



THEMA

„Wirksamkeitsnachweis durch den Einsatz von qualitativen und quantitativen Evaluationsmethoden im Rahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation am Beispiel eines kommunalen Gesundheitsförderungsmodellprojektes in Österreich“

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Betreuer: Dr. med. Martin Sprenger, MPH
Zweitbegutachter: DI Erich Kvas
Erstellt von: Mag. Florian Schnabel
Matrikelnummer: 9710085
Datum: 22.11.2013

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich

Geschäftsbereich

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst habe. Die von mir verwendeten Quellen und Hilfsmittel habe ich angegeben bzw. die wörtlichen und sinngemäß entnommen Stellen anderer AutorInnen als solche kenntlich gemacht.

Graz, 22.11.2013

Ort, Datum



Unterschrift

Kurzfassung

Hintergrund: Die Messung von Qualität und Erfolg von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Interventionen ist das vorrangige Ziel gesundheitswissenschaftlicher Evaluationsforschung. Innerhalb dieser wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation unterschieden. Letztere ist aufgrund ihrer Bedeutung im Hinblick auf eine Legitimation der Finanzierung von Maßnahmen zur umweltbezogenen Gesundheitsförderung dringend notwendig. Die Durchführung der Ergebnisevaluation stößt jedoch an organisatorische und methodische Probleme die ungleich schwerer zu lösen sind, als etwa jene zur Evaluation eines Behandlungserfolges in der Medizin.^[1] Das Ziel der Masterarbeit besteht darin aufzuzeigen, welche qualitativen oder quantitativen sozialwissenschaftliche Methoden sich im Setting Gemeinde eignen, um dem Anspruch der Evidenzsicherung im Rahmen der Evaluation in der Gesundheitsförderung gerecht zu werden.

Methodik: Eine systematische Recherche bildet die Basis des Theorieteils in dem Evaluationsansätze und -instrumente sowie messbare Outcomeparameter in der kommunalen Gesundheitsförderung diskutiert werden. Aufbauend darauf wird ein qualitativ explorativer Forschungsansatz mit problemzentrierten Interviews zum Thema „Erfolgsfaktoren und Stolpersteine bei der Wahl von Evaluationsmethoden in der kommunalen Gesundheitsförderung gewählt. Insgesamt wurden vier ExpertInnen mit verschiedenen Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis befragt (**n = 4**), wobei besonders hervorzuheben ist, dass die ausgewählten Personen sowohl ein fundierte Projekterfahrungen im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung und Evaluation als auch Expertisen in der theoretischen Einbettung dieser Erfahrungen vorweisen können.

^[1] Trojan & Legewie, 2007, S.72

Ergebnisse: Für das Setting Gemeinde existieren eine Reihe sozialwissenschaftlicher Methoden und Instrumente, die sich für die Evaluation eines gesundheitsförderlichen Strukturaufbaus eignen. Dennoch gibt es nicht das eine angepasste Evaluationsdesign, welches in allen Gemeinden gleichermaßen angewendet werden kann, sondern nur Empfehlungen, die subjektiv an die spezifischen Bedingungen der Gemeinde und an dessen Projektziele angepasst werden müssen.

Schlussfolgerungen: Besonders hervorzuheben ist die Erkenntnis, dass ein von Beginn an partizipativer Evaluationsansatz unter Einbeziehung von ExpertInnenwissen im Bereich der Evaluation sowie ein theoriegeleitetes Vorgehen maßgeblich für einen gesundheitsförderlichen Veränderungsprozess im Setting Gemeinde verantwortlich ist.

Schlüsselwörter: Evaluationsmethoden, kommunale Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung, Wirkungsnachweis, Qualitätsentwicklung

Abstract

Background: The measurement of quality and success of health promoting measures and interventions is the primary objective of scientific evaluation in health research. Within this distinction is made between structural, process and outcome evaluation. The outcome evaluation is urgently needed due to its importance in view of the legitimacy of the financing of measures for environmental health promotion. Within conducting outcome evaluation in health promotion there are organizational and methodological problems that are much more difficult to solve, such as those for the evaluation of treatment success in medicine^[1]. The aim of the thesis is to demonstrate the fact which qualitative or quantitative social science methods are suitable in the community setting to meet the demands of securing evidence in the evaluation of health promotion.

Methods: A systematic search is the basis of the theoretic part in the theses in which the evaluation approaches, instruments and measurable outcome parameters in community health promotion are discussed. Based on that a qualitative exploratory research approach including problem-centered interviews according to "success factors and pitfalls in the choice of evaluation methods in the context of community health promotion interventions" was selected. A total of four experts (n = 4) were surveyed with different perspectives from research and practice, is important to note that the selected persons can demonstrate both a project experience in community health promotion and evaluation as well as expertise in the theoretical integration of these experiences.

Results: For the community setting there are a number of social science methods and tools that are suitable for the evaluation of Capacity Building. However, there is no single customized design and evaluation that can be applied equally in all

^[1] Trojan & Legewie, 2007, S.72

communities, but only recommendations that must be subjectively adapted to the specific conditions of the community and to the project objectives.

Conclusion: Especially should be emphasized on the result that there is a participatory evaluation approach involving expert knowledge thru the whole evaluation process and a theory-guided approach is largely responsible for Capacity Building in Community health promotion.

Key words: evaluation methods, community health promotion, organizational development, effective evidence, quality development



Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	8
1.1	PROBLEMSTELLUNG.....	8
1.2	ZIELSETZUNG UND FORSCHUNGSFRAGE	10
1.3	METHODIK UND VORGEHENSWEISE.....	11
2	DEFINITIONEN UND BEGRIFFLICHKEITEN.....	12
2.1	GESUNDHEIT.....	12
2.2	GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	14
2.3	EVIDENZ.....	18
2.4	QUALITÄT	21
2.5	EVALUATION	22
3	THEORETISCHE MODELLE	27
3.1	SALUTOGENESEMODELL VON AARON ANTONOVSKY.....	27
3.2	SYSTEMISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG NACH GÖPEL.....	29
3.3	DIE KYBERNETIK - DER UMGANG MIT KOMPLEXEN SYSTEMEN	32
3.4	DER PUBLIC HEALTH ACTION CYCLE NACH ROSENBROCK	34
3.4.1	<i>Phase 1: Problembestimmung.....</i>	<i>35</i>
3.4.2	<i>Phase 2: Planung – Strategieformulierung.....</i>	<i>36</i>
3.4.3	<i>Phase 3: Umsetzung – Implementierung.....</i>	<i>36</i>
3.4.4	<i>Phase 4: Evaluation – Monitoring</i>	<i>37</i>
3.5	WIRKUNGSMODELLE	37
3.5.1	<i>Das Outcome Modell (Nutbeam, 1998).....</i>	<i>37</i>
3.5.2	<i>Das Schweizer Ergebnismodell (Quint-essenz, 2004)</i>	<i>40</i>
3.6	TYOLOGIE VON EVALUATIONSMODELLEN	41
3.6.1	<i>Der partizipative Evaluationsansatz nach Stockmann.....</i>	<i>43</i>
3.7	ABLEITUNGEN AUS DEN THEORETISCHEN MODELLEN.....	46
4	EVALUATIONSMETHODEN IN DER KOMMUNALEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	47
4.1	HERAUSFORDERUNGEN AN DIE QUALITÄTSSICHERUNG IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	48
4.2	AUSGANGSBEDINGUNGEN FÜR ORGANISATIONSENTWICKLUNG IN KOMPLEXEN SOZIALEN SYSTEMEN.....	48
4.2.1	<i>Kommunale Gesundheitsförderung.....</i>	<i>51</i>



4.2.2	Capacity Building	52
4.2.3	Partizipation in der kommunalen Gesundheitsförderung	54
5	QUANTITATIVE UND QUALITATIVE EVALUATIONSMETHODEN	59
5.1	QUANTITATIVE TOOLS IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	59
5.1.1	Community Readiness Tool (amerikanische Version)	60
5.1.2	Community Capacity Building Tool	61
5.1.3	Community Readiness Tool (deutschsprachige Version)	62
5.1.4	Goal Attainment Scaling (GAS)	63
5.2	QUALITATIVE METHODEN IN DER EVALUATIONSFORSCHUNG	64
5.2.1	Dokumentationsbögen	65
5.2.2	Das qualitative Interview	65
5.2.3	Interviews mit Fokusgruppen	66
5.2.4	Fotodokumentation	67
5.3	DER PUBLIC HEALTH ACTION CYCLE FÜR DAS DURCHFÜHREN VON EVALUATIONEN IN DER KOMMUNALEN EVIDENZGESICHERTEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG	68
5.3.1	Die 1. Phase des Public Health Action Cycles	69
5.3.2	Die 2. Phase des Public Health Action Cycles	72
5.3.3	Die 3. Phase des Public Health Action Cycles	73
5.3.4	Die 4. Phase des Public Health Action Cycles	74
5.4	ZUSAMMENFASSUNG	76
6	DAS MODELLPROJEKT „GEMEINSAM GESUND IM BEZIRK OBERWART“	77
6.1	AUSGANGSLAGE DES KOMMUNALEN MODELLPROJEKTES „GEMEINSAM GESUND IM BEZIRK OBERWART“	77
6.2	EVALUATIONSDESIGN DES MODELLPROJEKTES	78
6.2.1	Das Schweizer Ergebnismodell als Grundlagenmodell in der Programmentwicklung	81
6.2.2	Partizipative Prozesselemente und Evaluationsmethoden	83
6.3	ERFAHRUNGEN DER MESSBARKEIT VON CAPACITY BUILDING AUS EINEM KOMMUNALEN GESUNDHEITSFÖRDERUNGSPROJEKT IN ÖSTERREICH (BURGENLAND)	90
7	QUALITATIVE BEFRAGUNG	92
7.1	FORSCHUNGSMETHODE UND INTERVIEWLEITFADEN	92
7.1.1	Auswahl der ExpertInnen	93
7.1.2	Befragungsprozess und Interviewleitfaden	94
7.2	ERGEBNISSE DER EXPERTINNENINTERVIEWS	97
7.2.1	Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema „Evaluation in der Gesundheitsförderung“	97



7.2.2	Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema „Evidenz und Wirkung in der kommunalen Gesundheitsförderung“	100
7.2.3	Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema „Methoden und Instrumente im Einsatz der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation“	102
7.2.4	Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema „Best-Practice und Empfehlungen“	104
8	ZUSAMMENFASSUNG	107
8.1	BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE	107
8.2	DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG	109
	VERZEICHNISSE	111
8.3	LITERATURVERZEICHNIS	111
8.4	INTERNETQUELLEN	115
8.5	ZEITSCHRIFTENARTIKEL	118
8.6	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	121
8.7	TABELLENVERZEICHNIS	121
A.	ANHANG	123
A.1	LEITFADEN – EXPERTENINTERVIEW	123
A.2	ZUSAMMENFASSUNG DER INTERVIEWAUSWERTUNG NACH MAYRING	125

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

“Whereas, in order to increase the value and impact of the action programme, a continuous assessment of the measures undertaken should be carried out, with particular regard to their effectiveness and the achievement of objectives at both national and Community level and, where appropriate, the necessary adjustments should be made.” (European Commission 1996, zitiert nach BzGA 1999)

Vor dem Hintergrund dieser Forderung eines Wirksamkeitsnachweises von Interventionen und Programmen und einer Überprüfung von Programmzielen in der Gesundheitsförderung, ist der Fokus der gesundheitswissenschaftlichen Community in den letzten Jahren stark auf das Thema Evaluation und Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung gerichtet gewesen. Die publizierte Literatur in nationalen und internationalen Fachjournalen belegt diesen Trend.

Stockmann (2006)¹ weist auf die vielschichtige Bedeutung von Evaluation hin. Zum einen versteht er Evaluation als ein spezielles Handeln, bei dem die Gewinnung von Informationen über einen Sachverhalt mit Hilfe empirischer Methoden von Interesse ist – zum anderen werden darunter auch systematische Verfahren zur Informationsbewertung anhand bestimmter Kriterien, zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit subsummiert.

Die Messung von Qualität und Erfolg von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Interventionen ist das vorrangige Ziel gesundheitswissenschaftlicher Evaluationsforschung. Innerhalb dieser wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation unterschieden. Letztere ist aufgrund ihrer Bedeutung im Hinblick auf eine Legitimation der Finanzierung von Maßnahmen zur umweltbezogenen

¹ Stockmann, 2006, S.65

Gesundheitsförderung dringend notwendig. Die Durchführung der Ergebnisevaluation stößt jedoch an organisatorische und methodische Probleme die ungleich schwerer zu lösen sind, als etwa jene zur Evaluation eines Behandlungserfolges in der Medizin.²

In der medizinischen Evaluationsforschung wird der Wirksamkeitsnachweis methodisch durch die Anwendung randomisierter Therapiestudien erbracht. Dieses Studiendesign ist nicht bei allen biomedizinischen Fragestellungen anwendbar - dabei muss die Zielpopulation in einem Mehrgruppendesign (Versuchskontrollgruppe) randomisiert zugeteilt werden. Vor dem Setzen der Intervention in der Versuchsgruppe wird zum Zeitpunkt t0 in beiden Gruppen eine Baseline-Erhebung der vorab definierten Zielindikatoren (Outcomes) durchgeführt. Nach Abschluss der Maßnahmen (t1 oder zu mehreren Zeitpunkten) wird die Messung der Zielparameter (Follow-up-Erhebung) wiederholt. Es wird vermutet, dass eine positive oder negative Veränderung der Zielparameter in der Versuchsgruppe, bei gewisser methodischer Voraussetzung, durch die gesetzte Intervention erzielt wird, während diese in der Kontrollgruppe unverändert bleiben.³

Dieses Studiendesign wird zwar in der Literatur als „randomisierter Gold-Standard“ bezeichnet, die Anwendung wird aber nicht nur in der Gesundheitsförderung, sondern auch in der medizinischen Forschung kritisch diskutiert. So weist Noack (2002)⁴ darauf hin, dass auch im klinischen Kontext die systematische Ausschließung von Interaktionseffekten, die theoretisch durch die Methode der Randomisierung gewährleistet werden soll, als problematisch zu bewerten ist.

Im Umfeld der Public Health Forschung und damit in der Gesundheitsförderung wird die Anwendung dieser Evidenz als kritisch gesehen, da diese nur eingeschränkte Informationen über das kontextabhängige Interventionsfeld der Gesundheitsförderung liefern kann. Umso aussagekräftiger, im Sinne der Evaluation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, ist die Berücksichtigung von

² Trojan & Legewie, 2007, S.72

³ Kolip, 2006, S.236

⁴ Elkes, o.J. www

soziologischen Studien über Muster und Ursachen von Ungleichheiten oder qualitative Studien zur Erfassung von Motiven und Einstellungen zu gesundheitsrelevantem Verhalten in unterschiedlichen sozialen Gruppen.⁵

1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Das Ziel der Masterarbeit besteht demzufolge darin aufzuzeigen, welche qualitativen oder quantitativen sozialwissenschaftliche Methoden sich im Setting Gemeinde eignen, um dem Anspruch der Evidenzsicherung im Rahmen der Evaluation in der Gesundheitsförderung gerecht zu werden. Zudem dient der Public Health Action Cycle dazu, den komplexen Evaluationsprozess in einzelne Schritte zu unterteilen und für jede der vier Phasen geeignete Empfehlungen für verschiedene Zielsetzungen der Evaluation bereit zu stellen.

Dieser Masterarbeit liegen folgende Fragestellungen zugrunde:

- **Welche sozialwissenschaftlichen Methoden und Instrumente werden in der kommunalen Gesundheitsförderung im Rahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation eingesetzt und welche Erfahrungen wurden auf nationaler Projektebene damit gemacht?**
- **Welche methodischen Limitationen haben quantitative und qualitative Evaluationsmethoden in der Praxis und welche Evaluationsempfehlungen ergeben sich aus der Anwendung in einem kommunalen Gesundheitsförderungsmodellprojekt?**

⁵ Kolip, 2006,S.236

1.3 Methodik und Vorgehensweise

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird ein mehrdimensionaler methodischer Ansatz gewählt. Im ersten Schritt wird eine systematische Literatursuche in fach einschlägigen Journalen durchgeführt. In diesen wird einzeln und in Verbindung nach den Begriffen „qualitative und quantitative Evaluationsmethoden“, „Wirkungsnachweis“, „kommunale Gesundheitsförderung“ und „Qualitätssicherung“ gesucht. Der Zugang erfolgt über den elektronischen Zeitschriftenkatalog der Universität Regensburg. Biomedizinische Datenbanken wie PUBMED und OVID werden ebenfalls herangezogen. Diese systematische Recherche bildet die Basis des Theorieteils in dem Evaluationsansätze und -instrumente sowie messbare Outcomeparameter in der kommunalen Gesundheitsförderung diskutiert werden. Aufbauend darauf wird ein qualitativ explorativer Forschungsansatz mit problemzentrierten Interviews zum Thema „Erfolgsfaktoren und Stolpersteine bei der Wahl von Evaluationsmethoden im Rahmen von Modellprojekten“ in der kommunalen Gesundheitsförderung gewählt.

Auf ExpertInnenenebene werden Personen befragt, die im deutschsprachigen Raum ihre Expertise im Bereich kommunale Gesundheitsförderung und Evaluation in die Fachcommunity eingebracht haben.

Die Durchführung der Interviews erstreckte sich über die Zeitspanne von Juni bis September 2013. Das so generierte Datenmaterial wurde im Anschluss nach der Inhaltsanalyse von Mayring ausgewertet und interpretiert. Die Ergebnisse wurden in letzter Konsequenz mit dem Literaturwissen zusammengeführt. Die daraus abzuleitenden Evaluationsempfehlungen für das kommunale Setting liefern den Endpunkt der Arbeit.

2 Definitionen und Begrifflichkeiten

Für ein besseres Verständnis werden in den nachfolgenden Kapiteln grundlegende Begrifflichkeiten näher beschrieben und definitorisch eingegrenzt. In einem ersten Schritt werden die Begriffe *Gesundheit*, *Gesundheitsförderung*, *Evidenz*, *Qualität* und *Evaluation* erläutert, um im nächsten Kapitel den darauf aufbauenden theoretischen und konzeptionellen Rahmen der Arbeit vorzustellen.

2.1 Gesundheit

Gesundheit, als eine schwer definierbare Konstruktion, wurde von der WHO 1948 als ein „*Zustand des vollständigen, körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur*“ als „*das Freisein von Krankheit und Gebrechen*“ definiert. Die Definition hat aus zweierlei Gründen kaum mehr Relevanz für die wissenschaftliche Arbeit. Zum einen wegen des starren Gesundheitsbegriffs, der in der Definition als Zustand beschrieben wird der unveränderlich scheint und zum anderen wegen der utopischen Sichtweise jemals ein vollständiges Wohlbefinden erreichen zu können. Vielmehr muss Gesundheit als ein multidimensionales Konzept verstanden werden, mit grundsätzlich potentieller Einschränkung⁶.

Aus diesem Grund scheint das darauf abgestimmte vielfältige „*Mandala-Modell der Gesundheit*“ vom Kandier Trevor Hancock aus dem Jahr 1990, eher ein relevantes Modell für die praktische Arbeit im Public Health Bereich zu sein. In seinem Modell werden folgende vier Handlungsebenen für Gesundheit miteinander verknüpft:

- **Handlungsebene der Humanbiologie:** genetische Anlagen, Immunsystem, Physiologie und Anatomie eines Menschen

⁶ Hurrelmann & Franzkowiak, 2010, www

- **Handlungsebene der Lebensstile/Lebensweisen:** Gesundheitsorientierungen, Risikoverhalten, Inanspruchnahme von Gesundheitsvorsorge und -versorgung, Krankheits- und Krisenbewältigung, Ernährung, Bewegung
- **Handlungsebene der psychosozialen und kulturellen Umwelt** sozioökonomischer Status, Milieueinbindungen, Peerkulturen, soziale Unterstützungsnetzwerke
- **Handlungsebene der physikalischen Umwelt und Biosphäre** Wohn- und Arbeitsbedingungen, natürliche und industrielle Umwelt, klimatische Bedingungen⁷

Nachfolgende **Abbildung 1** veranschaulicht das Mandala Modell mit seinen interagierenden Ebenen und wird dann in weiterer Folge näher beschrieben:

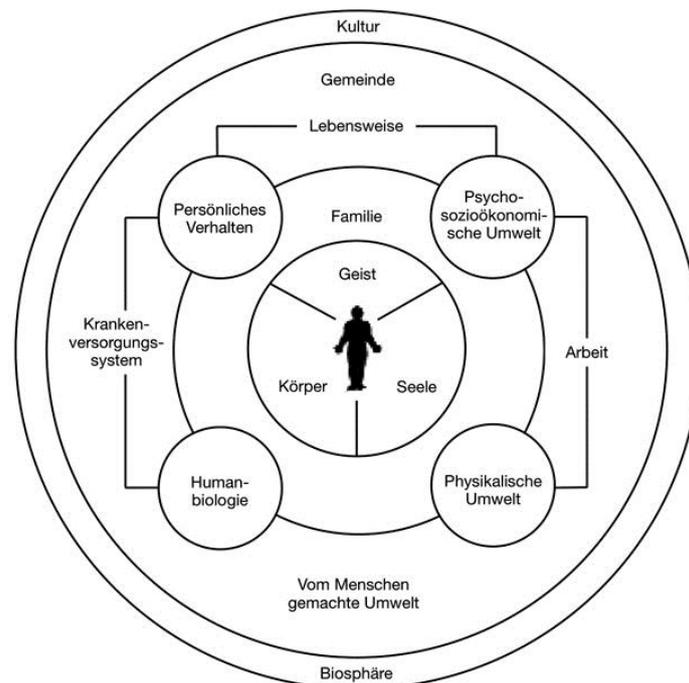


Abbildung 1: Hancocks „Mandala Modell der Gesundheit“ Quelle: Hurrelmann & Franzkowiak, 2010, www

⁷ Hurrelmann & Franzkowiak, 2010, www

Das Modell wird vom Autor Hancock als „dynamisch und interaktiv“ beschrieben und stellt dabei mit dem Kreis (= Mandala) die grundsätzliche Verbundenheit des Menschen mit dem Universum dar. Dynamisch aus dem Grund, weil sowohl alle beschriebenen Faktoren die Gesundheit des Menschen beeinflussen und auf ihn einwirken, als auch umgekehrt vom Menschen selbst beeinflussbar sind. Die Interaktivität bezieht sich in seinem Modell auf die verstärkende wie auch aufhebende Wirkung der jeweiligen Faktoren und spiegelt damit Ansichten der ganzheitlichen Gesundheitsförderung wieder⁸.

Das „*Mandala Modell der Gesundheit*“ ist aufgrund seines multidimensionalen Zugangs als eine Art Determinantenmodell für Gesundheit relevant für die adäquate Anwendung gesundheitsförderlicher, sozialwissenschaftlicher Methoden und Instrumente in der kommunalen Gesundheitsförderung und bietet damit eine Grundlage für Handlungsstrategien und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung, die im kommenden Punkt daher näher beschrieben werden.

2.2 Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ (WHO, 1986)

Das soeben beschriebene WHO Verständnis von Gesundheitsförderung zeigt deutlich die eingenommene ganzheitliche ressourcenorientierte Perspektive und setzt damit am vorab beschriebenen multidimensionalen Gesundheitsbegriff an.

⁸ Waller, 2006, S.30

Gesundheitsförderung basiert demnach nicht auf eine reine Vermeidung von Krankheiten und Krankheitsrisiken, wie sie in der Prävention angestrebt wird, sondern sieht seine Kernaufgabe in der Beeinflussung von Gesundheit und deren Determinanten im Sinne der Ottawa Charta aus dem Jahr 1986. Damit verbunden ist gleichermaßen die Anerkennung der Handlungsebenen und dazugehörigen Handlungsstrategien des *Mehrebenenmodells der Gesundheitsförderung*, welches daher zunächst in **Abbildung 2** anschaulich dargestellt und im Anschluss daran näher beschrieben wird:

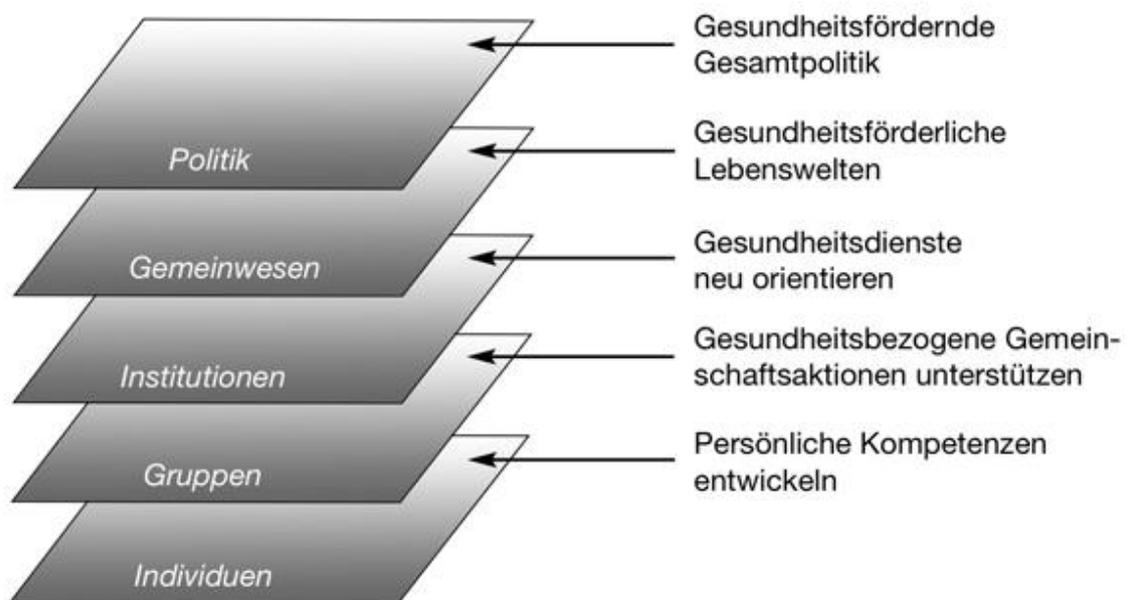


Abbildung 2: Das „Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung“, Quelle: Kaba-Schönstein, 2011, www

Handlungsfeld 1: Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (*building healthy public policy*):

Die Berücksichtigung von gesundheitlichen Auswirkungen (sowohl fördernde als auch hindernde) über die Grenzen der Politik- und Verwaltungssektoren hinaus ist

Ziel dieses ersten Handlungsfeldes⁹. Damit soll ein Umdenken in der Gesundheitspolitik erreicht werden, in dem das Kriterium Gesundheit in allen politischen Entscheidungen grundsätzlich mit einbezogen werden muss. Damit wird klar, dass für die Umsetzung dieser gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (*Ebene der Politik*), neue Strukturen und Verfahren geschaffen werden müssen, die diesen Prozess unterstützen und koordinieren¹⁰.

Handlungsfeld 2: Schaffen von gesundheitsfördernden Lebenswelten (creating supportive environments):

Das Schaffen von gesundheitsförderlichen Lebenswelten impliziert unterstützende Rahmenbedingungen für Menschen zu schaffen, die eine Erhaltung seiner vorhandenen Ressourcen ebenso beinhaltet wie den Schutz seiner natürlichen und sozialen Umwelt (Arbeits- und Lebensbedingungen)¹¹. Die Umsetzung des zweiten Handlungsfeldes bezieht sich damit nicht nur auf die Qualitätsverbesserung in Organisationen sondern ebenso auf Gemeinde, Städte und Regionen (*Ebene des Gemeinwesens*). Nationale und regionale EntscheidungsträgerInnen müssen diesen Umstand im Rahmen ihrer Managementaufgaben wahrnehmen und das Entwickeln von tragfähigen Kooperationen zur Unterstützung anstreben¹².

Handlungsfeld 3: Gesundheitsdienste neu orientieren (reorienting health services):

Traditionelle Gesundheitsdienste sehen sich als Einrichtung, um Prävention zu betreiben und damit Krankheiten zu verhindern. Eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste fordert einen Perspektivenwechsel, in der Gesundheitsförderung als ein neues Selbstverständnis wahrgenommen wird und damit eine stärkere Berücksichtigung der psychischen, seelischen und sozialen Bedürfnisse anstrebt¹³. Dies erfordert das Verändern von vorhandenen Strukturen, Arbeitsabläufen und

⁹ Klemperer, 2010, S.167

¹⁰ Grossmann & Scala, 2011, S.24

¹¹ Haas, Breyer, Knaller & Weigl, 2013, S.12

¹² Grossmann & Scala, 2011, S.26

¹³ Klemperer, 2010, S.168

Finanzierungen ebenso wie das Überdenken der derzeitigen Personalqualifizierung (Ebene der Institutionen)¹⁴.

Handlungsfeld 4: Das Stärken von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen (strengthening community action):

Im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung und Autonomie wird in diesem Handlungsfeld der Fokus auf öffentliche Teilnahme, aktiver Mitbestimmung und höherem Engagement in Gesundheitsbelangen gelegt¹⁵. Ein solches Vorhaben erfordert das Herstellen tragfähiger Vernetzungen, um die Bürgerbeteiligung durch passende Infrastrukturen tatsächlich zu erhöhen¹⁶.

Handlungsfeld 5: Entwickeln von persönlichen Kompetenzen (developing personal skills):

Um den Einfluss auf die eigene Gesundheit und eigene Lebenswelt zu erhöhen, soll hier das Entwickeln von persönlichen und sozialen Fähigkeiten im Mittelpunkt stehen. Die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen, Bereitstellen von Informationen und Strategien zur Verbesserung der sozialen Kompetenz sind Möglichkeiten, um den Menschen dahingehend zu stärken und dienen dazu das Handlungsfeld fünf leichter zu realisieren¹⁷.

Auf diesen fünf Handlungsstrategien aufbauend, sollen nach Ansicht der WHO (1986) zusätzlich folgende drei Handlungsstrategien zur Verwirklichung von Gesundheitsförderung beitragen:

- 1. Anwaltschaft für Gesundheit (*advocacy*)** bedeutet in diesem Zusammenhang, dass GesundheitsförderInnen durch „aktives anwaltschaftliches Eintreten

¹⁴ Grossmann & Scala, 2011, S.28

¹⁵ Haas et al, 2013, S.13

¹⁶ Grossmann & Scala, 2011, S.26

¹⁷ ebd., S.27

politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische und Umwelt- und Verhaltensfaktoren Gesundheit positiv beeinflusst wird¹⁸.

2. **Befähigen und ermöglichen (*enable*):** Ziel dieser Handlungsstrategie ist die Förderung von Kompetenzen und Empowerment, mit dem erklärten Ziel eine Verringerung der Unterschiede des Gesundheitszustandes und Verwirklichung des größtmöglichen Gesundheitspotentials aller Menschen¹⁹.
3. **Vermitteln und vernetzen (*mediate*)** durch das Eingehen dauerhafter Kooperationen und Partnerschaften innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens unter Einbezug aller Beteiligten in sämtlichen Lebensbereichen (als Einzelner, als Familie und als Gemeinschaft)²⁰

Wesentlich in der Ausübung der eben erwähnten Handlungsfelder und –strategien ist, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung eine komplexe aber sich lohnende Aufgabe darstellt und aus diesem Grund sowie aufgrund der Langfristigkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, der Nachweis der Wirksamkeit zunehmend an Bedeutung gewinnt. Die Erbringung von Wirksamkeitsnachweisen kann damit als ebenso schwierig und komplex bezeichnet werden, wie das Durchführen der Interventionen selbst. Die Aufbereitung von Evidenz, sowie das grundsätzliche Verständnis zu Evidenz in der Gesundheitsförderung werden daher in kommenden Punkt näher beschrieben, um darauf aufbauend methodische Möglichkeiten zur Evidenzsicherung vorzustellen.

2.3 Evidenz

Eine methodische Herausforderung in der Gesundheitsförderung stellt die „Identifizierung und Synthetisierung“²¹ von Evidenz dar. Der Anspruch der an

¹⁸ Trojan & Lehmann, 2010, www

¹⁹ Klemperer, 2010, S:167

²⁰ Haas et al., 2013, S.12

²¹ ebd., S.16

Evidenzen (lat.: *evidentia* = Augenscheinlichkeit) in der Gesundheitsförderung gestellt wird, ist die Versorgungsoptimierung mit Blick auf Effizienz und Effektivität der gesetzten Maßnahmen²² - immer unter Einbezug der Prinzipien der Gesundheitsförderung. Evidenz kann dabei nach Ahrens, Bammann und Pigeot²³ in interne und externe Evidenz geteilt werden. Die *externe Evidenz* bezieht sich dabei auf wissenschaftliche Evidenzen und *interne Evidenz* auf die Motivation und Erfahrung der beteiligten Akteure. Der erwähnte „randomisierte Gold-Standard“ aus der Medizin scheint in der Gesundheitsförderung nicht der richtige Ansatz zu sein, um externe Evidenz zu generieren, da dabei nicht nur der klinischen Kontext als problematisch zu werten ist, sondern eben auch die Komplexität und Langfristigkeit der gesetzten Interventionen. Die Erreichung externer Evidenz in der Gesundheitsförderung erfordert daher eine ganz neue Herangehensweise.

Smith, Tang und Nutbeam (2006) definierten „Evidenz in der Gesundheitsförderung“ als die *„Identifikation von Ursachen und vermittelnden Faktoren für Gesundheit und die Ermittlung der effektivsten Gesundheitsförderungsprogramme für gegebene Zielgruppen auf Basis von fundierten, systematischen und nachvollziehbaren Forschungsergebnissen“*²⁴. Eine Verdichtung dieser systematischen Forschungsergebnisse liefern systematische Reviews, die Befunde aus Studien verschiedener Herkunft und unterschiedlicher Designs metaanalytisch zusammenfassen und mit Hilfe standardisierter Methoden analysiert²⁵. Um eine Aussagekraft zur enthaltenen Evidenz zu bekommen, dienen Evidenzhierarchien (aus der Medizin kommend) zur Einstufung der Verlässlichkeit des in ihnen enthaltenen Wissens. Die stärkste Evidenz wird dabei von Meta-Analysen über RCTs (randomisierte kontrollierte klinische Studien) erzielt, die schwächste Evidenz über ExpertInnenmeinungen²⁶.

²² Kliche, Koch, Lehmann & Töppich, 2006, S.141

²³ 2008, S:246

²⁴ Smith, Tang & Nutbeam, 2006, S.342

²⁵ Kliche et al., 2006, S.141

²⁶ Noack, 2008, S.16

Trotz dieser Möglichkeit der Zuordnung besteht die Sorge, ob damit in der Gesundheitsförderung ebenfalls eine hinreichende Aussagekraft erreicht werden kann. Generell scheinen Interventionsstudien, Evaluationen, partizipative und qualitative Forschungsansätze eher geeignet zu sein, um Wirksamkeitsbelege in der Gesundheitsförderung zu erbringen²⁷. Auf der Suche nach adäquaten Möglichkeiten werden daher *Qualität* und *Evaluation* anhand gesundheitsförderungsspezifischer Indikatoren zur Qualitätsmessung immer mehr in den Fokus gerückt²⁸. Klassifiziert werden können dabei vier Arten von Indikatoren:

1. **Inputindikatoren:** Sie bilden die für die Zielerreichung eingesetzten finanziellen, personellen und technischen Ressourcen ab.
2. **Outputindikatoren:** Mit Hilfe der Outputindikatoren werden unmittelbare und konkrete Ergebnisse der durchgeführten Maßnahmen abgebildet
3. **Outcomeindikatoren:** Der tatsächliche Nutzen, der durch die Zielsetzung erreicht werden konnte, wird durch diese Indikatoren dargestellt.
4. **Impactindikatoren:** messen nachhaltige längerfristige Konsequenzen²⁹

Indikatoren können im Rahmen der Erhebung quantitative oder qualitative Maßzahlen verwenden, wobei dabei noch kein Rückschluss auf deren Qualität gezogen werden kann. Vielmehr ist wichtig, ob ein Indikator theoretisch begründet, methodisch korrekt, praktisch anwendbar für alle Beteiligten ist und politischen Anforderungen genügt³⁰.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass evidenzgeleitete Gesundheitsförderung oder die Gewinnung von Wirksamkeitswissen in der Gesundheitsförderung zwar auf bestehende Erfahrungen aus dem medizinischen Bereich zurückgreifen kann, jedoch ein eigenständiges Forschungsfeld darstellt.

²⁷ Haas et al., 2013, S.25

²⁸ Haas et al, 2013, S.19

²⁹ Meyer, 2004, S.7

³⁰ ebd., S:24

Fragen zur Evidenz sind demnach nicht nur rein wissenschaftliche Fragestellungen, sondern müssen immer in einem gesundheitspolitischen Kontext gesehen werden³¹. Die Qualität zu sichern scheint dabei ein wichtiger Ansatz zu sein, um dafür eine Grundlage zu schaffen und erfordert daher relevante messbare Qualitätsmerkmale anhand derer diese operationalisiert werden kann. Aus diesem Grund wird unter nachfolgendem Punkt Begriff Qualität näher beschrieben.

2.4 Qualität

Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu operationalisieren und damit einen Wirkungsnachweis zu liefern, setzt ein Verständnis für und eine Auseinandersetzung mit dem Begriff *Qualität* voraus. Mit dem Qualitätsbegriff verbunden, ist die Einhaltung von Normen und Spezifikationen, die damit eine objektive Beurteilung scheinbar erleichtern kann³². Hier stellt sich allerdings die Frage, ob Normen und Spezifikationen in der Gesundheitsförderung tatsächlich so leicht messbar sind.

Ein relevantes Konzept zur wissenschaftlichen Begleitung im Rahmen der Operationalisierung von Qualität ist das weit verbreitete Modell von Donabedian (1966) mit seinen auf Dienstleistungen ausgerichtete Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität³³. Um eine Übertragbarkeit auf die Gesundheitsförderung zu erreichen, wird von namhaften Autoren (Loss, Eichhorn, Reisig, Wildner & Nagel, 2007; Kolip et al. 2013) eine Erweiterung mit einer vierten Dimension nämlich, Planungs- oder Konzeptqualität vorgeschlagen, die den anderen drei Dimensionen vorgeschaltet wird. Diese vier Ebenen der Qualität liefern demnach, bei sachgemäßer Anwendung, Kenntnisse über Ausgangsbedingungen, eine Grundlage für eine Qualitätsabschätzung und erleichtern damit die Mittel- und

³¹ Kuhn, Lampert & Ziese, 2012, S.9

³² Stockmann, 2006, S.22

³³ Kolip, Gerken, Schaefer, Mühlbach & Gebhardt, 2013, S. 22

Ressourcenplanung für Gesundheitsförderungsmaßnahmen³⁴. Nachfolgend werden daher alle Dimensionen für ein besseres Verständnis näher beschrieben.

Im Rahmen der **Planungsqualität (Konzeptqualität)** wird zunächst eine umfassende Bedarfsanalyse der Zielgruppe vorgenommen, was eine Spezifizierung der Zielgruppe im Vorfeld voraussetzt. Neben diesem Aspekt werden Zugangswege, „inhaltliche, didaktisch-methodische und organisatorische Aspekte“ sowie eine mögliche Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit der gesetzten Maßnahmen reflektiert³⁵. Die (infra-) strukturellen Rahmenbedingungen und qualifikatorischen Grundvoraussetzungen des Trägers und der beteiligten Organisationen werden mit der **Strukturqualität** erfasst³⁶. Die Qualität der Umsetzung und Durchführung einer Intervention mit Hilfe von Feedback-Schleifen oder ähnlichen systematischen Reflexionsmethoden wird im Rahmen der **Prozessqualität** fokussiert. Damit stehen die Zielerreichung durch optimierte Arbeitsprozesse und –abläufe im Mittelpunkt der Untersuchungen. Die letzte zu erwähnende Qualitätsebene ist die **Ergebnisqualität**, die sich auf Effektivität und Effizienz (Outcome) und demnach auf Wirkungen von Maßnahmen bezieht. Darin eingeschlossen sind Fragen nach einem angemessenen Verhältnis von Kosten zu Nutzen einer Maßnahme sowie Fragen nach deren Nachhaltigkeit. An diesen vier Qualitätsebenen kann die Evaluation ansetzen, um vor dem Hintergrund einer knappen Ressourcenlage im Gesundheitswesen Wirkungen zu beurteilen.

2.5 Evaluation

Evaluationen (lat. „*valor*“ = einen Wert aus etwas ziehen/Bewertung) im wissenschaftlichen Kontext erfahren in den vergangenen Jahren zunehmende Bedeutung. Bewertet werden können spezifizierte Sachverhalte, Prozesse,

³⁴ Kliche, Töppich, Kawski, Koch & Lehmann, 2004, S.125

³⁵ Kolip et al, 2013, S.22

³⁶ Kolip, 2006, S.238

Programme, Maßnahmen, Wirkungen, Zusammenhänge sowie ganze Organisationen, um letztendlich Managemententscheidungen zu erleichtern³⁷. In diesem Sinne kann die Evaluation als ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung durchgeführter Programme gesehen werden³⁸. Programme sind laut Hellstern und Wollmann (1983) *„komplexe Handlungsmodelle, die auf die Erreichung bestimmter Ziele gerichtet sind, die auf bestimmten, den Zielen angemessen erscheinenden Handlungsstrategien beruhen und für deren Abwicklung finanzielle, personelle und sonstige Ressourcen bereitgestellt werden“*³⁹. Im Evaluationsalltag urteilen dabei Personen mit methodischem Erfahrungswissen, also Experten für Evaluationen, nach vorab explizit auf einen zu bewertenden Sachverhalt bezogene Kriterienkatalog, systematisch und objektiv, um darauf aufbauend das geeignete Evaluationsdesign zu wählen.

Die soeben erwähnten vier grundlegenden Aspekte einer Evaluation (Gegenstand – Evaluator – Kriterien – Verfahren) erfordern bereits im Vorfeld der Evaluation eine verbindliche, nachvollziehbare und umfassend dokumentierte Präzisierung, um Risiken die ein Scheitern des Programms verursachen könnten zu minimieren. Als empirisch – wissenschaftliches Verfahren in der angewandten Sozialwissenschaft müssen Evaluationen eine *„methodisch kontrollierte, verwertungs- und bewertungsorientierte Form des Sammelns und Auswertens von Informationen“* bieten, um finanzielle Mittel und bereitgestellte Ressourcen in Zeiten der Ressourcenknappheit nicht zu verschwenden. Vor diesem Hintergrund wird klar, dass Evaluatoren einer Vielfalt an Umgebungseinflüssen ausgeliefert sind, die eine systematische Methodik für Evaluationen im Alltag nach sich ziehen. Als wichtige Parameter zählen dabei vier Programmdimensionen (Ziele – Maßnahmen – Effekte – Programmumwelt) die zu berücksichtigen sind und damit eine Orientierung im umfassend zu evaluierenden Programm bietet. Zentrale Fragen richten dabei ihren

³⁷ Kromrey, 2001, S.107

³⁸ Loss, Eichhorn, Reising, Wildner & Nagel, 2007, S.199

³⁹ zitiert nach Kromrey, 2001, S.107

Blick auf den Gegenstand der Evaluation (Was wird evaluiert?), auf den Zeitpunkt der Evaluation (Wann wird evaluiert?), auf den Ort der Evaluation (Wo ist die Evaluation angesiedelt?) sowie auf die zu bewertenden Kriterien der Evaluation (Wer beurteilt nach welchen Kriterien?)⁴⁰. und setzen dabei an den vier vorab erwähnten Qualitätsdimensionen mit der Planungs-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisevaluation an:

Planungsevaluation/Strategieevaluation (ex ante): Noch bevor eine Maßnahme umgesetzt wird, setzt die Planungsevaluation an und überprüft, ob die Voraussetzung gegeben ist, dass die angestrebten Ergebnisse mit vorhandenen personellen, organisatorischen und finanziellen Ressourcen erreicht werden können⁴¹.

Strukturevaluation: Im Rahmen der Strukturevaluation werden (kommunale) Strukturen mit Hilfe verschiedener Indikatoren und methodischer Verfahren erhoben und damit operationalisiert. Für die Erhebung eignen sich insbesondere strukturierte Gruppengespräche mit Experten auf kommunaler Ebene, Gesundheitsberichte, leitfadengestützte Interviews, Dokumentationen, leitfadengestützte Befragungen sowie teilnehmende Beobachtungen⁴²

Prozessevaluation (on-going): Bei der Prozessevaluation stehen projektbegleitende und unterstützende Maßnahmen ebenso wie Indikatoren der Arbeitsweise der Akteure im Fokus. Dabei werden die geplanten Aktivitäten mit den tatsächlich durchgeführten Aktivitäten verglichen⁴³. Der Vorteil liegt darin vorhandene Defizite und Zusammenhänge im Projekt besser herauszuarbeiten und somit entscheidend zur erfolgreichen Durchführung des Projektes beiträgt⁴⁴.

⁴⁰ Kromrey, 2001, S.119

⁴¹ Quint-essenz, 2013, www

⁴² Knesebeck, Zamora & Rugulies, 1999, S.172

⁴³ Nitsch & Waldherr, 2011, S.249

⁴⁴ ebd., S.252

Ergebnisevaluation (ex post): Die Ergebnisevaluation geht der Frage der Zielerreichung nach.⁴⁵, demnach steht die Kongruenz von Zielen und Ergebnissen im Mittelpunkt des Bewertungsprozesses⁴⁶.

Evaluationen können zudem verschiedene Funktionen innehaben. Entscheidend ist die enge Verbundenheit dieser Evaluationsfunktionen, die nicht voneinander getrennt werden können, allerdings durch eine Priorisierung einer Funktion das gesamte Evaluationsdesign steuern⁴⁷. Nachfolgende **Abbildung 3** veranschaulicht die vier Leitfunktionen von Evaluationen und deren Zusammenhang:

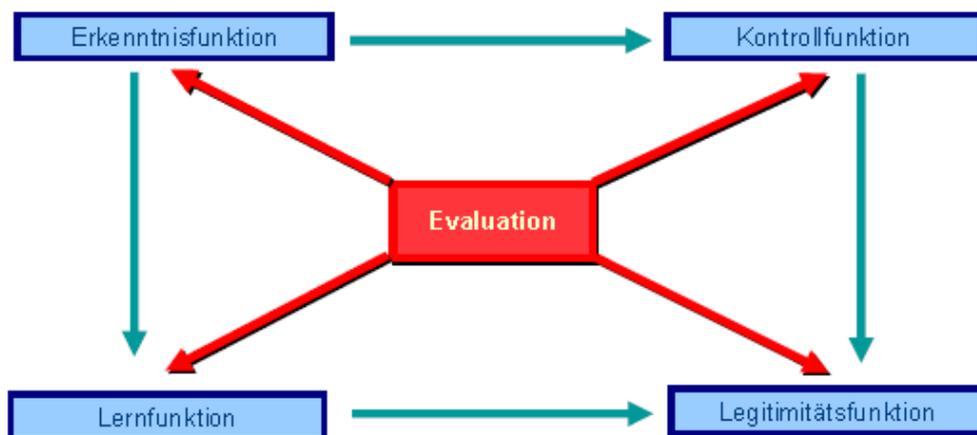


Abbildung 3: Leitfunktionen von Evaluationen, Quelle: Stockmann, 2006, S.67

Mit Evaluationen sollen in erster Linie neue Erkenntnisse gewonnen werden. Der Erkenntnisgewinn kann sich dabei sowohl auf den Programmverlauf und dessen Zielerreichung beziehen wie auch auf sämtliche Rahmenbedingungen rund um ein durchgeführtes Programm. Ausschlaggebend ist dabei die reine Informationssammlung zur Gewinnung neuer Erkenntnisse und liefert damit eine

⁴⁵ Nitsch & Waldherr, 2011, S.250

⁴⁶ Knesebeck et al., 1999, S.174

⁴⁷ Stockmann, 2006, S.69

Grundlage für Managemententscheidungen. Wird bei der Verarbeitung der neu gewonnenen Erkenntnisse die Entscheidungsfindung nicht allein in den Fokus gestellt, können diese gesammelten Informationen ebenfalls für Kontrollzwecke administrativen Handelns herangezogen werden. Kriterien sind dabei Effektivität, Effizienz, Akzeptanz oder die Nachhaltigkeit und dienen damit einer direkten aber auch indirekten Form der Überprüfung relevanter Qualitätsindikatoren eines Programms. Offen gelegte Informationen können eine Basis für Dialoge zwischen Stakeholdern bieten und fördert damit nicht nur die Transparenz der Datenlage sondern nebenbei eine Weiterentwicklung aller Beteiligten, was wiederum eine Adaptierung des Programms nach sich ziehen kann. Vor dem Hintergrund eines möglichst effizienten Finanzmitteleinsatzes im Rahmen von kommunalen Programmen wird deutlich, dass eine umfangreiche Datenbasis der Legitimierung der durchgeführten Maßnahmen und Programme dienen kann. Evaluationsergebnisse werden dabei häufig anhand vorab festgelegter Kriterien für politische Entscheidungen genutzt, um damit ihr Handeln zu legitimieren⁴⁸.

⁴⁸ Stockmann, 2006, S.69

3 Theoretische Modelle

In diesem theoretischen Teil werden zunächst die relevanten Modelle, die als Grundlage für die vorliegende Arbeit dienen näher beschrieben, um darauf aufbauend in den nachfolgenden Kapiteln Evaluationsmethoden vorzustellen, die für die kommunale Gesundheitsförderung von Bedeutung sind.

3.1 Salutogenesemodell von Aaron Antonovsky

Aaron Antonovskys Modell der Salutogenese (abgeleitet vom lateinischen Begriff *Salus*: Unverletztheit, Heil und Glück sowie vom griechischen Begriff *Genese*: Entstehung) beschäftigt sich mit der zentralen Frage was Menschen gesund hält, „trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse“⁴⁹. Dies zeigt deutlich den Unterschied zum bisherigen Pathogenesemodell, welches sich an der Entstehung und Behandlung von Krankheiten orientiert. Antonovsky verwendet für seine Herangehensweise an das Thema Gesundheit eine Flussmetapher als Abbild des Lebens, um damit anschaulich zu erklären, welcher Ansatz seiner Meinung nach in der Gesundheitsförderung verfolgt werden sollte. Seiner Ansicht nach springen die Menschen freiwillig in den Fluss und verweigern gleichzeitig das Schwimmen zu erlernen. Hier muss daher im salutogenetischen Sinne gefragt werden, wie der Mensch in diesem Fluss am ehesten dazu gebracht werden kann, dass er schwimmen erlernt und nicht zu fragen, warum er es verweigert. Gesundheit ist nach seiner Vorstellung auch kein Zustand den es als oberstes Ziel gilt zu erreichen, sondern vielmehr ist der Mensch immer ein wenig gesund und ein wenig krank, wobei er hierfür das Gesundheits- und Krankheits-Kontinuum verwendet. Wichtig ist hierbei nicht der reine dichotome Zugang zu Gesundheit (entweder gesund oder krank), sondern die jeweilige Entfernung zu einen der beiden Pole, wie er sie nennt.

⁴⁹ Bengel et. al., 2001, S.24

Ein weiteres Kernelement seines Modells ist das Kohärenzgefühl (SOC: sense of coherence) und zeigt damit seine Grundhaltung der Ressourcenorientierung. Das Kohärenzgefühl setzt sich seiner Ansicht nach aus folgenden drei Kernelementen zusammen:

1. **Das Gefühl der Verstehbarkeit (*comprehensibility*):** beschreibt die kognitive Fähigkeit des Menschen die von außen kommenden Stimuli (auch unbekannte) als sinnhaft, geordnet, konsistent, strukturiert und klar wahrzunehmen und diese nicht als chaotisch, unwillkürlich und unerklärlich.
2. **Das Gefühl der Handhabbarkeit (*manageability*):** kennzeichnet das Maß an Vertrauen in sich und andere, um Anforderungen und Stressoren zu begegnen und diese bewältigen zu können.
3. **Das Gefühl von Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit (*meaningfulness*):** repräsentiert die für ihn wichtigste Dimension, nämlich die Einstellung das Leben als sinnvoll zu empfinden sich selbst wichtig genug zu nehmen, um sich für etwas einzusetzen, was einem als wichtig erscheint⁵⁰. Fehlt die Sinnhaftigkeit das Leben meistern zu wollen, kann diese Dimension nicht durch die beiden anderen Komponenten ausgeglichen werden.

Ein hohes Maß an Kohärenzgefühl ist seiner Ansicht nach nötig, um flexibel auf Anforderung reagieren zu können, stellt jedoch keinen speziellen Persönlichkeitstyp dar, sondern eine grundsätzliche Orientierung an Ressourcen als andauerndes Merkmal. Diese Sichtweise deckt sich mit der Ansicht des Autors dieser Arbeit. Das Salutogenesemodell mit seiner Ressourcenorientierung, dem Kohärenzgefühl und der besonderen Definition von Gesundheit ist damit ein wichtiges Grundlagenmodell, welches dieser Arbeit zugrunde liegt.

⁵⁰ Franke, 2010, S.163

3.2 Systemische Gesundheitsförderung nach Göpel

Die systemische Gesundheitsförderung basiert auf der Grundlage der Systemtheorie nach Niklas Luhmann und erfordert daher einen Einblick in die Begriffsdefinition von Systemen, um den Ansatz in seiner Ganzheit zu verstehen. Systeme sind nach Luhmann „komplizierte Gebilde, die organisieren, seligieren⁵¹ und operieren“, wobei Operationen die „Letztelemente der Systeme“ darstellen⁵². Der Mensch operiert demnach innerhalb dieser Systeme mit Kommunikationsformen wie Sprache, Schrift oder diversen Medien und erzeugt damit seine eigene spezifische Umwelt die sich als „Differenz von System und Umwelt“ abzeichnet. Systemteile unterscheiden sich durch diese Differenzierung zwar grundlegend voneinander dennoch stehen sie zusätzlich in Abhängigkeit zueinander. Vor diesem Hintergrund wird klar, dass eine Fülle an Systembeschreibungen möglich sind, die vom Menschen selbst konstruiert werden.

In der systemischen Gesundheitsförderung unterscheidet Göpel⁵³ in Anlehnung an Luhmanns Theorie zwischen natürlichen, technischen und sozialen Systemen. *Soziale Systeme* entstehen seiner Ansicht nach durch die Entwicklung der Sprache (Kommunikation) in Kombination mit einem reflektierenden Bewusstsein und einem damit einhergehenden bewussten Handeln in Lebensumwelten denen sie zugehören⁵⁴. Diese Lebensumwelten des Menschen oder Lebenswelten des Alltags (Settings) stellen ein wichtiges Kernelement in der systemischen Gesundheitsförderung dar und gewinnen in der Gesundheitsförderung zunehmend an Bedeutung. Mit diesem Hintergrund will die systemische Gesundheitsförderung den Blick auf Rahmenbedingungen und Handlungskontexte eines Systems lenken und dabei reflektieren, wie eine Stärkung aller Akteure und Beteiligter unterstützt

⁵¹ **selegieren:** auswählen, aussuchen, selektieren

⁵² Berghaus, 2011, S.33

⁵³ 2010, www

⁵⁴ ebd., www

werden kann damit diese ein Leben in Wohlbefinden führen können⁵⁵. Übertragen auf die Gemeinde sollen für BürgerInnen damit gesundheitsförderliche Orte für die tägliche Nutzung ihrer Regulationsmechanismen geschaffen werden.

Durch die Fokussierung auf die Lebenswelt des Einzelnen kann der Schluss gezogen werden, dass sich ein Perspektivenwechsel von reiner verhaltensorientierter hin zu einer verhältnisorientierten Gesundheitsförderung vollzogen hat damit die Selbstbestimmung nachhaltig gestärkt werden kann. Der Settingansatz kann in diesem Zusammenhang als Antwort auf die Frage nach einer Möglichkeit zur Kopplung dieser beiden Orientierungen verstanden werden⁵⁶.

Pelikan⁵⁷ beschreibt *Settings* als Lebenswelten, in der sich der Mensch hinsichtlich seiner Gesundheit (positiv wie auch negativ) zeitweise (re-) produziert und dabei als komplexe materiosoziokulturelle Lebenswelt, sowohl „einer Vielzahl von gesundheitsrelevanten Ressourcen“ als auch einer Vielzahl von „Risiken“ ausgesetzt ist⁵⁸. Settings haben damit auf den in ihm befindlichen Menschen sowohl direkten als auch indirekten Einfluss und sind häufig „im Kern organisierte soziale Systeme mit einer spezifischen, häufig hierarchischen Governance-Struktur, die damit ihre eigenen Strukturen, Prozesse und Umwelten gezielt beeinflussen können“. Zudem sind Settings dazu geeignet eine Optimierung der eigenen Gesundheitsbilanz zu erzielen, indem sie im Setting gezielte, umfassende und aufeinander abgestimmte gesundheitsförderliche Maßnahmen entwickeln, die die Gesundheit nachhaltig verbessern. Neben den genannten Aspekten haben Settings den Vorteil, dass Kommunikation dazu führt, dass eine Vielzahl von Personen durch eigens entwickelte Maßnahmen angesprochen werden können, dennoch aber nur wenige Personen zur Verantwortung gezogen werden können, wenn Änderungen anstehen.

⁵⁵ Göpel, 2012, www

⁵⁶ ebd., www

⁵⁷ 2007, S.79

⁵⁸ Pelikan, 2011, S.66

Der Settingansatz hat sich in den vergangenen Jahren zu einem wichtigen Begriff in der Gesundheitsförderung sowie in der Public Health Forschung entwickelt⁵⁹ und unterscheidet dabei zwischen zwei grundlegenden Ansätzen. Zum einen bezieht sich die Unterscheidung auf *Gesundheitsförderung im Setting* und zum anderen auf die Schaffung eines *gesundheitsförderlichen Settings* mit Hilfe der Konzepte der Organisationsentwicklung unter Einbezug sämtlicher Beteiligten (Partizipation)⁶⁰. Kommunen sind dabei zentrale Settings für Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Ihre Aufgaben erstrecken sich dabei auf die Bereitstellung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen, die den Lebensraum Stadt und Kommune für alle BürgerInnen verbessern⁶¹. Organisationsentwicklung sollte im Idealfall in der Kommune soweit zur Normalität werden, dass sich das Setting dabei kontinuierlich selbst neu erfindet und nach den Bedürfnissen sämtlicher Beteiligter neu gestaltet⁶². Unter Organisationsentwicklung werden nach Trojan und Legewie⁶³ Maßnahmen verstanden, die eine Organisation in ihrer Gesamtheit verändern von einem Istzustand hin zu einem gewünschten Sollzustand. Übertragen auf die Gemeinde soll dabei die gesamte Kommunalverwaltung sowie deren Umwelt mit einem möglichst hohen Beteiligungsgrad sämtlicher dazugehöriger Systemmitglieder soweit verändert werden, dass es ein gesundheitsförderliches Setting entstehen kann. Nachdem die Gemeinde in hohem Maße von politischen Entscheidungen abhängt, werden dadurch Evaluationen im Hinblick auf einen möglichst effizienten Einsatz der vorhandenen Mittel maßgeblich beeinflusst und zählen damit zu komplexen Systemen, mit komplexen Interventionen, mit einer nach sich ziehenden komplexen Evaluation. Aus diesem Grund wird in nachfolgendem Kapitel der Umgang mit komplexen Systemen näher untersucht und beschrieben.

⁵⁹ Sahrai, 2009, S. 240

⁶⁰ ebd., S.243

⁶¹ Siebert, 2012, S.125

⁶² Rosenbrock, 2005, S.63

⁶³ 2007, S.18

3.3 Die Kybernetik - der Umgang mit komplexen Systemen

Komplexe Interventionen, wie es gesundheitsförderliche Maßnahmen im kommunalen Setting sind, äußern sich laut FGÖ (Fonds Gesundes Österreich) darin, dass viele der nachfolgenden Charakteristika auf sie zutreffen:

- Multistrategischer Zugang
- Multidisziplinärer Zugang
- Langfristige und vielfältige Wirkung
- Interaktive Elemente
- Nicht-lineare Wirkpfade
- Vielzahl an beteiligten Personen
- Hoher Grad der Flexibilität bei der Umsetzung
- Komplexe Instrumente
- Umsetzung in komplexen, sich veränderten Systemen mit komplexen, sich veränderten Kontexten⁶⁴

Wie im vorangegangenen Kapitel angeführt eignet sich der Setting-Ansatz dazu, diese Komplexität aufzuzeigen, wobei die Generierung von Wirksamkeitsnachweisen eine große Herausforderung darstellt⁶⁵. Zu Beginn des kommunalen Gesundheitsförderungsprogrammes ist daher wichtig, sich der Komplexität bewusst zu sein, um in einem nächsten Schritt eine Reduktion der Komplexität von durchgeführten Gesundheitsförderungsmaßnahmen anzustreben. Der Begriff der Kybernetik (griech.: *kybernetes* = Steuermann) versucht diese Reduktion zu ermöglichen, wobei dieser nicht einfach zu klären ist, da unterschiedliche Disziplinen auf die Kybernetik zugreifen und damit jeweils ihre spezifische Begriffsdefinition anbieten.

⁶⁴ FGÖ, 2013, S.15

⁶⁵ Petticrew, 2011, S.18

Dennoch können trotz dieser Komplexität drei wesentliche Kernelemente analysiert werden die eine Entscheidung erleichtern, was kybernetisch ist und was nicht. Diese drei Elemente werden daher nachfolgend angeführt und näher beschrieben:

1. Das Element der Regelung (Feedback)
2. Das Element der Information (Kommunikation)
3. Das Element von den Wirkungszusammenhängen (Komplexität)

Ein erstes wesentliches kybernetisches Element ist das Element der Regelung (*Feedback*), welches eine eindeutige Unterscheidung zur Systemtheorie darstellt. Damit sollen Regulationsvorgänge in komplexen Systemen beschrieben werden, die sich an einem Zielwert orientieren und durch wiederkehrende Ist- und Sollabgleiche eine immer besser werdende Annäherung an den angestrebten Zielwert erreicht. Das Feedback (deutsch: Rückkoppelung), welches ebenso komplex ausfallen kann, wie das System selbst, ermöglicht dabei beobachtbare und beeinflussbare Variablen der Umwelt durch Handlungen soweit zu steuern, dass diese verzerrt werden und damit einer ständigen Veränderung ausgesetzt sind. Ziel ist bei all diesen Veränderungen jedoch immer die Annäherung an den vorab definierten Zielwert im Auge zu behalten.

Das zweite Kernelement der Kybernetik ist das Element der Information (Kommunikation), welches sich vielfältiger Abstraktionsprozesse bedient. Durch Abstraktion (*dt.: entfernen, trennen*) bietet die Kybernetik Instrumente an, um Kommunikation, als Austausch von Informationen, erfolgsversprechend anzuwenden. Ähnlich wie die bereits beschriebene Systemtheorie beschäftigt sich auch die Kybernetik mit Funktionen und Strukturen von komplexen Systemen aber lenkt dabei den Blick gezielt auf das dritte Element der Kybernetik, nämlich das Element der Wirkungszusammenhänge (Komplexität). Auch hier bedient sich die Kybernetik der Abstraktion und Generalisierung und erkennt damit Struktur- und Organisationsprinzipien, die sonst unerkannt geblieben wären.

Die Kybernetik, wie sie in dieser Arbeit verstanden wird, als sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Ast der Kybernetik, untersucht Maßnahmen in

komplexen Systemen durch das Wahrnehmen von Ist- und Sollzuständen durch wiederkehrende kybernetische Rückkoppelungsprozesse, dass eine Förderung von Erkenntnis- und Entwicklungsprozessen möglich wird⁶⁶. Aus diesem Grund eignet sich das theoretische Modell der Kybernetik besonders gut, um komplexe kommunale gesundheitsförderliche Interventionen einfacher und besser verstehbar zu machen.

3.4 Der Public Health Action Cycle nach Rosenbrock

Kommunale Gesundheitsförderungsmaßnahmen zählen zu komplexen Interventionen in Form eines Programmbündels in komplexen Systemen⁶⁷. Die Herausforderung ist dabei, wie erwähnt, die Komplexität zu vereinfachen, um eine umfangreiche Evaluation überhaupt möglich zu machen. Zu diesem Zweck wurde das Grundlagenmodell Public Health Action Cycle (Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) in den achtziger Jahren im Rahmen einer Untersuchung des US-amerikanischen Institute of Medicine entwickelt, der sich in die vier Phasen Problemanalyse, Strategieformulierung, Implementierung und Evaluierung bzw. Monitoring unterteilt⁶⁸.

Die einzelnen Teilschritte des Public Health Action Cycle werden daher zunächst schematisch in nachfolgender **Abbildung 3** dargestellt und in weiterer Folge näher beschrieben.

⁶⁶ Kaufmann, 2000, S.25

⁶⁷ Kuhn, Lampert & Ziese, 2012, S.9

⁶⁸ Rosenbrock & Gerlinger, 2004, S.25

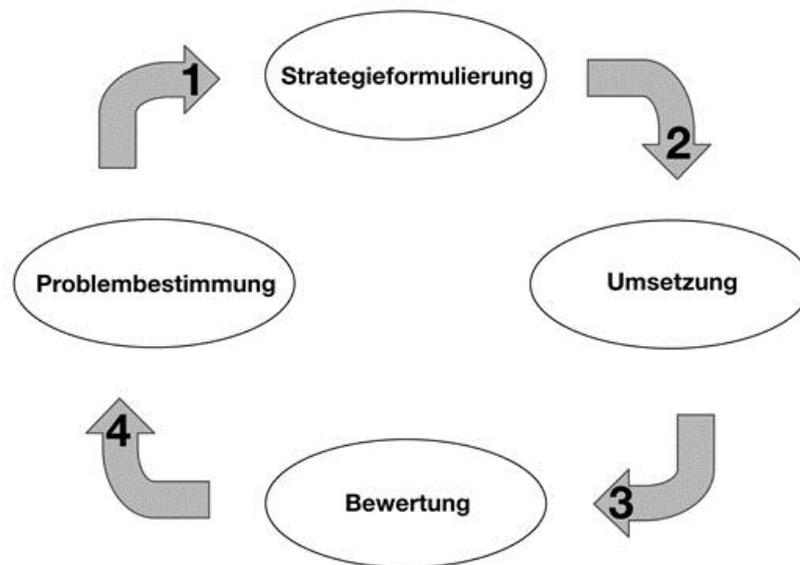


Abbildung 4: Public Health Action Cycle (Gesundheitspolitischer Aktionszyklus nach Rosenbrock 1995, Quelle, Rosenbrock & Hartung, 2010, www

3.4.1 Phase 1: Problembestimmung

Die Umsetzung des ersten Teilschrittes des Public Health Action Cycles setzt eine umfassende Diagnose sämtlicher vorhandener Gesundheitsressourcen sowie eine Analyse der bestehenden Gesundheitsproblemlagen im Setting voraus. Objektive und wissenschaftliche Untersuchungen dienen dabei ebenso als Datengrundlage wie subjektive Gesundheitsbeschreibungen und Bedürfnisse. Speziell auf das jeweilige Setting angepasste Methoden und Instrumente unterstützen diesen Prozess, um eine zielgruppenspezifische und möglichst genaue Erhebung durchzuführen. Ausgangsbasis ist jedoch zunächst eine grundlegende positive Einstellung zu Veränderung auf Seiten der EntscheidungsträgerInnen und die Bereitschaft notwendige finanzielle Ressourcen für den Veränderungsprozess bereitzustellen. In

dieser Phase muss daher eine adäquate Zeit zur Förderung des Handlungswillens sowie das gezielte Wecken von Interessen mit berücksichtigt werden⁶⁹.

3.4.2 Phase 2: Planung – Strategieformulierung

Die zweite Phase des Public Health Action Cycles ist geprägt von einer auf theoriegestützte und evidenzbasierte Erkenntnisse beruhende und vorab definierte Problemlagensituation basierende Strategieformulierung unter Einbezug der gesellschaftlichen, institutionellen und individuellen Ebene des Systems. Das unbedingte frühzeitige Einarbeiten von Reaktionsvarianten auf Veränderungen auch in anderen Teilen des Systems erfordert in dieser Phase ein breites internes wie auch intersektorales Wissen. Zielparameter und realistische Zielgrößendefinitionen für spezifische Zielgruppen sind ebenso zu präzisieren sowie eine Reflektion der vorhandenen Situation vor Ort in der die Intervention umgesetzt werden soll⁷⁰. Ein Projektantrag der die Problemstellung, das Projektziel, der genauen Vorgehensplan, die Projektorganisation sowie das vorhandene Budget auflistet schließen die zweite Phase des Public Health Action Cycles ab⁷¹.

3.4.3 Phase 3: Umsetzung – Implementierung

Im dritten Schritt werden die vorab geplanten Interventionsstrategien im Setting implementiert und umgesetzt. Gut ausgerichtete und klar strukturierte Kommunikationen unter Einbezug sämtlicher Beteiligter des Gesamtsystems unterstützen den positiven Verlauf der Implementierung ebenso wie Kenntnisse im Bereich des Projekt-, Konflikt und Qualitätsmanagements⁷².

⁶⁹ Ruckstuhl et al., 2008, S.14

⁷⁰ Kolip, 2006, S.235

⁷¹ Ruckstuhl et al, 2008, S.25

⁷² ebd., 2008, S.33

3.4.4 Phase 4: Evaluation – Monitoring

Der vorerst letzte Schritt ist gekennzeichnet durch eine kritische Bewertung der Wirksamkeit der Interventionen durch eine Gegenüberstellung der vorab definierten Ziele des Projekts mit den erreichten Ergebnissen. In der Gesundheitsförderung stehen allerdings Kosten-und-Nutzen Verhältnisse nicht nur vordergründlich im Mittelpunkt der Analyse, sondern auch das Verhältnis des Gesamtaufwands des Projekts im Verhältnis zum Benefit der Akteure. Ergebnisse dieser Phase fließen im Rahmen des Rückkopplungsprozesses des Public Health Action Cycles erneut in das Projekt mit ein und der Kreislauf kann von neuem beginnen. Die Intervention wird durch diese Lernspirale laut Flothow, Kempf, Kuhnt & Lehmann⁷³ zu einer immer wirksamer werdenden gesundheitsförderlichen Intervention für alle involvierten Personen.

3.5 Wirkungsmodelle

Eine grundsätzliche Orientierung für die Auswahl relevanter Indikatoren für eine Wirksamkeitsmessung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen liefern sogenannte „Ergebnismodelle“, die sowohl kurz-, mittel- als auch langfristige Ergebnisse in unmittelbaren Zusammenhang mit Interventionen und deren Wirkungen stellen⁷⁴. Die bekanntesten Modelle werden daher in chronologischer Form nachfolgend kurz vorgestellt.

3.5.1 Das Outcome Modell (Nutbeam, 1998)

Das sogenannte Outcome-Modell von Don Nutbeam wurde erstmals in den 1990-er Jahren publiziert und basiert in seinen Grundannahmen auf den Vorgaben der

⁷³ 2011, S.6

⁷⁴ Nutbeam, 1998, S.29

WHO⁷⁵. Das Modell soll eine Möglichkeit der Komplexitätsreduktion bieten und unterscheidet im Modell zunächst zwischen drei Typen von *health promotion actions* (*education, social mobilisation (vormals: facilitation) und advocacy*), die jeweils kurz-, mittel- und langfristige Ergebnisse nach sich ziehen. *Education* bedeutet bei ihm, das Bereitstellen von Rahmenbedingungen, um eine Kapazitätsentwicklung in Gemeinschaften oder auch auf individueller persönlicher Ebene zu fördern. Zentrales Ergebnis ist dabei die Förderung von *health literacy* (die Gesundheitskompetenz), welche er in drei Kategorien einteilt. Die *funktionale Kompetenz* stellt bei ihm die Basis dar, die das Verstehen von reinen Gesundheitsinformationen durch Lese- und Schreibfähigkeiten ermöglicht. Zweite Stufe ist die *interaktive Kompetenz*, welche bereits umfangreiche kognitive Fähigkeiten sowie Lese-, Schreib- und Sozialkompetenzen umfasst. Die höchste Stufe ist die *kritische Kompetenz* bei der Gesundheitsinformationen kritisch analysiert werden können und damit eine größere Kontrolle seiner Lebenssituation zu erhalten durch das Vorhandensein von umfassenden kognitiven und sozialen Fähigkeiten⁷⁶.

Mittelfristige Ergebnisse beziehen sich auf eine Veränderung der Gesundheitsdeterminanten (*healthy lifestyles* wie z.B. den Tabakkonsum, die Ernährung und körperliche Aktivität) und langfristig können seiner Ansicht nach eine Lebensqualitätsverbesserung und eine Senkung der Morbidität oder Mortalität daraus resultieren. Die zweite Unterteilung ist die *social mobilisation*, was so viel wie *community development* beziehungsweise das Weiterentwickeln von Rahmenbedingungen zur Stärkung von Partnerschaften jeder Art heißt. Kurzfristig erreichbar ist dadurch eine Verbesserung der Partizipation und des Empowerments und mittelfristig eine Veränderung im Gesundheitswesen. Langfristige Ergebnisse sind dabei deckungsgleich mit den Ergebnissen von *Education*. Die letzte Unterteilung bezieht sich bei Nutbeam auf die sogenannte *advocacy* (das Schaffen und Verändern von vorhandenen Strukturen). Sie hat kurzfristig zur Folge, dass

⁷⁵ WHO Gesundheitsdefinition von 1948 und Ottawa-Charta von 1986

⁷⁶ Nutbeam, 2000, S:263

beispielsweise organisationale gesundheitsförderliche Veränderungen stattfinden, mittelfristig aber ganz allgemein strukturelle gesundheitsförderliche Umweltbedingungen geschaffen werden.

Nachfolgend wird in **Tabelle 1** zum besseren Verständnis das Modell mit allen Indikatoren, anhand derer die Ergebnisse gemessen werden können, nochmals grafisch dargestellt⁷⁷:

Tabelle 1: Das Outcome-Modell von Nutbeam, Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Nutbeam 2000, S. 262

Health & Social Outcomes	Social outcomes measures include: Quality of life, functional independence equity Health outcomes measures include: reduced morbidity, disability, avoidable mortality		
Intermediate Health Outcomes (modifiable determinates of health)	Healthy lifestyles measures include: tobacco use, food choices, physical activity, alcohol and illicit drug use	Effective health services measures include: provision of preventive services, access to and appropriateness of health services	Health environments measures include: safe physical environment, supportive economic and social conditions, good food supply, restricted access to tobacco, alcohol
Health Promotion Outcomes (interventions impact measures)	Health literacy measures include: health-related knowledge, attitudes, motivation, behavioural intentions, personal skills, self-efficacy	Social action and influence measures include: community participation, community empowerment, social norms, public opinion	Healthy public policy and organisational practice measures include: policy statements, legislation, regulation, resource allocation, organisational practices
Health Promotion Actions	Education examples include: patient education, school education, broadcast media and print media communication	Social mobilisation examples include: community development, group facilitation, technical advice	Advocacy examples include: lobbying, political organisation and activism, overcoming bureaucratic inertia

⁷⁷ Nutbeam, 2000, S.262

3.5.2 Das Schweizer Ergebnismodell (Quint-essenz, 2004)

Das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz aus dem Jahr 2004, kann als eine Weiterentwicklung des eben beschriebenen Outcome Modells von Don Nutbeam gesehen werden, welches weitere Differenzierungen der Outcome Kategorien vorgenommen hat⁷⁸. Durch die Einführung der neuen Kategorien und Unterkategorien kann das Modell eine breitere Anwendung in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen finden⁷⁹. Durch die dabei entstandenen Zwischenstufen bis hin zum Endziel „Gesundheit“ können Wirkungszusammenhänge besser aufgezeigt werden, die Ergebnisse systematischer erfasst werden und damit einen direkten Einfluss auf individueller (bzw. Gruppenebene) oder organisationaler Ebene herbei führen⁸⁰. Das Ergebnismodell der Schweiz besteht aus vier Stufen, die es erlauben, dass sowohl Gesundheitsprobleme, die darauf aufbauenden geplanten Gesundheitsziele sowie die tatsächlich erreichten Ziele abgebildet werden können.

Durch diese besondere Art der Darstellung sind Wirkungen und Wirkungszusammenhänge, Lücken aber auch Häufungen sowie theoretische und empirische Befunde auf verschiedenen Ebenen leichter ablesbar⁸¹. Folgende **Abbildung 4** zeigt das Schweizer Ergebnismodell:

⁷⁸ Heinzmann, Bergmann & Läubli-Loud, 2008, S.120

⁷⁹ Ackermann, Broesskamp-Stone & Ruckstuhl, 2005, S.6

⁸⁰ Spencer, Broesskamp-Stone, Ruckstuhl, Ackermann, Spoerri & Cloetta, 2007, S.87

⁸¹ Ackermann et al, 2005, S.6



Das Ergebnismodell im Überblick



AutorInnen: Cloetta, Bernhard; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursei; Ruckstuhl, Brigitte; Spörri-Fahrni, Adrian
© Gesundheitsförderung Schweiz. Anleitung: www.gesundheitsfoerderung.ch

Abbildung 5: Schweizer Ergebnismodell, Quelle: Quint-essenz Schweiz, 2013, [www](http://www.gesundheitsfoerderung.ch)

Das Schweizer Ergebnismodell eignet sich gut, um sowohl eine Situationsanalyse vorzunehmen, den Evaluationsprozess sowie praktische Interventionsplanungen zu unterstützen und wird daher vom Autor als ein praktisch anwendbares Modell erachtet, welches für die vorliegende Arbeit relevant ist.

3.6 Typologie von Evaluationsmodellen

Evaluationsmodelle liefern eine normative und theoretisch begründete Grundlage zur korrekten Durchführung von Evaluationen hinsichtlich ihrer Planung und Durchführung. Sie gehen der Frage nach welches angestrebte Ziel, welcher Erfolg mit welcher Wirkung durch Evaluationen erzielt werden soll, gibt dabei

Bewertungsmaßstäbe für die Durchführung und deren Mitwirkenden vor und ist abhängig von der eingenommenen Werthaltung zur Evaluation.

Nachfolgende **Tabelle 2** zeigt Typologien die den Evaluationsmodellen zugrunde liegt, wobei die werte-distanzierten Modelle „die Klärung und Priorisierung von Werten außerhalb des Evaluationsprozesses“ zu sehen sind⁸².

Tabelle 2: Typologie der Evaluationsmodelle, Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Beywl, 2006, S.96

Typ	Name des Modells	Methodenpräferenz	Besonderheiten des Modells
Werte-distanziert	Programmzielgesteuerte Evaluation (objectives-based studies oder Effektivitätsstudien)	Quantitativ	Überprüft in welchem Maß ein explizites operationalisiertes Programmziel erreicht wird
	Experimentaldesgingesteuerte Evaluation	Quantitativ	Kontrolliert und bewertet, ob zielgruppenspezifische Resultate auf Programmmaßnahmen zurückzuführen sind oder auf andere Faktoren durch randomisierte Zuteilung in Kontrollgruppe oder Experimentalgruppe
	Quasiexperimentaldesgingesteuerte Evaluation	Quantitativ	Interventions- und Vergleichsgruppe ohne Randomisierung, um ethische Konflikte zu verhindern. Trägt allerdings nicht zur Programmoptimierung bei, sondern liefert Aussagen, was passiert wäre ohne Programmintervention
	Programmkosten/-nutzengesteuerte Evaluation (Wirtschaftlichkeitsüberprüfung)	Monetär/quantitativ	Kosten und Nutzen Gegenüberstellung – ökonomische Messgrößen liegen im Vordergrund
	Programmtheoriegesteuerte Evaluation (theory-driven evaluation)	Eher quantitativ	Zentrales Element ist die Programmtheorie mit seinen Programmdimensionen. Multimethodische Vorgehen
	Kontextmechanismusge-steuerte Evaluation (realistic/realist evaluation)	Gleichrangig	Will einen Wirkungsnachweis durch theoretisch begründete Ursachenprüfung im Rahmen einer Programmoptimierung
Werte-realistische Modelle	Spannungsthemengesteuerte Evaluation (responsive evaluation)	Eher qualitativ	Die evaluierende Person fungiert als primäres Erhebungsinstrument und liefert den Stakeholdern die zu bewertenden Informationen. Diese beurteilen und schlussfolgern für weitere Programmplanungen – emergente Evaluation
	Dialoggesteuerte Evaluation	Qualitativ	Bezieht Beteiligte und Betroffene als Erkenntnisinstrumente mit ein. 1. Entdeckungsphase 2. Integrationsphase So viel Konsens wie möglich soll erreicht werden.

⁸² Beywl, 2006, S.96

Typ	Name des Modells	Methodenpräferenz	Besonderheiten des Modells
Werte-priorisierende Modelle	Entscheidungsgesteuerte Evaluation (decision/accountability-oriented)	Gleichrangig	Berücksichtigt ganz explizit Entscheidungssituationen. Soll Informationen vor, während oder nach der Programmdurchführung rechtzeitig bereitstellen – Interessen von anderen Personen, Alter, Nationalität usw. werden in diesem Modell vernachlässigt
	Nutzungsgesteuerte Evaluation	Gleichrangig	Nutzung (Handlungen, die durch eine Evaluation ausgelöst werden) steht im Vordergrund
	Stakeholderinteressen-gesteuerte Evaluation	Eher qualitativ	Gleichberechtigter Einbezug aller Betroffenen und Beteiligten im Rahmen des gesamten Evaluationsprozesses
Werte-positioniert Modelle	Selbstorganisationsgesteuerte Evaluation (empowerment evaluation/inclusive evaluation)	Eher qualitativ	Ähneln der Selbstevaluation – hilft dabei sich selbst zu helfen. Programmverantwortliche, -mitarbeitende und -nutzende führen Evaluation gemeinsam durch

Der in kommenden Kapitel beschriebene partizipative Evaluationsansatz nach Stockmann kann mittels dieser Typologie-Tabelle den Werte-priorisierenden oder positionierenden Modellen zugeordnet werden und ist durch seinen dynamischen Evaluationsprozess ein dieser Arbeit zugrunde gelegter konzeptioneller Rahmen.

3.6.1 Der partizipative Evaluationsansatz nach Stockmann

Um die Validität von Evaluationsergebnissen zu erhöhen entwickelte Stockmann⁸³ den partizipativen Evaluationsansatz. Im Rahmen dieses Ansatzes durchlaufen im Idealfall die Evaluatoren zusammen mit den Evaluierten drei Phasen beginnend mit der Design-Entwicklungsphase über die Datenerhebungs- und analysephase bis hin zur letzten Phase der Verwertung der ermittelten Befunde. Nach einem sogenannten „Klima des Vertrauens“, als Grundvoraussetzung für erfolgreiches weiteres Vorgehen wird in der Design-Entwicklungsphase auf bestehendes Methodenwissen der Evaluatoren aufgebaut. Dieses bezieht sich zum einen auf geeignete Evaluationsmethoden sowie auf darauf aufbauende präzise Tools zur Datenerhebung. In der Regel werden dabei in Abhängigkeit der zentralen

⁸³ 2004, S.13

Fragestellung sowohl quantitative als auch qualitative Zugänge gewählt, um dem Anspruch eines multiplen methodischen Ansatzes zu entsprechen. Die Überprüfung der Zielerreichung, eine Wirkungs- und Kausalbetrachtung sowie die Bewertung von prozessbezogenen Daten stehen hierbei ebenso im Mittelpunkt wie die Berücksichtigung der oft knappen zeitlichen und finanziellen Ressourcenlage. In der zweiten Phase der Datenerhebung- und analyse stehen objektiv zu beurteilende Prozesse, Strukturen und Wirkungen im Fokus immer unter Einbezug sämtlicher Betroffenen und Beteiligten, um die Akzeptanz zu erhöhen. Die Akzeptanz kann nach Stockmann nur erhöht werden, wenn „Sinn und Zweck der Evaluationen prinzipiell übereinstimmen“ und sich die Akteure über „Potentiale, Chancen, [...] Risiken und Grenzen“ der Evaluation bewusst sind. Ist die umfangreiche Datenerhebung und – analyse abgeschlossen werden daraus Empfehlungen abgeleitet, die dann in der dritten Phase partizipativ bewertet und diskutiert werden.⁸⁴

Der partizipative Evaluationsansatz lässt sich gut mit folgender **Abbildung 4** nochmals veranschaulichen und kann durchaus als ein dynamischer Evaluationsprozess verstanden werden:

⁸⁴ Stockmann, 2004, S.14

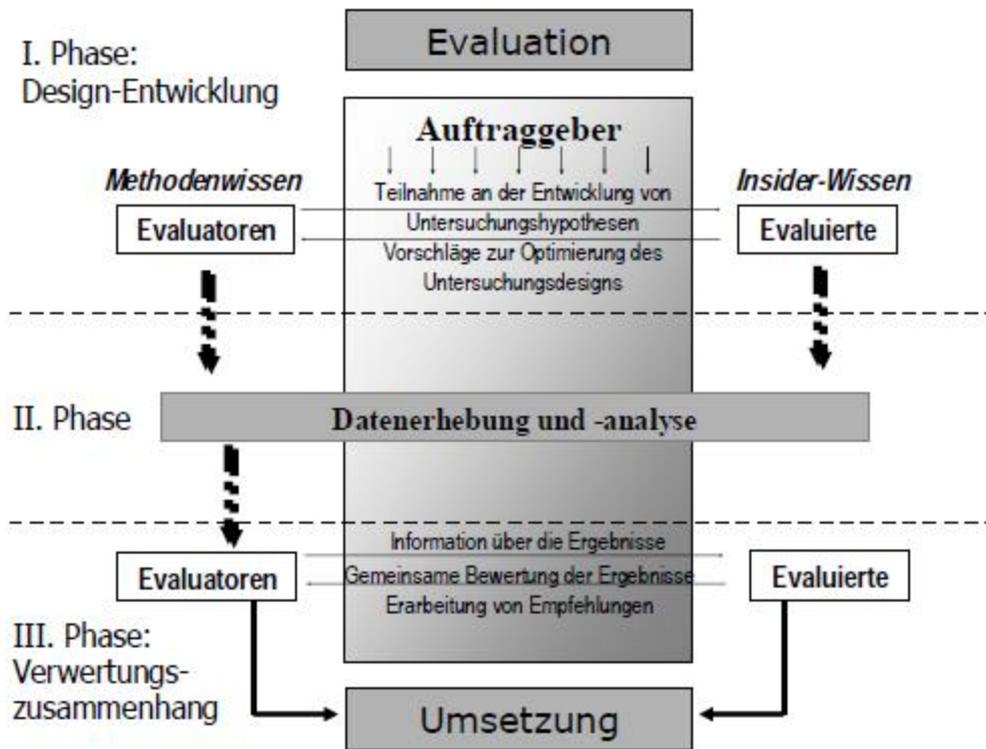


Abbildung 6: Schaubild des partizipativen Evaluationsansatzes nach Stockmann, 2004, S.14

3.7 Ableitungen aus den theoretischen Modellen

Nachfolgende Tabelle fasst nochmals die wesentlichen Elemente der angeführten Modelle zusammen und leitet daraus die für diese Arbeit zugrundeliegenden Annahmen ab:

Tabelle 3: Theoretische Modelle, ihre Kernaussagen und Ableitungen für Evaluationen, Quelle: eigene Darstellung

Name des Modells	Kernaussagen	Ableitungen für Evaluationen
Salutogenesemodell nach Aaron Antonovsky	<u>Hohes Maß an Kohärenzgefühl erreichen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Das Gefühl der Verstehbarkeit • Das Gefühl der Handhabbarkeit • Das Gefühl von Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit 	Ein hohes Maß an Kohärenzgefühl unterstützt die Evaluation – Ressourcenorientierung im Fokus
Systemische Gesundheitsförderung nach Göpel	<u>Settingansatz</u> <u>Konzepte der Organisationsentwicklung</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings im Fokus von Evaluationen • Veränderung von einem Istzustand hin zu einem Sollzustand durch Evaluationen erreichen • Personalentwicklung und Strukturentwicklung im System
Kybernetik nach Kaufmann	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback • Kommunikation • Wirkungszusammenhänge 	<ul style="list-style-type: none"> • Erkennen von Struktur- und Organisationsprinzipien im Rahmen eines Evaluation System • Komplexe soziale Systeme verlangen komplexe Evaluationen
Public Health Action Cycle nach Rosenbrock	<u>Vier Phasen des Public Health Action Cycles:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problembestimmung 2. Strategieformulierung 3. Umsetzung 4. Bewertung 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation kann in einzelne Schritte untergliedert werden • Evidenzbasierte und theoriegestützte Erkenntnisse unterstützen im Rahmen des Evaluationsprozesses
Das Schweizer Ergebnismodell von Quint-essenz	<u>Vier Stufen:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maßnahmen der Gesundheitsförderung 2. Veränderung von Faktoren, die die Gesundheitsdeterminanten beeinflussen 3. Veränderung der Gesundheitsdeterminanten 4. Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung 	Eine Überprüfung der Ergebnisse und Wirkungszusammenhänge ermöglicht eine umfassende Evaluation und Verbesserung eines Projekts
Der partizipative Evaluationsansatz nach Stockmann	<u>Das Durchlaufen der drei Phasen verbessert die Validität von Evaluationsergebnissen unter Einbezug sämtlicher Betroffener und Beteiligter :</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Design-Entwicklung 2. Datenerhebung und –analyse 3. Umsetzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipation im dynamischen Evaluationsprozess im Fokus • Multipler methodischer Einsatz von Evaluationsmethoden

4 Evaluationsmethoden in der kommunalen Gesundheitsförderung

Die Messung von Qualität und Erfolg von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Interventionen ist das vorrangige Ziel gesundheitswissenschaftlicher Evaluationsforschung. In diesem Sinne kann die Evaluation als ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung durchgeführter Programme durch Sammlung von Informationen gesehen werden⁸⁵ und setzt dabei wie bereits erwähnt an den vier Qualitätsdimensionen mit der Planungs-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisevaluation an⁸⁶. Die vier Evaluationsebenen ermöglichen dabei Rückschlüsse auf vorab gesetzte Qualitäts- und Erfolgsindikatoren und erfordern in der jeweiligen Dimension angepasstes Vorgehen im Rahmen der Evaluationsebene. Wichtig bei Evaluationen ist die vorab eingenommene Perspektive und Herangehensweise, da damit maßgeblich die Ergebnisse beeinflusst werden.

Zwei grundlegende Hauptrichtungen werden dabei in der Evaluationsforschung hinsichtlich der Konzeptionierung und Durchführung (*Forschungsparadigmen*) unterschieden. Zum einen wird die Evaluation als empirisch-wissenschaftliches Verfahren angesehen, das prinzipiell alle empirischen Forschungsmethoden anwenden kann und damit den Nutzen und die Übertragbarkeit in die Praxis als vordergründliches Interesse hat. Zum anderen werden Evaluationen angelehnt an den Konstruktivismus als eine Methodenkombination (Verhandlungen, Organisationsentwicklung und Gruppentherapie) gesehen, um Empowerment der Benachteiligten im Setting zu fördern durch das Verändern ihrer Verhältnisse⁸⁷. Werden beide Paradigmen miteinander verglichen, besteht Einigkeit darin, dass Evaluationen gewissen vordefinierten Standards folgen sollte, dabei eine möglichst

⁸⁵ Loss et al., 2007, S.199

⁸⁶ ebd., S. 200

⁸⁷ Stockmann, 2006, S.73

umfassende Methodenvielfalt anzuwenden ist unter Berücksichtigung der Interessen von Auftraggebern und Stakeholdern gleichermaßen.

4.1 Herausforderungen an die Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung

Das Ziel einer verlässlichen Evidenzbeurteilung der Wirkung gesetzter Maßnahmen und somit eine Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung soll durch eine Verbesserung der eingesetzten Evaluationsmethoden erreicht werden⁸⁸ und stellt die Gesundheitsförderung dabei vor eine große Herausforderung. Unbedingte Voraussetzung ist die Strukturierung und exakte Benennung der einzelnen Schritte im Programm⁸⁹ sowie das Miteinbeziehen adäquater Konzepte und Tools zur Messung der Ergebnisse. Ein hilfreiches Konzept ist dabei die Organisationsentwicklung, die eine Organisation systematisch zu einem gesundheitsförderlichen Setting für alle Beteiligten entwickeln möchte.

4.2 Ausgangsbedingungen für Organisationsentwicklung in komplexen sozialen Systemen

Wie bereits im partizipativen Evaluationsansatz nach Stockmann beschrieben, wird ein multipler methodischer Einsatz von quantitativen und qualitativen Evaluationsmethoden empfohlen, um eine weitgehende Kongruenz der gesetzten Ziele und Ergebnisse im Rahmen der Ergebnisevaluation zu erreichen. Die systemische Sicht verlangt zudem eine Fokussierung auf einzelne Schwerpunkte im komplexen sozialen System und erfordert im Rahmen der Evaluation „Flexibilität, eine Triangulation von Strategien, Methoden, Perspektiven und Zeitpunkten“⁹⁰ - was

⁸⁸ Trojan, 2012, S.21

⁸⁹ ebd., S.31

⁹⁰ Waldherr, Rohrauer-Näf, Simek, Braunegger-Kallinger & Peinhaupt, 2012, S.135

allerdings noch kein Garant für das Erfassen aller Einflussgrößen im Programm darstellt. Mit dem Hintergrund der Kybernetik, dem schrittweisen Vorgehen anhand des Public Health Action Cycles sowie den Konzepten der Organisationsentwicklung kann eine Komplexitätsreduktion erreicht werden. Ausgangsbasis für gesundheitsförderliche Interventionen und deren Evaluationen im sozialen komplexen System ist der unbedingte Rückhalt auf Entscheidungsebene, da diese maßgeblich für eine Ausdifferenzierung von neuen Berufsrollen, für organisatorische Strukturveränderungen und für die letztgültige Entscheidung für das Durchführen einer Evaluation verantwortlich ist⁹¹.

Hilfreich ist in dieser ersten Phase der Projektplanung, eine Planung der Evaluation parallel mit laufen zu lassen⁹². Ist die Entscheidung gefallen eine Organisationsentwicklung mit einhergehender Evaluation zu beginnen, impliziert dies eine Veränderung der gesamten Organisationskultur, was wiederum einen hohen Grad der Beteiligten Personen nach sich zieht⁹³. Externe Personen, die eine neutrale Position im Veränderungsprozess einnehmen, ermöglichen differierende Perspektiven im partizipativen Veränderungsprozess auszugleichen und liefern zudem Impulse zum Evaluationsdesign und zur geeigneten Methodenwahl für Evaluationen im Setting.

Wichtig ist ebenso an dieser Stelle festzulegen, ob die angedachte Evaluation intern im Rahmen einer Selbstevaluation stattfinden soll oder eher extern als Fremdevaluation, wobei zu beachten ist, dass bei beiden Formen sowohl Vorteile als auch Nachteile gegeneinander abzuwiegen sind⁹⁴. Im Rahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation ist der Wirkungsnachweis der durchgeführten Veränderungsmaßnahmen ein wichtiger Entscheidungspunkt für Führungskräfte, wenn Sie sich für eine Evaluationen ausgesprochen haben. Eine Orientierung zur Generierung von positiven Wirkungen der durchgeführten

⁹¹ Grossmann & Scala, 2011, S.41

⁹² Loss, Seibold, Eichhorn & Nagel, 2010, S.20

⁹³ Grossmann & Scala, 2011, S.54

⁹⁴ Loss et al, 2010, S.23

Gesundheitsförderungsmaßnahmen, bietet der normative Handlungsrahmen des „Best-Practice- Ansatzes“, der von Quint-essenz (Gesundheitsförderung Schweiz) aufbauend auf international anerkannten Arbeiten unter Einbezug des grundsätzlichen Verständnisses von Evidenz weiterentwickelt wurde⁹⁵. Mit seinen drei sich bedingenden und beeinflussenden Dimensionen *Werte*, *Wissen* und *Kontext* und dazugehörigen Indikatoren kann der „Best-Practice Ansatz“ Professionellen sowie Führungskräften bei der „Entscheidungsfindung, Planung, Umsetzung und Evaluierung“ von Gesundheitsförderungsmaßnahmen eine Grundlage bieten. „Best Practice“ (optimales Entscheiden und Handeln) heißt dabei, dass „die **Werte** und **Prinzipien** von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, (...) auf dem aktuellen wissenschaftlichen **Wissen**, und auf Experten- und Erfahrungswissen“ aufbaut, beachtet „die relevanten **Kontextfaktoren** und“ erreicht „die beabsichtigten positiven Wirkungen bei gleichzeitiger Vermeidung negativer Wirkungen“.⁹⁶

Nachdem Gesundheitsförderung im Setting grundsätzlich einhergeht mit vorherrschenden Normen und Werten des Lebensumfeldes, in denen die Maßnahmen durchgeführt werden, müssen diese neben den WHO Prinzipien der „Partizipation, Empowerment, Chancengleichheit und Berücksichtigung sozialer Vielfalt“⁹⁷ unbedingt mit einbezogen werden. Eine adäquate Wissensbasis sowie eine gezielte Förderung von Wissensgenerierung unterstützt zudem das Selbstverständnis für Gesundheitsförderung im jeweiligen spezifischen Lebenskontext des Menschen⁹⁸.

Auf dieser Grundlage kann der von Wright et al. (2013) entwickelte Evidenz-Zyklus zudem die Möglichkeit bieten dies Best-Practice Kriterien noch weiterzuentwickeln. Die Weiterentwicklung kann sich dabei sowohl auf eine Schärfung der vorherrschenden Sensibilitäten beziehen, auf die Formulierung neuer relevanter

⁹⁵ Broeskamp-Stone, 2008, S.41

⁹⁶ Gesundheitsförderung Schweiz, 2010, S.11

⁹⁷ ebd., 2010, S.10

⁹⁸ ebd., 2010, S.10

Kriterien als auch auf die Operationalisierung der erwähnten Kriterien. Auf diese Weise können empirische Befunde direkt die Qualität in der Praxis verbessern und als Orientierungsmarke für nachfolgende Weiterentwicklungen dienen⁹⁹. Ein reger Austausch an Informationen (Kommunikation) zwischen Einrichtung, KostenträgerInnen und Zielgruppe ermöglicht aus Sicht des jeweiligen Akteurs eine wirkungsvolle lokale Generierung von Wissen und somit die systematische Verbesserung eines Gesundheitsproblems. Lokale partizipative Lernprozesse dieser Art die idealerweise vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse zusammenführt und in den Prozess mit einbezieht ermöglichen eine Evidenzgenerierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Der Evidenz-Zyklus lebt von dieser Art Lernprozesse, wobei diese in einem nächsten Schritt auf lokaler Ebene zusammengesammelt und ausgewertet werden. Die Weiterentwicklung der Best-Practice Kriterien wird durch eine gezielte Neuentwicklung von Verfahren der Zusammenführung des lokalen Wissens möglich, sowie durch eine Weiterentwicklung und Operationalisierung der Kriterien. Der Evidenz-Zyklus ist dann geschlossen, wenn die neuen Best-Practice Kriterien wieder in Projekte oder Programme der Gesundheitsförderung einfließen und Qualität damit kontinuierlich verbessert¹⁰⁰. Nachdem die vorliegende Arbeit das kommunale Setting in den Mittelpunkt seiner Analyse stellt, werden daher im nachfolgenden Unterpunkt spezifische für das Setting Gemeinde geltende Charakteristika näher beschrieben.

4.2.1 Kommunale Gesundheitsförderung

Gemeinden, als Lebenswelten der Menschen, erfüllen sowohl soziale als auch wirtschaftliche Aufgaben, um das Leben der BürgerInnen gemäß den gesetzlichen Regelungen mit Blick auf eine möglichst gute Lebensqualität zu fördern. Die systemische Gesundheitsförderung stellt den Settingansatz daher in den Mittelpunkt

⁹⁹ Wright, Kilian & Brandes, 2013, S.384

seiner Perspektive, wobei Gemeinden als ideale Orte, um die Gesundheit der Bevölkerung flächendeckend zu stärken gesehen werden können¹⁰¹. Kommunale Gesundheitsförderung zeichnet sich durch seinen multidimensionalen und umfassenden Ansatz aus und erfordert meist das Schaffen von neuen Organisationsstrukturen mit einem möglichst hohen Grad der Partizipation sämtlicher Stakeholder der Gemeinde¹⁰², um im Rahmen von gesundheitsförderlichen Programmen nachhaltig erfolgreich zu sein. Aus diesem Grund muss sich die Gemeinde an dieser Stelle die Frage stellen, welche Maßnahmen notwendig sind, um letztendlich zu so einem gesundheitsförderlichen Setting zu werden. Wichtig ist zu wissen, dass dabei jede Gemeinde seine individuellen lokalen Voraussetzungen mitbringt, was bei der passenden Wahl der Methoden und Instrumente zur Erfassung der jeweiligen Problemlagen berücksichtigt werden muss. Der Aufbau von Kapazitäten (*capacity building*) scheint dabei ein geeigneter Ansatz zu sein, der die Weiterentwicklung von Fähigkeiten auf Bevölkerungsebene unterstützt und wird daher in weiterer Folge näher beschrieben.

4.2.2 Capacity Building

Capacity Building als Erklärungsmodell und Zielgröße für Gesundheitsförderung, zielt darauf ab Strukturen in einer Gemeinde soweit zu entwickeln, dass bedürfnisorientierte gesundheitsförderliche Unterstützungsleistungen für deren BewohnerInnen angeboten werden können¹⁰³. Erstmals wurde der Ausdruck *capacity building* in der Jakarta Erklärung der WHO beschrieben und in den nachfolgenden Jahren vielfach definiert. Als eine grundlegende Definition von *capacity building* kann die von Hawe et al. aus dem Jahr 2001 genannt werden: „*Capacity building as an approach to ‘the development of sustainable skills, structures, resources and commitment to health improvement in health and other*

¹⁰¹ Stender, 2012, S.148

¹⁰² Loss et al., 2009, S.233

¹⁰³ Nickel & Trojan, 2010, www

*sectors to prolong and multiply health gains many times over*¹⁰⁴. Allen Definitionen gemeinsam sind nach Trojan und Nickel¹⁰⁵ jedoch zumindest folgende Elemente von *capacity building*:

- Unterstützung von Prozessen der **partizipativen Einbindung** von Gemeindemitgliedern in gemeinschaftliche Aktionen
- Kompetenz/Befähigung von zumeist professionellen Akteuren, verschiedene Formen von Selbstorganisation zu unterstützen („**Leadership**“)
- **Vorhandene Ressourcen** in einer Gemeinde (z.B. Fähigkeiten und Fertigkeiten der Gemeindemitglieder, gut verankerte Organisationen, Zugang zu finanziellen Mitteln)
- **Beziehungsnetzwerke** zwischen Organisationen oder Personengruppen (sowohl formell-instrumentell als auch informell und emotional)
- **Aufbau von Gesundheitsstrukturen und -leistungen** (einschließlich Überwindung von Zugangsbarrieren, Angebote für schwer erreichbare Zielgruppen)

Capacity Building zielt demnach darauf ab Wissen, Fähigkeiten, Engagement, Strukturen, Systeme und Führungsqualitäten in der Gemeinde auszubauen, um auf Ebene der Beteiligten, auf Ebene der Organisation und auf Ebene der Gemeinde anzusetzen¹⁰⁶. Zudem verbindet *Capacity Building* laut Guggelberger et al.¹⁰⁷ die Konzepte Organisationsentwicklung, Partizipation und nachhaltige Entwicklung miteinander und nimmt damit eindeutig die systemische Sicht wahr. Genau diese systemische umfassende Sicht scheint jedoch für das unterschiedliche Vorgehen für das erfolgreiche Messbarmachen (die Operationalisierung) der kommunalen Gesundheitsförderungsprogramme verantwortlich zu sein. Trojan und Nickel¹⁰⁸ schlagen insbesondere auf Gemeindeebene daher Experteninterviews,

¹⁰⁴ S.3

¹⁰⁵ 2011, www

¹⁰⁶ Spicker & Lang, 2011, S.19

¹⁰⁷ 2012, S.183

¹⁰⁸ 2011, www

Fokusgruppen, Surveys, Dokumenten- und Sekundäranalysen als geeignete Messmethoden vor. Die Durchführung dieser quantitativen und qualitativen Messmethoden sollte dabei möglichst von der Gemeinde selbst vorgenommen werden, was der Systemsicht ebenso entspricht. Partizipation zu fördern, um im kommunalen Setting einen evidenzgesicherten Wirksamkeitsnachweis der gesetzten Interventionen zu erreichen gilt als unbedingte Voraussetzung und wird daher im kommenden Kapitel näher beschrieben und ausgewählte Methoden zur gezielten Förderung von Partizipation vorgestellt.

4.2.3 Partizipation in der kommunalen Gesundheitsförderung

Die normative Forderung der WHO in der Ottawa Charta aus dem Jahr 1986 bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Programmen die Stärkung der Bürgerbeteiligung zu fördern, kann als notwendige Voraussetzung für gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung im Setting Gemeinde verstanden werden. Selbstverständlich muss dabei tendenziell der Blick weg vom einseitig ausgerichteten Top-down Ansatz hin zu einem umfassenden Bottom-up Ansatz gerichtet werden¹⁰⁹, der die Partizipation in den Fokus stellt. Ausgangspunkt für das Generieren von lokaler Evidenz in der partizipativen Qualitätsentwicklung ist die Zusammenarbeit der Zielgruppe, der GeldgeberInnen und der ProjektteilnehmerInnen sowie wichtiger anderer Akteure des sozialen Systems. Durch diesen Beziehungsaufbau wird eine Situation geschaffen, die die Grundlage für eine gemeinsame Diskussion und Lösungserarbeitung bildet. Unterschiedliche Interessen der Beteiligten fördern Konflikte und machen deutlich, wer in welchem Ausmaß an Entscheidungsprozessen maßgeblich beteiligt ist. In diesem Zusammenhang kann somit von Entscheidungsmacht gesprochen werden und der Möglichkeit vorherrschende Gesundheitsprobleme zu identifizieren, Maßnahmen daraus abzuleiten und damit langfristig eine gesundheitsförderliche Lebenswelt zu

¹⁰⁹ Mossakowski, Süß & Trojan, 2009, S.184

schaffen. Einen möglichst hohen Grad der Entscheidungsmacht bis hin zur Selbstbestimmung der BürgerInnen zu realisieren kann an dieser Stelle als Schlussfolgerung für positive Veränderungsmaßnahmen im Setting Gemeinde verstanden werden. Partizipation ist demnach nicht nur als reine Teilnahme und Anhörung zu verstehen, sondern als aktive Teilhabe an sämtlichen Entscheidungsprozessen im System.

Wright, Unger und Block¹¹⁰ entwickelten aufbauend auf diesem Vorverständnis und auf bereits bestehenden früheren Modellen (Arnstein, 1969; Trojan, 1988; Hart, 1992) ein Stufenmodell der Partizipation anhand dessen eine Bestimmung des vorherrschenden Grads der Partizipation möglich ist. Das Modell ist so aufgebaut, dass an der untersten Stufe die reine **Instrumentalisierung** der Zielgruppe im Mittelpunkt steht sowie die direktive **Anweisung** von Seiten der EntscheidungsträgerInnen betreffend der Situation der Zielgruppe. Auf diesen beiden unteren Stufen kann nur von einer „*Nicht-Partizipation*“ gesprochen werden. Die nächsten drei Stufen zählen zur „*Vorstufe der Partizipation*“ und beinhalten die **Informationsweitergabe** an die Zielgruppe über Problemlagen, die **Anhörung**, die zumindest die Sicht der Zielgruppe beachtet sowie die **Einbeziehung**, bei der ausgewählte Personen aus der Zielgruppe einen beratenden Charakter inne haben, jedoch noch keinen verbindlichen Einfluss im Entscheidungsprozess. Die Stufen sechs bis acht werden bereits als „*echte Partizipation*“ bezeichnet, in der die Zielgruppe durch **Mitbestimmung, teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz** und tatsächliche **Entscheidungsmacht** eine verbindliche Rolle im Entscheidungsprozess besitzt. Die letzte neunte Stufe des Modells umfasst die selbstorganisierten und eigenverantwortlich initiierten Maßnahmen von Mitgliedern der Zielgruppe, wobei EntscheidungsträgerInnen bereits Mitglieder der Zielgruppe sind und geht damit bereits **über die Partizipation hinaus**. Nachfolgende Abbildung bildet das 9-Stufenmodell nochmals grafisch ab:

¹¹⁰ 2010, S.42

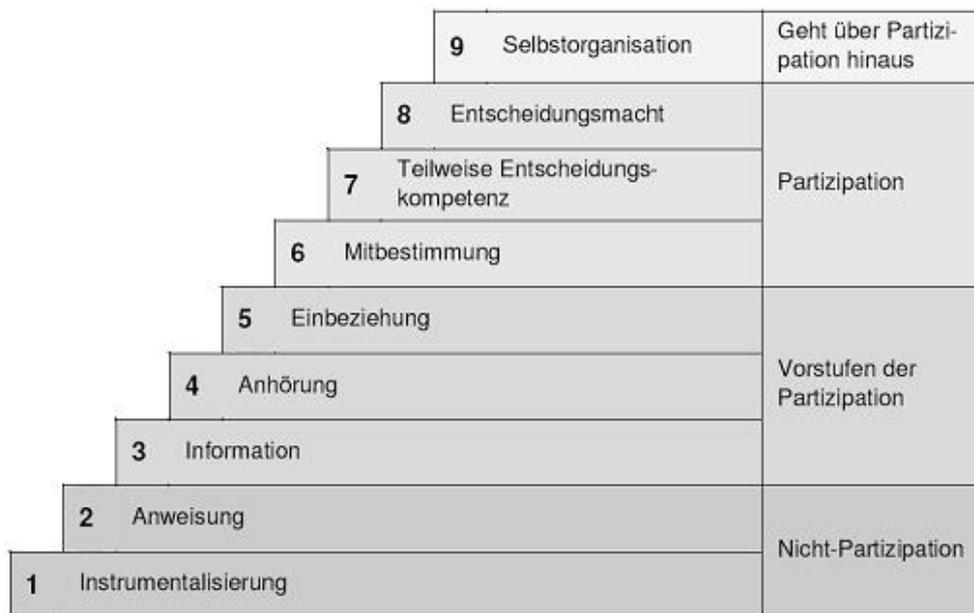


Abbildung 7: Stufenmodell der Partizipation, Quelle: Wright, Unger & Block, 2010, S.42

Zentrales Element in der partizipativen lokalen Qualitätsentwicklung ist zudem die geeignete Methodenwahl, um Partizipation in Gesundheitsförderungsprojekten soweit zu fördern, dass im günstigsten Fall die höchste Stufe der Partizipation erreicht werden kann.

Die *teilnehmende Beobachtung*, eine Methode der qualitativen Sozialforschung, wird dabei von Wright et al.¹¹¹ als einfachste Form zur Förderung der Partizipation verstanden. Beobachtet werden BürgerInnen vor Ort, um ihr Denken und Handeln besser verstehen zu können und liefert damit eine Grundlage für zielgruppenspezifische Ableitungen von Maßnahmen. Etwas weiter führt das tatsächliche *Erfassen von Anliegen* und Aussagen der Zielgruppe oder BürgerInnen einer Gemeinde. Damit können gezielt Bedürfnisse und Interessensgebiete abgefragt und in weiterer Folge systematisch ausgewertet werden, ähnlich wie bei *Blitzbefragungen*, die zusätzlich noch eine gezieltere Form der Befragungsart darstellt. In *Fokusgruppen* dienen offen formulierte Fragen, angepasst an das

¹¹¹ 2010, S.46

jeweilige Projekt, der Bearbeitung in Gruppengesprächen und damit der Weiterentwicklung der gesetzten Interventionen. Einen sehr hohen Grad der Partizipation wird nach Wright et al.¹¹² erreicht mit dem sogenannten *Nutzerbeirat*. Im *Nutzerbeirat* sind sämtliche Stakeholder der Gemeinde vertreten, die von Beginn an in Fragen der „Bedarfserhebung, Planung, Durchführung und Auswertung von Maßnahmen“ mit eingebunden sind.

Die soeben genannten eher klassischen Methoden zur Förderung der Partizipation werden in der Praxis meist kombiniert mit kreativen Instrumenten, die an den Bedarf der Gemeinde individuell angepasst werden. Um den Kreis zu schließen, werden daher in **Tabelle 4** ebenso die kreativen Instrumente und Methoden angeführt, die damit eine gute Grundlage zur kontinuierlichen Evaluation von Partizipation in der Gemeinde liefert. Zusätzlich werden im nachfolgenden **Kapitel 6** noch weitere zum Teil klassische wie auch kreative quantitative und qualitative Methoden näher vorgestellt, die eine Operationalisierung der gesundheitsförderlichen Gemeindesituation ermöglichen, um einen möglichst umfassenden Überblick für Möglichkeiten zur stetigen evidenzgesicherten Qualitätsentwicklung im Setting Gemeinde zu geben.

Tabelle 4: Ausgewählte Methoden zur Förderung der Partizipation im Setting Gemeinde, Quelle: eigene Darstellung

Kreative Methoden und Instrumente zur Förderung der Partizipation	Kurze Beschreibung
Open-Space (offene Runde)	Alle TeilnehmerInnen arbeiten an der Lösung komplexer gemeinsamer Probleme – alle auf Augenhöhe: fördert Kreativität und hohes Maß an Partizipation
Bürgerjury	Nach dem Zufallsprinzip ausgewählte BürgerInnen entscheiden über die Verwendung öffentlicher Gelder
Community Planning (Perspektivenwerkstatt)	Großgruppenverfahren für integrierte Stadtentwicklung: 5-tägige Werkstatt: gemeinsames Lernen steht im Mittelpunkt Fördert die Chance auf Konsensbildung jenseits von bestehenden Interessenskonflikten ¹¹³
Most Significant Change (MSC-)Methode	Zur Erfassung von Wirkungen eines Projekts oder Programms (für Monitoring und Evaluation) Die Methode basiert darauf, Geschichten über bedeutende Veränderungen bei den Zielgruppen zu sammeln und aus diesen in einem systematischen Prozess über mehrere Stufen (10 Schritte) die wichtigsten zu selektieren ¹¹⁴

¹¹² 2010, S:48

¹¹³ Nähere Angaben unter: <http://www.brangsch.de/partizipation/neue%20formen%207.htm>

¹¹⁴ Nähere Angaben unter: http://www.zewo.ch/impact/de/wirkungsmessung/hilfsmittel/most_significant_change

Kreative Methoden und Instrumente zur Förderung der Partizipation	Kurze Beschreibung
Planungszelle	Zufällig ausgewählte, nicht organisierte BürgerInnen erstellen zu einer bestimmten Fragestellung ein „BürgerInnengutachten“, das auf ihren eigenen Erfahrungen und ihrem Wissen beruht. Die BürgerInnen geben Empfehlungen und Bewertungen aus Sicht des Gemeinwohls ab ¹¹⁵ - besonders geeignet in der Planungsphase
Zukunftswerkstatt	TeilnehmerInnen werden durch eine kreativitätsfördernde Atmosphäre dazu angeregt, fantasievolle und ungewöhnliche Lösungen für aktuelle bestehende Fragestellungen bzw. Problemlagen zu entwickeln – besonders geeignet wenn Visionen entwickelt werden sollen
Zukunftskonferenz	TeilnehmerInnen sämtlicher Interessensgruppen des Systems erarbeiten in der Zukunftskonferenz nach einem festgelegten Ablaufschema Maßnahmen- und Aktionspläne für zukünftige Vorhaben – besonders geeignet für die Planung langfristiger Programme auf kommunaler Ebene
Bürgerausstellung	Ziel der Bürgerausstellung ist es, Einstellungen, Ziele und Motivationen von Interessengruppen (Stakeholdern offen zu legen und einen öffentlichen Dialog darüber zu ermöglichen ¹¹⁶ .

Im nachfolgenden Kapitel ist es daher nach diesen Ausführungen das Ziel, den Organisationsentwicklungsprozess im Setting Gemeinde mit Hilfe des Public Health Action Cycles verstehbar und erklärbar zu machen und speziell die Besonderheiten der Evaluation zu berücksichtigen.

¹¹⁵ Nähere Angaben unter: <http://www.partizipation.at/planungszelle.html>

¹¹⁶ Nähere Angaben unter: <http://www.buergergesellschaft.de/politische-teilhabe/modelle-und-methoden-der-buergerbeteiligung/meinungen-einholen-buergerinnen-und-buerger-aktivieren/die-buergerausstellung/>

5 Quantitative und qualitative Evaluationsmethoden

Kommunale Gesundheitsförderungsmaßnahmen die darauf abzielen die sogenannte *Community Capacity* zu erhöhen, erfordern Evaluationsmethoden die der Komplexität und Dynamik der Maßnahmen gerecht werden. Auf Basis dieser grundsätzlichen Überlegung wurden bereits internationale und nationale Tools entwickelt, die auf vielfältige Weise eine Operationalisierung der vorherrschenden systemischen Strukturen aus einer Managementperspektive heraus ermöglichen sollen ¹¹⁷. In erster Linie werden diese Tools nun kurz vorgestellt und im Anschluss daran, kritisch diskutiert.

5.1 Quantitative Tools in der Gesundheitsförderung

Wie in der Arbeit bereits mehrfach erwähnt sind quantitative sozialwissenschaftliche Methoden in der Evaluationsforschung eine Möglichkeit, um Wirkungsnachweise von gesundheitsförderlichen Interventionen auf Bevölkerungsebene aufzuzeigen. Die Schwierigkeiten die sich bei der praktischen Anwendung quantitativer Methoden ergeben sind in der Literatur ausführlich dokumentiert (Auswahlverfahren, Teilnehmerquote, sozial erwünschtes Antwortverhalten etc.). Aus Sicht der Gesundheitsförderung im kommunalen Setting stellt sich die Frage ob durch diesen Methodenansatz Verhaltensveränderungen auf Bevölkerungsebene im Rahmen der Ergebnisevaluation tatsächlich nachweisbar sind. Da die Diskussion rund um diese Fragen in der Fachcommunity sehr kontroversiell geführt wird, werden im Folgenden unter quantitative Methoden jene Methoden verstanden die zum einen den gesundheitsförderlichen Strukturaufbau messen im Sinne von Capacity Building und zum anderen methodisch im Rahmen eines partizipativen Evaluationsansatz eingebettet werden können.

¹¹⁷ Lackner, 2013, S.59

5.1.1 Community Readiness Tool (amerikanische Version)

Das amerikanische Community Readiness Tool (von den Autorinnen Plested, Edwards und Jumper-Thurmann am Tri-Ethnic Center for Prevention Research - Colorado State University - im Jahr 2000 veröffentlicht), bietet die Möglichkeit, die neun-stufige *Community Readiness (die Reife einer Gemeinde)* mit Hilfe von sechs Dimensionen abzubilden, um darauf aufbauend Ziele, Maßnahmen und Strategien pro Stufe abzuleiten, die in einem umfassenden Handbuch bereit gestellt werden. Mit den nachfolgenden sechs Dimensionen

1. **Community efforts** (Gemeinsame Bemühungen und Programme)
2. **Community knowledge of the efforts** (Wissenstand/Bemühungen und Effektivitäten in der Gemeinde)
3. **Leadership** (Leadershipkompetenzen)
4. **Community Climate** (Empowerment)
5. **Community Knowledge about the issue** (Wissen über Problemlagen in der Gemeinde)
6. **Resources** (Zeit, Geld, Personal...)

soll in weiterer Folge die *Community Readiness* der Gemeinde verbessert werden. Der Ablauf der Erhebung sieht vor, dass mit mindestens vier bis sechs Stakeholdern der Gemeinde (VertreterInnen der Schule/Universität, der Jugendlichen, von Vereinen usw.) leitfadengestützte qualitative Interviews geführt werden, die dann im weiteren Verlauf von zwei unabhängig voneinander wirkenden Personen ausgewertet und bepunktet werden. Eine Konsensfindung der beteiligten InterviewerInnen, die eine eindeutige Zuordnung in eine der Readiness Stufen ermöglicht schließt den Erhebungsprozess ab. Seinen Einsatz fand das Tool weltweit bereits in den Bereichen Drogenmissbrauch, Alkoholmissbrauch, häusliche Gewalt,

Kindesmissbrauch, kulturelle Kompetenz, HIV und Selbstmord und wurde dabei durchweg positiv bewertet¹¹⁸.

5.1.2 Community Capacity Building Tool

Das kanadische Community Capacity Building Tool (Anderson, MacLellan-Wright und Barber, 2007) versucht ebenfalls auf Basis bestehender und akzeptierter theoretischer Modelle (WHO, 1986; Goodman et al., 1998; Jackson et al., 1999; Bopp et al, 2000; Hawe et al., 2000; Gibbon, Labonte & Laverack, 2001 und 2002) anhand von neun Dimensionen die schwer messbare Kapazitätsentwicklung in Gemeinden, Gemeinschaften oder Organisationen im Rahmen eines Projektes zu erfassen. Um eine möglichst umfassende Analyse vornehmen zu können beinhaltet das Tool sowohl qualitative als auch quantitative Fragestellungen¹¹⁹, die den folgenden neun Dimensionen zugeordnet werden können:

- **Partizipation:** Um den Grad der Partizipation einschätzen zu können, wurde vier Items gebildet, die auf einer Skala von 1-4 bewertet werden können.
- **Leadership:** Führungsqualitäten und Kompetenzen werden mit Hilfe von 4 Fragen bewertet.
- **Community structures:** Dieser Punkt beinhaltet die Schaffung neuer Möglichkeiten und Strukturen, um Gemeindemitglieder adäquat zu unterstützen.
- **External Suport (funding bodies):** Hierzu zählen externe Ressourcenbereitstellungen (z.B. Informationen, finanzielle Ressourcen technische Unterstützungen), die im Vorfeld des Projekts hinzugezogen werden können, um das Projektteam zu unterstützen.

¹¹⁸ Plested, Edwards & Jumper-Thurman, 2006, S.55

¹¹⁹ MacLellan-Wright et al., 2007, 305

- **Asking why:** Dieser Punkt deckt Fragen nach den individuellen Bedürfnissen der jeweiligen Gemeindemitglieder ab und Fragen wie diese Erhebungen im Vorfeld stattgefunden haben.
- **Obtaining resources:** Hier werden die Erhebungen zu internen wie externen Ressourcen abgefragt, die neben den *funding bodies* noch zur Verfügung steht.
- **Skills, Knowledge and Learning:** Welches Wissen und Know-How für die erfolgreiche Durchführung des Projekts erforderlich ist und die Bereitstellung von Möglichkeiten zur Wissenserweiterung werden in diesem siebten Punkt mit drei Fragen abgefragt.
- **Linking with others:** Mit fünf Fragen wird der Grad der Vernetzung mit anderen Institutionen und Individuen im Rahmen des Projekts bewertet und abgefragt.
- **Sense of community:** Wie wurde der Gemeinschaftssinn in der Gemeinde gefördert?

Das Tool ermöglicht es den Projektverantwortlichen sowohl zu Beginn, in der Mitte als auch gegen Ende des Projektes eine Erhebung der vorherrschenden Kapazitäten vorzunehmen und anhand einer Grafik abzubilden

5.1.3 Community Readiness Tool (deutschsprachige Version)

Gesundheitsmaßnahmen im kommunalen Setting setzen sich mit den wesentlichsten Einflussfaktoren der Gesundheit auseinander und stellen soziale Strukturen, Lebens- und Umweltbedingungen sowie politische Einflüsse in den Fokus. Mit diesem Hintergrund wurde in den Jahren 2003 bis 2006 in der Steiermark ein Modellprojekt im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich durchgeführt, welches die Grundlage für

Erhebungen der sogenannten *Community Readiness* (soziale Reife) von Gemeinden darstellte. In Anlehnung an das Capacity Building Modell nach Hawe et al.¹²⁰ wurde das Capacity Building Tool zur Operationalisierung der sozialen Reife einer Gemeinde von Noack und Reis-Klingspiegel¹²¹ entwickelt und auf das Setting Gemeinde übertragen. Folgende fünf Dimensionen versuchen die soziale Reife beziehungsweise die Kompetenz- und Potentialentwicklung von Gemeindemitgliedern zu operationalisieren

1. Verankerung von Gesundheit in der **politischen Kultur der Gemeinde**
2. Existierende **Infrastruktur** und ihr Grad der **Vernetzung bzw. Partnerschaften**
3. Vorhandensein von **Leadership- und Managementkompetenzen**
4. **Ressourcenlage-** und allokation
5. **Partizipation** und **Empowerment** als Handlungsprinzipien¹²²

Das Community Readiness Tool stellt dabei erstmals eine rein quantitative Erhebungsmethode dar, welche die Gemeinde hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung prozessbegleitend sowohl im Evaluations- als auch Monitoringprozess unterstützen soll, wobei die Selbstevaluation der Gemeinde als erfolgsversprechendes Kriterium besonders hervorgehoben wird. Durch seine rein quantitative Erhebungsform ist es speziell in der Ergebnisevaluation ein gut einzusetzendes Tool.

5.1.4 Goal Attainment Scaling (GAS)

Mit Hilfe des Goal Attainment Scailing (GAS) Tools können konkret formulierte und vorab festgelegte Ziele anhand einer 5-stufigen Skala quantitativ oder qualitativ

¹²⁰ 2000, S.2

¹²¹ Reis-Klingspiegel, Pöcheim & Schlemmer, 2005, S.34

¹²² Reis-Klingspiegel et al., 2009, S.180

bewertet werden. Der Ablauf sieht vor, dass die Ziele partizipativ Schritt für Schritt von allen beteiligten Akteuren formuliert werden, wobei diese in der Zielformulierung durch Hinzuziehen der SMART-Kriterien¹²³ unterstützt werden können. Für jedes dieser Ziele werden im nächsten Schritt Indikatoren (an Hand der ZWERG-Kriterien¹²⁴) formuliert die die Überprüfung der Zielerreichung zu einem fest gesetzten Zeitpunkt erst möglich macht. Das zu erwartende Ergebnis wird in der 5-stufigen Skala in der Mitte angeführt, wobei jeweils von dieser Mitte ausgehend zwei Abstufungen, einmal nach oben und einmal nach unten, abgebildet werden.

Idealerweise soll mit der Zielformulierung bereits in der Planungsphase begonnen werden beziehungsweise bereits vor der Umsetzung der Intervention, wobei es möglich ist Zwischenziele zu formulieren und nicht schon bereits über die gesamte Intervention hinweg ein letztgültiges Endziel. Überhöhte Erwartungen können damit im Vorfeld bereits auf ein realistisches Maß reduziert werden und verhindern damit ein Sinken der Motivation aller Beteiligten. Da die Formulierung der Skalen zunächst Übung und Zeit erfordern, wird eine einführende Schulung und kontinuierliche externe Begleitung empfohlen, die den gesamten Prozess unterstützen soll. Die Bewertung der Zielerreichung erfolgt dann unter Einbezug der von Beginn an beteiligten Personen zum vorab festgelegten Zeitpunkt. Das Tool findet seinen optimalen Einsatz in der Ergebnisevaluation sowie als unterstützendes Instrument im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements in der Planungs-, Prozess- und Ergebnisqualität¹²⁵.

5.2 Qualitative Methoden in der Evaluationsforschung

In diesem Kapitel soll eine Auswahl an qualitativen Methoden und Instrumenten vorgestellt werden, die eine Evaluation von gesundheitsförderlichen Veränderungsprozessen ermöglichen können. Spezielles Augenmerk liegt dabei auf

¹²³ SMART-Kriterien: **S**: spezifisch / **M**: messbar / **A**: anspruchsvoll / **R**: realistisch / **T**: terminiert

¹²⁴ ZWERG-Kriterien: **Z**: zentrale Bedeutung / **W**: Wirtschaftlichkeit / **E**: Einfachheit / **R**: Rechtzeitigkeit / **G**: Genauigkeit

¹²⁵ Kolip, 2011, www

den einzelnen Phasen der Evaluation, nämlich der (Struktur-,) Planungs-, Prozess und Ergebnisevaluation, um in weiterer Folge eine Empfehlung für spezielle Phasen im Organisationsentwicklungsprozess im Setting Gemeinde abgeben zu können.

5.2.1 Dokumentationsbögen

Systematisch geführte Dokumente dienen im Grunde der Analyse produzierter Aussagen und sollen den Arbeitsprozess durch eine regelmäßige und möglichst zeitnahe Erfassung von Abläufen mit geringem Aufwand erleichtern. Durch diese Art der Erhebung von einzelnen Arbeitsschritten kann der Organisationsentwicklungsprozess nachvollziehbar erfasst werden, Erfolge und Zwischenergebnisse schnell sichtbar gemacht werden und Lösungen zu auftretenden Problemen schneller gefunden werden. Vorteil dieser Erhebung im Rahmen von gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozessen ist die Möglichkeit der Modifizierung im Projektverlauf sowie die zusätzliche Unterstützung durch die Erfassung von Feedback als Reflexionsmöglichkeit. Dieses Vorgehen macht deutlich, dass Dokumentationsbögen sich speziell zur Evaluation der Organisationsentwicklungsprozesse eignen und damit die Prozessqualität besonders verbessern können¹²⁶.

5.2.2 Das qualitative Interview

Das aus dem französischen abgeleitete Wort Interview bedeutet so viel wie Zusammenkunft oder einander kurz sehen, sich begegnen und konnte sich seit dem 20. Jahrhundert im deutschsprachigen Raum durchsetzen. Im Rahmen eines Interviews werden von einer Person gezielt Fragen gestellt, die dann von der/dem GesprächspartnerIn beantwortet werden soll. Das Interview als sozialwissenschaftliche Forschungsmethode zur Datenerhebung kann jedoch

¹²⁶ Kolip et al., 2013, S.29

differenziert methodisch umgesetzt werden. Unterschiede liegen beispielsweise in der Intention des Interviews, der Standardisierung, der Struktur der zu Befragenden, die Form und der Stil der Kommunikation und des Interviewverhaltens, der Art der Fragestellungen, des Kommunikationsmediums bei mündlichen Interviews und den Versandmedien bei schriftlichen Befragungen¹²⁷. In diesem Abschnitt soll näher auf ein qualitatives Einzelinterview eingegangen werden speziell mit der Gruppe der ExpertInnen als zu befragende Personengruppe. ExpertInneninterviews nutzen die besondere Rolle des/der Interviewpartners/in, welche eine Quelle von speziellem Wissen darstellt. Genau dieses Wissen gilt es im Zuge von ExpertInneninterviews zu erschließen¹²⁸. Dabei werden die ExpertInnen als RepräsentantInnen von Organisationen oder Institutionen, sofern sie Problemlösungen und Entscheidungsstrukturen repräsentieren, gesehen¹²⁹. Ein häufiger Grund für den Einsatz von qualitativen Interviews ist die Möglichkeit des Vergleiches von Textpassagen und seiner Interpretationen im Rahmen der Auswertung, was eine hohe Kontrollmöglichkeit zur Folge hat¹³⁰. Leitfadeninterviews sind im Gegensatz zu sogenannten narrativen Interviews durch ihre Strukturiertheit gekennzeichnet. So stellt ein Gesprächsleitfaden mit Leitfragen zu einzelnen Themenbereichen die Grundlage für das Interview dar¹³¹. Leitfadeninterviews sind gemäß Przyborski & Wohlrab-Sahr¹³² vor allem für Forschungsvorhaben geeignet, welche die Beantwortung bestimmter relativ klar eingegrenzter Fragestellungen zum Ziel haben.

5.2.3 Interviews mit Fokusgruppen

Eine Fokusgruppendifkussion bzw. ein Fokusgruppeninterview ist ein freies Interview mit einer kleinen Gruppe¹³³ von Personen. Gemäß Lukesch, Payer &

¹²⁷ Lamnek, 2005, S:331

¹²⁸ Gläser & Laudel, 2009

¹²⁹ Meuser & Nagel, 1991

¹³⁰ Lamnek, 2005, S.329

¹³¹ Geyer. 2003. S.15

¹³² 2010, S.78

¹³³ Mayerhofer, 2009, S.72

Rabenau¹³⁴ gelten gut moderierte Fokusgruppen als hoch valide, da Aussagen unterschiedlicher FokusgruppenteilnehmerInnen miteinander in Beziehung gesetzt werden können. Die Schaffung eines offenen Gesprächsklimas und die Motivation der TeilnehmerInnen zu einer offenen Stellungnahme stehen im Zentrum einer gut moderierten Fokusgruppe. So zielt gemäß Lamnek¹³⁵ eine Fokusgruppendifkussion individuelle Einzelmeinung hinaus auf kollektive Orientierungsmuster bzw. auf die „Ermittlung der Meinungen und Einstellungen der ganzen Gruppe“ ab. Fokusgruppen gelten vor allem in der Gesundheitsforschung als beliebte Erhebungsmethode und kommen hier häufig zur Anwendung¹³⁶. Fokusgruppeninterviews stellen eine Kombination von Elementen persönlicher Interviews mit Aspekten der teilnehmenden Beobachtung dar¹³⁷.

5.2.4 Fotodokumentation

Das Konzept der Fotodokumentation ist eine aus dem amerikanischen Raum kommende qualitative Erhebungsmethode, die sich besonders im Setting Gemeinde als Analyse- und Evaluationsinstrument für Gesundheitsförderungsmaßnahmen eignet. Bei dieser Form der Erhebung werden partizipativ von allen Beteiligten Fotos aus ihrem jeweiligen Lebensumfeld erstellt, um diese im Anschluss daran in Interviews oder Fokusgruppen zu diskutieren. Nachdem die Bedienung eines Fotoapparates leicht erlernbar ist, kann damit eine breite Zielgruppe in die Forschungsarbeit mit einbezogen werden und fokussiert sich dabei hauptsächlich auf persönliche und kommunale Aspekte, die nach Ansicht der TeilnehmerInnen thematisiert werden sollen.

¹³⁴ 2008, S.15

¹³⁵ 2005, S.45

¹³⁶ Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S.23

¹³⁷ Geyer, 2003, S.45

Die Methode eignet sich aus diesem Grund sowohl zur Stärkung der Partizipation und Empowerment als auch zur Bedarfsanalyse und Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen im kommunalen Setting¹³⁸.

5.3 Der Public Health Action Cycle für das Durchführen von Evaluationen in der kommunalen evidenzgesicherten Gesundheitsförderung

Der Public Health Action Cycle als Rahmenmodell der Gesundheitsförderung soll in diesem Kapitel dabei helfen einen gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozess im kommunalen Setting in vier Schritte zu teilen und damit den Verantwortlichen des Veränderungsprozesses damit eine Möglichkeit bieten den komplexen Prozess verstehbar zu machen. Jede der vier Phasen ist zudem gekennzeichnet von Empfehlungen für einzusetzende quantitative oder qualitative Evaluationsmethoden, die in den vorangegangenen Kapiteln näher beschrieben wurden. Ausgangsbasis bietet nachfolgende Abbildung eines Organisationsentwicklungsprozesses im komplexen sozialen System, um am Ende des Kapitels diesen erweitern zu können mit Empfehlungen für sozialwissenschaftliche Evaluationsmethoden die er Evidenzsicherung in der Gesundheitsförderung gerecht werden können.

¹³⁸ Eichhorn & Nagel, 2009, S.209

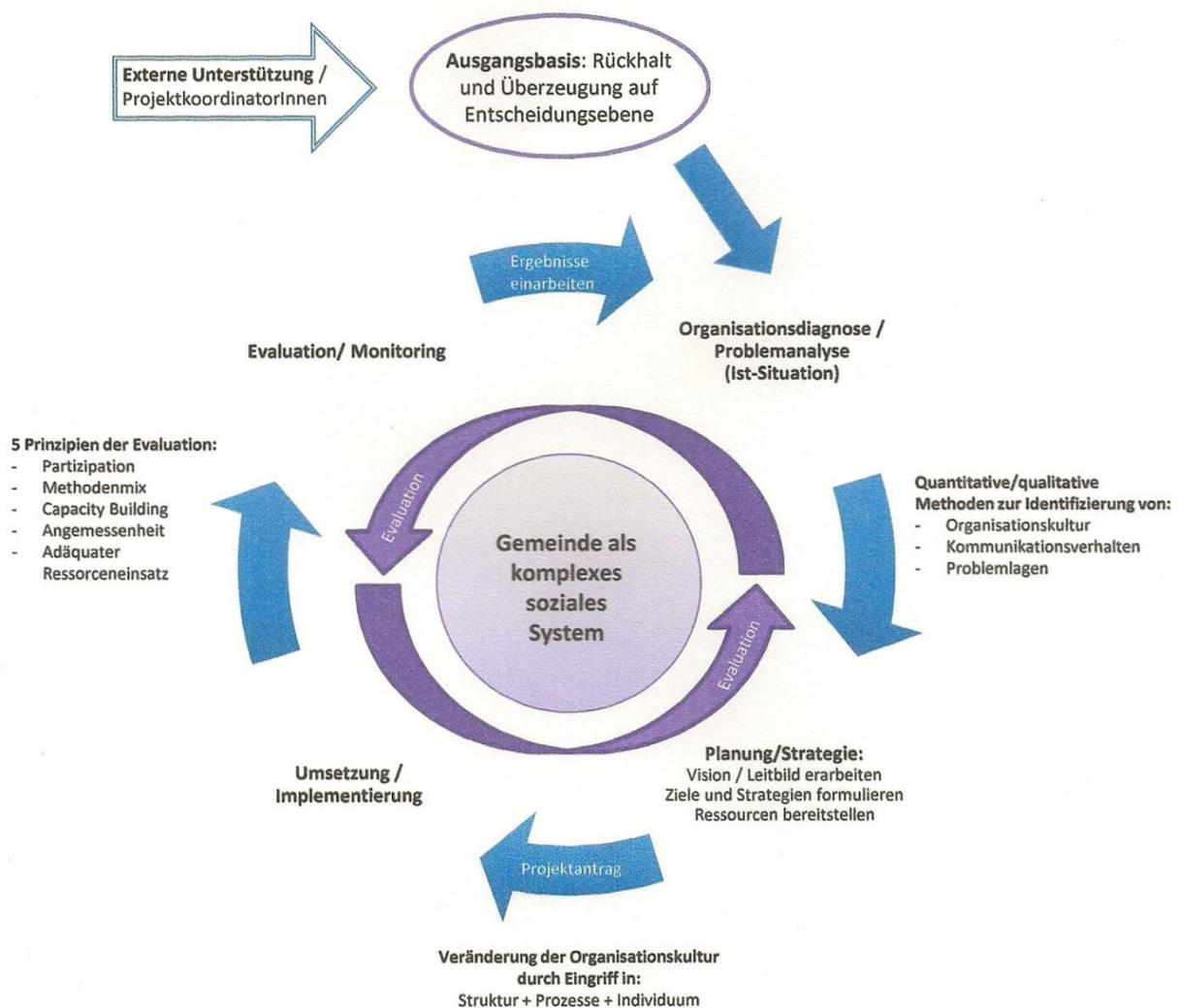


Abbildung 8: Organisationsentwicklung im komplexen soziale System Gemeinde, Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Lackner, 2013, S.45

5.3.1 Die 1. Phase des Public Health Action Cycles

Sind die Ausgangsbedingungen erfüllt wie in **Kapitel 4.2** beschrieben und wie in **Abbildung 8** dargestellt, nämlich die grundsätzliche Bereitschaft von Seiten der EntscheidungsträgerInnen einen gesundheitsförderlichen Veränderungsprozess mit einhergehender partizipativer Evaluation zu beginnen, wird im nächsten Schritt eine umfassende Diagnose der individuellen Problemlagen der Gemeinde vorgenommen.

Zu beachten ist allerdings, dass bereits in dieser Phase Unsicherheiten bei den Organisationsmitgliedern auftreten können, da ein System in einer bestimmten Zeit nur ein gewisses Maß an Organisationsveränderung verarbeiten kann¹³⁹. Nachdem der Organisationsentwicklungsprozess als ein interaktiver Prozess verstanden werden kann, der in ständigem Dialog mit den Stakeholdern der Gemeinde stattfinden sollte, wird durch die Förderung der Partizipation von Beginn an ein soziales vertrauensvolles Klima aufgebaut, was als Grundvoraussetzung für größere Akzeptanz und Unterstützungsleistung gesehen wird¹⁴⁰ und wirkt damit Unsicherheiten von vorneherein entgegen.

Loss et al.¹⁴¹ empfehlen die erste Gemeindeanalyse immer als eine Kombination der Erhebung von primären und sekundären gesundheitsrelevanten Daten zu sehen und betonen zudem dies als einzigartige Chance zu sehen, um BürgerInnen einer Gemeinde frühzeitig einzubinden. Die klassischen wie auch kreativen Methoden zur Förderung der Partizipation wie sie im vorangegangenen Kapitel angeführt wurden (z.B. Open-Space, Bürgerjury, Planungszelle), sollten bereits hier ihre Anwendung finden. Zusätzlich sollte, wie bereits erwähnt von Beginn an des Programms, bereits die Planung der Evaluation mit bedacht werden, um im Idealfall möglichst alle Einzelkomponenten des Gesundheitsförderungsprogramms in der Gemeinde evaluieren zu können, die in der Datenerhebungsphase im Rahmen einer sogenannten Baseline Erhebung als wichtig eingestuft wurden¹⁴². Zur Bestimmung der Ausgangslage und Problemsituation empfehlen Bauman und Nutbeam¹⁴³ so vorzugehen, dass einerseits routinemäßig erhobene epidemiologische, demografische, verhaltensorientierte und soziale Informationen aufbereitet werden und zum anderen, aus diesen Informationen heraus sich auf spezifische Problemlagen der Gemeinde zu fokussieren. In diesem ersten Schritt müssen sowohl die Zielgruppe, die Einflüsse die das Problem auf andere Bereiche als den

¹³⁹ Grossmann & Scala, 2011, S.62

¹⁴⁰ Stockmann, 2006, S.272

¹⁴¹ 2009, S.234

¹⁴² Bauman & Nutbeam, 2014, S.1

¹⁴³ 2014, S.3

Gesundheitsbereichs hat, die möglicherweise bestehenden Evidenzen sowie weitere Public Health relevante Fragestellungen behandelt werden. Nur so ist ein weiteres auf die Bedürfnisse der Zielgruppe und Gemeinde ausgerichtetes Interventionspaket möglich.

Nach dem ersten Anstoß müssen sich die Beteiligten der Evaluation und der Ausgangslagensituation zugehörigen Personen Gedanken zum eigentlichen Untersuchungsdesign machen. Das Ergebnis sollte hervorbringen, welches grundsätzliche Ziel die Gemeinde mit einer Evaluation verfolgt, was evaluiert werden soll, welches Evaluationsdesign (wann und wie häufig soll evaluiert werden?) herangezogen wird, welche Auswahl von Methoden zur Operationalisierung der gewünschten Daten gewählt werden, welcher Zeitplan eingehalten werden muss, wie hoch die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind und wer weiterhin am Prozess beteiligt werden soll¹⁴⁴. In der Programmevaluation einer Gemeinde kann diese entwicklungsorientierte Form der Evaluation (formative Evaluation) dazu beitragen denjenigen eine Unterstützung zu bieten, die strategische Entscheidungen treffen und damit Veränderungsmaßnahmen tatsächlich beeinflussen können.

Diese sogenannte formative Evaluation ist davon geprägt durch das Entwickeln von zielorientierten Maßnahmen die zuvor bestimmten Problemlagen lösen zu können. Eine Empfehlung des Autors dieser Arbeit ist, um der Evidenzsicherung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen gerecht zu werden, die Hinzuziehung der drei sich gegenseitig bestimmenden Best-Practice Kriterien von Gesundheitsförderung Schweiz nämlich die Werte, das bestehende Wissen und den Kontext. Neben der Berücksichtigung des Best-Practice Ansatzes ist zudem das Schweizer Ergebnismodell entscheidend, um in der ersten Situationsanalyse den Evaluationsprozess zu unterstützen.

Der Einsatz des Modells erfordert eine unabdingbare Auseinandersetzung mit den vorherrschenden Strukturen, um wie im Modell angedacht, daraus, für alle Ebenen von A1 bis A4, Maßnahmen der Gesundheitsförderung abzuleiten, die in weiterer

¹⁴⁴ Ovreteit, 2002, S.177

Folge Gesundheit für alle in der Bevölkerung anzustreben. Um auf Ebene der Gemeinde gesundheitsförderliche Strukturen zu schaffen empfiehlt es sich bei der Erstellung des Schweizer Ergebnismodells die Dimensionen von Capacity Building (Partizipation, Leadership, Ressourcen, Beziehungsnetzwerke, Gesundheitsstrukturen und -leistungen) mit einfließen zu lassen, die eine Operationalisierung der gesetzten Maßnahmen in einer fortgeschritteneren Phase des Programms ermöglichen. Das Schweizer Ergebnismodell bereits in dieser Phase einzusetzen erleichtert die Planung, Steuerung und Evaluation von gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklungsprozessen, indem in der Situationsanalyse bereits vorherrschende Gesundheitsprobleme in der Gemeinde verortet werden, die Zusammenhänge geklärt werden und mögliche Wirkungen, die andere Akteure bereits erzielt haben erfasst werden¹⁴⁵.

5.3.2 Die 2. Phase des Public Health Action Cycles

In der zweiten Phase des Public Health Action Cycles steht die Interventionsplanung in der Gemeinde im Fokus und erfordert das Ableiten von angepassten Zielen und Strategien der vorab definierten Ausgangsbedingungen aus der Diagnosephase. Zunächst sollte allerdings, wie im Schweizer Ergebnismodell empfohlen eine Vision mit den langfristig zu erzielenden Wirkungen stehen. Als Hilfestellung kann dabei im partizipativen Entscheidungsprozess eine Vorlage des Ergebnismodells herangezogen werden, die dann den Entscheidungsträgern des Projektes eine theoretische Unterstützung bei der Herleitung von Zielen helfen kann. Konkret formulierte Ziele können dann prozessbegleitend mit Hilfe des Goal Attainment Scaling (GAS) Tools formuliert und gemessen werden. Eine externe Begleitung kann diesen partizipativen Prozess unterstützen, wobei Zwischenziele einen positiven Verlauf erleichtern und überhöhten Erwartungen entgegenwirken. Zudem ist die Erkenntnis erforderlich, dass alle vorherrschenden Kommunikationsmuster in der

¹⁴⁵ Ackermann, 2005, S.14

Gemeinde den Veränderungsprozess in der Weise beeinflussen, dass Wirkungen von außen nicht vorhersagbar sind¹⁴⁶ und somit die Komplexität kommunaler Gesundheitsförderung bewusst macht. Ein weiteres einzusetzendes Instrument in dieser Phase sind eigens auf das Programm oder Projekt entworfene Dokumentationsbögen. Sie ermöglichen eine zeitnahe Erfassung der durchgeführten und meist komplexen Arbeitsabläufe und können auftretende Probleme und speziell darauf abgestimmte Lösungen schnell ans Projektteam rückmelden und damit einen positiven Veränderungsprozess in Gang bringen. In dieser zweiten Phase sollte daher die Erstellung der Dokumentationsbögen sowohl für die Struktur-, Prozess als auch Ergebnisqualität mit berücksichtigt werden.

5.3.3 Die 3. Phase des Public Health Action Cycles

Fördernde und unterstützende Interventionen in der kommunalen Gesundheitsförderung sollten für alle Menschen ansprechend sein und sämtliche Gruppen der Gemeinde mit einbeziehen. Dies erfordert in der Umsetzungsphase des Public Health Action Cycles die Gesamtheit des Settings Gemeinde zu betrachten, um nicht an den Bedürfnissen der Bevölkerung vorbei zu intervenieren. Wichtig in dieser Phase ist die Bereitstellung ausreichender finanzieller Ressourcen, die im Rahmen der Struktur- und Prozessevaluation mit überprüft werden können. Die in der vorangegangenen Phase vorbereiteten Dokumentationsbögen finden jetzt ihren Einsatz und können zeitnah Ergebnisse für Reflexionen und Adaptierungen liefern. Grundsätzlich können in dieser Phase ebenso Einzelinterviews oder moderierte Fokusgruppendifkussion einen wertvollen Beitrag in der Evaluation leisten. Die in dieser Phase erhobenen Daten können dann in einem weiteren zeitlich versetzten Verlauf nochmals durchgeführt werden, um damit Veränderungen im Setting aufzuzeigen.

¹⁴⁶ Grossmann & Scala, 2011, S.52

5.3.4 Die 4. Phase des Public Health Action Cycles

Im letzten Schritt des Public Health Action Cycles wird die Bewertung im Rahmen der Ergebnisevaluation von gesundheitsförderlichen Veränderungsmaßnahmen in den Mittelpunkt gerückt. Die WHO (1998, S.6) definierte für die Durchführbarkeit von Evaluation fünf Handlungsprinzipien, die als Ergänzung zur Berücksichtigung vorherrschender Besonderheiten im Setting beachtet werden sollten:

Partizipation sicherstellen: Stakeholder und MultiplikatorInnen des Settings (in diesem Fall der Gemeinde) sollten um ein intersektorales Zusammengehörigkeitsgefühl zu erzeugen von Beginn an in den Veränderungsprozess einbezogen werden. Hierzu können die in Kapitel 4.2.3 beschriebenen Methoden zur Messung und Förderung der Partizipation sehr gute Resultate im Sinne der WHO Empfehlungen erzielen.

- **Methodenmix:** Die Evaluation sollte sich am Methodenkoffer der Sozial- und Gesundheitswissenschaften bedienen. Dabei stellt nicht nur der wissenschaftliche Anspruch an das Evaluationsdesign, sondern auch die praktische Durchführbarkeit die wesentliche Entscheidungsgrundlage dar. Zudem ist die Anwendung von sowohl quantitativen als auch qualitativen Evaluationsmethoden ein entscheidender Erfolgsfaktor.
- **Capacity Building:** Mit Hilfe der Messung von Capacity Building wird versucht, Veränderungen im Bereich des gesundheitsförderlichen Strukturaufbaus darzustellen. In der Gemeinde eignet sich dafür zum Beispiel der Fragebogen des Community Readiness Tool.
- **Angemessenheit:** Evaluationen sollten so angelegt werden, dass sie sowohl der Komplexität und vor allem dem langfristigen „Impact“ Rechnung tragen können. Es wird empfohlen eine Theorie zur Anleitung und Unterstützung heranzuziehen. Die Gemeinde als komplexes soziales System erfordert ein ebenso komplexes Vorgehen im Rahmen der Evaluation.
- **Adäquater Ressourceneinsatz:** Es wird empfohlen ca. 8 bis 15 Prozent des Gesamtbudgets eines Projektes für die Evaluation zu verbuchen. Als Standard

werden mind. 10 Prozent angegeben (siehe auch nationale Förderrichtlinien des Fonds Gesundes Österreich¹⁴⁷).

In dieser vierten Phase sollte man sich für jede dieser grundsätzlichen Empfehlungen der WHO, die Frage stellen, welche sozialwissenschaftliche Methoden und Instrumente für die Datenauswertung des gesundheitsförderlichen Programms zum Einsatz kommen sollten.

¹⁴⁷ http://www.fgoe.org/projektfoerderung/foederrichtlinie/Foederrichtlinie_FGOe_13_12_2011.pdf

5.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigt nachfolgende adaptierte Grafik, welche Methoden und Instrumente im Rahmen des komplexen Organisationsentwicklungsprozesses sowohl in der Planungs-, Prozess- als auch Ergebnisevaluation anwendbar sind.

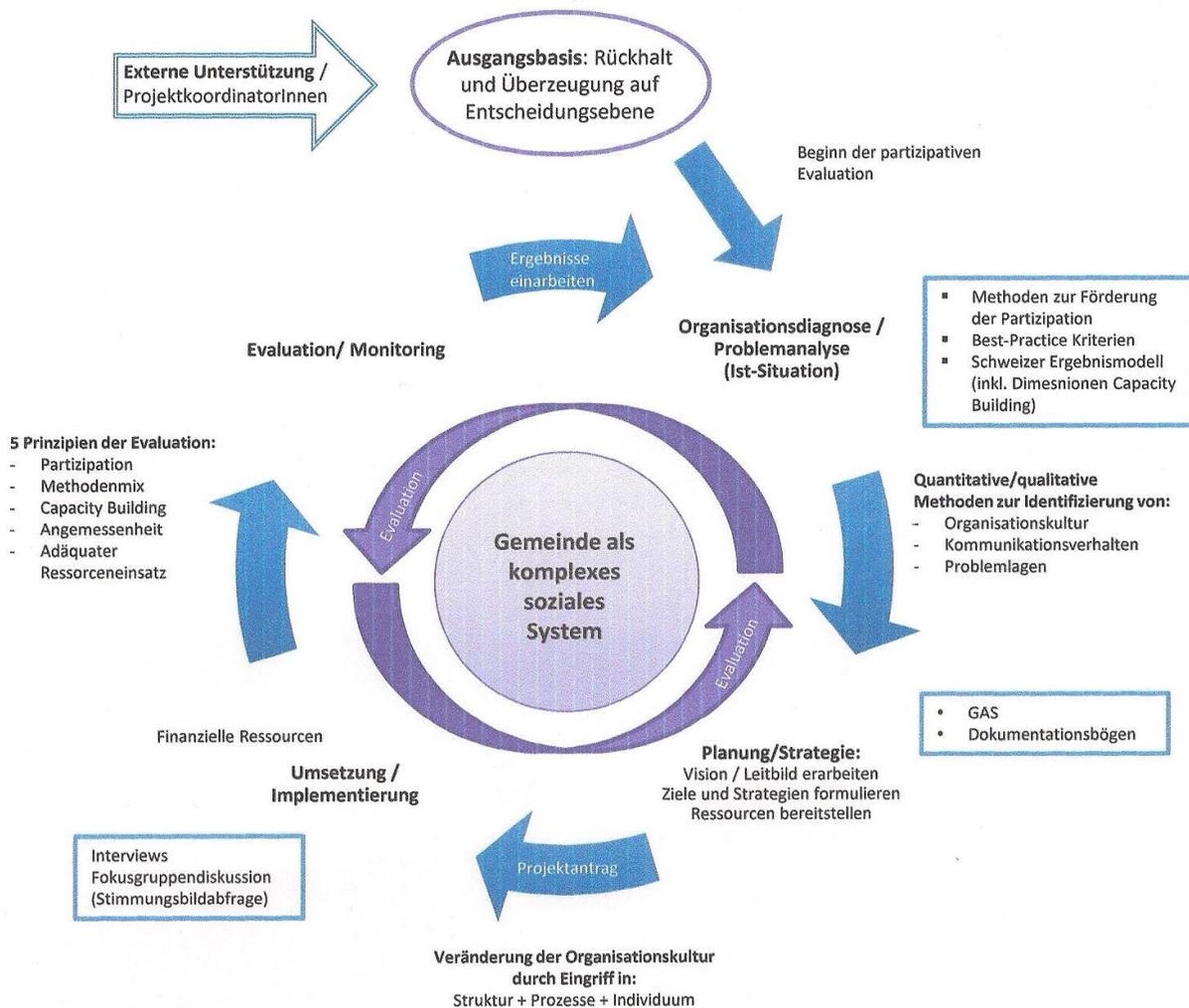


Abbildung 9: Organisationsentwicklung in der Gemeinde mit Empfehlungen für Evaluationsmethoden in der Struktur-, Prozess und Ergebnisevaluation, Quelle: eigene Darstellung

6 Das Modellprojekt „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“

Im folgenden Kapitel wird das vom Fonds Gesundes Österreich gefördertes Modellprojekt „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“ der Fachhochschule Burgenland GmbH, Department Gesundheit vorgestellt und in Hinblick auf gesundheitsförderlichen Strukturaufbau in der Modellregion mit insgesamt neun teilnehmenden Gemeinden (Bad Tatzmannsdorf, Mariasdorf, Rechnitz, Markt Alhau, Bernstein, Neustift, Obersdorf, Oberschützen und Wolfau) analysiert. Spezieller Fokus bei der Analyse wird auf das im Rahmen des Modellprojektes angewendete multimethodische Evaluationsdesign sowie die Darstellung der Evaluationsmethoden in Abhängigkeit von Struktur- Prozess und Ergebnisevaluation gelegt. Vor dem theoretischen Hintergrund des Ergebnismodells Projekt Herzgesundheit, eine Ableitung des Schweizer Ergebnismodells für das Modellprojekt „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“ werden Evaluationserfahrungen und lessons learned einerseits zum Nachweis von gesundheitsförderlichen Strukturaufbau (Capacity Building) und andererseits Verhaltensveränderung durch die Interventionen im Rahmen des Modellprojektes abgeleitet.

6.1 Ausgangslage des kommunalen Modellprojektes „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“

Das 3- jährige vom Fonds Gesundes Österreich geförderte Modellprojekt (2009-2012) hatte zum Ziel in insgesamt neun Gemeinden des Bezirkes Oberwart (Burgenland) zum einen gesundheitsförderliche Strukturen aufzubauen und zum anderen die Entwicklung und Förderung von Gesundheitswissen und Kompetenzen zur Umsetzung von regionalen und schulischen Kleinprojekten zu unterstützen. Im

Fokus stand zudem die Einleitung eines öffentlichen Sensibilisierungsprozesses zum Thema „Herzgesundheit“¹⁴⁸.

Als Zielgruppen im Setting Gemeinde wurden Frauen und Männer im Alter von 30 bis 60 Jahren sowie als Subsetting der Kindergärten (10 Kindergärten), die Volksschule (15 Volksschulen) und berufsbildende mittlere Schulen (4 Schulen) über alle neun Projektgemeinden hinweg definiert. Die epidemiologische Rechtfertigung des Modellprojektes waren die ungünstigen Gesundheitsdaten in Bezug auf gesunde Lebenserwartung, Bewegungs- u. Ernährungsverhalten speziell im Bezirk Oberwart, sowohl im Österreich- als auch im Bezirksvergleich innerhalb des Burgenlandes. Daher lag der inhaltliche Interventionsschwerpunkt des Modellprojektes „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“ auf Bewegung, Ernährung und psychosoziale Gesundheit.

Der Fachhochschule Burgenland GmbH, Department Gesundheit unter der Leitung von Prof. Gollner, als durchführende Institution, war es im Sinne der systemischen Gesundheitsförderung ein besonderes Anliegen die Themen Organisationsentwicklung (Community development) und Nachhaltigkeit in Bezug auf Capacity Building in allen Projektphasen zu berücksichtigen. Dazu zählen vor allem die strategische Projektplanung (Zielformulierungen, Gesundheitscharta, Gesundheitsbeauftragte/r im Gemeinderat jeder der neun Projektgemeinden), das komplexe, partizipative Evaluationsdesign (Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation / Follow-up Evaluation – eineinhalb Jahre nach Projektende) und der Aufbau von formellen und informellen gesundheitsfördernden Netzwerken mit externen Kooperationspartnern (z.B. Kochworkshop, Lauftreffs, Entspannungstraining) unter Einbezug sämtlicher Kommunikationskanäle aus den Gemeinden aber auch gemeindeübergreifend.

6.2 Evaluationsdesign des Modellprojektes

¹⁴⁸ Gollner, Goldgruber, Schnabel, Schloffer, Stangl, Thaller & Tuttner, 2011, S.1

Das Evaluationsdesign des Modellprojektes folgte den allgemeinen Prinzipien der Evaluation von Gesundheitsförderung (Rootman et al, 2001; Cloetta et al, 2005; Jackson & Waters, 2005) sowie den Richtlinien für die Evaluation betrieblicher und gemeindeorientierter Gesundheitsförderungsprojekte (Fawcett et al, 2001; Potvin & Richard, 2001; Dugdill & Springett, 2001).

Basis des Evaluationsdesigns wie in Abbildung 10 dargestellt, waren die partizipativ mit den Gemeinden entwickelten Projektziele (siehe Tabelle 5), die multimethodisch in Abhängigkeit von Struktur-, Prozess und Ergebnisevaluation im Rahmen der externen, internen und Follow-up Evaluation evaluiert wurden.

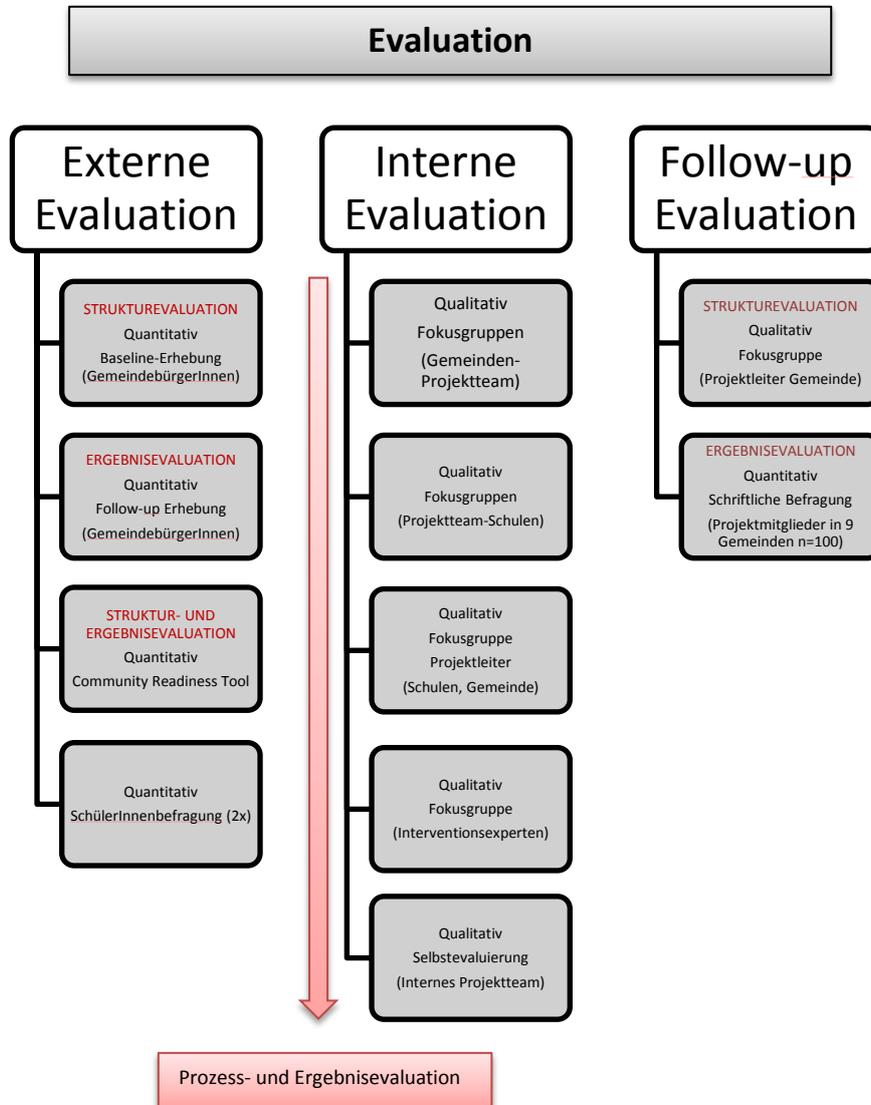


Abbildung 10: Evaluationsdesign im Modellprojekt, Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Püringer, 2008, S.8

Wie aus der Abbildung 10 ersichtlich, beinhaltet das multimethodisch, mehrstufig angelegte Evaluationsdesign, entsprechend den Förderrichtlinien des Fonds Gesundes Österreich, eine externe Prozess und Ergebnisevaluation. Zusätzlich wurde, um den Nachweis von gesundheitsförderlichem Strukturaufbau zu gewährleisten, unter der Leitung der Fachhochschule Burgenland GmbH, Department Gesundheit eine interne und Follow-up Evaluation in das

Evaluationsdesign implementiert. Als theoretische Grundlage hierfür wurde, entsprechend internationaler Empfehlungen das Schweizer Ergebnismodell gewählt.

6.2.1 Das Schweizer Ergebnismodell als Grundlagenmodell in der Programmentwicklung

Da die Wirkung von gesundheitsförderlichen Interventionen im kommunalen Setting nicht im Sinne einfacher Ursachen – Wirkungszusammenhänge erklärbar ist wurde das „Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention“- Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz verwendet¹⁴⁹. Eine entsprechende Ableitung daraus wird als „Ergebnismodell des Modellprojektes „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“ bezeichnet. In den Ausführungen von Cloetta et al.¹⁵⁰ wird das Ergebnismodell als ein Analyseinstrument bezeichnet, welches sowohl in der Diagnose, in der Interventionsplanung als auch im Rahmen der Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten angewendet werden kann. Im Fokus steht dabei die Qualitätsentwicklung und -sicherung. Durch das Modell können Gesundheitsprobleme, geplante Ziele und tatsächlich erreichte Projektergebnisse eingeordnet bzw. reflektiert werden. Als Endziel, welches nur durch längerfristigen gesundheitsförderlichen Strukturaufbau in den Gemeinden erreicht werden kann, wird die Verbesserung der Gesundheit definiert. Zudem bildet das Modell die Veränderung der und Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten ab. Letztendlich werden dann noch die Maßnahmen der Gesundheitsförderung eingetragen. Als ein Beispiel für kurzfristige Ziele kann beispielweise die Erhöhung der Lebensqualität genannt werden. Das in Anlehnung an das Schweizer Ergebnismodell entwickelte Ergebnismodell „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“ diente zum einen als theoretisches Rahmenkonzept um die Dimensionen (Maßnahmenentwicklung, Einflussfaktoren auf Gesundheitsdeterminanten,

¹⁴⁹ Ballmann, 2010, S.55

¹⁵⁰ 2005, S.45

Gesundheitsdeterminanten, Langfristige Zielsetzung) auf konkreter Projektebene einzuordnen zum anderen wurde versucht im Rahmen der Programm und Ergebnisevaluation den Projekterfolg über diese Dimensionen mit entsprechender Evaluationsmethoden zu messen. Im Folgenden wird versucht die Dimensionen im Sinne der gesundheitsförderlichen Settingentwicklung mit denen im Projekt angewendeten Methoden zu verknüpfen um abschließend eine Bewertung des Projekterfolges vor dem Hintergrund der Konzepte von Health in all Policies und Nachhaltigkeit geben zu können.

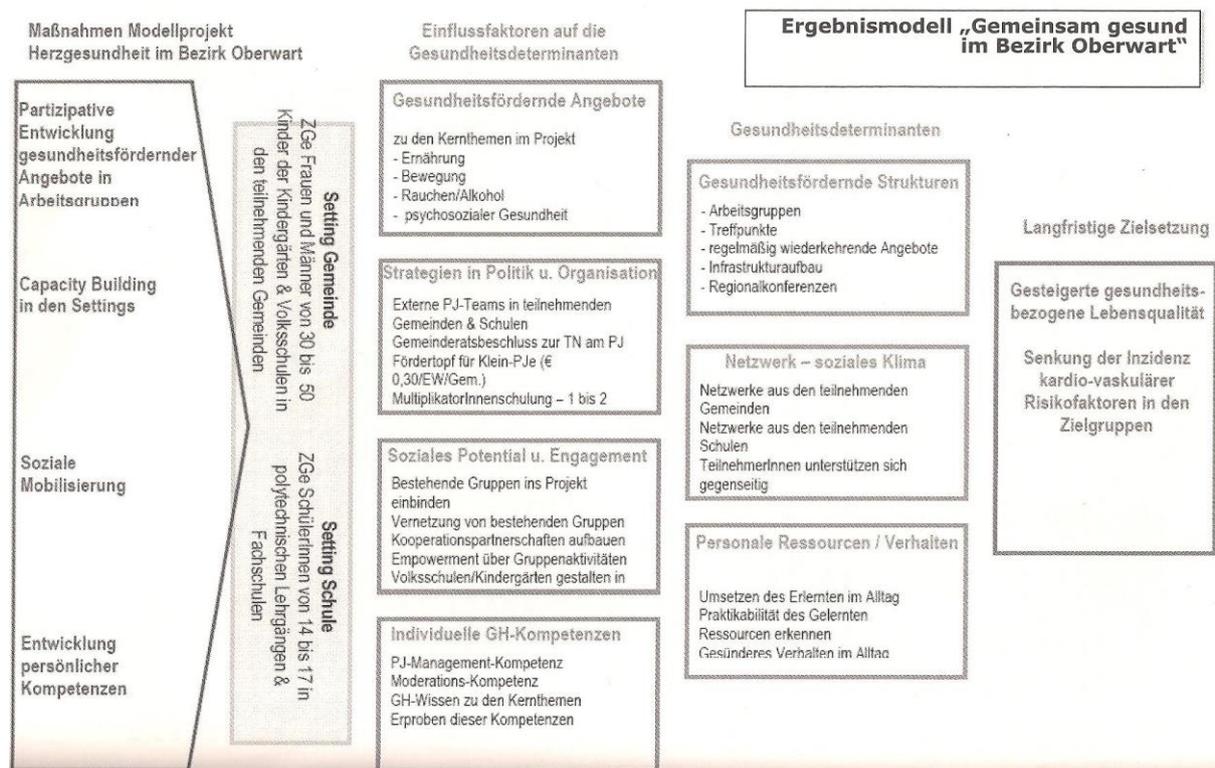


Abbildung 11: Ergebnismodell Projekt Herzgesundheit in Anlehnung an das Schweizer Ergebnismodell, Quelle: Püringer, 2008, S. 7

Entsprechend der Modellprojektziele, die in fünf Teilziele geclustert werden können, nämlich in gesundheitsfördernde Angebote, gesundheitsfördernde Strategien in Politik und Organisation, gesundheitsförderndes soziales Potential und Engagement,

individuelle Gesundheitskompetenz/Verhaltensänderung sowie die Begleitung der Projektentwicklung ergeben sich folgende in Tabelle 5 angeführten Evaluationsfragen für das komplexe Evaluationsdesign.

Tabelle 5: Übersicht der Evaluationsfragen, Quelle eigene Darstellung in Anlehnung an Püringer, 2008, S.6-9

Projektziele	Evaluationsfragen
Gesundheitsfördernde Angebote	<p>Werden die Zielgruppen des Projektes in der Bevölkerung erreicht?</p> <p>Gelingt es, Ressourcen (Angebote, qualifizierte Personen) aufzubauen und in die Gemeinden zu transferieren, um sie zu verankern und deren Nachhaltigkeit zu sichern?</p> <p>Gelingen die Schaffung eines gendersensiblen Zugangs zur Zielgruppe und die Schaffung geschlechterspezifischer Angebote?</p>
Gesundheitsfördernde Strategien in Politik und Organisation	<p>Gelingt es, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (strategische, strukturelle und organisatorische) in den teilnehmenden Gemeinden zu schaffen?</p> <p>Ist Gesundheit ein Teil der Gemeindepolitik geworden?</p>
Gesundheitsförderndes soziales Potential und Engagement	<p>Welche soziale Infrastruktur gibt es?</p> <p>Gelingt es, bestehende Vereine/Gruppen in das Modellprojekt einzubinden/zu vernetzen?</p> <p>Gelingt es, neue AkteurInnen für das Thema Herzgesundheit zu gewinnen?</p> <p>Wie weit gelingt es, das Thema Herzgesundheit zu transportieren?</p> <p>Wie hoch ist die Akzeptanz dieses Themas?</p>
Individuelle Gesundheitskompetenz / Verhaltensänderung	<p>In wie weit haben sich die individuellen Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung erweitert?</p> <p>Was hat den TeilnehmerInnen auf dem Weg zur individuellen Zielerreichung geholfen?</p>
Begleitung der Projektentwicklung (Strukturen, Prozesse, Qualität und Dokumentation)	<p>Unterstützen die geschaffenen Strukturen die Projektentwicklung?</p> <p>Gibt es ausreichend Kommunikationsstrukturen?</p> <p>Bildet die Projektdokumentation die Prozesse ab?</p> <p>Werden die Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung erfüllt?</p>

6.2.2 Partizipative Prozesselemente und Evaluationsmethoden

Im Rahmen der Anwerbung von Gemeinden zur Teilnahme am Modellprojekt im Bezirk Oberwart wurden nach entsprechenden Informationsveranstaltungen Teilnahmebedingungen formuliert, die notwendig waren, um Verbindlichkeiten festzulegen. Die Angebotsentwicklung zu den Bereichen Ernährung, Bewegung und Psychosozialer Gesundheit war von Projektbeginn an partizipativ ausgerichtet. So wurde eine Bürgermeisterkonferenz, mit dem Ziel die Bereitschaft für Veränderungen

im Sinne einer Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Settings seitens der GemeindevertreterInnen auszuloten. Die BürgermeisterInnen bzw. VizebürgermeisterInnen aller neun Projektgemeinden waren vertreten. Im Rahmen der Konferenz wurde nach einer Einführung in die Themen Gesundheit, Health in all policies und Nachhaltigkeit seitens des Projektteams der Fachhochschule Burgenland GmbH, Department Gesundheit, gesundheitsförderliche Angebote (Bewegung, Ernährung, psychosoziale) vor dem Hintergrund realpolitischer Rahmenbedingungen zu erarbeiten. Ziel war es zum einen mit dieser Veranstaltung politisches Kommitment zu erhalten und zum anderen den Gemeinden selbst die Angebotsentwicklung zu überlassen, wobei die Fachhochschule nur als Kontrollorgan fungierte. Die Ergebnisse dieser Konferenz wurden in einer Gemeindecharta festgehalten und vom Gemeinderat einstimmig abgesegnet, Methodisch kann dieser Workshop im Rahmen der Strukturanalyse der Evaluation des partizipativ - qualitativen Ansatzes zugeschrieben werden.

Im Anschluss an diese Bürgermeisterkonferenz wurde in jeder Gemeinde ein Projektteam zusammengestellt. Im Rahmen der Erstgespräche zwischen dem Projektteams der Fachhochschule Burgenland GmbH, Department Gesundheit und dem Projektteams der Gemeinden wurden folgende Themen behandelt:

- Gesundheit in den Gemeinden
- Vereinsstrukturen
- Bürgerbeteiligung bei Projekten in der Gemeinde
- Ressourcen in den Gemeinden

Die Benennung eines Projektverantwortlichen, dem die Aufgabe übertragen wurde ein interdisziplinäres Projektteam in der Gemeinde zusammenzustellen sowie die Kommunikation mit der Fachhochschule Burgenland GmbH zu übernehmen, war Teil der Teilnahmebedingungen. In Phase eins des Projektes wurden mit den neu formierten Projektteams moderierte Workshops in allen neun Gemeinden veranstaltet, in denen partizipativ Angebote zum Thema „Herz-Kreislauf Gesundheit“ zu den Schwerpunkten Bewegung, Ernährung und psychosoziale Gesundheit

konsensual erarbeitet wurden. Bei diesem Prozess nahm die Fachhochschule Burgenland GmbH, Department Gesundheit eine Moderationsfunktion ein. Durch die Clusterung der erhobenen Bedürfnisse in den Workshops konnte ein gesundheitsförderlicher Bedarf abgeleitet werden. Die so entwickelten Angebote bildeten die Basis eines beginnenden Veränderungsprozesses im Sinne eines dauerhaften gesundheitsförderlichen Strukturaufbaus zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Projektes.

Externe Evaluation

Parallel fand als Teil der externen Evaluation unter der Leitung von Dr. Ursula Püringer und MMag. Eva Martyas in jeder Gemeinde eine Fokusgruppe mit den Projektteammitgliedern statt, in der methodisch das Community Readiness Tool eingebettet wurde. Dabei wurden den TeilnehmerInnen zu den fünf Dimensionen des Community Readiness Tools (Grad der Verankerung von Gesundheit in der Gemeindeverwaltung und politischen Kultur, Vorhandene Infrastruktur, Partnerschaften und Netzwerke, Vorhandene Leadership- und Managementkompetenzen, Angemessene Ressourcen, Partizipation und Empowerment) in schriftlicher Form standardisierte Fragen vorgelegt, die mit Hilfe einer Guttman Skala (ja/nein) beantwortet wurden. In Anlehnung an das Community Readiness Tool wurde auch in den teilnehmenden Projektschulen erstmals das School Readiness Tool als Teil einer Fokusgruppe im Rahmen der Strukturevaluation etabliert. Dabei wurden die Erhebungsbögen nach einer kurzen Erklärung zunächst einzeln von den externen Projektteammitgliedern ausgefüllt und im Anschluss in einer moderierten und protokollierten Diskussionsrunde qualitativ bewertet. Diese Erhebung des Ist-Zustandes wurde am Ende des Projektes mit einer neuerlichen Erhebung im Rahmen der Ergebnisevaluation erweitert, um Veränderungen bezüglich der fünf Dimensionen des Community und School Readiness Tools feststellen zu können.

Die externe Evaluation umfasste zudem eine schriftlich quantitative Befragung in allen 9 Gemeinden auf Bevölkerungsebene. Als Zielgruppe wurde analog zur Zielgruppe des gesamten Projektes Personen im Alter von 30-60 Jahre definiert. Das

mehrstufige Auswahlverfahren wurde bei der Follow-up Erhebung um das Kriterium „Teilnahme an einer Intervention“ ergänzt. Insgesamt konnte während der Baselineerhebung 9,61 % der Gemeindebewohner der Modellgemeinden und während der Follow-up Erhebung 7,01% über die Befragung erreicht werden. Das Befragungsinstrument wurde in Anlehnung der ATHIS (Austrian Health Interview Survey in Anlehnung an European Health Interview Survey – EHIS) Gesundheitsbefragung konstruiert und enthielt folgende Themenblöcke:

Module		Kategorien	Gemeinden		LehrerInnen		SchülerInnen	
			Fragen gesamt	Einzel- fragen	Fragen gesamt	Einzel- fragen	Fragen gesamt	Einzel- fragen
Basismodul	A Gesundheitsstatus	A1-A3 Allgemeine Gesundheit	8	3	8	3	8	3
		A4 Chronische Krankheit/Gesundheitsproblem		1		1		1
		A5 Schmerzen		2		2		2
		A6 Psychische Gesundheit*		2		2		2
	B Gesundheitsdeterminanten	B1 Allgemeine Determinanten	37	4	35	4	37	4
		B2 Rauchen*		10		10		9
		B3 Alkohol*		8		7		7
		B4 Weitere Drogen		5		4		5
		B5 Körperliche Betätigung*		5		4		4
		B6 Schlaf		1		1		1
		B7 Ernährung*		4		3		3
	C Gesundheitsvorsorge	C1 Vorsorge	9	7	9	7	9	7
		C2 Medikamente		2		2		2
	D Lebenssituation	D1 Familienstand, Lebensform	19	1	17	1	19	1
		D2 Staatsbürgerschaft		2		2		2
		D3 Schulbildung*		1		1		1
D4 Lebensunterhalt, Beruf, soziale Situation*		6		4		5		
D5 Haushalt, Einkommen		2		2		2		
D6 Lebensqualität		7		7		7		
Ziel- gruppen- spezifische Module	E LehrerInnengesundheit	E Burnout	-	-	22	22	-	-
	E SchülerInnengesundheit	E Familienbezug	-	-	-	-	4	4

a. Für diese Kategorie liegt eine Wissensfrage vor.
b. Fragen aus dieser Kategorie sind bei der Version für SchülerInnen teilweise für die Einschätzung der Eltern adaptiert.

Abbildung 12: Dimensionen des Fragebogens in Anlehnung an die ATHIS Gesundheitsbefragung im Rahmen des Modellprojektes, Quelle: Püringer, 2010, S.15

Zusammenfassend war es das Ziel der quantitativen Befragung sowohl in der Anfangsphase (Strukturevaluation) des Projektes Basisdaten (Basismodul A –D) zum Thema Gesundheit bzw. Gesundheitsverhalten zu generieren als auch im Rahmen der Ergebnisevaluation individuelle Gesundheitskompetenz bzw. Verhaltensveränderung, die im günstigsten Fall noch kausal auf das Projekt „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“ zurückzuführen sind auf Bevölkerungsebene festzustellen. Sowohl die operative Distribution über die Gemeindeämter als auch die fehlende statistische Signifikanz zu den

entscheidenden Gesundheitsparametern können als problematisch für den Wirkungsnachweis des Projektes eingestuft werden. Weitere methodische Elemente der externen Evaluation waren zum einen quantitative Evaluierungsbefragungen, die der Prozessevaluation zugeordnet werden können und operativ insgesamt zwei mal pro Intervention durchgeführt wurden (erste Befragungszeitpunkt: letzte Interventionseinheit/zweiter Befragungszeitpunkt: sechs Monate nach Interventionsende) der TeilnehmerInnen von Gesundheitsförderungsprogrammen zum anderen wurden Dokumentationsbögen über jede Intervention erstellt. Insgesamt mussten im Rahmen des Modellprojektes „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“ in insgesamt 33 Settings (9 Gemeinden, 4 berufsbildende mittlere Schulen, 12 Volksschulen, 8 Kindergärten) 240 durchgeführte Interventionen evaluiert werden. Die Frage an den Projektleiter des Projektes Prof. Dr. Mag. Erwin Gollner, MPH, wie dieses Evaluationsvolumen sowohl bezüglich monetärer als auch humaner Ressourcen bewältigt wurde seinerseits folgendermaßen kommentiert:

„Wir wollten im Bereich Evaluation und Wirkungsnachweis der vielen Interventionen im Bereich Ernährung, Bewegung und psychosozialer Gesundheit Akzente setzen, wissend dass wir den vom FGÖ geforderten Anteil von 10%-15% des Projektvolumens für Evaluation bei weitem überschritten haben. Dies ist uns nur durch die zusätzliche Einbindung von StudentInnen im Rahmen von Masterarbeiten und die Bereitstellung von zusätzlichem Humankapitals gelungen“¹⁵¹.

Interne Evaluation

Dem internen Projektteam der Fachhochschule Burgenland GmbH, Department Gesundheit, unter der Leitung von Prof. Dr. Mag. Erwin Gollner, MPH, war es bezüglich Evaluationsdesign ein besonderes Anliegen die doch sehr stark quantitativ ausgerichtete externe Evaluation im Sinne des Nachweises von gesundheitsförderlichem Strukturaufbaus (Capacity Building) durch partizipativ-

¹⁵¹ Gollner, persönliche Mitteilung, 5.11.2013

qualitativ- interaktive Evaluationsmethoden (z.B. Fokusgruppen) – auf allen Ebenen (Projektteam, Projektleiter) mit Ausnahme der Ebene der Gemeindeglieder im Rahmen der Prozess- als auch in der Ergebnisevaluation zu ergänzen.

Insgesamt wurden

- 9 Fokusgruppen (in jeder Gemeinde , mit Projektteammitgliedern)
- 1 Fokusgruppe (Projektteam- Setting Schule - gemeindeübergreifend)
- 1 Fokusgruppe (Projektteam – Setting Kindergarten – gemeindeübergreifend)
- 1 Fokusgruppe (internes Projektteam – Fachhochschule Burgenland GmbH

durchgeführt.

Im Rahmen der Fokusgruppen tauschten die TeilnehmerInnen Erfahrungen und unterschiedliche Sichtweisen aus. Durch diesen interaktiv- moderierten Prozess bestand die Möglichkeit des Austausches und der Diskussion, wobei der Fokus darauf gerichtet wurde zwischen Einzelmeinung und Gruppenmeinung zu unterscheiden, um damit zukünftige Handlungsfelder und Strategien aus dem Projekt im Sinne der gesundheitsförderlichen Gemeindeentwicklung ableiten zu können. *„Gerade im niederschweligen, kommunalen Setting sind die operativ durchführenden Personen Akteure des Alltags, die am besten Stimmungsbilder und situationsgebundene Erlebnisse wiedergeben können und damit einen Beitrag zur Prozessevaluation [Anm des Autors: und zur Ergebnisevaluation] liefern¹⁵².*

Folgende Themenbereiche standen im Mittelpunkt der Fokusgruppe

- Bisherige Zielerreichung in den Gemeinden
- Verbesserungspotentiale (Stärken/Schwächen)
- Next Steps
- Nachhaltigkeit

¹⁵² Gollner et al., 2012, S.52-53

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Rahmen der Fokusgruppen „*Stimmungsbilder generiert wurden die bei der Interpretation der quantitativen Evaluationsergebnisse sehr hilfreich waren und darüber hinaus wurde damit ein Nachweis von gesundheitsförderlichen Strukturaufbau gegeben*“¹⁵³.

Follow-up Evaluation

Unabhängig von der Anwendung der qualitativen und quantitativen Evaluationsmethoden während der Projektlaufzeit von 2009-2011 im Rahmen der Struktur- Prozess und Ergebnisevaluation wurde zur Messung der Nachhaltigkeit des Projektes „Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart“ eine quantitative und qualitative Evaluation eineinhalb Jahre nach Projektende in allen Gemeinden durchgeführt. Als quantitative Evaluationsmethode wurde das Instrument des standardisierten Fragebogens, der telefonisch mit den Projektteammitgliedern (Grundgesamtheit: N=100) durchgeführt wurde, eingesetzt. Der Fragenkatalog beinhaltete folgende Themenschwerpunkte

- Fragen zu Aktivitäten nach Projektende
- Fragen zum Themenbereich Gesundheit
- Fragen zum Projektteam in den Gemeinden
- Fragen zur Unterstützung seitens der Gemeinden
- Fragen zum gesundheitsförderlichen Strukturaufbau

Ergänzend wurde eine Fokusgruppe mit den 9 Projektleitern der Modellgemeinden unter der Leitung von Prof. Dr. Mag. Erwin Gollner, MPH, mit folgenden Inhalten veranstaltet:

- Stimmungsbilder aus den Gemeinden
- Gesundheitsförderliche Aktivitäten seit Projektende

¹⁵³ Gollner, persönliche Mitteilung, 5.11.2013

- Strukturen/Kooperationen
- Gesundheit auf politischer Ebene
- Gemeindecharta
- Bewusstsein für Gesundheit
- Was braucht es zusätzlich?
- Anregungen/Wünsche

Durch diesen multimethodischen Zugang im Rahmen der Follow-Up Evaluation konnte nachgewiesen werden, dass gesundheitsförderlicher Strukturaufbau (Capacity Building) durch das Modellprojekt Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart gelungen ist. Die Nachfrage nach weiteren gesundheitsförderlichen Angeboten im Bereich Bewegung, Ernährung und psychosozialer Gesundheit ist weiterhin ungebrochen- operative Abwicklung der Interventionen werden mit Hilfe von externen Kooperationspartnern von den Gemeinden selbst durchgeführt¹⁵⁴.

6.3 Erfahrungen der Messbarkeit von Capacity Building aus einem kommunalen Gesundheitsförderungsprojekt in Österreich (Burgenland)

Nach dieser Darstellung wird deutlich, dass bereits in der Anfangsphase des Projektes Prozesse eingeleitet wurden, um Voraussetzungen für einen gesundheitsförderlichen Strukturaufbau und eine gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung zu schaffen. In weiterer Folge wurde zudem der verhältnisorientierte, systemische Gesundheitsförderungsansatz auch im komplexen Evaluationsdesign, welches entsprechend der Ziele des Projektes, mehrstufig und multimethodisch angelegt wurde, verfolgt. Sowohl im Rahmen der externen Evaluation, durch Verwendung des Community Readiness Tools in der Prozess- und

¹⁵⁴ Gollner, persönliche Mitteilung, 5.11.2013

Ergebnisevaluation, als auch im Rahmen der Internen und Follow-up Evaluation , durch Verwendung von Fokusgruppen und einer telefonischen Befragung von Projektteammitgliedern, wurde der gesundheitsförderliche Strukturaufbau in den neun Modellgemeinden gemessen. Gemäß den Einschätzungen von Prof. (FH) Mag. Dr. Erwin Gollner, MPH konnte durch die Einbindung des Community Readiness Tools im Rahmen von Fokusgruppen gesundheitsförderlicher Strukturaufbau nachgewiesen werden. Bezüglich Anwendbarkeit, und da gehen die praktischen Projekterfahrungen mit einschlägiger deutschsprachiger Literatur einher (u.a. Trojan & Nickel, 2009), dass die methodischen Limitationen zum einen in der expertendominierten Einschätzung von Capacity Building in der Gemeinde liegen (Projektteammitglieder) und zum anderen, dass der Gesundheitsbezug über fünf nur sehr allgemein formulierte Dimensionen abgebildet werden können. In der Retrospektive ist daher anzumerken, dass unter Berücksichtigung methodischer Limitationen lässt sich Capacity Building durch das Community/School Readiness Tool nachweisen, wobei diese Methode durch interaktiv - partizipative Elemente ergänzt werden sollte.

7 Qualitative Befragung

Der empirische Teil dieser Arbeit soll nun die theoretischen Empfehlungen hinsichtlich der sozialwissenschaftlichen Evaluationsmethoden für das kommunale Setting durch ExpertInnenmeinungen bestärken oder widerlegen. Besonderer Wert wurde dabei auf einen hohen Bekanntheitsgrad bei der Auswahl der ExpertInnen gelegt, um bezüglich der Antworten eine Ableitung für den FGÖ möglich zu machen.

7.1 Forschungsmethode und Interviewleitfaden

Die Durchführung qualitativer Befragungen dient dazu, subjektive Sichtweisen von Akteuren im Verlauf eines Gesprächs in Erfahrung zu bringen¹⁵⁵. Der Interviewer ist dabei selbst das „Erhebungsinstrument“ und kann somit seine eigenen Gedanken, Gefühle und Reaktionen mit einfließen lassen¹⁵⁶. In der qualitativen Forschung haben sich laut Mayring¹⁵⁷ eine ganze Reihe qualitativer Interviewtechniken unterschiedlicher Bezeichnungen etabliert. Nach der Terminologie kann seiner Ansicht nach unterschieden werden zwischen offenem vs. geschlossenem Interview, unstrukturiertem vs. strukturiertem Interview und qualitativem vs. quantitativem Interview, wobei sich die Unterschiede sowohl auf die Freiheitsgrade des Befragten, des Interviewers als auch auf die Art der Auswertung des Interviewmaterials beziehen. Angesichts der Vielfalt von Varianten qualitativer Interviews stellte sich die Frage, welche Interviewtechnik im konkreten Fall auszuwählen ist. Der Autor dieser Arbeit hat sich für die Erhebungsmethode des qualitativen leitfadengestützten und teilstrukturierten ExpertInneninterviews entschieden, da das Merkmal der Offenheit entscheidende subjektive Perspektiven und Deutungen ermöglicht, durch die Verwendung des Interviewleitfadens allerdings immer wieder auf bestimmte

¹⁵⁵ Bortz & Döring, 2006, S.308

¹⁵⁶ ebd., S.309

¹⁵⁷ 2002, S.66

interessierende Fragestellungen hinlenkt. ExpertInneninterviews nutzen die besondere Rolle des/der Interviewpartners/in, welche eine Quelle von speziellem Wissen darstellt. Genau dieses Wissen gilt es im Zuge von ExpertInneninterviews zu erschließen¹⁵⁸. Dabei werden die ExpertInnen als RepräsentantInnen von Organisationen oder Institutionen, sofern sie Problemlösungen und Entscheidungsstrukturen repräsentieren, gesehen¹⁵⁹. Leitfadeninterviews sind im Gegensatz zu sogenannten narrativen Interviews durch ihre Strukturiertheit gekennzeichnet. So stellt ein Gesprächsleitfaden mit Leitfragen zu einzelnen Themenbereichen die Grundlage für das Interview dar¹⁶⁰. Leitfadeninterviews sind gemäß Przyborski & Wohlrab-Sahr¹⁶¹ vor allem für Forschungsvorhaben geeignet, welche die Beantwortung bestimmter relativ klar eingegrenzter Fragestellungen zum Ziel haben.

7.1.1 Auswahl der ExpertInnen

Die Auswahl der ExpertInnen erfolgte zufällig aus einer Grundgesamtheit auskunftswilliger ExpertInnen, die über spezifisches Wissen zum interessierenden Evaluations- und Forschungsprozess verfügten. Insgesamt wurden vier ExpertInnen mit verschiedenen Perspektiven aus Wissenschaft und Praxis befragt (**n = 4**), wobei besonders hervorzuheben ist, dass die ausgewählten Personen sowohl ein fundierte Projekterfahrungen im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung und Evaluation als auch Expertisen in der Rückführung empirischen Erfahrungswissens in die Theorie vorweisen können

¹⁵⁸ Gläser & Laudel, 2009

¹⁵⁹ Meuser & Nagel, 1991

¹⁶⁰ Geyer, 2003

¹⁶¹ 2010

Tabelle 6: Informationen zu den ExpertInnen, Quelle: eigene Darstellung

Name	Institution	Arbeitsgebiet
Prof. Dr. Petra Kolip	Universität Bielefeld	Evaluation und Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung Frauen- und Gendergesundheit Kinder- und Jugendgesundheitsforschung
Mag. Ludwig Grillich	Donau Universität Krems – Department	Fachbereichsleitung Evaluation
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Martina Nitsch	Ludwig Boltzmann Institut	Senior Researcher
Mag.^a (FH) Verena Kramer, MPH	Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Graz Abteilung Grundsatzangelegenheiten, Recht und Organisation Gesundheitsförderung und Public Health	Gruppenleitung Team Gesundheitsförderung & Public Health

7.1.2 Befragungsprozess und Interviewleitfaden

Alle vier ExpertInneninterviews wurden im Zeitraum September bis Oktober 2013 durchgeführt. Alle Interviews wurden aufgrund zeitlicher Verfügbarkeit auf telefonischem Weg durchgeführt, wobei die Interviewdauer von 20 Minuten bis zu einer Stunde variierte. Nach ausführlich erteilten Hintergrundinformationen zum interessierenden Forschungsgegenstand wurde ein Termin für die Durchführung des Telefoninterviews vereinbart. Von Seiten des Autors wurde darauf geachtet, dass zum vereinbarten Termin sämtliche Rahmenbedingungen eine ungestörte Aufmerksamkeit aller Beteiligten ermöglichte. Dies beinhaltete, dass Hintergrundgeräusche während der Telefoninterviews so gering wie möglich ausfielen. Im Vorfeld der Interviews wurde per Mail allen InterviewpartnerInnen der qualitative Leitfaden mit den Hauptfragen übermittelt. Der Interviewleitfaden wurde auf Grundlage theoretischer Vorüberlegungen unter besonderer Berücksichtigung der evidenzbasierten Gesundheitsförderung im Setting Gemeinde entworfen. Dennoch wurde dem Prinzip der Offenheit besondere Beachtung geschenkt, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, gemäß ihres Wissens- und Interessensgebietes

zu antworten¹⁶². Zu Beginn der Interviews wurden erzählgenerierende Fragen zum Gesprächseinstieg gewählt, um eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Allgemeine Punkte bezüglich des Ablaufs sowie Rahmenbedingungen des Interviews ergänzten das beginnende Gespräch und ließen Raum für auftretende Fragen von Seiten der befragten Personen:

- Dank für die Teilnahme am Interview
- Kurze Vorstellung des Masterarbeitsthemas
- Ablaufklärung
- Vertraulichkeit und Datenschutz
- Klären etwaiger auftauchender Fragen

Die Datenerfassung erfolgte, nach Erteilung der Zustimmung, zeitgleich mit der Datenerhebung durch die Aufnahme des Gesprochenen mit Hilfe eines digitalen Aufnahmegeräts. Die digital aufgezeichneten Interviews mussten in einem ersten Schritt wörtlich transkribiert und für die weitere Bearbeitung in Word abgespeichert werden. Die so gewonnenen einzelnen Dokumente wurden zum Zweck der Inhaltsanalyse nach Mayring in das Softwaretool MAXqda 11 importiert und dort bearbeitet. Als Kodiereinheiten wurden analog zu den Leitfragen die Begriffe Evaluation, Evidenz, Methoden und Instrumente sowie Best Practice und Empfehlungen herangezogen und relevante Textpassagen diesen Kodiereinheiten zugeordnet. Durch diese Vorgehensweise sind die Beantwortung der Forschungsfrage und die Frage nach Empfehlungen für die Praxis leichter nachvollziehbar. Die Auswertung wurde in die Schritte Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion unterteilt¹⁶³ und die gewonnenen Kernaussagen in die Beantwortung der Forschungsfragen zurückgeführt.

¹⁶² Gläser & Laudel, 2010, S.115

¹⁶³ Mayring, 2002, S.98

Folgende Hauptfragen bildeten den Interviewleitfaden für die ExpertInnengespräche:

1. Evaluation in der Gesundheitsförderung:

Welche Bedeutung, Schwierigkeiten, Chancen und Herausforderungen sehen Sie dabei für:

- Gesundheitsförderung (kommunalen Gesundheitsförderung)
- die Evaluation im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung
- Programmevaluation
- das Evaluationsteam / den/die EvaluatorIn
- das durchführende Projektteam
- dem Transfer von Evaluationsergebnissen in das Projekt (Struktur/Programmevaluation)

2. Evidenz und Wirkung in der kommunalen Gesundheitsförderung:

Welche Möglichkeiten sehen Sie, um den Goldstandard in der medizinischen Evidenz auch (experimentelles Design) in der Gesundheitsförderung annähernd zu erreichen?

- Limitationen

Welchen Beitrag zur Evidenzsicherung können ihrer Meinung nach Evaluationsergebnisse liefern?

3. Methoden und Instrumente im Einsatz der Evaluation:

Welche sozialwissenschaftlichen Forschungsmethoden eignen sich Ihrer Meinung nach besonders in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation von gesundheitsförderlichen Interventionen?

4. Welche nationalen bzw. internationalen Best Practice Beispiele sind Ihnen im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung hinsichtlich der Anwendung von quantitativen und qualitativen Methoden im Bereich der Struktur-, Prozess und Ergebnisevaluation bekannt?

Beispiele: Goal Attainment Scaling (GAS), Interviews, Fokusgruppen, Dokumentationen, Fragebögen

5. Welche Empfehlungen (z.B. für nationale Fördergeber) würden Sie im Hinblick auf eine Methodenanwendung (Instrumentenwahl) für Programmevaluationen abgeben?

7.2 Ergebnisse der ExpertInneninterviews

In diesem Kapitel werden nun die gewonnenen Aussagen im Rahmen der ExpertInneninterviews mit den getroffenen Annahmen aus dem theoretischen Teil miteinander in Verbindung gebracht, um diese entweder zu stützen oder zu widerlegen.

7.2.1 Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema „Evaluation in der Gesundheitsförderung“

Evaluationen in der Gesundheitsförderung sind wie im theoretischen Teil dieser Arbeit angeführt auch für die befragten ExpertInnen ein komplexes Vorhaben. Zum einen weil bereits der Gesundheitsbegriff an sich eine komplexe Dimension annimmt, die wie im Kapitel 2.1 beschrieben, nicht nur die genetischen Vorbedingungen von Gesundheit mit einbezieht, sondern ebenfalls den Lebensstil mit zugehörigen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie die psychosoziale und physikalische Umwelt des Einzelnen. Neben dieser ersten Komplexität sind EvaluatorInnen im kommunalen Gesundheitsförderungsbereich aus Ihrer Sicht konfrontiert mit der Komplexität des Settings Gemeinde an sich. Das durchführende Evaluationsteam muss die Herausforderung angehen sämtliche Zielgruppen zu erreichen und wie gefordert einen partizipativen Evaluationsansatz im Sinne von z.B. Stockmann von Beginn an umzusetzen. Wichtig ist dabei allerdings die 9-Stufen der Partizipation nach Wright et al. ebenfalls zu beachten, da echte Partizipation nur dann erreicht wird, wenn nicht nur reine Informationsweitergabe passiert sondern eine verbindliche Rolle im Entscheidungsprozess für die Zielgruppe gefunden wurde.

"...Für mich ist aber klar, dass Evaluation immer dann besonders gut ist, wenn sie auch partizipativ passiert. Nicht nur vom Bürotisch aus, sondern wenn die Zielgruppe eingebunden ist." [Kolip, s.A.3]

Die ExpertInnen sind sich jedoch einig, dass Partizipation in der Praxis nicht immer gelebt werden kann. Die Ansichten von Auftraggeber und evaluierendem Projektteam differieren häufig in der Weise, dass vom Auftraggeber harte Fakten und Zahlen als Ergebnis der Evaluation gewünscht sind, die oftmals vom Evaluatorenteam nicht als aussagekräftige Indikatoren für gesundheitsförderliche Veränderungen gesehen werden. Vielmehr sollte jedoch der Nutzen der Evaluation hinterfragt werden. Der Nutzen stellt dabei nach Ansicht der ExpertInnen den wesentlichen Ausgangspunkt für gelingende Evaluationen dar. Ein weiterer Kritikpunkt der ExpertInnen ist die derzeitige Sicht auf Evaluationen von Seiten der Auftraggeber. Nachdem Auftraggeber selten ExpertInnen auf dem Gebiet der Evaluationen sind haben diese als Schwerpunkt die Kosten bzw. die Effizienz des Projektes oder Programmes im Fokus und üben damit unbewusst Druck auf Evaluationsanbieter aus, was eine schwierige Ausgangsbasis für eine erfolgreiche und qualitätsverbessernde Evaluation nach sich zieht. Grillich geht noch weiter und kritisiert den Evaluationsanbieter sogar so weit, dass dieser in weiser Vorausahnung dass Kosten der Hauptmotivator für Evaluationen sind, so handelt, dass dieser gezielt falsche Behauptungen aufstellt, um den Zuschlag für Evaluationen zu bekommen. Die Bedeutung ist dabei nicht unerheblich für den gewünschten zu erfassenden Wirkungsnachweis im Sinne der evidenzbasierten Gesundheitsförderung. Seiner Meinung nach sind vorherrschende Bedingungen im Setting sowie speziell auf sie abgestimmte Messmethoden eine grundsätzliche Voraussetzung für Evaluationen in der kommunalen Gesundheitsförderung mit Blick auf Wirkungsnachweis im Setting.

„...Bei den Erwartungen des Auftraggebers kann eine Evaluation so ausgehen, dass ein Anbieter sagt, er kann das messen, obwohl er es gar nicht kann. Dann wird der Auftraggeber eher dahin gehen, als wenn ein Anbieter sagt, dass es schwierig sein wird, mit diesen Voraussetzungen und Methoden zu messen. Dann lesen Sie Evaluationsberichte bei denen über Wirkungen geschrieben wird, die keine Wirkungsaussagen sind. Hier wird oft Etiketten-Swindel betrieben.“ [Grillich, s.A.3]

In der Programmevaluation steht der Transfer von Evaluationsergebnissen zur Verbesserung und Weiterentwicklung des Projektes im Mittelpunkt. In diesem Sinne ist eine Unterstützung der Programmentwicklung durch theoretische Modelle, wie das Schweizer Ergebnismodell eine hilfreiche Methode. Im partizipativen Evaluationsprozess kann gemeinsam über Zielsetzungen und deren Erreichung nachgedacht werden, um damit eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung des Gesundheitsförderungsprogrammes zu erreichen.

„...Ich glaube es ist immer ganz wichtig, dass die Evaluation geleitet ist und z.B. das Schweizer Ergebnismodell bildet das sehr schön ab.“

[Nitsch, s.A.3]

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die ExpertInnen darin einig sind, dass es nicht die eine Evaluation als Handlungsempfehlung gibt, sondern dass vielmehr das Bewusstsein geschaffen werden muss, dass Evaluationen im kommunalen Gesundheitsförderungs Bereich eine komplexe Evaluation nach sich zieht und immer die Frage nach dem Nutzen im Vordergrund stehen sollte, bevor über eine Evaluationsmethode nachgedacht wird.

„...Es gibt nicht DIE Evaluation. Es gibt viele Ansätze für Evaluationen.“

[Grillich, s.A.3]

„...dass die Evaluation und die Methoden wie man in diesen Bereichen quasi Ergebnisse kriegt und messen kann dass sich auch das geändert hat, aber da ist sicher noch Vieles zu tun.“ [Krammer, s.A.3]

7.2.2 Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema „Evidenz und Wirkung in der kommunalen Gesundheitsförderung“

Wirksamkeitsbelege in der Gesundheitsförderung zu erbringen erfordert ein strukturiertes und systematisches Vorgehen und den Einbezug von sowohl ethischen, soziokulturellen, rechtlichen, ökonomischen als auch medizinischen Aspekten. Dieser Ansatz macht deutlich, dass eine Herangehensweise ähnlich wie es der Gold-Standard in der Medizin verlangt nicht für die Gesundheitsförderung angemessen ist. Es besteht Einigkeit darin, dass zur Generierung von Evidenzen in der Gesundheitsförderung ein neues aber dennoch miteinander zu vergleichendes Vorgehen erforderlich ist.

„...nicht mit den medizinischen Systemen vergleichbar ist, also mit der medizinischen Evaluation, wo man mit Gold-Standard und anderen Methoden einfach reingeht...“ [Krammer, s.A.3]

Ähnlich wie bei den Empfehlungen des FGÖs werden als zentraler Stellenwert der Einbezug von Erfahrungswissen und auch Ergebnisse aus Evaluationsberichten als Möglichkeit zur Schaffung von Evidenzen gesehen. Kritisiert wird, dass durchgeführte Evaluationen nicht veröffentlicht werden und somit die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen verhindert wird. Evaluationsberichte stellen für alle ExpertInnen relevante Evidenzen in der kommunalen Gesundheitsförderung dar.

„...Weil in diesen ganzen Projekten, müssen Evaluationsberichte geschrieben werden. Und was passiert damit? Das sind ja auch Evidenzen.“ [Nitsch, s.A.3]

Neben diesem Anspruch an Evaluationen geht Grillich noch ein Stück weiter und fordert dezidierte Qualitätsvorgaben im Rahmen von Evaluationen in der kommunalen Gesundheitsförderung, an die sich EvaluatorInnen halten müssen. Er

verweist dabei auf bereits bestehende Standards der Evaluationen, wie die von der *American Evaluation Association* oder von der *Deutschen Gesellschaft für Evaluation*, auf die zurückgegriffen werden kann.

„...Ich denke dass es im Feld der Gesundheitsförderung in vielen Bereichen an normativen Qualitätsvorgaben fehlt oder zumindest an verbindlichen Normen.“ [Grillich, s.A.3]

Wichtig ist ihm zudem immer den Kontext zu berücksichtigen in dem die Evaluation durchgeführt wird und nicht allein die Zielerreichung im Fokus zu haben. Die Frage, ob die grundsätzliche Bereitschaft sich kritisch mit den Themen in der Gemeinde auseinanderzusetzen vorhanden ist, können ebenso wie die vorherrschenden kulturellen Hintergründe in einer Prozessevaluation mit berücksichtigt werden und damit entscheidend zur evidenzbasierten Gesundheitsförderung beitragen.

„...Da sind wir bei der Frage der Wirkung. Es geht nicht nur um die Zielerreichung sondern auch um die kausale Zuordnung der Zielerreichung, die auf die Intervention rückzuführen ist, z.B. messe ich Zufriedenheit im November und im Mai - kann es zum Einfluss kommen, dass manche Menschen den Winter nicht so gern haben und zufriedener sind, wenn das warme Wetter kommt.“ [Grillich, s.A.3]

Wie bereits erwähnt scheint es speziell in der kommunalen Gesundheitsförderung von großer Bedeutung zu sein, wenn diese durch theoretische Modelle unterstützt wird. Kolip erwähnt das im deutschsprachigen Raum großflächig eingesetzte Outcome Modell zur Unterstützung des theoriegeleiteten Arbeitens.

„...Nachdem was ich kenne und so wie ich die Szene beobachte, ist das Nutbeam Modell eigentlich nach wie vor das richtungsweisende Modell. Die die ich kenne, arbeiten damit und nicht mit etwas anderem.“ [Kolip, s.A.3]

7.2.3 Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema „Methoden und Instrumente im Einsatz der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation“

Die Operationalisierung von Veränderungen im komplexen kommunalen Setting erfordert ein ebenso komplexes Vorgehen im Rahmen der Evaluation. Die Palette an Methoden und Instrumenten ist sehr groß und hinterlässt vielfach den Eindruck eines unüberschaubaren Pools an Messmethoden. Kolip kritisiert, dass aufgrund dieses Umstandes vielfach die Möglichkeiten nicht ausgeschöpft werden, sondern aus Gewohnheit immer auf die gleichen Messmethoden zurückgegriffen wird. Ihrer Meinung nach sollte bereits im Vorfeld der Evaluation darüber nachgedacht werden, welche Wirkungszusammenhänge zu erwarten sind, um darauf abgestimmt Evaluationsmethoden einzusetzen.

„...Viele arbeiten nach wie vor überwiegend mit Fragebögen. Ich finde, dass wir das Methodenspektrum etwas breiter ausschöpfen könnten. Angefangen von Fokusgruppengesprächen, systematische Beobachtungen, von mir aus auch eher quantifizierte Instrumente, ich glaube das wir da eine größere Palette haben, als wir nutzen.“

[Kolip, s.A.3]

Gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung im Setting Gemeinde erhebt den Anspruch in kleinen Schritten und von innen heraus eine nachhaltige Veränderung von Prozessen und Strukturen zu schaffen. Dieser im günstigen Fall partizipativer Prozess sollte nach Ansicht der ExpertInnen mit ebenso umfangreichen und speziell auf das Setting abgestimmten Messmethoden operationalisiert werden. Das

„...Ja, also den Anspruch hätte ich jetzt an die Tools, dass die das möglichst komplex, so komplex es auch ist, dass sie da auch abbilden können.“ [Krammer, s.A.3]

Capacity Building versucht die Konzepte Organisationsentwicklung, Partizipation und nachhaltige Entwicklung miteinander zu verknüpfen, wobei durch diese Kombination diese Dimensionen des Capacity Buildings auch aus Sicht von Kolip eine gute Möglichkeit bieten Prozesse und Strukturen adäquat abzubilden. Sie ist der Meinung, dass Tools zur Messung von Capacity Building in der kommunalen Gesundheitsförderung ihren unbedingten Einsatz finden sollten.

„...Die Frage ist ja: Wie bilde ich Veränderungen in Strukturen ab? Da ist der Ansatz des Capacity Building sicher ein guter.“ [Kolip, s.A.3]

Grundsätzlich sollte nach Ansicht aller ExpertInnen jedoch immer die Ausgangssituation des gesamten Veränderungsprozesses im Auge behalten werden. Fragen nach dem Nutzen, der Ziele, der vorhandenen Ressourcen und welche Zielgruppe erreicht werden sollen, bilden die Ausgangssituation und erfordern einen speziell auf diese Situation angepassten Einsatz von Evaluationsmethoden. Sämtliche Messmethoden sollten demnach an eine vorausgegangene Fragestellung angepasst werden.

„...Man muss seine Methoden immer an seine Fragestellungen und an seine Ressourcen, an seine Zielgruppe, an seine Evaluationsziele anpassen.“ [Nitsch, s.A.3]

Die ExpertInnen sind der Ansicht, dass bei der Methodenwahl die Frage zu beantworten ist, auf welcher Ebene Veränderungen grundsätzlich stattfinden und auf welcher Ebene in der Evaluation gemessen werden soll. Genannt wird zum einen die Ebene der Determinanten und zum anderen auf der Einflussebene der Determinanten. Evaluatoren stehen hierbei vor der Herausforderung diese Erkenntnisse mit den Wünschen und Anforderungen des Auftraggebers für Evaluationen in Einklang zu bringen und die Akzeptanz für die gewählte Methode zu erreichen. Im Kontext der Gesundheitsförderung wird von allen ExpertInnen der Methodenmix in Anlehnung an die Forderungen der WHO empfohlen. Dennoch

scheinen qualitative Ansätze in der kommunalen Gesundheitsförderung eher akzeptiert zu sein und nur in Ausnahmefällen eine quantitative Operationalisierung angemessen zu sein. Grillich fordert bei einem Einsatz von quantitativen Messmethoden, diese zumindest in einen qualitativen Prozess einzubinden.

„...Auf alle Fälle, muss auch wenn ein quantitativer Ansatz gewählt wird dieser in einem qualitativen Prozess eingebettet werden. Hier komme ich mit reinen quantitativen Ansätzen nicht weit.“ [Grillich, s.A.3]

7.2.4 Meinungsbild der ExpertInnen zum Thema „Best-Practice und Empfehlungen“

„Best-Practice“ heißt, wie bereits in Kapitel 4.2. beschreiben optimales Entscheiden und Handeln unter Einbezug der Prinzipien von Gesundheitsförderung und wird so auch von den ExpertInnen gesehen. Optimale Führungsentscheidungen im Rahmen von Evaluationen in der kommunalen Gesundheitsförderung sollten zudem, beginnend in der Planungsphase durch ein theoretisches Modell unterstützt werden. Es unterstützt den gesamten Verlauf des Veränderungsprozesses und hilft dabei Transparenz und Akzeptanz zu schaffen.

„...und da finde ich es ganz wichtig, was die Planung betrifft, ein Modell anzuwenden.“ [Nitsch, s.A.3]

Dennoch wird von Grillich kritisch angemerkt, dass trotz bestehender theoretischer Modelle und Qualitätsvorgaben sowohl in der Gesundheitsförderung als auch in der Evaluation, es in der Praxis aufgrund fehlender personeller und auch finanzieller Ressourcen kaum möglich ist diese umzusetzen. Seiner Meinung nach sollte hier angesetzt werden und praxisnahe und damit einfach anzuwendende Modelle entwickelt und verbreitet werden, die Kapazitäten messen und auch fördern können.

„...d.h. es gibt eine schöne Theorie, wie regionale oder kommunale Gesundheitsförderung umgesetzt werden muss, nach entsprechenden internationalen Qualitätskriterien. Die Frage ist nur, wer hat den die Kapazität das umzusetzen, d.h. man bringt es gar nicht auf den Boden runter im regionalen Setting.“ [Grillich, s.A.3]

Ganz im Sinne einer gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung schlägt Krammer vor Evaluationen von externen Institutionen anbieten zu lassen, verweist aber darauf dass diese umfangreiche Erfahrungen im komplexen kommunalen Gesundheitsförderungsbereich vorweisen sollten und eine theoretische Rückführung der Ergebnisse, die im Rahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation erfasst werden, ermöglichen können.

„...man hat da irgendwo spezialisierte Institutionen die sich stärker mit den Projekten, die soziale Komponente und komplexe Interventionen bearbeiten beschäftigen und auch spezialisiert sind.“ [Krammer, s.A.3]

Im Hinblick auf eine Methodenanwendung und tatsächliche Empfehlung für nationale FördergeberInnen geht Grillich konkret auf die derzeit umfassenden Qualitätsvorgaben hinsichtlich einer gut durchzuführenden Evaluation ein und bezeichnet diesen Umstand als nahezu undurchdringbaren „Dschungel“ für AnwenderInnen. Aus diesem Grund legt er den Fördergebern nahe vor einer geplanten Programmevaluation deren Qualitätskriterien klar zu kommunizieren, um Unsicherheiten und Unklarheiten zu verhindern. Zweite Empfehlung seinerseits geht in Richtung der Dauer Projekten und Programmen. Seine Empfehlung wäre grundsätzlich in Anlehnung an britische Verhältnisse nur Pilotprojekte im großen Ausmaß zu evaluieren dafür auf Evaluationen von kurzangelegten Nachfolgeprojekten zu verzichten. Seiner Meinung nach ist eine weitere Evaluation erst nach einem Zeitraum von fünf Jahren neuerlich erforderlich.

„...Erstens muss der Fördergeber die Qualitätskriterien für Evaluationen klarlegen [...] und zweitens braucht es ein Weggehen von kurzfristigen Projekten.“ [Grillich, s.A.3]

Evaluation durchzuführen erfordert ein systematisches Vorgehen zur Bewertung und des Nutzens und Wertes eines Gegenstandes und sollte datengestützte und nachvollziehbare Erkenntnisse und Schlussfolgerungen möglich machen¹⁶⁴. Dieses Vorgehen erfordert nicht selten einen enormen Bedarf an zur Verfügung zu stellenden finanziellen Mitteln, wobei Kolip anmerkt, dass die empfohlenen 10-15% der Projektsumme meist nicht ausreichend sind. Hier sollte zumindest im Pilotprojekt von einer größeren Summe ausgegangen werden.

„...Ich finde 15% ist mehr als nix, aber man kann damit nur bestimmte Ansätze natürlich bearbeiten. Man muss mitunter auch mehr Geld in die Hand nehmen um ganzheitlich seriöse Studien [...] Mit 10-15% geht das nur auf einem eingeschränkten Niveau.“ [Kolip, s.A.3]

¹⁶⁴ FGÖ, 2013, S.5

8 Zusammenfassung

Dieses Kapitel dient dazu nochmals alle Kernaussagen des jeweiligen Kapitels dieser Masterarbeit zusammen zu fassen, um dann zur Beantwortung der Forschungsfrage überzuleiten.

8.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Um folgende zwei Forschungsfragen

- **„Welche sozialwissenschaftlichen Methoden und Instrumente werden in der kommunalen Gesundheitsförderung im Rahmen der Struktur-Prozess- und Ergebnisevaluation eingesetzt und welche Erfahrungen wurden auf nationaler Projektebene damit gemacht?“**
- **„Welche methodischen Limitationen haben quantitative und qualitative Evaluationsmethoden in der Praxis und welche Evaluationsempfehlungen ergeben sich aus der Anwendung in einem kommunalen Gesundheitsförderungsprojekt?“**

beantworten zu können, muss nochmals das jeweilige Ziel jedes Kapitels sowie die daraus abgeleiteten Annahmen und Empfehlungen aufgezeigt werden, die dann im empirischen Teil dieser Masterarbeit einer kritischen Bewertung unterzogen wurden.

Nach einer kurzen Einführung in die Thematik mit Hintergrund und Klärung der Begrifflichkeiten in Kapitel 1 und 2, diente das dritte Kapitel dazu den theoretischen Rahmen dieser Arbeit vorzustellen. Das vierte Kapitel des theoretischen Teils dieser Arbeit führte die Komplexität des Settings Gemeinde vor Augen und die damit einhergehenden Herausforderungen im Rahmen einer Evaluation. Der Organisationsentwicklungsprozess im komplexesten aller Settings macht deutlich,

dass bestimmte Ausgangsbedingungen vorherrschen müssen, die als Basis für gesundheitsförderliche Veränderungsmaßnahmen notwendig sind. Wichtige Ausgangsbasis ist dabei der unbedingte Rückhalt auf Entscheidungsebene, da diese maßgeblich für eine Ausdifferenzierung von neuen Berufsrollen, für organisatorische Strukturveränderungen und für die letztgültige Entscheidung für das Durchführen einer Evaluation verantwortlich sind. Nach dieser ersten Entscheidung scheint der partizipative Evaluationsansatz unter Einbeziehung der Best-Practice Empfehlungen und einer Unterstützung durch ein theoretisches Modell wie das Schweizer Ergebnismodell ein wichtiges Erfolgskriterium zu sein, um evidenzgesicherte Wirkungsnachweise im Setting Gemeinde erzielen zu können.

Im Anschluss daran gibt das fünfte Kapitel einen kurzen Überblick über quantitative und qualitative Tools zur Operationalisierung in verschiedenen Phasen der Evaluation (Struktur-, Prozess und Ergebnisevaluation), um am Ende des Kapitels eine Zusammenführung der bisherigen Erkenntnisse über Organisationsentwicklung im komplexen Setting Gemeinde, den quantitativen und qualitativen Tools in der Gesundheitsförderung sowie den theoretischen Hintergrund des vierphasigen Public Health Action Cycles herbeizuführen.

Das sechste und letzte Kapitel des theoretischen Teils zeigt anhand eines bereits durchgeführten Modellprojektes im Burgenland, wie die bisherigen Erkenntnisse über Evaluationsmethoden zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Strukturaufbaus in der Praxis einfließen können. Die Erkenntnisse und Annahmen aus dem theoretischen Teil wurden im Anschluss daran im empirischen Teil mit Hilfe von vier namhaften ExpertInnen aus dem gesundheitswissenschaftlichen Bereich mit Schwerpunkt in der kommunalen Gesundheitsförderung bewertet und kritisch diskutiert. Die Ergebnisse daraus dienen dazu die anfangs formulierten Forschungsfragen beantworten zu können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich eine Reihe von sozialwissenschaftlichen Methoden und Instrumenten eignen die im kommunalen Setting im Rahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation zur Weiterentwicklung des Settings im Sinne eines gesundheitsförderlichen und

nachhaltigen Strukturaufbaus eingesetzt werden können. Die ExpertInnen sind sich einig, dass es nicht das eine Evaluationsdesign gibt, das in allen Gemeinden Einsatz finden kann, sondern immer die Frage des Nutzens der Evaluation als Ausgangsbasis dient, die dann darauf abgestimmte Evaluationsmethoden im partizipativen Prozess nach sich ziehen. Das dargestellte Modellprojekt zeigt deutlich, wie der Methodenmix und die Förderung von Partizipation von Beginn an einen gesundheitsförderlichen Prozess in der Gemeinde unterstützt. Zudem scheinen qualitative Evaluationsmethoden eher für den Einsatz im kommunalen Setting geeignet zu sein, als quantitative Methoden, da diese die Komplexität des Settings nicht ausreichend erfassen können. Empfohlen wird daher, wenn quantitative Messinstrumente eingesetzt werden, diese zumindest in einen qualitativen Prozess einzubetten.

8.2 Diskussion und Schlussfolgerung

Die Masterarbeit konnte einen umfassenden Überblick über vorhandene Evaluationsmethoden liefern, die sich sowohl für die Struktur-, Prozess- als auch Ergebnisevaluation in der kommunalen Gesundheitsförderung im Rahmen eines Organisationsentwicklungsprozesses eignen. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass die systemische Organisationsentwicklung als eine Methode der Gesundheitsförderung nur einen Blickwinkel auf Veränderungsprozesse im Setting zulässt, wobei der organisationspsychologische Ansatz von Organisationsentwicklung in dieser Arbeit unberücksichtigt blieb. In diesem Zusammenhang ist nicht auszuschließen, dass eine Erweiterung des Blickwinkels zu ganz neuen Erkenntnissen in diesem Bereich führen kann. Dennoch ist die managementorientierte systemische Organisationsentwicklung eine sehr weit gefasste Methode, die es ermöglicht sowohl auf Verhaltens- als auch auf Verhältnisebene gesundheitsförderliche Prozesse zu unterstützen. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Erkenntnis, dass ein von Beginn an partizipativer Evaluationsansatz unter Einbeziehung von ExpertInnenwissen im Bereich der Evaluation sowie ein theoriegeleitetes Vorgehen maßgeblich für einen

gesundheitsförderlichen Veränderungsprozess im Setting Gemeinde verantwortlich ist. Ein weiterer Diskussionspunkt ist die eher kleine Auswahl an ExpertInnen, die zudem alle die gleiche Perspektive eingenommen haben. Positiv ist jedoch, dass besonders namhafte und in der Public Health Community akzeptierte ExpertInnen die kritische Bewertung vorgenommen haben, was wiederum für ein hohes Maß an Aussagekraft angesehen werden kann.

Mit dieser Masterarbeit ist es gelungen aufzuzeigen, dass für das Setting Gemeinde eine Reihe von sozialwissenschaftlicher Methoden und Instrumente existieren, die sich für die Evaluation eines gesundheitsförderlichen Strukturaufbaus eignen. Dennoch gibt es nicht das eine angepasste Evaluationsdesign, welches in allen Gemeinden gleichermaßen angewendet werden kann, sondern nur Empfehlungen, die subjektiv an die spezifischen Bedingungen der Gemeinde angepasst werden müssen. Sie zeigt auf, dass Wirkungsnachweise in Gesundheitsförderungsprojekten durch individuelle Gesundheitsparameter direkt nach der Projektlaufzeit nicht möglich sind, dennoch gelingen diese über die Messung der Dimensionen von Capacity Building. Aus diesem Grund sollte der Fokus bei zukünftigen Evaluationsforschungen auf der Validierung von bereits existierenden aber auch auf der Neuentwicklung von Tools für spezifische Settings zur Messung von Capacity Building liegen. Zudem reicht es nicht aus ein Evaluationsangebot zu Beginn eines Projektes einzuholen indem die Projektziele und passenden Evaluationsmethoden festgelegt werden, vielmehr sollte eher die Auswahl der Evaluationsmethoden angepasst werden an die jeweiligen Problemstellungen die im Rahmen eines Projektes auftreten können. Die Datenerhebung durch quantitative und qualitative Evaluationsmethoden dient in erster Linie der Aufbereitung eines umfassenden Evaluationsberichtes, der wiederum als Quelle der Evidenzsicherung beiträgt und der Community zur Verfügung gestellt werden muss. Damit gelingt eine prozessbegleitende und ergebnisevaluierende dynamische Evaluation ganz im Sinne der geforderten Evidenzsicherung.

Verzeichnisse

8.3 Literaturverzeichnis

- Altgeld, T. & Kolip, P. (2010). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, Th. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage (S.45-56). Bern: Hans Huber.
- Badura, B. & Siegrist, J. (Hrsg.). (1999). *Evaluation im Gesundheitswesen – Ansätze und Ergebnisse*. Weinheim u.a.: Juventa.
- Ballmann, I. (2010). *Evaluation von verhaltensorientierten Interventionen der gesundheitswirksamen körperlichen Aktivität im Interventionsfeld der Herz-Kreislauf-Gesundheit*. Masterarbeit. FH Pinkafeld.
- Baumann, A. & Nutbeam, D. (2014). *Evaluation in a nutshell. A practical guide to the evaluation of health promotion programs*. (2. Auflage). Australien: McGraw Hill Education.
- Berghaus, M. (2011). *Luhmann leicht gemacht*. (3. Auflage). Köln u.a.: Böhlau.
- Beywl, W. (2006). Evaluationsmodelle und qualitative Methoden. In U. Flick (Hrsg.), *Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzungen*. (S.92-116). Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Broesskamp-Stone, Ursel (2008). Gute, viel versprechende, beste Praxis? Der Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention. In: P. Kolip, V.E. Müller (Hrsg.). *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 115-136). Bern: Hans Huber.
- BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2003). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung* (4. erweiterte und überarbeitete Auflage). Schwabenheim a. d. Selz: Peter Sabo.
- Cloetta, B., Spörri-Fahrni, A., Spencer, B., Ackermann, G., Broesskamp-Stone, U. & Ruckstuhl, B. (2005): Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

- Fachhochschulstudiengänge Burgenland Ges.m.b.H. (Hrsg.).(2011). *Symposium 2011 – Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung*. Eisenstadt: Weber.
- Flick, U. (Hrsg.).(2006). *Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzungen*. Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Flothow, A., Kempf H.-D., Kuhnt, U. & Lehmann, G. (2011). *KddR-Manual - Neue Rückenschule: Professionelle Kurskonzeption in Theorie und Praxis*. München: Urban & Fischer.
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. (2. Aufl.) Bern: Huber
- Geyer, S. (2010). Antonovsky's sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept?, In H. Wydler, P. Kolip, & T. Abel (Hrsg.). *Salutogenese und Kohärenzgefühl: Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S.71-84). (4. Aufl.). Weinheim u.a.: Juventa.
- Göpel, E. (Hrsg.).(2012). *Systemische Gesundheitsförderung*. (2 Auflage). Frankfurt: Mabuse.
- Göpel, E. (2012). Wozu Systeme?. In E. Göpel (Hrsg.), *Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten* (S. 25–26). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Gollner, E., Goldgruber, J., Schnabel, F., Schloffer, E., Stangl, M., Thaller, M. & Tuttner, S. (2012). *Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart – ein Modellprojekt zur Herz-Kreislauf-Gesundheit*. Pinkafeld: Fachhochschulstudiengänge Burgenland.
- Gollner, E. & Tuttner, S. (2011). Nachhaltigkeit in der kommunalen Gesundheitsförderung – am Beispiel des Herz-Kreislauf Modellprojekts „Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart, In Fachhochschulstudiengänge Burgenland Ges.m.b.H. (Hrsg.), (S. 5-14), *Symposium 2011 – Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung*. Eisenstadt: Weber.
- Grossmann & Scala (2011). *Gesundheit durch Projekt fördern: Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement*. (5.Auflage). Weinheim u.a: Juventa.
- Haas, S., Breyer, E., Knaller, C. & Weigl, M. (2013). Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung (Wissen 10 Teil 1 Handbuch), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

- Hurrelmann, K., Klotz, Th., & Haisch, J. (Hrsg.). (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hans Huber.
- Kaba-Schönstein, L. (2003). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und -strategien. In BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage (S. 73-78). Schwabenheim a. d. Selz: Peter Sabo.
- Klemperer, D. (2010). *Sozialmedizin – Public Health: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber.
- Knesebeck, O., Zamora, P. & Rugulies, R. (1999). Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojekts zur „Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“, In: B. Badura & J. Siegrist (Hrsg.). *Evaluation im Gesundheitswesen – Ansätze und Ergebnisse*. (S. 163 – 178). Weinheim u.a.: Juventa.
- Lackner, S. (2013). *Organisationsentwicklung im Setting Kindergarten - Entwicklung von Diagnosetools zur Messung der Organisationsreife ganzheitlich gesundheitsfördernder Kindergärten*. Masterarbeit, Fachhochschule Burgenland. Pinkafeld.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung*. (4. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Lukesch, R., Payer, H. & Rabenau, J. (2008). Wissen von innen – Fokusgruppen in der Begleitforschung zu Regionen aktiv. Wiesbaden: VS.
- Meuser, M & Nagel, U. (1991). Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlage und methodische Anlage. Opladen: Westdt. Verlag.
- Nutbeam, D. (1998). *Glossar Gesundheitsförderung*. Gamburg: Conrad.
- Oevretveit, J. (2002.) *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen*. Bern: Hans Huber.
- Pelikan, J.M. (2011). Zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings. In W. Dür & Felder-Puig (Hrsg.), *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (S. 63-70). Bern: Hans Huber.
- Penz, H. (2008). *Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Eine Fallstudie zu etablierten Konzepten in der landesweiten Umsetzung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. (2.Auflage). Oldenbourg: Wissenschaftsverlag GmbH.
- Reis-Klingspiegel, K., Pöcheim, E. & Schlemmer, G. (2005). Community Readiness oder Kairos, die Kunst des rechten Augenblicks,. In M. Sprenger (Hrsg.), *Public Health in Österreich und Europa – Festschrift anlässlich der Emeritierung von Uni.-Prof. Dr. med. Horst Richard Noack Phd* (S. 33-40). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Siebert, D. (2012). Soziale Systembildung durch Setting-Netzwerke der Gesundheitsförderung. In E. Göpel (Hrsg.), *Systemische Gesundheitsförderung* (2. Auflage). (S.102-129), Frankfurt: Mabuse
- Sahrai, D. (2009). Die Kindertagesstätte als gesundheitsförderndes Setting: Zwischen normativen Idealen und alltagspraktischen Zwängen. In U. H. Bittlingmayer, D. Sahrai & P.-E. Schnabel (Hrsg.), *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 235–267). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Steinbach, H. (2004). *Gesundheitsförderung: Ein Lehrbuch für die Pflege- und Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas.
- Stockmann, R. (2006). *Evaluation und Qualitätsentwicklung. Eine Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagement*. Münster: Waxmann.
- Stockmann, R. (2007). *Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung*. Münster: Waxmann.
- Trojan, A. & Legewie, H. (2007). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung: Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften.
- Vahs, D. (2009). *Organisation Ein Lehr- und Managementbuch*. (7. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag
- Waller, H. (2006). *Gesundheitswissenschaft – Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. (4. Aufl.). Stuttgart: W. Kohhammer.
- Wright, M.T. (Hrsg.).(2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber.
- Wright, M.T., Unger, H. & Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M.T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 35-52). Bern: HansHuber.

8.4 Internetquellen

- Anderson, D., MacLellan-Wright, M.F. und Barber, S. (2007). *Community Capacity Building Tool*. Verfügbar unter: http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/ab-nwt-tno/documents/CCBT_English_web_000.pdf [04.08.2013]
- Ackermann, G., Broeskamp-Stone, U. & Ruckstuhl B. (2005). *Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz*. Verfügbar unter: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Tipps_Tools/ergebnismodell.php [02.08.2013]
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese: Diskussionsstand und Stellenwert*. (neubearbeitete Aufl.). (BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg.) (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Nr. 6). Köln. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/infomaterialien/forschung-und-praxis-der-gesundheitsfoerderung/band-06-was-erhaelt-menschen-gesund-antonovskys-modell-der-salutogenese/> [13.08.2013]
- Elkes, Th. (o.J.). *Evaluation von Gesundheitsförderung und Evidenzbasierung?* Verfügbar unter: http://www.hs-nb.de/fileadmin/FB-SG/gp/downloads/homepages/Elkeles/_elkeles_manuskript_evidenzbasierte_gesundheitsfoerderung_14_4_2005-1.pdf [26.07.2012]
- FGÖ (2013). *Projektförderung*. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/projektfoerderung> [01.08.2013]
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. (2. Aufl.) Bern: Huber
- Gesundheitsförderung Schweiz (2010). *Best Practice – Ein normativer Handlungsrahmen für optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention*. Verfügbar unter: http://gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praevention/tipps_tools/A4_Bro_Best_Practice_d.pdf [04.08.2013]
- Göpel, E. (2010). *Systemische Perspektive in der Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=c5d4504f8ef1fc8919738f6caab93d21&id=angebote&idx=166> [19.07.2013].
- Hawe, P., King, L., Noort, M., Jordens, C. & Lloyd, B. (2000). *Indicators to help with capacity building in health promotion*. Verfügbar unter: <http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2000/pdf/capbuild.pdf> [28.07.2013].

- Hurrelmann, K. & Franzkowiak, P. (2010). *Gesundheit. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (BZgA)*. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=54270d1aa1eb3bf1b0b04d0d5bd676fc&id=angebote&idx=143> [15.05.2013]
- Kolip, P. (2011). Leitfaden – Zielerreichungsskalen – Goal Attainment Scaling. Verfügbar unter: http://www.lzg.gc.nrw.de/media/pdf/evaluationstools/leitfaden_gas_endversion.pdf [15.08.2013]
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Meyer, W. (2004). *Indikatorenentwicklung – Eine praxisorientierte Einführung*, 2. Auflage – Arbeitspapier 10. Verfügbar unter: <http://www.ceval.de/typo3/index.php?id=189> [15.08.2013]
- Nickel, S. & Trojan, A. (2010). *Capacity Building / Kapazitätsentwicklung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (BZgA)*. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=b43a34e1c0e5be097008c54e78b0d2ce&id=angebote&idx=146> [05.08.2013].
- Pelikan, J.M. (2010). *Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (BZgA)*. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=b43a34e1c0e5be097008c54e78b0d2ce&id=angebote&idx=177> [25.08.2013].
- Plested, B. A. Edwards R. W. & Jumper-Thurman P. (Tri-Ethnic Center for Prevention Research Hrsg.). (2006). *Community Readiness: A handbook for successful change*. Verfügbar unter: http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/NAMI_Center_for_Excellence/Tools_for_Excellence/CommunityReadinessHandbook.pdf [16.08.2013].
- Rosenbrock, R. (2005, Oktober). *Public Health – Politische Anforderungen zur Überwindung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendlichen*. Dokumentation der E&C Konferenz, Berlin.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2010). *Gesundheitsförderung und Betrieb*. Verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=a5350eb213395cbe6a3e8c0d87d5a4b1&id=angebote&idx=145> [13.08.2013]
- Ruckstuhl, B., Somaini, B. & Twisselmann, W. (2008). *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten*. Verfügbar unter: http://www.quintessenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf [05.01.2013].

- Spicker, I., Lang, G. (2011). *Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen (Wissen 4)*, hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Verfügbar unter: http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geofoerderte-projekte/FgoeProject_3133/50658.pdf [26.07.2012]
- Stender, K.P. (o.J.). *Kommunale Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: <http://www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp/pdf/studtext.pdf> [21.06.2012]
- Stockmann, R. (2004). *Was ist eine gute Evaluation – Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren Arbeitspapier 9*. Verfügbar unter: <http://www.ceval.de/typo3/index.php?id=189> [15.08.2013]
- Trojan, A. & Süß, W. (2010). *Gemeindeorientierung*. Verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=1fe5ad8038b3ef2bc0c91f579355f1c4&id=angebote&idx=101> [04.08.2013]
- WHO (Weltgesundheitsorganisation). (1986). *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German [27.12.2011].

8.5 Zeitschriftenartikel

- Ahrens, W., Bammann, K. & Pigeot, I. (2008). Evidenzbasierung von Primärprävention am Beispiel einer Interventionsstudie zum kindlichen Übergewicht. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 3 (4), 246-252.
- Gugglberger, L., Kremser, W., Flaschberger, E. & Dür, W. (2012). Capacity Building für die Implementierung von Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen. *SWS-Rundschau*, 52 (2), 181-201.
- Heinzmann, C., Bergmann, M.M. & Läubli-Loud, M. (2008). Klassifikationsmodelle in der Gesundheitsförderung und Prävention – Möglichkeiten und Grenzen für die Konzeption und Evaluation von Projekten und Programmen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2 (3), 119-127.
- Kliche, T., Koch, U., Lehmann, H. & Töppich, J. (2006). Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 49 (2), 141-150.
- Kliche, Thomas; Töppich, Jürgen; Kawski, Stephan; Koch, Uwe; Lehmann, Harald (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen und Lösungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, 125-132.
- Kolip, P. (2006). Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung: Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1 (4), 234-239.
- Kromrey, H. (2001). Evaluation - ein vielschichtiges Konzept Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. Zur Veröffentlichung in: *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24 (2), 2001.
- Kuhn, J., Lampert, T. & Ziese, T. (2012). Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen, In Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg) (2012) *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?* (S.9-14), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Loss, J., Eichhorn, C., Donhauser, J., Gehlert, J., Staber, J. & Nagel, E. (2009). Gemeindeanalyse als Planungsgrundlage für ein gemeindenahes Gesundheitsförderungsprogramm – Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung in Karlshuld. *Das Gesundheitswesen*, 71, 232-241.

- Loss, J.; Eichhorn, C., Reising, V., Wildner, M. & Nagel, E. (2007): Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstruments für eine landesweite Gesundheitsinitiative. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 199-206.
- MacLellan-Wright, M.F., Anderson, D., Barber, S., Smith, N., Cantin, B., Felix, R. & Raine, K. (2007). The development of measures of community capacity for community-based funding programs in Canada. *Health Promotion International*, 22, 4, 299-306.
- Mossakowski, K., Süß, W. & Trojan, A. (2009). Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 3 (4), 184-194
- Nitsch, M. & Waldherr, K. (2011). Evaluation von Gesundheitsfördernden Schulen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4 (6), 249-254.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13 (1), 27-44.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-267.
- Pelikan, J.M. (2007). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2 (2), 74-81.
- Petticrew, M. (2011): When are complex interventions ‚complex‘? When are simple interventions ‚simple‘?. *European journal of public health*, 21/4, 397-398.
- Püringer, U. (2008). *Evaluationskonzept zum Modellprojekt Herz-Kreislauf Gesundheit im Bezirk Oberwart*. Graz: Evidence-based Medicine Review Center der Medizinischen Universität Graz.
- Püringer, U. (2010). *Zwischenbericht Evaluation zum Modellprojekt Herz-Kreislauf Gesundheit im Bezirk Oberwart*. Graz: Evidence-based Medicine Review Center der Medizinischen Universität Graz.
- Reis-Klingspiegel, K. (2009). Das steirische Netzwerk der Gesunden Gemeinden – eine Entwicklungsgeschichte nach Ottawa. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 175-183.
- Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg) (2012) *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?* Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

- Rosenbrock, R. & Gerlinger, Th. (2004). *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung*. Bern: Hans Huber.
- Smith, B. J.; Tang, K. C.; Nutbeam, D. (2006): WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21/4, 340-345
- Spencer, B., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A. & Cloetta, B. (2007). Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promotion International*, 23 (1), 86-97.
- Trojan A (2012) Von dem Messen und Rechnen: Die Landschaft beschreiben. Überlegungen für eine Klassifizierung und einheitliche Terminologie von Gesundheitsförderungsintervention als Voraussetzung für Evaluation und Evidenzbildung. In: Robert Koch Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?* Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (S. 21-32) RKI, Berlin.
- Trojan, A. & Nickel, S. (2008). Empowerment durch Kapazitätsentwicklung im Quartier – erste Ergebnisse und Einschätzung eines Erhebungsinstruments. *Gesundheitswesen*, 70, 771-778.
- Waldherr, K. Rohrauer-Näf, G., Simek, M., Braunegger-Kallinger, G. & Peinhaupt, C. (2012). Evaluation der Fördertätigkeit des Fonds Gesundes Österreich. In Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg) (2012) *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme?* (S.9-14), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Wright, M.T., Kilian, H. & Brandes, S. (2013). Praxisbasierte Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. *Das Gesundheitswesen*, 75, 380-385.

8.6 Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: HANCOCKS „MANDALA MODELL DER GESUNDHEIT“ QUELLE: HURRELMANN & FRANZKOWIAK, 2010, WWW _____	13
ABBILDUNG 2: DAS „MEHREBENENMODELL DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG“, QUELLE: KABA-SCHÖNSTEIN, 2011, WWW _____	15
ABBILDUNG 3: LEITFUNKTIONEN VON EVALUATIONEN, QUELLE: STOCKMANN, 2006, S.67 _____	25
ABBILDUNG 4: PUBLIC HEALTH ACTION CYCLE (GESUNDHEITSPOLITISCHER AKTIONSZYKLUS NACH ROSENBROCK 1995, QUELLE, ROSENBROCK & HARTUNG, 2010, WWW _____	35
ABBILDUNG 5: SCHWEIZER ERGEBNISMODELL, QUELLE: QUINT-ESSENZ SCHWEIZ, 2013, WWW _____	41
ABBILDUNG 6: SCHAUBILD DES PARTIZIPATIVEN EVALUATIONSANSATZES NACH STOCKMANN, 2004, S.14 _____	45
ABBILDUNG 7: STUFENMODELL DER PARTIZIPATION, QUELLE: WRIGHT, UNGER & BLOCK, 2010, S.42 _____	56
ABBILDUNG 8: ORGANISATIONSENTWICKLUNG IM KOMPLEXEN SOZIALE SYSTEM GEMEINDE, QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN LACKNER, 2013, S.45 _____	69
ABBILDUNG 9: ORGANISATIONSENTWICKLUNG IN DER GEMEINDE MIT EMPFEHLUNGEN FÜR EVALUATIONSMETHODEN IN DER STRUKTUR-, PROZESS UND ERGEBNISEVALUATION, QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG _____	76
ABBILDUNG 10: EVALUATIONSDESIGN IM MODELLPROJEKT, QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN PÜRINGER, 2008, S.8 _____	80
ABBILDUNG 11: ERGEBNISMODELL PROJEKT HERZGESUNDHEIT IN ANLEHNUNG AN DAS SCHWEIZER ERGEBNISMODELL, QUELLE: PÜRINGER, 2008, S. 7 _____	82
ABBILDUNG 12: DIMENSIONEN DES FRAGEBOGENS IN ANLEHNUNG AN DIE ATHIS GESUNDHEITSBEFragung IM RAHMEN DES MODELLPROJEKTES, QUELLE: PÜRINGER, 2010, S.15 _____	86

8.7 Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: DAS OUTCOME-MODELL VON NUTBEAM, QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN NUTBEAM 2000, S. 262	39
TABELLE 2: TYPOLOGIE DER EVALUATIONSMODELLE, QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN BEYWL, 2006, S.96	42
TABELLE 3: THEORETISCHE MODELLE, IHRE KERNAUSSAGEN UND ABLEITUNGEN FÜR EVALUATIONEN, QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG.....	46

TABELLE 4: AUSGEWÄHLTE METHODEN ZUR FÖRDERUNG DER PARTIZIPATION IM SETTING GEMEINDE, QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG.....	57
TABELLE 5: ÜBERSICHT DER EVALUATIONSFRAGEN, QUELLE EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN PÜRINGER, 2008, S.6-9.....	83
TABELLE 6: INFORMATIONEN ZU DEN EXPERTINNEN, QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG.....	94

A. Anhang

A.1 Leitfaden – Experteninterview

Qualitativer Leitfaden für ExpertInnengespräch

Einleitung

Dank für die Teilnahmebereitschaft:

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Gespräch nehmen.

Vorstellung Interviewerin und Thema der Masterarbeit:

Prof. (FH) Mag. Florian Schnabel, Medizinische Universität Graz (Public Health)

Thema: „Wirksamkeitsnachweis durch den Einsatz von qualitativen und quantitativen Evaluationsmethoden im Rahmen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation am Beispiel eines kommunalen Gesundheitsförderungsmodellprojektes in Österreich“

Ablaufklärung: Ich werde Ihnen in den folgenden 45 Minuten Fragen bezüglich der Evaluation in der Gesundheitsförderung und Möglichkeiten für Wirkungsnachweis im kommunalen Setting stellen. Ein weiterer Schwerpunkt sind ihre subjektiven Erfahrungen hinsichtlich des Einsatzes von quantitativen und qualitativen Methoden im Evaluationsprozess.

Vertraulichkeit und Datenschutz: Das Gespräch wird mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Dies erleichtert die spätere Auswertung. Ich versichere Ihnen, dass all Ihre Antworten vertraulich behandelt werden und kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

Klären etwaiger auftauchender Fragen des Interviewpartners

Aufnahme und Interview starten!

Leitfaden

1. Evaluation in der Gesundheitsförderung:

Welche Bedeutung, Schwierigkeiten, Chancen und Herausforderungen sehen Sie dabei für:

Gesundheitsförderung (kommunalen Gesundheitsförderung)
die Evaluation im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung
Programmevaluation
das Evaluationsteam / den/die EvaluatorIn
das durchführende Projektteam
dem Transfer von Evaluationsergebnissen in das Projekt (Struktur/Programmevaluation)

2. Evidenz und Wirkung in der kommunalen Gesundheitsförderung:

Welche Möglichkeiten sehen Sie, um den Goldstandard in der medizinischen Evidenz auch (experimentelles Design) in der Gesundheitsförderung annähernd zu erreichen?

Limitationen

Welchen Beitrag zur Evidenzsicherung können ihrer Meinung nach Evaluationsergebnisse liefern?

3. Methoden und Instrumente im Einsatz der Evaluation:

Welche sozialwissenschaftlichen Forschungsmethoden eignen sich Ihrer Meinung nach besonders in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation von gesundheitsförderlichen Interventionen?

4. Welche nationalen bzw. internationalen Best Practice Beispiele sind Ihnen im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung hinsichtlich der Anwendung von quantitativen und qualitativen Methoden im Bereich der Struktur-, Prozess und Ergebnisevaluation bekannt?

Beispiele: Goal Attainment Scaling (GAS), Interviews, Fokusgruppen, Dokumentationen, Fragebögen

5. Welche Empfehlungen (z.B. für nationale Fördergeber) würden Sie im Hinblick auf eine Methodenwahl (Instrumentenwahl) für Programmevaluationen abgeben?

A.2 Zusammenfassung der Interviewauswertung nach Mayring

GENERALISIERUNG	REDUKTION / KERNAUSSAGEN
<p>1. Evaluation in der kommunalen Gesundheitsförderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • von Beginn an • partizipative Evaluation • theoriegeleitet
<p>2. Evidenz und Wirkungsnachweis in der kommunalen Gesundheitsförderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nicht mit med. „Gold-Standard“ vergleichbar • Evaluationsberichte sind Evidenzen • verbindliche Normen und Qualitätsvorgaben
<p>3. Sozialwissenschaftliche Methoden in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Methodenmix • An Fragestellung angepasst
<p>4. „Best Practice“ und Empfehlungen an den FGÖ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modell zur Unterstützung der Evaluation (Outcome-Modell oder Schweizer Ergebnismodell) • Qualitätskriterien einhalten • Eine auf Evaluationen spezialisierte Institution heranziehen • Ressourcen bereitstellen • Pilotprojekte evaluieren – keine Nachfolgeprojekte