

Erfolgsfaktoren & Qualitätsmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung

Priv.-Doz. Dr. med. Julika Loss



*10. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz
25. April 2008, Graz*

IMG

INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT
UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

 UNIVERSITÄT
BAYREUTH



AGENDA

1. Qualitätsmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung
2. Gemeindeanalyse
3. Programmplanung: top-down oder bottom-up?
4. Herausforderungen der Zukunft



AGENDA

1. Qualitätsmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung
2. Gemeindeanalyse
3. Programmplanung: top-down oder bottom-up?
4. Herausforderungen der Zukunft



Qualitätsmanagement in der gemeindenahen Gesundheitsförderung

- Aufkommen der evidenzbasierten Medizin in den 1990er Jahren
→ verstärkte Forderung auch an die Gesundheitsförderung, wissenschaftlichen Wirksamkeits-Nachweis zu erbringen
- Erst in den letzten Jahren zunehmende politische Aufmerksamkeit für das Thema (in Deutschland)
- **Praxis ist:** Die Evaluation von Gesundheitsförderung in Gemeinden ist die Ausnahme
- Auch **international:** nur wenige kommunale Programme sind hinsichtlich mittelfristigen Ergebnissen evaluiert



Defizite, Probleme, Fragen

- **Mangelnde gesetzliche Erfordernisse**
 - Das Interesse an dem Thema wird v.a. von der Profession selber angetrieben
- **Aufwand, Kosten**
 - (quasi-) experimentelle Evaluationsstudien sind aufwendig und sehr kostspielig
 - Budgets für kommunale Projekte sind knapp
- **Fehlen systematischer Evaluationskonzepte**
 - Überforderung von vielen Projektleitern
 - Konzepte wie Empowerment, Partizipation erfordern innovative, qualitative Vorgehensweisen



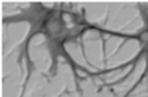
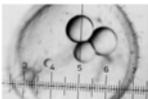
Qualitätsmanagement in der gemeindenahen Gesundheitsförderung

- Aus nationalen und internationalen Erfahrungen der letzten 20 Jahren...

... lassen sich zentrale Erfolgsfaktoren, aber auch typische „Stolpersteine“ identifizieren

→ Ableitung konkreter Empfehlungen für die Planung und Implementierung ableiten, u.a.

- den Bedarf zu bestimmen (*Gemeindeanalyse*)
- die Ziele und Zielgruppen zu definieren
- eine allgemeine Strategie festzulegen (*Programmplanung*)
- ein Konzept zur *Evaluation* zu erstellen





AGENDA

1. Qualitätsmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung
2. **Gemeindeanalyse**
3. Programmplanung: top-down oder bottom-up?
4. Herausforderungen der Zukunft



Gemeindeanalyse - Synonyme

community
health
assessment

community
mapping

community
analysis

community
diagnosis

community
needs
assessment



Gemeindeanalyse

- Einer der wichtigsten Schritte im Planungsprozess!
- Eine Gemeindeanalyse
 - liefert Daten, um wichtige Gesundheitsprobleme und deren Determinanten zu identifizieren
 - hilft bei der Setzung von Prioritäten für die Programmplanung
 - liefert Basisdaten für die Ergebnisevaluation



Gemeindeanalyse

- Die Nachhaltigkeit eines Programms ist wahrscheinlicher, wenn es...
 - auf bereits existierenden Bemühungen und Ressourcen aufbaut
 - die Gemeindemitglieder bei der Planung miteinbezogen werden
- **Empfehlung:** „doppelte Berücksichtigung“ von Experten- und Bürgermeinung

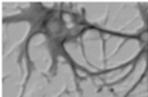
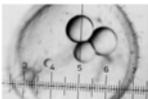


Gemeindeanalyse - Komponenten

1. Bedarfs- und Bedürfniserhebung

- gesundheitsrelevante Daten, Gesundheitsstatus der Gemeinde
- Gesundheits- und Risikoverhalten der Bürger, Ursachen, Motive, Barrieren für dieses Verhalten
- soziale und umweltbedingte Risikofaktoren (z.B. Kriminalität, Jugendarbeitslosigkeit, Verkehr)
- Bedürfnissen, Bedenken und Präferenzen der Gemeindemitglieder

→ Ermittlung von gesundheitsbezogenen Themen, die relevant sind für die Programmgestaltung



Gemeindeanalyse - Komponenten

2. Gemeindegapazität

- Organisationen, Aktivitäten, Strukturen und gesundheitsbezogene Angebote
- Schlüsselfiguren und -organisationen
- Stärken und Kompetenzen der Gemeinde
 - z.B. Ressourcen von Natur & Ökosystem
 - z.B. Ausbildung & Fertigkeiten der Bürger/innen
- Bürgerbeteiligung, Empowerment und sozialer Zusammenhalt in der Gemeinde
- mögliche Problemen, Barrieren, Konflikten, Beeinflussungen, Abhängigkeiten



Aufbauen auf Stärken und Ressourcen

Beispiel: „Richmond quits smoking“

- Richmond, California (100.000 Einwohner)
- Schwarze Bevölkerung macht 48% aus, davon rauchen 46% (m) bzw. 38% (f)
- Ziel: die Raucherquote in der schwarzen Bevölkerung um 20% zu senken



Aufbauen auf Stärken und Ressourcen

- Die Gemeindeanalyse ergab interessante Charakteristika der Gemeinde
 - Starke Bedeutung von verwandtschaftlichen Beziehungen
 - Starker Einfluss der Kirchen
 - Eine Vielzahl von freiwilligen Organisationen, z.B. eine Schwarze Handelskammer
 - Ein starkes Gefühl von „Stolz auf die Gemeinde“
 - Hohe Achtung vor Kindern und Familien



Aufbauen auf Stärken und Ressourcen

- Die Gemeindeanalyse identifizierte auch klare Barrieren:
 - Die Tatsache, dass nur ein Drittel der schwarzen Bevölkerung tatsächlich in Richmond arbeiten
 - Skepsis gegenüber „Outsidern“
 - Größere Bedenken und Sorgen hinsichtlich Kriminalität und Drogenmissbrauch als zum Tabakrauchen



Richmond: Abgeleitete Strategien

- Es wurde eine Arbeitsgruppe fast ausschließlich aus lokalen schwarzen „community leaders“ gegründet; sie bestimmt die Aktivitäten
- Kirchen, religiöse Organisationen, aber auch Handelsvertreter wurden miteinbezogen
- Laien wurden als „change agents“ ausgebildet
 - Aufgabe: mit Angehörigen, Freunden und Nachbarn zu sprechen, Hilfe anzubieten
- Neben Gesundheitsthemen wurden auch andere Probleme angegangen (Gewalt, öff. Sicherheit)



Hunkeler et al., 1990; Tones & Tilford 2001

Gemeindeanalyse - Methoden

Sekundärdaten

- Auswertung statistischer Bevölkerungsdaten

Erhebung von Primärdaten

- Konsultation, Interviews mit Schlüsselfiguren der Gemeinde
- Bürgerbefragung
 - standardisierte Befragungen
 - qualitative persönliche Interviews und Fokusgruppendifkussionen
- Wichtig: alle Bevölkerungsschichten sollten in die Befragung miteinbezogen werden.



Gemeindeanalyse – Beispiel Karlshuld

„Gesundes Karlshuld“ (Bayern, 5000 Einwohner)

- Standardisierte Telefonbefragung der Karlshulder Bevölkerung von 15-80 Jahren zu
 - Wissen, Einstellung und Verhalten bzgl. Ernährung, Bewegung, Tabakkonsum und Krebsvorsorge
 - Rahmenbedingungen, Angeboten, Lebensqualität und Partizipationsmöglichkeiten in Karlshuld
- Daten von 314 Personen = 6.3% der Bevölkerung



Karlshuld: 27% der Bürger rauchen

Gesunde Gemeinde: Grundlagen sind vorhanden

Gesundheitsamt wertete die Umfrage in der Donaumoosgemeinde aus / Preise für die eifrigsten Teilnehmer

Karlshuld (ahl) Ein positives Bewegungsverhalten, aber defizitäres Ernährungswissen und mangelnde Kenntnis in der Krebsvorsorge attestiert eine Studie der Universität Bayreuth den Karlshuldern. Johannes Donhauser vom Gesundheitsamt Neuburg stellte die Ergebnisse der Studie jetzt im Arbeitskreis Gesunde Gemeinde Karlshuld vor.

Rund 850 Karlshulder Bürger waren telefonisch kontaktiert worden, etwa die Hälfte lehnte die Befragung ab, 314 Fragebögen wurden nun ausgewertet und in einer 76-seitigen Beurteilung des Gesundheitsverhaltens niedergelegt. Die Befragung begleitet das Projekt Gesunde Gemeinde. Ziel ist es neben der gezielten Beratung, welche gesundheitsfördernden Angebote in der Gemeinde fehlen und gewünscht werden, auch festzustellen, ob sich das Verhalten der Bürger während des Projektes zu mehr Gesundheitsbewusstsein hin entwickelt.

Das hörte Bürgermeister Karl Seitle gerne: Der Zusammenhalt in der Gemeinde wurde ebenso positiv beurteilt, wie die Ge-



Je mehr Johannes Donhauser (rechts) aus dem Programm des Schnupper-Wellness-Wochenendes vorlas, umso strahlender wurde das Gesicht der Siegerin: Diana Brohl gewann den Gutschein, Bürgermeister Karl Seitle (links) und Peter Janetti (2.v.r.) gratulierten.

Foto:ahl

meindeaktivitäten und -angebote, was – so die Studie – eine „ausgezeichnete Grundlage für eine verstärkte Kooperation mit den Karlshulder Bürgern darstellt“. Ansetzen soll der Arbeitskreis vor allem beim Wissen um die Ernährung, das speziell

bei Männern, Jugendlichen und Personen mit geringer Schulbildung sehr schlecht ausgeprägt war, obgleich die Einstellung zu gesunder Ernährung durchaus positiv war. Der Verzehr von Obst, Gemüse, Milch- und Vollkornprodukten sei gleichwohl zu

niedrig, der von Fleisch, Wurst und Fett dagegen zu hoch. Frauen sollten mehr zu sportlichen Aktivitäten animiert werden.

Übergewicht und Fettleibigkeit stellen in Karlshuld ein großes Problem dar, besagt die Studie, denn 45 Prozent der Be-

fragten sind übergewichtig. Bei den Rauchern befindet sich Karlshuld dagegen mit 27 Prozent im Schnitt. Unerfreulich hoch liegen die 15- bis 24-Jährigen, von denen 40 Prozent rauchen. Weil viele Raucher angaben, das Rauchen aufgeben zu wollen, empfiehlt die Studie, Nichtraucherprogramme anzubieten.

Informationsveranstaltungen zum Thema Krebsvorsorge sollten ebenfalls verstärkt angeboten werden. Gesundheitsförderliche Angebote waren wohl bekannt, wurden aber zu wenig genutzt. Warum war für die Untersucher ebenso wenig zu klären wie die widersprüchlichen Angaben der Bürger dazu. Konkrete Wünsche äußerten die wenigsten der Befragten. Lediglich eine geringe Zahl hatte Familienberatung, Suchtprävention und Kinderbetreuung auf der Wunschliste stehen. Der Arbeitskreis Gesunde Gemeinde wird sich mit der Studie noch näher auseinander setzen, Besonders spannend wird's nicht“, prophezeite Johannes Donhauser, als „Glücksfee“ Karl Seitle die Gewinnerin des Wellness-Wochenendes aus nur drei Einsendungen zog. Denn teilnahmeberechtigt an der Verlosung waren nur diejenigen, die mindestens 20 Veranstaltungen des Projektes „Gesunde Gemeinde Karlshuld“ besucht hatten und mittels Stempel in ihrem Pass dokumentieren ließen. Je 25 Stempel hatten Olga und Michael Endres vorweisen, doch die

Landwirt Eile g

Schrob Landwirt Josef Kor Landwirt (AFL) P benhauser Landwirt zum Besten gestrigen aufmerks testens Fl alle Zu- u Flächen i schaftsam Dann wi Landwirt rungen in tragen be tigen. Die Ende Fe etwaige Fe gemeldet betermine meinde März und schiedlich sen aber halten we

Auszeic beim Bi

Kleinhoh Jahreshaupt der Bürger ried seine M tag, 29. Janu gaststätte R der Verant Uhr. Auf der nach der Beg tanzenden

Über Diabetes und ihre Folgeschäden

Karlshuld (ahl) „Wann haben Sie zuletzt Ihren Blutzucker messen lassen?“ Christine Bauermann erntete überwiegend

Diabetes vom Typ II (Altersdiabetes) beginnt schleichend und wird oft spät erkannt, zu spät mitunter, so dass bereits Folge-

Jahr 1994 und 2004 waren es bereits 6,3 Millionen Diabetiker. Der erste Vortrag im neuen Jahresprogramm des Projektes „Ge-

Fußsohlen völlig schmerzfrei herum. Mit Wunden sofort zum Arzt zu gehen, riet Bauermann eindringlich, weil die Wundhei-

Abgeleitete Ansätze für Karlshuld aus der Gemeindeanalyse

- Prävention & Therapie von Übergewicht (Ernährung, Sport)
- Aufklärung über Krebsfrüherkennung und deren Nutzen
- Angebot von Nichtraucherprogrammen
- Verbesserung Infrastruktur, z.B. Busanbindung
- mehr Grünflächen, Instandsetzung von Straßen & Wegen
- Politische Aktivität zur Verringerung Fluglärm & Geruch Müllverbrennungsanlage
- Information & Motivation zu mehr aktiver Mitarbeit
- Besonderer Fokus: Männer



Loss J et al., 2006; 2008



AGENDA

1. Qualitätsmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung
2. Gemeindeanalyse
3. Programmplanung: top-down oder bottom-up?
4. Herausforderungen der Zukunft



Zwei Idealtypen der Programmplanung



→ *top down*



→ *bottom up*

Zwei Idealtypen der Programmplanung

'top down'

- mit Abstand häufigste Form der Programmplanung
- Ziele identifiziert durch Experten
- zielt auf individuelle Verhaltensänderung ab
- professionell geleitet und meist „vorgefertigt“
- kurzer zeitlicher Rahmen



'bottom up'

- eher Minderheit der Projekte
- Ziele gewählt auf der Basis von Bedürfnissen der Bürger
- zielt auf ‚capacity building‘, Empowerment
- das Programm „gehört“ der Gemeinde
- längerer zeitlicher Rahmen
- in gewissem Sinne unvorhersehbar

Konflikt „top down“ - „bottom up“

- Ein vollständig partizipativer, bottom-up Ansatz kann zu widersprüchlichen Plänen führen
- Bürger haben nicht notwendigerweise Gesundheit als oberste Priorität

“Manchmal haben wir unsere Theorie, unsere Ziele. Aber eine Gemeinde hat andere Dinge im Kopf. Die sagen zum Beispiel: ‘Wer will denn hier Tabakkontrolle machen? Wir haben ganz andere Sorgen! Wir haben häusliche Gewalt hier in den Familien!’”

Gesundheitsförderer, Sydney



Gesundheitsprioritäten der Regierung



- Übergewicht (Bewegung & Ernährung).
- Krebs
- Gewalt & Unfälle
- Gefährlicher Konsum (Spiele, Alkohol, Drogen, Rauchen)
- Nationale Sicherheit

Wanless, 2003

Lokale Gesundheitsprioritäten



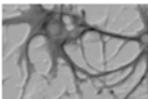
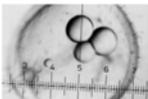
- Sicherheit bzw. Kriminalität in der Gemeinde
- Schädlichkeit der Umgebung
- Arbeitslosigkeit, niedriges Einkommen
- Öffentlicher Nahverkehr
- Qualität von Wohnungen
- Unsoziales Verhalten, sozialer Ausschluss
- Vorbereitsein auf extreme lokale Wettervorkommnisse

Liew 2007; Laverack 2008

Beispiel: Saskatoon “in motion” Programm



- Top-down-Programm
- Ziel: Erhöhung der körperlichen Aktivität in städtischen und ländlichen Gemeinden der kanadischen Region Saskatoon
- Mittel: Erhöhung des öffentlichen Bewusstseins, Erziehung, Aufklärung und Motivation
- Zielt auf individuelle Verhaltensänderung



Beispiel: Saskatoon “in motion” Programm

Evaluation:

- 57% der Befragten kannten die Kampagne
- Verhaltensänderung:
 - 30% sind stärker aktiv geworden
 - 14% weniger aktiv
 - 49% keine Änderung
- Aber: praktisch keine Effekte bei...
 - Personen mit niedrigerem sozio-ökonomischen Status
 - Jugendlichen
 - ethnischen Minderheiten

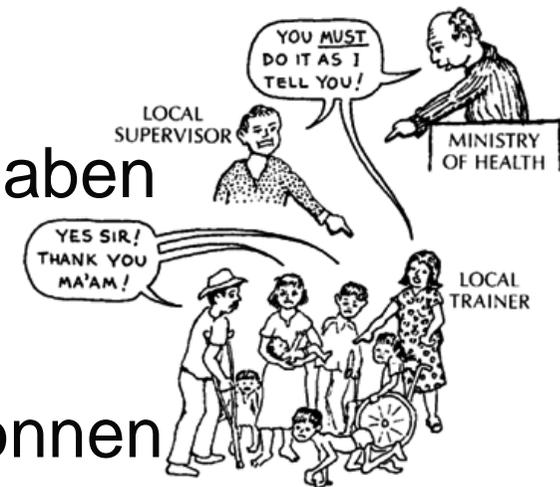


SRHA 2005

Evidenz für “top-down” Programme

„top-down“-Programme...

- können einen moderaten Erfolg haben
- sind meist beschränkt auf ein spezifisches Thema
- weiter gefasste Determinanten können nur selten angegangen werden (Ausnahme: gewisse Verhältnisänderungen)
- Gefahren & Probleme:
 - fehlende Unterstützung durch die Gemeinde
 - Vergrößerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen



Beispiel: Tenderloin Senior Organizing Project (TSOP), San Francisco

- „bottom up“-Programm
- Tenderloin-Stadtviertel in San Francisco ist eines der größten „grauen Ghettos“ in den USA



- 8.000 alte Menschen leben hier in heruntergekommenen Hotels („single room occupancy hotels“)
- Hohe Kriminalität, schlechte Infrastruktur (keine Supermärkte)
- Viele der alten Menschen fürchteten sich vor Gewalt und Mieterhöhungen

Beispiel: Tenderloin Senior Organizing Project (TSOP), San Francisco

- Ziel: Gesundheit und Lebensqualität der Bewohner zu verbessern - durch soziale und Umwelt-Veränderung
- Die Hotelbewohner wurden ermutigt, sich in Gruppen zusammenzusetzen
- Sozialer Kontakt entwickelte sich systematisch
 - erst Blutdruck-Screenings in den Hotellobbies
 - dann wöchentlich Diskussions- und Selbsthilfegruppen zu Kaffee und Snacks



Beispiel: Tenderloin Senior Organizing Project (TSOP), San Francisco

- die Bewohner sollten gemeinsame Probleme erkennen, die Ursachen dafür untersuchen und Handlungspläne entwickeln



- Gewalt in der Nachbarschaft wurde als Schlüsselthema der Gruppe gewählt
- Die alten Menschen machten sich für ein „Safehouse“-Projekt stark (Empowerment)

- Weiteres Thema: Fehlernährung → Einrichtung von selbstgeführten Minimarkts in den Hotels

Beispiel: Tenderloin Senior Organizing Project (TSOP), San Francisco

- Die Gruppenstärke ermutigte die Alten zudem, bessere Mieten herauszuhandeln
- Bewusstsein für Sicherheitsprobleme von anderen Minderheiten entstand, z.B. asiatische Immigranten

Evaluation:

- Verbesserung der Sicherheit in der Gemeinde
- Verbesserung der Gesundheit der Teilnehmer
- Entwicklung von einem Gefühl von Gemeinschaft, Einfluss und Kontrolle

Minkler M, 1992; 2005



Evidenz für bottom up-Programme

„bottom-up“-Programme...

- Können einen moderaten bis deutlicher Erfolg haben
- Können soziale Ungleichheiten von Gesundheit angehen
- Allerdings: bislang kaum umfassend evaluiert!
- Erfolgsfaktoren
 - flexibler Zeitrahmen, flexible Programmplanung
 - Umsetzung in einem kleinen Rahmen
 - Ressourcen für Empowerment / Partizipation
 - Mechanismen zur Konfliktbewältigung





AGENDA

1. Qualitätsmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung
2. Gemeindeanalyse
3. Programmplanung: top-down oder bottom-up?
4. Herausforderungen der Zukunft



Herausforderungen der Zukunft

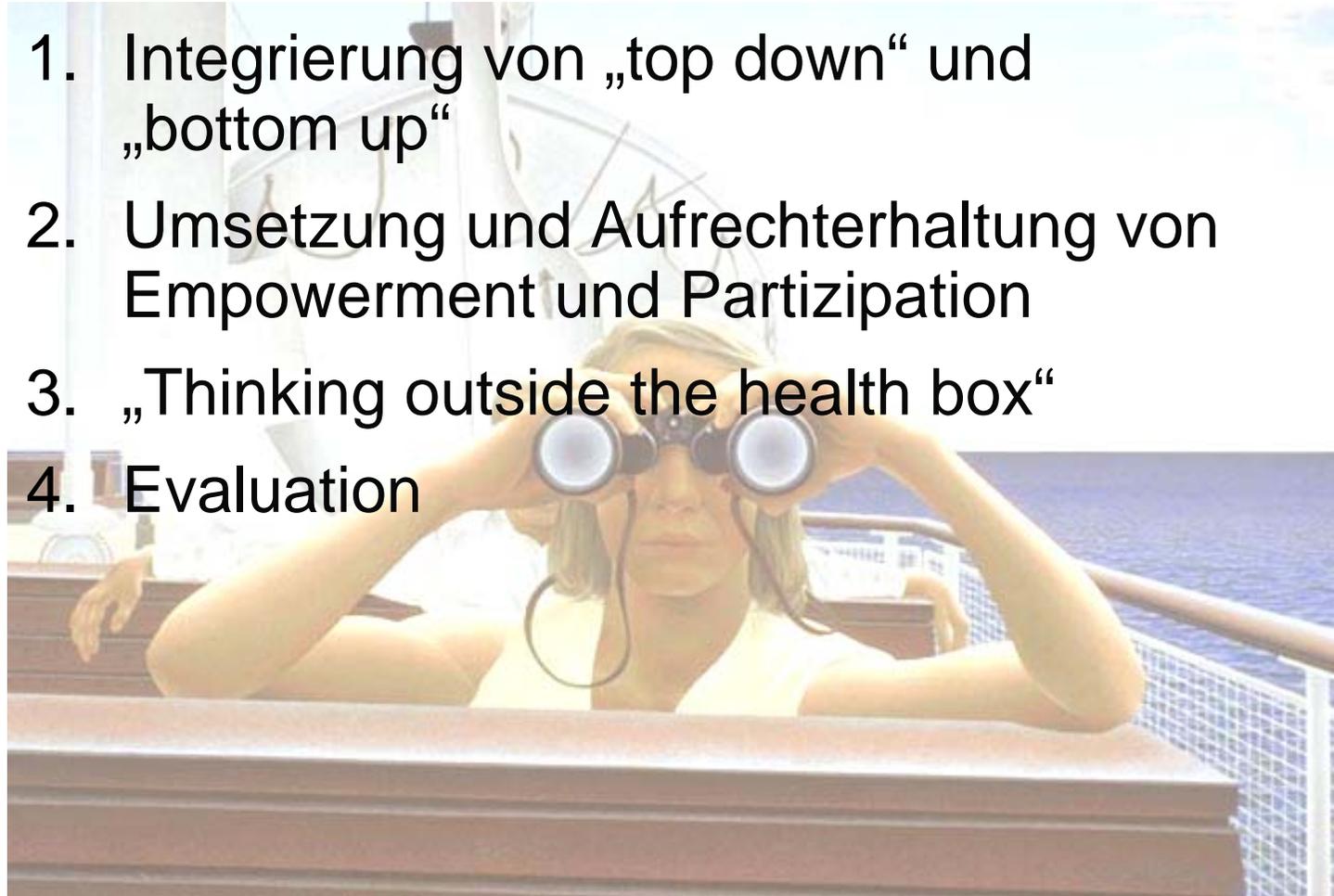


IMG

INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT
UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

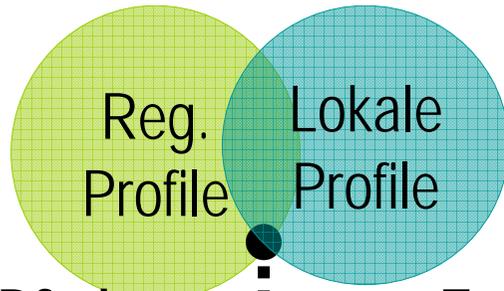
Herausforderungen der Zukunft

1. Integrierung von „top down“ und „bottom up“
2. Umsetzung und Aufrechterhaltung von Empowerment und Partizipation
3. „Thinking outside the health box“
4. Evaluation



Herausforderung 1: Parallel-Tracking

Laverack, 2007



Krankheitspräventions-“Pfad”
z.B. Übergewicht (Sport, Ernährung)

Empowerment –“Pfad”
Ermächtigung zur Einflussnahme auf Gesundheit

1	Programmziele Verbesserung der Morbidität und Mortalität der Bevölkerung	↔	Empowerment-Ziele Ausmaß von Einfluss, Kontrolle & Wahlmöglichkeiten durch Gemeinde
2	Strategischer Ansatz ‘Top-down’-Ansatz, z. B. Social Marketing-Kampagnen, Aufklärung, verhaltensorientierte Maßnahmen	↔	Strategischer Ansatz Wie beeinflusst und fördert die Programmstrategie den strategischen Ansatz des Empowerments?
3	Implementierung und Durchführung Programmleiter haben die Kontrolle über das Programm auf allen Ebenen.	↔	Implementierung und Durchführung Wie führt die Implementierung des Programms zu Änderungen in Einfluss und Kompetenzen der Gemeinde?
4	Evaluation d. Programmergebnisse Erhebung von epidemiologischen Daten; Nachweis von Veränderungen in Morbidität und Mortalität	↔	Evaluation von Empowerment Wie kann man auch Empowerment der Gemeinde bewerten? - Nutzung von partizipativen Evaluationstechniken

Herausforderungen der Zukunft 2

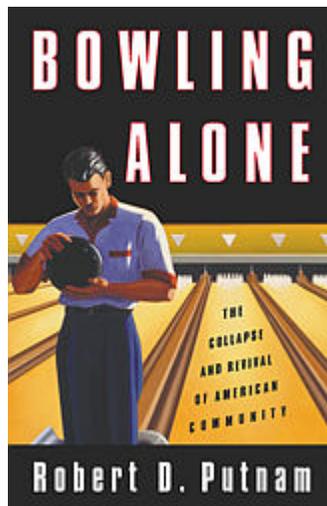


- Die Konzepte von Empowerment und Teilhabe gelten als Zwillingsäulen der gemeindenahen Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung heute...

- hat einen starken bio-medizinischen Fokus
- hat sich mit dem Konzept des “Empowerment” noch nicht arrangiert
- verwendet hauptsächlich Modelle der Gesundheitserziehung

Loss & Wise 2007, Laverack 2004



Zusätzliches Problem:

- Verschwinden der „Bürgergesellschaft“ und des bürgerschaftlichen Engagements

Putnam 2001

Partizipation & Empowerment: Grenzen und Barrieren in der Praxis

- Operationale Barrieren erschweren die Umsetzung von sinnvoller Partizipation
 - Arbeitsaufwand, Kosten

“Es ist schwierig, weil man versucht, andere Menschen für seine Arbeit, für seine Idee zu begeistern. Man muss also erst einmal die geeigneten Leute finden, man muss sie überzeugen. Sie haben natürlich einen Job, ihr Leben, ihre Rollen, dies ist also etwas zusätzlich zu allem anderen, was sie tun. Deswegen steht ihr Engagement, ihre Verfügbarkeit immer in Frage, ist ein Problem, das man lösen muss.”



Beispiel: Tenderloin Senior Organizing Project (TSOP), San Francisco

"It's hard to do this – I was scared..."

„Yes. Lydia [the organizer] had to drag us kicking and screaming into these meetings. But we had to do it to save our housing.“



Herausforderungen der Zukunft 3



„Thinking outside the health box“



Thinking outside the “Health box”



- Soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit rücken immer stärker in den Vordergrund
- Sinnvoll ist es daher bei Gesundheitsförderung, weiter „upstream“ anzusetzen
 - Fokus z.B. Integration, Arbeitslosigkeit, Armut, soziale Isolation, Bildung, Kriminalität
- → direkter Gesundheitsbezug der Maßnahmen fehlt

Thinking outside the “Health box”

- Zweifel, ob Gesundheitsförderer verantwortlich sind für nicht streng gesundheitsbezogene Aspekte

“Ich denke nicht, dass wir gut mit der politischen Natur von dem klarkommen, was wir tun...

Das ist wirklich schwierig, denn schließlich sind wir alle ‘Gesundheits-Leute’, und was ist überhaupt unsere Rolle dabei, diese sozialen Dinge zu ändern?”

Gesundheitsförderer, Sydney



Herausforderungen der Zukunft 4



Evaluation



IMG

INSTITUT FÜR MEDIZINMANAGEMENT
UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Evaluation kommunaler Gesundheitsförderung

- Die Evaluation sollte drei Ebenen abdecken:

Verhältnispräventive Ebene

Kompetenz- und Organisations-Ebene

Verhaltenspräventive Ebene

Loss et al, 2007



Evaluation kommunaler Gesundheitsförderung

- Indikatoren für **Prozessevaluation**:

Verhältnispräventive Ebene

Programmumsetzung

Angebotsentwicklung

Kompetenz- und Organisations-Ebene

Empowerment
Partizipation

Strukturen für Planung
& Management

Netzwerke
Koalitionen

Verhaltenspräventive Ebene

Programmumsetzung

Angebotsentwicklung



Evaluation kommunaler Gesundheitsförderung

- Indikatoren für **Ergebnisevaluation**:

Verhältnispräventive Ebene

Ges.förderliche Lebenswelten

Ges.förderliche Angebote

Kompetenz- und Organisations-Ebene

Empowerment
Partizipation

Integration in reguläre
Gemeindeplanung

Nachhaltigkeit

Verhaltenspräventive Ebene

Änderungen in Wissen,
Einstellung, Verhalten

Verbesserte Lebensqualität



Evaluation kommunaler Gesundheitsförderung

- Verschiedene Methoden der Datenerhebung sind erforderlich
 - Dokumentationen, Qualitative Erhebungen, Quantitative Befragungen
- → Evaluation sehr umfassend, vielschichtig und anspruchsvoll
- Projektnehmer in Gemeinden sind damit oft überfordert – finanziell, personell und von der Erhebungskompetenz

→ Mindeststandards? Kernindikatoren?
Schlüsselkriterien?



Erfolgsfaktoren & Qualitätsmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung

Priv.-Doz. Dr. med. Julika Loss

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**

*10. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz
25. April 2008, Graz*

