<u>A</u> – <u>B</u> – <u>C</u> – <u>D</u> – <u>E</u> – <u>F</u> – <u>G</u> – <u>I</u> – <u>J</u> – <u>K</u> – <u>L</u> – <u>M</u> – <u>N</u> – <u>O</u> – <u>P</u> – <u>Q</u> – <u>R</u> – <u>S</u> – <u>T</u> – <u>V</u> – <u>W</u> – <u>Z</u>	
Advocacy (Anwaltschaft / Interessenvertretung)	Der Begriff Advocacy bezeichnet eine von drei in der *Ottawa-Charta akzentuierten Handlungsstrategien von *Gesundheitsförderung. A. steht für eine „Kombination individueller und sozialer Aktivitäten, um politische Verantwortung, Politikunterstützung, soziale Akzeptanz sowie Systemunterstützung für ein bestimmtes Gesundheitsziel oder -programm zu erreichen.“ Entsprechende „Aktivitäten können durch und/oder im Auftrag von Individuen oder Gruppen unternommen werden, um Lebensbedingungen zu schaffen, die für Gesundheit und das Erlangen gesunder Lebensstile förderlich sind.“ Die Interessenvertretung/Anwaltschaft „kann verschiedenste Formen annehmen einschließlich der Nutzung von Massenmedien und Multimedia, direktes Lobbying auf politischer Ebene und die Mobilisierung von Gemeinschaften bzw. der Bevölkerung, z.B. durch Bildung von Interessengemeinschaften zu definierten Themen.“ [WHO, 1998, S. 17].
Alma-Ata Deklaration	Auf der internationalen Konferenz zur „Primären Gesundheitsversorgung“ von Alma-Ata (1978) [WHO, 1978] wird „Gesundheit als ein grundlegendes Menschenrecht deklariert und die Primäre Gesundheitsversorgung zu einem Schlüsselkonzept der WHO erklärt. Neben dem Gesundheitssektor werden erstmalig auch Sozial- und Wirtschaftssektoren als Verantwortliche für die gesundheitliche Entwicklung benannt und das Zusammenwirken der verschiedenen Sektoren sowie die Beteiligung der Bürger/-innen als notwendig erachtet“ [AK GFHS, 2008, online].
Alltagskompetenzen und -fähigkeiten	Alltagskompetenzen und -fähigkeiten „umfassen individuelle, zwischenmenschliche, kognitive und körperliche Fähigkeiten und Kompetenzen, die es Menschen ermöglichen, das eigene Leben zu meistern und zu gestalten, sowie die Kraft zu entwickeln, mit Veränderungen zu leben und Veränderungen in ihrer Umwelt herbeizuführen. Beispiele individueller Alltagskompetenzen und -fähigkeiten sind u. a. die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und Probleme zu lösen; kreatives und kritisches Denken; Selbstwahrnehmung und Einfühlsamkeit; Kommunikationsfähigkeiten und die Fähigkeit zu zwischenmenschlichen Beziehungen; und das Bewältigen und Umgehen können mit Emotionen und Stress. Derartige Alltagskompetenzen und -fähigkeiten sind grundlegende Bausteine für die "Entwicklung von persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten" für Gesundheitsförderung“ [WHO, 1998, S. 6]. In der *Ottawa Charta der WHO ist dieser Bereich als einer von fünf prioritären Handlungsfeldern beschrieben – siehe auch *life skills.
Arbeits- und Gesundheitsschutz / Arbeitsschutzgesetz	Das im Arbeitsschutzgesetz verankerte Leitziel einer „menschengerechten Arbeitsgestaltung“ gründet in einem modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzverständnis „mit ganzheitlichem Anspruch“, das den „Erhalt, den Schutz und die Förderung der Gesundheit als zentrale Aufgabe“ sieht. So wird das gesamte

	<p>arbeitsweltliche „Belastungsspektrum“ in den Blick genommen, um „Gefährdungen zu vermeiden, zu minimieren und eine vorausschauende Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen zu erreichen. Dies erfordert eine effektive Organisation und systematische Arbeitsweise des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Betrieben“ und zugleich „ein planmäßiges Zusammenwirken der Einrichtungen des außerbetrieblichen Arbeitsschutzes, das die Elemente Beratung und Kontrolle enthalten muss“ [DGB, o. J., online].</p>
Audit	<p>Ein Audit lässt sich als ein Verfahren zur systematischen, unabhängigen Prüfung und Bewertung anhand spezifischer Prüfkriterien (Checklisten) beschreiben, das von Fachleuten (AuditorenInnen) durchgeführt und dokumentiert wird. Im *Qualitätsmanagement „werden je nach Reichweite der Untersuchung das Produktaudit, das Verfahrensaudit und das Systemaudit unterschieden.“ Es kann von eigenem Personal als so genanntes „internes Audit (= Selbstbewertung)“ oder von dafür „akkreditierte Stellen“ als „externes Audit“ durchgeführt werden, z.B. im Rahmen einer angestrebten *Zertifizierung als deren wesentliche „Voraussetzung“ [Krems, 2009, online].</p>
Aufklärungskampagne (Informationskampagne)	<p>Aufklärungskampagnen dienen der gezielten und breitflächigen Verbreitung von Informationen über bestimmte Sachverhalte, Produkte oder regionale Bedingungen. Im Bereich Gesundheit geht es darum, über Gesundheitsrisiken aufzuklären/zu informieren, die aus einem bestimmten Verhalten resultieren, mit dem Konsum bestimmter Produkte einhergehen oder sich aus regionalen Verhältnissen ergeben. Zugleich werden in der Regel Hinweise auf zu empfehlende Verhaltensweisen ausgegeben. Ziel ist eine entsprechende Sensibilisierung – siehe auch *Gesundheitsaufklärung.</p>
<p><u>A</u> - <u>B</u> - <u>C</u> - <u>D</u> - <u>E</u> - <u>F</u> - <u>G</u> - <u>I</u> - <u>J</u> - <u>K</u> - <u>L</u> - <u>M</u> - <u>N</u> - <u>O</u> - <u>P</u> - <u>Q</u> - <u>R</u> - <u>S</u> - <u>T</u> - <u>V</u> - <u>W</u> - <u>Z</u></p>	
Bangkok-Charta	<p>Die „Bangkok-Charta für Gesundheitsförderung in der globalisierten Welt“ wurde im August 2005 in Bangkok von der 6. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung verabschiedet. Sie „beschreibt die nötigen Maßnahmen, Verpflichtungen und Forderungen, um Gesundheitsdeterminanten in einer globalisierten Welt mittels Gesundheitsförderung beeinflussen zu können. Die Bangkok Charta betont nachdrücklich, dass strategische Orientierungen und Partnerschaften, die zum Empowerment von Gemeinschaften sowie zur Verbesserung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen, im Zentrum weltweiter und nationaler Entwicklungen stehen sollten. Die Bangkok Charta versteht sich als Ergänzung und Weiterentwicklung der Werte, Prinzipien und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung, wie sie durch die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung und in den Empfehlungen der nachfolgenden Weltgesundheitsförderungskonferenzen festgeschrieben und von den Mitgliedsstaaten durch die Weltgesundheitsversammlung bestätigt wurden“ [WHO, 2005, S. 1].</p>

	<p>Nach ihrer Auffassung verfügt die Gesundheitsförderung über eine „bewährte Palette an nachgewiesenen effizienten Strategien, die in ihrem gesamten Spektrum genutzt werden müssen.“ Um hier weitere Fortschritte erzielen zu können, müssen „alle Sektoren und <i>Settings</i> Beiträge in folgenden Bereichen leisten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Anwaltschaft</i> für Gesundheit, basierend auf den Prinzipien der Menschenrechte und der Solidarität • <i>Investition</i> in nachhaltige Politik, Maßnahmen und Infrastrukturen zur Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten • <i>Aufbau von Kapazitäten</i> für die Entwicklung von Politiken, Führungsfunktionen, Gesundheitsförderungspraxis, Wissenstransfer und Forschung sowie Gesundheitsbildung und -kompetenz • <i>Regulierung und Gesetzgebung</i> zur Sicherung eines größtmöglichen Maßes an Schutz vor Beeinträchtigung und zur Ermöglichung von Chancengleichheit für Gesundheit und Wohlbefinden aller Menschen • <i>Bildung von Partnerschaften und Allianzen</i> zur Entwicklung nachhaltiger Maßnahmen mit öffentlichen, privaten, nichtstaatlichen und internationalen Organisationen sowie der Zivilgesellschaft“ [WHO, 2005, S. 3; Kursivschreibung statt Fettdruck H.W.] – siehe auch *Ottawa-Charta und *Jakarta-Deklaration.
<p>Bedarf/Bedürfnis</p>	<p>Im Gegensatz zum in der Regel fachlich begründeten Bedarf (Außenperspektive) steht ein Bedürfnis für einen erlebten Mangel auf körperlicher, emotionaler, psycho-sozialer oder spiritueller Ebene (Innenperspektive). Insofern ist eine hinreichende Bedürfnisbefriedigung zentrale Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden. Forderungen oder Wünsche können zwar auf einen Bedarf verweisen, müssen aber nicht zwingend einem Bedürfnis entsprechen. [vgl. quint-essenz, 2008, online] Entsprechend liefert eine Bedarfsanalyse die objektiven Gründe für eine Interventionsnotwendigkeit und Nutzenabschätzung, während die Bedürfnisanalyse etwas darüber aussagt, in wie weit eine potentielle Zielgruppe ein Gesundheitsproblem überhaupt als solches wahrnimmt bzw. ob gegebenenfalls eine Angebotsnachfrage besteht [vgl. Ruckstuhl, Kolip, Gutzweiler, 2001].</p>
<p>Befähigen (Enabling)</p>	<p>Befähigen (enabling) meint in der Gesundheitsförderung „in Partnerschaft mit einzelnen Individuen oder Gruppen zu handeln, um diese in die Lage zu versetzen, durch die Mobilisierung von menschlichen und materiellen Ressourcen ihre Gesundheit zu fördern und zu schützen.“</p> <p>Mit dieser Definition wird „die Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln (empowerment) durch partnerschaftliches Handeln und die Mobilisierung von Ressourcen“ betont. „Dadurch wird die Aufmerksamkeit auf die bedeutsame Rolle von Fachleuten im Gesundheitsbereich und anderen Gesundheitsaktivisten als Katalysatoren für Gesundheitsförderungsaktivitäten gelenkt. Diese Rolle erfüllen sie z. B. dadurch, dass sie Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen eröffnen, die Entwicklung von Kompetenzen unterstützen und Zugang zu solchen politi-</p>

	<p>schen Prozessen unterstützen, in denen gesundheitsrelevante öffentliche Politiken geschaffen werden“ [WHO, 1998, S. 6] - s. a. *empowerment / Befähigung zu selbstbestimmten Handeln.</p>
Benchmarking	<p>Benchmarking meint das systematische Messen und Bewerten eigener Arbeitsergebnisse/-prozesse und deren Vergleich mit anerkannten und als exzellent bewerteten Konkurrenten mit dem Ziel, von den jeweils Besten zu lernen und so die eigene Qualität stetig zu verbessern [vgl. quint-essenz, 2008, online].</p>
Best Practice (beste Praxis/ beste Vorgehensweise)	<p>Der im Wirtschaftssektor geprägte „Begriff „Best Practice“ [...] ist definiert als die Nutzung sämtlicher zur Verfügung stehender Ressourcen zur Erreichung vorbildlicher Lösungen oder Verfahrensweisen, die zu Spitzenleistungen führen. Vergleichsmaßstab sind hervorragende Leistungen anderer Anbieter; dieses Verfahren ist auch als „Benchmarking“ bekannt“ [Lehmann et al., 2007, S. 11]. „Best Practice“-Auszeichnungen gelten bezogen auf die Bearbeitung einer Aufgabenstellung unter bestimmten Bedingungen und/oder Anforderungen. Ändern sich diese, kann sich eine andere Vorgehensweise als geeigneter zur Lösung der Aufgabenstellung erweisen. „Best Practice“ ist somit flexibler als ein Standard.</p> <p>In der Praxis wird allerdings auch häufig auf den „Höchstleistungsansatz von „Best Practice“ verzichtet. Angewendet wird stattdessen ein pragmatisches Verfahren, das bewährte Lösungen untersucht und prüft, was diese zur Verbesserung eines Angebots beitragen können“ [Lehmann et al., 2007, S. 12]. Solche Verfahren werden als *good practice bezeichnet.</p>
Bildung	<p>Der vielschichtige pädagogische Begriff Bildung ist für sich genommen inhaltlich nicht eindeutig fixiert. Er gewinnt erst vor der Folie jeweils favorisierter Bildungstheorien Kontur [vgl. Ackermann, 1999, online]. Grundsätzlich kann Bildung aber als ein lebenslang andauernder Prozess begriffen werden, in dessen Verlauf sich Individuen durch ‚selbsttätige‘ Aneignung verfügbarer Wissensbestände (Faktenwissen) und reflektierte Verarbeitung der auf sie einwirkenden Kräfte ein Verständnis von der sie umgebenden Welt und der eigenen Stellung in ihr entwickeln (Orientierungswissen) [vgl. Marotzki, Nohl, Ortlepp, 2005]. In diesem Sinn schafft Bildung Entscheidungsgrundlagen und Urteilsvermögen und dient in der Folge der Selbstformung und Persönlichkeitsentwicklung [vgl. Löw, 2006].</p> <p>Indem eine Gesellschaft ihren Mitgliedern als bedeutsam erachtete Wissensbestände institutionalisiert vorhält (Bildungskanon) und deren Abfrage in einer grundlegend prägenden Lebensphase unter spezifischen Bedingungen gesetzlich vorschreibt (Schulpflicht), nimmt sie steuernd Einfluss auf Inhalt, Umfang und Qualität des Ergebnisses (Bildung als Produkt). Zugleich wird sie dabei in Abhängigkeit vom entsprechenden Intensionsgrad der jeweils handelnden Personen mehr oder weniger erzieherisch wirksam (siehe *Erziehung).</p>
Biomedizinische Perspektive	<p>Die biomedizinische Perspektive ist im Kern *pathogenetisch orientiert bzw. krankheits-, nicht gesundheitsbezogen. Das zu-</p>

	<p>grunde liegende Denkmodell beruht auf vier Grundannahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jede Erkrankung basiert auf spezifischen und entsprechend grundsätzlich bestimmbaren Ursachen, • jede Krankheit weist eine Grundschädigung auf mechanischer und/oder biochemischer u./o. genetischer Ebene auf, • jede Krankheit weist typische Merkmale/Symptome auf, deren Diagnose nur von wissenschaftlich geschultem medizinischen Personal, in der Regel von Ärzten/innen, geleistet werden kann, • jede Krankheit weist einen vorhersagbaren und beschreibbaren Verlauf auf, der immer der medizinischen Intervention bedarf, um eine Krankheitsverschlechterung zu verhindern. <p>In der Gesundheitsförderung ist diese Denkweise von der *salutogenetischen Perspektive abgelöst worden, die einem Ressourcen orientierten, ganzheitlichen, interdisziplinären und intersektoralen Denken und Handeln folgt. Die biomedizinische Perspektive ist dabei nicht vollständig verworfen, sondern sie wird integrativ berücksichtigt [vgl. Franzkowiak, 2003a].</p>
Bündnis (Allianz)	<p>Ein Bündnis (eine Allianz) für Gesundheitsförderung meint eine *Partnerschaft von zwei oder mehreren Parteien, die abgestimmte Zielsetzungen gemeinsam zu realisieren suchen. Die Bildung von Bündnissen erfordert regelmäßig eine Form von Vermittlung zwischen den Partnern, z. B. bei der Zieldefinition, der Vereinbarung ethischer Grundsätze, der Bestimmung gemeinsamer Handlungsbereiche, der Zustimmung zur Art der Kooperation, die das Bündnis prägt [vgl. WHO, 1998].</p>
Bottom-up-Ansatz	<p>In der Qualitätsentwicklung meint der bottom-up-Ansatz die „Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen [...] durch einen Prozess von unten (Ebene der Mitarbeiter einer Einrichtung) nach oben (Management der Einrichtung) [...]. Philosophie: Ohne die Motivation und das Engagement der Mitarbeiter lässt sich Qualitätsmanagement nicht realisieren“ [BZgA, 2001, S. 339] – siehe auch *Top-down-Ansatz und *Sandwich-Modell.</p>
<p><u>A</u> – <u>B</u> – <u>C</u> – <u>D</u> – <u>E</u> – <u>F</u> – <u>G</u> – <u>I</u> – <u>J</u> – <u>K</u> – <u>L</u> – <u>M</u> – <u>N</u> – <u>O</u> – <u>P</u> – <u>Q</u> – <u>R</u> – <u>S</u> – <u>T</u> – <u>V</u> – <u>W</u> – <u>Z</u></p>	
Capacity building	<p>Capacity building meint die Entwicklung von Wissen, Fähigkeiten, Verantwortungsübernahmen, Strukturen, Systemen und Führungskompetenzen zur Ermöglichung einer effektiven Prävention und Gesundheitsförderung. Es beinhaltet Aktivitäten zur Verbesserung von Gesundheit auf drei Ebenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Förderung von Wissen und Kompetenzen bei Praktikerinnen und Praktikern, • die Erweiterung von Unterstützungsstrukturen für Gesundheitsförderung in Organisationen, • die Entwicklung von lokalen, regionalen, nationalen Partnerschaften für Gesundheit [vgl. Smith, Tang, Nutbeam, 2006]. <p>„Capacity building ist für Förderer und Zielpersonen in der Re-</p>

	<p>gel unsichtbar und wird häufig selbst von Mitarbeitern nicht als explizites Projektziel auf dem Wege zur Erreichung der übergeordneten Gesundheitsziele wahrgenommen. Damit entzieht es sich häufig auch einem Qualitätsmanagement. Mit der ausdrücklichen Erwähnung in der Jakarta-Deklaration der WHO zur Entwicklung von Gesundheitsförderung [...] und als bedeutendes Prinzip in der Evaluation der Gesundheitsförderung (WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation 1998) wurde dem capacity building ein wichtiger Stellenwert eingeräumt“ [Walter, Schwartz, Hoepner-Stamos, 2001, S. 34].</p>
Controlling	<p>Controlling zielt auf eine Bewertung und Steuerung von Arbeits-/Organisationsprozessen auf der Basis kontinuierlicher Vergleiche detaillierter Ist- und Soll-Standserhebungen. Das Controlling kann sich auf Finanzaspekte und/oder Leistungsaspekte beziehen [vgl. quint-essenz, 2008, online].</p>
Coping	<p>Der Begriff Coping steht allgemein für bewältigen, verarbeiten von Belastungen. Grundsätzlich lassen sich nach dem transaktionalen Ansatz von Lazarus [vgl. 1991] zwei Basisformen der Anforderungsverarbeitung auf Basis kognitiver Reiz- bzw. Situations-Bewertungsprozesse unterscheiden: a) problemorientiertes Coping; hier wird versucht, durch Ausführung oder Unterlassung von Handlungen eine positive Veränderung der Problemlage bzw. eine direkte Problemlösung herbeizuführen; b) emotionsorientiertes Coping; hier wird in erster Linie versucht, die durch die Problemsituation verursachte Belastung zu lindern bzw. eine Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit zu erreichen, ohne dass die Auslöser bearbeitet werden müssen.</p>
<p><u>A</u> - <u>B</u> - <u>C</u> - <u>D</u> - <u>E</u> - <u>F</u> - <u>G</u> - <u>I</u> - <u>J</u> - <u>K</u> - <u>L</u> - <u>M</u> - <u>N</u> - <u>O</u> - <u>P</u> - <u>Q</u> - <u>R</u> - <u>S</u> - <u>T</u> - <u>V</u> - <u>W</u> - <u>Z</u></p>	
Determinanten von Gesundheit	<p>Determinanten von Gesundheit umfassen das „Spektrum an persönlichen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Faktoren, die den Gesundheitszustand von Individuen oder Bevölkerungen bestimmen.“ Entsprechende Faktoren „sind vielfältig und stehen miteinander in Wechselwirkung. Gesundheitsförderung ist grundlegend mit Handlungen und Interessenvertretung befasst, die das Spektrum an potentiell veränderbaren Determinanten von Gesundheit ansprechen - und zwar nicht nur diejenigen, die mit dem persönlichen Handeln von Individuen verbunden sind, wie z. B. Gesundheitsverhalten und Lebensstile, sondern auch Faktoren wie Einkommen und sozialer Status, Bildung, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten und physikalische Umweltbedingungen. In Kombination bilden diese Faktoren Lebensbedingungen, die Gesundheit beeinflussen. Veränderungen in Lebensstilen und Lebensbedingungen, die den Gesundheitsstatus bestimmen, bezeichnet man als intermediäre Gesundheitsergebnisse“ [WHO, 1998, S. 7].</p>
Didaktik/Methodik	<p>Der Begriff Didaktik rekuriert grundsätzlich auf ein Zweifaches: Lehren (jemanden belehren) und Lernen (von jemanden be-</p>

	<p>lehrt werden). Didaktik als „Wissenschaft vom Lehren und Lernen“ befasst sich mit allen Lehrarten und Lernformen sowie der Planung von „Lehr-Lern-Situationen“ [Schilling, 2005, S. 52]. Sie kann als „Herzstück der Pädagogik“ [Badry et al., 1992, S. 39 zit. n. Schilling, 2005, S. 52] gelten.</p> <p>Ihr Verhältnis zur Methodik, die sich als „Wissenschaft vom zielgerichteten Handeln“ definieren lässt, ist bestimmt von „Interdependenz bzw. Implikation“ [Schilling, 2005, S. 105], d.h. Didaktik/Methodik bedingen sich wechselseitig. In der Schreibweise ist dies durch die Schrägstrichnotation abgebildet.</p>
Dissemination	Verbreitung von z. B. Forschungsbefunden, Projektergebnissen
Drittmittel	Unter Drittmittel werden Finanzressourcen verstanden, die eine Organisation zusätzlich zu ihrem regulären Budget von einer dritten Stelle eingeworben hat. Diese Mittel sind in der Regel an einen bestimmten Verwendungszweck gebunden, z. B. Personalstellen im Rahmen eines Projekts, Sachmittel für Maßnahmenrealisierungen etc. (Verwendungszweckgebundenheit).
<u>A – B – C – D – E – F – G – I – J – K – L – M – N – O – P – Q – R – S – T – V – W – Z</u>	
Effektivität	Eine Maßnahme gilt als effektiv, wenn sie sich als geeignet erweist, die beabsichtigte Wirkung bezüglich der Lösung einer Problemstellung/Erfüllung einer Aufgabe in hinreichender Weise zu erzielen (Wirksamkeit) [vgl. quint-essenz, 2008, online].
Effizienz	Eine Maßnahme gilt als effizient, wenn sie die beabsichtigte Wirkung bezüglich der Lösung einer Problemstellung / Erfüllung einer Aufgabe kostengünstig in mindestens hinreichender Weise erzielt (Wirtschaftlichkeit) [vgl. quint-essenz, 2008, online].
Empowerment / Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln	Empowerment lässt sich in einer programmatischen Kurzformel als „Befähigung zu selbst bestimmtem Handeln“ bestimmen. In der *Gesundheitsförderung sollen Individuen und soziale Gruppen durch entsprechende Prozesse, die sozialer, kultureller, psychologischer oder politischer Art sein können, dazu „befähigt werden, ihre Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen, ihre Sorgen vorzutragen, Strategien für ihre Einbeziehung in Entscheidungsprozesse zu entwerfen sowie politische, soziale und kulturelle Aktivitäten zu erwirken, um diese Bedürfnisse zu befriedigen“ [WHO, 1998, S. 6]. Dabei wird unterschieden zwischen individual empowerment (individueller Befähigung zu selbst bestimmtem Handeln) und community empowerment (gemeinschaftsbezogener Befähigung zu selbst bestimmtem Handeln). Individual empowerment „bezieht sich vor allem auf die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen und Kontrolle über das persönliche Leben zu haben.“ Community empowerment „bezieht Individuen in gemeinschaftliches Handeln ein, um mehr Einfluss und Kontrolle über die Determinanten von Gesundheit und die Lebensqualität in ihrer Gemeinschaft zu gewinnen; und sie ist ein wesentliches Ziel von Gemeinschaftsaktionen für Gesundheit“ [WHO, 1998, S. 6 f.] – siehe auch *Befähigen.

<p>Epidemiologie</p>	<p>Epidemiologie befasst sich nach Waller [2007, S. 41] „mit der Beschreibung und Analyse der Verteilung von Krankheiten und deren Ursachen und Folgen in der Bevölkerung.“ Dabei kann unterschieden werden zwischen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>deskriptiver Epidemiologie</i>, sie beschreibt Verteilungen von Krankheiten in bestimmten Bevölkerungsgruppen anhand von Maßzahlen wie: *Prävalenz (Anzahl aller an einer Krankheit Erkrankten pro Bevölkerungsgruppe und Zeitspanne), Inzidenz (Anzahl der an einer Krankheit neu Erkrankten pro Bevölkerungsgruppe und Zeiteinheit), Letalität (Anzahl der Sterbefälle bei einer Krankheit innerhalb eines Zeitraumes bezogen auf die Zahl der an ihr Erkrankten), Mortalität (Anzahl der Sterbefälle auf eine bestimmte Bevölkerungszahl) *Morbidity (Angaben zur Häufigkeit einer Erkrankung bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungszahl, zumeist 10.000); • <i>analytischer Epidemiologie</i>, sie sucht Zusammenhänge und Determinanten von Krankheiten hypothesengeleitet zu erforschen. Studienformen sind z.B. Fall-Kontroll-Studien, Kohorten-Studien, Querschnittsstudien, ökologische Studien; • <i>experimenteller Epidemiologie</i>, sie sucht die Wirksamkeit von Interventionen auf Basis statistischer Versuchsplanungen zu ermitteln. Studienformen sind randomisierte kontrollierte Untersuchungen, Feld- und Gruppenuntersuchungen [vgl. Waller, 2007; vgl. auch Beaglehole, Bonita, Kjellström, 1997].
<p>Erziehung</p>	<p>Erziehung kann allgemein als bewusste und zielgerichtete Bemühungen von Erziehenden charakterisiert werden, auf Zu-Erziehende in ihrem Sinn bzw. entsprechend ihres professionellen/institutionellen Auftrages einzuwirken [vgl. Marotzki, Nohl, Ortlepp, 2005; Löw, 2006]. Sie zielt allgemein darauf ab, bei in der Regel Kindern und Jugendlichen Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten dauerhaft zu etablieren, die diese für eine gelingende, selbständige Lebensführung in Bezug auf unterschiedliche Anforderungen befähigen (Erziehung zur Mündigkeit) und mit hin deren Funktionsfähigkeit im Rahmen des gesellschaftlichen Normen- und Wertesystems sichern.</p> <p>Demzufolge ist Erziehung an spezifischen Kontexten orientiert und erfolgt durch Vertreter/innen dieses Bezugsrahmens, während für *Bildung die selbsttätige Aneignung und Verarbeitung von Welt in genereller Perspektive wesentlich ist. Der Übergang zur Bildung ist in dem Moment der Befähigung zur selbständigen Lebensführung als oberstes Ziel moderner Erziehung markiert. So kann diese nicht ‚geschaffen/erzeugt‘ werden, sondern verlangt nach Selbsttätigkeit der Zu-Erziehenden, die vom Erziehenden angeregt werden muss [vgl. Drieschner, 2007].</p> <p>Die explizite Unterscheidung von *Bildung und Erziehung in der deutschsprachigen Pädagogik wird im englischen Sprachgebrauch nicht für erforderlich erachtet. Sie sind dort unter dem Begriff ‚education‘ zusammengefasst.</p>
<p>Evaluation</p>	<p>Evaluation im Gesundheits-, Bildungs-, Sozialwesen lässt sich charakterisieren als eine systematische Erhebung, Auswertung</p>

	<p>und Bewertung von Informationen über Verlauf und Ergebnisse von Maßnahmen, Projekten, Programmen etc. unter Anwendung von Methoden der *qualitativen und/oder *quantitativen Sozialforschung. Ziel ist die Ermöglichung einer informierteren Beurteilung dieser Aktivitäten und die Bereitstellung von Entscheidungsgrundlagen sowie von Empfehlungen für die weitere Ausgestaltung der Praxis. Grundsätzlich können Evaluationen als *Fremdevaluation und/oder *Selbstevaluation erfolgen [vgl. Schaffer, 2009; Schröder, Kohle, 2007; Øvretveit, 2002].</p> <p>Je nach Ziel und Zweck werden dabei zwei grundlegende Formen unterscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die <i>formative Evaluation</i> (auch Prozessevaluation), hier geht es darum, begleitend Optimierungsmöglichkeiten einer Maßnahme, eines Projekts, eines Programms festzustellen und damit Orientierungshilfen für die weitere Ausgestaltung und Entwicklung der Arbeit bereitzustellen; • die <i>summative Evaluation</i> (auch Ergebnisevaluation), hier geht es darum, die *Effektivität und ggf. auch die *Effizienz einer Maßnahme, eines Projekts, Programms festzustellen und damit nicht zuletzt auch Entscheidungsgrundlagen für deren Fortführung/Ausweitung bzw. ggf. deren Abbruch bereitzustellen [vgl. Schröder, Kohle, 2007; Reisig et al., 2006]. <p>Ergänzend wird je nach Gegenstand unterschieden zwischen einer: a) Planungsevaluation, b) Prozessevaluation, c) Strukturevaluation, d) Ergebnisevaluation [vgl. Loss et al., 2007]. Diese Ausrichtungen finden im *Qualitätsmanagement ihr Gegenstück in entsprechenden Qualitätsbereichen – siehe auch *Qualitätsmanagement und Evaluation.</p>
<p>Evaluation von Gesundheitsförderung</p>	<p>In der Evaluation von Gesundheitsförderung stellt die Bewertung des Ausmaßes, in dem Gesundheitsförderungsaktivitäten, „Individuen oder Gemeinschaften befähigen, Kontrolle über ihre eigene Gesundheit auszuüben [...] ein zentrales Element“ dar. Es ist allerdings in vielen Fällen „schwierig, den Weg zurückzuverfolgen, wie spezifische Gesundheitsförderungsaktivitäten mit Gesundheitsergebnissen zusammenhängen. Dies kann verschiedene Gründe haben, z. B. die technischen Schwierigkeiten, Ursache und Wirkung in komplexen, "realen" Lebenssituationen zu isolieren. Von daher unterscheiden die neusten Ergebnismodelle (Outcome models) in der Gesundheitsförderung unterschiedliche Typen von Ergebnissen (Outcomes) und schlagen vor, diese in einer hierarchischen Beziehung untereinander zu sehen. "Gesundheitsförderungsergebnisse" sind der erste Ansatzpunkt der Bewertung (Assessment) und reflektieren Veränderungen derjenigen persönlichen, sozialen und Umwelt-Faktoren, die ein Mittel zur Verbesserung der Kontrolle der Menschen über ihre Gesundheit darstellen. Veränderungen der Determinanten von Gesundheit werden als "intermediäre Gesundheitsergebnisse" definiert. Veränderungen im Gesundheitsstatus repräsentieren "Gesundheitsergebnisse".“ [WHO, 1998, S. 8] – s. auch *Kosten-Nutzen-(Wirksamkeit-) Analyse.</p>

<p>Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung</p>	<p>Im medizinischen Kontext ist „Evidenz als ein wissenschaftlich fundiertes, beweiskräftiges Wissen über die Wirksamkeit medizinischer Interventionen“ definiert. „Es ist Basis für die Entwicklung von Qualitätsstandards bzw. Leitlinien für die medizinische Praxis. Dabei wird von einer Evidenz-Hierarchie ausgegangen. Die randomisierte kontrollierte Studie (RCT) steht auf der obersten Stufe und wird als ‚Goldstandard‘ für Evidenz betrachtet. Im Bereich der Gesundheitsförderung kann nach Learmonth von Evidenzbasierung gesprochen werden, wenn eine Intervention auf validen und relevanten Kenntnissen basiert. Evidenzbasierte Empfehlungen, wie sie in der evidenzbasierten Medizin systematisch entwickelt werden, gibt es für die Gesundheitsförderung jedoch (noch) nicht“ [Ruckstuhl, 2003, S. 34 f.]. Es ist allerdings mittlerweile auch überwiegend „Konsens“, dass die medizinische Evidenzhierarchie nicht einfach auf Prävention und Gesundheitsförderung übertragen werden kann. „Zahlreiche Autoren und Autorinnen plädieren dafür, sich nicht auf randomisierte, kontrollierte Studien zu beschränken, da sie für das Interventionsfeld nur eingeschränkte Informationen bereit stellen, sondern auch z. B. Studien zu den Gesundheitsdeterminanten, soziologischen Studien über die Muster und Ursachen von Ungleichheit oder qualitative Studien zur Erfassung von Motiven für und Einstellungen zu gesundheitsrelevantem Verhalten in unterschiedlichen sozialen Gruppen zu verwenden. Hervorgehoben wird auch, dass die lokalen Gegebenheiten häufig größere Relevanz verdienen als randomisierte Studien aus eingeschränkten Kontexten“ [Kolip, 2006, S. 236].</p>
<p><u>A</u> – <u>B</u> – <u>C</u> – <u>D</u> – <u>E</u> – <u>F</u> – <u>G</u> – <u>I</u> – <u>J</u> – <u>K</u> – <u>L</u> – <u>M</u> – <u>N</u> – <u>O</u> – <u>P</u> – <u>Q</u> – <u>R</u> – <u>S</u> – <u>T</u> – <u>V</u> – <u>W</u> – <u>Z</u></p>	
<p>Fachkraft für Arbeitssicherheit in Schulen</p>	<p>Fachkräfte für Arbeitssicherheit in Schulen bilden „eine wichtige Säule des schulischen Arbeitsschutzsystems. Sie benötigen als fachliche Berater in allen Fragen der Arbeitssicherheit einschließlich der menschengerechten Gestaltung der Arbeit eine umfassende und spezifische Fachkunde und müssen die erfolgreiche Teilnahme an einem anerkannten Ausbildungsgang nachweisen“ [Kayser, Merget, Gröne, 2007, online]. Diese Ausbildung wurde in 1997 modernisiert, so dass sie heute nicht mehr ausschließlich an der Frage orientiert ist "Was macht krank?", sondern ebenfalls die Leitfrage "Was hält gesund?" berücksichtigt. Das niedersächsische Kultusministerium hat entschieden, im Schwerpunkt Lehrkräfte entsprechend auszubilden, da diese in Schulen regelmäßig auftretende Belastungssituationen und Gefährdungen auf Grund ihrer Berufserfahrungen besonders gut beurteilen und zukünftige Gefahrenpotentiale frühzeitig erkennen können [vgl. Kayser, Merget, Gröne, 2007, online].</p>
<p>Foren im Internet</p>	<p>Foren im Internet ermöglichen es ihren Nutzern, über große Entfernungen und zeitlich ungebunden mit einer unbegrenzten Anzahl anderer Nutzer zu kommunizieren und Informationen auszutauschen. Dies geschieht in Form von Kurznachrichten und angehängten Dateien. Im Gegensatz zur Kommunikation</p>

	<p>per Telefon oder E-Mail findet der Informationsaustausch in Foren immer zeitlich versetzt statt. Teilweise werden die Foren von so genannten Moderatoren betreut, die über die jeweiligen Nutzerrechte entscheiden und die Diskussionsgegenstände bestimmen. Dabei finden auch Themenvorschläge einzelner Nutzer oder Nutzer-Gruppen Berücksichtigung, die E-Mail-Nachrichten an andere Nutzer versenden, aber auch für alle Nutzer sichtbare Kommentare zu Beiträgen anderer Nutzer einbringen können [vgl. Redaktionsteam Gesundheitsförderung, o. J., online].</p>
Fremdevaluation/ Selbstevaluation	<p>Die *Evaluation von Arbeitsergebnissen/-prozessen kann aus der Außenperspektive als so genannte Fremdevaluation durch externe Experten/innen oder aus der Innenperspektive als systematische *Selbstevaluation durch Mitglieder der jeweiligen Leistungserbringer erfolgen [vgl. quint-essenz, 2008, online].</p>
Fundraising	<p>Der in den USA geprägte Begriff Fundraising steht frei übersetzt für Ressourcenbeschaffung. Diese kann monetärer oder nicht-monetärer Art sein. Fundraising bezieht sich insbesondere auf die Einwerbung nicht-staatlicher Zuwendungen, deren Zuteilung nicht nach verbindlichen Vergabekriterien erfolgt und die nicht bereits regelmäßig an den Zuwendungsempfänger fließen. Ein professionelles Fundraising für bestimmte Zwecke, wie es sich in Deutschland mittlerweile auch im gemeinnützigen Non-Profit-Sektor etabliert hat, spricht systematisch potentielle Mittelgeber an und pflegt stetig bereits bestehende Kontakte zu Förderern. Es sorgt in diesem Zusammenhang für Transparenz hinsichtlich der eigenen Grundpositionen, Leistungen, angestrebten Aktivitäten etc. und macht zugleich auf mögliche Verknüpfungspunkte mit Zielen und Aktivitäten der beworbenen Personen, Einrichtungen etc. und für diese daraus resultierende Vorteile aufmerksam (aufzeigen so genannter <i>Win-Win-Chancen</i>). Eine besondere Form des Fundraising stellt das so genannte *Sozial-Sponsoring dar [vgl. Altgeld, 2003].</p>
<p>A - B - C - D - E - F - G - I - J - K - L - M - N - O - P - Q - R - S - T - V - W - Z</p>	
Ganztagschule (GTS)	<p>Ganztagschulen sind gemäß Definition der Kultusministerkonferenz (KMK, 2003) Schulen im Primar- und Sekundarbereich I:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die an zumindest drei Tagen/Woche ein Ganztagsangebot mit einem Mindestumfang von sieben Zeitstunden vorhalten, • deren Angebote unter der Aufsicht, Verantwortung und in Kooperation mit der Schulleitung realisiert werden und konzeptionell mit dem Vormittagsunterricht verbunden sind, • die an diesen Tagen den teilnehmenden SchülerInnen ein Mittagessen bereitstellen. <p>Entsprechend ihrer Ausgestaltungen in den Ländern lassen sich drei Organisationsformen unterscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die <i>voll gebundene GTS-Form</i> (Pflichtteilnahme <i>aller</i> SchülerInnen an den Ganztagsangeboten der Schule an mindestens drei Tagen pro Woche im Umfang von mindestens sieben Zeitstunden täglich),

	<ul style="list-style-type: none"> • die <i>teilweise gebundene GTS-Form</i> (Pflichtteilnahme eines Teils der SchülerInnen an den Ganztagsangeboten an mindestens drei Tagen pro Woche im Umfang von mindestens sieben Zeitstunden täglich) • die <i>offene GTS-Form</i> (einzelnen SchülerInnen steht die Option offen, an mindestens drei Tagen pro Woche im Umfang von mindestens sieben Zeitstunden täglich ein Bildungs- und Betreuungsangebot in der Schule wahrzunehmen, wobei zumindest für ein Schulhalbjahr eine verbindliche Teilnahmeerklärung durch die SchülerInnen oder die Erziehungsberechtigten abzugeben ist) [vgl. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister, 2008; Holtappels, 2006]. <p>Nach 2003 in Deutschland entstandene GTS, weisen überwiegend die offene Organisationsform auf. Davor bereits existierende GTS werden in der Mehrzahl in gebundener oder teilgebundener Form geführt [vgl. Holtappels, Kamski, Schnetzer, 2007].</p> <p>Mit Blick auf die schulische Praxis in Deutschland systematisiert Holtappels „drei Grundformen der Ganztagsversorgung“</p> <ul style="list-style-type: none"> • „<i>Kooperation von Schule und Jugendhilfe als additiv-duales System</i>“ (zeitlich festgelegte außerschulische Betreuung im Schul-/Kinderhort und sporadisch in Jugendhilfeangeboten auf freiwilliger Basis); • „<i>Schulen mit Ganztagsangebot in offener Form als additives Modell</i>“ (feste Schulzeit und ergänzend freiwillig nutzbare Angebote für einen Teil der Schülerschaft); • „<i>Ganztagschule in gebundener Form als integriertes Modell</i>“ (feste und verpflichtende Schulzeit für alle SchülerInnen bei teilweiser Rhythmisierung der Zeitstruktur und „gewisser Verzahnung“ [Holtappels, 2006, S. 6] von Unterricht, Arbeitsgemeinschaften, Projekten, Freizeitangeboten etc.).
<p>Gemeinschaftsaktionen für Gesundheit</p>	<p>Gemeinschaftsaktionen für Gesundheit bezeichnen konkrete Anstrengungen eines Kollektivs „bei der Prioritätensetzung für Gesundheit, der Entscheidungsfindung und der Planung und Umsetzung von Strategien, um Gesundheitsverbesserungen zu erreichen. Das Konzept der Befähigung von Gemeinschaften zu selbstbestimmtem Handeln (Empowerment) steht in enger Beziehung zu dem in der Ottawa-Charta festgehaltenen Handlungsfeld der gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen. Nach diesem Konzept ist eine zu selbstbestimmtem Handeln befähigte Gemeinschaft eine Gemeinschaft, in der Individuen und Organisationen ihre Kompetenzen und Ressourcen in gemeinschaftlicher Anstrengung einsetzen, um gesundheitsbezogene Prioritäten zu bearbeiten und ihre entsprechenden Bedürfnisse zu befriedigen. Durch eine derartige aktive Beteiligung (Partizipation) bieten Individuen und Organisationen innerhalb einer zu selbstbestimmtem Handeln befähigten Gemeinschaft (empowered community) soziale Unterstützung für Gesundheit, bearbeiten Konflikte in der Gemeinschaft und erhöhen ihren Einfluss und ihre Kontrolle über die Determinanten für Gesundheit in ihrer Gemeinschaft“ [WHO, 1998, S. 9].</p>

<p>Gender Mainstreaming & Managing Diversity</p>	<p>„Gender Mainstreaming und Managing Diversity sind politische beziehungsweise wirtschaftsorientierte Strategien. Sie zielen darauf, in allen politischen Feldern, in öffentlichen Verwaltungen und in großen international agierenden Unternehmen Chancengleichheit herzustellen. Und zwar sowohl von Frauen, als auch von Männern und von Menschen in ihrer individuellen Vielfalt in der Gesellschaft und ihren Systemen“ [Heil, Heuchert, Jansen-Schulz, 2008, online]. Der Begriff <i>Gender</i> bezieht sich dabei grundsätzlich auf beide Geschlechter sowie deren Beziehungen und rekuriert auf das veränderbare soziale Geschlecht, von dem das nur bedingt veränderbare biologische Geschlecht durch den Begriff "Sex" unterschieden wird [vgl. Heil, 2008, online]. Der Begriff <i>Diversity</i> hebt ab auf die Heterogenität und Vielfalt von Menschen und Gruppen, die sich in Unterschieden hinsichtlich Alter, Geschlecht, Ethnizität, soziale Lage etc. ausdrückt. Im <i>Managing Diversity</i> Ansatz werden diese Unterschiede ebenso wie die Gemeinsamkeiten von Menschen und Gruppen als Ressourcen und Chancen begriffen, die durch bewusste Herstellung von Heterogenität systematisch genutzt werden können [vgl. Hartmann, 2005]. Im Zusammenhang *Gesundheitsförderung meint <i>Gender Mainstreaming</i> insbesondere auch dafür Sorge zu tragen, dass die Chancengleichheit der Geschlechter in allen Schritten der Planung und Realisierung, Evaluation und Qualitätssicherung von *Gesundheitsinterventionen berücksichtigt wird. [vgl. Altgeld, Maschewsky-Schneider, 2003].</p>
<p>Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit</p>	<p>Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit zielt darauf ab, „dass alle Menschen aufgrund eines fairen und gerechten Zugangs zu Ressourcen für Gesundheit die gleiche Möglichkeit haben, ihre Gesundheit zu entwickeln und zu erhalten. Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit ist nicht gleichzusetzen mit Gleichheit im Gesundheitsstatus. Ungleichheiten hinsichtlich des Gesundheitsstatus sowohl zwischen Individuen als auch zwischen Bevölkerungen sind unvermeidbare Konsequenzen von genetischen Unterschieden, unterschiedlichen sozialen und ökonomischen Bedingungen, oder das Ergebnis persönlicher Wahlen im Hinblick auf Lebensstile. Demgegenüber entstehen Ungerechtigkeiten als Konsequenz von Unterschieden im Hinblick auf Möglichkeiten und Chancen, welche z. B. zu ungleichem Zugang zu Gesundheitsdiensten, nahrhaften Lebensmitteln oder angemessenen Wohnbedingungen führen. In solchen Fällen entstehen Ungleichheiten im Gesundheitsstatus als Konsequenz von Ungerechtigkeiten in Lebensmöglichkeiten“ [WHO, 1998, S. 10] – siehe hierzu auch die globale WHO-Strategie *Gesundheit für Alle.</p>
<p>Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)</p>	<p>Seit ihrer Einführung durch Bismarck (1883) hat sich die gesetzliche Krankenversicherung zu einer „der fünf Säulen des deutschen Sozialversicherungssystems“ entwickelt, „in der 90 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung versichert sind“ [GKV, o. J., online]. Wesentliche „Strukturprinzipien sind Solida-</p>

	<p>rität, Sachleistung, paritätische Finanzierung, Selbstverwaltung und Pluralität. Der soziale Auftrag der GKV besteht darin, vollen Versicherungsschutz im Krankheitsfall paritätisch (d. h. von Versicherten und Arbeitgebern finanziert), unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherten zu gewährleisten. Der Leistungskatalog ist für alle Versicherten einheitlich und die Leistungsgewährung erfolgt nach dem medizinischen Bedarf. Die Mittel werden solidarisch, d. h. entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitglieder aufgebracht“ [GKV, o. J., online].</p>
Gesunde Kindertagesstätte	<p>Eine allgemein anerkannte Definition dessen, was genau eine gesunde Kindertagesstätte ausmacht, kann derzeit nicht angegeben werden. Exemplarisch lässt sich dem „Qualitätsentwicklungsansatz des Netzwerks Gesunde Kita“ des Landes Brandenburg aber entnehmen, dass eine solche Kita ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung unter anderem im *Setting-Ansatz gründet, ein integriertes Handlungskonzept verfolgt, das Prinzip der *Partizipation verwirklicht, sich aktiv mit relevanten Institutionen und anderen Kitas vernetzt, „Gesundheitsförderung als integralen Bestandteil ihrer eigenen auf Dauer ausgelegten Organisationsentwicklung (statt isolierter Projekte)“ begreift und Gesundheitsförderung „im pädagogischen Konzept der Kita verbindlich verankert“ [Netzwerk Gesunde Kita – Land Brandenburg, 2008, S. 1]. Analog zum Konzept der *guten gesunden Schule wird aktuell auch modellhaft versucht, das Thema *Gesundheit in die Entwicklung von Bildungsqualität in Kitas zu integrieren [vgl. Bertelsmann Stiftung, 2008].</p>
Gesunde Schulen	<p>Eine einheitlich anerkannte Definition dessen, was genau eine gesunde Schule ausmacht, kann nicht angegeben werden. Die nachfolgende Bestimmung steht exemplarisch für entsprechende Darstellungen. „Die „Gesunde Schule“ will vor allem erreichen, daß Kinder und Jugendliche ein positives Selbstbild entwickeln und lernen, in sozialer Verantwortung und zunehmend selbstbestimmt zu leben und zu handeln. Sie geht von einem Gesundheitsverständnis aus, das physische, psychische und mentale Aspekte ebenso einschließt wie soziale, technische und ökonomische. Sie kennt die verschiedenen Einflüsse, denen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sind und setzt auf das partnerschaftliche Zusammenwirken aller am Schulleben Beteiligten. „Gesunde Schulen“ öffnen sich. Sie geben nicht nur ihr Wissen und ihre Erfahrungen nach außen, sondern laden Eltern, Nachbarn oder externe Fachkräfte zur Diskussion gesundheitsrelevanter Themen in die Schule ein. Die die Schule umgebende Gesellschaft zeichnet mitverantwortlich für das Leben in der Schule. Initiative und Weitergabe von Ressourcen an und durch die Schule sind ein wichtiger Bestandteil dieser Partnerschaft“ [Robert Bosch Stiftung, 2002, S. 8].</p>
Gesundheit für alle/ Gesundheit21	<p>Das 1998 von der Weltgemeinschaft verabschiedete „Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ im 21. Jahrhundert zielt darauf ab,“ die 1977 aus der Weltgesundheitsversammlung hervorge-</p>

	<p>gangene und 1978 in der Konferenz von *Alma-Ata global eingeführte „Vision der „Gesundheit für alle“ zu realisieren“. Das Konzept setzt 21 Entwicklungsziele, „die den spezifischen Handlungsbedarf in der gesamten Europäischen Region beschreiben und die zur Verbesserung der Situation erforderlichen Maßnahmen vorschlagen.“ Das oberste Ziel besteht konstant darin, „für alle das volle gesundheitliche Potential zu erreichen.“ Differenzierend sind zwei Hauptziele bezeichnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „die Gesundheit der Bevölkerung während der gesamten Lebensspanne zu fördern und zu schützen sowie • die Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen zu reduzieren und die auf Krankheiten durch Verletzungen zurückzuführenden Leiden zu mindern.“ <p>In ethischer Hinsicht sind drei zentrale Grundwerte genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Gesundheit als ein fundamentales Menschenrecht, • gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität im Handeln zwischen den Ländern und innerhalb der Länder sowie • Partizipation und Rechenschaftspflicht des einzelnen wie auch von Gruppen, Institutionen und Gemeinschaften in Hinsicht auf eine kontinuierliche gesundheitliche Entwicklung“ [WHO – Regionalbüro Europa, 1998, S. 8 f.; vgl. ebd., 1999].
<p>Gesundheit (/ Krankheit)</p>	<p>Die Begriffe Gesundheit und Krankheit bezeichnen allgemein Zustände subjektiven Empfindens, gesellschaftlich bedeutsame Phänomene und Theoriekonstrukte, die entsprechende Normen und Abweichungen beschreiben; allgemein anerkannte Definitionen existieren jedoch nicht. In den vielzähligen Versuchen Gesundheit zu bestimmen, erscheint diese unterschiedlich akzentuiert als: Störungsfreiheit (Abwesenheit von Krankheit), Wohlbefinden (Hervorhebung der subjektiven Perspektive), Fähigkeit zur Erfüllung von Leistungs-/Rollenerwartungen (funktionale Beschreibung), Gleichgewichtszustand (homöostatische Ausgewogenheit aller Funktionen), Flexibilität (aktive Bearbeitung/Bewältigung sich kontinuierlich wandelnder Belastungen/Störungen). Für die hier besonders interessierende *Gesundheitsförderung ist die von der Weltgesundheitsorganisation (*WHO) 1948 in ihrer Gründungserklärung verabschiedete Definition grundlegend: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ [zit. n. Franke, 2006, S. 32], wie auch der Gedanke leitend, dass Gesundheit etwas ist, zu dem jeder selbst beitragen kann (Gesundheit als gelungene Bewältigung innerer und äußerer Anforderungen) [vgl. Franke, 2006].</p> <p>Die WHO-Definition basiert auf einem „ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit“ und vertritt ein entsprechend „positives Konzept, welches soziale und persönliche Ressourcen gleichermaßen betont wie körperliche Fähigkeiten“. Gesundheit gilt ihr als ein „fundamentales Menschenrecht“ [WHO, 1998, S. 1]. Unbeschadet ihrer herausragenden Bedeutung für die weiteren</p>

	<p>Entwicklungen im Gesundheitswesen war sie allerdings auch starker Kritik ausgesetzt [vgl. Franke, 2006]. So wurde die Vorstellung eines vollständigen Wohlbefindens als nicht erreichbare Utopie bemängelt und gegenüber dem strikt positiven Gesundheitsbegriff „ein »Recht auf Krankheit«“ angemahnt: „Anthropologisch gesehen können Krankheit und Leiden aus dem menschlichen Leben nicht verbannt werden und müssen hinsichtlich ihrer personalen und sozialen Schutzfunktion wie auch in ihrer Bedeutung für die Förderung menschlicher Entwicklung ernst genommen werden.“ Auch gibt „es immer eine Gesundheit in der Krankheit und eine Krankheit in der Gesundheit“ [Zurhorst, 1997, S. 17 f.]. In neueren Gesundheits- und Krankheits-theorien werden beide heute auch nicht mehr dichotom als voneinander unabhängige Zustände, sondern als in einem dynamischen Verhältnis stehende Endpunkte eines Kontinuums begriffen [vgl. Franke, 2006] – siehe *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum; siehe ergänzend den Eintrag *Laienkonzepte von Gesundheit.</p>
<p>Gesundheits- alphabetisierung</p>	<p>Gesundheitsalphabetisierung (Health literacy) „beinhaltet das Erreichen eines Niveaus an Wissen, persönlichen Kompetenzen und Vertrauen, welches aktives Handeln ermöglicht, um die eigene Gesundheit und die der Gemeinschaft durch Veränderung der persönlichen Lebensstile und der Lebensbedingungen zu verbessern. Insofern meint Gesundheitsalphabetisierung mehr als nur fähig zu sein, Informationsblätter zu lesen und Termine vereinbaren zu können. Dadurch, daß Gesundheitsalphabetisierung den Zugang der Menschen zu gesundheitsrelevanter Information erhöht sowie deren Fähigkeiten verbessert, diese wirksam zu nutzen, ist sie eine entscheidende Größe für die *Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln (Empowerment). Gesundheitsalphabetisierung selbst ist von dem allgemeinen Alphabetisierungsgrad der Individuen abhängig. Ein geringer Grad an Alphabetisierung kann die Gesundheit von Menschen direkt beeinflussen, indem sie deren persönliche, soziale und kulturelle Entwicklung einschränkt sowie die Gesundheitsalphabetisierung behindert“ [WHO, 1998, S. 11].</p>
<p>Gesundheitsaufklärung und -beratung</p>	<p>Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung ist gemeinsam, dass sie „Methoden der Informationsvermittlung“ [Waller, 2006, S. 214] darstellen. Sie differieren darin, dass dies im ersten Fall in unpersönlicher Form durch den Einsatz von Massenmedien (Rundfunk, TV, Internet) geschieht, während die Vermittlung im zweiten Fall in persönlicher Form durch systematische Gespräche von Fachleuten mit Einzelnen oder Gruppen erfolgt, in deren Verlauf auch schriftliches Begleitmaterial, Bilder etc. ergänzend eingesetzt werden können [vgl. Waller, 2006]. Des Weiteren ist für Gesundheitsaufklärung kennzeichnend, dass hier der Kommunikationsfluss nur in eine Richtung verläuft und dabei von individuellen Lebenslagen losgelöste Informationen geliefert werden, während Gesundheitsberatung im Kern dialogisch ausgerichtet ist und auf die jeweilige Lebenssituation von Menschen zugeschnittene Informationen ge-</p>

	neriert. Entsprechend können hier in idealtypischer Ausprägung auch konkrete Pläne für Verhaltensänderungen entwickelt werden [vgl. Krause, 2002] – siehe auch *Aufklärungskampagne.
Gesundheitsberichterstattung (GBE)	Das Anliegen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) besteht darin, „auf der Grundlage vorhandener Daten das Gesundheitswesen in Deutschland und den Gesundheitszustand der Bevölkerung“ zu beschreiben. „Anhand ausgewählter Themen wird das gesamte Spektrum von den Rahmenbedingungen und der gesundheitlichen Lage über Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen, einzelnen wichtigen Krankheiten, Leistungen und Inanspruchnahme bis hin zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens in einer auch für interessierte Laien verständlichen Form dargestellt und die entsprechende Datenbasis zugänglich gemacht“ [BMG, 2008, online]. Sie „liefert Grundlagen für politische Entscheidungen, dient der Bevölkerung und interessierten Gruppen einschließlich der Forschung als Informations- und Datenbasis und trägt somit auch wesentlich zur Transparenz im Gesundheitswesen bei. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes liegt in der Verantwortung des Bundesministeriums für Gesundheit. Für die Durchführung sind das Robert Koch-Institut (RKI) und das Statistische Bundesamt zuständig“ [BMG, 2008, online].
Gesundheitsbildung (GB)	Analog zur Differenzierung von *Bildung und *Erziehung wird in Deutschland auch zwischen Gesundheitsbildung/*Gesundheitserziehung (international ‚health education‘) unterschieden. So ist für Gesundheitsbildung ebenfalls das Moment der Selbsttätigkeit im Sinne von Selbststeuerung und Selbstaneignung im Lernprozess wesentlich [vgl. Hörmann, 2004]. Ihre Didaktik/Methodik ist entsprechend gekennzeichnet durch Teilnehmerorientierung, Freiwilligkeit und Partizipation, wodurch sie sich von der traditionellen *Gesundheitserziehung abhebt [vgl. Sabo, 2003a]. Gesundheitsbildung setzt des Weiteren nicht wie die herkömmliche Prävention an der Verhütung von Krankheiten und der Bearbeitung von Risikofaktoren an. Sie bindet sich vielmehr in Konzepte der Gesundheitsförderung ein und folgt entsprechend einem positiven und ganzheitlichen Gesundheitsverständnis. Sie fragt auch nach Möglichkeiten der Förderung von Lebensqualität und Wohlbefinden [vgl. Hörmann, 2004].
Gesundheitsergebnis	Ein Gesundheitsergebnis meint eine „Veränderung des Gesundheitszustandes eines Individuums, einer Gruppe oder einer Bevölkerung, die auf eine geplante Intervention oder Serie von Interventionen zurückzuführen ist, unabhängig davon, ob mit einer derartigen Intervention die Veränderung des Gesundheitszustandes beabsichtigt war.“ Mit dieser Definition wird das Ergebnis von geplanten Interventionen betont „(im Gegensatz z. B. zu zufälligen Risikoexpositionen) sowie die Tatsache, dass Ergebnisse sich auf Individuen, Gruppen oder ganze Bevölkerungen beziehen können. Interventionen können staatliche Politiken und daraus resultierende Programme, Gesetze und Regulationen, oder Gesundheitsdienstleistungen und -pro-

	<p>gramme einschließlich Gesundheitsförderungsprogramme umfassen. Sie können zudem beabsichtigte oder unbeabsichtigte Gesundheitsergebnisse staatlicher Politiken in anderen Sektoren als dem Gesundheitssektor umfassen. Gesundheitsergebnisse werden üblicherweise unter Anwendung von Gesundheitsindikatoren bewertet“ [WHO, 1998, S. 11] – siehe auch *Gesundheitsförderungsergebnisse, *intermediäre Gesundheitsergebnisse, *Gesundheitsgewinn.</p>
<p>Gesundheitserziehung (GE)</p>	<p>Analog zur Differenzierung von *Erziehung und *Bildung wird in Deutschland zwischen Gesundheitserziehung/*Gesundheitsbildung (international ‚health education‘) unterschieden. So ist für Gesundheitserziehung ebenfalls das Moment der bewussten Einwirkung auf Menschen zur zielgerichteten Beeinflussung ihres Verhaltens durch professionelle Fachkräfte wesentlich. Als zentrale Zielsetzungen können allgemein genannt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Schließung gesundheitsrelevanter Wissenslücken zur Ermöglichung angestrebter Verhaltensmodifikationen und effektiver Inanspruchnahmen von Unterstützungssystemen, • die themenspezifische Anhebung von Wissen und Fähigkeiten zur Auflösung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen (Fehlernährung, Haltungsfehler, Alkoholmissbrauch etc.), • die verhältnisbezogene Anhebung von Wissen und Fähigkeiten zur Ermöglichung der aktiven Einflussnahme auf gesundheitsschädigende Rahmenbedingungen, • die Anhebung von Verantwortungsbewusstsein für die eigene und die ökologische Gesundheit sowie von Vertrauen in das eigene Vermögen, hier wirksam Einfluss nehmen zu können, als Grundlage für Gesundheitsverbesserungen. <p>GE kann entsprechend umfassen [vgl. Groene, 2006; WHO, 1998]: die Information über soziale, ökonomische, ökologische Gesundheitsdeterminanten sowie über allgemeine und individuelle Risikofaktoren/-verhaltensweisen und Möglichkeiten der Nutzung des Gesundheitssystems; die Information über politische und organisatorische Möglichkeiten zur Beeinflussung von sozialen, ökologischen und ökonomischen Gesundheitsdeterminanten sowie die Entwicklung entsprechender Kompetenzen; die Entwicklung von Änderungsmotivation, Kompetenzen (*life skills) und Vertrauen in die individuelle Selbstwirksamkeit.</p>
<p>Gesundheitsförderung (GF)</p>	<p>Gesundheitsförderung steht für einen komplexen, sozialen und politischen „Prozess; sie schließt nicht nur Handlungen und Aktivitäten ein, die auf die Stärkung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Individuen gerichtet sind, sondern auch solche, die darauf abzielen, soziale, ökonomische sowie Umweltbedingungen derart zu verändern, dass diese positiv auf individuelle und öffentliche Gesundheit wirken. Gesundheitsförderung ist der Prozess, die Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Determinanten von Gesundheit zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Aktive Beteiligung (Partizipation) ist essentiell, um Gesundheitsförderungsaktivitäten zu er-</p>

	<p>halten“ [WHO, 1998, S. 1]. Hinsichtlich der Ausführung von Gesundheitsförderung sind die nachfolgenden drei in der Ottawa Charta ausgewiesenen Strategien von zentraler Bedeutung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • *anwaltschaftliches Eintreten (Advocacy), • *Befähigung (Enabling), • *Vermittlung (Mediation); <p>sowie die dort ebenfalls genannten folgenden fünf prioritären Handlungsfelder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, • Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, • Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, • Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Fähigkeiten, • Neuorientierung von Gesundheitsdiensten. <p>Diese Strategien und Handlungsfelder werden in der 1997 folgenden *Jakarta Deklaration grundsätzlich bestätigt und durch die Feststellung ergänzt, dass:</p> <ul style="list-style-type: none"> • umfassende Ansätze, in denen die fünf Strategien kombiniert werden, am effektivsten sind, • Settings geeignet sind, entsprechend umfassende Strategien zu realisieren, • die aktive Beteiligung von Menschen (*Partizipation) von grundlegender Bedeutung ist, • Gesundheitsalphabetisierung essentiell für eine wirksame Beteiligung und das *empowerment von Menschen ist. <p>Des Weiteren sind in der Deklaration die folgenden fünf Prioritäten für die GF im 21. Jahrhundert identifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung von sozialer Verantwortung für Gesundheit, • Steigerung von Investitionen für Gesundheitsentwicklungen, • Ausbau von Partnerschaften für die Gesundheitsförderung, • Anhebung der Kompetenzen von Gemeinschaften und Individuen zu selbstbestimmtem Handeln (*empowerment), • Sicherung der für die Gesundheitsförderung erforderlichen Infrastruktur [vgl. WHO, 1998].
<p>Gesundheitsfördernde Lebenswelten</p>	<p>Gesundheitsfördernde Lebenswelten zeichnen sich dadurch aus, dass sie Menschen vor Gesundheitsgefahren schützen und sie befähigen, „ihre Fähigkeiten auszuweiten und Selbstvertrauen in Bezug auf gesundheitliche Belange zu entwickeln.“ Sie „umfassen Orte, an denen Menschen leben, die Gemeinde, ihr Zuhause, Orte, an denen sie arbeiten, spielen und ihre Freizeit verbringen, einschließlich des Zugangs von Menschen zu Ressourcen für Gesundheit und von Möglichkeiten der Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln (empowerment). [...] Handlungen zur Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten haben viele Dimensionen und können folgende Aktivitäten umfassen: direktes politisches Handeln, um Politiken und Rege-</p>

	lungen zu entwickeln und einzuführen, die helfen, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen; wirtschaftliches Handeln, besonders in Bezug auf die Förderung nachhaltiger wirtschaftlicher Entwicklung; und soziales Handeln“ [WHO, 1998, S. 13].
Gesundheitsfördernde Schule	<p>Eine Gesundheitsfördernde Schule lässt sich als eine Einrichtung charakterisieren, „die ständig darum bemüht ist, ihre Kapazitäten als gesunder Lebens-, Arbeits- und Lernort (Setting) zu verbessern.“ In der Umsetzung dieser Zielsetzung „bezieht eine Gesundheitsfördernde Schule Vertreter des Bildungs- und Gesundheitswesens, Lehrer, Schüler, Eltern sowie Schlüsselpersonen der lokalen Ebene bzw. örtlichen Gemeinschaften in Bemühungen zur Förderung von Gesundheit ein. Sie fördert Gesundheit und Lernen mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln und zielt darauf ab, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen sowie eine Reihe von schulischen Schlüsselprogrammen und -diensten der Gesundheitsbildung und -förderung anzubieten.“ Sie „führt Politiken, Praxisaktivitäten und andere Maßnahmen ein, die das Selbstbewusstsein von Individuen respektieren, vielfältige Möglichkeiten für Erfolgserlebnisse anbieten sowie gute Bemühungen und Absichten ebenso honorieren wie persönlichen Erfolg. Eine Gesundheitsfördernde Schule versucht, die Gesundheit des Schulpersonals, der Familien und der Menschen im örtlichen Umfeld ebenso wie die der Schüler zu verbessern, und sie arbeitet mit örtlichen Schlüsselpersonen, um diesen verständlich zu machen, wie Gemeinschaften bzw. das lokale Umfeld zu Gesundheit und Bildung beitragen“ [WHO, 1998, S. 13 f.].</p> <p>In Deutschland wurde in Ergänzung dieser Bestimmungen auch „die Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule“ [Paulus, 2003, S. 94] als ihr übergeordnetes Ziel angegeben.</p>
Gesundheitsförderungsergebnisse	<p>Unter Gesundheitsförderungsergebnissen werden „Veränderungen persönlicher Charakteristika und Kompetenzen, und/oder sozialer Normen und Handlungen, und/oder von Praktiken und Politiken von Organisationen“ auf Grund von Gesundheitsförderungsaktivitäten verstanden. Sie stellen „die am schnellsten eintretenden Ergebnisse gesundheitsfördernder Aktivitäten“ dar und sind in der Regel auf Veränderungen von „modifizierbaren Determinanten von Gesundheit ausgerichtet“ [WHO, 1998, S. 14].</p>
Gesundheitsindikator	<p>Gesundheitsindikatoren können dazu eingesetzt werden, „um Public Health Probleme (Probleme Öffentlicher Gesundheit) zu einem gegebenen Zeitpunkt zu definieren, um zeitliche Veränderungen im Gesundheitszustand einer Bevölkerung oder einzelner Individuen anzuzeigen, um Unterschiede im Gesundheitsstatus von Bevölkerungen bzw. Bevölkerungsgruppen zu definieren und um einzuschätzen, in welchem Ausmaß die Zielsetzungen eines Programms erreicht werden.“ Sie „können Messgrößen sowohl von Krankheit sein - die im Allgemeinen genutzt werden, um Gesundheitsergebnisse zu erfassen - als auch von positiven Aspekten von Gesundheit (wie z.B. Lebens-</p>

	<p>qualität, Alltagskompetenzen und -fähigkeiten und Gesundheits- erwartung) sowie gesundheitsbezogenem Verhalten und Han- deln. Sie können auch Messgrößen der gesundheitsrelevanten sozialen und ökonomischen Bedingungen und physischen Um- welt sein, oder Maße von Gesundheitsalphabetisierung (health literacy) und gesundheitsfördernder Gesamtpolitik. Diese zu- letzt genannte Gruppe von Indikatoren kann genutzt werden, um intermediäre Gesundheitsergebnisse und Ergebnisse der Gesundheitsförderung zu erfassen“ [WHO, 1998, S. 14].</p>
<p>Gesundheitsinterventionen (GI)</p>	<p>Gesundheitsinterventionen lassen sich allgemein bestimmen als gezielte, gesundheitswissenschaftlich begründete *Maßnah- men mit Bezug auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebensweisen/Kompetenzausstattung/Arbeitsweisen von Personen/Gruppen, - Arbeitsabläufe/Strukturen in Organisationen/Einrichtungen, - Lebensbedingungen/Gesundheitsversorgung von Menschen. <p>Prinzipiell können zwei zentrale „Interventionsformen“ nach ih- rer „Eingriffslogik“ [Hurrelmann, Klotz, Haisch, 2007, S. 12] unter- schieden werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Gesundheit/Wohlbefinden und entsprechend förderlichen *Lebensstilen, *Gesundheitsressourcen und *Le- benswelten auf der Basis eines ganzheitlichen Gesundheits- verständnisses (Logik der *Gesundheitsförderung), • Vermeidung der Entstehung von Erkrankungen, Verschlech- terungen bereits bestehender Erkrankungen, Ausbildung von Folgeerkrankungen auf der Basis eines *Risikofaktorenansat- zes (Logik der *Krankheitsprävention). <p>Dabei kommen unterschiedlichste Arten und Weisen der Ein- flussnahme zum Einsatz. Sie reichen von:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzelmaßnahmen zu Maßnahmenbündeln bis zu kom- plexen, ganzheitlich vorgehenden Programmen, die von: - einzelnen Personen, Gruppen, Einrichtungen, Organisatio- nen, Netzwerken, Initiativen, Allianzen unter Anwendung von Erkenntnissen, Strategien, Methoden etc. z.B. aus der: - Sozialmedizin, Epidemiologie, Pädagogik, Psychologie, So- ziologie, Sozialen Arbeit, Ökologie, Ökonomie, Prävention und Gesundheitsförderung in: - einmaligen bis sporadischen Aktionen/Kampagnen, tempo- rären Projekten/Modellversuchen oder auch in mittel- bis langfristig angelegten Vorhaben und organisatorischen Strukturen fachgerecht umgesetzt werden.
<p>Gesundheitsinterventionen und Steigerung von Ergebnisqualität</p>	<p>Der Gesundheitszustand von Menschen bzw. ihr Empfinden von Wohlbefinden kann sich positiv auf ihre Leistungsfähigkeit aus- wirken. Demzufolge können Gesundheitsinterventionen gezielt eingesetzt werden, um die Produktivität und Ergebnisqualität von Arbeitsprozessen zu sichern bzw. zu steigern. Werden sie in diesem Sinn in erster Linie von den spezifischen Interessen einer Organisation/Einrichtung ausgehend gedacht/konzipiert,</p>

	<p>so wandelt sich ihr Leitziel in das genuine Primärziel dieser Einrichtung/Organisation. Die Interventionen dienen in diesem Fall grundlegend den jeweiligen Einrichtungs-/Organisationszielen, aber auch der Realisierung definierter Gesundheitsziele im Umsetzungsverlauf. Auf Schulen bezogen steht in dieser Perspektive eine Beitragsleistung zur Entwicklung von Bildungs-, Erziehungs- und Schulqualität im Vordergrund.</p>
<p>Gesundheitskommunikation</p>	<p>Ziel von Gesundheitskommunikation ist „die Verbesserung des Gesundheitsstatus von Individuen und Bevölkerungen“. Sie „umfasst mehrere Bereiche wie Bildungsunterhaltung (Edutainment) oder unterhaltende Bildung (Enter-education), Gesundheitsjournalismus, zwischenmenschliche Kommunikation, Interessenvertretung über Medien (media advocacy), Organisationskommunikation, Risikokommunikation, soziale Kommunikation sowie Sozial-Marketing. Sie kann viele Formen annehmen, von Massen- und Multimedia-Kommunikation bis hin zu traditionellen und kulturspezifischen Kommunikationsformen wie z.B. Geschichten erzählen, Puppentheater und Lieder. Sie kann die Form von speziellen Gesundheitsbotschaften haben oder in existierende Unterhaltungs- oder Kommunikationsmedien wie z.B. Seifenopern integriert sein“ [WHO, 1998, S. 15]. Indem sie alle verfügbaren Massen- und Multimedien sowie andere technologische Innovationen wie zum Beispiel das Internet zur gezielten Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen in der Öffentlichkeit nutzt, wird sie zu einer „Schlüsselstrategie, um die Öffentlichkeit über Gesundheitsfragen zu informieren und wichtige gesundheitsbezogene Themen in der öffentlichen Diskussion zu halten“ [WHO, 1998, S. 15].</p>
<p>Gesundheitskompetenzen</p>	<p>Gesundheitskompetenzen lassen sich charakterisieren „als die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, von denen die Möglichkeiten und Motivationen einer Person abhängen, sich Zugang zu Informationen zu verschaffen, diese zu verstehen und im Sinne der Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit zu nutzen. Gesundheitskompetenzen umfassen die Entwicklung des Wissensstandes, persönlicher Fähigkeiten und des Zutrauens, durch Veränderung von Lebensstilen und Lebensbedingungen die eigene Gesundheit und die Gesundheit in der Region verbessern zu können. Gesundheitskompetenz umfasst also mehr als die Fähigkeit zum Lesen von Informationsbroschüren und der persönlichen Fähigkeiten, diese Informationen effektiv zu nutzen, trägt die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen entscheidend zum Empowerment von Personen bei. Gesundheitskompetenzen selbst hängen wiederum von allgemeinen Kompetenzen der Menschen ab. Ein niedriges allgemeines Kompetenzniveau kann die Gesundheit von Menschen direkt beeinflussen, weil es ihre persönlichen, sozialen und kulturellen Entwicklungschancen ebenso behindert wie die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen“ [Groene, 2006, S. 89].</p>
<p>Gesundheits-Krankheits-Kontinuum</p>	<p>*Gesundheit und Krankheit werden in der modernen *Gesundheitsförderung und den *Gesundheitswissenschaften nicht als voneinander unabhängige Zustände begriffen, „sondern als ge-</p>

	<p>dachte Eckpunkte eines gemeinsamen Kontinuums“. Weder gibt es für lebende Menschen ein vollständiges Gesundheit-Sein, noch ein solches Krank-Sein. Die Übergänge zwischen den beiden Polen sind vielmehr fließend und gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Zwischenstadien, in denen sich subjektive und objektive Befindlichkeiten ausdrücken. „Die Position eines Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist das Ergebnis einer prozesshaften Wechselwirkung. Die Wechselwirkung besteht zwischen persönlichen und umweltgebundenen Risikofaktoren sowie Protektivfaktoren bei der Bewältigung von Belastungen. Dabei besteht eine Abhängigkeit vom jeweiligen sozialen Kontext und der Lebensgeschichte des Menschen“ [Franzkowiak, Lehmann, 2003, S. 114]. „Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum dient einerseits dem Verständnis von Gesundheit als dynamischem Prozess. Im Kontinuum können aber auch teilweise bzw. vollständige Gesundheitsbeeinträchtigungen in ihrer jeweiligen, immer wieder veränderbaren Balance zwischen gesunden und kranken Anteilen angesiedelt werden“ [Gesundheitsförderung Schweiz, 2009, online].</p>
<p>Gesundheitliche Chancengleichheit</p>	<p>In dem 1998 vom Regionalbüro für Europa der WHO ausgegebenen Rahmenkonzept *Gesundheit 21 sind 21 Entwicklungsziele für das 21. Jhrd. formuliert. So auch die Zielvorstellung 2 „Gesundheitliche Chancengleichheit“ [WHO - Regionalbüro EU, 1999, S. 19], die sich dahingehend zusammenfassen lässt, dass alle Menschen unabhängig vom Bildungsstand, Berufsstatus und Einkommen die gleichen Chancen haben sollen, ihre Gesundheit zu erhalten bzw. gesund zu werden [vgl. Mielck, 2005]. In diesem Sinne geht es darum, *gesundheitliche Ungleichheiten, die wesentlich im Zusammenhang mit *sozialen Ungleichheiten stehen, systematisch zu reduzieren, um das gesetzte Idealziel soweit als möglich zu realisieren [vgl. Mielck, 2005].</p>
<p>Gesundheitsmanagement – betriebliches (BGM)</p>	<p>Betriebliches Gesundheitsmanagement zielt auf eine systematische gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Strukturen, Prozesse und Rahmenbedingungen einerseits und auf die Befähigung von MitarbeiterInnen zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten andererseits [Badura, Hehlmann, 2003]. Badura nennt als methodische Basis von BGM vier zyklisch-iterativ ablaufende „Kernprozesse“ [Badura, 2008, S. 138 f.]:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Diagnose (Ist-Analyse), b) Interventionsplanung (Auswahl von Zielen und Maßnahmen/ Instrumente), c) Durchführung und Steuerung der Intervention (Umsetzung der Maßnahmen), d) Evaluation (Ist-/ Soll-Messungs-Vergleich). <p>Als zentrale „Elemente des betrieblichen wie des schulischen Gesundheitsmanagements“ [Badura, 2008, S. 152] sieht er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Entwicklung einer hinreichenden „Dateninfrastruktur als entscheidende Voraussetzung für das Controlling“ im GM; • „klare“ Zielvorstellungen;

	<ul style="list-style-type: none"> • eine „qualifizierte Führung“; • ein „professionelles Projektmanagement“.
<p>Gesundheitspsychologie (GP)</p>	<p>„Die Gesundheitspsychologie ist der wissenschaftliche Beitrag der Psychologie zur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung und Erhaltung von Gesundheit, • Prävention und Behandlung von Krankheiten, • Förderung der Rehabilitation, • Identifikation von psychischen Faktoren, die zur Entstehung von Krankheiten beitragen, • Identifikation von Determinanten des Krankheitsbewältigungs- und Genesungsprozesses und zum • Einfluss des Zusammenwirkens zwischen Gesundheitssystem und Patient auf das individuelle Gesundheitsverhalten <p>Die Gesundheitspsychologie beschäftigt sich mit personalen, sozialen und strukturellen Faktoren, welche die körperliche und seelische Gesundheit beeinflussen. Die Gesundheitspsychologie geht davon aus, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit und vertritt ein positives Verständnis von Gesundheit. Sie entwickelt Theorien und Modelle zur Entstehung und zur Aufrechterhaltung von gesundheitsbeeinträchtigenden und gesundheitsförderlichen Einstellungen und Verhaltensweisen und konstruiert Verfahren zu deren Diagnostik. Sie entwirft und evaluiert Interventionsprogramme, die zur primären, sekundären und tertiären Prävention sowie zur Unterstützung der Krankheitsverarbeitung eingesetzt werden und sowohl auf individueller als auch struktureller Ebene ansetzen“ [Fachgruppe Gesundheitspsychologie, 2009, online].</p>
<p>Gesundheitsressourcen</p>	<p>Gesundheitsressourcen im Sinne der *Ottawa Charta sind Gesundheitspotenziale von Menschen, die zu deren Gesunderhaltung und Förderung ihres Wohlbefinden beitragen können. Aus der Belastungs-Bewältigungs-Perspektive werden sie auch als so genannte *Schutz-/Protektivfaktoren bezeichnet. Es können zwei zentrale Faktorebenen mit einem salutogenen Wirksamkeitspotential unterschieden werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personale (interne) Ressourcen, die sich allgemein auf Selbstbewertungen, Kompetenzzuschreibungen und Grundeinstellungen/-verfassungen von Menschen beziehen. Hier werden insbesondere wiederkehrend genannt: ein positives Selbstwertgefühl, eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, eine aktive Problemlösefähigkeit, ein ausgeprägtes *Kohärenzgefühl, ein stabiles Vertrauen in die eigene Belastbarkeit/Widerstandsfähigkeit im Sinne des Hardiness-Konzepts von Kobasa [vgl. 1979]. Von grundlegender Bedeutung sind hier auch ein belastbares Immunsystem und eine gute körperliche und geistige Verfassung und Leistungsfähigkeit; • soziale und ökologische (externe) Ressourcen, die sich allgemein auf den Umfang und die Qualität sozialer Einbettungen und die situativen Lebensbedingungen von Men-

	<p>schen beziehen. Hierzu zählen insbesondere: ein hinreichender Zugang zu gesundheitlicher Grundversorgung, eine gute Ernährungslage, ein ausreichender und belastungsfreier Wohnraum, eine gesundheitsförderliche Arbeits- und Lernatmosphäre, eine gute Einbindung in soziale Beziehungsgefüge und entsprechende Verfügbarkeit stabiler Unterstützungsnetzwerke [vgl. Franzkowiak, 2003b, Witteriede, 2003; Barkholz et al., 1998].</p>
Gesundheitssektor	<p>Der Gesundheitssektor umfasst „öffentliche und private Gesundheitsdienste (einschließlich Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Diagnostik-, Behandlungs- und Pflegedienste), die Politiken und Aktivitäten von Gesundheitsressorts und -ministerien, gesundheitsbezogene nicht-staatliche Organisationen und lokale Gruppen sowie Berufsverbände“ [WHO, 1998, S. 16].</p>
Gesundheitsstatus	<p>Der Gesundheitsstatus bezieht sich auf eine „Beschreibung und /oder Meßgröße der Gesundheit eines Individuums oder einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt im Hinblick auf identifizierbare Standards, gewöhnlich mit Hilfe von Gesundheitsindikatoren“ [WHO, 1998, S. 16].</p>
Gesundheitstraining	<p>Gesundheitstraining bezeichnet eine Form des Verhaltenstrainings, das darauf ausgerichtet ist, planmäßig und systematisch Wissen anzuheben und gesundheitsdienliche Verhaltensweisen /Strategien zur Problemlösung einzuüben. Ziel ist eine dauerhafte Änderung des Verhaltens Einzelner oder von Gruppen in Bezug auf bestimmte Präventionsthemen/-bedarfe. Beispiele sind: Trainings zur Förderung von *Gesundheitsressourcen und *Resilienz, Rückenschulen, Nichtrauchertrainings, Anti-Stress-Trainings, Kreislauftrainings, Trainings zur Lebensführung bei chronischen Erkrankungen, zur Aktivierung von Selbstheilungskräften [vgl. Sabo, 2003b].</p>
Gesundheitsverhalten	<p>Gesundheitsverhalten meint jede „Aktivität eines Individuums, unabhängig von dem aktuellen oder wahrgenommenen Gesundheitsstatus, die zur Förderung, zum Schutz oder zur Erhaltung von Gesundheit unternommen wird, - unabhängig davon, ob dieses Verhalten tatsächlich in diesem Sinne wirkt oder nicht.“ Es kann selbstverständlich argumentiert werden, „daß sich fast jede Verhaltensweise oder Aktivität eines Individuums auf den Gesundheitszustand auswirkt. In diesem Zusammenhang ist es angebracht, zwischen Verhaltensweisen zu differenzieren, die zielgerichtet angenommen wurden, um Gesundheit zu fördern oder zu schützen (wie in der obigen Definition) und solchen, die unabhängig von ihren Konsequenzen für Gesundheit angenommen sein könnten. Gesundheitsverhalten wird von Risikoverhalten unterschieden, wobei letzteres als Verhalten definiert ist, das mit einer erhöhten Anfälligkeit gegenüber spezifischen Ursachen von Erkrankungen in Zusammenhang gebracht wird. Gesundheitsverhalten und Risikoverhalten sind oftmals in komplexen Verhaltensmustern zusammengeführt, welche als Lebensstil bezeichnet werden“ [WHO, 1998, S. 16].</p>

<p>Gesundheitswissenschaften</p>	<p>Mit dem Begriff „Gesundheitswissenschaften“ werden „diejenigen Wissenschaften“ bezeichnet, „die sich – aus jeweils unterschiedlicher Perspektive – mit Gesundheit beschäftigen, wie insbesondere Gesundheitssoziologie, Gesundheitspsychologie, Gesundheitspädagogik, Gesundheitsökonomie. Man könnte vereinfacht sagen: alles, was mit Gesundheit zu tun hat und alle Begriffe, die das Wort Gesundheit beinhalten, sind Themen der Gesundheitswissenschaften. Werden diese und weitere Wissensgebiete – wie z. B. die Sozialmedizin und die Umweltmedizin – gezielt auf die Verbesserung der Gesundheit und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung angewandt, dann sprechen wir von „Public Health“ [Waller, 2006, S. 7]. In Deutschland wird in Ermangelung einer besseren Lösung bisweilen auch die deutsch-englische Kombination „Gesundheitswissenschaften/Public Health“ verwendet.</p>
<p>Gesundheitsziel - spezifisches</p>	<p>Mit der Bestimmung spezifischer Gesundheitsziele werden „die konkreten Schritte auf dem Weg zur Erreichung übergeordneter Gesundheitsziele“ definiert. „Die Aufstellung spezifischer Gesundheitsziele bietet einen Ansatz zur Bewertung von Fortschritten in Bezug auf eine definierte Gesundheitspolitik oder ein bestimmtes Gesundheitsprogramm ("benchmark" Funktion). Das Setzen spezifischer Gesundheitsziele erfordert, dass relevante Gesundheitsindikatoren sowie Informationen über die Verteilung dieser Indikatoren in der untersuchten Bevölkerung vorliegen. Des Weiteren bedarf es einer Schätzung von gegenwärtigen und zukünftigen Trends bezüglich der Änderung von Verteilungen dieser Indikatoren, und auch Kenntnissen über die Möglichkeiten der Veränderung der Indikatorverteilung in der untersuchten Bevölkerung“ [WHO, 1998, S. 24].</p>
<p>Gesundheitsziel - übergeordnetes</p>	<p>In der *Gesundheitsförderung meinen übergeordnete Gesundheitsziele „allgemeine Absichtserklärungen“, „in denen sich die grundlegenden Werthaltungen einer Gemeinschaft im Allgemeinen, und des Gesundheitssektors im Besonderen, in Bezug auf eine gesunde Gesellschaft widerspiegeln sollen. Viele Länder folgen dem Ansatz, im Hinblick auf ihre Investitionen für Gesundheit übergeordnete und spezifische Gesundheitsziele (health targets) als Orientierungshilfe zu setzen. Die WHO hat die Formulierung und Anwendung von übergeordneten und spezifischen Gesundheitszielen auf globaler und regionaler, nationaler und lokaler Ebene gefördert“ [WHO, 1998, S. 25].</p>
<p>Good Practice (gute Praxis)</p>	<p>Mit dem Begriff „Good Practice“ ist ein „Prozess“ bezeichnet, „der von der Kriterienentwicklung über die Auswahl von Beispielen und den Transfer in andere Angebote und Handlungsfelder bis hin zur Qualitätsoptimierung von Angeboten reicht.“ Dabei sollen klare Kriterien „die systematische Bewertung innovativer und bewährter Konzepte“ ermöglichen und die Orientierung an Praxisbeispielen dazu beitragen, den Informationsfluss zwischen Praxis und Wissenschaft zu steigern: „Evidenzbasierte Praxis trifft praxisbasierte Wissenschaft.“ In Absetzung zum *Best Practice – Ansatz, der auf absolute Spitzenleistung</p>

	gen abhebt, ist im „Good Practice“ – Ansatz allerdings ein pragmatisches Vorgehen leitend. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass „in den vielschichtigen Settings der Gesundheitsförderung Prüfungen der Wirksamkeit selten mit der gleichen Aussagekraft wie in medizinischen Studien möglich sind“ [Lehmann et al., 2007, S. 12 f.] – siehe auch *Models of good practice.
Gute gesunde Schule	Das Konzept der guten gesunden Schule beschreibt „eine Schule, die sich in ihrer Entwicklung klar den Qualitätsdimensionen der guten Schule verpflichtet hat und die bei der Verwirklichung ihres sich daraus ergebenden Erziehungs- und Bildungsauftrages gezielt Gesundheitsinterventionen einsetzt. Ziel ist die nachhaltig wirksame Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule. Sie bilden auch die Evaluationskriterien ab, die Berücksichtigung finden. Hier findet eine deutliche Ausrichtung auf Bildungsziele statt. Gesundheitsziele sind intermediäre Ziele“ [Paulus, 2003, S. 108; vgl. Paulus, 2006].
Gute Schule	In der einschlägigen Literatur sind zahlreiche Versuche unternommen worden zu definieren, wodurch sich eine gute Schule auszeichnet, so dass hier keine einheitlich anerkannte Bestimmung gegeben werden kann. In einer Reihe von Ländern liegen aber mittlerweile so genannte *Orientierungsrahmen Schulqualität [vgl. Niedersächsisches Kultusministerium, 2006] bzw. *Referenzrahmen Schulqualität [vgl. IQ – Hessisches Kultusministerium, 2007] vor, die verbindlich definieren, welche Qualitätsbereiche und Qualitätsmerkmale Schulen auf ihrem Weg zu guten Schulen systematisch entwickeln müssen.
<u>A – B – C – D – E – F – G – I – J – K – L – M – N – O – P – Q – R – S – T – V – W – Z</u>	
Indikator gesunde Lebensjahre / Gesundheitserwartung	Der „Indikator gesunde Lebensjahre“ (Healthy Life Years indicator, HLY), der auch „als behinderungsfreie Lebenserwartung“ bezeichnet wird, „misst die Zahl der Jahre, die eine Person ab der Geburt wahrscheinlich ohne Behinderung zu leben hat. Der Faktor gesunde Lebensjahre ist ein zuverlässiger Indikator für die Überwachung der Gesundheit als Produktivitäts-/Wirtschaftsfaktor.“ Er „führt das Konzept der Lebensqualität ein. Damit wird zwischen Lebensjahren ohne jegliche Aktivitätseinschränkung und solchen mit mindestens einer Aktivitätseinschränkung unterschieden. Die Betonung liegt nicht nur auf der Lebensdauer, wie im Falle der Lebenserwartung, sondern auch auf der Lebensqualität“ [Europäische Kommission, o. J., online]. Weitere so genannte Gesundheitserwartungsindikatoren sind zum Beispiel „behinderungsfreie Lebensjahre (Disability Free Life Years, DFLY) und qualitätsangepasste Lebensjahre (Quality Adjusted Life Years, QALY).“ Sie beziehen sich überwiegend auf den Umfang von Lebensspannen ohne Behinderung, Störung und/oder chronischer Erkrankung. Gesundheitsförderung möchte diese Abbildung von Gesundheitserwartung „erweitern, in Richtung positiver Kennzahlen für die Schaffung, Erhaltung und den Schutz von Gesundheit“ [WHO, 1998, S. 12].

<p>Innovation (innovative Intervention)</p>	<p>Eine Intervention kann als innovativ bezeichnet werden, wenn sie bekannte Problemstellungen und Aufgaben mittels bisher nicht bekannter Methoden/Strategien zu lösen bzw. zu erfüllen sucht. Innovationen streben an, neue Möglichkeiten der Erfüllung gestellter Aufgaben und Lösung von Problemen zu entwickeln/zu erproben und damit eine Optimierung von Arbeitsergebnissen zu erreichen. Dabei stehen sie dann allerdings immer „im Spannungsfeld von Bewahren und Verändern, zwischen Kreativität und Zuverlässigkeit und zwischen Risikobereitschaft und Qualitätsgewährleistung“ [Lehmann et al., 2007, S. 353] die sie kontinuierlich ausbalancieren müssen.</p>
<p>Integriertes Handlungskonzept</p>	<p>Integrierte Handlungskonzepte zeichnen sich durch eine ganzheitliche Vorgehensweise und ergebnisoffene Arbeitsprozesse aus. Sie beziehen alle für die Umsetzung eines Angebots, Vorhabens etc. erforderlichen Akteure/Innen (Leistungserbringer/betroffene, Kooperationspartner/innen, Behördenvertreter/Innen etc.) in dessen Planung und Umsetzung ein. So stoßen sie sowohl „Kommunikations- und Koordinations- als auch Lernprozesse zwischen den Akteuren an.“ Es geht um „eine effektive Zusammenarbeit und eine Ressourcenoptimierung [...], zum Beispiel durch die Verknüpfung von Bildungs- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen“ [Lehmann et al., 2007, S. 353].</p>
<p>Intermediäre Gesundheitsergebnisse</p>	<p>In der Gesundheitsförderung werden unter intermediären Gesundheitsergebnissen „Veränderungen von Determinanten von Gesundheit, insbesondere von Lebensstilen und Lebensbedingungen“ verstanden, „die auf eine oder mehrere geplante Interventionen zurückzuführen sind, einschließlich solcher wie Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Basisgesundheitsversorgung“ [WHO, 1998, S. 17].</p>
<p>Intersektorale Zusammenarbeit</p>	<p>Intersektorale Zusammenarbeit meint eine „anerkannte Beziehung zwischen einem oder mehreren Teilen verschiedener gesellschaftlicher Sektoren, die zur Durchführung bestimmter Aktivitäten entwickelt wurde, um Gesundheitsergebnisse oder intermediäre Gesundheitsergebnisse zu erreichen, - und zwar in einer effektiveren, effizienteren oder nachhaltigeren Weise als es der Gesundheitssektor allein erreichen könnte.“ Sie „wird als zentral für das Erreichen einer größeren Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit angesehen, insbesondere dort, wo Fortschritte von Entscheidungen und Handlungen in anderen Sektoren wie z. B. Landwirtschaft, Bildung und Finanzen abhängen.“ Sie zielt insbesondere auf eine größere Sensibilisierung für gesundheitliche Konsequenzen von Politikentscheidungen und Organisationspraxis in unterschiedlichen Sektoren, um so „Entwicklungen in Richtung gesundheitsfördernder Gesamtpolitik und Praxis anzustoßen“ [WHO, 1998, S.18].</p>
<p>Investition für Gesundheit</p>	<p>Investitionen für Gesundheit beschränken sich nicht nur auf „Ressourcen für die Bereitstellung und Nutzung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen“, sie können beispielsweise auch „(individuelle oder kollektive/gesellschaftliche) Investitionen in Bildung und Erziehung, Wohnen, die Förderung von</p>

	<p>Frauen oder Entwicklung von Kindern einschließen. Größere Investitionen für Gesundheit zu tätigen beinhaltet auch, vorhandene Ressourcen innerhalb des Gesundheitssektors in Richtung Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention umzuverteilen“ [WHO, 1998, S. 18].</p>
<p><u>A</u> - <u>B</u> - <u>C</u> - <u>D</u> - <u>E</u> - <u>F</u> - <u>G</u> - <u>I</u> - <u>J</u> - <u>K</u> - <u>L</u> - <u>M</u> - <u>N</u> - <u>O</u> - <u>P</u> - <u>Q</u> - <u>R</u> - <u>S</u> - <u>T</u> - <u>V</u> - <u>W</u> - <u>Z</u></p>	
<p>Jakarta-Deklaration</p>	<p>Die Jakarta-Deklaration „Gesundheitsförderung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert“ bekräftigt 1997, dass die in der Ottawa-Charta ausgewiesenen „Strategien und Handlungsfelder für alle Länder relevant sind.“ Sie sieht „klare Belege dafür, daß:</p> <ul style="list-style-type: none"> • umfassende Ansätze zur Gesundheitsentwicklung am effektivsten sind. Die Ansätze, die eine Kombination der fünf Strategien anwenden, sind effektiver als jene, die eingleisig fahren. • Settings für Gesundheit praktische Möglichkeiten für die Umsetzung umfassender Strategien bieten. • aktive Beteiligung (Partizipation) essentiell ist, um Bemühungen aufrechtzuerhalten. Die Menschen müssen im Mittelpunkt von Handlungen und Entscheidungsprozessen der Gesundheitsförderung stehen, damit diese effektiver sind. • Gesundheitsalphabetisierung (health literacy)/Gesundheitslernen aktive Beteiligung (Partizipation) unterstützt. Zugang zu Bildung und Informationen ist essentiell, um eine wirksame Partizipation und die Befähigung von Menschen und Gemeinschaften zu selbstbestimmtem Handeln (empowerment) zu erreichen. <p>Die Jakarta Deklaration identifiziert fünf Prioritäten für Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung der sozialen Verantwortung für Gesundheit • Erhöhung der Investitionen für Gesundheitsentwicklung • Erweiterung von Partnerschaften für Gesundheitsförderung • Vergrößerung der Handlungskompetenzen von Gemeinschaften und Befähigung des Einzelnen zu selbstbestimmtem Handeln (Empowerment) • Sicherung einer Infrastruktur für Gesundheitsförderung“ [WHO, 1998, S. 2; vgl. auch WHO, 1997].
<p><u>A</u> - <u>B</u> - <u>C</u> - <u>D</u> - <u>E</u> - <u>F</u> - <u>G</u> - <u>I</u> - <u>J</u> - <u>K</u> - <u>L</u> - <u>M</u> - <u>N</u> - <u>O</u> - <u>P</u> - <u>Q</u> - <u>R</u> - <u>S</u> - <u>T</u> - <u>V</u> - <u>W</u> - <u>Z</u></p>	
<p>Kohärenzgefühl (sense of coherence)</p>	<p>Die mit der *Ottawa Charta begründete *Gesundheitsförderung ist gegründet in dem *Salutogenese-Konzept des israelischen Medizinsoziologen Antonovsky, für das wiederum das von ihm entwickelte Konstrukt des Kohärenzgefühls von besonderer Bedeutung ist. Das Kohärenzgefühl bezeichnet eine allgemeine Grundeinstellung von Menschen gegenüber der Welt und ihrem Leben, die sich aus drei Komponenten zusammensetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verstehbarkeit (Comprehensibility): Lebensereignisse werden eher als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar, denn als chaotisch, willkürlich und zufällig wahrgenommen;

	<ul style="list-style-type: none"> • Handhabbarkeit/Bewältigbarkeit (Manageability): Schwierigkeiten und Anforderungen werden mit der Überzeugung bzw. dem Vertrauen begegnet, aktuell und antizipativ über hinreichende Bewältigungsressourcen zu verfügen; • Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit (Meaningfulness): in zumindest einigen Lebensanforderungen werden lohnenswerte Aufgaben und eher stimulierende Herausforderungen, denn Lasten gesehen [vgl. Antonovsky, 1979, 1997; Bengel, Strittmatter, Willmann, 2001; Faltermaier, 2005; Rosenbrock, Michel, 2006]. <p>Verfügt eine Person über ein umfangreich ausgeprägtes Kohärenzgefühl, kann sie flexibel mit Anforderungen umgehen und die der jeweiligen Situation angemessenen Ressourcen aktivieren, während eine Person mit einem geringen Kohärenzgefühl eher starr und rigide auf Lebensanforderungen reagieren wird. Hiervon ausgehend stellt das Kohärenzgefühl keinen Copingstil dar, sondern ein verschiedene Verarbeitungsstrategien (Copingstile) entsprechend der jeweiligen Anforderungen anregendes Prinzip. Es nimmt damit eine übergeordnete Steuerungsfunktion ein [vgl. Bengel, Strittmatter, Willmann, 2001].</p>
<p>Konzept / Konzeption</p>	<p>Ein Konzept lässt sich als eine eher vorläufige, stichwortartige Beschreibung – der zu einem sinnvollen Handlungsmodell verbundenen Ziele, Inhalte, Methoden, Verfahren [vgl. Geißler, Hege 2007] – eines neuen Vorhabens (einer *Maßnahme, eines Projektes, der Gründung einer Einrichtung) fassen. Eine Konzeption kann davon unterschieden werden, als eine umfassendere und verbindlichere Selbst- und Programmdarstellung, einer Organisation/Einrichtung, wobei anvisierte Zukunftszustände oftmals mit erfasst sind, so dass auch ihr ein gewisses Entwurfsmoment inhärent ist. In diesem Sinn als detaillierte Grundsatzdokumente bestehender Einrichtungen/Organisationen verstanden [vgl. Graf, Spengler, 2008], liefern Konzeptionen die Basis für eine systematische Überprüfbarkeit, Weiter- und Qualitätsentwicklung der Arbeit. Ein *Schulprogramm kann z. B. als ein entsprechend grundlegendes Dokument einer Schule gelten.</p>
<p>Kosten-Nutzen-Analyse / Kosten-Wirksamkeits-Analyse</p>	<p>Die Anwendung der aus den Wirtschaftswissenschaften stammenden Kosten-Nutzen-Analyse bzw. Berechnung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses stößt im Bereich der Gesundheitsförderung auf Probleme. Sowohl „die Kosten (Personal, Finanzmittel, Zeitaufwand etc.) als auch die Ergebnisse (Verlängerung der Lebenserwartung, Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Lebensqualität, Befähigung der Zielgruppe etc.) unterschiedlich quantifiziert sind und zu unterschiedlichen Zeitpunkten sichtbar bzw. messbar werden.“ Eine einfache Gegenüberstellung der Positionen ist daher nicht möglich, so dass „zur gesundheitsökonomischen Evaluation von Projekten/ Maßnahmen häufig auf die Kosten-Wirksamkeits-Analyse zurückgegriffen“ wird.</p> <p>Sie „bietet die Möglichkeit, auch die oben erwähnten nicht monetären Effekte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme in gesundheitsökonomischen Evaluationen zu berücksichtigen. Da-</p>

	<p>bei werden die nicht in monetären Einheiten bewertbaren Komponenten in natürlichen Einheiten gemessen. Die Beurteilung des Erfolges einer Maßnahme erfolgt dabei anhand von Größen (projektspezifischen Zielen), die im Rahmen der Untersuchung festgelegt werden. Dabei kann es sich auch um eher globale Erfolgskriterien handeln, z. B. die Stärkung der Handlungskompetenz und Autonomie der Zielgruppe. Diesen in messbare Größen überführten Erfolgen der Maßnahme werden dann die Kosten gegenüber gestellt. Dabei werden die verschiedenen Teilwirksamkeiten in ihrer Bedeutung gleichberechtigt behandelt und darauf verzichtet, sie zu einer Gesamtwirksamkeit zusammenzufassen“ [Lehmann et al., 2007, S. 354 f.].</p>
<p>Krankheitsprävention / Präventionstypen und Gesundheitsförderung</p>	<p>Gleichwohl der Begriff Krankheitsprävention auch „als ergänzender Ausdruck zusammen mit Gesundheitsförderung benutzt wird“ und „es häufig Überschneidungen bezüglich Inhalt und Strategien gibt, ist Krankheitsprävention getrennt definiert“ [WHO, 1998, S. 4]. Je nach Eingriffszeitpunkt, Zielsetzung und Zielgruppe wird unterschieden zwischen [vgl. Hurrelmann, Laaser, 1998]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • primärer Prävention: setzt vor einer Störung aufgrund erkennbarer Risikofaktoren bei Personen, Gruppen ein und zielt darauf, individuelles Verhalten sowie die identifizierten Risikofaktoren positiv zu beeinflussen, • sekundärer Prävention: setzt im Krankheitsfrühstadium ein und zielt darauf, die Krankheit auslösende Faktoren bei Patienten durch Frühbehandlung korrigierend zu beeinflussen, • tertiärer Prävention: setzt nach der Akutbehandlung ein und zielt darauf, Folgeerkrankungen bei Rehabilitanden vorzubeugen und Erkrankungsfolgen zu kompensieren. ▪ *Gesundheitsförderung: setzt hingegen bereits im Gesundheitszustand (primordial) ein und zielt darauf, Verhaltensweisen und Lebensverhältnisse von Menschen positiv in Richtung von mehr *Gesundheit/Wohlbefinden zu beeinflussen. <p>Steht eine bestimmte Population bzw. Zielgruppe am Ausgang der Überlegungen, wird auch unterschieden zwischen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • universeller Prävention (gesamte Bevölkerung oder auch ganze Bevölkerungssteilgruppen) • selektiver Prävention (Gruppen mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko), • indizierter Prävention (Gruppen mit sehr hohem Risiko zu erkranken bzw. subklinischen Symptomen) [vgl. Gordon, 1983].
<p><u>A</u> – <u>B</u> – <u>C</u> – <u>D</u> – <u>E</u> – <u>F</u> – <u>G</u> – <u>I</u> – <u>J</u> – <u>K</u> – <u>L</u> – <u>M</u> – <u>N</u> – <u>O</u> – <u>P</u> – <u>Q</u> – <u>R</u> – <u>S</u> – <u>T</u> – <u>V</u> – <u>W</u> – <u>Z</u></p>	
<p>Laienkonzepte / subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit</p>	<p>Laienkonzepte von *Gesundheit beinhalten die subjektiven Definitionen und Auffassungen von Gesundheit (was bedeutet für mich Gesundheit?) und die Vorstellungen über Zusammenhänge und Ursachen von Gesundheit (wodurch ist meine Gesundheit beeinflusst?). Letztgenannte werden „auch als „subjektive</p>

	<p>Theorien“ von Gesundheit bezeichnet“ [Waller, 2006, S. 14]. Sie üben Einfluss darauf aus, was als Krankheitssymptom bewertet wird, wie sich dessen Entstehung erklärt wird und welche Handlungen ggf. eingeleitet werden, um es zu beseitigen.</p> <p>In der Analyse entsprechender europäischer Forschungsergebnisse stellt Faltermaier „eine weitgehende Konvergenz in den Ergebnissen über die subjektiven Konzepte von Gesundheit“ [2005, S. 193] fest. Er gibt die folgenden Differenzierungen an:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>positive Bestimmung von Gesundheit in zwei Bezugsformen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheit als physisches und körperliches Wohlbefinden, aber auch Empfindung von innerer Kraft und Stärke sowie seelischem Gleichgewicht, - Gesundheit als Aktionspotential, erlebt in der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit und dem Vermögen, sozialen Erwartungen entsprechen zu können; • <i>negative Bestimmung von Gesundheit in drei Bezugsformen:</i> <ul style="list-style-type: none"> - keine körperlichen/psychischen Beschwerden, - geringes Ausmaß an Schmerzen, - Abwesenheit einer Erkrankung. <p>Weiterführt er, dass Laien ihre Gesundheit nicht lediglich als einen „statischen Zustand“ begreifen, sondern durchaus als einen „<i>dynamischen Prozess</i>“ verstehen.“ So wurden in einer qualitativen Interviewstudie mit Berufstätigen aus Verwaltung und Handwerk vier dynamische Typen rekonstruiert, die sich mit den zuvor genannten inhaltlichen Vorstellungen kombinieren lassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „On-off-Dynamik“: Gesundheit und Krankheit wechseln einander bei Veränderungen ab, ▪ „Reduktionsprozess“: Das Gesundheitspotential nimmt im Lebensverlauf kontinuierlich ab, ▪ „Regenerationsprozess“: Das Gesundheitspotential nimmt ab, kann sich aber auch erneuern, ▪ „Expansionsprozess“: Das Gesundheitspotential kann unter sehr günstigen Umständen steigen. <p>Ihre praktische Bedeutung sieht er darin, dass sie als „kognitive Schemata die Selbstwahrnehmung von Menschen in gesundheitlichen Fragen leiten.“ (Faltermaier, 2005, S. 195 f.).</p> <p>In Bezug auf „Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit“ [Faltermaier, 2005, S. 195], die von Laien auf der Basis ihrer Gesundheitskonzepte entwickelt werden, beschreibt er schließlich ebenfalls vier von ihm rekonstruierte Theorietypen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Risikothorien</i> (Gesundheit wird durch Risiken, Schadstoffe und andere Belastungen gefährdet), • <i>Ressourcentheorien</i> (Gesundheit ist insbesondere abhängig von der Verfügbarkeit externer oder interner Ressourcen), • <i>Ausgleichs- und Balancetheorien</i> (Risiken können Gesundheit gefährden, aber ausgeglichen/kompensiert werden),
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Schicksalstheorien</i> (Gesundheit geht verloren, wenn schicksals- oder altersbedingt eine Krankheit eintritt).
Lebensbedingungen	<p>Mit dem Begriff Lebensbedingungen ist die alltägliche Umwelt von Menschen bezeichnet, „in der sie leben, spielen bzw. ihre Freizeit verbringen und arbeiten. Diese Lebensbedingungen sind das Ergebnis von sozialen und ökonomischen Umständen und der physikalischen Umwelt - die alle einen Einfluss auf die Gesundheit haben können - und liegen weitestgehend außerhalb der direkten Kontrolle des Einzelnen.“ Entsprechend konzentriert sich die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten gemäß der Ottawa Charter „weitgehend auf die Notwendigkeit, Lebensbedingungen zu verbessern und zu verändern, um Gesundheit zu unterstützen“ [WHO, 1998, S. 19] – siehe auch *Settings für Gesundheit und *Setting-Ansatz.</p>
Lebenslanges Lernen (LLL)	<p>Das Konzept des LLL „ist heute ein durchgängiges und übergreifendes Prinzip“ [Arbeitsstab Forum Bildung, 2001, S. 10], das die Europäische Kommission definiert als „alles Lernen während des gesamten Lebens, das der Verbesserung von Wissen, Qualifikationen und Kompetenzen dient und im Rahmen einer persönlichen, bürgergesellschaftlichen, sozialen, bzw. beschäftigungsbezogenen Perspektive erfolgt“ [EK, 2001, S. 9, im Original kursiv]. Als Ziele sind genannt: persönliche Entfaltung, der aktive und demokratische Bürger, soziale Eingliederung und Beschäftigungs-/Anpassungsfähigkeit [vgl. EK, 2001].</p>
Lebensqualität	<p>Der Begriff Lebensqualität lässt sich definieren „als Wahrnehmungen von Individuen bezüglich der eigenen Position im Leben im Zusammenhang mit der Kultur und dem Wertesystem in ihrem jeweiligen Lebensumfeld, und in Beziehung zu ihren Zielen, Erwartungen, Standards und Sorgen. Das Konzept der Lebensqualität ist sehr weitreichend und schließt in komplexer Art und Weise körperliche Gesundheit, psychologischen Status, Grad an Selbständigkeit, soziale Beziehungen, persönliche Ansichten und die Beziehung zu wichtigen Umweltmerkmalen eines Individuums ein.“ Mit dieser Definition wird insbesondere darauf abgehoben, dass „sich Lebensqualität auf eine subjektive Bewertung bezieht, die negative und positive Dimensionen beinhaltet und die in einen kulturellen, sozialen und ökologischen Kontext eingebettet ist. Die WHO hat sechs größere Bereiche identifiziert, die Kernaspekte von Lebensqualität quer durch alle Kulturen beschreiben: einen körperlichen Bereich (z.B. Energie, Müdigkeit), einen psychologischen Bereich (z.B. positive Gefühle), den Grad an Unabhängigkeit (z.B. Mobilität), soziale Beziehungen (z.B. praktische soziale Unterstützung), die Umwelt (z. B. Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten) und persönliche Ansichten/Spiritualität (z.B. Sinn im Leben). Die Bereiche von Gesundheit und Lebensqualität ergänzen und überschneiden sich“ [WHO, 1998, S. 19] entsprechend.</p>
Lebensstil (gesundheitsförderlicher Lebensstil)	<p>Ein Lebensstil bezeichnet eine auf erkennbare Verhaltensmuster beruhende Lebensweise, wobei diese nicht unveränderlich ist, sondern kontinuierlich im Lebensvollzug modifiziert werden</p>

	kann. Entsprechende individuelle Lebensstile, „können eine tief greifende Wirkung auf die Gesundheit des Einzelnen sowie die Gesundheit anderer haben. Wenn Gesundheit dadurch verbessert werden soll, dass Individuen dazu befähigt werden, ihre Lebensstile zu ändern, so muss eine entsprechende Intervention nicht nur auf das Individuum ausgerichtet sein, sondern auch auf die sozialen und Lebensbedingungen, die in gegenseitiger Wechselwirkung diese Verhaltensmuster erzeugen und aufrecht erhalten“ [WHO,1998, S. 19 f.].
Leitbild	Ein Leitbild fixiert weitgehend verbindlich das Selbstverständnis einer Organisation, ihre globale Mission und ihre langfristigen Ziele, Aufgaben, Prinzipien, Verfahrensregeln (kein Gesetzcharakter). Intern dient es seinen Mitgliedern als Orientierungs- und dem Management als Handlungsrahmen, extern verdeutlicht es Partnern, potentiellen Förderern etc. die zentralen Merkmale und Besonderheiten der Organisation [vgl. Graf, Spengler, 2008].
Leitlinien / Guidelines	Leitlinien oder auch guidelines bezeichnen die handlungsanleitenden oder steuernden Prinzipien einer Organisation, eines Programms, eines Projekts etc. [vgl. Groene, 2003].
Life Skills	Life Skills meinen grundlegende allgemeine Lebenskompetenzen bzw. Lebensfertigkeiten, die Menschen dazu befähigen, alltägliche Anforderungen erfolgreich zu bewältigen und ihr Leben ihren Vorstellungen entsprechend zu gestalten. In diesem Sinn lässt sich Lebenskompetenz bestimmen als „Fähigkeit von Menschen [...] erworbene (Lebens-)Fertigkeiten und soziale Regeln sowie Wissensbestände sach- und situationgerecht sowie zum richtigen Zeitpunkt zum Erreichen eines zum Beispiel gesundheitsbezogenen Ziels einzusetzen.“ [von Kardoff, 2003 zit. n. Bühler, Heppekausen, 2005, S. 16]. Entsprechend suchen Lebenskompetenzprogramme im Kontext der Gesundheitsförderung Menschen dazu zu „befähigen, Einfluss auf ihre Gesundheit und Lebenswelt zu nehmen und ihr Leben so zu gestalten, dass es ihrer Gesundheit zugute kommt“ [Bühler, Heppekausen, 2005, S. 73]. Zu den „Core Life Skills“ gehören: Entscheidungsfähigkeit, Kritisches Denken, Kreatives Denken, Kommunikative Fähigkeiten, Empathie, Beziehungs-, Selbstwahrnehmungs-, Stressbewältigungs-, Problemlösungskompetenz, gelingender Umgang mit Emotionen [vgl. Bühler, Heppekausen, 2005; Weichold, 2004; WHO, 1994] - siehe auch *Alltagskompetenzen und -fähigkeiten.
<u>A</u> - <u>B</u> - <u>C</u> - <u>D</u> - <u>E</u> - <u>F</u> - <u>G</u> - <u>I</u> - <u>J</u> - <u>K</u> - <u>L</u> - <u>M</u> - <u>N</u> - <u>O</u> - <u>P</u> - <u>Q</u> - <u>R</u> - <u>S</u> - <u>T</u> - <u>V</u> - <u>W</u> - <u>Z</u>	
Machbarkeitsstudie (feasibility study)	Machbarkeitsstudien untersuchen „die Plausibilität einer Intervention, die Akzeptanz für die verschiedenen Interessengruppen (Stakeholder) sowie die technische Durchführbarkeit eines Projektes oder einer Maßnahme in ihrem spezifischen sozialen Kontext“ [Lehmann et al., 2007, S. 349].
Management	Der Begriff Management bezeichnet die Leitungsebene einer Organisation, eines Projekts, Programms und umfasst die Ge-

	<p>samtheit aller Aktivitäten zur systematischen Planung und Steuerung der jeweiligen Arbeitsabläufe und angestrebten Entwicklungen [vgl. quint-essenz, 2008, online].</p>
Maßnahme	<p>Eine Maßnahme ist eine aus einem *Leitbild/einer Missionsbeschreibung und entsprechend definierten Strategien abgeleitete Aktivität mit festgelegten Terminen und Verantwortlichkeiten zur Erreichung bestimmter Ziele [vgl. quint-essenz, 2008, online]. Außerhalb von Projekten sind mit Maßnahmen oftmals zeitlich unbefristete Regelangebote gemeint [vgl. Lehmann et al., 2007].</p>
Meilenstein	<p>Meilensteine gliedern ein Vorhaben/Projekt in Kernetappen und dienen der Projektsteuerung [vgl. quint-essenz, online, 2008]. Sie markieren und definieren in eindeutiger Weise zentrale Entwicklungsschritte (Prozessorientierung) und Zielgrößen (Produktorientierung) des Vorhabens/Projekts, die zu festgelegten Terminen erreicht werden sollen bzw. zu erreichen sind.</p>
Meta-Kommunikation	<p>In der Meta-Kommunikation stellen die Gesprächspartner den inhaltlichen Gegenstand ihrer Kommunikation temporär zurück und kommunizieren über die Form ihrer Kommunikation, d.h. sie machen die Art und Weise wie sie sich gegenseitig behandeln, wie Nachrichten gemeint waren, wie sie aufgefasst wurden und was sie auslösten zum Gesprächsgegenstand. Indem Sender und Empfänger von Nachrichten, z. B. die Mitglieder eines Arbeitsteams, aus distanzierter Blickstellung, gleichsam von einem „Feldherrenhügel“ [Schulz von Thun, 1981, S. 91] aus, über ihre Kommunikation kommunizieren, können sie durch Störungen auf der Beziehungsebene verursachte Kommunikationsprobleme/Missverständnisse identifizieren und der produktiven Bearbeitung zugänglich machen.</p>
Methoden	<p>Methoden lassen sich bestimmen als spezifische und planvolle Arten und Weisen des Handelns, die auf die Erreichung eines definierten Zieles bzw. die Erledigung/Bewältigung bestimmter Aufgabenstellungen bzw. die Lösung von Problemen ausgerichtet sind und sich in Bezug auf die intendierten Zwecke bewährt haben [vgl. Schilling, 2005] – s. a. Didaktik/Methodik.</p>
Models of good practice – Kriterien guter Praxis	<p>So genannte Modelle guter Praxis sind Beispiele *guter Praxis, die anderen Akteuren im Themengebiet Hilfen für eine qualitätsvolle Gestaltung ihrer Praxis sein sollen. Grundlegende Voraussetzung ist es daher, dass die ‚Modelle‘ auf Basis klarer und fachlich anerkannter Kriterien identifiziert werden. Ein solcher Kriterienkatalog ist z.B. zuletzt von dem beratenden Arbeitskreis (Wissenschafts- und Praxisvertreter/innen) des Kooperationsprojektes "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" konsensuell und unter Einbeziehung von Forschungsergebnissen sowie vorliegenden Qualitätsinstrumenten entwickelt worden. Dieser beinhaltet die folgenden 12 Kriterien (*):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konzeption, Selbstverständnis, • Zielgruppe, • Innovation und Nachhaltigkeit, • Multiplikatorenkonzept,

	<ul style="list-style-type: none"> • Niedrigschwellige Arbeitsweise, • Partizipation, • Empowerment, • Setting-Ansatz, • Integriertes Handlungskonzept / Vernetzung, • Qualitätsmanagement / Qualitätsentwicklung, • Dokumentation und Evaluation, • Kosten-Nutzen-Relation [vgl. Lehmann et al., 2007].
Monitoring	Monitoring meint die kontinuierliche oder periodische systematische Datenerfassung zur Überwachung von Prozessen und Ergebnissen eines Projekts, einer Organisation etc. [vgl. quintessenzenz, 2008, online].
Morbidität	Häufigkeit einer Erkrankung: Angaben zur Häufigkeit einer Erkrankung bezogen auf eine definierte Bevölkerungszahl (überwiegend auf 10.000) [vgl. Waller, 2007].
Multiplikatorinnen / Multiplikatoren	In der Gesundheitsförderung lassen sich unter Multiplikatoren/innen alle Personen und Gruppen fassen, die professionell oder ehrenamtlich mit Zielgruppen von Gesundheitsinterventionen arbeiten wie Lehrer/innen, Sozialpädagogen/innen, Ärzte/innen. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Gruppe der Politiker/innen zu. Sie können in besonderem Maße *Verhältnisse beeinflussen und so Gesundheit substantziell fördern. *Gesundheitsinterventionen können sich daher auch direkt an diese Gruppe wenden [vgl. Lehmann et al., 2007].
<u>A - B - C - D - E - F - G - I - J - K - L - M - N - O - P - Q - R - S - T - V - W - Z</u>	
Nachhaltige Entwicklung	<p>Das Konzept der nachhaltigen Entwicklung steht für eine Entwicklung, „die die heutigen Bedürfnisse befriedigt, ohne die Möglichkeiten zukünftiger Generationen zu gefährden, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen (WCED 1987). Nachhaltige Entwicklung führt viele Elemente und alle Sektoren – einschließlich des Gesundheitssektors - zusammen, die zu ihrer Verwirklichung beitragen müssen.“ Sie „bezieht sich auf eine Art und Weise der Nutzung von Ressourcen, Steuerung von Investitionen, Ausrichtung technologischer Entwicklung und institutioneller Entwicklung die sicherstellt, dass die gegenwärtige Entwicklung und Nutzung von Ressourcen nicht Gesundheit und Wohlbefinden zukünftiger Generationen gefährdet.</p> <p>Es gibt keinen Königsweg, die komplexe Beziehung zwischen Entwicklung, Umwelt und Gesundheit zu organisieren, der geeignet wäre, all die wichtigen Interaktionen und möglichen Ansatzpunkte für Public Health Interventionen aufzuzeigen.</p> <p>In der Gesundheitsförderung ist "Nachhaltige Entwicklung" besonders von Bedeutung im Hinblick auf die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, - und zwar in einer Weise, die heute wie auch zukünftig Lebensbedingungen verbessert, gesunde Lebensstile unterstützt und mehr Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit erreicht“ [WHO, 1998, S. 20].</p>

<p>Needs assessment (Bedarfs- / Bedürfnisanalyse)</p>	<p>Unter 'needs assessment' wird ein systematisches Verfahren verstanden, das der Abschätzung bzw. Bestimmung von Gesundheitsbedarfen/-bedürfnissen in einer Bevölkerung sowie ihrer verursachenden und mitwirkenden Faktoren und schließlich der verfügbaren Bewältigungsressourcen auf individuums-, organisations- und gemeinwesenbezogener Ebene dient [vgl. Smith, Tang, Nutbeam, 2006].</p>
<p>Netzwerk</p>	<p>Ein Netzwerk bezeichnet eine „Gruppierung von Individuen, Organisationen oder Einrichtungen, die auf einer nicht hierarchischen Basis um gemeinsame Themen oder Angelegenheiten organisiert ist, welche aktiv und systematisch auf der Basis von Verantwortungsgefühl und Vertrauen verfolgt werden“ [WHO, 1998, S. 20 f.]. Beispiele für solche Netzwerke sind: intersektorale Gesunde-Städte-Netzwerke, Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen, Länder-Netzwerke wie die WHO "Mega Country"-Initiative oder auch die Initiative der WHO/EURO "Networking the Networks" als eine globale Vernetzungsinitiative zur Schaffung eines globalen Bündnisses für Gesundheitsförderung.</p>
<p>Niedrigschwelligkeit</p>	<p>Niedrigschwelligkeit bedeutet, Menschen in deren Alltagswelt unkompliziert erreichbare Unterstützungen/Hilfen anzubieten und/oder sie dort aktiv aufzusuchen. Dieser Ansatz ist besonders bedeutsam für die Arbeit mit benachteiligten Personen, die oftmals herkömmliche Angebote mit einer so genannten „Kommstruktur“ nicht nutzen. Niedrigschwelligkeit erleichtert ihnen den Zugang zu für sie oftmals „besonders dringend“ benötigte Unterstützungen und Hilfeleistungen und beugt damit der Gefahr vor, dass sich ihre in der Regel bereits schwierige Situation noch weiter verschlechtert. In dieser Hinsicht tragen insbesondere auch so genannte „Offene Angebote“ [Lehmann et al., 2007, S. 568] zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei.</p>
<p>Noxen</p>	<p>Noxen sind Umweltfaktoren, die lebende Organismen schädigen können. Es lassen sich unterscheiden: a) biologische Noxen (Viren, Bakterien, Parasiten, Pflanze-, Tier-, Pilzgifte; b) chemische Noxen (organische und anorganische Substanzen oder Gemische wie z.B. Säuren, Laugen, Quecksilber, Asbest); c) physikalische Noxen (pathogene Strahlungs-, Lärm-, Hitze-, Kälteeinwirkungen) [vgl. Haisch et al., 1999; Redaktionsteam Gesundheitsförderung, o. J., online; Zetkin, Schaldach, 2005, online].</p>
<p>NRO / NGO</p>	<p>Nichtregierungsorganisationen / Non-Governmental Organization</p>
<p><u>A – B – C – D – E – F – G – I – J – K – L – M – N – O – P – Q – R – S – T – V – W – Z</u></p>	
<p>Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)</p>	<p>Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gilt innerhalb der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsversorgung als 'dritte Säule' des Öffentlichen Gesundheitswesens. Er „ist die Organisation von Dienststellen auf der Ebene von Bund, Ländern, Kreisen und Gemeinden, die dem Schutz der Gesundheit der Gemeinschaft und des Einzelnen dient“ [Schell, 1995, S. 180]. Seine Aufgaben werden durch Bundes- und Landesgesetze bzw. Landesverordnungen bestimmt und im Wesentlichen von den</p>

	<p>Gesundheitsämtern, aber auch je nach regionaler Situation von anderen Ämtern wie den Umweltschutzämtern, teilweise ebenso von mittelbaren Trägern der Staatsverwaltung (Körperschaften, Anstalten, Stiftungen, etc.) wahrgenommen. Entsprechend besteht keine einheitliche Aufgabenbestimmung in Deutschland, wohl aber lässt sich nach Schell [vgl. 1995] ein in seinen Grundzügen übereinstimmender Aufgabenkatalog darstellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seuchenhygiene und Gesundheitsschutz • Umwelthygiene und Toxikologie • *Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge • Jugendgesundheitspflege • Sozialmedizinischer Dienst • Amtsärztlicher Dienst und gutachterliche Aufgaben • *Gesundheitsberichterstattung (GBE) und *Epidemiologie.
<p>Operationalisierung</p>	<p>Operationalisierung bedeutet, eher abstrakten Variablen bzw. theoretischen Konstrukten (Lernerfolg, Depression, Gesundheit etc.) empirisch objektiv beobachtbare Phänomene zuzuordnen, geeignete Methoden (direkte Beobachtung von Verhalten; Diagnose einer Fachperson; subjektive Einschätzung von Personen; Einsatz eines standardisierten Instrumentes) auszuwählen und eindeutige Vorschriften zu deren Messung (Beobachtungs-/Diagnosekategorien; Bewertungsgrößen und -zeitpunkte; Erhebungsinstrumente; Datenaufbereitung und -auswertung) festzulegen [vgl. Stadler, 2000].</p> <p>Das Konstrukt Lernerfolg ließe sich zum Beispiel operationalisieren, indem Lehrkräfte anhand vorab festgelegter Kategorien beobachten und entlang entsprechender Messgrößen bewerten, wie Schüler/innen eine ihnen gestellte Aufgabe vor (Messzeitpunkt 1) und nach einer Lehrinstruktion (Messzeitpunkt 2) bearbeiten bzw. lösen (Verfahren der Pre-Post-Testung).</p> <p>Ein *Indikator für das Vorliegen eines Lernerfolgs kann die Festlegung einer Messwertdifferenz sein, die Schüler/innen im Verhältnis zur Eingangsmessung erreichen müssen. Eine Kategorie könnte die Zeitspanne sein, in der sie die Aufgabe lösen (z. B.: $t_2 \leq 5 \text{ min. zu } t_1$).</p>
<p>Organisationsentwicklung (OE)</p>	<p>Unter der Vielfalt verschiedener Definitionen von Organisationsentwicklung kann mit Pühl [2000, S. 15] die folgende Bestimmung von French und Bell [1995, S. 31] als die gängigste Definition gelten: „Organisationsentwicklung ist eine langfristige Bemühung, die Problemlösungs- und Erneuerungsprozesse in der Organisation zu verbessern, vor allem durch eine wirksamere und auf Zusammenarbeit gegründete Steuerung der Organisationskultur – unter besonderer Berücksichtigung der Kultur formaler Arbeitsteams – durch die Hilfe eines Organisationsentwicklungsberaters oder Katalysators und durch Anwendung der Theorie und Technologie der angewandten Sozialwissenschaften unter Einbeziehung von Aktionsforschung.“</p> <p>Organisationsentwicklung ist für die Gesundheitsförderung bedeutsam als Instrument zur Entwicklung institutioneller/sozial-räumlicher Rahmenbedingungen/*Verhältnisse: einerseits als</p>

	<p>Beitrag zur Förderung der Gesundheit aller Beteiligten, andererseits als Beitrag zur Steigerung der *Effektivität und *Effizienz von Einrichtungen in Bezug auf ihre genuinen Ziele und Gesundheitsförderungsleistungen.</p>
<p>Orientierungsrahmen Schulqualität / Referenzrahmen Schulqualität / etc.</p>	<p>Orientierungsrahmen Schulqualität [vgl. Niedersächsisches Kultusministerium, 2006], Referenzrahmen Schulqualität [vgl. IQ – Hessisches Kultusministerium, 2007], Qualitätstableau für Schulen [vgl. Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes NRW, 2006] etc. fassen die zentralen Arbeits- und Strukturebenen von Schulen zu Qualitätsbereichen zusammen, die sie zunächst in Qualitätsmerkmalen bzw. Qualitätsdimensionen bzw. Qualitätsaspekten differenzieren und sodann in Teilmerkmale/Ziele/Anhaltspunkte bzw. Kriterien bzw. Qualitätskriterien weiterführend *operationalisieren, um ihren Schulen damit ein Instrumentarium an die Hand zu geben, mit dem diese einen systematischen und selbst gesteuerten Verbesserungsprozess einleiten, überprüfen und verstetigen können.</p> <p>In Niedersachsen dient der Orientierungsrahmen des Weiteren dazu, den Schulen und interessierten Bürger/innen die Merkmale einer *„guten Schule“ vorzustellen und dabei „bildungspolitische Leitideen zum Ausdruck“ zu bringen. „Leitvorstellung ist die Eigenverantwortliche Schule oder - in anderer Perspektive - die Schule als „Lernende Organisation“, die im Interesse der Zukunftssicherung der Schülerinnen und Schüler sowie der Gesellschaft einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess etabliert“ [Niedersächsisches Kultusministerium, 2006, S. 6].</p>
<p>Ottawa-Charta</p>	<p>Die erste internationale Konferenz für *Gesundheitsförderung wurde in Ottawa abgehalten. Die Delegierten aus 35 Ländern der Welt verabschiedeten hier ein Konsenspapier, das als Ottawa-Charta in die Geschichte der Gesundheitsförderung einging und diese bis heute prägt. Sie stellt eine Weiterentwicklung des WHO-Grundsatzprogramms *„Gesundheit für Alle“ dar und markiert die beginnende Abwendung von der bis zum Zeitpunkt vorherrschenden *biomedizinisch geprägten Prävention zur *salutogenetischen Gesundheitsförderung.</p> <p>In der Charta sind drei „grundsätzliche Strategien der Gesundheitsförderung identifiziert: Anwaltschaftliches Eintreten und Interessenvertretung für Gesundheit, um die [...] wesentlichen Voraussetzungen für Gesundheit zu schaffen; Befähigung aller Menschen, ihr größtmögliches Potential an Gesundheit zu erreichen; und Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft auf dem Weg zu mehr Gesundheit. Diese Strategien werden durch fünf vorrangige Handlungsfelder ergänzt, die in der Ottawa Charta skizziert sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln, • Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen, • Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, • Persönliche Kompetenzen und Fähigkeiten entwickeln, und • Gesundheitsdienste neu orientieren" [WHO, 1998, S. 2; 1986].

<u>A</u> - <u>B</u> - <u>C</u> - <u>D</u> - <u>E</u> - <u>F</u> - <u>G</u> - <u>I</u> - <u>J</u> - <u>K</u> - <u>L</u> - <u>M</u> - <u>N</u> - <u>O</u> - <u>P</u> - <u>Q</u> - <u>R</u> - <u>S</u> - <u>T</u> - <u>V</u> - <u>W</u> - <u>Z</u>	
Partizipation	Partizipation meint die „aktive Einbeziehung der Menschen, die in irgendeiner Form der gesellschaftlichen Organisation leben, in die kohärente Planung, Durchführung und Kontrolle der primären Gesundheitsversorgung (und von Projekten bzw. Programmen der Gesundheitsförderung) und zwar unter Ausnutzung örtlicher, nationaler und anderer Ressourcen. (WHO, 1999, S. 256)“. Sie „ist mehr im Sinn von „Teilhaben“ als von „Teilnehmen“ zu verstehen. Denn Partizipation erfolgt nicht nur durch Einzelpersonen oder über gesellschaftliche Institutionen (Parteien, Verbände), sondern zusätzlich durch selbst organisierte Gruppierungen, die „von unten“ ihre gemeinsamen Interessen vertreten und z.B. in Selbsthilfe-Initiativen ihre gesundheitsförderlichen Angebote selbst entwickeln und anbieten. Professionelle haben bei der Förderung der Partizipation die Aufgabe, die Vorstellungen von Menschen ernst zu nehmen und zu entwickeln. Sie müssen zudem Möglichkeiten zur Partizipation schaffen (z.B. Zukunftswerkstätten oder Brückeninstanzen). Partizipatives Engagement wirkt sich vor allem im Sinne des Empowerment positiv auf die Gesundheit aus, indem das Bewusstsein gestärkt wird, einen gestaltenden Einfluss auf die eigenen Lebensbedingungen nehmen zu können, und neue Kompetenzen entdeckt und gefördert werden“ [Gesundheitsförderung Schweiz, 2009, online].
Paradigma	Paradigmen können als wissenschaftlich vorherrschende Lehrmeinungen zur Erklärung von Phänomenen definiert werden [vgl. Kuhn, 1991]. Wissenschaften werden jeweils von einem Paradigma geleitet. So folgen die Naturwissenschaften einem positivistischen Wissenschaftsverständnis (deduktive Ermittlung und normierende Bestimmung von Kausalzusammenhängen), während die Geisteswissenschaften eher hermeneutisch orientiert sind (induktive Erschließung und interpretierende Bestimmung allgemeingültiger Zusammenhänge). Treten Phänomene auf, die nicht mit einem geltenden Paradigma vereinbar sind, so kann es durch eine (neue) Lehrmeinung, die sich als geeigneter erweist, abgelöst werden (Paradigmenwechsel).
Partnerschaft für Gesundheitsförderung	Partnerschaften für Gesundheitsförderung sind „freiwillige Abkommen zwischen zwei oder mehr Partnern“, die „einen Teil intersektoraler Zusammenarbeit ausmachen, oder auf Bündnissen für Gesundheitsförderung beruhen“ können. Sie „können zeitlich begrenzt sein, indem sie ein klar abgestecktes Ziel wie z.B. die erfolgreiche Entwicklung und Einführung einer Gesetzgebung verfolgen; oder aber von längerer Dauer sein und ein breites Spektrum an Themen und Initiativen abdecken“ [WHO, 1998, S. 21 f.], die gemeinsam oder auch arbeitsteilig im Rahmen definierter Arbeitspakete bearbeitet werden können.
Pathogenese	Unter Pathogenese wird allgemein die Entstehungsweise und Entwicklung krankhafter Prozesse verstanden. Dabei wird unterschieden zwischen kausaler Pathogenese (behandelt den

	<p>eine Krankheit auslösenden Bedingungskomplex innerer und äußerer Faktoren) und formaler Pathogenese (behandelt die sich an die kausale Pathogenese anschließenden Funktions- und Strukturveränderungen im Organismus in ihren kausalen Wechselwirkungen); Infektionskrankheiten entstehen z.B. aus dem Zusammenwirken äußerer Faktoren (Virus, Bakterium etc) und endogener Faktoren (Disposition des Wirtes) [vgl. Zetkin, Schaldach, 2005, online; Urban & Fischer, 2003, online].</p>
Peer Assessment	<p>Systematische Ermittlung/Bewertung einer Leistung von Personen, Gruppen, Organisationen durch Angehörige der gleichen Profession, Disziplin oder des gleichen Arbeitszusammenhanges wie die Produzenten der Leistung [vgl. Groene, 2003].</p>
Policy	<p>Eine Policy bezeichnet eine „gemeinsame Strategie mit übergeordneten Zielen, auf die sich alle [...] Beteiligten einigen – eine solide ideelle Basis mit klar abgesteckten Prioritäten und Zuständigkeiten.“ Dabei ist sie „nicht gleichzusetzen mit Politik. Eine Policy formuliert den Kurs und die Strategie einer Institution oder eines Landes. Sie legt somit die Inhalte politischen Handelns fest. Die Politik befasst sich mit der Verfolgung und Umsetzung des Kurses bzw. der Strategie. Eine Gesundheitsförderungs-Policy bildet eine zusammenhängende und zielgerichtete Grundlage für gesundheitsfördernde Handlungen und Entscheidungen“ [Gesundheitsförderung Schweiz, 2009, online].</p>
Prävalenz	<p>Häufigkeit einer Krankheit: Angabe der Anzahl aller in einer Bevölkerungsgruppe und definierten Zeitspanne an einer Krankheit bereits Leidenden und neu Erkrankten [vgl. Waller, 2007].</p>
Primäre Gesundheitsversorgung / Basisgesundheitsversorgung	<p>Primäre Gesundheitsversorgung meint eine „unbedingt notwendige Gesundheitsbetreuung auf der Grundlage praktischer, wissenschaftlich fundierter und gesellschaftlich akzeptabler Methoden und Technologien, die dem einzelnen und Familien in der Gemeinschaft durch deren volle Mitwirkung und zu Kosten universell zugänglich gemacht wird, die sich die Gemeinschaft und das Land auf jeder Stufe ihrer Entwicklung im Geiste der Eigenständigkeit und Selbstbestimmung leisten können. Sie ist wesentlicher Bestandteil sowohl des Gesundheitssystems des Landes, dessen zentrale Aufgabe und Hauptschwerpunkt sie ist, als auch der sozialen und wirtschaftlichen Gesamtentwicklung der Gemeinschaft. Sie ist die erste Berührungsebene des einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft mit dem nationalen Gesundheitssystem, indem sie gesundheitliche Betreuung so nahe wie möglich an die Wohnstätten und Arbeitsplätze der Menschen heranführt, und bildet den ersten Grundbestandteil eines kontinuierlichen Prozesses der gesundheitlichen Betreuung“ [WHO, 1978, S. 2].</p> <p>Entsprechend umfasst der Ansatz der Basisgesundheitsversorgung „die folgenden Schlüsselkomponenten: Gerechtigkeit, Einbeziehung von Gemeinschaften/aktive Beteiligung (Partizipation), Zusammenarbeit verschiedener Sektoren, Angemessenheit der Technologie, und erschwingliche Kosten.“ Er sieht eine Kombination mehrerer Angebote vor, die als absolutes Mi-</p>

	<p>nimum Gesundheitsbildung für Individuen sowie die Bevölkerung insgesamt über Art und Ausmaß von Gesundheitsproblemen und Methoden ihrer Prävention und Kontrolle umfassen sollte.“ Weitere Aktivitäten sind: „die Förderung angemessener Nahrungsangebote und Ernährungsweisen, ausreichender sicherer (Trink-)Wasserversorgung und grundlegender sanitärer Anlagen, Gesundheitsversorgung für Mütter und Kinder einschließlich Familienplanung, Impfungen, angemessene Behandlung von verbreiteten Krankheiten und Unfällen, sowie die Verfügbarkeit der wichtigsten Arzneimittel“ [WHO, 1998, S. 4].</p>
Programm	<p>Ein Programm bezeichnet eine ausgearbeitete Konzeption für ein strukturiertes Vorhaben, das ein spezifisches Leitbild, verbindliche Leitlinien, klare Leitziele, entsprechende Leitstrategien, Methoden und Maßnahmen ausweist, sich i. d. R. über einen langfristigen Zeitraum erstreckt, aber zeitlich befristet ist. Programme bestehen oftmals aus mehreren systematisch miteinander verknüpften Teilprojekten, die in festgelegter Reihenfolge durchgeführt werden [vgl. quint-essenz, 2008, online].</p>
Projekt	<p>Projekte sind für den jeweiligen Träger neuartige Vorhaben mit klarer Zielsetzung und einem definierten Beginn und Ende, die dazu dienen, im Rahmen eines weitgehend festgelegten Budgets und in der Regel einem Projektteam [vgl. Krämer, 2004] eine Interventionsform zu erproben, eine Forschungsfrage zu beantworten, einen Arbeitsauftrag zu erfüllen [vgl. quint-essenz, 2008, online]. Entsprechend wird auch von Interventionsprojekten, Forschungsprojekten, Auftragsprojekten gesprochen.</p>
Projektmanagement (PM)	<p>Die DIN-Norm 69901 definiert Projektmanagement als „die Gesamtheit von Führungsaufgaben, -organisation, -techniken und -mitteln für die Abwicklung eines Projekts“. In einer eher praktischen Perspektive wird PM auch bestimmt als „die „Gesamtheit der Aktivitäten“ zur Koordination des „Problemlösungsprozesses“ bzw. erfolgreichen Bearbeitung des Projektleistungsgegenstands im Team“ [Hesseler, 2007, S. 11]. Dabei werden folgende Aspekte/Aufgaben als zentral in den Blick gebracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infrastrukturelle Ebene: Projektorganisation, Aufbau eines Projektinformations- und Dokumentationssystems etc.; • Sachrationale Ebene: Zielplanung, Ablaufplanung, Controlling, Organisation des internen Informationsaustausches, begleitendes Qualitäts-, Vertrags-, Risiko- und Änderungsmanagement etc.; • Personenbezogene Ebene: situationsbezogene Personalführung inkl. Coaching und Stressprophylaxe, Förderung der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Teammitgliedern inkl. Konfliktmanagement, Durchführung von Schulungen, Personalentwicklung etc. [vgl. Hesseler, 2007].
Public Health (Öffentliche Gesundheit)	<p>Public Health ist die „Wissenschaft und Kunst durch von der Gesellschaft organisierte Maßnahmen Gesundheit zu fördern, Krankheit vorzubeugen und Leben zu verlängern.“ Sie steht für „ein soziales und politisches Konzept, das durch Gesundheits-</p>

	<p>förderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungen abzielt. In der Gesundheitsförderungs-Literatur ist zwischen Public Health and New Public Health unterschieden worden, um recht unterschiedliche Ansätze hinsichtlich Beschreibung und Analyse der Determinanten von Gesundheit sowie Methoden zur Lösung von Public Health Problemen herauszustellen. Neue Public Health Ansätze zeichnet ein umfassendes Verständnis der Art und Weise aus, wie Lebensstile und Lebensbedingungen den Gesundheitsstatus bestimmen. Sie erkennen die Notwendigkeit an, Mittel freizusetzen und angemessen in Politiken, Programme und Dienstleistungen zu investieren, die Gesundheit durch Unterstützung gesunder Lebensstile und Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten entwickeln, erhalten und schützen“ [WHO, 1998, S. 3].</p>
<p>Public Health - ökologisch orientiert</p>	<p>Public Health ökologischer Orientierung hat Umweltprobleme zum Gegenstand, aus denen bedeutsame Gesundheitsbelastungen resultieren (z.B. Auflösung der Ozonschicht, unkontrollierte Wasser- und Luftverschmutzung, Folgen der globalen Erwärmung). Dabei fokussiert sie „auf ökonomische und Umwelt-Determinanten von Gesundheit sowie auf die Mittel, die ökonomische Investitionen leiten sollten, um bestmögliche Ergebnisse im Bereich Bevölkerungsgesundheit, mehr Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheit und eine nachhaltige Ressourcennutzung zu erreichen“ [WHO, 1998, S. 3].</p>
<p>Public Health Action Cycle (PHAC)</p>	<p>Der Public Health Action Cycle (PHAC) bezeichnet ein zyklisches Vier-Phasen-Modell: Assessment, Policy Development, Assurance, Evaluation. Es wird zur strategischen Planung und Umsetzung von Gesundheitsinterventionen eingesetzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Phase 1: assessment, geht es um die genaue Erfassung und Analyse jeweilig gegebener Problemlagen. • In Phase 2: policy development, werden Lösungsoptionen diskutiert und eine detaillierte Arbeitsstrategie entwickelt. • In Phase 3: assurance, steht die Umsetzung der Strategie im Fokus. • In Phase 4: evaluation, werden die Wirksamkeit und Akzeptanz der Strategie ermittelt. Anschließend beginnt der Kreislauf von neuem mit einer je nach Ergebnislage modifizierten Strategie [vgl. Ruckstuhl, Somaini, Twisselmann, 1997].
<p><u>A - B - C - D - E - F - G - I - J - K - L - M - N - O - P - Q - R - S - T - V - W - Z</u></p>	
<p>Qualitative Sozialforschung</p>	<p>Die qualitative Sozialforschung zielt wie die *quantitative S. allgemein darauf ab, Erkenntnisse in Bezug auf ausgewählte soziale Phänomene zu generieren, die sich über die jeweils untersuchte Stichprobe hinausgehend verallgemeinern lassen [vgl. Oswald, 2010]. Kennzeichnend für die qualitative Forschungsrichtung ist das Bestreben, mittels einer kontextnahen, möglichst entwicklungs-offenen, unvoreingenommenen Unter-</p>

	<p>suchung von Einzelfällen bzw. deren <i>verstehenden</i> Rekonstruktion unter kommunikativer Einbeziehung der Weltinterpretationen der Untersuchten zu Hypothesen-/Theoriebildungen in Bezug auf ausgewählte soziale Phänomene zu kommen, die in den untersuchten Fällen durchscheinen. Ihre Forschungslogik ist folglich induktiv, d.h. sie schließt vom Besonderen auf das Allgemeine, Gesetzmäßige. Entsprechend der skizzierten Ausrichtung werden zur Datengewinnung nicht-standardisierte Erhebungsmethoden (z.B. offene Interviewverfahren, Gruppendiskussion, teilnehmende Beobachtung, Dokumentenanalyse) eingesetzt und interpretative Auswertungsverfahren (z.B. qualitative Inhaltsanalyse, objektive Hermeneutik) verwendet [vgl. Schaffer, 2009; Oswald, 2010; Bennewitz, 2010; Terhart, 1997].</p>
Qualität	<p>Qualität bezeichnet das Ausmaß, in dem (z.B. gesundheitliche) Dienstleistungen für Personen, Gruppen, Organisationen, die Wahrscheinlichkeit der Erzielung erwünschter (z.B. gesundheitlicher) Interventionsergebnisse erhöhen sowie mit dem aktuellen professionellen Wissensstand übereinstimmen (*Evidenzbasierung) und kunstgerecht durchgeführt werden. In der Gesundheitsförderung und Prävention kann sich Qualität auf drei Referenzsysteme beziehen: a) auf Settings (z. B. gesundheitsfördernde Schule, KiTa), b) auf Interventionsprogramme, c) auf Organisationen [vgl. Walter, Schwartz, Hoepner-Stamos, 2001].</p>
Qualitätsentwicklung (QE)	<p>Qualitätsentwicklung meint die kontinuierliche Verbesserung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse einer Organisation, eines Programms oder Projekts auf Basis regelmäßiger systematischer Analysen des Entwicklungs-/Ergebnisstands und die daraus folgende Ableitung/Implementierung ggfs. erforderlicher Strategiemodifikationen [vgl. quint-essenz, 2008, online].</p>
Qualitätsmanagement – Handbuch (QM-Handbuch)	<p>Ein QM-Handbuch ist ein Dokument, in dem die Qualitätsmanagementpolitik einer Einrichtung festgelegt ist. Hier sind detailliert beschrieben: die Gesamtheit aller Tätigkeiten oder Teiltätigkeiten der Einrichtung, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten, Prüfungs-, Aktualisierungs- und Verwaltungsanweisungen hinsichtlich des Handbuchs. Es geht um eine transparente Beschreibung von Arbeits- und Prozessabläufen [vgl. BZgA, 2001] und der Sicherung ihrer einheitlichen Durchführung gemäß vereinbarter Kriterien – siehe z.B. auch *Models of good practice/Kriterien guter Praxis und *Qualitätsstandards.</p>
Qualitätskriterien	<p>Qualitätskriterien sind eine unverzichtbare Voraussetzung für die Realisierung von Qualitätsstrategien. Sie „basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungswerten und gelten in der Umsetzung als Orientierungshilfen, was beachtet werden muss und was als erstrebenswert erachtet wird. Erst wenn solche Kriterien vorhanden sind, können Projekt- und Qualitätsmanagementtechniken sinnvoll eingesetzt werden, können in der Praxis Strategien und Methoden identifiziert werden, wie diese Kriterien möglichst optimal erfüllt werden können. Längerfristig lassen solche Kriterien auch Vergleiche zwischen Projekten zu“ [Ruckstuhl, Kolip, Gutzwiller, 2001, S. 39].</p>

Qualitätsmanagement (QM)	Die Aufgabe von QM besteht darin, „Systeme, Organisationen, Prozesse und Abläufe so zu optimieren, dass die Basis für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung geschaffen und das Hauptziel erreicht wird“ [Walter, Schwartz, Hoepner-Stamos, 2001, S. 24], die Verbesserung ihrer Ergebnisqualität.
Qualitätsmanagement und Evaluation	Qualitätsmanagement und Evaluation stehen in einem sich wechselseitig durchdringenden Zusammenhang: „Sowohl in der Evaluation wie auch in der Qualitätsentwicklung werden häufig die Aspekte Struktur, Prozess und Ergebnis als Gliederungselemente benutzt. Strukturevaluation dient der Verbesserung der Strukturqualität, Prozessevaluation der Verbesserung der Prozessqualität und Ergebnisevaluation der Verbesserung der Ergebnisqualität. Alle diese Elemente von Qualitätsentwicklung sind eng miteinander verknüpft“ [Trojan, 2001, S. 51]. Neben diesen drei Qualitätsbereichen wird im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung ergänzend eine Konzept- oder auch Planungsqualität als ein vierter relevanter Bereich berücksichtigt [vgl. Loss et al., 2007; Kolip, 2006; Walter, Schwartz, Hoepner-Stamos, 2001] – siehe auch *Evaluation.
Qualitätsphilosophien	<p>Es lassen sich zwei zentrale Qualitätsphilosophien unterscheiden. Sie werden als „Erfüllungsparadigma“ und als „Optimierungsparadigma“ umschrieben. Im ersten Fall „konzentrieren sich die Managementtechniken hauptsächlich darauf, festgelegte Kriterien zu erfüllen und Standards einzuhalten. Dieses vor allem aus der Industrie entwickelte System zielt darauf ab, den Produktionsprozess so zu gestalten, dass am Ende das gewünschte Produkt herauskommt.“ Im zweiten Fall wird sich dagegen nicht nur auf die Erfüllung definierter Kriterien, sondern „gleichzeitig und in gleichem Maße auf eine ständige Weiterentwicklung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen“ konzentriert. Kennzeichnend sind hier die folgenden Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>„Kontinuierliche Verbesserung“</i>: Strukturen und Prozesse werden mit adäquaten Mitteln verbessert mit dem Ziel, die Wirksamkeit von Interventionen ständig zu vergrößern. • <i>Nutzerorientierung/Kundenorientierung</i>: In der Prävention gibt es verschiedene Anspruchsgruppen mit selten einheitlichen Ansprüchen und Bedürfnissen. Diese unterschiedlichen Ansprüche gilt es zu identifizieren, [...] • <i>Umfassende Konzeption</i>: Das Qualitätsmanagement bezieht sich nicht auf einzelne Aspekte, sondern es berücksichtigt gleichermaßen die Struktur, den Prozess und das Ergebnis.“ <p>Dies ist in der Prävention und Gesundheitsförderung vorzuziehen. Die Interventionen bestehen hier „aus sehr komplexen Handlungsabläufen und sind ständig mit sich wandelnden Umwelten konfrontiert, was eine kontinuierliche Entwicklung unabdingbar macht“ [Ruckstuhl, Kolip, Gutzwiller, 2001, S. 39 f.].</p>
Qualitätsstandard	In ergebnisbezogener Hinsicht lassen sich Qualitätsstandards als „Sollbeschreibungen“ der „Güte eines Produkts oder einer Dienstleistung“ [Simon, 2001, S. 116] in einem Arbeitsbereich

	<p>fassen. In prozessbezogener Hinsicht geben sie vor, wie die zukünftige Ausgestaltung von Arbeitsprozessen zur Entwicklung eines Produktes oder einer Dienstleistung und deren Erbringung sowie der Ergebnisfeststellung/-bewertung verlässlich und nachprüfbar zu erfolgen hat – siehe auch *Standard.</p>
Qualitätsziel	<p>Qualitätsziele „beziehen sich nicht auf das Ziel des Projekts, sondern auf dessen Durchführung. Qualitätsziele sagen etwas darüber aus, wie etwas genau gemacht wird, d.h. welchen Standard sie festsetzen. Sie sind auf zentrale Punkte zu konzentrieren, die für das Projekt von besonderer Bedeutung sind oder früh als Schwachpunkte erkannt werden. Ist in einem Projekt beispielsweise der Kontakt zu den Behörden zentral, da für eine nachhaltige Entwicklung Unterstützungsgelder notwendig sind, bedarf es besonderer Bemühungen, um erfolgreich zu sein. Um diese Herausforderung bewusst zu gestalten, kann als Qualitätsziel formuliert werden: „Zu den Behörden besteht eine optimale, vertrauensbildende Beziehung.“ Was das genau heißt, wird mit Indikatoren genauer umschrieben. Zur Erreichung dieses Qualitätsziels werden konkrete Strategien und Maßnahmen formuliert, wie etwa: „Die Behörden werden regelmäßig (alle x Wochen) und optimal (Form/Stil) informiert und kontaktiert“. Auch bei den Qualitätszielen ist es notwendig, Abläufe zu dokumentieren, damit Zwischenziele überprüft werden können“ [Ruckstuhl, Kolip, Gutzwiller, 2001, S. 47].</p>
Qualitätszirkel	<p>In Qualitätszirkeln bearbeiten in der Regel 6 - 15 Teilnehmer/-innen freiwillig und kontinuierlich (z. B. monatlich für ca. zwei Stunden) gemeinsam in der Gruppe Alltagsprobleme/-fragestellungen ihrer Einrichtungen, Organisationen etc. Sie werden dabei von speziell geschulten Moderatoren/innen unterstützt und erarbeiten im Idealfall nicht nur Checklisten für das Vorgehen in spezifischen Situationen, sondern auch übergreifende Handlungskonzepte. Qualitätszirkel beruhen auf der Auffassung, dass die Teilnehmer/innen bei aller Unterschiedlichkeit immer Experten/innen ihrer eigenen Praxis sind und dass in solchen Gruppen jede und jeder Einzelne viel weiß" – doch gemeinsam wissen alle mehr" [Bahrs, Nave, Zastrau, 2005, S. 23].</p>
Quantitative Sozialforschung	<p>Die quantitative Sozialforschung zielt wie die *qualitative S. allgemein darauf ab, Erkenntnisse in Bezug auf ausgewählte soziale Phänomene zu generieren, die sich über die jeweils untersuchte Stichprobe hinaus verallgemeinern lassen [vgl. Oswald, 2010]. Kennzeichnend für die quantitative Forschungsrichtung ist das Bestreben, mittels einer streng theorie- und hypothesen-geleiteten, standardisierten Untersuchung großer Fallzahlen zu numerischen, statistisch verrechenbaren Daten zu kommen, die eine quantitative Erfassung der Ausprägungen und Beziehungen definierter Merkmale eines ausgewählten sozialen Phänomens erlauben und auf dieser Basis eine entsprechende Prüfung von <i>erklärenden</i> Hypothesen bzw. Theorien in Bezug auf diesen Erkenntnisgegenstand ermöglichen. Ihre Forschungslogik ist folglich deduktiv (bzw. deduktiv-nomologisch), d. h. sie schließt vom Allgemeinen, Gesetzmäßigen auf das Besondere</p>

	bzw. ist Theorie testend und feststellend. Entsprechend der skizzierten Ausrichtung werden zur Datengewinnung standardisierte Erhebungsmethoden eingesetzt (z.B. multiple-choice Fragebogen, strukturierte Beobachtung, Experiment), deren Erträge in elektronischen Datenverarbeitungsprogramme (z.B. SPSS) aufbereitet und statistisch verrechnet werden [vgl. Schaffer, 2009; Oswald, 2010; Bennewitz, 2010; Terhart, 1997].
<u>A</u> - <u>B</u> - <u>C</u> - <u>D</u> - <u>E</u> - <u>F</u> - <u>G</u> - <u>I</u> - <u>J</u> - <u>K</u> - <u>L</u> - <u>M</u> - <u>N</u> - <u>O</u> - <u>P</u> - <u>Q</u> - <u>R</u> - <u>S</u> - <u>T</u> - <u>V</u> - <u>W</u> - <u>Z</u>	
Resilienz	Allgemein wird „unter Resilienz die Fähigkeit“ verstanden, „erlernte Mechanismen zur Bewältigung alterstypischer Aufgaben trotz schwieriger Umstände zu aktivieren. Dies ermöglicht eine relativ gesunde Entwicklung auch unter belastenden und risikoreichen Bedingungen“ [Petermann, Schmitt, 2006, S. 119]. Resilienz („= psychische Robustheit“) ist somit nicht gekennzeichnet durch „die Abwesenheit psychischer Störungen, sondern die Fähigkeit, vorhandene Mechanismen zur Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben trotz schwieriger Umstände zu aktivieren“ [ebd., 2006, S. 121]. Resilienzen lassen sich dementsprechend als „bereichsspezifische Ressourcen“ verstehen, „die durch die Interaktion mit der Umwelt erworben worden sind“ [ebd., 2006, S. 119].
Risikofaktor	Ein Risikofaktor bezeichnet einen sozialen, ökonomischen oder biologischen Status, eine bestimmte Verhaltensweise oder Lebensbedingung, „die mit einer erhöhten Anfälligkeit für eine spezifische Krankheit, einen schlechteren Gesundheitszustand oder einer Verletzungsgefahr verbunden“ ist „oder diese verursachen.“ Ebenso wie „für Risikoverhalten, so gilt auch für Risikofaktoren, dass sie - sind sie erst einmal identifiziert - zum Ausgangs- oder Mittelpunkt für Gesundheitsförderungsstrategien und -aktivitäten genutzt werden können“ [WHO, 1998, S. 22].
Risikoverhalten	Risikoverhaltensweisen sind Verhaltensformen, die „auf Basis von epidemiologischen oder anderen Sozialdaten als "riskant" definiert“ sind. Die Änderung entsprechender Verhaltensweisen ist ein Hauptziel der *Krankheitsprävention. Traditionell „wurde versucht, dieses Ziel durch Gesundheitsbildung und -erziehung zu erreichen. Innerhalb des breiteren konzeptionellen Rahmens von Gesundheitsförderung kann Risikoverhalten als Antwort auf oder Mittel der Bewältigung von widrigen Lebensbedingungen angesehen werden. Strategien, die diesem Umstand Rechnung tragen, schließen die Entwicklung von Alltagskompetenzen und -fähigkeiten sowie die Schaffung von mehr gesundheitsfördernden Lebenswelten ein“ [WHO, 1998, S. 22].
<u>A</u> - <u>B</u> - <u>C</u> - <u>D</u> - <u>E</u> - <u>F</u> - <u>G</u> - <u>I</u> - <u>J</u> - <u>K</u> - <u>L</u> - <u>M</u> - <u>N</u> - <u>O</u> - <u>P</u> - <u>Q</u> - <u>R</u> - <u>S</u> - <u>T</u> - <u>V</u> - <u>W</u> - <u>Z</u>	
Sandwich-Modell	Mit dem Sandwich-Modell ist in der Qualitätsentwicklung eine sich sinnvoll ergänzende Kombination von *Bottom-up-Ansatz und *Top-down-Ansatz gemeint, wie sie insbesondere auch von der *WHO propagiert wird [vgl. BZgA, 2001].

<p>Salutogenetische Perspektive / das Modell der Salutogenese</p>	<p>Das Modell der Salutogenese ist von dem israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky entwickelt worden. In diesem Ansatz ist Gesundheit nicht mehr lediglich dichotom definiert: Ein Mensch ist entweder „krank“ oder er ist „gesund“. Krankheit und Gesundheit werden vielmehr als Einheit eines Kontinuums mit fließenden Übergängen gedeutet (*Gesundheits-Krankheits-Kontinuum). Des Weiteren bilden nicht mehr *biomedizinische Erkenntnisse/Fragestellungen den Ausgangspunkt aller Überlegungen. In salutogenetischer Perspektive rückt vielmehr die Frage nach den Faktoren ins Zentrum der Aufmerksamkeit, die maßgeblich dazu beitragen können, dass Menschen trotz allgegenwärtiger und anhaltender Bedrohungen durch Viren, Bakterien, Noxen, Stress etc. gesund bleiben. Hieran schließt sich logisch die Suche nach erfolgversprechenden Möglichkeiten der Steigerung grundsätzlicher Ressourcen an, die es Menschen ermöglichen, diesen Belastungen zu widerstehen bzw. die zur Entstehung und zur Erhaltung ihrer Gesundheit beitragen (können).</p> <p>Ein erstes Kernstück des Modells bilden in dieser Hinsicht die so genannten generalisierten Widerstandsressourcen („generalized resistance resources“ = GRR). Antonovsky unterscheidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychosoziale GRR's (Wissen und Intelligenz, Ich-Identität, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung und Bindungen etc.) und • genetisch-konstitutionelle GRR's. <p>Das zweite Kernstück stellt das sogenannte *Kohärenzgefühl, das eine allgemeine Grundeinstellung von Menschen gegenüber der Welt und ihrem Leben beschreibt [vgl. Antonovsky, 1979, 1997] – siehe ergänzend Faltermaier für ein erweitertes und modifiziertes „Integratives Modell der Salutogenese“ [2005, S. 148].</p>
<p>Schulprogramm</p>	<p>Das Schulprogramm lässt sich als „Regiebuch“ [Berliner LISUM, 2003 S. 6] bzw. als „Leitlinie“ [Niedersächsisches Kultusministerium, 1998, S. 9] der Einzelschule charakterisieren, in dem diese ihre prinzipielle Ausrichtung (päd. Selbstverständnis, Ziele, inhaltlich-methodisch-organisatorische Schwerpunkte etc.) und Ist-Situation darstellt sowie ihre Pläne und Maßnahmen zur systematischen Realisierung (Arbeitsprogramm), Entwicklung und Überprüfung (Evaluation) ihrer Arbeit verbindlich fixiert [vgl. Niedersächsisches Kultusministerium, 1998; Berliner LISUM, 2003]. In diesem Sinn kann es als ein Grundsatzdokument der Schule gelten, dessen Ausarbeitung und Fortschreibung im Rahmen eines systematischen, reflektierten, stetigen und kooperativen Diskussions- und Planungsprozesses der „inneren Schulentwicklung“ [Berliner LISUM, 2003, S. 6] wesentlich dazu dient, die Schule auf Basis einer möglichst breiten Konsensbildung aller Beteiligten „als handlungsfähige pädagogische Einheit zu entwickeln“ [Nieders. Kultusministerium, 1998, S. 9]. Während das Schulprogramm auf „die Entwicklung der Schule als Ganzes“ [Niedersächsisches Kultusministerium, 1998, S. 10] fokussiert oder betriebswirtschaftlich gesprochen ihre „Unterneh-</p>

<p>Schulprofil (und Schulprogramm)</p>	<p>„mensstrategie“ darstellt, beschreibt das Schulprofil „die Produktpalette“ [Berliner LISUM, 2003, S. 7] der jeweiligen Schule bzw. die sie von anderen Schulen unterscheidenden oder „angestrebten Besonderheiten oder Schwerpunktsetzungen“ [Niedersächsisches Kultusministerium, 1998, S. 10]. Diese ruf- bzw. imagebildenden Profilierungen [vgl. Berliner LISUM, 2003] können auf der Inhaltsebene (*Gesundheitsbildung/-förderung, Umweltbildung, Medienerziehung etc.) und/oder der Methodik-/Unterrichtsorganisationsebene (Handlungsorientierung, fächerübergreifende Unterrichtsorganisation, Partizipation von Schülerinnen und Schülern etc.) gesetzt werden.</p> <p>Schulprogramm und Schulprofil stehen somit in einem Verhältnis der Vor- bzw. Nachrangigkeit, in dem letzteres - unbeschadet seiner Bedeutung - eine nachgeordnete Position einnimmt [vgl. Niedersächsisches Kultusministerium, 1998, S. 10].</p>
<p>Schutz- / Protektivfaktoren</p>	<p>Menschen sind wiederkehrend gesundheitsbedrohlichen Belastungen ausgesetzt. In wie weit es Menschen gelingt, entsprechende akute oder auch chronische Belastungssituationen erfolgreich (d.h. Gesundheit erhaltend) zu bewältigen, hängt wesentlich von ihren personalen (internen) und sozialen bzw. ökologischen (externen) Ressourcen ab, die in diesem Sinne als so genannte Protektiv-/Schutzfaktoren fungieren und aus der Perspektive der *Ottawa-Charta auch als *Gesundheitsressourcen bezeichnet werden [vgl. Franzkowiak, 2003b].</p>
<p>Selbstevaluation / Fremdevaluation</p>	<p>Die *Evaluation von Arbeitsergebnissen/-prozessen kann aus der Innenperspektive als systematische Selbstevaluation durch Mitglieder der jeweiligen Leistungserbringer, Organisation etc. oder aus der Außenperspektive als *Fremdevaluation durch externe Experten/innen erfolgen [vgl. quint-essenz, 2008, online].</p>
<p>Selbsthilfe</p>	<p>Selbsthilfe steht zunächst grundsätzlich für eine „Handlung von Individuen oder Gemeinschaften [...], welche direkt den Handelnden selbst zugute kommt.“ Sie kann aber „auch gegenseitige Hilfe unter Individuen und Gruppen umfassen.“ Bekannt sind hier z.B. die so genannten Selbsthilfegruppen in denen von einer spezifischen Problematik betroffene Personen (Sucht, Apoplex etc.) sich gegenseitig als Experten/innen in eigener Sache austauschen bzw. helfen. Selbsthilfe kann schließlich auch „die gesundheitliche Selbstversorgung - wie z.B. Selbstmedikation und Erste Hilfe - im sozialen Kontext des alltäglichen Lebens“ [WHO, 1998, S. 22 f.] bedeuten.</p>
<p>Settings für Gesundheit</p>	<p>Settings für Gesundheit sind Orte oder soziale Kontexte (Sozialräume), „in denen „Menschen die Umwelt aktiv nutzen und gestalten und dadurch gesundheitsbezogene Probleme erzeugen oder lösen. Settings können normalerweise anhand dessen identifiziert werden, dass sie physische Grenzen, eine Reihe von Menschen mit definierten Rollen sowie eine Organisationsstruktur haben.“ Sie „bieten Möglichkeiten zur Förderung von Gesundheit: durch das Erreichen von Menschen, die im Setting arbeiten oder dieses benutzen, um Zugang zu Dienstleistungen zu erhalten; und durch die Wechselbeziehung von</p>

	<p>verschiedenen Settings mit Gemeinschaften im weiteren Sinne bzw. mit der Bevölkerung. Beispiele für Settings sind Schulen, Arbeitsstätten, Krankenhäuser, Dörfer und Städte.“ Die Förderung von Gesundheit durch Settings geschieht „oft über irgendeine Form von Organisationsentwicklung, einschließlich der Änderung der physischen Umgebung, der Organisationsstruktur, der Verwaltung und des Managements“ [WHO, 1998, S. 23].</p>
<p>Setting-Ansatz</p>	<p>Ausgehend von den Grundlegungen zur Gesundheitsförderung (GF) der Ottawa-Charta ist Ende der 1980er Jahre der so genannte Setting-Ansatz als eine Kernstrategie der GF entstanden. Dieser auf soziale Systeme/abgrenzbare Lebensräume von Menschen (*Settings für Gesundheit) fokussierende Ansatz [vgl. Grossmann, Scala, 2003], kombiniert systematisch und ganzheitlich Interventionen, die auf eine Verbesserung der Verhältnisse (strukturelle Rahmenbedingungen, Kommunikationsstrukturen etc.) zielen, mit individuumsbezogenen Maßnahmen (Bewegungsverhalten Ernährungsverhalten, allgemeine Kompetenzförderung etc.). In diesem Ansatz geht es nicht mehr nur darum, <i>in</i> einem bestimmten Feld Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit ausgewählten *Zielgruppen durchzuführen, sondern unter partizipativer Einbindung der Menschen in ihren Lebensräumen und der dort vorfindbaren Strukturen, d.h. <i>mit</i> dem Setting, die *Verhältnisse gesundheitsförderlich zu beeinflussen. Veränderungen von Rahmenbedingungen wirken sich auf alle in einem Sozialraum (Setting) lebende Menschen aus, ohne Einzelne für Andere erkennbar mit einem spezifischen Angebot ansprechen zu müssen. So bietet der Setting-Ansatz eine gute Möglichkeit, *soziale Benachteiligungen auszugleichen, ohne benachteiligte Personen als solche zu stigmatisieren.</p>
<p>Smarte Ziele</p>	<p>Ziele sind SMARTe (Akronym für Specific Masurable Achievable Relevant Timely) Ziele wenn sie möglichst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>spezifisch</i>, d.h. klar definiert sind; • <i>messbar</i>, d.h. hinsichtlich der Zielerreichung überprüfbar formuliert sind; • <i>attraktiv / akzeptiert</i>, d.h. einen hinreichenden Nutzen versprechend sind / in einer Arbeitsgruppe, den relevanten Gremien einer Organisation (z.B. Schule) auf Basis einer Konsensbildung formuliert sind; • <i>realistisch</i>, d.h. mit den verfügbaren Ressourcen auch höchstwahrscheinlich erreichbar sind; • <i>terminiert</i>, d.h. hinsichtlich ihrer Realisierung auf einen eindeutigen Zeitpunkt bezogen sind [vgl. Joerges, 2009, online; Sen BJS, 2004]. <p>Im Projektmanagement vereinfachen Smarte Ziele die Erstellung der Projektstruktur und einer klaren Zielvereinbarung [vgl. Joerges, 2009, online]. Innerhalb der *Schulprogrammarbeit kann die Handlungszielbeschreibung nach Maßgabe der „SMART-Kriterien“ „eine gute Grundlage für die schulinterne Evaluation“ [Sen BJS, 2004, S. 30] schaffen.</p>

<p>Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung</p>	<p>In dem Terminus „Soziale Arbeit“ sind ihre beiden zunehmend konvergierenden Teilbereiche Sozialarbeit und Sozialpädagogik, die in kritisch-emanzipatorischer Perspektive eine bedeutende Vermittlung in dem traditionellen Leitprinzip <i>Hilfe zur Selbsthilfe</i> (in sozialintegrativer und gesellschaftsverändernder Hinsicht) finden [vgl. Mühlum, 1996], begrifflich zusammengefasst [vgl. Schilling, 2007].</p> <p>Die internationalen Dachverbände Sozialer Arbeit IASSW und IFSW einigten sich in 2001 auf die folgende Definition: „Soziale Arbeit ist eine Profession, die sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen fördert, um ihr Wohlbefinden zu verbessern. Indem sie sich auf Theorien menschlichen Verhaltens sowie sozialer Systeme als Erklärungsbasis stützt, interveniert Soziale Arbeit im Schnittpunkt zwischen Individuum und Umwelt/Gesellschaft. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit von fundamentaler Bedeutung“ [Staub-Bernasconi, 2007, S. 13 f. in deutscher Übersetzung der englischsprachigen Originalversion, vgl. IASSW; IFSW, 2004].</p> <p>In der *Gesundheitsförderung finden sich hier offenkundige Entsprechungen insbesondere in dem Kernanliegen der Förderung von *Wohlbefinden, der demokratisch-emanzipatorischen Ausrichtung und der zentralen Orientierung an dem Prinzip *empowerment, das insbesondere Herriger [vgl. 1997] für die Soziale Arbeit fruchtbar machte. Konstitutiv gemeinsam ist beiden ebenso das Bestreben, Ungleichheiten abzubauen und Menschen gegen diese zu solidarisieren; benachteiligte Personen/Gruppen *anwaltschaftlich zu vertreten; *Partizipation zu ermöglichen und Teilhabechancen zu sichern/zu verbessern.</p> <p>Als „zentrale Ansatzpunkte für eine gesundheitsbezogene Soziale Arbeit“ [Homfeldt, Sting, 2006, S. 17] lassen sich nennen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (im Krankenhaus, im Gesundheitsamt, in der Rehabilitation, in der Suchthilfe etc.); • Gesundheitsarbeit im Sozialwesen (im Rahmen von Familienhilfe, Gemeinwesenarbeit, Jugendarbeit, der psychosozialen Versorgung etc.); • Sozialpädagogische Gesundheitsförderung (Entwicklung neuer Strategien und Handlungskonzepte für die Arbeit in Schulen, Kindertagesstätten, Betriebe, Organisationen etc.).
<p>Soziale Benachteiligung</p>	<p>Der soziologische Begriff soziale Benachteiligung beschreibt, dass Personen/individuelle Gruppen auf Grund niedriger gesellschaftlicher Statuspositionen nur reduziert bis kaum Zugang zu positiv definierten Gütern im Sinne wertvoller Ressourcen haben [vgl. Stimmer, 2000] – siehe auch *soziale Ungleichheit. Ihre Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe und auf Erreichung bestimmter Ziele sind entsprechend eingeschränkt [vgl. Lehmann et al., 2007] und damit auch auf eine gelingende Lebensbewältigung. Sie haben folglich einen erhöhten Bedarf an gezielten Unterstützungsleistungen – siehe auch *Niedrigschwelligkeit.</p>

Soziale Dienste	Soziale Dienste sind Leistungen von Fachkräften der Sozialen Arbeit, die mit dem Ziel erbracht werden, „soziale Probleme von Einzelnen, Gruppen und Gemeinwesen zu lösen und durch Prävention zu verhindern“ [Weyrich, 2007, S. 846]. Sie werden von öffentlichen und freien Trägern in verschiedenen Organisationsstrukturen/-formen zur Erfüllung von Aufgaben der Sozial-, Jugend- und Gesundheitshilfe eingesetzt (Sozialstationen, Familienhilfen, ambulante Pflegeeinrichtungen etc.); in Teilbereichen treten zunehmend auch profitorientierte Anbieter mit entsprechenden Angeboten (z.B. private Pflegedienste) neben diese klassischen Träger sozialer Dienste.
Sozial-Epidemiologie	Die Sozial-Epidemiologie lässt sich nach Mielck, Bloomfield [2001, S. 9] programmatisch definieren als: „Wissenschaftliche Analyse zur Beschreibung, Erklärung und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit mit den Methoden der Epidemiologie.“ Der Begriff der gesundheitlichen Ungleichheit bezieht sich dabei auf den Zusammenhang zwischen den Themen: <ul style="list-style-type: none"> • „<i>Soziale Ungleichheit</i>, d.h. sowohl die Unterschiede nach Bildung, beruflichem Status, Einkommen und Vermögen (d.h. die 'vertikale' soziale Ungleichheit) als auch die Unterschiede nach Geschlecht, Familienstand, Nationalität etc. (d.h. die 'horizontale' soziale Ungleichheit).“ • „<i>Gesundheit</i>, d.h. sowohl Mortalität und Morbidität als auch gesundheitsfördernde bzw. -gefährdende Faktoren“ [Mielck, Bloomfield, 2001, S. 10] – siehe auch *Epidemiologie und *soziale und gesundheitliche Ungleichheit.
Soziale Netzwerke	Soziale Netzwerke lassen sich charakterisieren als soziale „Beziehungen und Verbindungen zwischen Individuen, die Zugang zu oder die Mobilisierung von sozialer Unterstützung für Gesundheit bieten können.“ Solche Netzwerke entstehen insbesondere in stabilen Gesellschaften. „Destabilisierende Einflüsse wie eine hohe Arbeitslosenrate, Umsiedlungen und rasche Verstädterung können“ hingegen „zu einer bedeutsamen Störung bzw. Unterbrechung sozialer Netzwerke führen“ [WHO, 1998, S. 23]. In diesem Fall sollten Aktivitäten zur Förderung von Gesundheit auch auf deren Wiederherstellung zielen.
Sozial-Sponsoring	Dem Sozial-Sponsoring liegt eine verbindliche, vertraglich abgesicherte Kooperation von Unternehmen und gemeinnützigen, nicht-staatlichen Organisationen zu Grunde. Im Rahmen einer solchen, auf Leistung und Gegenleistung beruhenden öffentlichkeitswirksamen Geschäftsbeziehung, binden Firmen die Unterstützung nicht-staatlicher Einrichtungen „aktiv in ihre Unternehmenskommunikation ein“ [Altgeld, 2003], die ihrerseits von deren Mittelzuwendungen profitieren. Beispiele für den Sozial-/Gesundheitsbereich sind: der Welt-Aids-Tag, lokale Gesundheitstage, die 'Nummer gegen Kummer' [vgl. Altgeld, 2003].
Soziale und gesundheitliche Ungleichheit	Der Begriff soziale Ungleichheit umschreibt, dass Menschen auf Grund verschiedener Determinanten unterschiedliche Positionen in der Gesellschaft einnehmen, die zu relativ dauerhaften Vor- bzw. Nachteilen bei der Verteilung „knapper, begehr-

	<p>ter „Güter“ führen. Diese können für die Lebensführung und gesellschaftliche Teilhabe bedeutsame Ressourcen (Bildungsabschlüsse, Einkommen etc.), aber auch „(un-)vorteilhafte Lebensbedingungen“ [Hradil, 2006, S. 34] sein. Als zentrale Statusdeterminanten gelten der Bildungsgrad, der berufliche Status, die Einkommenshöhe (= vertikale s. U., sie bilden hierarchisch soziale Schichten ab). Soziale Ungleichheit ist aber auch in Determinanten begründet wie dem Geschlecht, dem Alter, der Lebens- und Familienform, der Ethnizität, um hier die wichtigsten zu nennen (= horizontale s. U.) [vgl. Hradil, 2006; Mielck, 2005].</p> <p>Der Begriff gesundheitliche Ungleichheit bezieht sich hier anschließend auf den Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Morbidität bzw. Mortalität [vgl. Mielck, 2005] – siehe auch *Epidemiologie. Hierzu liegt auch eine große Fülle empirischer Befunde vor, die darauf hinweisen, „dass die meisten Krankheiten und frühzeitigen Todesfälle je häufiger vorkommen, je niedriger die Schicht ist, der Menschen angehören“ [Hradil, 2006, S. 37]; „dass die Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status (d.h. niedriger Bildung, niedrigem beruflichen Status und/oder niedrigem Einkommen) zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen - dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozioökonomischen Status“ [Mielck, 2003, S. 13 f., vgl. Mielck, 2005].</p> <p>Als zentrale Interventionsansätze zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit lassen sich zwei Stränge systematisieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung sozialer Ungleichheiten (d.h. von Unterschieden im Bildungsstand, Berufsstatus und Einkommen); • Verbesserung der Gesundheitschancen statusniedriger Personen (d.h. Verstärkung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen, Reduzierung schädigender Expositionen/Belastungen, Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, des Gesundheitsverhaltens, der Absicherung im Krankheitsfall) [vgl. Mielck, 2005, 2003].
Soziale Unterstützung	<p>Soziale Unterstützung bezeichnet die Hilfestellung, die Individuen und Gruppen aus Gemeinschaften (sozialen Netzwerken, Nachbarschaftsbeziehungen, Freundschaften etc.) heraus zur Verfügung steht. Sie „kann emotionale Unterstützung, Informationsaustausch und das Anbieten materieller Ressourcen oder Dienste beinhalten“ [WHO, 1998, S. 24]. Sie kann sowohl die Auswirkungen belastender Ereignisse und Bedingungen abschwächen (Puffereffekt sozialer Unterstützung) als auch als positive Ressource zur Erhaltung von Gesundheit beitragen (Haupteffekt sozialer Unterstützung) [vgl. Witteriede, 2003]. „Soziale Unterstützung ist heute weit reichend als eine wichtige Determinante für Gesundheit und als ein wesentlicher Bestandteil Sozialen Kapitals anerkannt“ [WHO, 1998, S. 24].</p>
Sozialisation	<p>Sozialisation erscheint in moderner Auffassung als lebenslanger Prozess, in dessen Zuge sich die Persönlichkeit von Menschen entwickelt und ihre gesellschaftliche Integration erfolgt. Sie vollzieht sich in den Interaktionen von Menschen mit ihrer</p>

	<p>sozialen, kulturellen und materiellen Umwelt, deren Normen, Werte und soziale Rollenvorstellungen sie im Verlauf verinnerlicht und die ihr die erforderlichen Handlungsorientierungen für ihr soziales Leben liefern [vgl. Marotzki, Nohl, Ortlepp, 2005]. Insofern Sozialisation unbeabsichtigte und beabsichtigte Einflüsse auf Menschen beinhaltet, bezeichnet sie den gegenüber *Erziehung umfassenderen Begriff [vgl. Löw, 2006].</p>
<p>Stakeholder in der Projektarbeit</p>	<p>Mit Stakeholder sind „Personen oder Personengruppen gemeint, die an einem Projekt beteiligt, an seinem Ablauf und Ergebnis interessiert oder von seinen Auswirkungen betroffen sind (siehe DIN 69905)“ [Hesseler, 2007, S. 29] und ggf. Einfluss auf dessen Verlauf und Ergebnis nehmen können [vgl. Angermeier, 2009, online]. Dazu zählen z.B. die Projektleitung, die Projektmitarbeiter, die Auftraggeber, die Abnehmer von Arbeitsergebnissen oder z.B. Anwohner eines Bauprojektes.</p>
<p>Standard</p>	<p>Ein Standard bezeichnet allgemein die inhaltliche Bestimmung von Verfahrensregeln zur Realisierung vorausbestimmter Anforderungen an die Qualität eines Arbeitsprozesses und/oder -produktes [vgl. Kiem, 2008, online] bzw. zur standardisierten Bearbeitung wiederholt auftretender Probleme. In letztgenannter Hinsicht können die Festlegungen von verbindlichen Detailbeschreibungen bis zu Empfehlungsvorgaben reichen, die eine der Komplexität des jeweiligen Problems angemessene Verfahrensvariation erlauben [vgl. Krems, 2009, online].</p>
<p>Steuerungs- / Leitungsgremium</p>	<p>Ein Steuerungs- oder Leitungsgremium (auch Direktorium, Aufsichtsrat, Lenkungsausschuss) wird von Vertreter/innen eines Projekts, einer Kooperationsgemeinschaft, einer Einrichtung, einer Organisation etc. gebildet, die über die letzte Verantwortung und Autorität in Bezug auf die strategische Ausrichtung und den so genannten Modus Operandi eines Projekts, einer Einrichtung, einer Organisation verfügen [vgl. Groene, 2003].</p>
<p>Strategie</p>	<p>Eine Strategie lässt sich definieren als eine prinzipielle, mehrere Maßnahmen kombinierende, langfristig ausgerichtete Vorgehensweise einer Einrichtung, einer Organisation, eines Projektvorhabens etc. zur Realisierung ihrer langfristig angestrebten Ziele im Kontext ihrer Umwelt [vgl. Müller-Stewens, 2009, online].</p>
<p>Subsidiarität (Subsidiaritätsprinzip)</p>	<p>Die ideengeschichtlichen und politischen Wurzeln des „gesellschaftspolitischen Ordnungsprinzips“ der Subsidiarität liegen in „der Staats- und Gesellschaftslehre des Liberalismus sowie der katholischen Soziallehre.“ [Merchel, 2008, 16]. Erstgenannter versteht das Subsidiaritätsprinzip als leitendes „Organisationsmuster sozialen Handelns auf der Linie Individuum-Familie-Gemeinde-Staat“: Die „Existenzsicherung“ obliegt zunächst dem „Individuum“ und sodann der „Familie“ – nur wenn dies nicht hinreichend gelingt, wird die Gemeinschaft, der Staat unterstützend tätig. Die Zweitgenannte sieht die „Gesellschaft nach Art ineinander gebetteter, konzentrischer Kreise“ aufgebaut, „wobei dem je kleineren vor dem je größeren die Primärzuständigkeit für die Reproduktion des Individuums zukommt.“ Subsidi-</p>

	<p>diarität dient damit ebenso der „Abwehr übermäßiger Eingriffe der übergeordneten Gemeinschaft“ in Bereiche hierarchisch tieferer Ebenen, wie es den „Anspruch des „untergeordneten Gemeinwesens“ auf Förderung“ [Sachße, 2005, S. 931 f.] durch hierarchisch höhere Ebenen betont.</p>
Supervision	<p>Die Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (DGSv) vertritt das folgende Verständnis von S. „Supervision</p> <ul style="list-style-type: none"> • ist ein Beratungsformat, das zur Sicherung und Verbesserung der <i>Qualität</i> beruflicher Arbeit eingesetzt wird • dient grundsätzlich der Entwicklung von <i>Personen</i> und <i>Organisationen</i> • betrachtet personale, interaktive und organisationale Aspekte • bezieht sich auf Kommunikation und Kooperation im Kontext <i>beruflicher Arbeit</i> • ist <i>Reflexion</i> und keine Instruktion, ist gemeinsame Erörterung eines Problems, keine Schulung, kein Training <p>Supervision wird über Felder sozialer Arbeit hinaus zunehmend auch in den Bereichen Gesundheitswesen, Wirtschaft und Dienstleistungsunternehmen, Verwaltung und Politik nachgefragt.“ [DGSv, 2009, online; Kursiv- statt Fettdruck H.W.; vgl. auch Pühl, 2000, S. 15].</p>
SWOT-Analyse	<p>Die so genannte SWOT-Analyse (Strengths – Stärken, Weaknesses – Schwächen, Opportunities – Chancen, Threats – Risiken) kommt ursprünglich aus dem Bereich des strategischen Managements und bietet ein einfaches Instrument zur Bestimmung der Ist-Situation von Organisationen, Projekten, Prozessen, Produkten, Teams etc. in Bezug auf deren Stärken und Schwächen (interne Perspektive) und den im jeweiligen Umfeld liegenden Chancen und Risiken (externe Perspektive) – daher auch Potentialanalyse – sowie zur Ableitung von Strategien für die Realisierung organisationsbezogener Ziele bzw. von problembezogenen Lösungsalternativen. Sie kommt insbesondere während der Analysephase und der Konzeptionsphase zum Einsatz, ist aber auch für die Evaluierung eines Organisationsprojektes geeignet [vgl. BMI, 2007].</p>
<p><u>A</u> – <u>B</u> – <u>C</u> – <u>D</u> – <u>E</u> – <u>F</u> – <u>G</u> – <u>I</u> – <u>J</u> – <u>K</u> – <u>L</u> – <u>M</u> – <u>N</u> – <u>O</u> – <u>P</u> – <u>Q</u> – <u>R</u> – <u>S</u> – <u>T</u> – <u>V</u> – <u>W</u> – <u>Z</u></p>	
Top-down-Ansatz	<p>In der QE meint der Top-down-Ansatz die „Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen [...] durch einen Prozess von oben (Management) nach unten (Mitarbeiter) [...]. Philosophie: Ohne Unterstützung und Bereitschaft des Managements, Qualitätssicherung zu praktizieren, werden die Aktivitäten von Mitarbeitern nicht ausreichend unterstützt“ [BZgA, 2001, S. 343] – siehe auch *Bottom-up-Ansatz und *Sandwich-Modell.</p>
<p><u>A</u> – <u>B</u> – <u>C</u> – <u>D</u> – <u>E</u> – <u>F</u> – <u>G</u> – <u>I</u> – <u>J</u> – <u>K</u> – <u>L</u> – <u>M</u> – <u>N</u> – <u>O</u> – <u>P</u> – <u>Q</u> – <u>R</u> – <u>S</u> – <u>T</u> – <u>V</u> – <u>W</u> – <u>Z</u></p>	

<p>Verhalten – Verhältnisse in Gesundheitsförderung und Prävention</p>	<p>Verhältnisse meinen in der *Gesundheitsförderung und Prävention alle Rahmenbedingungen im Alltagsleben von Menschen, die deren Gesundheit beeinflussen (Qualität von Trinkwasser Nahrung, Luft; Lern-, Arbeits- und Wohnbedingungen; soziale Lage und Integrationsstatus; Infra-, Versorgungs-, Zugangsstrukturen zu gesundheitlicher Versorgung; allgemeine politische Bedingungen). Hinsichtlich des menschlichen Verhaltens kommen alle gesundheitsrelevanten Handlungen in den Blick (Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Substanzmittelkonsum etc.) [vgl. Lehmann, 2003].</p> <p>Beide Aspekte können sich in positiver Ausprägung förderlich und in negativer Ausprägung schädigend auf die Gesundheit auswirken – damit *Gesundheitsressource oder *Risikofaktor sein. Zudem stehen sie in wechselseitigem Bezug: einerseits können Menschen durch ihr Verhalten ihre Lebensverhältnisse ändern, andererseits beeinflussen ihre Lebensverhältnisse ihr Verhalten [vgl. Gesundheitsförderung Schweiz, 2009, online].</p> <p>Gesundheitsförderung zielt hiervon ausgehend darauf ab, durch planvolle Interventionen zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen und Lebensverhältnisse und damit zu mehr Gesundheit/Wohlbefinden und Lebensqualität von Menschen beizutragen [vgl. Gesundheitsförderung Schweiz, 2009, online]. Die systematische Kombination der Bearbeitung beider Aspekte wird als ganzheitliches Vorgehen bezeichnet und findet im *Setting-Ansatz einen elaborierten Ausdruck.</p> <p>Aus der Perspektive der *Krankheitsprävention wird in diesem Zusammenhang auch von Verhaltens- und Verhältnisprävention gesprochen. Hier wird in erster Linie angestrebt, durch planvolle Interventionen Gesundheitsrisiken in der Lern-, Arbeits- und Lebenswelt von Menschen zu beseitigen bzw. zu minimieren und Gesundheit gefährdende Verhaltensweisen von Menschen durch Veränderung individuellen Verhaltens zu reduzieren [vgl. Lehmann, 2003; MSG, 2008].</p>
<p>Vermittlung (Mediation)</p>	<p>Vermittlung (Mediation) ist in der *Ottawa Charta als eine von drei zentralen Strategien der *Gesundheitsförderung ausgewiesen. Sie ist deshalb von grundlegender Bedeutung, weil das Bemühen, eine „Veränderung von Lebensstilen oder Lebensbedingungen von Menschen zu bewirken, [...] unweigerlich zu Konflikten zwischen den unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen und Interessengruppen innerhalb einer Bevölkerung“ führt. „Solche Konflikte können z. B. aus Fragen hervorgehen, die sich auf den Zugang zu und die Nutzung und Verteilung von Ressourcen beziehen oder die Einflussnahme auf die Handlungspraxis von Individuen oder Organisationen betreffen. Die Lösung solcher Konflikte im Sinne der Förderung von Gesundheit“ bedarf der systematischen Vermittlung zwischen den „verschiedenen Interessen (persönliche, soziale, ökonomische) von Individuen und Gemeinschaften sowie unterschiedlichen Sektoren (öffentlichen und privaten)“ durch „Fachleute für Gesundheitsförderung, unter anderem die Anwendung von Fähigkeiten der Interessenvertretung für Gesundheit“ [WHO, 1998, S. 25].</p>

<p>Vernetzung</p>	<p>Der *Ottawa Charta zufolge ist der Gesundheitssektor weder in der Lage noch kann diesem die alleinige Verantwortung dafür auferlegt werden, für die Menschen gesunde Lebensbedingungen und Gesundheit/Wohlbefinden herzustellen. *Gesundheitsförderung verlangt vielmehr nach einem koordinierten Zusammenwirken aller Einfluss nehmenden Bereiche (Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Wirtschaftssektor) und der Verantwortlichen in Regierungen, Behörden, Verbänden, Initiativen, lokalen Institutionen, Industrie, Medien [vgl. Gesundheitsförderung Schweiz, 2009, online; Trojan, 2003; WHO, 1986]. Im Gesundheitsbereich professionell tätigen Personen obliegt dabei insbesondere die Verantwortung zwischen unterschiedlichen Interessen und Bereichen der Gesellschaft zu vermitteln und diese zu vernetzen [vgl. Gesundheitsförderung Schweiz, 2008, online]. Im deutschsprachigen Raum ist die Kernstrategie ‚Mediation‘ mit Vermittlung und Vernetzung bzw. vermitteln und vernetzen übersetzt worden, da in dem Begriff Vermittlung die Bedeutung der Schlichtung von Konflikten stark mit schwingt [vgl. Trojan, 2003].</p>
<p>Vision</p>	<p>Eine Vision in Unternehmens- und Projektkontexten bezeichnet deren strategischen Zielhorizont, allerdings ohne streng als ein *Smartes-Ziel definiert zu sein: Sie weist deren „strategische Ausrichtung“ vielmehr „zeit- und situationsunabhängig“ aus. Den Verantwortlichen obliegt es daher, die Vision in Smarte-Ziele zu überführen und zeitlich überschaubar zu realisieren. Die erforderliche „Kombination aus handwerklich einwandfreier Zieldefinition und innovativer“, übergeordnet motivierender „Vision ist schwer zu bewältigen, aber ein wichtiger Erfolgsfaktor für Unternehmen und Projekte“ [Angermeier, 2009, online].</p>
<p><u>A – B – C – D – E – F – G – I – J – K – L – M – N – O – P – Q – R – S – T – V – W – Z</u></p>	
<p>WHO / Weltgesundheitsorganisation</p>	<p>Die WHO (World Health Organization)/Weltgesundheitsorganisation ist 1948 als eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen in Genf gegründet worden und zählt derzeit 192 Mitgliedstaaten, die in sechs Regionen zusammengefasst sind. Sie bearbeitet alle gesundheitspolitischen Fragestellungen, die den Rahmen nationaler Gesundheitsorganisationen übersteigen [AK GFHS, 2008, online], mit dem Ziel, „allen Völkern zur Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu verhelfen“ [Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2009, online]. Dies weist sie bereits in ihrer Verfassung aus dem Jahr 1946 „als eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ [ebd., 2009, online] aus. „WHO is the directing and coordinating authority for health within the United Nations system. It is responsible for providing leadership on global health matters, shaping the health research agenda, setting norms and standards, articulating evidence-based policy options, providing technical support to countries and monitoring and assessing health trends“ [WHO, o. J., online].</p>

Wirkungen	Wirkungen sind feststellbare Verhaltens-, Zustands-, Systemveränderungen, die als definierte Ziele von Interventionen beabsichtigt erreicht werden und/oder sich als unbeabsichtigte Effekte von Handlungen ergeben [vgl. quint-essenz, 2008, online].
Wirkungsmodell	Ein Wirkungsmodell beschreibt theoretisch oder empirisch begründet das systematische Zusammenspiel von Faktoren, das einen bestimmten Sachverhalt zum Ergebnis hat [vgl. quint-essenz, 2008, online].
Wohlbefinden	Der im Alltagsgebrauch zunächst einen komplexen subjektiven Bewusstseinszustand beschreibende Begriff des Wohlbefindens, das sich als solches der unmittelbaren Erschließung von Außen entzieht, ist insbesondere durch die WHO-Definition von *Gesundheit in eine enge Beziehung zum Gesundheitsthema gesetzt worden. Durch die ausdrückliche Abhebung auf das Wohlbefinden von Menschen ist in diesem Zusammenhang „die subjektive Seite von Gesundheit“ besonders betont worden. Allgemein kann unterschieden werden zwischen einem aktuellen und einem habituellen Wohlbefinden. „Aktuelles Wohlbefinden setzt sich zusammen aus positiv getönten Gefühlen, Stimmungen und körperlichen Empfindungen sowie dem Fehlen von Beschwerden. Gewohnheitsmäßiges Wohlbefinden bezieht sich auf die Selbstbeurteilung des für eine Person zeitlich überdauernden typischen Wohlbefindens“ [Gesundheitsförderung Schweiz, 2009, online; Schilling, J.; Zeller, S., 2007, S. 123, 128 ff.].
<u>A</u> - <u>B</u> - <u>C</u> - <u>D</u> - <u>E</u> - <u>F</u> - <u>G</u> - <u>I</u> - <u>J</u> - <u>K</u> - <u>L</u> - <u>M</u> - <u>N</u> - <u>O</u> - <u>P</u> - <u>Q</u> - <u>R</u> - <u>S</u> - <u>T</u> - <u>V</u> - <u>W</u> - <u>Z</u>	
Zertifizierung	Allgemein gelten „Zertifizierungen“ als „Gütesiegel“, welche die „Einhaltung“ definierter „Qualitätsstandards“ durch eine Organisation wie z.B. einem Bildungsträger formell und in der Regel befristet bescheinigen. Dies soll zur Vertrauensbildung in deren „Leistung“ beitragen und für „mehr Transparenz auf [z.B., H.W.] dem Bildungsmarkt durch die Abgrenzung von unseriösen Anbietern“ [Löffelmann; Severing, 2008, S. 248] sorgen. In der Praxis finden sich durchaus verschiedene Beweggründe für das Anstreben einer Zertifizierung: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Stockende Entwicklungsprozesse</i> (ihre Förderung durch externe Anerkennung); • <i>Profilschärfung/-darstellung</i> (Dokumentierung des eigenen Profils nach Außen); • <i>Teilhabe an Projekt-/Fördergeldern</i> (Zertifizierung als Bedingung für den Erhalt von Projekt-/Fördergeldern); • <i>Organisationale Steuerung</i> (erfolgreicherer Umgang mit zunehmend komplexeren Umweltaforderungen). Bedeutende Qualitätsmodelle sind derzeit die „Zertifizierung nach der „ISO-Normenreihe“ der International Standardization Organisation, das „EFQM-Modell“ der European Foundation for Quality Management und die „Lernerorientierte Qualitätstestierung in der Weiterbildung“ (LQW)“ [Feld, T. C., 2008, S. 242].

Zielgruppen / Adressaten	<p>Zielgruppen von *Gesundheitsinterventionen sind ausgewählte Personengruppen (Schüler/innen, Lehrer/innen, Erziehungsberechtigte, Suchtkranke etc.), die mit einer spezifischen Zielsetzung erreicht werden sollen. Es kann aber auch eine Einrichtung/Organisation (Schule, Betrieb, Krankenhaus etc.) in ihrer Gesamtheit zum entsprechenden Zielgegenstand werden.</p> <p>Zielgruppen müssen nicht immer identisch mit den Adressaten einer Gesundheitsintervention sein. So können Erziehungsberechtigte, Pädagogen/innen, Ärzte/innen etc. die Adressaten einer Interventionsbotschaft sein: 'Übergewicht ist schädlich. Vorgebeugt werden kann durch...', während die Zielgruppe z.B. Schüler/innen sind, deren Verhalten durch Einwirkung der Erziehungsberechtigten, Pädagogen/innen, Ärzte/innen etc. nachfolgend im Sinne der zielgruppenbezogenen Intentionen verändert werden soll [vgl. Lehmann, Sabo, 2003].</p>
---------------------------------	--

3 Literatur

- Ackermann, K.-E. (1999). Bildungsbegriff. In: Sociolexikon. Verfügbar unter: <http://www.socioweb.org/lexikon/index.html> [Zugriff: 03.01.2010].
- Altgeld, Th. (2003). Finanzierung der Gesundheitsförderung III: Fundraising und Sponsoring. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, a.a.O., S. 42 – 43.
- Altgeld, Th.; Maschewski-Schneider, U. (2003). Gender-Mainstreaming In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, a.a.O., S. 45 – 47.
- Angermeier, G. (2009). Stichwort: Stakeholder; Stichwort: Vision. In: ProjektMagazin: Projektmanagement-Glossar. Verfügbar unter: <http://www.projektmagazin.de/glossar/> [Zugriff: 03.01.2010].
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping, London: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (erw. Hrsg. v. Franke, A.). Tübingen: dgvt – Verlag.
- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AK GFHS) (2008). Basiswissen Gesundheitsförderung. Internationale Entwicklungen in der Gesundheitsförderung. Internationale Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung, Alma-Ata/UdSSR, 1978. Verfügbar unter: www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de [Zugriff: 03.01.2010].
- Arbeitsstab Forum Bildung in der Geschäftsstelle der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (2001). Lernen - ein Leben lang. Vorläufige Empfehlungen des Forum Bildung. Bonn. Verfügbar unter: <http://www.blk-bonn.de/papers/forum-bildung/band09.pdf> [Zugriff: 03.01.2010].
- Badura, B. (2008). Auf dem Weg zu guten, gesunden Schulen – Was Schulen von Unternehmen lernen können. In: Brägger, G., Posse, N., Israel, G. (Red.). Bildung und Gesundheit. Argumente für eine gute gesunde Schule. Bern: h.e.p. verlag ag, S. 97 – 170.
- Badura, B.; Hehlmann, T. (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Bahrs, O.; Nave, M.; Zastrau, B. (2005). Was sind Qualitätszirkel? Konzeptuelle Grundlagen und Abgrenzung von anderen Formen der Gruppenarbeit. In: Bahrs, O.; Czinczoll, H.; Lehmann, M.; Ohm, H.-P. (Red.): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention - Handbuch für Moderatorinnen und Moderatoren (hrsg. v. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: BZgA, S. 23 – 53.
- Barkholz, U., Israel, G., Paulus, P., Posse N. (1998). Gesundheitsförderung in der Schule. - Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer. Soest: Landesinstitut für Schule und Weiterbildung.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (o. J.). Sozialfiibel – Soziale Dienste. Verfügbar unter: http://www.stmas.bayern.de/fibel/sf_s065.htm [Zugriff: 03.01.2010].
- Beaglehole, R.; Bonita, R.; Kjellström, T. (1997). Einführung in die Epidemiologie. Bern u.a.: Huber.
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BzGA.
- Bennewitz, H. (2010). Entwicklungslinien und Situation des qualitativen Forschungsansatzes in der Erziehungswissenschaft. In: Friebertshäuser, B.; Langer, A.; Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim, München: Juventa, S. 43 – 59.
- Berliner Landesinstitut für Schule und Medien – LISUM (Hrsg.) (2003). Stationen auf dem Weg der Schulprogrammentwicklung. Erfahrungen aus dem Pilotprojekt „Schulprogrammentwicklung und Evaluation“. Berlin. Verfügbar unter: <http://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/fileadmin/bbs/service/bebis/sw/pdf/Leitfaden.pdf> [Zugriff: 09.01.2010].
- Bertelsmann Stiftung (2008). Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita. Verfügbar unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_24921_24922_2.pdf [Zugriff: 03.01.2010].
- Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2009). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Verfügbar unter: http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/ [Zugriff: 03.01.2010].
- Bundesministerium des Innern – BMI (Hrsg.) (2007) - Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung (Gesamtredaktion: Bundesverwaltungsamt). Berlin: BMI. Verfügbar unter: http://www.orghandbuch.de/cfn_101/nn_414290/OrganisationsHandbuch/DE/ohb__pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ohb_pdf.pdf [Zugriff: 03.01.2010].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008). Gesundheitsberichterstattung. Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/cfn_117/nn_1168258/sid_68E2621B66BDAB79CD1CB68135430A22/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/E/Glossar-Elektronische-Gesundheitskarte/Die-Gesundheitsberichterstattung-des-Bundes-GBE.html?__nnn=true [Zugriff: 03.01.2010].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA (Hrsg.) (2003). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA (Hrsg.) (2001). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen: Eine aktuelle Bestandsaufnahme im Auftrag der BZgA unter der Leitung von Dierks, M.L.; Walter, U.; Schwartz, F.W. Köln: BZgA.
- Bühler, A.; Heppekausen, A. (2005). Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Reihe Gesundheitsförderung Konkret, Band 6. Köln: BZgA. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/pdf.php?id=3fdb07f0391fb06c5e222b0780803ee7> [Zugriff: 03.01.2010].
- Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (DGSv) (2009). Supervision. Verfügbar unter: <http://www.dgsv.de/supervision.php> [Zugriff: 03.01.2010].
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (o. J.). Arbeits- und Gesundheitsschutz. Verfügbar unter: <http://www.dgb.de/themen/arbeitsschutz/index.html> [Zugriff: 03.01.2010].
- Drieschner, E. (2007). Erziehungsziel Selbstständigkeit: Grundlagen, Theorien und Probleme eines Leitbildes der Pädagogik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Europäische Kommission (EK) (o. J.). Gesunde Lebensjahre im Zentrum der Lissabon-Strategie. Verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/lifeyears_de.htm [Zugriff: 03.01.2010].
- Europäische Kommission (EK) (2001). Mitteilung der Kommission. Einen Europäischen Raum des lebenslangen Lernens schaffen. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften. Verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0678:FIN:DE:PDF> [Zugriff: 03.01.2010].
- Fachgruppe Gesundheitspsychologie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2009). Gesundheitspsychologie als wissenschaftliche Disziplin. Verfügbar unter: http://www.gesundheitspsychologie.net/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=63 [Zugriff: 03.01.2010].
- Faltermaier, T. (2005). Gesundheitspsychologie. Reihe: Grundriss der Psychologie, Band 21. Stuttgart: Kohlhammer.
- Feld, T. C. (2008). Institutionelle Zertifizierung und lernende Organisation. In: Hessische Blätter für Volksbildung (58), 3, S. 241 – 247.
- Franke, A. (2006). Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber.
- Franzkowiak, P. (2003a). Biomedizinische Perspektive. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, a.a.O., S. 24 – 26.
- Franzkowiak, P. (2003b). Protektivfaktoren/Schutzfaktoren. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, a.a.O., S. 189 – 190.
- Franzkowiak, P.; Lehmann, M. (2003). Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, a.a.O., S. 113 – 115.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2008). Glossar. Verfügbar unter: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Allgemeines/glossar.php [Zugriff: 03.01.2010].
- GKV. Die gesetzlichen Krankenkassen (o. J.). Die GKV. Gesundheit mit Geschichte; Aufgaben. Verfügbar unter: <http://www.gkv.info/gkv/index.php?id=71> ; <http://www.gkv.info/gkv/index.php?id=72> [Zugriff: 03.01.2010].
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. In: Public Health Report (98), S. 107 – 109.
- Graf, P.; Spengler, M. (2008). Leitbild- und Konzeptentwicklung. Strategien – Tools – Materialien. 5. überarb. Aufl. Augsburg: Ziel-Verlag.
- Geißler, K.-H.; Hege, M. (2007). Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für soziale Berufe. 11. Aufl. Weinheim und München. Juventa.
- Groene, O. (2006). Einführung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern: Handbuch und Selbstbewertungsformulare. Berlin: Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. Ebenfalls verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/document/e88584g.pdf> [Zugriff: 03.01.2010].
- Grossmann, R.; Scala, K. (2003). Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, a.a.O., S. 205 – 206.
- Haisch, J. et. al. (1999). Wörterbuch Public Health; Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans Huber.
- Hartmann, G. (Hrsg.) (2005). Unterschiede machen: Managing Gender & Diversity in Organisationen und Gesellschaft. Wien: Edition Volkshochschule.
- Heil, R.; Heuchert, S.; Jansen-Schulz, B. (2008). Das Gender-Diversity-Portal. Verfügbar unter: <http://www.leuphana.de/seminarprojekte/gender-portal.html> [Zugriff: 03.01.2010].
- Heil, R. (2008). Was ist Gender? Verfügbar unter: <http://www.leuphana.de/seminarprojekte/gender-portal/gender.html> [Zugriff: 03.01.2010].

- Herriger, N. (1997). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Hesseler, M. (2007). Projektmanagement. Wissensbausteine die erfolgreiche Projektarbeit (mit Begleit-CD-ROM). München: Verlag Franz Vahlen.
- Holtappels, H.G.; Kamski, I.; Schnetzer, T. (2007). Ganztagschule im Spiegel der Forschung. Zentrale Ergebnisse der Ausgangserhebung der „Studie zur Entwicklung von Ganztagschulen“ (StEG). Eine Informationsbroschüre. Veröffentlichungsreihe der DKJS. Berlin: Deutsche Kinder- und Jugendstiftung. Verfügbar: <http://www.ganztaegig-lernen.org/media/web/download/doku04-netz.pdf> [Zugriff: 28.01.2010].
- Holtappels, H. G. (2006). Stichwort: Ganztagschule. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft (9), 1, S. 5 – 29.
- Homfeldt, H.-G.; Sting, St. (2006). Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München: Reinhardt.
- Hörmann, G. (2004). Gesundheit und Bildung. Von der Prävention zur Gesundheitsförderung. In: Thema Jugend, 3, S. 11 - 12.
- Hradil, St. (2006). Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 33 – 52.
- Hurrelmann, K.; Klotz, Th.; Haisch, J. (2007). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K.; Klotz, Th.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften, 2. Aufl. Bern: Huber, S. 11 – 19.
- Hurrelmann, K. ; Laaser, U. (1998). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K. ; Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim: Juventa, S. 395 – 424.
- International Association of Schools of Social Work - IASSW, International Federation of Social Workers – IFSW (Hrsg.) (2004). Global Standards for the education and training of the social work profession. Final document adopted at the general assemblies of IASSW and IFSW, Adelaide, Australia in 2004. Verfügbar unter: <http://www.apss.polyu.edu.hk/iassw/images/Documents/globalstandards.pdf> oder unter: http://www.ifsw.org/cm_data/GlobalSocialWorkStandards2005.pdf [Zugriff: 03.01.2010].
- Institut für Qualitätsentwicklung (IQ) – Hessisches Kultusministerium (2007). Hessischer Referenzrahmens Schulqualität (HRS). Verfügbar unter: http://www.iq.hessen.de/irj/servlet/prt/portal/prtroot/slimp.CMReader/HKM_15/IQ_Internet/med/336/3366e183-d9aa-d115-3a16-e91921321b2c,22222222-2222-2222-2222-222222222222.pdf [Zugriff: 03.01.2010]
- Joerges, R. (2009). Erfolgreichere Projekte durch SMARTe Ziele. Verfügbar unter: <http://www.projectwizards.net/de/macpm/projektmanagement/erfolgreichere-projekte-durch-smarte-ziele> [Zugriff: 03.01.2010].
- Kayser, K.; Merget, W.-R.; Gröne, L. (2007). Fachkraft für Arbeitssicherheit in Schulen. Verfügbar unter: http://www.nibis.de/~auge/seiten/themen/fasi_groe/fasi_start_groe.html [Zugriff: 03.01.2010].
- Kiem, R. (2008). Glossar Qualitätsmanagement, Stichwort: Standard. Verfügbar unter: <http://www.caq-kontor.de/glossar-qualitaetsmanagement/fachbegriffe-s.html> [Zugriff: 03.01.2010].
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events and health: An inquiry into hardiness. In: Journal of Personality and Social Psychology (37), S. 1 – 11.
- Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Prävention und Gesundheitsförderung (1), 4, S. 234 – 239.
- Krämer, P. (2004). Projekte steuern ... Nerven behalten! Termine sicher einhalten und Ziele souverän erreichen. Weinheim und Basel: Beltz.
- Krause, R. (2002). Gesundheitsberatung. In: Homfeldt, H.G.; Laaser, U.; Prümel-Philippson, U.; Robertz-Grossmann, B. (Hrsg.): Studienbuch Gesundheit. Soziale Differenz – Strategien – Wissenschaftliche Disziplinen. Neuwied, Kriftel: Luchterhand, S. 161 – 178.
- Krems, B. (2009). Audit. In: Online-Verwaltungslexikon. KLR-Glossar der Standard-KLR des Bundes, VSF H 90 01. Verfügbar unter: <http://www.olev.de/klr/index.htm> [Zugriff: 03.01.2010].
- Krems, B. (2009). Standard. In: Online-Verwaltungslexikon. KLR-Glossar der Standard-KLR des Bundes, VSF H 90 01. Verfügbar unter: <http://www.olev.de/klr/index.htm> [Zugriff: 03.01.2010].
- Kuhn, Th. S. (1991). Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen [aus dem Amerikanischen von Kurt Simon], 2., rev. und um das Postskriptum von 1969 erg. 11. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lazarus, R. S. (1991). Emotion and Adaptation. London: Oxford University Press.
- Lehmann, F.; Geene, R.; Kaba-Schönstein, L.; Brandes, S.; Köster, M.; Kilian, H.; Steinkühler, J.; Bartsch, G.; Linden, S. (2007). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Reihe Gesundheitsförderung Konkret, Band 5., 3. erweiterte und überarbeitete Auflage. Köln: BZgA.
- Lehmann, M. (2003). Verhaltens- und Verhältnisprävention. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, a.a.O., S. 238 – 240.

- Lehmann, M.; Sabo, P. (2003). Zielgruppen/ Adressaten. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, a.a.O., S. 242 – 243.
- Loss, J.; Eichhorn, C.; Reisig, V.; Wildner, M.; Nagel, E. (2007). Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstruments für eine landesweite Gesundheitsinitiative. In: Prävention und Gesundheitsförderung (2), 4, S. 199 – 206.
- Löffelmann, S.; Severing, E. (2008). Institutionelle Zertifizierung aus Sicht der betrieblichen Weiterbildung. In: Hessische Blätter für Volksbildung (58), 3, S. 248 – 255.
- Löw, M. (2006). Einführung in die Soziologie der Bildung und Erziehung (hrsg. von Heinz-Hermann Krüger), 2. durchges. Aufl. Opladen u. a.: Budrich.
- Marotzki, W.; Nohl, A.-M.; Ortlepp, W. (2005). Einführung in die Erziehungswissenschaft (hrsg. von Heinz-Hermann Krüger). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaft.
- Merchel, J. (2008). Trägerstrukturen in der Sozialen Arbeit: eine Einführung. 2. überarb. Aufl. Weinheim: Juventa.
- Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber.
- Mielck, A. (2003). Projekte für mehr gesundheitliche Chancengleichheit - Bei welchen Bevölkerungsgruppen ist der Bedarf besonders groß? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure, Reihe: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 22. Köln: BZgA, S.10 – 19.
- Mielck, A.; Bloomfield, K. (2001). Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes NRW (2006). Qualitätstableau für die Qualitätsanalyse an Schulen in Nordrhein-Westfalen. Verfügbar unter: http://www.schulministerium.nrw.de/BP/Schulsystem/Qualitaetsicherung/Qualitaetsanalyse/Das_Qualitaetstableau.pdf [Zugriff: 03.01.2010].
- Ministerium für Soziales und Gesundheit – Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.) (2008). Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention. Schwerin: cw Obotritendruck GmbH. Verfügbar unter: http://service.mvnet.de/_php/download.php?datei_id=2684 [Zugriff: 03.01.2010].
- Mühlum, A. (1996). Sozialpädagogik und Sozialarbeit: Ein Vergleich, 2. neubearb. und erw. Aufl., Frankfurt am Main: Eigenverlag Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.
- Müller-Stewens, G. (2009). Strategie. In: Gabler Verlag (Hrsg.): Gabler Wirtschaftslexikon, Onlineausgabe. Verfügbar unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/3172/strategie-v6.html> [Zugriff: 03.01.2010].
- Netzwerk Gesunde Kita – Land Brandenburg (2008). Qualitätsentwicklungsansatz des Netzwerkes gesunde Kita. Verfügbar unter: http://www.gesunde-kita.net/docs/Qualitaetsentwicklungsansatz_des_Netzwerkes_gesunde_Kita.pdf [Zugriff: 03.01.2010].
- Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (2006). Orientierungsrahmen Schulqualität in Niedersachsen. Holzminden: Color Druck GmbH. Verfügbar unter: http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C23534508_L20.pdf [Zugriff: 03.01.2010].
- Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (1998). Schulprogrammentwicklung und Evaluation. Stand, Perspektiven und Empfehlungen. Hannover: Hahn-Druckerei. Verfügbar unter: http://cdl.niedersachsen.de/blob/images/C1012832_L20.pdf [Zugriff: 09.01.2010].
- Oswald, H. (2010). Was heißt qualitativ forschen? Warnungen, Fehlerquellen, Möglichkeiten. In: Friebertshäuser, B.; Langer, A.; Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim, München: Juventa, S. 183 – 201.
- Øvretveit, J. (2002). Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen: Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleistungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen (aus dem Engl. von Klemens Felden). Bern u. a.: Huber.
- Paulus, P. (2006). Die gute gesunde Schule. Definition, Prinzipien, Handlungsfelder, Merkmale, Strategien und andere Konzepte. [Definition nach: Brägger, G.; Paulus, P.; Posse, N. (2005)]. Verfügbar unter: <http://www.anschub.de/anschub/medien/Leporello-k-Anschub.pdf> [Zugriff: 03.01.2010].
- Paulus, P. (2003). Schulische Gesundheitsförderung - vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule. In: Aregger, K.; Lattmann, U. P. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Schule - eine Utopie? Luzern: Sauerländer, S. 92 – 116.
- Petermann, F.; Schmitt, M. H. (2006). Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? In: Kindheit und Entwicklung (15), 2, S. 118 – 127.
- Pühl, H. (2000). Organisationsentwicklung und Supervision: Konkurrenten oder zwei Seiten einer Medaille? In: Pühl, H. (Hrsg.): Supervision und Organisationsentwicklung, 2. Aufl. Opladen: Leske und Budrich, S. 13 – 19.

- quint-essenz (2008). Glossar. Verfügbar unter: <http://www.quint-essenz.ch/de/resources> [Zugriff: 03.01.2010].
- Redaktionsteam Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden - Hochschule Magdeburg-Stendal (FH – FB SGW) (o. J.). Glossar: Forum (Newsforum bzw. Diskussionsforum im Internet). Verfügbar unter: <http://www.sgw.hs-madecburg.de/ggf/literatur2.html> [Zugriff: 03.01.2010].
- Reisig, V.; Nennstiel-Ratzel, U.; Loss, J., Eichhorn, C.; Caselmann, W. H. & Wildner, M. (2006). Evidenzbasierung und Evaluation in der Gesundheitsförderung und Prävention am Beispiel „Gesund. Leben. Bayern.“. In: Medizinische Klinik (102), 12, S. 964 – 971.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2002). Gesundheitsförderung in der Schule. Förderungsprogramm „Gesunde Schule“; Ergebnisse der Zwischenevaluation. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Rosenbrock, R.; Michel C. (2006). Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Ruckstuhl, B. (2003). Evidenzbasierte Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, a.a.O., S. 34 – 36.
- Ruckstuhl, B.; Kolip, P; Gutzwiller, F. (2001). Qualitätsparameter in der Prävention. In: BZgA (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, a.a.O., S. 38 – 50.
- Ruckstuhl, B.; Somaini, B.; Twisselmann, W. (1997). Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Bern: Radix Gesundheitsförderung.
- Sabo, P. (2003a). Gesundheitsbildung. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, a.a.O., S. 69 – 71.
- Sabo, P. (2003b). Gesundheitstraining. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförd., a.a.O., S. 119.
- Sachße, Chr. (2005). Subsidiarität. In: Kreft, D.; Mielenz, I. (Hrsg.). Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5. vollst. überarb. und erg. Aufl. Weinheim und München: Juventa, S. 931 – 935.
- Schaffer, H. (2009). Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung. 2. überarbeitete Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schell, W. (1995). Das deutsche Gesundheitswesen von A - Z: ein Nachschlagewerk für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und interessierte Laien. Stuttgart: Thieme.
- Schilling, J. (2005). Didaktik / Methodik Sozialer Arbeit. 4. überarbeitete Aufl. München, Basel: Reinhardt.
- Schilling, J.; Zeller, S. (2007). Soziale Arbeit: Geschichte, Theorie, Profession. 3. überarb. Aufl. München: Reinhardt.
- Schulz von Thun, F. (1981). Miteinander Reden 1. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Schröder, U. B.; Kohle, V. (2007). Evaluation – „Handwerkszeug“ pädagogischer und sozialer Praxis. Ein Einstieg. In: Schröder, U. B.; Streblov, C. (Hrsg.): Evaluation konkret. Fremd- und Selbstevaluationsansätze anhand von Beispielen aus Jugendarbeit und Schule. Opladen: Budrich, S. 13 – 33.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland – KMK (Hrsg.) (2008). Allgemein bildende Schulen in Ganztagsform in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland - Statistik 2002 bis 2006 - . Bonn (IV D – DST 1933-4(20). Verfügbar unter: http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/PresseUndAktuelles/GTS_2006.pdf [Zugriff: 28.01.2010].
- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport – Sen BJS (2004). Schulqualität in Berlin (SQIB) 1999-2004. Bericht über das Pilotprojekt „Schulprogrammentwicklung und Evaluation“ und die weiterführenden Maßnahmen. Berlin. Verfügbar unter: http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-bildung/schulqualitaet/sqib_bericht_102004.pdf?start&ts=1251706710&file=sqib_bericht_102004.pdf [Zugriff: 09.01.2010].
- Simon, W. (2001). Die Qual der Wahl – das „richtige“ Qualitätsmanagement für die Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, a.a.O., S. 113 – 128.
- Smith, B. J.; Tang, K.C.; Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. In: Health Promotion International (21), 4, S. 340 – 345.
- Stadler, R. (in Zusammenarbeit mit Scheiwiller, S.) (2000). STAT inside: Version 1.0; computergestütztes statistisches Lernsystem. Neuwied u.a.: Luchterhand.
- Staub-Bernasconi, S. (2007). Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemische Grundlagen und professionelle Praxis. Bern u. a.: Haupt Verlag.
- Stimmer, F. (Hrsg.) (2000). Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit (unter Mitarbeit von Boogaart, v. H. und Rosenhagen, G.), 4., völlig überarb. und erw. Aufl. München u. a.: Oldenbourg.
- Terhart, E. (1997). Entwicklung und Situation des qualitativen Forschungsansatzes in der Erziehungswissenschaft. In: Friebertshäuser, B.; Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München: Juventa, S. 27 – 41.

- Trojan, A. (2003). Vermitteln und Vernetzen. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, a.a.O., S. 240 – 242.
- Trojan, A. (2001). Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung In: BZgA (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, a.a.O., S. 50 – 72.
- Urban & Fischer (Hrsg.) (2003). Roche Lexikon Medizin, Onlineausgabe der 5. Neubearb. und erw. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer. Verfügbar unter: <http://www.tk-online.de/rochelexikon/> [Zugriff: 03.01.2010].
- Waller, H. (2007). Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis, 6. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Waller, H. (2006). Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis, 4. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Walter, U.; Schwartz, F. W.; Hoepner-Stamos, F. (2001). Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention, a.a.O., S. 18 – 37.
- Weichold, K. (2004). Themenreader – Einführung in ein Lebenskompetenztraining zur Förderung positiver Entwicklung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Zusammenfassung der Arbeitsergebnisse der programminternen Fortbildungen von Dezember 2003 bis Juni 2004. Jena: Friedrich-Schiller-Universität, Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie.
- Weyrich, K.-H. (2007). Soziale Dienste. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, 6. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 846 – 849.
- WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6 – 12 September 1978; deutsche Fassung: Franzkowiak, P.; Sabo, P. (1993), verfügbar auf den Internetseiten des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen (AK GFHS). Basiswissen Gesundheitsförderung. Internationale Entwicklungen in der Gesundheitsförderung, unter: www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de [Zugriff: 03.01.2010].
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21. November 1986; deutsche Fassung: Franzkowiak, P.; Sabo, P. (1993), verfügbar auf den Internetseiten des AK GFHS, a.a.O. [Zugriff: 03.01.2010].
- WHO (1997). The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century, Jakarta from 21 to 25 July 1997; deutsche Fassung: Bundesvereinigung für Gesundheit (1997), verfügbar auf den Internetseiten des AK GFHS, a.a.O. [Zugriff: 03.01.2010].
- WHO – Regionalbüro Europa Kopenhagen (1998). Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 5, 1998. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-G.pdf> [Zugriff: 03.01.2010].
- WHO – Regionalbüro Europa Kopenhagen (1999). Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> [Zugriff: 03.01.2010].
- WHO (1998). Glossar zur Gesundheitsförderung. Deutsche Übersetzung (DVGE) des Glossars von Don Nutbeam. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- WHO (2005). Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. Verfügbar unter: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf [Zugriff: 03.01.2010].
- World Health Organization (o. J.). About WHO. Verfügbar unter: <http://www.who.int/about/en/> [Zugriff: 03.01.2010].
- World Health Organization (1994). Life skills education in schools: Geneva: WHO.
- Witteriede, H. (2003). Schul Soziale Arbeit und Gesundheitsfördernde Schule: Gesunde und erfolgreiche Lebensphase Schulzeit für alle Schülerinnen und Schüler; praxisgestützte Analyse und Entwicklung eines integrativen Ansatzes. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Zetkin, M.; Schaldach, H. (Hrsg.) (2005). Lexikon der Medizin. 16., Neubearb. Aufl. Köln: Fackelträger-Verlag. Als online Version verfügbar unter: <http://www.imedo.de/medizinlexikon> [Zugriff: 03.01.2010].
- Zurhorst, G. (1997). Soziale Arbeit und Gemeindepsychologie als Fundamente der Gesundheitsförderung – Wider den Verlust des Sozialen in der Gesellschaft. In: Journal für Psychologie (5), 3, S. 13 – 21.

