

Evaluation „Gesundes Dorf“

**Projekt zum Aufbau von regionalen Strukturen
für die Gesundheitsförderung im Burgenland**

Zwischenbericht Projektjahr 2010

Dezember 2010

Beratung- Entwicklung - Coaching
Dr. Christian Scharinger, MSc
Schmidtfeld 1
4152 Sarleinsbach

1. ZUM EVALUATIONSVERSTÄNDNIS UND DEN EVALUATIONSSCHRITTEN

Der Grundgedanke von „Evaluation“ ist in Bezug auf Gesundheitsförderungsprojekte gut nachvollziehbar. Wer ein Projekt beauftragt oder finanziert möchte meistens auch wissen, ob das Projekt die erwarteten Zielsetzungen erreicht. Vor diesem Hintergrund hat „Evaluation“ unbestreitbar eine gewisse Legitimationsperspektive, welche noch stärker in den Vordergrund tritt, wenn Projekte untereinander verglichen werden.

Ausgangspunkt jeglicher Evaluation sind daher möglichst konkrete und messbare Ziele und keine unspezifischen Visionen. Weiters müssen Evaluationsfragen und mögliche Methoden bereits bei Projektbeginn diskutiert und formuliert werden und können schwer „nachträglich“ entwickelt werden.

Den zentralen Hintergrund des vorliegenden Evaluationsberichtes bilden die Entwicklungen des Projektes „Gesundes Dorf“ im Jahr 2010.

Ziel dieser Initiative der kommunalen Gesundheitsförderung ist es, Strukturen der regionalen Gesundheitsförderung im Burgenland aufzubauen und zu stärken. Dies soll vor allem durch den Aufbau gemeindebezogener Arbeitskreise und durch die Vernetzung von regionalen Anbieter-Innen im Bereich Gesundheit gelingen.

Im Projektzeitraum 2009-2012 sollen insgesamt rund 70 Dörfer und Gemeinden im Burgenland zu einem Netzwerk zusammengeschlossen und von RegionalmanagerInnen entsprechend betreut werden. Weiters soll durch den Aufbau eines Pools von ReferentInnen und der Entwicklung eines Handbuchs, entsprechende Unterstützungsstrukturen etabliert werden.

Während im Rahmen des ersten Evaluationsberichtes 2009 stärker die Analyse der Implementationsstruktur auf Ebene des Gesamtprojektes im Mittelpunkt stand, wurde im Jahr 2010 der Fokus auf die Ebene der betreuten Gemeinden gelenkt. Daher standen die konkreten Erfahrungen beteiligter Akteure in ausgewählten Gesunden Dörfern/Gemeinden im Mittelpunkt der empirischen Evaluationsarbeit. Darin wird der Fragestellung nachgegangen, welche Prozesse im Laufe der Umsetzung des Projektes auf Gemeindeebene sichtbar wurden. In diesem Zusammenhang wurden sowohl die zentralen Funktionen der Projektleitungen und zum Teil auch Bürgermeister befragt. Allen beteiligten Personen sei auch an dieser Stelle für ihre Kooperation gedankt.

Im Rahmen von strukturierten Kurzinterviews wurden folgende Aspekte beleuchtet:

- Die Einschätzung des bisherigen Strukturaufbaus und der Prozessentwicklung auf Gemeindeebene
- Die Einschätzung des Betreuungsangebotes
- Konkrete Anregungen und Veränderungsvorschläge

Mit folgenden Personen wurden entsprechende Kurzinterviews geführt:

3. August 2010	Rudersdorf – Bürgermeister Franz Tauss
9. August 2010	Mühlgraben – AK Leiter Helmut Weber
9. August 2010	Oberloisdorf – Bgm. Manfred Jestl u. AK Leiterin Schedl
19. August 2010	Sigleß – AK Leiterin Ulrike Kitzinger
24. August 2010	Trausdorf an der Wulka – Bürgermeister Viktor Hergovich
24. August 2010	Forchtenstein – Bürgermeisterin Friederike Reismüller

Darüber hinaus wurden folgende Evaluationsleistungen wurden im Jahr 2010 erbracht:

- Teilnahme an den Sitzungen der Projektsteuerungsgruppe
- Moderation eines Projektentwicklungs-Workshops (siehe Anhang)
- Auswertung einer Gesundheitsbefragung in zwei Projektgemeinden und Verfassung eines Beitrages für das Handbuch (siehe Anhang)
- Auswertung von Dokumentationen der Startveranstaltungen in Gemeinden und Sitzungs-Protokollen

Im Folgenden sollen die daraus abgeleiteten Ergebnisse aus Sicht der externen Evaluation festgehalten und mit konkreten Vorschlägen verbunden werden. Abschließend wird ein Ausblick auf die geplanten Evaluationsschwerpunkte 2011 gegeben.

2. EVALUATIONSERGEBNISSE

Das Projektjahr 2010 stand im Zeichen der Expansion an teilnehmenden Gemeinden und Dörfern und dem damit verbundenen Strukturaufbau in den burgenländischen Projektgemeinden.

2.1. Strukturaufbau und Projektentwicklung in den Projektgemeinden

Positiv ist festzuhalten, dass die Startphase und der Strukturaufbau in den Projektgemeinden zum großen Teil sehr gut gelingen. Dies liegt einerseits an der Begleitung der Aufbauphase und den Startworkshops, welche nach einem strukturierten Schema verlaufen. Andererseits an der Tatsache, dass sich in den beteiligten Gemeinden und Dörfern engagierte Arbeitskreise und Arbeitskreis – LeiterInnen zusammen gefunden haben. Das Projekt wird damit von einem Team und nicht nur von EinzelkämpferInnen getragen.

Die Vorgangsweise in der Phase des Strukturaufbaus kann als erfolgreich bewertet werden und ist mittlerweile auch hoch standardisiert.

Gewisse Schwächen werden von den befragten Akteuren im Rahmen des Übergangs von der Planungs- in die Umsetzungsphase benannt. Verlaufen die Planungsprozesse noch recht flüssig, so sind die konkreten Umsetzungsschritte doch oft schwieriger. An dieser Stelle wird der Wunsch nach konkreten Umsetzungspartnern deutlich formuliert.

Das inhaltliche Themenspektrum ist großteils auf traditionelle Präventionsthemen (Ernährung, Bewegung,...) konzentriert.

Einige Gemeinden haben allerdings innovative Themenzugänge etwa im Bereich des sozialen Zusammenhalts und der psycho-sozialen Gesundheit gefunden. Diese Ansätze sollten aufgegriffen und als „Modell guter Praxis“ dokumentiert und verbreitet werden.

Vorschlag:

- **Verstärkte Beratungsleistung im Bereich Umsetzungsberatung**
- **Aufbereitung und Darstellung „Modelle guter Praxis“ aus dem Projekt „Gesundes Dorf“ und nicht „nur“ aus nationalen oder internationalen Kontexten**

2.2. Betreuung durch RegionalmanagerInnen

Im Rahmen der Interviews mit den Akteuren auf Gemeindeebene wurde auch nach die Einschätzung des Betreuungsangebotes seitens der Regionalmanagerinnen des PGA abgefragt. Dabei zeigen sich folgende Tendenzen:

Das Angebot und der persönlicher Kontakt werden grundsätzlich positiv bewertet. Für einige Gemeinden war der häufige personelle Wechsel und die damit verbundenen Veränderungen in Bezug auf die Ansprechpersonen etwas irritierend.

Es sind allerdings sehr unterschiedliche Rhythmen der Arbeitskreis- Sitzungen und der Betreuungsintensität generell, in den Projektgemeinden sichtbar. Auch wenn die damit verbundene Vereinbarung von verbindlichen Terminen und Strukturen mühsam ist, so wäre eine klarere Struktur für einige Gemeinden wichtig, da ansonsten die Gefahr besteht, dass angestoßene Prozesse wieder einschlafen.

Generell besteht ein Bedarf an stärkerer inhaltlicher Umsetzungsberatung und „Förderberatung“ in Bezug auf innovative Themen und mögliche Anbieter.

Aus Beratungssicht entspricht dies dem Wunsch nach „Komplementärberatung“ im Sinne von Prozessberatung UND inhaltlicher Beratung. Dieses Angebot wäre zukünftig stärker auszubauen.

In diesem Kontext ist möglicherweise auch der Hinweis zu interpretieren, dass bereits „projekt- und gesundheitserfahrene“ Gemeinden subjektiver weitaus weniger vom Betreuungsangebot profitieren, als völlige Neueinsteiger. Seitens der erfahrenen Gemeinden gibt es auch einige Kritik an der Ressourcenverteilung, da subjektiv weniger Bedarf an externem Know-How besteht.

Da gerade aber die burgenländische Projektlandschaft Gemeinden aufweist, welche bereits auf langjährige Praxis im Feld der Prävention verweisen können, ist die Darstellung des Benefits für diese Gemeinden besonders wichtig.

Ansonsten besteht die Tendenz, dass diese Gruppe von Gemeinden durch die Betreuungsleistungen nicht angesprochen wird

Vorschlag:

- **Verstärkte Darstellung des Benefits der Beratungsleistung durch die Regionalmanagerinnen**
- **Verbindlichere Strukturierung der Arbeitskreissitzungen und des Beratungskontaktes**

2.3. Projektbranding

Die Analyse der Aktivitäten auf Gemeindeebene zeigte, dass es wenig gemeinsames Verständnis in Bezug auf den gemeinsamen Projektauftritt gibt.

Dies zeigte sich u.a. darin, dass auf nur sehr wenigen Pr-Materialien der Gemeinden, welche zum Teil sehr professionell gestaltet sind, die Logos und Namen der Projektpartner auftauchen.

Dies macht eine Zuordnung in Bezug auf die zentralen Akteure - Land Burgenland, Fonds Gesundes Österreich und Burgenländische Gebietskrankenkasse – kaum möglich. Weiters wird dadurch eine gemeinsame Projektidentität erschwert.

Dementsprechend besteht auch eine gewisse Verwirrung bezüglich der Zuordnung von Projekten bzw. Förderleistungen, mit den damit verbundenen Abgrenzungsproblemen zu anderen Schwerpunkten (z.B. „Herz-Kreislauf-Gesundheit,..“).

Gerade auch unter dem Aspekt der nachhaltigen Verankerung sollte die Markenbildung des Gesunden Dorfes auf allen Ebenen verstärkt beachtet werden.

Weiters sollten mit den betreuten Gemeinden verbindlichere Vereinbarungen bezüglich Öffentlichkeitsarbeit getroffen werden.

Dies verfolgt nicht nur einen externen Marketingaspekt, sondern trägt auch zur Stärkung der gemeinsamen Identität unter den Gesunden Dörfern/Gemeinden bei.

Vorschlag:

- **verbindlichere Vereinbarungen und Standards bezüglich Öffentlichkeitsarbeit**

2.4. Vernetzung

Der im Evaluationsbericht 2009 angeführte Punkt der verstärkten Vernetzung der bisherigen Projektgemeinden und Dörfer wurde erfreulicherweise aufgegriffen.

Ein erstes gemeinsames Vernetzungstreffen wurde erfolgreich konzipiert und am 4.November in Neutal realisiert.

Weiters wurde vereinbart, dass das „Handlungsfeld Vernetzung“ einen Arbeitsschwerpunkt im Projektjahr 2011 darstellt. Dies bezüglich wurden 2 regionale Vernetzungstreffen im 1. Halbjahr 2011 vereinbart. In weiterer Folge könnten diese Treffen zwischen den Gemeinden rotierend stattfinden (Modell „ArbeitskreisleiterInnen – Stammtisch“)

2.5. Externe Anbieter

Einer weiteren Bearbeitung bedarf das Feld der externen Anbieter. Zwar findet sich im Entwurf des Projekthandbuches eine Auflistung möglicher Umsetzungspartner, welche inhaltliche Gesundheitsleistungen den Gemeinden und Dörfern anbieten. Wie aber auch im Evaluationsbericht 2009 aufgeführt, wird aus externer Sicht das Projekt „Gesundes Dorf“ - neben dieser Auflistung - nicht herkommen in diesem Feld eine gewisse Entwicklungsleistung einzubringen. Der Vorschlag aus 2009 bleibt daher aufrecht.

Vorschlag: Vernetzungstreffen mit der Zielgruppe externe Anbieter

3. PROJEKTENTWICKLUNGS - WORKSHOP

Auf Basis der im August 2010 im Rahmen einer Steuerungsgruppe präsentierten Evaluationsergebnisse wurde im November 2011 ein Projektentwicklungs-Workshop realisiert, welcher seitens der externen Evaluation moderiert wurde.

Bezüglich der Ergebnisse und Vereinbarungen dieses Workshops liegt ein Ergebnisprotokoll vor. (siehe Anhang)

Zusammenfassend lassen sich daraus folgende zentralen Handlungsfelder für 2011 ableiten:

- Auflistung der umgesetzten und geplanten Umsetzungsprojekte und Schwerpunkte Diese Liste soll auch eine Zuordnung in Bezug auf die durch die Projekte erreichten Zielgruppen ermöglichen.
- Verstärkte Kontakte zu Gemeindevertreter-Verbänden bzw. zu Gemeindevertretern und zu langjährig bestehenden gesunden Dörfern
- Verteiler bezüglich Projekt- und Gesundheitsinfos
- Verstärkte Vernetzung der Gesunden Dörfer und Gemeinden auf regionaler Ebene dar. Diesbezüglich werden 2 regionale Vernetzungstreffen im 1. Halbjahr 2011 vereinbart.
- als „Prototyp“ eines übergreifenden Schwerpunktes wird das Projekt „Koch-Duell“ angeregt

Im Sinne einer Ergebnisevaluation ergeben sich daraus auch bereits Evaluationsfelder für das Projektjahr 2011.

4. HANDLUNGSFELD NACHHALTIGE VERANKERUNG

Neben den zum Teil sehr konkreten Arbeitspaketen stellt sich aus Sicht der eine zentrale Herausforderung im Projektjahr 2011: Die Entwicklung von Strukturen zur nachhaltigen Verankerung des Projektes.

Projekte sind per se zeitlich begrenzte Vorhaben, mit deren Hilfe Strukturen aufgebaut, erprobt und verankert werden sollen. Auch das Projekt „Gesundes Dorf“ hat zum Ziel nachhaltige Strukturen der kommunalen Gesundheitsförderung im Burgenland aufzubauen. In der ersten Phase dient das Projekt gleichsam als mögliches „Flagschiff“ für Gesundheitsförderung, das aber in einer weiteren Phase vom Projekt zur Institution werden soll.

Auch wenn die Projektphase noch bis 2012 läuft, so kann aus Sicht der externen Evaluation nicht früh genug mit der Grundfrage nach den weiteren Verankerungsperspektiven begonnen werden und sollten im Projektjahr 2011 entsprechende Weichen gestellt werden.

Ansonsten besteht die Gefahr, dass mit Projektende zwar in den teilnehmenden Gemeinden Strukturen und Prozesse initiiert wurden, die aber dann keine anschlussfähige Struktur mehr vorfinden.

Es muss aus Evaluationsperspektive an dieser Stelle angeführt werden, dass etwaige Verankerungsperspektiven aus derzeitiger Sicht nur schemenhaft sichtbar sind und in der bisherigen Projektentwicklung auch noch wenig Platz eingeräumt wurden.

Vor diesem Hintergrund sind alle Aktivitäten in Richtung Verankerung zu forcieren. Dies bedingt einerseits Strukturelemente wie ein profiliertes Projektbüro, eine verstärkte Öffentlichkeits- und Markenbildung und eine klare Darstellung der möglichen Beratungsleistungen in einer „Institutionalisierungsphase“. Darüber hinaus braucht es auch entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen.

Gerade weil Projekte „Organisationen auf Zeit“ sind, wird die Verankerungsperspektive seitens der Evaluation als Schwerpunktthema des Projektjahres 2011 spezifisch beleuchtet werden. Die inhaltliche Erarbeitung erfolgt dabei in Absprache mit dem Auftraggeber.

Mit Dank für die bisherige Zusammenarbeit

Dr. Christian Scharinger, 29. Dezember 2010

Ergebnisprotokoll Workshop Projektentwicklung „Gesundes Dorf“ 10.11.2010, Landhaus Eisenstadt

TeilnehmerInnen:

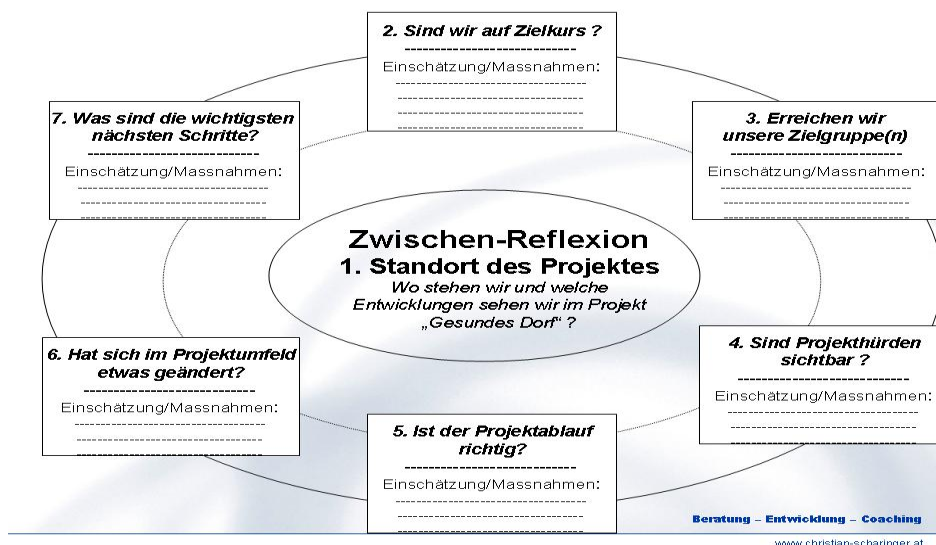
Dr. Klaudia Krischka
Mag. Karina Mayer
Dr. Rainer Christ
Dr. Karl Mach
Mag. Sonja Kodelitsch
Mag. Brigitte Wolf
Elisabeth Wurglits
Dr. Christian Scharinger

TOP´s

1. „Projektradar“
2. Zwischenstand Gemeinden – nächste Schritte
3. Arbeitspakete Handbuch / Anbieter
4. Förderung Gemeinden
5. Zeitschiene

Ad 1.) „Projektradar“

In einem ersten Schritt wurde anhand eines „Projektradars“, die Einschätzung der unterschiedlichen Projektpartner erarbeitet:



Perspektive VertreterInnen Land Burgenland

Der Entwicklungsweg des Projektes weist einige Umwege auf. Als Hürden werden die Personalwechsel seitens des PGA und die parteipolitische Zuordnung des Projektes auf Gemeindeebene angeführt. Generell wäre eine stärkere Präsenz des Gesamtprojektes in der burgenländischen Gesundheitslandschaft wünschenswert.

Als Zielgruppen werden bislang in den Gemeinden eher ältere Menschen erreicht.

Angeregt wird eine klarere Konstanz in der Büropräsenz und eine stärkere Informationsarbeit in Richtung Gemeindevertretungen. Weiters eine verstärkte Bewusstseinsbildung bezüglich der Ziele und Möglichkeiten des Projektes. Der Schritt von Einzelaktionen in Richtung nachhaltiger Strukturentwicklung scheint noch nicht gelungen.

Wichtig ist auch darauf zu achten, dass es bereits langjährige Gesunde Gemeinden gibt, die nicht im Projekt betreut werden; mit denen aber eine Kooperation und Einbindung anzustreben ist.

Als nächster wichtiger Schritt wird die Fertigstellung des Handbuches angesehen.

Perspektive Vertreter Fonds Gesundes Österreich

Die notwendige Anzahl an betreuten Gemeinden wurde bislang erreicht und die Identifikation mit dem Projekt in den betreuten Gesunden Dörfern/Gemeinden scheint gegeben zu sein. Eine nachhaltige Strukturentwicklung ist derzeit noch nicht sichtbar.

Vermisst werden eine kreative Dynamik und innovative Inhalte und Prozesse.

Diesbezüglich könnte die Funktion eines Fachbeirates, der sich stärker inhaltlich einbringt, hilfreich sein.

Weiters wird ein verstärktes „capacity building“ angeregt, in dem Informationen und Erkenntnisse aus dem Projekt breiter zugänglich gemacht und verbreitet werden. Zentral ist in diesem Zusammenhang ein entsprechendes Verständnis von Gesundheitsförderung.

Perspektive Vertreterinnen PGA

Der Projektaufbau in den betreuten Gemeinden ist großteils erfolgreich verlaufen. Mit der Erhebung und Vernetzung der Anbieterlandschaft wurde begonnen. Eine wichtige Herausforderung ist die längerfristige Aufrechterhaltung des Engagements in den betreuten Arbeitskreisen. Hürden zeigen sich in der parteipolitischen Einflussnahme auf Arbeitskreise in den betreuten Dörfern/Gemeinden.

Als nächste Schritte werden die Aufnahme neuer Gemeinden in die Betreuung und Begleitung und die Entwicklung nachhaltiger Strukturen definiert. Weiters soll die Vernetzung von Anbietern und die Vernetzung der betreuten Gemeinden auf regionaler Ebene verstärkt werden.

Ad 2.) Zwischenstand Gemeinden – nächste Schritte

Frau Wolf und Frau Wurglits geben einen Überblick bezüglich der Entwicklungen in den bislang betreuten Dörfern/Gemeinden.

In Bezug auf eine klarere Sichtbarkeit der in den Gemeinden und Dörfern gesetzten und geplanten inhaltlichen Schwerpunkte wird die Erstellung einer **Liste der umgesetzten und geplanten Umsetzungsprojekte und Schwerpunkte** vereinbart.

Diese Liste soll auch eine Zuordnung in Bezug auf die durch die Projekte erreichten Zielgruppen ermöglichen.

Als ein wichtiger Arbeitsschwerpunkt wird der **verstärkte Kontakt** zu Gemeindevertreter-Verbänden bzw. zu Gemeindevertretern und zu langjährig bestehenden gesunden Dörfern vereinbart.

Im Sinne einer erhöhten Präsenz wird die Einrichtung **eines fixen Bürotages** vereinbart. Als Rahmenzeit bietet sich Dienstag 9-13 Uhr an, da an diesem Tag auch im Landhaus Sprechtag ist.

Weiters sollen Projekt und Gesundheitsinfos einem breiteren Personenkreis zugänglich gemacht werden. Ein entsprechender **Verteiler** wird erstellt.

Einen Arbeitsschwerpunkt im Jahr 2011 stellt die verstärkte Vernetzung der Gesunden Dörfer und Gemeinden auf regionaler Ebene dar.

Dies bezüglich werden 2 regionale Vernetzungstreffen im 1. Halbjahr 2011 vereinbart. In weiterer Folge könnten diese Treffen zwischen den Gemeinden rotierend stattfinden (Modell „ArbeitskreisleiterInnen – Stammtisch“)

Für die neue zu betreuenden Gemeinde werden eine „**Absichtserklärung**“ und eine **Kooperationsvereinbarung** entwickelt. Entsprechende Entwürfe werden bis 20. November 2010 vorgelegt.

Als „Prototyp“ eines übergreifenden Schwerpunktes wird das **Projekt „Koch-Duell“** angeregt. Ein Rohkonzept liegt vor. In einem ersten Schritt soll das Projekt strukturiert beschrieben und den betreuten Gemeinden/Dörfern nahe gebracht werden. Aus den Aktivitäten auf Gemeindeebene sollte als Abschluss eine „**landesweite Abschlussveranstaltung**“ entstehen. Ein weiteres Produkt könnte ein daraus entstehendes Kochbuch sein.

ad 3.) Arbeitspakete Handbuch / Anbieter

Am Erstentwurf es Handbuches wird gearbeitet. Inhaltlich ergibt sich folgende Struktur:

Vorwörter

Zum Projekt Gesundes Dorf

Projekttablauf

Best practice Beispiele – national und aus dem Projekt

Medien und PR- Tools

Anbieter und ExpertInnen

Glossar

Daten

Zeitlich wird die Vorlage des Erstentwurfes mit Ende November 2010 vereinbart. Im nächsten Schritt folgt eine Feedbackschleife mit Auftraggebern und Gemeinden. Der abgestimmte Entwurf soll mit **Ende März 2011** vorliegen

ad 4.) Förderung Gemeinden

Da im Projektkonzept kein „Kleinfördertopf“ für Gemeinden vorgesehen ist, ist eine Projektförderung für betreute Gemeinden nicht möglich. Die derzeit bestehenden Förderschienen für Gemeinden seitens des Fonds Gesundes Österreich stehen auch Projektgemeinden offen. Es gelten die Förderrichtlinien des Fonds Gesundes Österreich.

ad 5.) Zeitschiene

bis 20. November 2010	Vorlage der Absichtserklärung/ Kooperationsvereinbarung für Gemeinden
bis 30. November 2010	Vorlage des Erstentwurfes des Handbuches
bis 15. Dezember 2010	Liste der Umsetzungsprojekte und der erreichten Zielgruppen in den betreuten Gemeinden
		Adressen - Verteiler
-----	-----	-----

Februar 2011	Steuerungsgruppensitzung
laufend bis März	Projekt „Koch-Duell“
Laufend bis März	Erstes Regionales Vernetzungstreffen pro Region
März 2011	Vorlage des abgestimmten Entwurfes des Handbuches
März 2011	Beiratssitzung
Mai 2011	Gesundheitspreis
September 2011	Steuerungsgruppensitzung

Für das Protokoll:

Dr. Christian Scharinger, 19.11.2010

DATEN FÜR TATEN

Gesundheitsbefragungen im Rahmen des Gesunden Dorfes

Dörfer und Gemeinden sind in Hinblick auf die Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung wichtige Interventionsfelder. In ihnen ist erreichbar, wer in kaum einem anderen Setting involviert werden kann: Kleinkinder und ihre karenzierten Elternteile, Jugendliche in ihrer Freizeit, Ältere, Alte und autonome Hochbetagte, Hausfrauen und –männer, Arbeitslose und Nicht-Erwerbstätige, andere Personengruppen.

Bevor ein Projekt mit der Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen beginnt, sollte in einem ersten Schritt eine genauere Analyse der aktuellen Situation in der Gemeinde durchgeführt werden.

Neben Workshops und qualitativen Interviews können in diesem Zusammenhang schriftliche Gesundheitsbefragungen einen hilfreichen Beitrag zur Beschreibung der Ausgangssituation liefern. Sinnvollerweise werden in diesen Befragungen Fragen zum subjektiven Gesundheitszustand mit Fragestellungen zur Einschätzung von möglichen Zielgruppen und Themenfeldern gemischt.

Ein weiterer Vorteil einer schriftlichen Gesundheitsbefragung auf Gemeindeebene liegt darin, dass sie – wenn seriös und wissenschaftlich umgesetzt - neben diesem diagnostischen Aspekt noch weitere Funktionen erfüllen kann:

- Aktivierung von GemeindebürgerInnen (lädt zur Beteiligung an der Projektgestaltung ein)
- Vermittlung eines umfassenden Gesundheitsverständnisses (durch die Fragestellungen wird ein umfassendes Gesundheitsverständnis von Verhältnis- und Verhaltensprävention deutlich)
- Vergleich (sie kann Benchmarking mit anderen Gemeindenermöglichlichen)
- Evaluation (sie kann Grundbestandteil einer zielgerichteten Evaluation sein)

Im Rahmen des Projektes „Gesundes Dorf Burgenland“ wurde vor diesem Hintergrund ein spezifisches Befragungsinstrument entwickelt und erprobt. (siehe Beilage)

Aus drei burgenländischen Projekt - Gemeinden - St. Andrä, Neudörfel und Oberloisdorf - nahmen insgesamt 227 GemeindebürgerInnen an einer Gesundheitsbefragung teil. Die Erhebung wurde im August 2009 bis Juni 2010 durchgeführt. Auch wenn auf dieser Datenbasis kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben werden will, so zeigt die Auswertung einige wichtige Tendenzen auf, welche bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten auf Gemeindeebene berücksichtigt werden sollten.

Zur Befragung

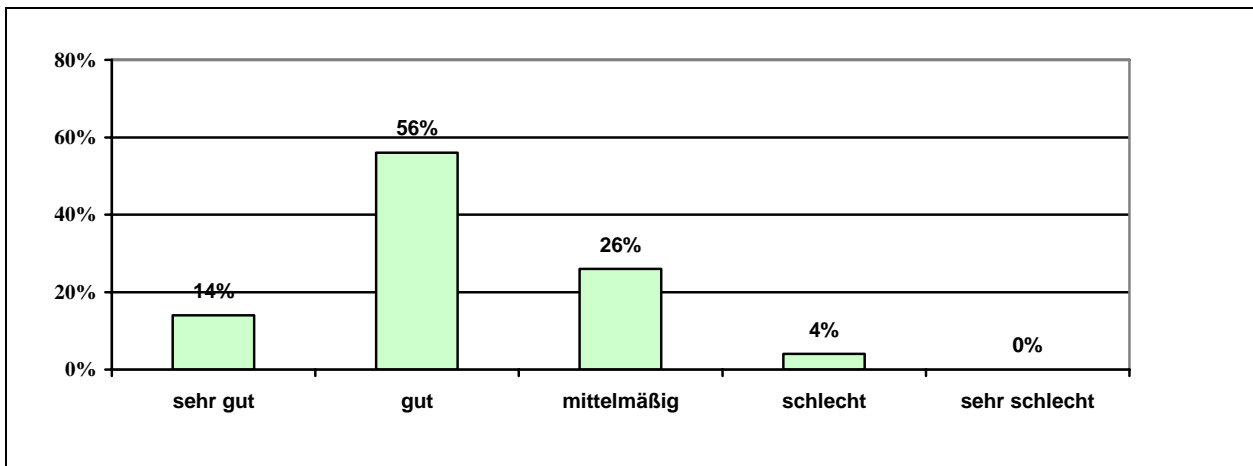
Im Rahmen von Gesundheitsbefragungen in den Projekt - Gemeinden St. Andrä, Neudörfel und Oberloisdorf nahmen insgesamt 227 GemeindegewerInnen an einer Gesundheitsbefragung teil. Das Befragungsinstrument war in allen drei Befragungen völlig ident.

Die Verteilung der soziodemographischen Merkmale zeigt 67% Frauen gegenüber 33% Männern. Die Mehrheit der Befragten befindet sich in der Altersgruppe der 45 bis 64 Jährigen. Gefolgt von der Gruppe der 65 Jahre oder älter. Etwa ein Viertel der Befragten sind in der Altersgruppe der 30 bis 40 jährigen zu finden. Die jüngeren GemeindegewerInnen sind mit 5% deutlich unterrepräsentiert.

Subjektiver Gesundheitszustand

Die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes zeigt ein durchaus positives Bild. Rund 70% der Befragten beurteilten Ihren aktuellen Gesundheitsstatus mit sehr gut bzw. gut.

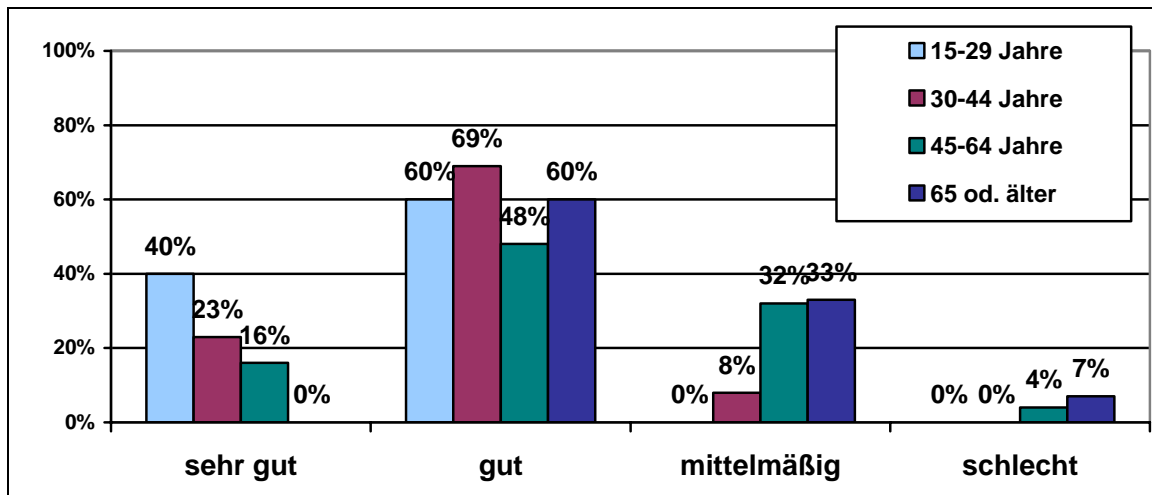
Einschätzung der subjektiven Gesundheit allgemein (n = 227)



Generell ist die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ein wichtiger Indikator, der immer stärker in das Blickfeld der Gesundheitsstatistik rückt. Weiters hat eine Vielzahl internationaler Studien gezeigt, dass jene Befragte mittleren und höheren Alters einem verstärkten Krankheitsrisiko ausgesetzt sind, die ihren Gesundheitszustand subjektiv als schlecht einschätzen.

Die Einschätzung des Gesundheitszustandes variiert stark innerhalb der Altersgruppen:

Einschätzung der subjektiven Gesundheit allgemein – nach Altersgruppen (n = 227)

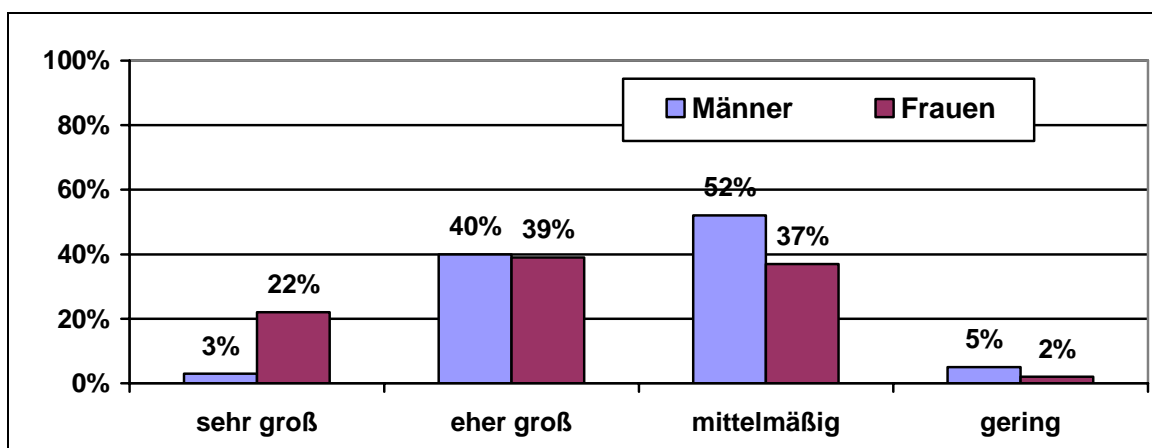


Während sich unter 30 Jährige fast ausschließlich einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand zuschreiben, steigt in der Gruppe der über 65 Jährigen der Anteil der Gruppe mit schlechten bzw. mittelmäßigen Gesundheitszustand auf rund 40%. Da das Interesse an Gesundheit offenbar auch mit einer persönlichen Betroffenheit verbunden ist, scheint Gesundheit auf den ersten Blick eher ein Thema für ältere GemeindebürgerInnen zu sein.

Gesundheitsbewusstsein

Beim Faktor Gesundheitsbewusstsein zeigen sich deutliche geschlechts-spezifische Unterschiede:

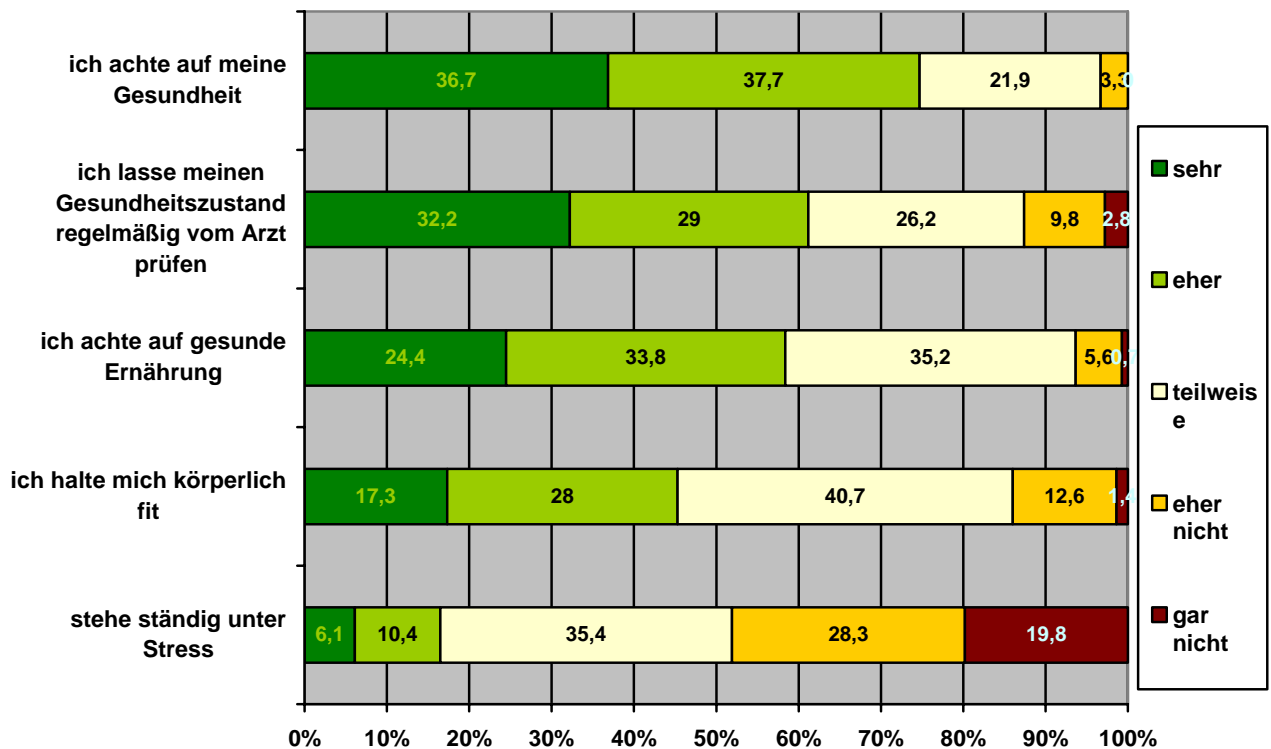
Einschätzung des eigenen Gesundheitsbewusstseins – nach Geschlecht (n=227)



Mehr als die Hälfte der weiblichen Befragten (61%) schätzt das eigene Gesundheitsbewusstsein sehr groß bis eher groß ein. Bei den Männern hingegen überwiegt ein mittelmäßiges Interesse. Das höhere Gesundheitsbewusstsein zeigt sich auch häufig im Besuch von Gesundheitsveranstaltungen auf Gemeindeebene.

Bezüglich allgemeiner Aussagen zum Thema Gesundheit zeigt sich folgendes Bild:

Aussagen zum Thema Gesundheit (N = 215 - 211) Angaben in %

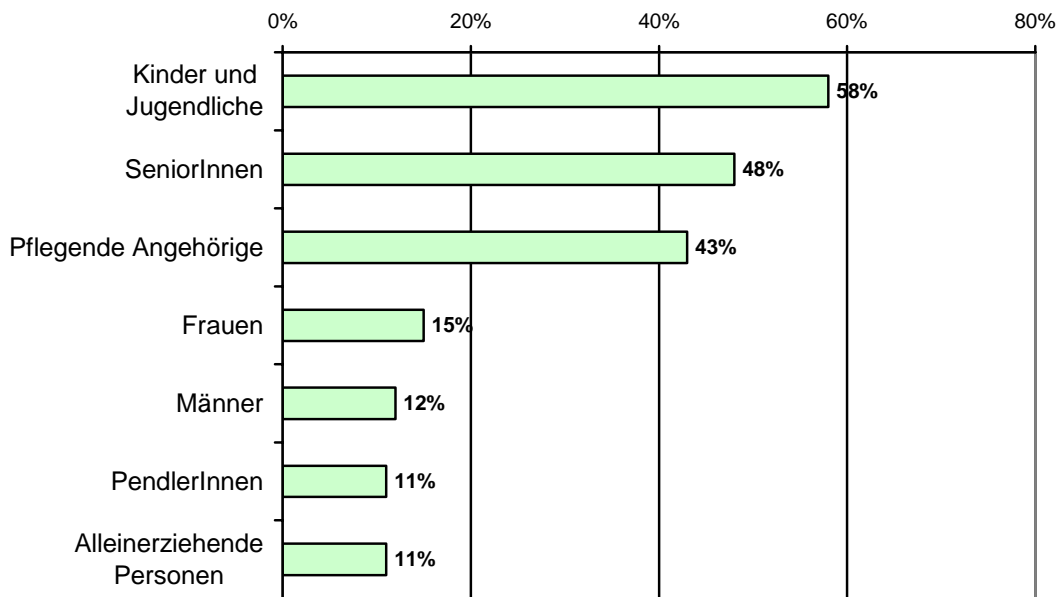


Rund 75% der Befragten geben an, auf ihre Gesundheit zu achten, 60% sind in regelmäßigen Kontakt mit einem Arzt. Die entsprechenden Werte sinken bei den Lebensstilthemen – Bewegung, Ernährung – auf teilweise unter 50%.

Zielgruppen gesundheitsfördernder Angebote

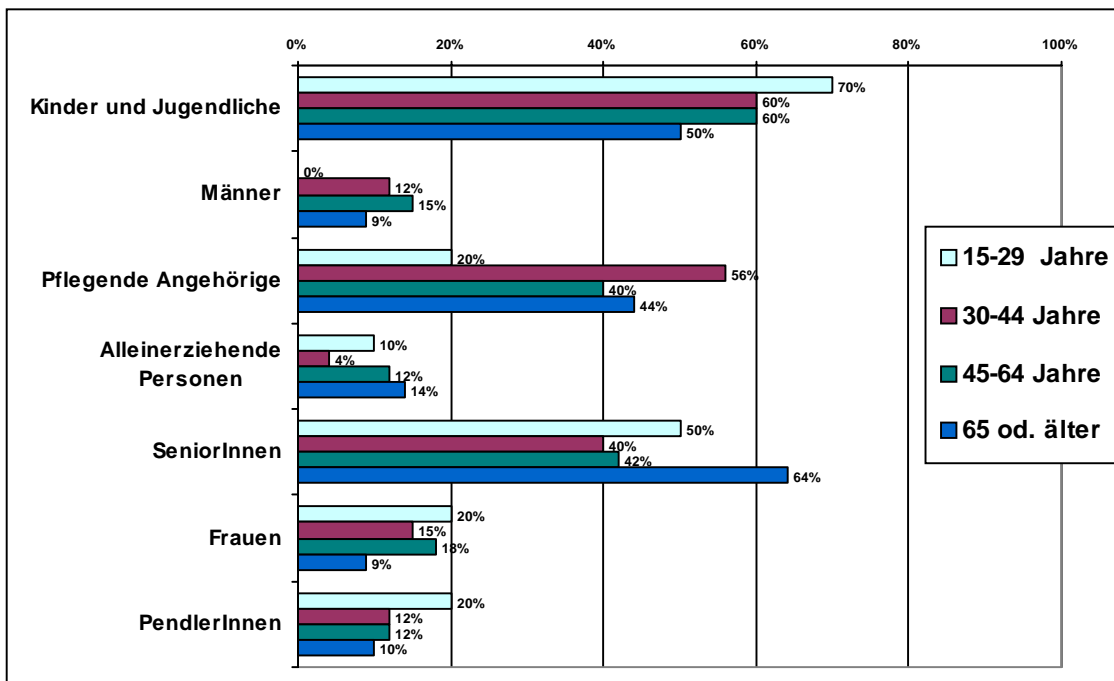
Einen wichtigen Hinweis auf die Planung von Gesundheitsförderungsprojekten auf Gemeindeebene, liefert die Einschätzung des Bedarfs von spezifischen Zielgruppen. Durchgängig werden hierbei vor allem Kinder/Jugendliche und SeniorInnen als Hauptzielgruppen benannt:

Zielgruppen gesundheitsfördernder Angebote (n=227)



Sehr hohe Relevanz wird auch der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen eingeräumt. Geschlechtsspezifische Zuschreibungen erlagen dem gegenüber deutlich weniger Relevanz. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede in den Altersgruppen:

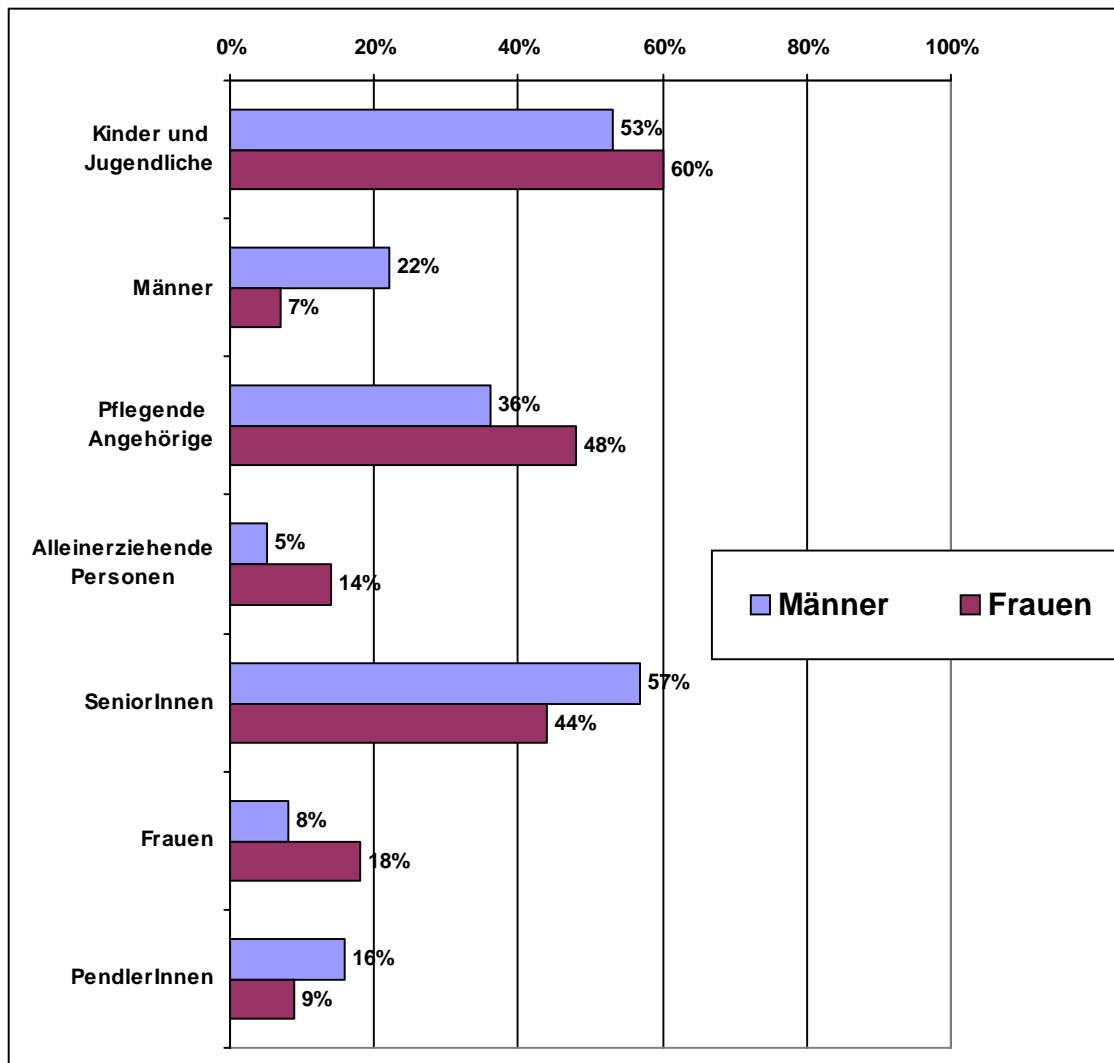
Zielgruppen gesundheitsfördernder Angebote – nach Altersgruppen (n=227)



Am wenigsten Relevanz wird jungen Männern unter 30 zugewiesen. Kindern/ Jugendlichen und SeniorInnen wird von allen Altersstufen sehr hohe Bedeutung beigemessen. Die Einschätzung der Zielgruppe „Frauen“ schwankt zwischen den Altersgruppen stark.

Unterschiedliche auch die Einschätzung der Relevanz spezifischer Zielgruppen aus der Gender-Perspektive:

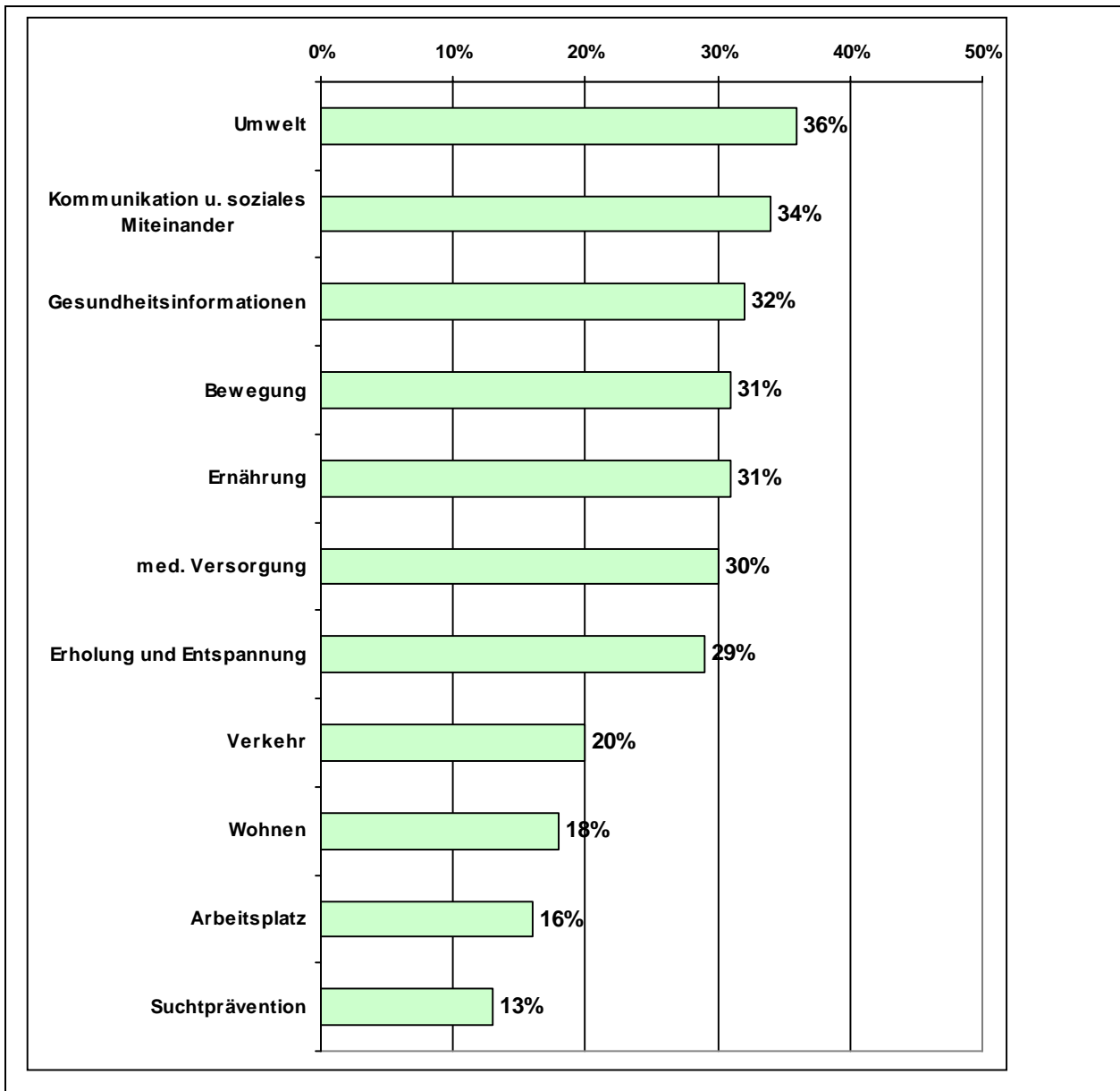
Zielgruppen gesundheitsfördernder Angebote – nach Geschlecht (n=227)



Bei den befragten Frauen besteht besonderer Bedarf bei den Themen Kinder und Jugendliche und pflegende Angehörige. Männer sehen Bedarf bei SeniorInnen und Kinder und Jugendliche. In Bezug auf das eigene Geschlecht besteht ein überraschend einheitlicher Selbstbezug.

Mit den Zielgruppen verbunden ist auch die Einschätzung von gewünschten Gesundheitsthemen. Diese Einschätzung ist auch insofern von Interesse, als sie einen Indikator für das Gesundheitsverständnis der befragten Personen widerspiegelt.

Einschätzung der gewünschten Gesundheitsthemen gesamt – (n=227)

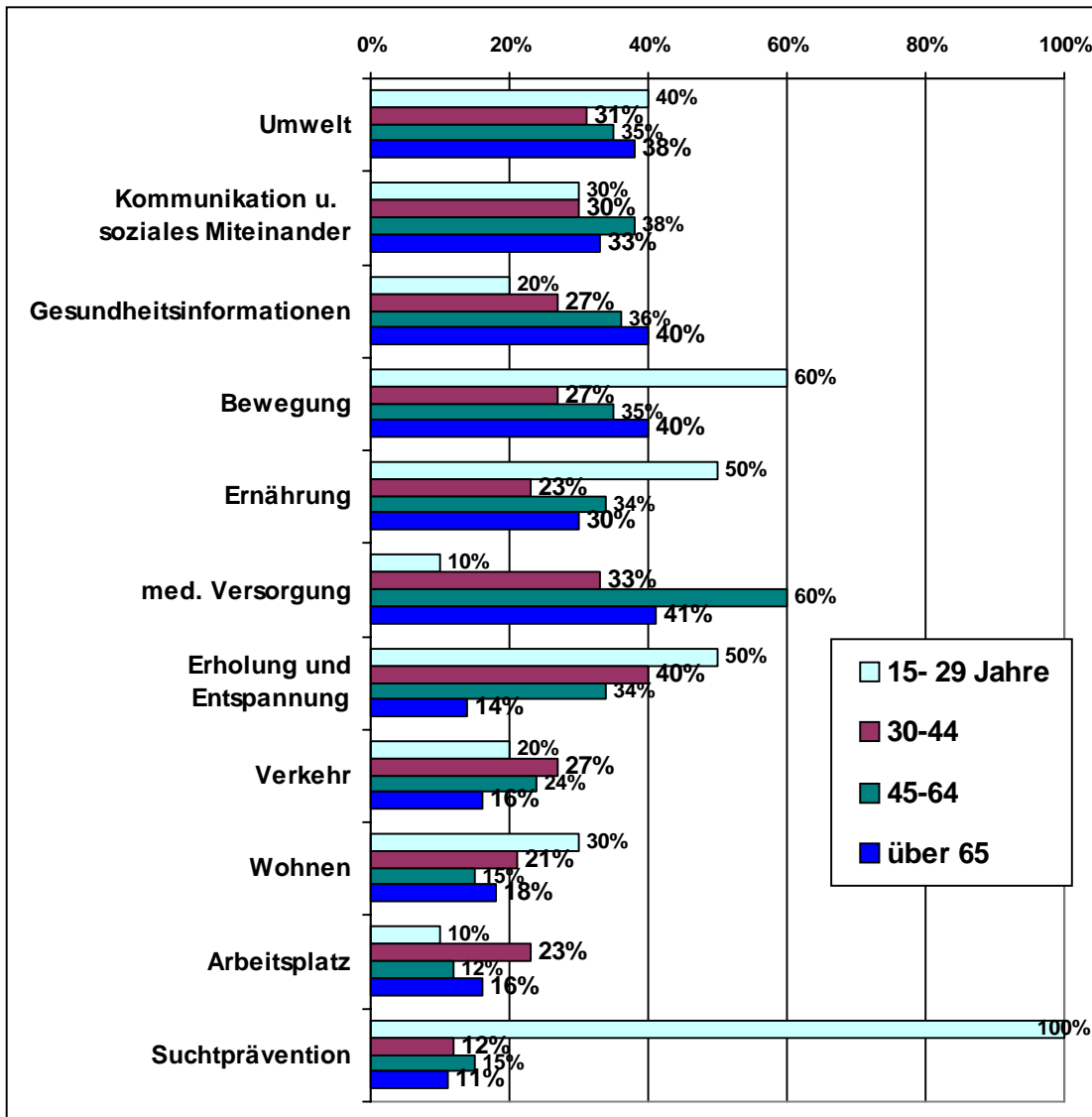


Interessanterweise zeigt sich dabei durchwegs ein sozio-ökologisches Verständnis von Gesundheit, welches offenbar Gesundheit als soziales Phänomen begreift. Es folgen klassische Lebensstilthemen, wie Bewegung, Ernährung und medizinische

Versorgung. Auf weniger Interesse stoßen arbeitsbezogene Gesundheitsthemen oder auch das Themenfeld Suchtprävention.

Allerdings zeigen sich auch beim Themeninteresse große altersspezifische Unterschiede:

Einschätzung der gewünschten Gesundheitsthemen – nach Altersgruppen ¹⁾ (n=227)



Während die Themen Kommunikation und Umwelt über alle Altersgruppen hinweg ähnlich stark nachgefragt werden, streuen Themen wie medizinische Versorgung oder Suchtprävention sehr stark

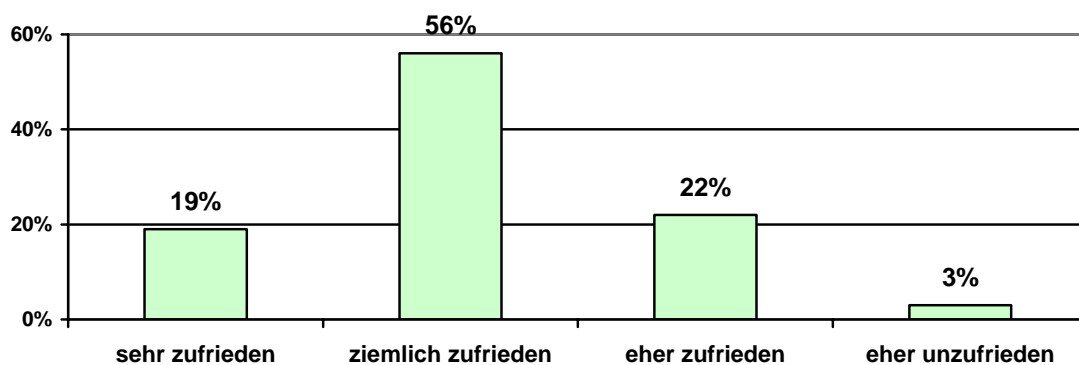
¹⁾ streut stark nach Mengenverteilung der Altersgruppen – daher mit der Gesamtdarstellung nur bedingt vergleichbar.

Bei unter 30 Jährigen sind Lebensstilthemen (Bewegung, Ernährung) stärker im Vordergrund, während mit zunehmenden Alter Bereiche der Gesundheitsinformation und medizinischen Versorgung stärker an Bedeutung gewinnen.

Lebenszufriedenheit

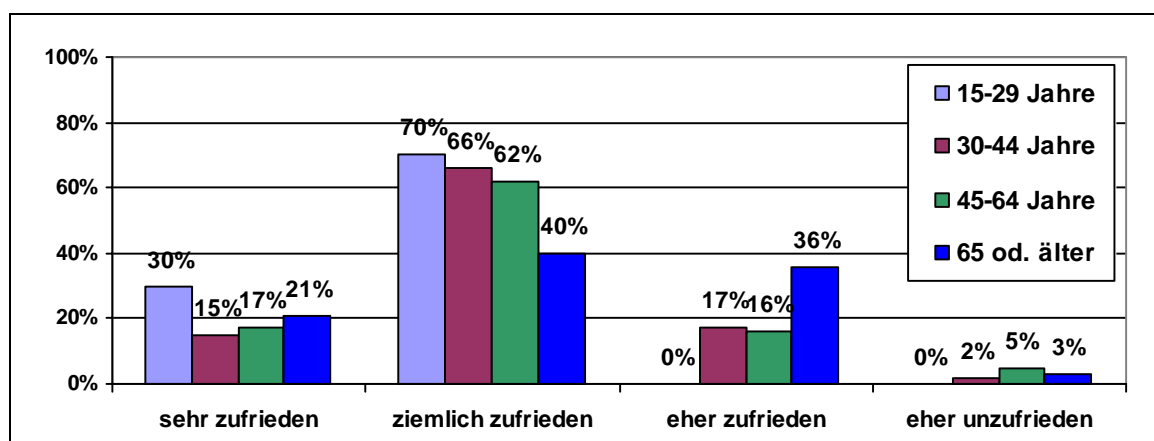
Ein summatives Resümee der allgemeinen Lebenslage bildet die Frage nach der Lebenszufriedenheit. Hierbei zeigt sich eine 1:3 Verteilung. Während rund 75% der Befragten mit ihrem Leben sehr bzw. zufrieden sind, schätzen rund 25% ihre Lebenszufriedenheit eher kritisch ein.

Einschätzung der subjektiven Lebenszufriedenheit – (n=227)



Auch hierbei zeigen sich deutliche Unterschiede in den Altersgruppen.

Einschätzung der subjektiven Lebenszufriedenheit – (n=227)



Die Zufriedenheit mit dem Leben ist bei den jüngsten Befragten mit Abstand am Größten und fällt mit zunehmendem Alter ab.

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag versucht einen kurzen Überblick bezüglich der Funktion und Inhalte einer ersten Gesundheitsbefragung in Gesunden Gemeinden und Dörfern zu geben. In diesem Kontext liegt die Funktion einer entsprechenden Befragung weniger in einem theoretisch-wissenschaftlichem Interesse, als vielmehr in einem praxisorientierten Ansatz.

Gesundheitsbefragungen können dabei sowohl aktivierende, als auch informative, als auch diagnostische Funktionen unterstützen. Auf jeden Fall sollten sie so gestaltet sein, dass für den Befragten ein umfassendes Gesundheitsverständnis sichtbar wird.

Als zentrales Ergebnis der dargestellten Ergebnisse bleibt festzuhalten, dass Projekte der Gesundheitsförderung immer auch zielgruppenspezifisch geplant und umgesetzt werden sollten. Wenn ein Gesundheitsförderungsprojekt Verhalten und Verhältnisse in einer Gemeinde erfolgreich und nachhaltig ändern will, müssen sich die Strategien und Angebote an den Lebensweisen und den Bedürfnissen unterschiedlicher Ziel- und Bevölkerungsgruppen orientieren. Dies gilt im Besonderen für die Differenzierungsmerkmale Gender und Alter.

Auch in der kommunalen Gesundheitsförderung ist die Integration der Gender-Perspektive zu einem zentralen Kriterium geworden. Wie auch die skizzierten Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen in den 3 Gemeinden zeigen, sind die Perspektiven und Bedürfnisse von Männern und Frauen im Bereich Gesundheit in vielen Bereichen voneinander unterschiedlich; sowohl im Gesundheitsbewusstsein und im Lebensstil, aber auch in der subjektiven Zufriedenheit oder der Relevanzeinschätzung von Zielgruppen.

Neben der Gender-Perspektive, spielt die Berücksichtigung der Lebensalter und der Altersgruppen bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen in Gemeinden und Dörfern eine zentrale Rolle. Abseits des sehr unterschiedlichen Gesundheitsverhaltens von Jugendlichen und Älteren, sind auch deren Interessen und Themenwünsche unterschiedlich.

Gesundheitsförderung fordert mit dem Postulat der Chancengleichheit u.a. die unterschiedlichen Realitäten und Zugänge verschiedener Bevölkerungsgruppen in einer Gemeinde zu berücksichtigen und bei der Planung, Durchführung und Auswertung von Projekten und Maßnahmen einzubeziehen.

Gesundheitsbefragungen in Gesunden Gemeinden und Dörfern können vor diesem Hintergrund helfen, einen differenzierteren und genaueren Blickwinkel zu erarbeiten.