

Dr. Wolf KIRSCHNER
Dr. Renate KIRSCHNER
Sabine LENK
Prof. Dr. Thomas ELKELES

EVALUATION

DER TÄTIGKEIT DES FONDS GESUNDES ÖSTERREICH
IM PROGRAMMZEITRAUM 2002-2005

ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE



FONDS
Gesundes
ÖSTERREICH

T

L

A

H

Z

I



Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und leichteren Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen wie Männer.

| | | |
|-----------|---|-----|
| 1 | Einleitung | 4 |
| 2 | Kurzzusammenfassung | 6 |
| 3 | Ziele, Evaluationsschritte, Fragestellungen, Kriterien und Methoden | 9 |
| 3.1 | Ziele | 9 |
| 3.2 | Evaluationsschritte und -fragestellungen | 9 |
| 3.3 | Evaluationskriterien und -methoden | 12 |
| 4 | Analyse des theoretischen Handlungsrahmens | 14 |
| 5 | Analyse des politischen und finanziellen Handlungsrahmens | 18 |
| 6 | Analyse des programmatischen und faktischen Handlungsrahmens im Dreijahresprogramm 2003 bis 2005 und in den einzelnen Jahresprogrammen | 19 |
| 7 | Struktur-, Prozess-, Produkt- und Ergebnisevaluation der Programmumsetzung im Zeitraum 2002 bis 2005 | 28 |
| 7.1 | Projektförderung | 28 |
| 7.1.1 | Beschreibung und Typologie der Projekte | 28 |
| 7.1.2 | Analyse der abgelehnten Projekte | 31 |
| 7.1.3 | Analyse der abgeschlossenen Projekte | 32 |
| 7.1.4 | Analyse der laufenden Projekte | 37 |
| 7.1.5 | Analyse der Modellprojekte | 46 |
| 7.2 | Kampagnen und Schwerpunktaktivitäten | 52 |
| 7.3 | Fort- und Weiterbildung | 53 |
| 7.4 | Vernetzung | 53 |
| 7.5 | Öffentlichkeitsarbeit | 53 |
| 7.6 | Internationale Kontakte | 54 |
| 7.7 | Internetmedien | 54 |
| 7.8 | Umsetzung der Empfehlungen des Rechnungshofes aus dem Jahr 2000 und aus dem Evaluationsbericht 2002 | 55 |
| 7.9 | Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Befragungen | 56 |
| 7.9.1 | Ergebnisse der quantitativen Befragung | 56 |
| 7.9.2 | Ergebnisse der qualitativen Befragung mit Akteuren | 59 |
| 7.10 | Evaluation von Unternehmensorganisation, Unternehmensführung und Arbeitsbedingungen als zu erreichende Prozessziele des FGÖ | 63 |
| 7.10.1 | Organisationsanalytische Beschreibung und Bewertung der Tätigkeit der Geschäftsstelle des FGÖ | 63 |
| 7.10.2 | Das Projekt GIF „Gesund im Fonds“ | 67 |
| 7.10.3 | Zusammenfassung | 67 |
| 8 | Analyse des politischen Handlungsrahmens im Vergleich der Situation der Gesundheitsförderung und Prävention zwischen Österreich, Deutschland und der Schweiz | 69 |
| 8.1 | Rechtsgrundlage, Ziele, Finanzierung und Mittelausstattung, weitere Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention | 69 |
| 8.2 | Organisationsform, Weiterentwicklung und Personalausstattung | 71 |
| 8.3 | Projektakquisition / Projektförderung und Projektförderungskriterien | 71 |
| 8.4 | Art der Projekte und Projektüberblick | 72 |
| 8.5 | Evaluation und Evaluationsstandards | 76 |
| 8.6 | Akzeptanz der Gesundheitsförderung in der Öffentlichkeit und Politik | 77 |
| 9 | Gesamtzusammenfassung und Empfehlungen | 80 |
| 10 | Literaturverzeichnis | 99 |
| 11 | Anlagen | 101 |
| | Fragebogen der schriftlichen Befragung | 101 |
| | Liste der Gesprächspartner der qualitativen Interviews | 111 |
| | Impressum | 115 |

1 Einleitung

Gesundheitsförderung und Primärprävention erfahren seit der Ottawa Charta Mitte der 80er Jahre in vielen Staaten und Gesundheitssystemen eine deutliche Bedeutungszunahme. Ursächlich dafür sind verschiedene Faktoren und Entwicklungen: die etablierte individuell-kurativ orientierte Medizin gerät vielfach an ihre Grenzen, der medizinisch-technische Fortschritt produziert Innovationen nur mit immer wachsenden finanziellen Investitionen, gleichzeitig ist die steigende Lebenserwartung mit einer starken Zunahme von Morbidität, Multimorbidität und steigenden Pflegeleistungen verbunden. Die demographische Entwicklung wird mit dem steigenden Anteil älterer Menschen in wenigen Jahren zu einer starken Belastungsprobe für die Finanzierung von Gesundheits- und Sozialleistungen führen.

In allen Gesundheitssystemen der industrialisierten Länder wurden und werden Versuche unternommen, die Qualität und Effektivität der medizinischen Versorgung zu sichern und zu optimieren. Rationalisierung, Disease Management, Evidence Based Medicine sind hier im grundsätzlich positiven Sinn zu nennen, aber auch Ansätze der Rationierung sind bereits nicht selten wahrzunehmen.

In dieser Situation stellt sich die Frage, ob und inwieweit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention in der Lage sein können, den Herausforderungen, vor denen unsere Gesundheits- und Sozialsysteme stehen, wirksam zu begegnen. Es entspricht den Regeln einfacher Logik, dass es sicher humaner und wirtschaftlicher ist, Krankheiten gar nicht erst entstehen zu lassen, anstatt sie später teuer zu heilen oder wenigstens palliativ zu behandeln. Prävention und Gesundheitsförderung haben so zweifellos eine erhebliche Potenz, Neuerkrankungen zu vermeiden, oder diese wenigstens in ein höheres Lebensalter zu verschieben.

Gleichwohl sind die humanitären und ökonomischen Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung nicht einfach zu erschließen. Um diese zu realisieren müssen:

- die Maßnahmen wirksam und wirtschaftlich sein
- die erzielten Effekte stabil sein und
- große Anteile der Bevölkerung an diesen Maßnahmen teilnehmen.

Ende der 80er und 90er Jahre des letzten Jahrhunderts haben nicht wenige Staaten und Regierungen die ersten gesetzlichen Grundlagen für eine stärkere Berücksichtigung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheits- und Sozialsystem geschaffen. So auch Österreich im Jahr 1998 mit dem Gesundheitsförderungsgesetz und der Aufgabenzuweisung an den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ).

Der FGÖ arbeitet wie vergleichbare Einrichtungen in anderen Ländern in einem Setting, das hinsichtlich der theoretischen Fundierung der Maßnahmen, der Quantität, Qualität und Wirksamkeit von Instrumenten, der Akzeptanz der Maßnahmen in Zielgruppen bzw. der Bevölkerung und der evaluativen Befunde durch zahlreiche offene Fragen charakterisiert ist, die in einem noch andauernden Zeitraum schrittweise zu überprüfen und zu klären sind. Die derzeitige Phase der Gesundheitsförderung und Prävention ist so eine Lern-, Experimentier- und Testphase, die für bestimmte Handlungsfelder, Methoden und Zielgruppen den Nachweis von Machbarkeit und Wirksamkeit zu erbringen hat.

Die Evaluation dieser Entwicklung hinsichtlich Strukturen, Prozessen, Produkten und die dabei bereits erzielten Ergebnisse ist für die Bewertung des bisher erreichten Sachstandes wie auch die zukünftige weitere Ausgestaltung dieses Handlungsfeldes von grundsätzlicher Bedeutung. Der FGÖ bedient sich hierbei - und dies ist besonders zu

würdigen - neben einem kontinuierlichen internen Controlling der Methode einer externen Evaluation.

Wir freuen uns, Ihnen die Ergebnisse der Evaluation der Tätigkeit des FGÖ im Zeitraum 2002 bis 2005 in der vorliegenden Zusammenfassung vorstellen zu können.

Die Autoren
Berlin, Wien, September 2006

2 Kurzzusammenfassung

Unser Institut wurde nach einer öffentlichen Ausschreibung erneut mit der Evaluation der Tätigkeit des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) nunmehr für den Zeitraum 2002 bis 2005 beauftragt. Die Evaluation wurde von November 2005 bis Juni 2006 durchgeführt und basierte auf den folgenden Fragestellungen und Zielsetzungen. Der vorliegende Bericht ist eine Zusammenfassung des Evaluationsberichts mit insgesamt 551 Seiten.

Ziele und Fragestellungen der Evaluation

- ▷ Inwieweit sind die personellen und strukturellen Ressourcen des Fonds geeignet, den formulierten Aufgabenbereichen gerecht zu werden (Strukturevaluation)?
- ▷ Inwieweit sind die Strategien und Kriterien des Fonds geeignet, die gewünschten Prozesse im Bereich der Gesundheitsförderung wirksam und nachhaltig in Gang zu setzen (Prozessevaluation)?

Bei der evaluativen Beantwortung dieser Leitfragestellungen sollte im besonderen auch berücksichtigt werden:

- ▷ ob bzw. inwieweit die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluation des Dreijahresprogramms 1998-2001 in der programmatischen und praktischen Umsetzung in den Folgejahren Berücksichtigung gefunden haben;
- ▷ ob bzw. inwieweit sich die Ergebnisse der Evaluationen zwischen 2001 und 2005 unterscheiden;
- ▷ wie die auch gerade mit dem FGÖ geschaffenen österreichischen Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention (mit umfassendem Gesundheitsbegriff) in einem Vergleich mit ausgewählten Ländern zu bewerten sind.

Die Evaluation umfasste eine Bündel unterschiedlicher Methoden, wobei die hierbei jeweils erzielten Ergebnisse in eine synoptische Gesamtbewertung des FGÖ mündeten.

Ergebnisse

Eine Gesamtbewertung der Arbeit des FGÖ im Evaluationszeitraum 2002-2005 ergibt – gegenüber 1998-2001 – insgesamt noch einmal eine deutliche Qualitätserhöhung der Tätigkeit in nahezu allen Handlungsfeldern und Aufgabenbereichen. So hat der FGÖ seit 1998 eine gute und stetige Entwicklung genommen. Insgesamt hat Österreich damit seine herausgehobene Position in der Gesundheitsförderung in Europa zweifellos noch gefestigt, während Deutschland vor einer nach wie vor unklaren Neuausrichtung der Gesundheitsförderung und Primärprävention steht, die sich allerdings – auf der Grundlage des bisherigen Gesetzesentwurfs – organisatorisch durchaus stark an Österreich orientiert. Auch die vom Deutschen Sachverständigenrat im Gesundheitswesen in diesem Zusammenhang vorgenommene wissenschaftliche und politische Positionsbestimmung der Gesundheitsförderung und Prävention entspricht i.w. der strategischen Ausrichtung der Gesundheitsförderung und Primärprävention, wie sie der FGÖ auf der Grundlage des Gesundheitsförderungsgesetzes in seinen Programmen nicht nur formuliert, sondern auch umgesetzt hat. Eine sehr gute Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich ist auch im Vergleich zur Schweiz zu konstatieren, wie der Evaluationsbericht zur Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung zeigt.

In der Evaluation der Tätigkeit des FGÖ ergaben sich insgesamt 52 evaluative Einzelbefunde, die nach positiven und kritischen Befunden klassifiziert wurden, wobei 77%

der Befunde positiv waren. Die insgesamt 12 kritischen Befunde beziehen sich auf unterschiedliche Handlungsbereiche und können in einer Umsetzung der von uns abgeleiteten 27 Empfehlungen in großer Mehrzahl recht schnell und umfassend verbessert werden.

Die wiederum durchgeführte schriftliche Befragung von Akteuren der Gesundheitsförderung in Österreich bestätigt nicht nur eine hohe „Kundenzufriedenheit“ der Befragten, sie zeigt und bestätigt auch die sehr gute Entwicklung, die die Gesundheitsförderung in Österreich in den wenigen zurückliegenden Jahren genommen hat.

- Die Benotung der Tätigkeit des FGÖ insgesamt und der einzelnen Dienstleistungsqualitäten ist gegenüber 2002 unverändert. Eine institutionelle Aufgabenbewertung mit der Note 1,9 muss in Kundenzufriedenheitsanalysen als überdurchschnittlich bezeichnet werden. In Bezug auf die einzelnen Dienstleistungsqualitäten ergibt sich 2006 ein ähnliches Bild wie im Jahr 2002.

| 1= sehr gut bis 5= nicht genügend | 2006 | 2002 | |
|---|-------------|-------------|---------|
| Neue Basis: Befragte die mindestens ab und zu mit dem FGÖ zu tun haben n= | 124 | 109 | T-Wert* |
| Freundlichkeit | 1,48 | 1,43 | 0,55 |
| Fachliche Richtigkeit und Kompetenz | 1,60 | 1,68 | 0,85 |
| Schnelle Erreichbarkeit | 1,81 | 1,66 | 1,35 |
| Mittelwert der Einzelwerte | 1,91 | 1,83 | 0,69 |
| Schnelle Bearbeitung | 2,76 | 2,54 | 1,33 |
| Konfidenzintervall 95% | 2,07-1,75 | | |
| Gesamtnote | 1,93 | 1,91 | 0,17 |

Abb. a Benotung des FGÖ (Österreichisches Schulnotensystem)

- 89% der Befragten sind mit der Arbeit des FGÖ in den letzten 3 Jahren zufriedener oder gleichbleibend zufrieden.

Auf der Basis einer Teilstichprobe der Befragten, die mit dem FGÖ in den letzten drei Jahren mindestens ab und zu einmal zu tun hatten, zeigt sich bei der Frage nach der Gesamtzufriedenheit ein hohes Niveau der Zufriedenheit. Bei lediglich 11% der Befragten hat die Zufriedenheit mit der Arbeit des FGÖ in den letzten drei Jahren abgenommen.

- 60% der Befragten sehen die GF in Österreich im internationalen Vergleich im oberen Mittelfeld.

Nach Auffassung der Befragten konnte der FGÖ seine Position in der Gesundheitsförderung im internationalen/europäischen Vergleich sichern und behaupten.

Wir wünschen dem FGÖ und der gesamten Gesundheitsförderung in Österreich, dass der bisher sehr erfolgreiche Weg weiter stetig fortgesetzt werden kann.

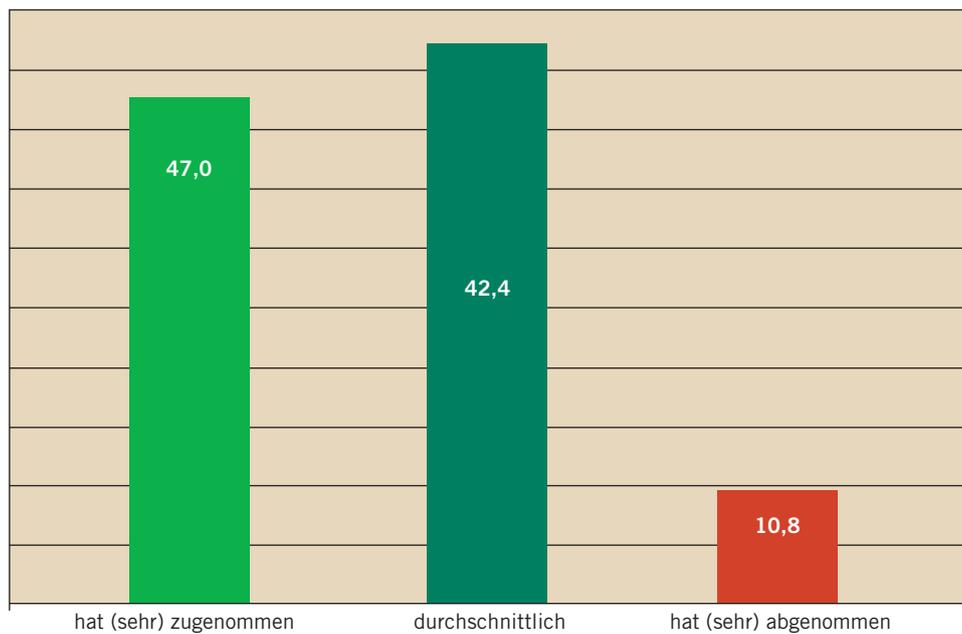


Abb. b Zufriedenheit mit dem FGÖ in den letzten 3 Jahren

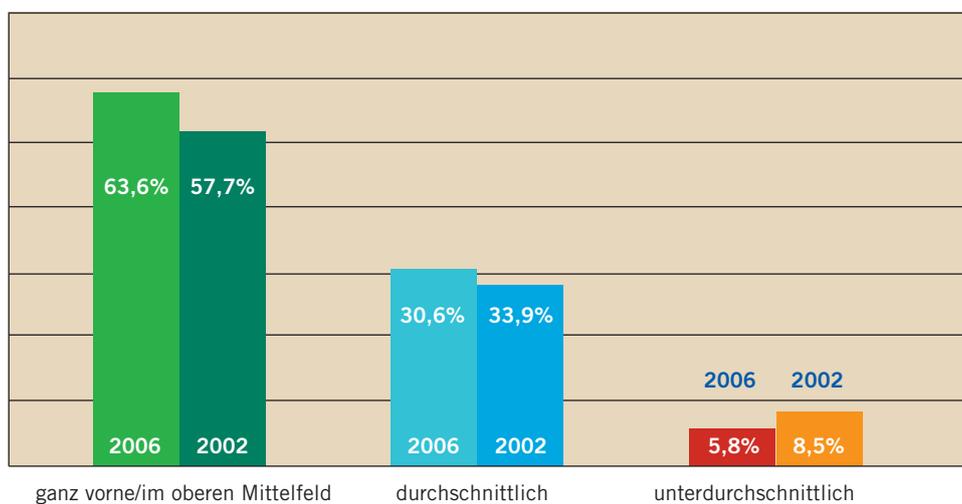


Abb. c Wo liegt Österreich in der Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich?

3. Ziele, Evaluationsschritte, Fragestellungen, Kriterien und Methoden

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) hat im April 2005 die Evaluation seiner Tätigkeit für den Zeitraum vom 01.01.2002 bis zum 31.12.2005 ausgeschrieben. Unser Institut hat sich mit Schreiben vom 18.04.2005 für die Evaluation beworben und wurde am 08.11. 2005 damit beauftragt.

3.1 Ziele

In der Ausschreibung formuliert der FGÖ zwei Leitfragestellungen der Evaluation:

- Inwieweit sind die personellen und strukturellen Ressourcen des Fonds geeignet, den formulierten Aufgabenbereichen gerecht zu werden (Strukturevaluation)?
- Inwieweit sind die Strategien und Kriterien des Fonds geeignet, die gewünschten Prozesse im Bereich der Gesundheitsförderung wirksam und nachhaltig in Gang zu setzen (Prozessevaluation)?

Bei der evaluativen Beantwortung dieser Leitfragestellungen soll im Besonderen auch berücksichtigt werden:

- ob bzw. inwieweit die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluation des Dreijahresprogramms 1998–2001 in der programmatischen und praktischen Umsetzung in den Folgejahren Berücksichtigung gefunden haben;
- ob bzw. inwieweit sich die Ergebnisse der Evaluationen zwischen 2001 und 2005 unterscheiden;
- wie die auch gerade mit dem FGÖ geschaffenen österreichischen Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention (mit umfassendem Gesundheitsbegriff) in einem Vergleich mit ausgewählten Ländern zu bewerten sind.

3.2 Evaluationsschritte und -fragestellungen

Soziale und gesundheitliche Programme – und die Tätigkeit des FGÖ ist, wie schon im Begriff des Dreijahresprogramms zum Ausdruck kommt, ein Programm – sind gezielte Interventionen in gesellschaftliche Wirklichkeit, die das Ziel haben, mit wirksamen Maßnahmen ein politisch als interventionsbedürftig anerkanntes Problemfeld effizient und effektiv zu verringern. Das Problemfeld, das auf der Grundlage des GF-Gesetzes mit der Tätigkeit des FGÖ angegangen werden soll, ist die langjährige Vernachlässigung von Gesundheitsförderung und Prävention in vielen überwiegend kurativ-individual-medizinisch ausgerichteten Gesundheitssystemen u.a. gerade auch in Österreich, aber auch z.B. in der Schweiz und Deutschland. Durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können nicht nur Krankheiten vermieden und viel Leid erspart werden, es können – zumindest theoretisch – auch erhebliche Kostenreduktionen im Gesundheitswesen realisiert werden. Die Realisierung der möglichen kostensenkenden Effekte ist aber von einer ganzen Reihe von Voraussetzungen abhängig und v.a. erst in längeren Interventionszeiträumen bei möglichst hoher Programmreichweite der Zielpopulationen möglich.

Interventionen und Programme arbeiten auf der Grundlage bestimmter Rechtsgrundlagen und mit bestimmten finanziellen Ressourcen, in Struktur- und Organisationsformen, die sie selbst schaffen, ausgestalten und an aktuelle Entwicklungen anpassen, mit Maßnahmen, die sie selbst gezielt planen, umsetzen, evaluieren und in ihrer Qualität

sichern. Das Programm sollte also auf der Grundlage eines optimalen und ständig zu optimierenden Managements fußen. Das Programm und das Programmmanagement arbeiten im Kontext eines programmatischen Handlungsrahmens auf Basis von zeitlich die Arbeit jeweils aktualisierenden und konkretisierenden Arbeitsprogrammen, beim FGÖ sind das die Dreijahresprogramme und die Einzeljahresprogramme.

Die Managementtätigkeit ist eingebunden in einen bestimmten theoretischen, politischen, internationalen und auch zeitlichen Handlungsrahmen.

Der theoretische Handlungsrahmen wird definiert und auch partiell begrenzt durch die bestehende wissenschaftliche Evidenz zu Möglichkeiten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, zu Interventions- und Evaluationsmöglichkeiten und -barrieren (vgl. Kap. 2). Der theoretische Handlungsrahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention ist damit international für alle Akteure und Institutionen der Gesundheitsförderung gleich.

Der politische Handlungsrahmen ist definiert durch die gesetzlichen Grundlagen selbst sowie durch den Grad politischer Akzeptanz, den die Interventionsinstitution in der Politik, in Parteien und anderen wichtigen Institutionen genießt bzw. erreicht. Der politische Handlungsrahmen ist sowohl hinsichtlich der gesetzlichen Regelungen als auch hinsichtlich der politischen Akzeptanz von Gesundheitsförderung und Prävention international – und auch schon im europäischen Vergleich – recht unterschiedlich.

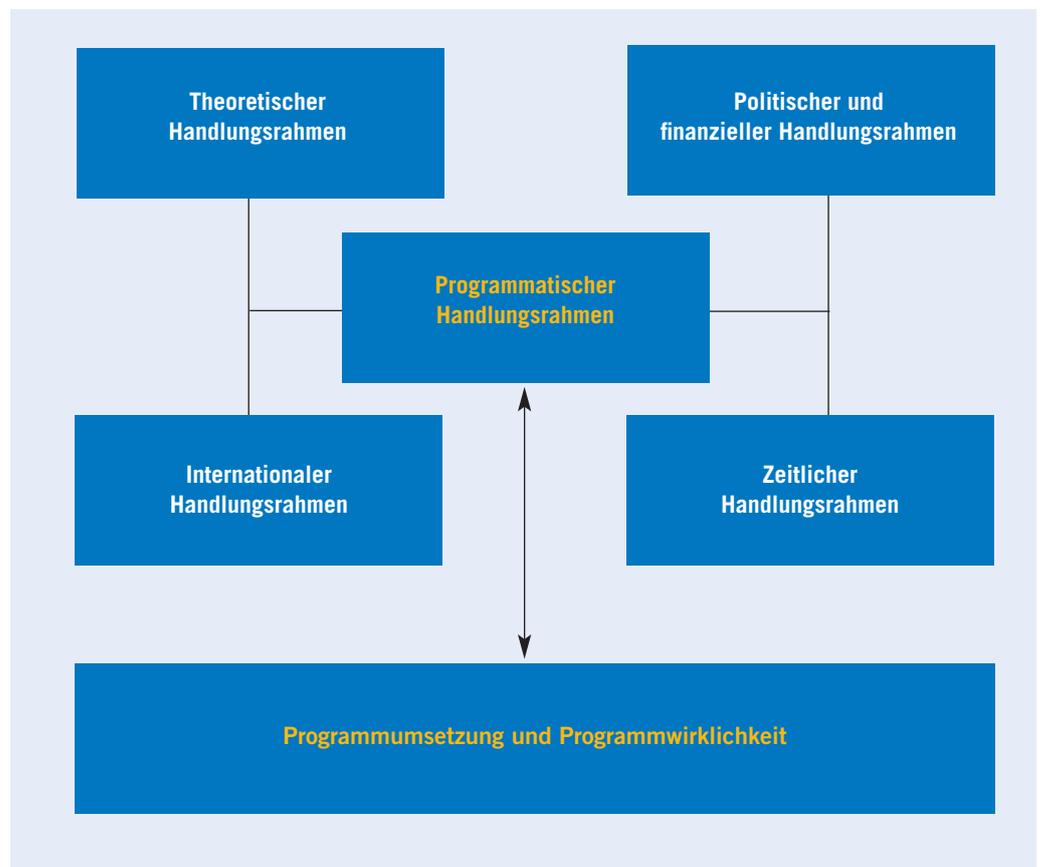


Abb. 1 Rahmenbedingungen gesundheitlicher Interventionsprogramme

Der internationale Handlungsrahmen markiert den erreichten Stand der Gesundheitsförderung und Prävention in anderen sozialstrukturell vergleichbaren Ländern u.a. im Sinne eines Benchmarkings.

Der zeitliche Handlungsrahmen beleuchtet die aktuelle Tätigkeit des Fonds Gesundes Österreich im Zeitraum 2002 bis 2005 mit der Tätigkeit im Zeitraum 1998 bis 2001 ebenfalls im Sinne eines Benchmarkings.

Für die belastbare Evaluation der Tätigkeit einer Institution der Gesundheitsförderung ist die saubere Unterscheidung und Trennung dieser Bedingungen bzw. Rahmenbedingungen von zentraler Bedeutung (vgl. Abb. 1).

Die eigentliche Evaluation der Tätigkeit des FGÖ untersucht die Programmumsetzung und Programmwirklichkeit im Vergleich zum programmatischen Handlungsrahmen in Bezug auf die Zielerreichung.

Bevor die Evaluation der Tätigkeit in Bezug auf Strukturen, Prozesse, Maßnahmen und Produkte erfolgen kann, müssen die die eigentliche Arbeit der Institution bestimmenden und ggf. limitierenden Bedingungen erörtert werden.

Daraus ergeben sich insgesamt fünf analytische Evaluationsschritte, die wir in der folgenden Reihenfolge bearbeiten werden:

1. Analyse des theoretischen Handlungsrahmens
2. Analyse des politischen und finanziellen Handlungsrahmens
3. Analyse des Dreijahresprogramms und der einzelnen Jahresprogramme
4. Struktur-, Prozess-, Produkt- und Ergebnisevaluation der Programmumsetzung im Zeitraum 2002 bis 2005
5. Analyse des internationalen Handlungsrahmens im Vergleich der Situation der Gesundheitsförderung und Prävention zwischen Österreich, Deutschland und der Schweiz

Innerhalb dieser einzelnen Evaluationsschritte werden folgende Hauptfragestellungen und Themen bearbeitet:

Analyse des theoretischen Handlungsrahmens

- 1.1 „State of the art“ der Gesundheitsförderung und Prävention nach dem SVR-Gutachten 2005¹
- 1.2 Theoretische Fundierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention
- 1.3 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention als Evaluations- und Förderungskriterien
- 1.4 Instrumentelle Wirksamkeit und Programmwirksamkeit als zu unterscheidende Evaluations- und Förderungskriterien
- 1.5 Dokumentation und Evaluation als zu unterscheidende Instrumente der Ergebnisevaluation
- 1.6 Schwierigkeiten und Grenzen in der Ergebnisevaluation komplexer Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Settings (Forschungsbedarfe)

Analyse des politischen und finanziellen Handlungsrahmens

- 2.1 Das GF-Gesetz als Rechtsgrundlage der Tätigkeit des FGÖ

¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“, Kap.4, S. 181–347, Mai 2005; <http://dip.bundestag.de/parfors/parfors.htm>

- 2.2 Die politische Akzeptanz des FGÖ bei wichtigen Akteuren und Stakeholdern in Österreich
- 2.3 Die Finanzausstattung des FGÖ

Analyse des Dreijahresprogramms und der einzelnen Jahresprogramme

- 3.1 Rahmenbedingungen und Grundlagen der Tätigkeit
- 3.1 Organisationsstruktur
- 3.1 Personalressourcen
- 3.1 Oberziele, Teilziele und Einzelziele
- 3.1 Aufgabenfelder und Schwerpunkte
- 3.1 Umsetzungsstrategien, Maßnahmen und Qualitätskriterien
- 3.1 Förderungsgrundsätze und -kriterien
- 3.1 Geforderte und empfohlene Evaluationsstandards

Struktur-, Prozess-, Produkt- und Ergebnisevaluation der Programmumsetzung im Zeitraum 2002 bis 2005

- 4.1 Analyse der Organisations- und Handlungsstrukturen des FGÖ einschließlich der Analyse der Entscheidungsabläufe und -kriterien bei der Projektvergabe sowie der Maßnahmen zur Projektbetreuung und Kontrolle
- 4.2 Analyse der Personalausstattung und -entwicklung unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten. Analyse und Einschätzung der Arbeitsbelastungen und des Arbeitsklimas. Analyse der Arbeitsabläufe und Analyse der innerbetrieblichen Kommunikation
- 4.3 Analyse einer Auswahl geförderter laufender Projekte (n=27) (Praxisorientierte Projekte, F+E-Projekte, Modellprojekte, Strukturprojekte, Fort- und Weiterbildungsprojekte) und eine Analyse einer Stichprobe nichtgeförderter Projekte v.a. hinsichtlich der Gründe der Nichtbewilligung. Erstellung einer Projekttypologie nach Zielgruppen, Zielen, Maßnahmen unter Berücksichtigung der Höhe der bewilligten Mittel
- 4.4 Ein neuer Aspekt der Evaluation ist die Untersuchung der Nachhaltigkeit der Projektförderung im Sinne des Weiterbestehens oder Nichtweiterbestehens einzelner Projekte
- 4.5 Analyse der Standards von Dokumentation und Evaluation bei 12 ausgewählten abgeschlossenen Projekten
- 4.6 Analyse der Schwerpunktaktivitäten hinsichtlich der Maßnahmen bei Zielgruppen und dem Schwerpunkt Lebensstil (Medienkampagne, Hotline, Broschüren)
- 4.7 Analyse der Fort- und Weiterbildungsaktivitäten und -maßnahmen
- 4.8 Analyse der Vernetzungsaktivitäten
- 4.9 Analyse der Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit
- 4.10 Analyse der internationalen Kontakte
- 4.11 Analyse der Website
- 4.12 Analyse der Eigenbewertung der Zielerreichung durch den FGÖ in den Jahresberichten
- 4.13 Evaluation der Umsetzung der Empfehlungen der Evaluation im Jahr 2002 und der Empfehlungen des Rechnungshofes
- 4.14 Vergleich der summativen Evaluation zwischen 1998/2001 und 2002/2005

Analyse des internationalen Handlungsrahmens im Vergleich der Situation der Gesundheitsförderung und Prävention zwischen Österreich, Deutschland und der Schweiz bei zentralen Kriterien

- 5.1 Ableitung von Vergleichskriterien
- 5.2 Ländervergleich

3.3 Evaluationskriterien und -methoden

Hauptaufgabe der Evaluation ist die Bewertung der Zielerreichung im Vergleich zwischen Programmdefinition und Programmumsetzung bzw. Programmwirklichkeit in Bezug auf Ziele, Maßnahmen, Produkte, Prozesse und auch Strukturen.

Dabei kommen folgende Kriterien und Methoden zur Anwendung:

- a) Direkt oder zumindest in Näherung quantifizierbare Kriterien z.B. Vernetzungsaktivitäten, Bekanntheitsgrad, Programmreichweite, Auflagen etc.
- b) Eigenbewertungen durch den FGÖ, die z.B. in den Jahresberichten z.T. bereits vorliegen und durch weitere Recherchen ergänzt werden
- c) Bewertung durch Dritte, z.B. Akteure, Kooperationspartner, Wissenschaftler durch qualitative Befragungen und Interviews
- d) Qualitative Interviews mit allen 16 Mitarbeitern der Geschäftsstelle des FGÖ
- e) Evaluation von insgesamt 39 Projekten der Gesundheitsförderung
- f) Zusammenfassende, objektivierende Bewertung auf der Grundlage der vorgenommenen Analysen von Programmelementen durch das Evaluationsteam
- g) Bewertung auf der Grundlage eines Struktur- und Maßnahmenvergleichs in der Gesundheitsförderung im Ländervergleich durch das Evaluationsteam
- h) Bewertung der derzeitigen Situation im Vergleich zum Zeitraum 1998/2001. Dieses Verfahren ist v.a. geeignet, eine zusammenfassende Bewertung vorzunehmen.
- i) Analyse der quantitativen Befragung zur Einschätzung der Tätigkeit des FGÖ bei Akteuren der Gesundheitsförderung, der staatlichen Administration und der Wissenschaft. Diese quantitative Befragung enthält u.a. eine Einschätzung der Erreichung der genannten Prozessziele durch die genannten Akteure.

Insgesamt besteht die Evaluation damit aus einem Bündel unterschiedlicher Maßnahmen, das Desk Research, qualitative und quantitative Befragungen, Experteninterviews, Besuche vor Ort und vergleichende Bewertungen umfasst.

Der vorliegende Bericht ist entsprechend der genannten Arbeits- und Evaluationsschritte in insgesamt neun Kapitel gegliedert.

4. Analyse des theoretischen Handlungsrahmens

Die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention basiert auf dem gegebenen Wissensstand der befassten Sozial- und Gesundheitswissenschaften, der in nicht wenigen Bereichen deutliche Defizite und Lücken aufweist und so die Praxis erschwert und auch z.T. deutlich limitiert. Diese wesentlichen Schwachstellen herauszuarbeiten, ist für die Evaluation von Organisationen und Einzelmaßnahmen der Gesundheitsförderung von grundsätzlicher Bedeutung, da diese weder von Projektnehmern noch von der Gesundheitsförderungsinstitution – zumindest kurz- und mittelfristig – wesentlich beeinflusst werden können und somit ihnen auch nicht zugerechnet werden können.

Im Rahmen seines aktuellen Jahresgutachtens 2005 hat der deutsche Sachverständigenrat im Gesundheitswesen quasi eine wissenschaftlich basierte, politische Handlungsanleitung für die Ausgestaltung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland vorgelegt. Politischer Hintergrund war dabei der Entwurf für das Präventionsgesetz im Jahr 2005, welches allerdings vom Bundesrat abgelehnt wurde und von der neuen Koalition erneut in Angriff genommen werden muss. Diese Handlungsanleitung dient uns als Vergleich, wie jenseits von Österreich das Feld der Gesundheitsförderung und Prävention politisch und wissenschaftlich „gedacht“ wird.

Als Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention werden Vermeidung, Abschwächung oder zeitliche Verschiebung von Mortalität und Morbidität sowie Ressourceneinsatz und Kosten benannt (Ziffer 419). „Die Primärprävention umfasst sowohl die Senkung von Belastungen als auch die Stärkung von Ressourcen, um individuen- und populationsbezogen das Risiko einer Erkrankung (bzw. eines Unfalls) und die Inzidenzrate (Neuerkrankungsrate) zu senken“. (Ziffer 426)

Die Verhältnisprävention wird als „im Prinzip etablierte Interventionsform“ betrachtet, die allerdings häufig außerhalb der expliziten Gesundheitspolitik praktiziert und auch normiert wird. In Bezug auf die Verhaltensprävention wird von einer nur geringen Effektivität zielgruppen- und kontextunabhängiger und „auf Risikoinformation bzw. Gesundheitserziehung reduzierter Interventionen“ (Ziffer 421) ausgegangen. Der Rat präferiert die kontextorientierte Verhaltensprävention. „Sie können in umfassenden mehr-ebenen Präventionskampagnen zu einzelnen Gesundheitsproblemen (z.B. Anti-Tabak Kampagne), v.a. aber im Rahmen des setting-Ansatzes umgesetzt werden.“ (Ziffer 422, 432)

Grundsätzlich fordert der Rat für Maßnahmen der primären Prävention, dass sie sich auf „gesundheitslich (und sozial) benachteiligte Gruppen konzentrieren müssen.“ (Ziffer 432)

Der Rat konstatiert das Fehlen einer ganzheitlichen und umfassenden theoretischen Unterlegung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Interventionen stützen sich – wenn überhaupt ausgeführt – auf unterschiedliche Theorieansätze, die z.T. auch nur in geringem Maße empirisch unterlegt und bestätigt sind. Hinsichtlich der theoretischen Fundierung gerade der settingorientierten Interventionen spielt das Modell der Salutogenese auch nach der Auffassung des Rates in der Praxis eine herausgehobene Rolle, wobei er hier allerdings weitere Forschung und auch eine präzisere Verwendung des Begriffs einfordert (Ziffer 437). De facto ist bei diesem Konzept bis heute hinsichtlich seines zentralen Kerns – dem sense of coherence – weder dessen interventive Beeinflussbarkeit geklärt noch dessen prädiktive Bedeutung für positive Gesundheit in der Zukunft.²

² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bearbeitet von J. Bengel; R. Strittmatter, H. Willmann. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Bd. 6). Köln: BZgA. 1999a

Für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention wird sowohl ex-ante als auch ex-post ein Wirksamkeitsnachweis gefordert, wobei für die ex-ante Wirksamkeitsabschätzung bei der Interventionsplanung Evidenzkriterien beschrieben werden und für die Ergebnisevaluation je nach Komplexität der Interventionen unterschiedliche Evaluationsperspektiven erläutert und unterschiedliche Methoden ggf. in einem Methodenmix empfohlen werden. Gleichwohl sieht der Rat gerade bei der von ihm empfohlenen settingorientierten Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten erhebliche Schwierigkeiten im Nachweis von Wirksamkeit.

Der Rat sieht schließlich weiteren Forschungsbedarf sowohl in der Sozialepidemiologie als auch hinsichtlich der Weiterentwicklung von Interventionsformen und -strategien in den Sozialwissenschaften wie auch in der Qualitätssicherung und Evaluation.

Vergleicht man zusammenfassend die aktuelle Position des Rates zu Prävention und Gesundheitsförderung mit früheren Standpunkten, fallen – bei vielen grundsätzlichen Gemeinsamkeiten – doch einige Akzentverschiebungen und Präzisierungen auf. Diese betreffen:

- Die Einbeziehung von Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung in primäre Präventionsstrategien, die allerdings konzeptionell, inhaltlich und methodisch bestimmten Kriterien genügen müssen und auf der Grundlage des social marketing am besten in sog. „Mehr-Ebenen Ansätzen“ in einer Integration mit Maßnahmen der settingorientierten Gesundheitsförderung praktiziert werden sollten. Nach epidemiologischer und gesundheitsökonomischer Priorisierung stehen hier Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung als zentrale Handlungsfelder im Mittelpunkt. Diese deutliche strategische Erweiterung reflektiert u.E. die Bemühungen um ein Präventionsgesetz in Deutschland, das eine institutionell-organisatorische Neubestimmung zwischen Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und den geplanten nationalen und föderalen Präventionsträgern ebenso erfordert wie die konzeptionell-strategische Verknüpfung zwischen Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung und spezifischen Maßnahmen und Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention
- Noch deutlicher als bisher fällt die Präferenz des Rates für die an Gesundheits- und Sozialsituation orientierte verhältnisbezogene Gesundheitsförderung in Settings aus, deren Wirksamkeit als deutlich höher eingeschätzt wird als bei Maßnahmen der verhaltensbezogenen Individualprävention in den bekannten Angebotsformen wie Kursen etc.
- Der Rat rückt deutlich von seinem bisherigen ex-ante Evidenzpostulat ab. Verlangt wird nicht mehr der schon bei der Konzeption (und Beantragung) erforderliche Evidenznachweis, ausreichend erscheint jetzt die Beschreibung der Plausibilität möglicher Wirkungen bis hin zu noch weicheren Kriterien, wie der „Problemwahrnehmung durch Akteure“. Der Wirksamkeitsnachweis in der Ergebnisevaluation wird weiter gefordert, dessen Einlösung aber z.T. als sehr schwierig betrachtet und gerade in der sozialsituationbezogenen Gesundheitsförderung in Settings als nicht sehr optimistisch eingeschätzt.

Bei einer kritischen Betrachtung der aktuellen Sichtweisen des Rates ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Einbeziehung der gesundheitlichen Aufklärung in die Prävention und Gesundheitsförderung in Form der empfohlenen Kampagnen in der Primärprävention weder international noch national neu ist. Als erstes Beispiel wären hier aber vielleicht eher nicht die im Gutachten genannten Trimm-Dich-Aktionen aus den 1970er-Jahren zu nennen, als vielmehr die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, die nicht nur mit eben diesen kombinierten Methoden durchgeführt worden ist, sondern auch umfassend evaluiert wurde und eine deutliche Wirksamkeit in der Reduktion von Morbidität zeigt.

te.³ Die Absicherung von Einzelmaßnahmen und -projekten der Primärprävention und Gesundheitsförderung durch bevölkerungsweite, wenngleich zielgruppenspezifische Informationen erscheint auch sachlogisch geboten, wenn man an die mittel- und langfristige zu erreichende möglichst hohe Programmreichweite, d.h. die Teilnahme großer Bevölkerungs- bzw. Zielgruppen denkt, ohne die die Hauptziele der Primärprävention in der Vermeidung, Senkung oder Verschiebung von Morbidität überhaupt nicht erreicht werden können. Gleichwohl muss auch bei der Präferenzierung dieser medialen Kampagnenansätze die Frage nach der Wirksamkeit und insbesondere die Frage nach der vergleichenden Kosten-Wirksamkeit gestellt und beantwortet werden. Dies ist schon bei den hohen Kosten derartiger Kampagnen geboten und das um so mehr, als bei fixen Budgets die medialen Interventionsformen und die personalen und settingbezogenen Interventionen um Mittel notwendig konkurrieren.

Zur Präferenzierung des Settings im SVR-Gutachten sei einmal darauf hingewiesen, dass die vier i.E. benannten Settings (Betrieb, Schule, Stadt, Krankenhaus) sich doch strukturell sehr deutlich unterscheiden, was eine einheitliche Beschreibung ihrer Charakteristika erschwert und v.a. dem beanspruchten sozialemanzipativen Charakter der Gesundheitsförderung in Settings z.T. deutliche Grenzen setzen dürfte. Schließlich verbleibt hinter der gerade auch von Projektnehmern geradezu inflationär beanspruchten Gesundheitsförderung in Settings oftmals die Frage, welche konkreten Interventionsformen sich dahinter verbergen und ob sie damit die bekannten und gebräuchlichen medialen und personalen Methoden wirklich wesentlich überschreiten.

Die Lockerung des ex-ante Evidenzpostulats durch den Rat war folgerichtig, hat es doch die Entwicklung weiterführender Interventionsansätze gerade in Deutschland deutlich gehemmt. Ob die abgeleiteten Evidenzkriterien und Evidenzniveaus praktikabel sind, muss in der Praxis geprüft werden. Der FGÖ hat schon bisher und auch derzeit in der Projektförderung bzw. -begutachtung auf die Formulierung derart überzogener Anforderungen verzichtet.

Die theoretische Fundierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und die Evaluation gerade komplexer Maßnahmen stellen hinsichtlich dringend erforderlicher Weiterentwicklungen die größten Herausforderungen an die einschlägigen Wissenschaften, die nur durch weitere, gezielte Forschung erreichbar sind.

Zusammenfassend liegen Erkenntnisgrenzen und somit Forschungsbedarfe v.a. in folgenden Bereichen vor, die in der Praxis der Gesundheitsförderung zu erheblichen Problemen und auch „Dunkelfeldern“ führen werden:

- die häufig unzureichende theoretische Fundierung der Maßnahmen mit negativen Folgen auf klare Wirkungszusammenhänge und präzise Evaluationsdesigns
- die insgesamt doch recht begrenzten Instrumente und Methoden
- die Schwierigkeiten des Nachweises von allein instrumenteller Wirksamkeit und auch Wirtschaftlichkeit in der Ergebnisevaluation nicht nur aber gerade auch bei komplexen Maßnahmen der setting-orientierten Gesundheitsförderung.

Bei den häufig geforderten Nachweisen von Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention muss u.E. deutlich zwischen der Programmwirksamkeit und der Wirksamkeit in zielgruppenumfassender oder gar bevölkerungsweiter Ausrichtung unterschieden werden. In der derzeitigen Phase der Gesundheitsförderung kann es i.w. bisher nur um den evaluativen Nachweis von instrumenteller Wirksamkeit von Methoden und Projekten gehen, die sich nur auf begrenzte Populationen beziehen.

Denkt man abschließend an das große Ziel der Gesundheitsförderung und Prävention, die

³ Forschungsverbund DHP (Hrsg.): Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1998

Vermeidung, Verringerung oder Verschiebung von Mortalität und Morbidität, so ist logisch, dass dieses Ziel nur erreichbar ist, wenn:

- für einzelne Interventionsmaßnahmen die instrumentelle Wirksamkeit nachgewiesen und gesichert ist
- von einer Nachhaltigkeit i.d.R. kurzfristig gemessener Effekte auszugehen ist bzw. diese nachgewiesen ist
- nicht nur kleine und kleinste und oft sozial und motivational hochselektierte Bevölkerungsgruppen an Angeboten und Interventionen teilnehmen, vielmehr die Mehrzahl bzw. zumindest große Teile der Bevölkerungs- bzw. der Zielgruppen, da ansonsten auch instrumentell wirksame Interventionen unwirtschaftlich bleiben.

Denkt man mit dieser Perspektive an die enormen Probleme in der theoretischen Fundierung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung und an die insgesamt bisher noch deutlich begrenzten Instrumente sowohl in der Intervention als auch in der Evaluation, so muss eine Positionsbestimmung zur Gesundheitsförderung und Prävention auch Aussagen machen zum hier erforderlichen kurz-, mittel- und langfristigen Finanz- und Investitionsbedarf. Mit den bisherigen und weiter in Rede stehenden Finanzmitteln in Österreich – wie auch in anderen vergleichbaren Ländern – sind weder die genannten Voraussetzungen noch gar die Ziele zu erreichen.

Auch wenn wir uns insgesamt derzeit international und national in der Gesundheitsförderung und Prävention noch auf der ersten „Nachweisstufe“ (Prüfung der instrumentellen Wirksamkeit) befinden, sind die Herausforderungen gewaltig und die Mittelausstattung ist vergleichsweise bescheiden.

Angesichts der insgesamt durchaus kritischen und partiell auch ernüchternden Befunde zur defizitären theoretischen Unterlegung, zur durchaus begrenzten instrumentellen Ausstattung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und den damit verbundenen Problemen in der Ergebnisevaluation der Maßnahmen ist schon an dieser Stelle vor überzogenen, weil nicht sachgerechten Erwartungen an die zwischenzeitlich erreichten Standards der Evaluation zu warnen. Dies gilt gerade auch deshalb, weil einmal die Evaluationsbudgets insgesamt noch recht gering sind, zum anderen weil die Evaluation komplexer Maßnahmen in Settings ein evaluatives Maßnahmenbündel erfordert, das in einzelnen Teilen noch entwicklungsbedürftig ist und in wesentlichen Teilen noch empirisch zu sichern und auch zu bestätigen ist. Dies gilt – sieht man einmal von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ab – für nahezu alle Bereiche und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung.

Für die Prüfung des Bereichs der Evaluation der Projekte des FGÖ – und hier der Projekte mit Fördersummen von über 72.000 EUR – muss es also zunächst primär darum gehen, die seit 2002 erreichten Entwicklungen und Verbesserungen nachzuzeichnen und zu überprüfen.

5. Analyse des politischen und finanziellen Handlungsrahmens

Der politische Handlungsrahmen der Tätigkeit des FGÖ ist mit dem Gesundheitsförderungsgesetz von 1998 knapp und präzise abgesteckt. Nicht vorgenommene gesetzliche Veränderungen sichern die Kontinuität der Tätigkeit des FGÖ ab. Bei den im Gesetz klar definierten und unveränderten zwei Hauptzielen und sechs Strategiebereichen gelingt es dem FGÖ und seinen Organen sowohl im ersten als auch im zweiten Untersuchungszeitraum in Methoden und Strategien Akzentuierungen und Erweiterungen vorzunehmen (Modellprojekte, Strukturförderung, Vernetzung, Aufklärung) und sichtbaren Bedarfen anzupassen.

Auf der Grundlage der im Gesetz klar abgegrenzten Tätigkeit des FGÖ von Aufgaben anderer Akteure im Bereich der Sozialversicherungsträger, der Bundesländer, Kommunen und anderer Einrichtungen präzisiert der FGÖ mit seinem Gesundheitsbegriff den im Dreijahresprogramm 2003–2005 von ihm beanspruchten Handlungsrahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sehr gut. Die vom Rechnungshof wie auch im letzten Evaluationsbericht empfohlene klarere Abgrenzung der Tätigkeit des FGÖ von anderen Akteuren ist seitens des FGÖ insoweit schnell erfolgt. Im Untersuchungszeitraum wurde von den österreichischen Sozialversicherungsträgern – in Durchführung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau – eine neue Positionsbestimmung zur Gesundheitsförderung und Prävention vorgenommen⁴, die für die Praxis bisher offenbar allerdings i.w. folgenlos geblieben ist.

Mit dem Grundsatz der nur anteiligen Projektförderung gelingt es dem FGÖ, entsprechende Aktivitäten anderer Akteure aufrecht zu erhalten und auch zu stimulieren, was sich insgesamt auch an der Zunahme der Ausgaben für Gesundheitsförderung in Österreich insgesamt von neun Millionen im Jahr 1996 auf 14 Millionen im Jahr 2001 zeigt.⁵ Die Angemessenheit der Finanzausstattung des FGÖ kann nur auf der Grundlage der Bewertung von Art und finanziellem Umfang der eingereichten und schließlich geförderten Projekte beurteilt werden. Nach wie vor bestehen aber offenbar gewisse Rücklagen aus Vorjahren.

Schließlich gelingt es dem FGÖ und seinen Organen offenbar auch in politischen Wechsel- und Umbruchzeiten gut, die gewählten strategischen Ziele und Maßnahmen zu sichern, aufrechtzuerhalten und ggf. auch zu akzentuieren. Insgesamt ist u.E. im Vergleich z.B. zur Schweiz insgesamt von einer prinzipiell hohen Akzeptanz des FGÖ beim zuständigen Ministerium, den Bundesländern und ihren entsprechenden Einrichtungen, bei Projektnehmern und auch bei Presse und Öffentlichkeit auszugehen. Ein erster Vergleich mit Deutschland muss entfallen, da die geplante neue Präventionsstruktur und die neu zu schaffenden Präventionsträger bisher noch nicht Wirklichkeit geworden sind. Der Vergleich mit Deutschland zeigt aber, wie die Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention durch wiederholt durchgeführte oder geplante Änderungen der Rechtsgrundlagen negativ beeinflusst wird. Die genannten Hypothesen zum guten, stabilen und soliden politischen Handlungsrahmen und v.a. zur hohen Akzeptanz des FGÖ sind im Rahmen der Evaluation zu überprüfen.

⁴ Konsensuspapier, herausgegeben vom Innovationsprojekt Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention, Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung und Prävention Josefhof der VEAB, Dezember 2005

⁵ ÖBIG-Studie: Präventionsausgaben 2001: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien 2001

6. Analyse des programmatischen und faktischen Handlungsrahmens im Dreijahresprogramm 2003 bis 2005 und in den einzelnen Jahresprogrammen

Im Dreijahresprogramm des FGÖ werden als Rahmenbedingungen und Grundlagen der Tätigkeit benannt:

- das Gesundheitsförderungsgesetz von 1998
- die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 sowie die Deklarationen von Jakarta (1997) und Mexiko (2000)
- der Bericht des Rechnungshofes aus dem Jahr 2000
- die Ergebnisse und Empfehlungen aus der Evaluation der Tätigkeit des FGÖ im Zeitraum 1998 bis 2001.

Das GF-Gesetz ist die Rechtsgrundlage für die institutionelle und inhaltliche Tätigkeit des FGÖ, in der zwei Hauptziele (Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, gesundheitliche Aufklärung) und sechs Strategiebereiche abschließend definiert sind.

In den Erläuterungen zum Gesetz wird explizit auf die Ottawa Erklärung Bezug genommen, die der FGÖ neben den Erklärungen von Mexiko (2000) und Jakarta (1997) als weitere Rahmenbedingungen seiner Tätigkeit nennt. Anders als die gesetzliche Norm, die die Handlungsbereiche klar definiert und auch limitiert, wird mit Bezug auf die genannten politisch-programmatischen Erklärungen der WHO der Gestaltung und Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung eine bestimmte Richtung gegeben, die sich auch in den Begriffen der „bio-psychosozialen Gesundheitsförderung bzw. der salutogenetischen Gesundheitsförderung“ fassen lässt. Diese schwierigen Begrifflichkeiten lassen sich besser und einfacher komplementär definieren: Maßnahmen der Prävention sind alle primärpräventiv ausgerichteten Maßnahmen, soweit diese den biomedizinischen Gesundheitsbegriff deutlich überschreiten und keine Methoden der Individualprävention darstellen. Maßnahmen der Sekundär- und Tertiärprävention sind nicht Gegenstand der Tätigkeit des FGÖ. Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Sinne der Stärkung von Ressourcen müssen dagegen nicht per se primär präventiv ausgerichtet sein, d.h. sie können sich auch auf Bevölkerungsgruppen mit bestehenden Krankheiten oder Funktionseinschränkungen richten (vgl. auch Gesundheitsbegriff des FGÖ).

Die genannten politisch-programmatischen Forderungen der WHO an die Ausgestaltung der Gesundheitsförderung und auch der Gesundheitspolitik sind u.E. eher als allgemeine Orientierungen zu begreifen, zumal diese für die nationalen Politiken und Maßnahmen auch keine rechtliche Verbindlichkeit haben bzw. beanspruchen können. Die Forderungen können gleichwohl – soweit hinreichend operationalisiert – als Kriterien herangezogen werden, ob bzw. inwieweit die Gesundheitspolitik in Österreich auch mit der Arbeit des FGÖ diesen Forderungen entspricht oder sich diesen zumindest annähert. Als weitere Grundlagen benennt das Dreijahresprogramm den Bericht des Rechnungshofes (2000) und den Evaluationsbericht (2002). Im Gegensatz zu den bisher genannten Rahmenbedingungen und Grundlagen haben diese grundsätzlichen Empfehlungscharakter mit einem allerdings notwendig deutlich höheren Grad an Konkretion und Spezifität.

Fasst man die genannten Rahmendingungen und Rechtsgrundlagen einmal zusammen und ordnet man diese in der Folge

- Orientierung (WHO-Erklärungen)
- Rechtsgrundlage (GF-Gesetz)
- konkretisierende Empfehlungen (Rechnungshof-, Evaluationsbericht),

Abb. 2 Rahmenbedingungen und Grundlagen der Arbeit des FGO (Orientierungen, Normen, Empfehlungen)

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>Orientierung WHO Erklärungen Ottawa, Mexiko, Jakarta</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Gesundheitsbegriff und -verständnis nach Ottawa (1986) 2 Erhöhung der Investitionen für Gesundheitsentwicklung 3 Erweiterung von Partnerschaften für Gesundheitsförderung 4 Vergrößerung der Handlungskompetenzen (Kollektiv/individuell) / Empowerment 5 Sicherung (Aufbau) einer Infrastruktur für Gesundheitsförderung 6 Gesundheitsförderung als grundlegende Priorität für Politiken und Programme 7 Führungsrolle des nationalen Gesundheitsministeriums inkl. Partnerschaften /Netzwerke 8 Erstellung landesweiter Aktionspläne | <p>Rechtsgrundlage GF-Gesetz</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Zwei Hauptziele [Verbesserung des Gesundheitszustandes / Erhöhung des Wissens] 2 Sechs Strategiebereiche <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Strukturaufbau 2.2 Entwicklung und Vergabe von Projekten (Praxisprojekte) 2.3 Entwicklung zielgruppenspezifischer Programme zur Information und Aufklärung 2.4 Entwicklung und Vergabe wissenschaftlicher Projekte 2.5 Unterstützung und Fortbildung im Bereich der Gesundheitsförderung 2.6 Abstimmung der Maßnahmen mit Aktivitäten anderer Einrichtungen | <p>Konkretisierende Empfehlungen 1. Rechnungshofbericht</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Stärkere Abgrenzung der Aufgaben des FGO von jenen der Sozialversicherungsträger und des für Gesundheit zuständigen Bundesministeriums 2 Verbesserung und Weiterentwicklungen der internen Projektdatenbanken des FGO 3 Ergänzung der Forderungsrichtlinien v.a. unter formalen und steuerrechtlichen Kriterien 4 Verbesserte Begleitung der Projekte vor Ort durch die Gesundheitsreferenten zur weiteren Qualitätssicherung 5 Aufbau einer Projektdatenbank zur Gesundheitsförderung in Österreich 6 Ableitung von Kriterien zur Messung der Zielerreichung der Aktivitäten und Maßnahmen des FGO auf der Grundlage des GFG | <p>2. Evaluationsbericht</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Abgrenzung von Dokumentation und Evaluation 2 Verpflichtung auf Struktur-, Prozess-, Produkt- und Ergebnisevaluation ab einer bestimmten Summe [Fordersumme > 72.000 €] 3 Schaffung einer entsprechenden Infrastruktur (Richtlinien-, Leitlinien, Beratungskompetenz) 4 Aufbau einer wissenschaftlichen Beratungs-, Begutachtungs- und Durchführungsstruktur für die Evaluation 5 Vollfinanzierung der Evaluation durch den FGO 6 Beteiligung von Evaluationsforschern bereits in der Projektplanungsphase 7 Begutachtungsverfahren für die vorgeschlagenen Evaluationsdesigns 8 Herunterfahren der „Kleinprojekte“ bzw. andere Prüfroutinen 9 Aufstockung des Personals 10 Schulung der Gesundheitsreferenten in der Evaluation 11 Verbesserung der Kundenorientierung (Projektbegleitung) 12 Verbesserung der internen Datenbank 13 Erstellung einer „einfachen“ Internetprojektdatenbank nach weiterer Prüfung 14 Gezielte Verbesserung der epidemiologischen/evaluativen Datenlage für eine spätere Ergebnisevaluation (6 Unterpunkte) 15 Empfehlungen zu Medienkampagnen (3 Empfehlungen) 16 Dokumentation und Recherche der Nachhaltigkeit von Projekten (3 Empfehlungen) 17 Verbesserung des Internetauftritts www.fgoe.org 18 Untersuchung zur Nutzung von Gesundheitsseiten im Internet unter besonderer Berücksichtigung von www.gesundesleben.at 19 Einleiten einer zweiten Phase der Gesundheitsförderung in Österreich (2 Empfehlungen) 20 Weitere Abgrenzung von Zuständigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention 21 Beibehaltung der Schwerpunkttätigkeiten und der thematischen Medienkampagnen für die nächsten drei Jahre 22 Instrumentelle Vorbereitungen einer Ergebnisevaluation für das Jahr 2005 (vgl. Punkt 14) |
|--|---|---|---|

so soll die Tätigkeit des FGÖ hinsichtlich der Ziele, Maßnahmen und Verfahren den in der Tabelle (Abb. 2, links) benannten Kriterien⁶ entsprechen bzw. diese erfüllen.

In der weiteren Evaluation der Tätigkeit des FGÖ im Zeitraum 2002 bis 2005 wird zu untersuchen sein, ob sie diesen Zielen bzw. Kriterien entspricht. In Bezug auf die Empfehlungen wird zu prüfen sein, ob bzw. inwieweit sie bislang umgesetzt wurden.

Vergleicht man die Empfehlungen des Rechnungshofberichts mit jenen des Evaluationsberichts, so zeigen sich in den Empfehlungen R1 und E20 (Abgrenzung von Maßnahmen und Zuständigkeiten), R2 und E12 (Interne Projektdatenbank), R4 und E11 (Projektbegleitung, Qualitätssicherung), R5 und E3 (Internetprojektdatenbank), R6 und E14 bzw. E22 (Mess-, Evaluationskriterien, Instrumente und Daten) gleichartige Verbesserungswünsche bzw. -erfordernisse. Mit den insgesamt acht Einzelempfehlungen zur Evaluation steht dieser Bereich hinsichtlich seiner Weiterentwicklungen zweifelsfrei unter den prioritären Handlungs- und auch Begutachtungsfeldern in der aktuellen Evaluation der Tätigkeit des FGÖ.

Der FGÖ stellt seine Arbeit unter eine „mission“ „der Förderung gesünderer Lebensweisen und -welten“ auf der Grundlage des bio-psychozialen Krankheits- bzw. Gesundheitsmodells. Dabei ist er bestrebt, „sozial bedingte Unterschiede hinsichtlich der Gesundheitschancen und bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungsaktivitäten und -maßnahmen aufzulösen.“

Mit dieser auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen ausgerichteten Gesundheitsförderung entspricht der FGÖ dem internationalen sozialepidemiologischen Wissens- und auch Empfehlungsstand, der in der prioritären Förderung des Gesundheitszustandes dieser Gruppen nicht nur die größten Potenziale für die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung sieht, vielmehr auch den einzigen Weg, den sozial bedingt unterschiedlichen Gesundheitszustand zwischen den sozialen Gruppen durch Gesundheitsförderung und Prävention nicht noch weiter zu verstärken. Im Vergleich zur gesetzlichen Regelung in Deutschland mit dem §20 SGB V, wie auch im Vergleich zu den aktuellen Empfehlungen des deutschen Sachverständigenrates zur Ausrichtung von Gesundheitsförderung und Prävention, ist die Position des FGÖ hierzu aber etwas offener und weniger apodiktisch und u.E. auch eher realistisch. Es handelt sich dabei um einen formulierten Anspruch – eine Zielorientierung –, die z.B. nicht bei jedem Projekt der Gesundheitsförderung und Prävention auch umgesetzt werden kann und muss, wenn man z.B. einmal die betriebliche Gesundheitsförderung mit der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen vergleicht. Abschließend ist gleichwohl aber auch noch zu konstatieren, dass die Gesundheitsförderung in diesen sozialen Gruppen häufig sowohl hinsichtlich Akzeptanz und Zugang als auch hinsichtlich der verschiedenen Interventionsformen vor besonderen Schwierigkeiten und Herausforderungen steht.

Der FGÖ weist eine unveränderte Organisationsstruktur auf: Kuratorium, Projektbeirat und Geschäftsstelle nehmen die ihnen jeweils zugewiesenen Aufgaben wahr. Lediglich die Mitglieder in den Gremien wechseln teilweise. Die aktuellen Besetzungen finden sich jeweils in den Jahresberichten des FGÖ.

Der FGÖ hat auf die Empfehlungen zum Personalbestand der letzten Evaluation recht schnell und umfassend reagiert. Neben der personellen Verstärkung im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit hat die Zahl der Gesundheitsreferenten von vier auf nunmehr sechs Mitarbeiter zugenommen. Diese sind jeweils für die Zielgruppen- bzw. Themenschwerpunkte einzeln oder in Kooperation zuständig. Ob die grundsätzliche Aufgabenverteilung adäquat erscheint, bedarf der Prüfung im Rahmen der Evaluation der Projekte und der weiteren Maßnahmen. Bei nunmehr insgesamt 16 Mitarbeitern weist die Geschäftsstel-

⁶ Aus den WHO-Forderungen wurden nur solche Kriterien übernommen, die hinlänglich operationalisiert sind.

le des FGÖ im Bereich der Gesundheitsreferenten nach wie vor keine Abteilungsstruktur auf, während die kaufmännische Abteilung und das Sekretariat Abteilungscharakter und auch Leiter aufweisen. Die Implikationen dieser Hierarchiestruktur auf die Arbeit im FGÖ bedarf der weiteren Überprüfung. Bei den Gesundheitsreferenten mit alleiniger Zuständigkeit für einen Arbeitsbereich (z.B. Betriebliche Gesundheitsförderung) stellt sich u.E. die Frage nach einem Vertretungsplan. In Bezug auf die Qualifikationen und den beruflichen Werdegang der Gesundheitsreferenten und der weiteren Mitarbeiter kann von einer grundsätzlich hohen Eignung des Personals für die unterschiedlichen Themen- und Tätigkeitsbereiche ausgegangen werden. Positiv hervorzuheben ist ferner, dass der FGÖ schon im Frühjahr 2002 mit der Einstellung einer Gesundheitsreferentin mit besonderen Qualifikationen in der Evaluation und Qualitätssicherung reagiert und so die Befunde zur Notwendigkeit der Verbesserung der Evaluationsstandards im FGÖ schnell und zielführend umsetzt. Leider steht diese Mitarbeiterin seit Herbst 2004 nur noch eingeschränkt, seit Herbst 2005 nicht mehr zur Verfügung. So ist dieser zentrale Bereich derzeit von den Gesundheitsreferenten des FGÖ wiederum nicht umfassend fachlich abgedeckt.

In Zusammenhang mit der Erweiterung des Personals hat der FGÖ am gleichen Standort größere Büroräume bezogen, die allerdings aktuell nicht schnell erweiterungsfähig und nicht durchgängig optimal sind. Mag die Tatsache, dass die Gesundheitsreferenten jeweils zu zweit einen Büroraum nutzen, auch aus arbeitsorganisatorischen Gründen erfolgen, so ist die Nutzung des Sozialraums (Küche) auch für bürotechnische Vorgänge (z.B. Verpacken, Versand) nicht unbedingt akzeptabel, wie auch der Standort des Kopierers im Flur der Büroetage nicht wirklich optimal ist. Die materielle und technische Büroausrüstung entspricht den üblichen Standards.

Der FGÖ stellt sich klare Ziele, zum einen finale Ziele, zum anderen Prozessziele. Die finalen Ziele des FGÖ ergeben sich aus den Normierungen des Gesetzes, die gleichsam die Oberziele dieses Zielbereichs markieren:

- Erhaltung, Förderung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch Projekte, Maßnahmen und Initiativen
- Erhöhung des Wissenstandes der Bevölkerung durch Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten und über seelische, geistige und soziale Faktoren, die Gesundheit beeinflussen.

Hinsichtlich der im Bereich der Gesundheitsförderung immer wieder geforderten Prüfung der Wirksamkeit und Zielerreichung (z.B. BAG Schweiz, Rechnungshof) ist in Bezug auf die genannten Oberziele u.E. klar zu formulieren, dass das erste Ziel derzeit nicht überprüft werden kann. Die Gesundheitsförderung und Prävention blickt (auch) in Österreich auf eine zeitlich immer noch sehr begrenzte institutionalisierte Entwicklungszeit zurück und ist derzeit charakterisiert durch die Überprüfung der instrumentellen Wirksamkeit einzelner Maßnahmen und Interventionsformen an kleinen Bevölkerungsgruppen und Settings. Der zweifelsfrei erforderliche, aber z.T. recht schwierige Nachweis der instrumentellen Wirksamkeit durch Evaluation ist Voraussetzung für die Umsetzung der Interventionen in bevölkerungsweiter, wenngleich auch zielgruppenspezifischer Anwendung. Für diese insgesamt zukünftige Phase der Gesundheitsförderung und Prävention bedarf es neben zunehmenden Wirksamkeitsnachweisen v.a. einer deutlich viel höheren Mittelausstattung, wenn z.B. bestimmte chronische Krankheiten um einen erkennbaren Prozentsatz gesenkt werden sollen.

Als praktisches Beispiel soll hier noch einmal die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) genannt werden, die in Deutschland (inkl. Vorbereitungs- und Auswertungszeit) von 1979 bis 1994 in fünf Interventionsregionen durchgeführt wurde. Nach einer Vorbereitungszeit von insgesamt fünf Jahren begann die konzertierte Intervention in der Bevölkerung in den fünf Regionen im Jahr 1984 und dauerte über acht Jahre bis zum Jahr 1992. Neben Baselinesurveys zu Beginn wurden ein Zwischensurvey zur Mit-

te der Interventionszeit sowie ein Survey zum Ende der Intervention durchgeführt. Allen regionalen Surveys diene ein nationaler Survey als Referenz. Die Evaluation der DHP-Studie zeigte deutliche Wirksamkeit sowohl in der Senkung von Risikofaktoren als auch in der Senkung von Morbidität. Aus vielfältigen und unterschiedlichen Gründen ist sie von Wissenschaft und Politik nicht adäquat rezipiert worden, so dass noch nicht einmal der Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten auf sie verweist. Sie kann gleichwohl national und international neben vergleichbaren Interventionen in den USA und Finnland als Beispiel erfolgreicher Prävention und Gesundheitsförderung im Zielbereich der Herz-Kreislauf-Krankheiten gelten.⁷

Das zweite finale Ziel für die verschiedenen Handlungsfelder des FGÖ – Erhöhung des Wissensstandes der Bevölkerung – ist von wenigen Ausnahmen abgesehen (z.B. Ernährung) recht einfach z.B. durch die Einschaltung entsprechender Fragen in bevölkerungsrepräsentative Untersuchungen zu überprüfen. Diese sollten gerade auch in Zusammenhang mit den Medienkampagnen durchgeführt werden, um zusätzliche Erkenntnisse über Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit dieser medialen Interventionsform zu erhalten, die nicht nur national, sondern auch international von höchstem Interesse sind (vgl. SVR Gutachten), da über die Wirksamkeit medialer Informationskampagnen zur Verhaltensänderung wissenschaftlich kein Konsens besteht.

Der FGÖ behält die bereits im Dreijahresprogramm 1998–2001 benannten Prozessziele – mit kleineren Akzentuierungen – bei. In 20 einzelnen Prozesszielvorgaben werden insgesamt 26 Einzelziele formuliert, an denen die Arbeit des FGÖ gemessen werden kann und soll (vgl. Dreijahresprogramm 2003–2005, S. 17).

Für die Forschungsprojekte und die Fort- und Weiterbildungsprojekte werden ebenfalls sechs bzw. sieben Oberziele definiert. Alle genannten Prozessziele werden wesentliche Kriterien in der Evaluation der Tätigkeit des FGÖ sein.

Im Dreijahresprogramm 2003–2005 werden sieben Aufgabenfelder des FGÖ benannt:

- Förderung von Praxisprojekten der Gesundheitsförderung
- Förderung von Praxisprojekten der Primärprävention mit umfassendem Gesundheitsbegriff
- Förderung von wissenschaftlichen Projekten zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung sowie in Epidemiologie, Evaluation und Qualitätssicherung
- Unterstützung des Strukturaufbaus in der Gesundheitsförderung
- Investition in Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitsförderung
- Forcierung der Vernetzung in der Gesundheitsförderung / Ausbau von Netzwerken
- Information, Aufklärung und begleitende öffentlichkeitswirksame Aktivitäten.

Gegenüber dem Dreijahresprogramm 1998–2001 sind die letztgenannten Aufgabenfelder als Förderungskategorien neu aufgenommen worden. Die anderen Aufgabenfelder sind mit Ausnahme sprachlicher Präzisierungen unverändert geblieben. Bei Praxisprojekten werden die Maßnahmen hinsichtlich ihrer gesundheitsfördernden und ihrer primärpräventiven Ausrichtung (mit umfassendem Gesundheitsbegriff) präzisiert und differenziert.

Mit der Komplementarität von Praxisprojekten und „Kampagnen“ entspricht der FGÖ den aktuellen Empfehlungen des deutschen Sachverständigenrates zur Ausgestaltung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland voll und ganz. Mit zusätzlichen Schwerpunktsetzungen im Bereich Strukturaufbau, Fort- und Weiterbildung und Vernetzung ergänzt der FGÖ dieses Handlungskonzept allerdings zielführend zu einem ge-

⁷ Die häufig von Kritikern der Studie vorgetragenen Argumente, die DHP sei primär risikofaktoren-orientiert und nicht gesundheitsfördernd ausgerichtet, sind i.Ü. sachlich nicht begründet.

schlossenen Gesamtkonzept, zu dem grundsätzlich keine besseren Alternativen ersichtlich sind.

Im Bereich der Projektförderung gibt der FGÖ – den Empfehlungen der Evaluation folgend – die anteilige Projektförderung von Projekten mit anerkegnbaren Gesamtprojektkosten (GPK) von unter 10.000 EUR auf. In Zusammenhang mit dem Gesundheitsbegriff werden zwölf Qualitätskriterien abgeleitet, die auch Prüfkriterien der Projektförderung sind. Dasselbe gilt auch für die Forschungsprojekte und die Fort- und Weiterbildungsprojekte. Für Strukturaufbau, Vernetzung und Maßnahmen der Information und Aufklärung sind differenzierte Kriterien im Dreijahresprogramm nicht i.E. benannt.

Mit der Möglichkeit der anteiligen Förderung auch von Forschungsprojekten verfügt der FGÖ im Unterschied z.B. zu deutschen Einrichtungen bzw. der Gesetzeslage nach §20 SGB V über ein prinzipiell wertvolles Werkzeug in der wissenschaftlichen Begleitung und Unterlegung der Praxis der Gesundheitsförderung. Ob dieses allerdings zielführend eingesetzt wird, bedarf der Überprüfung im Rahmen der Evaluation, v.a. unter der Fragestellung, wie die in der Praxis der Gesundheitsförderung sichtbaren Forschungsbedarfe, wie und wie schnell und in welcher Form zum Gegenstand wissenschaftlicher Bearbeitung werden bzw. mit Blick auf die auch hier nur anteilige Projektförderung werden können. Im Erkennen und im Ableiten dieser Forschungsbedarfe sehen wir eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsreferenten in der Phase der abschließenden Bewertung von Projekten und Maßnahmen.

Bereits in der Zeit des ersten Dreijahresprogramms hat der FGÖ die Vorbereitungen für die Konzeption und Ausschreibung von Modellprojekten getroffen, die im derzeitigen Evaluationszeitraum zu Ende geführt oder abgeschlossen werden. Diese Modellprojekte wurden zu 100% finanziert. Sie werden detailliert evaluiert werden.

Der FGÖ nimmt eine Präzisierung seines Gesundheitsbegriffs vor und erfüllt damit die Empfehlungen auf eine stärkere Abgrenzung zu anderen präventiven Handlungsfeldern weiterer Akteure und Institutionen. Im Gegensatz zur deutschen Rechtslage und fachlichen Diskussion sieht er die Gesundheitsförderung nicht als Teil der Primärprävention, vielmehr stellen Gesundheitsförderung und Prävention (mit umfassendem Gesundheitsbegriff) prinzipiell gleichberechtigte Interventionsformen dar. Mit dieser Präzisierung gelingt es dem FGÖ, sich von logischen und begrifflichen Unklarheiten zu trennen, die unweigerlich eintreten, wenn Gesundheitsförderung auf den klassischen Präventionsfeldern (Primär, Sekundär, Tertiär) verortet werden soll. Der praktische Nutzen besteht darin, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung sich auch auf Menschen und Gruppen mit bestehenden Krankheiten beziehen können, wie das bei einer Anbindung dieser Maßnahmen in dem Bereich der Primärprävention jedenfalls logisch nicht möglich ist. Mit der Präzisierung des Gesundheitsbegriffs und der Definition und Beschreibung der Maßnahmen der Prävention (mit umfassendem Gesundheitsbegriff) und Maßnahmen der Gesundheitsförderung hat der FGÖ so auch einen wertvollen Beitrag zur wissenschaftlichen und praktischen Klärung des Handlungsfeldes geleistet.

Mit der Präzisierung des Gesundheitsbegriffs und der Definition und Abgrenzung von Maßnahmen, für die der FGÖ seine Zuständigkeit sieht bzw. nicht sieht, die auch mit Beispielen unterlegt sind, müssten potenzielle Antragsteller u.E. hinreichend und leicht erkennen können, ob ein geplantes Projekt in den beanspruchten Handlungsbereich des FGÖ passt und so ein Projektansuchen mit Aussicht auf Projektförderung erfolgreich gestellt werden kann. Dies wird bei der Analyse der abgelehnten Projekte zu untersuchen sein.

Der FGÖ definiert insgesamt sechs Schwerpunkte, die sowohl Zielgruppen als auch Themen umfassen. Zusätzlich den Schwerpunktthemen benennt der FGÖ weitere thematische Handlungsfelder (vgl. Abb. 3).

| Hauptschwerpunkte / Themen | Einzelthemen | Formulierte Zielstellungen |
|---|---|---|
| 1 Bewegung | Keine | Regelmäßige körperliche Aktivität gerade der bisher inaktiven Österreicher |
| 2 Ernährung | Keine | Reduktion der Energieaufnahme Reduktion der Fettaufnahme Reduktion der Kalorienaufnahme |
| 3 Seelische Gesundheit | Stressbelastung/ geschlechtsspezifisch Arbeitslosigkeit Mobbing/Bossing Situation pflegender Angehöriger Umgang mit chronischer Krankheit Umgang mit dem Altern Sucht und Abhängigkeit Gewalt/Suizid Lebenskrisen Soziale Integration Umgang mit Gefühlen | Keine Keine Keine Keine Keine Keine Keine Keine Keine Keine Keine |
| 4 Sonstige | Sicherheit / Unfallprävention / Haus, Freizeit Schwangerschaft, Geburt, Kleinkindalter Sexualität, STD, Liebe und Beziehungen | Keine Keine Keine |
| Zielgruppen | | |
| Kinder und Jugendliche im außerschul. Bereich | Beschäftigte in KMU | Ältere Menschen |

Abb. 3 Handlungsbereiche und Zielgruppen des FGÖ und primäre Zielstellungen

In den Bereichen Bewegung und Ernährung sind die Zielstellungen der Interventionen klar und evaluierbar definiert. Eine für die Ergebnisevaluation erforderliche Quantifizierung (Veränderung um x%) wird nicht vorgenommen und kann im Rahmen der gegebenen Phase der Gesundheitsförderung auch noch entfallen. Im Bereich des weiten Handlungs- und Themenfeldes der seelischen Gesundheit lassen sich zu erreichende Einzelziele nur schwer allgemein definieren.

Das Dreijahresprogramm 2003–2005 des FGÖ enthält auch ein Kapitel zur Evaluierung, das mit dem entsprechenden Kapitel des ersten Jahresprogramms identisch ist. Es beschreibt die Ziele der Evaluation und gibt eine Reihe von Beispielen für die Evaluation des FGÖ selbst und auch für Evaluationsmaßnahmen durch die Projektnehmer. Mit Blick auf die Empfehlungen zur Evaluation im letzten Evaluationsbericht hätte man sich hier eine klarere Beschreibung der Aufgaben und Anforderungen gewünscht. Der besondere und gegenüber dem Dreijahresprogramm deutlich höhere Stellenwert der Evaluation wurde so leider nicht konsequent kommuniziert. Es empfiehlt sich deshalb, das Kapitel zukünftig mit dem Titel „Empfehlungen und Richtlinien für die Dokumentation und Evaluation der vom FGÖ geförderten Projekte“ zu versehen und eine kurze Beschreibung der Evaluationsaufgaben vorzunehmen. In diesem Zusammenhang muss über die Konzeption und Bereitstellung zusätzlicher Arbeitshilfen und Anleitungen zur Evaluation nachgedacht werden. An die bereits im Evaluationsbericht 2002 empfohlene Internetseite⁸ sei hier noch einmal erinnert. In Frage käme auch das Studienmodul „Evaluation im Gesundheitswesen“ der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg, das von den Autoren entwickelt worden ist.⁹

Neben den nationalen Kooperationen mit Organisationen und Einrichtungen der Gesundheitsförderung kooperiert der FGÖ auch international und kann so seine Tätigkeit in

⁸ <http://www.quint-essenz.ch/de/tools/4102.html>

⁹ <http://www.elearning.rzbd.haw-hamburg.de/moodle/>. Ein Testzugang könnte beantragt werden.

Österreich im Vergleich unterschiedlicher gesetzlicher und institutioneller Ausformungen sowie der politischen Rahmenbedingungen überprüfen und ggf. auch weiterentwickeln. Ein Vergleich der Situation der Gesundheitsförderung zwischen Österreich, der Schweiz und Deutschland erfolgt in einem gesonderten Kapitel.

Die Arbeitsunterlagen und weiteren Tools des FGÖ sind weitgehend ausgereift und hinsichtlich des Bearbeitungsaufwandes (z.B. Projektansuchen) durchaus überschaubar.

Neben dem Dreijahresprogramm publiziert der FGÖ auch jährliche Arbeitsprogramme, die die Tätigkeit für ein Jahr konkretisieren sollen. In der derzeitigen Gestaltung können diese Programme jedoch nicht wirklich überzeugen, was v.a. ihrer hohen Redundanz gegenüber dem Dreijahresprogramm geschuldet ist. In den Jahresprogrammen finden sich an vielen Stellen kürzere und längere Texte, die mit Abschnitten des Dreijahresprogramms identisch sind. Hierunter leidet die beanspruchte Konkretion nach Inhalten, Maßnahmen und Zeitpunkten. Manche Passagen in den Jahresprogrammen z.B. zu den Modellprojekten wären besser allein in den Jahresberichten aufgehoben, da sie über Projekte berichten, die nach Ausschreibung und Beauftragung bis zur Präsentation und Berichterstellung nur für wenige Adressaten von Interesse sein dürften (für alle anderen würde ausreichen, von deren Existenz informiert zu werden). Angesichts der ja nicht überdurchschnittlich langen Laufzeit des Dreijahresprogramms und dessen durchaus nicht geringen Konkretionsgehaltes wie auch der Tatsache, dass die Tätigkeits-, Handlungs- und Schwerpunktfelder des FGÖ erfreulicherweise und notwendigerweise recht stabil sind, könnte man auch an eine völlige Aufgabe der einzelnen Jahresprogramme denken. Da mit den Jahresprogrammen aber auch übergeordnete Zielsetzungen verbunden sind, empfehlen wir deren Konzept in der Zusammenschau zwischen Dreijahresprogramm und den Jahresprogrammen zu überdenken. In Frage käme eine Kurzform des jährlichen Arbeitsprogramms (z.B. max. 10 Seiten), die das Dreijahresprogramm dort aktualisiert, wo dies notwendig ist. In Frage käme auch eine Integration am Ende der Jahresberichte, wo aus dem Bericht der Tätigkeit des abgeschlossenen Jahres logisch und konsequent ein orientierender Blick auf die notwendigen oder verbliebenen Arbeiten der nächsten zwölf Monate gerichtet werden könnte.

Der FGÖ berichtet in den Jahresberichten in einem Umfang von ca. 150 Seiten sehr detailliert über die Arbeit des vergangenen Jahres. Die auch in der Aufmachung sehr lesbar gestalteten Berichte enthalten z.B. auch Beschreibungen zu den geförderten Projekten sowie statistisches Material zu den verschiedenen Tätigkeitsfeldern. Sie stellen insgesamt auch eine Eigenbewertung der Tätigkeit des FGÖ dar und werden in der Evaluation entsprechend berücksichtigt.

Fasst man die Rahmenbedingungen der Tätigkeit des FGÖ abschließend zusammen, so sind diese seit der Übertragung der Aufgaben im Jahr 1998 bis zum Jahr 2005 gekennzeichnet durch eine hohe Stabilität und Kontinuität von Rechts- und Finanzierungsgrundlagen und der grundsätzlichen Organisationsstruktur der Gremien. Gleiches gilt für die Geschäftsführung und den Kernbestand des Personals. Diese Stabilität ist – wie ein Vergleich mit Deutschland, aber auch in Teilen mit der Schweiz zeigt – eine notwendige Bedingung für die kontinuierliche Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention. Weder der Bericht des Rechnungshofes noch der Evaluationsbericht enthielten Ergebnisse bzw. Empfehlungen, die zu einer grundsätzlichen oder in Teilen wesentlichen Änderung oder Neustrukturierung von Handlungsfeldern hätten führen müssen. Insoweit ist auch das Dreijahresprogramm 2003–2005 im Grundsatz eine Fortschreibung des ersten Dreijahresprogramms mit allerdings z.T. auch deutlichen Schwerpunktsetzungen, Erweiterungen und Akzentuierungen. Der FGÖ entspricht mit seiner Organisationsstruktur und v.a. mit seinen programmatischen Vorgaben völlig den aktuellen Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Neugestaltung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Dies kann als Bestätigung dafür gesehen werden, dass zielführende Gesundheitsförderung und Prävention nicht wesentlich anders oder besser gedacht und praktiziert werden kann, als der FGÖ dies tut. Insgesamt

müsste so weiterhin von einer hohen Wertschätzung und Akzeptanz der Tätigkeit des FGÖ ausgegangen werden, wie wir sie bereits in unserer Evaluation 2001 sowohl unter Akteuren der Gesundheitsförderung als auch in der Politik feststellen konnten.

Im Bereich der theoretischen Fundierung der Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention unterliegt der FGÖ – wie jede andere Organisation der Gesundheitsförderung – jedoch z.T. erheblichen Limitierungen in Form von Wissens- und Erkenntnisgrenzen, die sich v.a. konzeptionell in unzureichenden Wirkungsmodellen, instrumentell in begrenzten Maßnahmen und evaluativ in schwierigen Designs manifestieren. Die Bedeutung der Evaluation für die derzeitige Phase der Gesundheitsförderung und Prävention – die Prüfung instrumenteller Wirksamkeit – ist schon in unserer letzten Evaluation deutlich hervorgehoben worden. Der FGÖ reagiert auf diese Empfehlungen personell recht zügig mit der Einstellung eines Gesundheitsreferenten mit hier einschlägigen Qualifikationen. Gleichzeitig setzt er die Empfehlung einer Verpflichtung zur (externen) Evaluation (bei teilweiser oder umfassender Finanzierung) bei Projekten mit einer beantragten Förder-summe von über 72.000 EUR um. Diese Schwerpunktsetzung hätte u.E. im Dreijahres-programm 2003–2005 klarer kommuniziert werden müssen. Welche Evaluationsstan-dards sich vor diesem Hintergrund nunmehr entwickeln und ergeben, wird bei der Ana-lyse der Projekte und Evaluationsdesigns sowie der Evaluationsberichte zu untersuchen sein. Im Rahmen der programmatischen Vorgaben und Dokumente sollten die jährli-chen Arbeitsprogramme u.E. grundlegend überdacht werden. Sie sind gegenüber dem Dreijahresprogramm z.T. hochredundant, zeigen Überschneidungen auch mit den Jah-resberichten und liefern nur eingeschränkt die Informationen, die man sich von einem Jahresprogramm wünscht: schnelle und präzise Information über die im Arbeitsjahr ge-planten Projekte und Maßnahmen. Erste Vorschläge zur Neukonzeption wurden von uns abgeleitet. Insgesamt bietet so v.a. das Dreijahresprogramm umfassende, gleichwohl dif-ferenzierte und umsetzungsorientierte Programmvorgaben für die Tätigkeit des FGÖ. Die sich ergebende Programmwirklichkeit wird in der weiteren Evaluation zu untersuchen sein. Hierin werden auch die Jahresberichte des FGÖ einfließen.

Vor dem Hintergrund der hohen Erwartungen, die die Politik und Gesundheitspolitik an Gesundheitsförderung und Prävention stellen und die ja im Gesundheitsförderungsgesetz klar normiert sind, wäre u.E. zukünftig eine stärkere Präzisierung notwendig, auf wel-chem Stand wir uns derzeit in der Gesundheitsförderung und Prävention befinden, wo 1998 begonnen worden ist und wohin der Weg z.B. im Jahr 2008 führen soll. Dieser Ausblick kann einmal eine weitere Orientierung für den FGÖ und alle Akteure der Ge-sundheitsförderung und Prävention sein, zum anderen kann er Interessenten, die mit den fachlichen Einzelheiten des Handlungsfeldes nicht i.E. vertraut sind, deutlich machen, was in der näheren Zukunft erwartet werden kann und was nicht. Dieser Aspekt soll nach der Evaluation der Tätigkeit des FGÖ in den Schlussfolgerungen und Empfehlungen noch einmal aufgegriffen werden.

7. Struktur-, Prozess-, Produkt- und Ergebnis-evaluation der Programmumsetzung im Zeitraum 2002 bis 2005

7.1 Projektförderung

7.1.1 Beschreibung und Typologie der Projekte

Zahl der Projektansuchen (insgesamt, Projektart, Bundesland und Zeitraum)

Im gesamten Tätigkeitszeitraum des FGÖ sind bis zum Stichtag 29.11.2005¹⁰ insgesamt 1.261 Projektansuchen eingegangen. Bis zum Jahresende 2005 waren es insgesamt 1.279 Projekte.

Zwei Drittel der Ansuchen beziehen sich auf Praxisprojekte, von denen mehr als die Hälfte (54%) eine beantragte Fördersumme von < 72.000 EUR aufweist. Insgesamt handelt es sich absolut um 844 Ansuchen für Praxisprojekte.

Mit 14% machen Forschungsprojekte schon einen recht kleinen Teil der Ansuchen aus, wobei 53 der insgesamt 179 Ansuchen (27%) eine beantragte Fördersumme von ≥ 72.000 EUR aufweisen.

Alle anderen Projektarten haben einen Anteil von unter 10%. Auf Projekte der Fort- und Weiterbildung entfallen 9%, auf Information und Aufklärung 5% und auf Strukturaufbau und Vernetzung jeweils 2% bzw. 3% der Projekte. Der noch recht kleine Anteil letzterer ist vor dem Hintergrund der erst seit Kürzerem gegebenen Förderungsmöglichkeiten plausibel.

Die Analyse der Projektansuchen nach Bundesländern weist einige Unschärfen auf, da die Variable in der Datenbank „Regionale Ausrichtung“ auch die Kategorien „Öster-

| | Gesamt abs. | % | Kumuliert abs. | % |
|--|----------------|--------|-------------------|--------|
| Noch nicht zugeordnet | 6 | 0,5% | 6 | 0,5% |
| Forschung bis 72.000 EUR | 126 | 10,0% | | |
| Forschung über 72.000 EUR | 53 | 4,2% | 179 | 14,2% |
| Fort- und Weiterbildung bis 72.000 EUR | 104 | 8,2% | | |
| Fort- und Weiterbildung über 72.000 EUR | 4 | 0,3% | 108 | 8,6% |
| Information und Aufklärung bis 72.000 EUR | 61 | 4,8% | | |
| Information und Aufklärung über 72.000 EUR | 4 | 0,3% | 65 | 5,2% |
| Praxis bis 72.000 EUR | 681 | 54,0% | | |
| Praxis über 72.000 EUR | 163 | 12,9% | 844 | 66,9% |
| Strukturaufbau bis 72.000 EUR | 21 | 1,7% | | |
| Strukturaufbau über 72.000 EUR | 4 | 0,3% | 25 | 2,0% |
| Vernetzung bis 72.000 EUR | 27 | 2,1% | | |
| Vernetzung über 72.000 EUR | 7 | 0,6% | 34 | 2,7% |
| Summe | 1261 | 100,0% | 1255 | 100,0% |

Abb. 4 Projektansuchen (insgesamt nach Projektarten)

¹⁰ Der Stichtag 29.11.2005 ergibt sich aus der Übergabe der Projektdatenbank des FGÖ, mit der die Evaluation der Projekte offiziell begann.

reichweit“ und „EU“ enthält, womit sich Mehrfachnennungen mit 1.418 Ausrichtungen bei 1.261 Ansuchen ergeben. Analysiert man die Ansuchen, ohne die österreichweiten oder EU-weiten Ansuchen zu berücksichtigen (n=1.123), so erhält man folgende Verteilung (vgl. Abb. 5).

| | Gesamt | BGLD | KTN | NÖ | OÖ | T |
|---------------------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|
| Ansuchen | 1123 | 31 | 71 | 170 | 174 | 62 |
| %-Verteilung | 100% | 2,8% | 6,3% | 15,1% | 15,5% | 5,5% |
| Bevölkerung* | 8174,7 | 277,6 | 559,5 | 1563,9 | 1393 | 688,3 |
| %-Verteilung | 100% | 3,4% | 6,8% | 19,1% | 17% | 8,4% |
| Abweichung | | -0,6% | -0,5% | -4,0% | -1,5% | -2,9% |
| Projekte Soll | 1123 | 38 | 77 | 215 | 191 | 95 |
| Abweichung Soll/Ist | | -7 | -6 | -45 | -17 | -33 |

| | SBG | STMK | V | W |
|---------------------|-------|--------|-------|--------|
| Ansuche | 102 | 202 | 66 | 245 |
| %-Verteilung | 9,1% | 18,0% | 5,9% | 21,8% |
| Bevölkerung* | 524,4 | 1195,3 | 359,4 | 1613,3 |
| %-Verteilung | 6,4% | 14,6% | 4,4% | 19,7% |
| Abweichung | 2,7% | 3,4% | 1,5% | 2,1% |
| Projekte Soll | 72 | 164 | 49 | 222 |
| Abweichung Soll/Ist | 30 | 38 | 17 | 23 |

*Statistik Austria 2004 in Millionen

Abb. 5 Projektansuchen nach Bundesländern im Vergleich zur Bevölkerungsverteilung

In Bezug auf die Ansuchen sind Einrichtungen der Bundesländer Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Wien besonders aktiv. Im Vergleich zur Zahl der Bevölkerung weist die Steiermark die höchste Zahl an Einreichungen auf. Bei den übrigen Bundesländern liegt die Zahl der Einreichungen unter dem statistischen Soll. Interessant ist, dass Einreichungen aus Wien nicht stark überproportional vertreten sind. Insgesamt halten sich die Abweichungen aber in einem durchaus vertretbaren Rahmen und eine erhebliche Ungleichverteilung ist nicht festzustellen.

Die Entwicklung der Ansuchen nach Jahren ist uneinheitlich. Das Jahr 2000 war bisher das Jahr mit der höchsten Zahl an Ansuchen. Die Zahl geht von 2000 bis 2002 stetig zurück, steigt im Jahr 2003 und 2004 nochmals auf das Niveau des Jahres 2001 und erreicht im Jahr 2005 wieder das Niveau des Jahres 2002. Diese recht heterogene Entwicklung ist allerdings begleitet von einer deutlichen Erhöhung der Antrags- und Fördersummen, wobei bei den gegenüber 2001 und 2000 in den Folgejahren abnehmenden Ansuchen auch der Ausschluss von Kleinstprojekten berücksichtigt werden muss.

Status der Projekte am 29.11.2005 (insgesamt, Projektart und Zeitraum)

Von den gesamten Ansuchen sind mehr als die Hälfte (56%) abgelehnt oder zurückgezogen worden. 9% befinden sich derzeit im Eingang, in Bewertung oder in einem Wartezustand (z.B. Warten auf Restfinanzierung, Vertrag etc.), 27% sind abgeschlossen und 9% laufen derzeit. Insgesamt befinden sich derzeit damit 108 Projekte in Durchführung.

Die recht hohe Zahl der abgelehnten Projekte macht eine differenzierte Analyse der Ablehnungsgründe erforderlich.



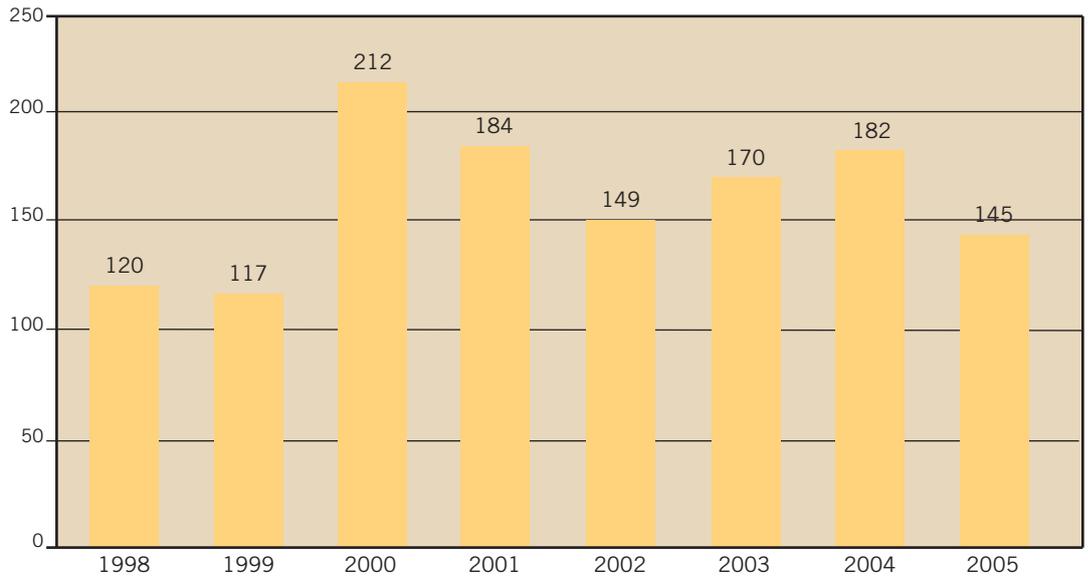


Abb. 6 Projektansuchen nach Jahren (alle Projekte bis 31.12.2005)

| Gesamt | abs. | % | % kumuliert |
|-----------------------|------------|--------------|-------------|
| Noch nicht zugeordnet | 6 | 0,5% | |
| In Bewertung | 53 | 4,2% | |
| Wartestatus | 58 | 4,6% | 9,3% |
| Abgeschlossen | 335 | 26,6% | |
| Laufend | 108 | 8,6% | |
| Abgelehnt | 550 | 43,6% | |
| Zurückgezogen | 151 | 12,0% | 55,6% |
| Summe | 1261 | 100,0% | |

Abb. 7 Status der Ansuchen (gesamt) zum Stichtag

| 104 | Gesamt | Eing. | Bewert. | Ende | Lfd. | Abgel. | Wartet | Zurück | Abgel. | Zurück | Summe |
|---------------------------------------|--------|-------|---------|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nicht zugeordnet (eingegangen) | 6 | 6 | | | | | | | | | |
| Forschung bis 72.000 EUR | 126 | 0 | 3 | 37 | 9 | 48 | 9 | 20 | 38,1% | 15,9% | 54,0% |
| Forschung über 72.000 EUR | 53 | 0 | 1 | 4 | 2 | 36 | 2 | 8 | 67,9% | 15,1% | 83,0% |
| Fort- und Weiterbild. bis 72.000 EUR | 104 | 0 | 5 | 40 | 6 | 42 | 1 | 10 | 40,4% | 9,6% | 50,0% |
| Fort- und Weiterbild. über 72.000 EUR | 4 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 25,0% | 25,0% | 50,0% |
| Inform. u. Aufklärung bis 72.000 EUR | 61 | 0 | 1 | 14 | 6 | 22 | 9 | 9 | 36,1% | 14,8% | 50,8% |
| Inform. u. Aufklärung über 72.000 EUR | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 75,0% | 0,0% | 75,0% |
| Praxis bis 72.000 EUR | 681 | 0 | 32 | 194 | 57 | 306 | 22 | 70 | 44,9% | 10,3% | 55,2% |
| Praxis über 72.000 EUR | 163 | 0 | 7 | 21 | 26 | 73 | 12 | 24 | 44,8% | 14,7% | 59,5% |
| Strukturaufbau bis 72.000 EUR | 21 | 0 | 1 | 12 | 1 | 1 | 1 | 5 | 4,8% | 23,8% | 28,6% |
| Strukturaufbau über 72.000 EUR | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| Vernetzung bis 72.000 EUR | 27 | 0 | 2 | 10 | 1 | 12 | 1 | 1 | 44,4% | 3,7% | 48,1% |
| Vernetzung über 72.000 EUR | 7 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | 1 | 1 | 57,1% | 14,3% | 71,4% |
| Summe | 1261 | 6 | 53 | 335 | 108 | 550 | 58 | 151 | 43,6% | 12,0% | 55,6% |

Abb. 8 Status der Ansuchen nach Projektart zum Stichtag (29.11.2005)

Bei einer Ablehnungsquote (inkl. Zurückziehen) von insgesamt 56% sind Forschungsprojekte ≥ 72.000 EUR mit 83%, Projekte der Information und Aufklärung ≥ 72.000 EUR mit 75% und Vernetzungsprojekte dieser Größenordnung mit 71% überdurchschnittlich von Ablehnungen betroffen. Die kleineren Projekte des Strukturaufbaus haben mit 29% die geringste Ablehnungsquote.

Bei einer Quote der abgelehnten und zurückgezogenen Projekte von insgesamt 56% ist die Quote mit 50% im Jahr 2001 am geringsten und mit 63% im Jahr 2003 am höchsten. Insgesamt ergibt sich so kein eindeutiger zeitlicher Trend für eine zunehmende oder abnehmende Ablehnungsquote. Die Ablehnungsquote für das Jahr 2005 ist noch nicht aussagefähig, da über einen relevant großen Teil der Ansuchen noch nicht entschieden wurde.

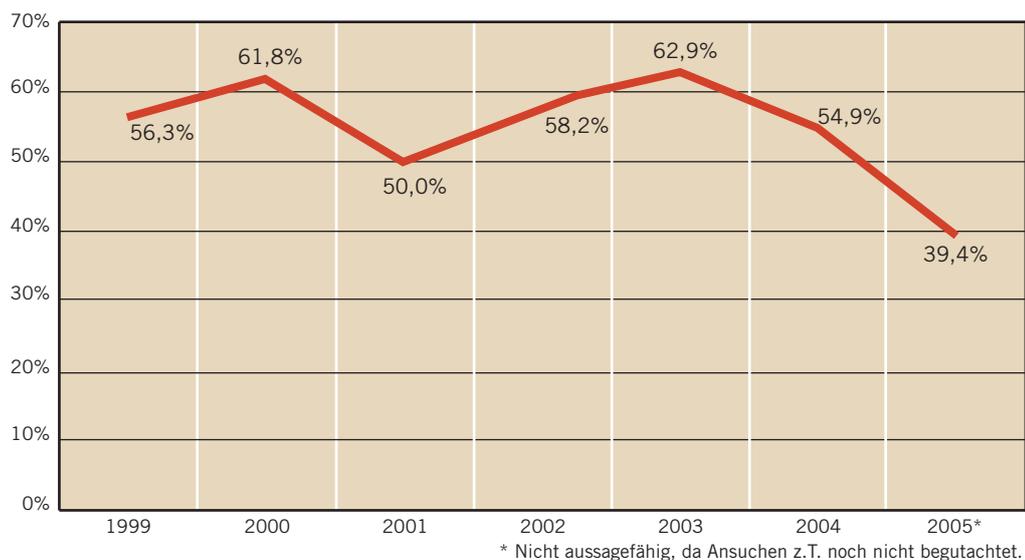


Abb. 9 Ablehnungsquote nach Jahren

7.1.2 Analyse der abgelehnten Projekte

Bezogen auf die am Stichtag 29.11.2005 beim FGÖ insgesamt eingegangenen 1.261 Projekte wurden insgesamt 56% abgelehnt oder zurückgezogen. Der insgesamt als recht hoch einzuschätzende Anteil der abgelehnten Projekte unterscheidet sich nach der Art der Projekte, wo z.B. Forschungsprojekte eine deutlich höhere Ablehnungsquote aufweisen. Die Ablehnungsquote unterscheidet sich nach der Region bzw. dem Bundesland der Antragsteller nur unwesentlich. In der Datenbank des FGÖ sind insgesamt 11 Ablehnungsgründe klassifiziert, wobei i.d.R. nur ein Ablehnungsgrund dokumentiert wird. Diese univariate Klassifizierung dokumentiert die oft mehrfachen oder gar vielfältigen Gründe der Ablehnungen nicht und sollte dahingehend verändert werden, dass zukünftig zumindest bis zu drei Gründe auch in der Datenbank dokumentiert werden können. Nur auf diese Weise ist die Qualität der Ansuchen im Zeitablauf bewertbar. De facto konnten wir auf der Grundlage der univariaten Dokumentation nicht überprüfen, welche Gründe die weiterhin sehr hohe Ablehnungsquote i.E. hat. Auf der Grundlage der derzeitigen Dokumentation ergeben sich vier Hauptgründe für Ablehnungen für die Projekte ab dem 01.01.2002:

- kein Projekt der Gesundheitsförderung nach den Kriterien des FGÖ (28%)
- formale, inhaltliche oder konzeptionelle Mängel (18%)
- medizinische, nicht präventiv-gesundheitsfördernde Projekte (17%)
- Infrastrukturförderung, Weiterführung von Bestehendem (14%).

Mit 45% wird so fast die Hälfte der Projekte abgelehnt, weil es sich um keine Gesundheitsförderungsprojekte nach den Förderungskriterien des FGÖ handelt, obwohl der FGÖ sowohl im Dreijahresprogramm als auch in den einzelnen Jahresprogrammen die

Ein- und Ausschlusskriterien einer Förderung von Gesundheitsförderungsprojekten für sehr klar und z.T. mit Beispielen unterlegt formuliert und kommuniziert. Bei nicht wenigen Antragstellern hat man den Eindruck, dass man – trotz des Wissens um einen Ausschlussgrund – die Antragstellung einfach einmal versucht.

Mit 18% stellen inhaltliche, methodische oder konzeptionelle sowie formale Mängel einen weiteren bedeutenden Ablehnungsgrund dar, der zumindest zu einem Teil den weiteren Bedarf an Fort- und Weiterbildung in der Gesundheitsförderung gerade auch im Bereich der Antragstellung für Projekte zeigt und unterstreicht. Andererseits ist bei der Exzerption der abgelehnten Projekte nicht zu verkennen, dass auch nicht durchdachte Projekte beantragt werden, die z.T. schlicht nicht begutachtungsfähig sind, zu einem – allerdings geringen Teil – auch als Zumutung bewertet werden müssen.

| | 1999–2001 | | 2002–2005 | |
|---|------------|---------------|------------|---------------|
| | abs. | % | abs. | % |
| 01. Kein Gesundheitsförderungsprojekt | 64 | 23,7% | 79 | 28,3% |
| 02. Infrastrukturförderung | 33 | 12,2% | 8 | 2,9% |
| 03. Fortsetzung von Bestehendem | 37 | 13,7% | 30 | 10,8% |
| 04. Screeninguntersuchungen | 5 | 1,9% | 3 | 1,1% |
| 05. Werbekampagne | 39 | 14,4% | 8 | 2,9% |
| 06. Therapie, Behandlung, Rehabilitation | 28 | 10,4% | 45 | 16,1% |
| 07. Gesamtprojektkosten unter der Mindestgrenze | 0 | 0,0% | 28 | 10,0% |
| 08. Formelle Mängel (Projektbeginn vor Einreichung, etc.) | 23 | 8,5% | 19 | 6,8% |
| 09. Inhaltliche, konzeptionelle oder methodische Mängel | 12 | 4,4% | 32 | 11,5% |
| 10. Vorhaben mit primär kommerzieller Ausrichtung | 6 | 2,2% | 15 | 5,4% |
| 11. Sonstiges | 23 | 8,5% | 12 | 4,3% |
| | 270 | 100,0% | 279 | 100,0% |

Abb. 10 Ablehnungsgründe der abgelehnten Projekte in den Evaluationszeiträumen 1999–2001 und 2002–2005

Vergleicht man die Gründe der Ablehnungen im Vergleich der Evaluationsperioden, ist festzustellen, dass Lernprozesse bei den Antragstellern im Bereich der Werbekampagnen sowie der Infrastrukturförderung gemacht wurden, medizinische Ansuchen aber sogar noch zunehmen, wie auch Projekte, die keine Gesundheitsförderungsprojekte nach den Kriterien des FGÖ sind.

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der abgelehnten Projekte vom Eingang bis zur endgültigen Entscheidung beträgt 148 Tage, der Median 119 Tage. Sie unterscheidet sich somit nicht von der Bearbeitungsdauer der abgeschlossenen Projekte mit einem Mittelwert von 150 und einem Median von 119 Tagen. Diese vergleichbar lange Bearbeitungszeit indiziert zwar einerseits, dass sich die Mitarbeiter des FGÖ ähnlich intensiv auch mit später abgelehnten Projekten befassen, zeigt aber andererseits, dass die Arbeitskapazität der Mitarbeiter in nicht geringem Maße durch Projekte gebunden wird, die schließlich nicht umgesetzt werden können. So bleiben bei den prinzipiell förderungswürdigen Projekten die nicht selten vielfältigen Bemühungen der Gesundheitsreferenten um eine Verbesserung der Projekt- und Antragsqualität häufig ohne Erfolg.

7.1.3 Analyse der abgeschlossenen Projekte

Seit Beginn der Tätigkeit des FGÖ wurden insgesamt 335 Projekte abgeschlossen (Stichtag: 29.11.2005). Von diesen entfallen nahezu zwei Drittel (64%) auf Praxisprojekte und 12% auf Forschungsprojekte, während auf die anderen Projektarten weniger als 5% der Projekte entfallen. Insgesamt 28 Projekte (8%) sind Großprojekte mit einer beantragten Fördersumme von ≥ 72.000 EUR, von denen 21 auf Praxisprojekte, vier auf Forschungsprojekte, zwei auf den Bereich der Fort- und Weiterbildung entfallen und sich ein Projekt auf die Vernetzung bezieht.

Der FGÖ hat seit Beginn seiner Tätigkeit die 335 abgeschlossenen Projekte in einer Höhe von insgesamt 7,8 Mio. EUR gefördert, wobei Mittel in Höhe von 11,4 Mio. EUR beantragt wurden, denen Gesamtprojektkosten in Höhe von 26,7 Mio. EUR gegenüberstanden. Insgesamt wurden so 68% der beantragten Mittel auch bewilligt. Der Förderungsanteil in Bezug auf die Gesamtprojektkosten beträgt 29%.

In Bezug auf die beantragten Gesamtprojektkosten sind 24% der Projekte „Großprojekte“ mit Gesamtkosten von ≥ 72.000 EUR (insgesamt 82 Projekte), 11% der Projekte liegen zwischen 50.000 und 72.000 EUR, 27% liegen zwischen 20.000 und 50.000 EUR und 38% unter 20.000 EUR.

Bei den abgeschlossenen Projekten fördert der FGÖ knapp die Hälfte der Projekte mit einem Betrag unter 10.000 EUR (49%) und nur jeweils 6% der Förderungen liegen über 72.000 EUR bzw. zwischen 50.000 EUR und dem genannten Betrag. Die Verteilung der beantragten und auch bewilligten Mittel entspricht im Wesentlichen der Zahl der Projekte nach Projektarten.

Bei insgesamt 38 der 335 Projekte (10%) werden 100% der Gesamtprojektkosten beantragt und bei insgesamt sechs Projekten auch bewilligt. Diese sechs geförderten Projekte entsprechen so nicht den FGÖ-Förderungskriterien. Diese Projekte fallen aber alle in die Anfangsphase der Tätigkeit des FGÖ. Diese Praxis findet sich später nicht mehr.

Bei über der Hälfte der abgeschlossenen Projekte (53%) handelte es sich bei den Antragstellern um Vereine, bei 22% um Körperschaften, bei 10% um GmbH oder Erwerbsgesellschaften, bei 3% um Einzelpersonen und bei 13% um andere Rechtsformen. Der hohe Anteil von Vereinen unter den Antragstellern kann Probleme in der kaufmännischen Prüfung und Abwicklung sowie in der späteren Sicherung von Nachhaltigkeit implizieren.

Unter den abgeschlossenen Projekten entfallen 54% auf jeweils unterschiedliche Antragsteller, 46% der Projekte gehen an jeweils identische Antragssteller, wobei sieben Antragsteller nicht nur mehrfache Projektnehmer sind, sondern auch überdurchschnittlich hohe Bewilligungssummen erhalten. Die Prüfung der Projektvergabe ergibt jedoch keine stichhaltigen Hinweise auf nicht sachgerechte Entscheidungen. Lediglich in einem Fall ist u.E. eine deutliche Mehrfachförderung auffallend, die sich unter den laufenden Projekten aber nicht mehr zeigt.

In Bezug auf die regionale Verteilung der Projekte ist – mit der notwendigen Einschränkung, dass diese Analyse nur auf einem Teil der Projekte mit landesspezifischer Ausrichtung beruht – festzustellen, dass unter den abgeschlossenen Projekten hinsichtlich der Zahl der Projekte und der Fördersummen die Steiermark, Salzburg und Vorarlberg (letzteres auch sehr stark bei den eingereichten Gesamtprojektkosten) überproportional und Tirol, Wien und Niederösterreich unterproportional vertreten sind. In Bezug auf die Fördersummen steht Vorarlberg an erster und Niederösterreich an letzter Stelle.

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bis zur Bewilligung beträgt 150 Tage. Dieser Zeitraum von ca. fünf Monaten erscheint für eine Projektentscheidung vertretbar, gerade wenn man an die vielfältigen internen Abstimmungs-, Prüf- und Genehmigungsverfahren im FGÖ denkt.

28% der Projekte mussten bis zu 300 Tage auf eine Entscheidung warten und 9% der Projekte länger als 300 Tage, 5% der Projekte sogar länger als ein Jahr. Besonders lange Bewilligungszeiten weisen Forschungs-, Informations- und Aufklärungsprojekte auf. Der Median (Zentralwert) der Bewilligungsdauer aller abgeschlossenen Vorhaben beträgt 119 Tage. Er bedeutet, dass die Hälfte aller abgeschlossenen Vorhaben innerhalb von 119 Tagen entschieden wurden.

Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Dauer der Bewilligung und der Höhe der beantragten Mittel bzw. der Gesamtprojektkosten besteht bei den abgeschlossenen Projekten

im Übrigen nicht. Bei den Praxisprojekten beträgt die durchschnittliche Bewilligungsdauer bei den Projekten mit Antragssummen ≥ 72.000 EUR 153 Tage, bei den kleineren Projekten 150 Tage. Der Median steigt bei den „Großprojekten“ leicht von 119 auf 128 Tage.

Eine valide Typisierung der Projekte z.B. nach Maßnahmen und Zielgruppen kann auf der Grundlage der derzeit verfügbaren Projektklassifikationen in der FGÖ-Datenbank nicht gelingen. Diese Klassifikation ist unlogisch und nicht sinnvoll und praktikabel geordnet. Ein Entwurf zu einer „Projektcharakterisierung“ wurde von einer Arbeitsgruppe von Gesundheitsreferenten entwickelt. Wir haben diesen geprüft und als zielführend bewertet. Sie gestattet eine Projektklassifikation entsprechend den thematischen Förderschwerpunkten des FGÖ. Eine zügige Einführung ist dringend zu empfehlen.

Das Spektrum der abgeschlossenen Forschungsprojekte deckt den vom FGÖ beanspruchten Handlungsbereich in der Gesundheitsförderung und Prävention insgesamt recht gut ab, wenngleich bei einigen epidemiologischen Projekten ein starkes Übergewicht zur klassischen Intervention und Prävention von Risikofaktoren durch Maßnahmen der Individualprävention sichtbar wird, so z.B. beim Infektionsscreening zur Vermeidung von Frühgeburten, bei den epidemiologischen Studien zur Hypertonie, Mutter-Kind-Pass, Glaukumpatientinnen, Diabetes, Zöliakie, koronarer Herzkrankheit und Osteoporose. In Bezug auf die Gesamtzahl der 41 Forschungsprojekte haben diese sechs Projekte aber nur einen Anteil von 15%.

Auffallend erscheint uns aber, dass sich nur wenige Forschungsprojekte gezielt auf spezifische Forschungsbedarfe der Gesundheitsförderung richten, die sich z.B. aus der Praxis der durchgeführten Projekte ergeben. Hier besteht ein Bedarf am Erkennen dieses zusätzlichen Forschungsbedarfes, der u.E. zunächst i.w. nur durch die Gesundheitsreferenten abzuleiten ist. Zusätzlich sollten aber bei der Erstellung des Endberichts eines Projekts auch die Projektdurchführenden gefragt werden, ob sich aus ihrer Sicht ein Forschungsbedarf – und in welcher Hinsicht – zeigt.

Aus den abgeschlossenen Projekten wurden insgesamt 12 Projekte einzeln evaluiert, darunter neun Projekte mit Förderungssummen ≥ 100.000 EUR und drei Projekte mit Antragssummen unter 72.000 EUR, um im Ansatz die Evaluationsqualität auch der kleineren Projekte bewerten zu können. Prüfungskriterien waren i.w.: Dokumentationsqualität, Evaluationsdesigns und Evaluationsqualität sowie in Grenzen die Nachhaltigkeit.

Fasst man die Evaluationen der ausgewählten abgeschlossenen Projekte zusammen, so fallen insgesamt folgende Schwachstellen auf:

- Von wenigen Ausnahmen abgesehen, fehlen der Evaluation häufig hinreichend klar operationalisierte und so auch empirisch messbare Ziele.
- Ursächlich dafür sind sehr häufig nur sehr vage und recht allgemeine Zielstellungen in den Projektanträgen, wobei diese Ziele in der Regel multivariat formuliert sind und Strukturziele, Maßnahmenziele und finale Ziele in bunter Mischung aufweisen, wobei insgesamt gerade die wesentlichen finalen Ziele (was soll erreicht werden?) häufig zu kurz kommen. In nicht wenigen Fällen finden sich bei den Zielformulierungen nicht mit Inhalt gefüllte „Sprachhülsen“, die die klare Zieldefinition ebenso verschleiern wie die genaue Problembeschreibung. (z.B. innovatives, salutogenetisches Projekt)
- Soweit externe Evaluationsangebote eingeholt werden, und dies ist bereits bei den ausgewählten abgeschlossenen Projekten nicht selten der Fall, stehen die Evaluatoren vor einer schwierigen, manchmal lösbaren und manchmal nicht lösbaren Aufgabe, die sehr allgemein gehaltenen Zielstellungen in überprüfbare Einzelziele „herunterzubrechen“;
- dabei lassen sich typische Konstellationen herausarbeiten:

- Die unklare Zieldefinition in der Evaluation ist der Tatsache geschuldet, dass bei der Antragstellung die Projektziele noch recht unklar definiert sind, weil sie erst im Rahmen der ersten Projektphase bestimmt werden sollen (z.B. durch Bedarfsanalysen oder die Auswahl von Handlungsfeldern). Die Zielpräzision kann dann bei guter Kooperation zwischen den Projektdurchführenden und den Evaluatoren später gelingen und kann in zielführende Evaluationsdesigns und -instrumente münden.
- Die recht unklaren Zielbestimmungen bleiben bestehen und die Evaluation ist nur in geringem Maße ergebnisorientiert oder verbleibt auf einer qualitativen Ebene mit Schwerpunkten auf der Struktur- und Prozessevaluation bei nur geringer Ergebnisorientierung.
- Die recht unklaren Zielbestimmungen bleiben bestehen, die quantitative Ergebnisevaluation definiert – in Abstimmung mit den Projektdurchführenden oder auch nicht – eine Vielzahl von möglichen Interventionswirkgrößen, die dann in Befragungsinstrumente eingehen. Dieses häufig nur in geringem Maße hypothesengeleitete Vorgehen impliziert in der Datenauswertung eine Praxis des Data Minings, nach dem Motto: wo lassen sich signifikante Effekte zeigen?

Diese grundsätzlichen Evaluationsmängel lassen sich nur beseitigen, wenn es schon in der Antragsphase zu einer klareren Zieldefinition kommt. Dazu müssen u.a. die Antragsformulare der Ansuchen optimiert werden.

Die jetzige Ziffer 2.11 ist in folgende Zielbereiche zu untergliedern:

- Welche Strukturziele sollen erreicht werden? (z.B. Aufbau eines Teams)
- Welche Maßnahmenziele sollen erreicht werden? (z.B. Workshop, Handbuch)
- Welche finalen Ziele sollen erreicht werden? Diese finalen Zielsetzungen müssen in einen direkten Bezug zu einer stärker zu präzisierenden klaren Problembeschreibung gestellt werden, die unter der Ziffer 2.10 der Antragsunterlagen zu spezifizieren ist.

Aus den finalen Zielen sind dann die wichtigsten Ziele (maximal drei) abzuleiten. Diese so reduzierten finalen Ziele sollen operationalisiert werden. Aufgrund der jeweiligen Operationalisierungen ist die empirische Messbarkeit zu überprüfen, die zumindest an einer messbaren Variablen dann auch ergebnisevaluativ überprüft werden sollte. Ergibt sich der Befund, dass keinerlei empirische Messbarkeit gegeben ist, bedarf das Projekt grundsätzlich einer sehr kritischen Begutachtung. Hat es weiter Bestand, muss auf eine exzellente Struktur- und Prozessevaluation geachtet werden und eine qualitative Ergebnisevaluation verpflichtend werden. Projekte, die keinerlei empirische Messbarkeit aufweisen, sollten in nur geringer Häufigkeit vorkommen bzw. gefördert werden.

Neben diesen Verbesserungen und Präzisierungen der Antragsunterlagen halten wir eine eingehende Schulung und ggf. auch antragsbezogene Beratung der Gesundheitsreferenten in der Evaluationsforschung für notwendig und empfehlenswert.

Eine zusammenfassende Gesamtbewertung der evaluierten (abgeschlossenen) Projekte ist zweifellos eine sehr schwierige Aufgabe, die sicher auch einige Unschärfen aufweist. Aufgrund der Vielzahl der von uns auch im Rahmen dieses und anderer Gutachten evaluierter Projekte sind wir gleichwohl der Auffassung, dass insgesamt damit doch ein recht zutreffendes Bild gezeichnet werden kann, auch wenn es im Einzelfall ggf. zu kleineren Unschärfen kommen kann.

Aus den Einzelbenotungen zu den genannten Kriterien wird ein ungewichteter Mittelwert

gebildet, der die Gesamtnote des Projekts bildet. Danach erhalten fünf der 12 Projekte (42%) die Noten gut und sehr gut, sechs Projekte (50%) die Note befriedigend und ein Projekt (8%) ist zweifelsfrei von uns in nahezu allen Aspekten als mangelhaft zu bewerten. Wie die Abbildung zeigt, gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen den Bewertungen zur Operationalisierung und empirischen Überprüfbarkeit und der Benotung von Evaluationsdesign und Evaluationsqualität. Die Qualität der Projektdokumentationen ist dagegen – von einer Ausnahme abgesehen – durchgängig gut. Da es sich bei einem Teil der abgeschlossenen Projekte um solche handelt, bei denen die verpflichtende externe Evaluation bei Projekten mit einer Antragssumme ≥ 72.000 EUR noch nicht galt, liegen nur bei vier Projekten Angaben zu Evaluationskosten vor. Der Anteil der für Evaluationen verausgabten Mittel ist mit 3% der Gesamtprojektkosten allerdings noch deutlich zu klein.

Zusammenfassend bleiben in Bezug auf die abgeschlossenen Projekte folgende Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten bzw. -notwendigkeiten:

| Projekt | Operationalisierungsgrad der Ziele | Empirische Überprüfbarkeit | Projektverlauf | Projektziele erreicht | Qualität der Projektdok. | Evaluationsdesign | Evaluationsqualität | Ges. Note |
|-------------|------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|------------|
| 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1,4 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1,5 | 1,5 | 2 | 1,9 |
| 3 | 2 | 2 | 3,5 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2,1 |
| 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2,1 |
| 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2,3 |
| 6 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2,6 |
| 7 | 3,5 | 3,5 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2,7 |
| 8 | 4 | 4 | 2 | 2,5 | 2 | 3 | 3 | 2,9 |
| 9+10 | 4 | 5 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3,5 | 3,2 |
| 11 | 4 | 5 | 2 | NB | 2 | | | 3,3 |
| 12 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4,7 |
| Ges. | 3,2 | 3,2 | 2,3 | 2,5 | 2,0 | 2,4 | 2,8 | 2,6 |

| | Anm. | Evaluationskosten | GPK* | Anteil |
|-------------|------------------------|-------------------|------------------|-----------|
| 1 | Externe Eval. | | 828.000 | |
| 2 | Externe Eval. | 32.700 | 527.000 | 12% |
| 3 | Externe Eval. | 31.000 | 1.061.000 | 3% |
| 4 | Externe Eval. | KA | 264.000 | |
| 5 | Externe Eval. | 10.000 | 45.700 | 22% |
| 6 | Externe Eval. | KA | 137.000 | |
| 7 | Externe Eval. | KA | 130.800 | |
| 8 | Interne Eval. | KA | 227.000 | |
| 9+10 | Externe Eval. | 43.000 | 1.708.000 | 3% |
| 11 | Keine Eval. | KA | 152.500 | |
| 12 | Interne Eval. | KA | 344.000 | |
| Ges. | 8 Externe Eval. | 116.700 | 3.341.700 | 3% |

Abb. 11 Gesamtbewertung der Projekte und der Projektevaluationen bei den abgeschlossenen Projekten (Deutsches Schulnotensystem 1–6)

*GPK Gesamtprojektkosten
 NB = nicht beurteilbar, KA = keine Angabe
 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 6 = ungenügend

- Regionale Zuordnung der Projektdurchführenden z.B. nach dem regionalen Sitz des Antragstellers (z.B. über Postleitzahlen)
- Klare und vollständige Dokumentation der Evaluationskosten in der Datenbank (ggf. Trennung der Projekte in Praxisprojekt und Evaluationsprojekt, um die Evaluation auch in der Internetprojektdateiabank nach außen hin „sichtbarer“ zu machen)
- Zügige Einführung der intern entwickelten und von uns geprüften „Projektcharakterisierung“, um eine valide Projekttypologie zu ermöglichen
- Weiter gezielte Identifikation von Forschungsbedarfen in der Gesundheitsförderung, die aus den abgeschlossenen und laufenden Projekten durch die Gesundheitsreferenten in Zusammenarbeit mit den Projektdurchführenden und rasche Umsetzung (ggf. 100% Förderung derartiger Projekte nach Ausschreibung oder Angebotseinholung)
- Präzisierungen der Zielstellungen in den Projektanträgen zur Verbesserung von Designs und Qualitäten in der Evaluation (Erweiterung bzw. Präzisierung der Antragsunterlagen)
- Beratung, Unterstützung und Schulung der Gesundheitsreferenten in der Evaluation.

7.1.4 Analyse der laufenden Projekte

Zum Stichtag 29.11.2005 laufen beim FGÖ insgesamt 108 Projekte. Gegenüber den 335 abgeschlossenen Projekten nehmen die Forschungs-, Informations- und Aufklärungsprojekte in der Tendenz leicht und die Fort-, Weiterbildungs- und Vernetzungsprojekte deutlich ab. Die Praxisprojekte nehmen von 64% auf 77% zu.

Eine deutliche Zunahme ist bei den Projekten mit einer Antragssumme von ≥ 72.000 EUR zu verzeichnen, die von 8% (n=28) bei den abgeschlossenen (n=335) auf 25% bei den laufenden (27 von 108) Projekten zunehmen.

Befanden sich unter den abgeschlossenen Projekten noch 43% (n=144) mit einer Antragssumme unter 10.000 EUR, so sind es unter den laufenden Projekten nur noch zwei kleinere Forschungsprojekte. Der FGÖ hat damit die Empfehlungen zur Aufgabe der Förderung von Kleinstprojekten bei praxisorientierten Projekten konsequent umgesetzt. In Bezug auf die laufenden Projekte sind 56% der Projekte Großprojekte mit Gesamtprojektkosten von ≥ 72.000 EUR. In Bezug auf die beantragten Summen sind 25% der Projekte Großprojekte und nur noch 6% Kleinstprojekte.

Unter den laufenden Projekten sind 87% des gesamten Förderbetrages durch Praxisprojekte gebunden, 10% entfallen noch auf Forschungsprojekte und 3% auf die restlichen Projektarten.

Die Projekt- und Finanzierungsstruktur ist zwischen den abgeschlossenen und derzeit laufenden Projekten damit sehr unterschiedlich. Die Praxisprojekte nehmen noch einmal deutlich zu, während alle anderen Projektarten zurückgehen. Im Vergleich der abgeschlossenen zu den laufenden Projekten nimmt der Anteil der Großprojekte mit einer Fördersumme von ≥ 72.000 EUR von 6% auf 22% zu.

Die Projekt- und Finanzstruktur hat sich zwischen den abgeschlossenen und den laufenden Projekten damit mit Ausnahme der Vernetzungs- und Fortbildungsprojekte sehr deutlich zu größeren Projekten mit höheren Gesamtprojektkosten, höheren Antragssummen und höheren Bewilligungssummen verändert. Die Veränderung der Projektförde-

rungskriterien hinsichtlich des Wegfalls der Förderung von Kleinstprojekten ist so verbunden mit einer starken Zunahme von Einreichungen wie auch Förderung von Großprojekten. Die laufenden 108 Projekte haben eine Förderungssumme von neun Mio. EUR, hinter denen Gesamtprojektkosten von 30,5 Mio. EUR stehen.

Die Veränderung der Kostenstruktur der Projekte zeigt sich auch bei einer Betrachtung der durchschnittlichen Projektkosten. Betrugen die durchschnittlichen Förderbeträge bei den abgeschlossenen Projekten 23.300 EUR, so sind es bei den laufenden Projekten 84.500 EUR, was einer Zunahme um 260% entspricht. Auch die Größenordnung der eingereichten Projekte verändert sich. Betrugen die durchschnittlichen Gesamtprojektkosten der abgeschlossenen Projekte noch 79.700 EUR, so steigen diese bei den laufenden Projekte um 254% auf nunmehr 282.400 EUR. Diese erheblichen Veränderungen in den Projekt- und Finanzierungsstrukturen der Projekte sind bei der Beurteilung der veränderten Dauer der Einreichphase zwischen den laufenden und abgeschlossenen Projekten zu berücksichtigen.

Von den insgesamt 27 der 108 laufenden Projekte mit beantragten Summen von ≥ 72.000 EUR bedürfen nach den neuen Evaluationskriterien des FGÖ 24 Praxisprojekte einer externen Evaluation.

Diese 27 Großprojekte binden jeweils 75% bis 77% der gesamten Finanzsummen. Sowohl hinsichtlich der durchschnittlichen Gesamtprojektkosten als auch hinsichtlich der beantragten Mittel wie auch bei den Fördersummen weisen die Großprojekte zehnmal höhere Finanzsummen auf als die Projekte unter einer Antragssumme von 72.000 EUR.

| | n | A Antrags- summe | B Förderbetrag | C GPK | Anteile B/A | B/C |
|----------------------------|----|------------------------|-------------------|----------|----------------|-------|
| Großprojekte ab 72.000 EUR | 27 | 320.487 | 258.710 | 845.056 | 80,7% | 30,6% |
| Andere Projekte | 81 | 34.170 | 26.486 | 94.843 | 77,5% | 27,9% |

Abb. 12 Durchschnittliche Finanzsummen der Großprojekte und kleineren Projekte

Bei durchschnittlichen Gesamtprojektkosten der Großprojekte von ca. 845.000 EUR und einer durchschnittlichen Fördersumme von immerhin ca. 260.000 EUR muss hier eine saubere Evaluation nach dem state of the art in jedem Fall erwartet werden können.

Unter Zugrundelegung des von der WHO propagierten – aber in der Evaluationsforschung keinesfalls konsensualen – Anteils einer Finanzierung der Evaluationskosten in Höhe von ca. 10% der Gesamtprojektkosten¹¹ stünden für eine Evaluation der Großprojekte im Durchschnitt immerhin ca. 85.000 EUR zur Verfügung, ein Beitrag, mit dem auch eine differenzierte Evaluation von Ergebnissen i.d.R. erreichbar ist.

Der Anteil der Großprojekte mit einer beantragten Summe ≥ 72.000 EUR steigt bei den laufenden Projekten im Vergleich zu den abgeschlossenen Projekten von 8% auf 25%. Die durchschnittlichen Finanzsummen verdoppeln sich und betragen bei den Großprojekten hinsichtlich der durchschnittlichen Gesamtprojektkosten 423.000 EUR bei den abgeschlossenen Projekten gegenüber 845.000 EUR bei den laufenden Projekten. Die entsprechenden Förderungssummen betragen 126.000 EUR gegenüber 260.000 EUR. Unter den laufenden Projekten werden vergleichsweise mehr Projekte mit höherem Anteil an den Gesamtprojektkosten gefördert, wie auch der Anteil der Förderungssummen an den beantragten Summen von 65% auf 85% steigt. Die nahezu vierfach

¹¹ Wie so häufig ist die Festlegung des 10%-Anteils für Evaluation in Bezug auf die Gesamtprojektkosten unklar und letztlich nicht wissenschaftlich begründbar. Das jeweils adäquate Evaluationsdesign eines Projekts und damit auch seine Kosten leiten sich aus den spezifischen Besonderheiten eines Projekts ab. Die 10%-Marke kann so nur ein erster und einfacher Anhaltspunkt sein.

höheren durchschnittlichen Fördersummen zwischen den laufenden und abgeschlossenen Projekten ergeben sich einerseits aus einer Verdoppelung der durchschnittlichen Fördersummen bei den „kleineren Projekten“, andererseits und v.a. aus dem starken Anwachsen der Großprojekte und der Verdoppelung der Finanzsummen bei gleichzeitig höheren Förderanteilen in Bezug auf die Antragssummen.

Die im Vergleich der abgeschlossenen und laufenden Projekte erkennbare Veränderung der Projekt- und Finanzstrukturen zu größeren Projekten und Großprojekten ist mit einer deutlichen Veränderung der Rechtsformen mit einer deutlichen Zunahme von gesellschaftsrechtlicher und einer Abnahme vereinsrechtlicher Trägerschaften verbunden. Die Anteile der weiteren Rechtsformen bleiben i.w. unverändert.

Unter den 108 laufenden Projekten finden sich 18 Projekte von insgesamt sechs identischen Institutionen, auf diese 18 Projekte entfallen zwischen 24% und 30% der gesamten Finanzierungssummen der laufenden Projekte. Gegenüber den abgeschlossenen Mehrfachförderungen erfolgt eine weitere Konzentration der Vergabe auf nunmehr zwei Institutionen.

Beide Institutionen werden unter den laufenden Projekten mit Mitteln in der Höhe zwischen 1,6 Mio. EUR bzw. 1,2 Mio. EUR gefördert. Auf sie entfallen damit ca. 23% der gesamten bewilligten Mittel der laufenden Projekte. Bei beiden Einrichtungen handelt es sich um große und angesehene Institutionen der Gesundheitsförderung.

Mit Blick auf die insgesamt zunehmenden Großprojekte unter den laufenden Projekten und der damit zunehmenden Zahl der zu evaluierenden Projekte kann die interne Projektdatenbank des FGÖ unter den laufenden Projekten nicht den ganzen Umfang der Mehrfachförderung ausweisen, da die Evaluationsaufträge zwischen den Projektnehmern und verschiedenen Evaluationsinstituten geschlossen werden und so keine eigenen Projektnummern in der Datenbank aufweisen.

Im Vergleich der abgeschlossenen zu den laufenden Projekten ist der Anteil der Fördersummen, die an identische Institutionen gehen, mit 29% zu 27% praktisch unverändert, allerdings ist eine erhebliche Zunahme der Fördersummen und eine größere Konzentration auf einige wenige Antragsteller zu verzeichnen.

Die regionale Verteilung der Zahl der Projekte unterscheidet sich zwischen laufenden und abgeschlossenen Projekten nur unwesentlich. Die Steiermark ist unter den laufenden wie auch den abgeschlossenen Projekten weiterhin überproportional, das Land Tirol weiterhin unterproportional vertreten. Der Anteil der Projekte in Vorarlberg und Wien nimmt unter den laufenden Projekten deutlich zu, der Anteil der Projekte in Niederösterreich unter den laufenden Projekten ab.

Die Steiermark und Vorarlberg weisen dabei nicht nur überproportional viele Projekte auf, auf beide Bundesländer entfallen immerhin fünf der insgesamt neun Projekte mit Fördersummen über 200.000 EUR, wie auch 37% der Projekte mit Gesamtprojektkosten über 200.000 EUR aus diesen beiden Ländern kommen. Potentielle Projektnehmer aus diesen beiden Bundesländern sind damit in der Projekteinreichung nicht nur besonders aktiv (vgl. Kap.5.1.1), sie sind damit auch in der Projektakquisition besonders erfolgreich.

Das Gesundheitsförderungsgesetz normiert eine annähernde Gleichverteilung von Projekten und Finanzsummen nach Regionen bzw. Bundesländern nicht. Gleichwohl ist die annähernd relative „Gleichstellung“ der Länder natürlich ein zu beachtendes Kriterium v.a. unter dem Gesichtspunkt der politischen Akzeptanz. Die in einzelnen Bundesländern (z.B. Niederösterreich und Tirol) zu beobachtende und auch andauernde relative „Unterversorgung“ mit Projekten kann vom FGÖ allein aber nicht wesentlich gesteuert werden. Sie ist das Ergebnis vielfältiger Wirkmechanismen, u.a.:

- der unterschiedlichen institutionellen Infrastruktur der Gesundheitsförderung – sowie in Bezug auf die Forschungsprojekte auch der wissenschaftlichen Infrastruktur – in den Bundesländern
- der Bedeutung, die der Gesundheitsförderung und Prävention in den Gesundheitspolitiken der Länder zugemessen wird
- und schließlich der notwendig anteiligen Förderungssummen, die – sieht man von der betrieblichen Gesundheitsförderung einmal ab – häufig durch regionale Institutionen aufgebracht werden müssen.

Vergleicht man die laufenden Projekte mit den abgeschlossenen Projekten, so nimmt die herausgehobene Position der Steiermark und Vorarlbergs unter den bewilligten Projekten noch zu. Beide Bundesländer erhalten anteilige Fördermittel, die den Anteil an der Bevölkerung deutlich übersteigen. Die Bedeutung Salzburgs nimmt unter den laufenden Projekten ab. Die unterproportionale Bedeutung Tirols und Niederösterreichs verstärkt sich noch einmal. In Wien ist eine Zunahme der Projektförderungen zu verzeichnen, deren Finanzvolumen aber insgesamt abnimmt. Insgesamt ist im Vergleich der abgeschlossenen mit den laufenden Projekten bei den aktuellen Projekten von einer deutlichen Verfestigung der disproportionalen Projektförderung nach Bundesländern sowohl bei der Zahl der Projekte und auch den Förderungssummen sowie Gesamtprojektkosten auszugehen, wo die Bundesländer Steiermark und Vorarlberg nunmehr deutlich über- und Tirol und Niederösterreich deutlich unterproportional vertreten sind.

| | BGLD | KTN | NÖ | OÖ | SBG | STMK | T | V | W |
|--------------------------------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
| Abgeschlossene Projekte | | | | | | | | | |
| Zahl der Projekte | -0,3% | -0,4% | -1,7% | 0,7% | 2,5% | 10,3% | -8,5% | 1,7% | -4,4% |
| Finanzsummen / Förderungen | -2,5% | -2,1% | -7,1% | -1,2% | 3,4% | 2,9% | -1,2% | 9,7% | -1,7% |
| Finanzsummen / GPK | -2,3% | -3,1% | -9,0% | -1,7% | 1,8% | -0,3% | -0,4% | 14,8% | 0,5% |
| Laufende Projekte | | | | | | | | | |
| Zahl der Projekte | -0,4% | 1,1% | -5,3% | 0,8% | 0,5% | 10,4% | -10,7% | 5,5% | -1,9% |
| Finanzsummen / Förderungen | -1,9% | 2,4% | -13,6% | -4,3% | -1,7% | 12,1% | -6,8% | 25,6% | -11,7% |
| Finanzsummen / GPK | -2,3% | 1,7% | -13,5% | 12,6% | 4,7% | 5,8% | -7,1% | 10,8% | -12,6% |

Abb. 13 Regionale Verteilung der Projekte nach Zahl und Finanzsummen (Abweichung der jeweiligen Anteile von den Bevölkerungsanteilen)

Die Bewilligungsdauer der laufenden Projekte beträgt im Mittel 237 Tage. Damit ist die Bewilligungsdauer gegenüber den abgeschlossenen Projekten (150 Tage) deutlich gestiegen. Unter 150 Tagen werden nur noch 36% der Projekte bewilligt, wobei es sich hierbei überproportional um Fort- und Weiterbildungsprojekte handelt. 40% der Projekte insgesamt und 44% der Praxisprojekte werden zwischen 150 und 300 Tagen bewilligt, 11% zwischen 300 und 365 Tagen und 12% benötigen länger als ein Jahr zur Bewilligung.

Im Vergleich der laufenden mit den abgeschlossenen Projekten hat sich damit die Bewilligungsdauer deutlich erhöht. Wurden unter den abgeschlossenen Projekten noch fast zwei Drittel in einem Zeitraum von bis zu 150 Tagen bewilligt, sind es unter den Laufenden nur noch etwas mehr als ein Drittel.

Über 300 Tage Bewilligungsdauer weisen nunmehr 23% der laufenden gegenüber 9% der abgeschlossenen Projekte auf. Der Median (Zentralwert) steigt von 119 auf 185 Tage an, womit die Hälfte der Projekte in diesem Zeitraum bewilligt wurden. Die Zunahme der Bewilligungsdauer gilt v.a. für die Projekte unter 72.000 EUR. Insgesamt ist die Zunahme der Bewilligungsdauer zwischen den abgeschlossenen und laufenden Pro-

| | Laufende Projekte | | Abgeschlossene Projekte | |
|------------------------|-------------------|--------|-------------------------|--------|
| x = Mittelwert | 237 | | 150 | |
| s = Standardabweichung | 177 | | 116 | |
| Median | 185 | | 119 | |
| ≤ 150 Tage | 38 | 36,2% | 212 | 63,3% |
| 151 bis 300 Tage | 42 | 40,0% | 93 | 27,8% |
| 301 bis 365 Tage | 12 | 11,4% | 12 | 3,6% |
| > 365 Tage | 13 | 12,4% | 18 | 5,4% |
| KA | 3 | | 0 | |
| Summe | 108 | 100,0% | 335 | 100,0% |
| Projekte ≥ 72.000 EUR | | | | |
| x | 181 | | 153 | |
| s | 123 | | 104 | |
| Median | 128 | | 128 | |
| Projekte < 72.000 EUR | | | | |
| x | 257 | | 150 | |
| s | 190 | | 117 | |
| Median | 216 | | 119 | |

Abb. 14 Bewilligungsdauer im Vergleich

jekten durch eine sehr lange Bewilligungsdauer bei einigen wenigen Projekten bedingt und vor allem durch eine sehr starke Zunahme der Bewilligungsdauer bei den Projekten unter 72.000 EUR.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Zahl der Gesundheitsreferenten ist dieser Befund zunächst erstaunlich. Der obige Befund, dass die Bewilligungsdauer bei den abgeschlossenen Projekten in keinem deutlichen Zusammenhang mit der Projektgröße steht, wohl aber bei den laufenden Projekten, kann die Zunahme der Bewilligungsdauer wegen der veränderten Projektstrukturen und -größen bei den laufenden Projekten nicht unbedingt erklären. Zusätzliche und neue Bewilligungsprozeduren sind mit Ausnahme der – allerdings nicht selten – sehr arbeitsintensiven Maßnahmen zum Einholen der Evaluationsangebote zunächst ebenfalls nicht erkennbar.¹² Analysiert man die Bewilligungsdauer der Projekte nach den Antragssummen (bis zu oder unter 72.000 EUR), so zeigen sich bei den abgeschlossenen Projekten keine relevanten Unterschiede. Bei den laufenden Projekten über 72.000 EUR zeigt sich eine Zunahme des Mittelwertes und der Standardabweichung bei den laufenden Projekten bei nahezu gleichem Median gegenüber den abgeschlossenen, was auf wenige „Ausreißerprojekte“ zurückzuführen ist. Demgegenüber nimmt v.a. die Bearbeitungsdauer der Projekte unter 72.000 EUR nach allen Indikatoren stark zu. Die Zunahme der Bearbeitungsdauer ist somit v.a. der deutlichen Zunahme der Bearbeitungsdauer bei den Kleinprojekten geschuldet. Wir vermuten, dass die Gesundheitsreferenten die „Großprojekte“ prioritär bearbeiten, um die vorliegende Anleitung zur Bearbeitung dieser Projekte zeitlich zu erfüllen (Internes FGÖ Dokument: Vorgangsweise des internen Ablaufs bei Projekten über 72.000 EUR). Der gleichbleibende Median bei den Großprojekten zwischen den abgeschlossenen und den laufenden Projekten zeigt immerhin, dass bei den Großprojekten nach wie vor 50% in einem Zeitraum von vier Monaten bewilligt werden.

Vergleicht man die Bewilligungsdauer der laufenden und abgeschlossenen Projekte in den Jahren 1998 bis 2001 gegenüber 2002 bis 2005, so steigt der Mittelwert der Bearbeitungsdauer von 146 auf 209 Tage (s: 125,145), der Median von 111 auf 177 Tage.

¹² Häufig ist es für die Projektdurchführenden sehr schwer, in Österreich ein Evaluationsteam zu finden. In diesen Fällen erfolgt i.d.R. Unterstützung durch die Gesundheitsreferenten.

Mit durchschnittlich siebenmonatiger Bewilligungszeit erscheint die Bearbeitungsdauer nunmehr doch recht lang.

Wir empfehlen dem FGÖ eine aufgabenkritische Prüfung aller Verfahrensvorgänge bei der Projektbewilligung mit dem Ziel, die durchschnittliche Bearbeitungsdauer wieder zu verringern. Wie die Analyse der Daten zeigt, müssen hierbei v.a. 50% der Großprojekte mit überdurchschnittlicher Bewilligungsdauer ins Visier genommen werden, aber auch die Kleinprojekte insgesamt. Abschließend muss allerdings noch auf einige Aspekte hingewiesen werden, welche die Dauer der Einreichphase beeinflussen:

1. Es kann von einer Konstanz der Einreichphase zwischen den Berichtsperioden nicht ausgegangen werden, da zumindest im Jahr 1999 noch keine großen Projektkumulationen vorliegen.
2. Gegenüber dem Berichtszeitraum von 1999 bis 2001 nehmen im Zeitraum 2002 bis 2005 die Großprojekte und v.a. auch die sehr großen Projekte zu (vgl. Kap. 5.1.4.). Antragstellern, die in nicht geringer Häufigkeit Summen beantragen, die über 200.000 EUR liegen, kann u.E. eine Bewilligungsdauer von einigen Monaten durchaus zugemutet werden, da die Projektanträge zwingend sowohl fachlich als auch kaufmännisch eingehend geprüft werden müssen. In soweit ist die Dauer der Bewilligung natürlich auch ein Qualitätskriterium.
3. Es kann die Zunahme der Bewilligungsdauer nicht allein der Arbeit der Geschäftsstelle des FGÖ zugerechnet werden, sondern auch den Antragstellern (s.u).
4. Es ist mit der Beratung zur Evaluation, dem Einholen und der Bewertung der Evaluationsdesigns sicher ein erheblicher zusätzlicher Aufwand verbunden.
5. Es nehmen – auch auf der Grundlage unserer Empfehlungen aus der letzten Evaluation – Maßnahmen der projektbezogenen Qualitätsverbesserung z.B. durch Coaching- und Consulting-Angebote erheblich zu.
6. Schließlich ist auf das weite Spektrum der anderen Aufgaben und Zuständigkeiten der Gesundheitsreferenten hinzuweisen, die parallel zur Projektbegutachtung und -begleitung bearbeitet bzw. erfüllt werden müssen.

Um den Effekt der „Verursachung“ der langen Bearbeitungszeit zumindest qualitativ zu erhellen, wurde am Beispiel einiger ausgewählter Projekte mit sehr langer Bearbeitungsdauer mit den zuständigen Gesundheitsreferenten eine qualitative Analyse der Bewilligungsvorgänge vorgenommen.

Zunächst ergibt sich bei den 71 laufenden Projekten unter 72.000 EUR bei acht Projekten eine Bearbeitungsdauer, die länger ist als die Summe von Mittelwert und Standardabweichung ($x+s > 452$ Tage). Werden diese acht Projekte als Ausreißer nicht berücksichtigt, verkürzt sich die Bearbeitungszeit auf durchschnittlich 200 Tage mit einer Standardabweichung von 78. Zusätzlich zeigt sich, dass ca. 40% der Bearbeitungszeit auf Ursachen bei den Antragstellern zurückzuführen sind. Weiter ergibt sich, dass die genannten acht Projekte in einer Zeit eingereicht wurden, als die Personalaufstockung des FGÖ noch nicht voll wirksam geworden war. Werden diese Faktoren berücksichtigt, ergibt sich gleichwohl bei den Projekten unter 72.000 EUR eine noch leicht längere Bearbeitungsdauer als bei den Großprojekten.

Gleichwohl erscheint es uns angesichts dieser Zahlen erreichbar, durch geeignete Maßnahmen die durchschnittliche Bearbeitungsdauer bei den Kleinprojekten auf die Größenordnung der Großprojekte zu senken, was u.E. auch dringend zu empfehlen ist. Hinsichtlich der Themen und der Zielgruppen sind zwischen den laufenden und den

abgeschlossenen Projekten keine wesentlichen Unterschiede festzustellen, allerdings nehmen Projekte, die als „umfassende Gesundheitsförderung“ (UGF) firmieren, von 37% auf 59% deutlich zu, wobei diese Klassifikation – wie ausgeführt – nicht sehr aussagefähig ist. Da die „UGF-Klassifikation“ eine qualifizierende Bewertung der Projekte hinsichtlich der Methoden der Gesundheitsförderung darstellt, kann die zu beobachtende Zunahme auch eine Zunahme qualitativ besserer oder dem Gesundheitsbegriff des FGÖ adäquaterer Projekte indizieren, was allerdings erst nach der Einführung der „Projektcharakterisierung“ valide geprüft werden kann.

Unter den 108 laufenden Projekten befinden sich 11 Forschungsprojekte. Auch hier stellt sich bei einigen Projekten die Frage nach dem Bezug zur Theorie und/oder Praxis der Gesundheitsförderung und v.a. auch die Frage, welche praktischen Konsequenzen die Ergebnisse der Forschungsprojekte für die Praxis der Gesundheitsförderung haben. Beispielhaft sollen hier nur zwei Projekte benannt werden:

- Die Menstruation, wesentliches Element des Frauseins, oder abzuschaffendes Übel
- Entwicklungsverlauf von very low birth weight Kindern im Vorschulalter – Prävention von Sekundärfolgen

Die Fragestellungen der beiden genannten Projekte sind zweifellos nicht uninteressant, gleichwohl stellt sich die Frage, wie durch Gesundheitsförderung und Prävention mit einem umfassenden Gesundheitsbegriff die erzielten Forschungsergebnisse in die Praxis umgesetzt werden können.

Wir empfehlen dem FGÖ deshalb, das ihm zur Verfügung stehende Instrument der Forschungsförderung gezielter einzusetzen. Dazu gehört u.E. die Präzisierung der Fördereungskriterien (Bezug des Projekts zur Praxis bzw. zu Problemen der Gesundheitsförderung) und die 100%-Projektförderung ausgeschriebener Projekte.

Insgesamt wurden 20 der insgesamt 108 laufenden Projekte einzeln evaluiert, darunter auch zwei Projekte mit Fördersummen unter 72.000 EUR. Bei der Evaluation der laufenden Projekte ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Projektbewertungen auf der Grundlage der bisher vorliegenden Zwischenberichte beruhen. Die Beurteilung des Projektverlaufs kann sich also nur auf den bisherigen Verlauf beziehen. Die Einschätzung des Erreichens der Projektziele ist also eine Wahrscheinlichkeitsaussage, die sich auf die Bewertung der Qualitäten der bislang vorliegenden Dokumente und Prozesse bezieht. Im Einzelfall kann also nicht ausgeschlossen werden, dass die Projektziele – aus unterschiedlichen Gründen – nicht in dem geschätzten Maße eintreten.

Die Bewertung der 20 laufenden Projekte ergibt bei 15 Projekten (75%) eine sehr gute bis gute Gesamtbewertung, bei 15% der Projekte (n=3) nur ein befriedigendes Ergebnis und bei zwei Projekten (10%) nur ein ausreichendes Ergebnis.

Die Evaluationsqualität ist bei 14 Projekten (70%) als sehr gut oder gut zu bewerten, bei 10% (zwei Projekte) als noch befriedigend und bei 10% der Projekte (zwei Projekte) als ausreichend. Ein Projekt weist eine mangelhafte Evaluationspraxis auf.

Festzustellen ist weiterhin eine nahezu durchgehende Verbesserung der Projektqualitäten an Hand verschiedener Indikatoren.

Durch die sehr viel stärkere Einbeziehung externen Evaluationssachverständigen gelingt offenbar zunächst eine deutliche Verbesserung hinsichtlich des Operationalisierungsgrades der Ziele und der empirischen Überprüfbarkeit sowie eine deutliche Verbesserung der Evaluationsdesigns und der Evaluationsqualität insgesamt. Dabei ist gleichwohl zu berücksichtigen, dass sich die Projektqualitäten zwischen den Projekten hinsichtlich der verschiedenen Settings unterscheiden.

Abb. 15 Bewertung der
evaluierten Projekte
(Deutsches Schulnotensystem 1–6)

| Projekt | Operational- sierungsgrad der Ziele | Empirische Überprüfbarkeit | Projektverlauf | Projektziele erreicht (Wahrscheinlichk.) | Qualität der Projektdok. | Evaluations- design | Evaluations- qualität | Ges. Note | Anm. | Evaluations- kosten | GPK | Anteil |
|-------------|---|-------------------------------|----------------|--|-----------------------------|------------------------|--------------------------|------------|------------------------|------------------------|-----------------|-----------|
| 1 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,3 | Externe Evaluation | 40000 | 2371000 | 2% |
| 2 | 1,0 | 1,0 | 1,5 | 2,0 | 1,5 | 1,0 | 1,5 | 1,4 | Externe Evaluation | 49000 | 967000 | 5% |
| 3 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 2,0 | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 1,4 | Externe Evaluation | 87500 | 522000 | 17% |
| 4 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 2,0 | 1,0 | 2,0 | 2,0 | 1,6 | Intern. + ext. Eval. | 52000 | 671000 | 8% |
| 5 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,6 | Externe Evaluation | 105000 | 2076000 | 5% |
| 6 | 2,0 | 2,0 | 3,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,7 | Eval. aus Eigenmitteln | KA | 297000 | |
| 7 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,7 | Externe Evaluation | KA | 210000 | |
| 8 | 2,0 | 2,0 | 3,0 | 2,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 1,9 | Nicht gesondert bud. | KA | 458000 | |
| 9 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 1,5 | 2,0 | 1,9 | Externe Evaluation | 80000 | 898000 | 9% |
| 10 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | Externe Evaluation | 20000 | 153000 | 13% |
| 11 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | Externe Evaluation | 24000 | 247000 | 10% |
| 12 | 2,5 | 3,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 1,5 | 1,5 | 2,1 | Nicht gesondert bud. | KA | 729300 | |
| 13 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,5 | 2,1 | Externe Evaluation | 16380 | 160000 | 10% |
| 14 | 2,0 | 3,0 | 2,0 | 2,5 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,2 | Externe Evaluation | 40000 | 429000 | 9% |
| 15 | 2,0 | 2,5 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 3,5 | 2,3 | Externe Evaluation | 19200 | 215800 | 9% |
| 16 | 3,5 | 3,5 | 3,0 | 3,0 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,7 | Externe Evaluation | 65000 | 436000 | 15% |
| 17 | 3,0 | 3,0 | 2,0 | 5,0 | 2,0 | 2,0 | 3,0 | 3,0 | Keine Ergebniseval. | KA | 1360000 | |
| 18 | 4,0 | 4,0 | 3,0 | 3,5 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,4 | Externe Evaluation | 22000 | 236000 | 9% |
| 19 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 2,5 | 4,0 | 4,0 | 3,8 | Externe Evaluation | 20000 | 338000 | 6% |
| 20 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 4,0 | 5,0 | 4,1 | Externe Evaluation | 11.800 | 286000 | 4% |
| Ges. | 2,3 | 2,4 | 2,4 | 2,5 | 1,9 | 1,9 | 2,1 | 2,2 | 15 | 651880 | 10005800 | 7% |

| | Anzahl Projekte | Operationalisierungsgrad der Ziele | Empir. Überprüfbarkeit | Projektverlauf | Projektziele erreicht (WKT)* | Qualität der Projektdok. | Eval. design |
|------------------|-----------------|------------------------------------|------------------------|------------------|------------------------------|--------------------------|--------------|
| Abgeschlossen | n=12 | 3,2 | 3,2 | 2,3 | 2,5 | 2,0 | 2,4 |
| Laufend | n=20 | 2,3 | 2,4 | 2,4 | 2,5 | 1,9 | 1,9 |
| Differenz | | 1,0 | 0,9 | -0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,4 |
| | Anzahl Projekte | Eval. qualität | Ges. Note | Anm. | Evaluationskosten | Gesamtprojekt-kosten | Anteil |
| Abgeschlossen | n=12 | 2,8 | 2,6 | 8 Externe Eval. | 116.700 | 3.341.700 | 3% |
| Laufend | n=20 | 2,1 | 2,2 | 15 Externe Eval. | 651.880 | 10.005.800 | 7% |
| Differenz | | 0,7 | 0,4 | | | | |

Abb. 16 Vergleich der Qualitäten der abgeschlossenen und der laufenden Projekte

| Setting | Anzahl Projekte | Operationalisierungsgrad der Ziele | Empirische Überprüfbarkeit | Projektverlauf | Projektziele erreicht (WKT) | Qualität der Projektdokumentation |
|-------------------|-------------------|------------------------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| BGF Gesamt | n=8 | 1,5 | 1,5 | 1,9 | 2,0 | 1,4 |
| Andere Gesamt | n=12 | 2,8 | 2,9 | 2,7 | 2,8 | 2,1 |
| Gesamt | n=20 | 2,3 | 2,4 | 2,4 | 2,5 | 1,9 |
| | Evaluationsdesign | Evaluationsqualität | Gesamt-note | Evaluationskosten | Gesamtprojekt-kosten | Anteil |
| BGF Gesamt | 1,6 | 1,7 | 1,7 | 348.880 | 5.836.000 | 6% |
| Andere Gesamt | 2,1 | 2,4 | 2,6 | 303.000 | 4.169.800 | 7% |
| Gesamt | 1,9 | 2,1 | 2,2 | 651.880 | 10.005.800 | 7% |

Abb. 17 Projektqualitäten der laufenden Projekte nach „Settings“ (BGF / andere Projekte)

* WKT = Wahrscheinlichkeit

So schneidet die betriebliche Gesundheitsförderung in allen Bewertungskriterien deutlich besser ab als Projekte der Gesundheitsförderung, die sich auf andere Settings beziehen. Dies gilt für viele Länder und dürfte in Österreich nicht zuletzt auf die guten Standards und Instrumente im Netzwerk der Betrieblichen Gesundheitsförderung zurückzuführen sein. Die weiterhin notwendige Erhöhung der Projektqualität muss sich deshalb gezielt auf die Projekte der Gesundheitsförderung in anderen Settings richten.

Bei der insgesamt festzustellenden Verbesserung der Projekt- und auch Evaluationsqualitäten bleiben aber auch bei den mit gut bewerteten Projekten noch einzelne Mängel, bei den mit befriedigend bewerteten Projekten z.T. auch deutliche Mängel, während die allerdings wenigen schlechter benoteten Projekte und Evaluationen erhebliche Kumulationen von Mängeln aufweisen, die bis zum völligen oder partiellen Scheitern der Intervention und Evaluation führen können.

Grundsätzliche Mängel, die auch noch bei den abgeschlossenen Projekten zu konstatieren waren, treten zwar weiterhin auf, nehmen jedoch sichtbar ab. Folgende Fehler und Mängel sind aber weiterhin sichtbar:

- Grundlage jeder Intervention ist eine differenzierte Problembeschreibung der Ausgangssituation. Hier finden sich häufig Defizite.
- Bei der Formulierung und Definition der Ziele werden Fehler gemacht. So werden Ziele nicht hinreichend operationalisiert, quantifizierbare Ziele nicht quantifiziert.

- Die Maßnahmen werden nicht in einem Wirkungsmodell auf ihre prinzipielle Problemlösungsfähigkeit geprüft. Es werden entsprechend Maßnahmen eingeführt, die möglicherweise wirkungslos, aber ggf. teuer sind.
- Methoden der Prozess- und Produktevaluation sind häufig nicht ausreichend zielgenau. Häufig fehlt die Rückkoppelung, so dass die Intervention aus der Evaluation nur geringen Nutzen zieht.
- Bei der Ergebnisevaluation finden sich dann abschließend die häufigsten Fehler:
 - ▶ Messinstrumente sind häufig nicht oder nur eingeschränkt auf Reliabilität und Validität geprüft.
 - ▶ Es werden keine Hypothesen geprüft, vielmehr werden Batterien möglicher Wirkgrößen definiert, mit deren Werten „Data Mining“ betrieben wird.
 - ▶ Die geplanten oder realisierten Stichproben sind zu gering, um Effekte überhaupt als statistisch signifikant zu sichern.
 - ▶ Es wird nicht zwischen Netto- und Bruttowirkungen unterschieden, d.h. Störgrößen werden nicht berücksichtigt.
 - ▶ Mögliche und für das Projekt wünschenswerte Fallkontrollansätze unterbleiben.
 - ▶ Die Interventionsfenster sind zu gering, um Wirkungen überhaupt erkennen zu können.

Insgesamt hat der FGÖ mit Investitionen in Höhe von 651.000 EUR bei Gesamtkosten von 10 Millionen Euro zu einer deutlichen und raschen Verbesserung der Evaluations- und Projektqualität beigetragen. Der durchschnittliche Anteil von 7% der Kosten für Evaluation erscheint insgesamt noch zu gering und bedarf bei einigen Projekten einer deutlichen Erhöhung. Die partiell noch feststellbaren Mängel können u.E. durch evaluative Beratung, Unterstützung und Schulung der Gesundheitsreferenten und die empfohlenen Maßnahmen zur Optimierung der Antragsunterlagen sicher schnell beseitigt werden. Die Fort- und Weiterbildungsangebote in der Qualitätssicherung und Evaluation für die Antragsteller und Akteure der Gesundheitsförderung sind aufrechtzuerhalten bzw. noch auszubauen. Gleiches gilt für die Projektberatung durch entsprechende Coaching-Maßnahmen.

7.1.5 Analyse der Modellprojekte

Bereits im Jahr 2001 hat der FGÖ beschlossen, die bisherige anteilige Förderung von Initiativansuchen durch die Förderung von größeren Modellprojekten mit 100% Finanzierung und externer Evaluation zu ergänzen. Sie sollten im Bereich der Praxisprojekte im besten Sinn des Wortes Modellcharakter und Orientierung für die praktische Gesundheitsförderung haben (models of good practice). Im Dezember 2001 erfolgten Ausschreibungen zu den gewählten Zielgruppen:

- Arbeitnehmer in Klein- und mittleren Unternehmen (KMU)
- Kinder und Jugendliche im außerschulischen Setting
- Ältere Menschen

Für jede der Zielgruppen sollten je zwei Modellprojekte durchgeführt werden, bei den

KMU in der sog. „old and new economy“, bei den anderen Zielgruppen in städtischen bzw. ländlichen Gebieten.

Projekt WEG (Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit)

Insgesamt kann dieses sehr ambitionierte und komplexe Projekt auch in der vorbildlichen Durchführung zweifellos als Modellprojekt gelten. Dies gilt mit wenigen Ausnahmen auch für die Evaluation. Auch die Qualität der Berichte ist inhaltlich und formal sehr überzeugend. Die Gesamtprojektkosten erscheinen insgesamt relativ gering (pro Betrieb und Jahr ca. 10.000 EUR), was auch für die Evaluationskosten gilt. Der vorliegende Datensatz bedarf u.E. einer eingehenderen, z.B. auch multivariaten Analyse sowie Teilgruppenanalysen (best effects, lowest effects) z.B. im Rahmen eines zusätzlichen Forschungsprojektes.

Die einzelnen WEG-Module liegen vor und sind formal und inhaltlich hochwertig. Zum Zeitpunkt der Analyse (21.02.2006) sind auf der Homepage www.netzwerk-bgf.at allerdings einige Dokumente nicht herunterzuladen. Gerade Möglichkeiten zum Herunterladen der Module bestehen nicht. Dies sollte im Interesse der Diffusion der Ergebnisse verändert werden, zumindest sollte der Projektleitfaden vollständig ins Internet gestellt werden.

Es handelt sich bei diesem Projekt zweifellos um ein Projekt mit sehr großen Lerneffekten für die betriebliche Gesundheitsförderung.

Projekt Switch 2006.at

Der Hauptoutcome bzw. das Hauptprodukt des Projekts wird in einer Website gesehen. Diese sicher nicht neue Idee kann zumindest dazu dienen, interessierten Betrieben aus der IT-Branche konkrete Handlungshilfen zur Verfügung zu stellen. Da es derartige Materialien aber bereits vielfach gibt, müssen die Tools sehr branchenspezifisch sein, um einen Zusatznutzen entfalten zu können. Die Projektverlaufsdokumentationen sind inhaltlich und formal sehr gut bis vorbildlich, die von der Zielsetzung her bewusst „realistische Evaluation“ ist durchaus so machbar wie geplant und auch durchgeführt. Die Ergebnisevaluation wird Ergebnisse erbringen, die Einschätzungen der Mitarbeiter zu den Maßnahmen der Gesundheitsförderung und deren Wirkungen aufzeigen. Insgesamt weist das Projekt durchaus große Lerneffekte für die betriebliche Gesundheitsförderung auf, wobei sich u.E. für zukünftige Projekte die Empfehlung einer besseren Abklärung der Akzeptanz der Projektziele unter betrieblichen Kooperationspartnern stellt, die eine ggf. realistischere Projektplanung ermöglicht hätte. Die Ergebnisevaluation des Projekts kann insgesamt v.a. zeigen, ob derartige Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Beschäftigten auf Akzeptanz stoßen. Eine hohe Akzeptanz kann mit ein Impuls für andere Betriebe der Branche sein, sich stärker mit der Gesundheitsförderung zu befassen.

Projekt Plan 60

Insgesamt handelt es sich bei diesem Modellprojekt v.a. hinsichtlich der Evaluation bzw. des Evaluationsdesigns um ein model of good practice. Projekt- und Evaluationsdesign entsprechen dem state of the art, alle Berichte sind von wenigen Ausnahmen abgesehen von sehr hoher inhaltlicher und formaler Qualität. Das kurze und knappe Evaluationsdesign ist sehr gut, nicht zuletzt deshalb, weil in der Ergebnisevaluation zu prüfende Hypothesen konsequent ausformuliert werden, die in der abschließenden Evaluation dann in großer Mehrheit auch tatsächlich und fachgerecht überprüft wurden. Auch die Kostenleistungsbilanz der Evaluation ist sehr gut. Auch die Tatsache, dass das Vorhaben eher „mittelschichtorientiert“ angelegt war und sich auch so umsetzte, kann u.E. insgesamt nicht als Kritikpunkt gewertet werden, weil es recht plastisch zeigt, wie schwer die Ausrichtung der Gesundheitsförderung auf sozial Benachteiligte in der Praxis gelingt. Ob gegenüber den im Projekt praktizierten „Kommstrukturen“ die im Bericht angesprochenen „aufsuchenden Holstrukturen“ tatsächlich besser geeignet sind, um sozial Be-

nachteiligte zu erreichen, ist derzeit allerdings noch offen, da die Ergebnisse zur Evaluation eines entsprechenden Projekts der AOK Niedersachsen erst im Jahr 2007 vorliegen werden.¹³

Das Faktum, dass im Projekt einige Ziele nicht realisiert werden konnten und auch nicht evaluiert worden sind (z.B. Vernetzungsaktivitäten) und einige Interventionsprobleme auftraten, kann an der grundsätzlichen positiven Gesamtbewertung des Projekts im gesamten Projektvergleich nichts ändern. Es zeigt allerdings, dass die im Jahr 2001 „angedachten“ Modellprojekte hinsichtlich der Ziele, Settings und Methoden vielfach zu ambitiös angelegt worden sind. Dies sollte bei der empfohlenen Weiterführung von Modellprojekten zukünftig vermieden werden.

Projekt Lebenswerte Lebenswelten

Das Projekt weist eine durchgehend gute bis sehr gute Interventionsqualität auf. Die Projektdokumentation ist sehr gut bis gut. Das Projekt orientiert sich in der Anlage und der Ergebnisevaluation an dem „Ergebnismodell der Gesundheitsförderung“, das die Gesundheitsförderung Schweiz in Zusammenarbeit mit den zwei Instituten für Sozial- und Präventivmedizin in Bern und Lausanne als Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention ausgearbeitet hat. Damit können die Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten systematisch geplant und erfasst werden. Das Ergebnismodell basiert auf dem Outcome Model von Don Nutbeam. Insgesamt ist dieses settingorientierte Projekt der Gesundheitsförderung mit alten Menschen ein Beispiel für eine gute bis sehr gute Interventionsplanung und Umsetzung, wie auch das Design der Evaluation einen sehr hohen Standard aufweist. Die bisher in der Evaluation erzielten Ergebnisse erscheinen ermutigend. In wieweit der Anspruch einer Ergebnisevaluation auf der Grundlage des Nutbeam'schen Evaluationsmodells auch tatsächlich umgesetzt werden kann, bleibt bis zur Vorlage des Abschlussberichts aber abzuwarten. Es handelt sich aber zweifellos um ein Projekt mit sehr großen Lerneffekten für die Gesundheitsförderung und Prävention.

Projekt Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande

Insgesamt zeigt das anspruchsvolle, vielschichtige Projekt auch in der Projektdurchführung eine zumeist positive Bilanz. Meilensteinberichte werden pünktlich angefertigt, sie sind sorgfältig und gut lesbar geschrieben, sie zeigen auch auftretende Probleme in der Durchführung und Lösungsmöglichkeiten auf. Die intensive Zusammenarbeit mit den beteiligten Gemeinden hat zur Bewusstseinsbildung in der Jugendgesundheitsarbeit beigetragen und kann nachhaltige Effekte mit sich bringen. Lediglich die Bedarfserhebung der benachteiligten Jugendlichen und die zwei damit verbundenen Projekte sind als kritisch anzusehen. Hier zeigt auch die Evaluation keinen zukunftsweisenden Ansatz. Ggf. erscheint bei vergleichbaren Projekten zukünftig eine engere Vernetzung mit Streetworkern und die Etablierung vertrauensbildender Maßnahmen erforderlich.

Es wird auch in der Evaluation kritisiert, dass der eigentlich viel versprechende Peer Education-Ansatz zu spät und für zu wenige Jugendliche eingesetzt wurde, um noch nachhaltig für das Projekt wirken zu können. Der Evaluator empfiehlt hier, dass mehrere Qualifizierungsdurchgänge hätten durchgeführt werden müssen. Das Evaluationsdesign ist dem Projekt angemessen und entspricht dem state of the art. Die Panel-Erhebung mit zwei Befragungen durch zuvor ausgebildete junge Interviewer ist valide und zeigt den Mehrwert der Jugendgesundheitsförderung in den Gemeinden deutlich auf. Das Vorhaben ist hinsichtlich Innovation, Instrumenten, Zugangswegen, Intervention, Dokumentation und Evaluation zweifellos ein model of good practice, wenn nicht ein model of best practice.

¹³ http://www.die-praevention.de/vorbildliche_projekte/praeventionspreis/2005/aok_niedersachsen/?back=1

Projekt Gehsteig

Das Evaluationsdesign ist mit seinen verschiedenen Untersuchungsinstrumenten geradezu vorbildlich (in Bezug auf die spezifische Zielgruppe z.T. bereits zu umfangreich) und kann als sehr gut bezeichnet werden. Der Intervention gelingt es allerdings nicht ausreichend, die spezifische Zielgruppe der Jugendlichen aus informellen Szenen auch zu erreichen. Dafür scheinen eine ganze Reihe von Faktoren ursächlich zu sein: u.a. die unzureichende Beteiligung der Jugendlichen bei der Programmauswahl, die u.E. nicht hinreichende Niedrigschwelligkeit der Angebote und ihre zu lange Dauer. Im Nachhinein stellt sich die Frage, ob möglicherweise der gesamte Ansatz des Projekts, Jugendliche in offenen Szenen durch sechsmonatige Workshopprogramme einer psychosozialen Beratungsinstitution zu gewinnen, ausreichend war. Die schließlich vorgenommene Akquisition von Teilnehmern an Schulen ist u.E. als partielles Scheitern der Intervention in Bezug auf das Projektziel des Erreichens von sozial Benachteiligten in nichtschulischen Settings zu bezeichnen. Die insgesamt sehr gut geplante und instrumentell sehr gut unterlegte Evaluation wird u.E. v.a. mit zwei Problemen zu kämpfen haben: den recht geringen Fallzahlen in den Kohorten und die wahrscheinlich sehr unterschiedliche Durchmischung der Befragtenpopulationen nach Geschlecht und sozialer Lage bzw. Schulbildung. Welche Effekte sich bei den definierten Hauptzielvariablen der Evaluation ergeben werden, bleibt abzuwarten. Das Projekt ist schließlich ein gutes Beispiel dafür, wie schwer sich die Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten in der Realität darstellt. Trotz der nur mäßigen Intervention kann bei einer sauberen Evaluation aufgrund des sehr guten Evaluationsdesigns von einem großen Lerneffekt für die Gesundheitsförderung ausgegangen werden.

Zusammenfassung der Evaluationsstandards

Die im Rahmen von Modellprojekten zu 100% finanzierten Praxisprojekte weisen insgesamt eine gute bis sehr gute Qualität auf. Gleiches gilt hier auch für die Evaluation dieser Projekte.

Ein Modellprojekt erhält nach dem deutschen Schulnotensystem (Noten 1 bis 6) insgesamt die Gesamtnote befriedigend, wie auch die Evaluationsqualität hier abschließend mit befriedigend bewertet werden kann. Alle anderen fünf Praxisprojekte erhalten insgesamt wie auch in der Evaluation durchgehend gute bzw. sehr gute Benotungen. Die Modellprojekte sind so in großer Mehrheit das, was sie beanspruchten: „models of good practice“.

Das Instrument der Modellprojekte sollte in der Projektförderung des FGÖ beibehalten und weiterentwickelt werden. Die Weiterentwicklungen sollten sich v.a. auf die finanzielle Unterlegung und die Ambitioniertheit der Ziele beziehen. Die mit Beträgen zwischen 400.000 und 500.000 EUR zu 100% finanzierten Projekte erscheinen auf den ersten Blick sehr großvolumig, bedenkt man jedoch die in der Regel sehr lange Laufzeit von drei Jahren, stehen pro Monat im Durchschnitt 12.500 EUR zur Verfügung, die sich teilweise auf sehr viele bzw. zu viele Maßnahmen und Settings beziehen. Dasselbe gilt auch für die Evaluationskosten von durchschnittlich 54.000 EUR, die pro Monat damit 1.500 EUR betragen. Insgesamt sollten die Modellprojekte und ihre lange Laufzeit grundsätzlich beibehalten werden, die Finanzsummen für die Intervention und Evaluation aber noch einmal deutlich erhöht werden. Auf welche Zielgruppen und Maßnahmen sich auch die Modellprojekte zukünftig beziehen sollten oder könnten, muss noch diskutiert werden.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse zur Qualität der Evaluationen bei Projekten des FGÖ ergibt zusammenfassend folgende Befunde.

Insgesamt wurden von uns 38 Praxisprojekte einzeln evaluiert, darunter 26 Projekte, die noch nicht (ganz) abgeschlossen sind (darunter alle sechs Modellprojekte). Sie umfassen Gesamtprojektkosten von 12,7 Mio. EUR und Evaluationskosten in Höhe von knapp 1 Mio. EUR, was 8% der Gesamtprojektkosten entspricht.

| Projekt | Operationalisierungsgrad der Ziele | Empir. Überprüfbarkeit | Projektverlauf | Projektziele erreicht (WKT) | Qualität der Projektdok. | Eval. design |
|--------------------|------------------------------------|------------------------|----------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| WEG | 2,5 | 2,5 | 1,5 | 1,5 | 1,0 | 1,0 |
| Switch | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 3,0 | 2,5 |
| Plan 60 | 2,0 | 2,0 | 2,0 | 2,5 | 1,0 | 1,0 |
| Lebenswelten | 1,5 | 1,5 | 2,0 | 2,0 | 1,5 | 1,0 |
| Jugendliche / Land | 1,5 | 2,0 | 1,5 | 2,0 | 1,5 | 1,0 |
| Jugendliche /Stadt | 1,0 | 2,0 | 3,5 | 3,5 | 2,0 | 1,0 |
| Gesamt | 1,9 | 2,2 | 2,3 | 2,4 | 1,7 | 1,3 |

| Projekt | Eval. qualität | Ges. Note | Evaluationskosten | Gesamtprojektkosten | Anteil |
|---------------------|----------------|-----------|-------------------|---------------------|--------|
| WEG | 2,0 | 1,7 | 46.000 | 401.000 | 11% |
| Switch | 3,0 | 2,9 | 77.000 | 411.000 | 19% |
| Plan 60 | 2,5 | 1,8 | 26.000 | 500.000 | 5% |
| Lebenswelten | 1,0 | 1,6 | 70.100 | 500.000 | 14% |
| Jugendliche / Land | 1,0 | 1,6 | 37.000 | 494.000 | 7% |
| Jugendliche / Stadt | 1,0 | 2,2 | 80.000 | 456.000 | 18% |
| Gesamt | 1,8 | 1,9 | 336.100 | 2.762.000 | 12% |

Abb. 18 Qualität der Modellprojekte (Deutsches Schulnotensystem)

| Projekt | Anzahl | Operationalisierungsgrad der Ziele | Empir. Überprüfbarkeit | Projektverlauf | Projektziele erreicht (WKT) | Qualität der Projektdok. |
|------------------------------|--------|------------------------------------|------------------------|----------------|-----------------------------|--------------------------|
| Modellprojekte | 6 | 1,9 | 2,2 | 2,3 | 2,4 | 1,7 |
| Geförderte Projekte (BGF) | 8 | 1,5 | 1,5 | 1,9 | 2,0 | 1,4 |
| Geförderte Projekte (andere) | 12 | 2,8 | 2,9 | 2,7 | 2,8 | 2,1 |
| Geförderte Projekte (Gesamt) | 20 | 2,3 | 2,4 | 2,4 | 2,5 | 1,9 |
| Summe | 26 | 2,2 | 2,3 | 2,3 | 2,5 | 1,8 |

| | Eval. design | Eval. qualität | Ges. Note | Evaluationskosten | Gesamtprojektkosten | Anteil |
|------------------------------|--------------|----------------|-----------|-------------------|---------------------|--------|
| Modellprojekte | 1,3 | 1,8 | 1,9 | 336.100 | 2.762.000 | 12% |
| Geförderte Projekte (BGF) | 1,6 | 1,7 | 1,7 | 348.880 | 5.836.000 | 6% |
| Geförderte Projekte (andere) | 2,1 | 2,4 | 2,6 | 303.000 | 4.169.800 | 7% |
| Geförderte Projekte (Gesamt) | 1,9 | 2,1 | 2,2 | 651.880 | 10.005.800 | 7% |
| Summe | 1,8 | 2,0 | 2,1 | 987.980 | 12.767.800 | 8% |

Abb. 19 Projekt- und Evaluationsqualität der 26 einzeln evaluierten laufenden Projekte (Deutsches Schulnotensystem)

Die geläufige Regel, einen Anteil von ca. 10% der Projektkosten für die Evaluation zur Verfügung zu stellen, wird so in Näherung auch erreicht. Wir halten diese Regel aber für nicht durchgehend begründet. Es gab Projekte und wird auch in Zukunft Projekte geben, bei denen deutlich höhere Summen und Anteile erforderlich gewesen wären bzw. notwendig sind, wenn noch bessere Ergebnisse in der Evaluation und v.a. auch in der Ergebnisevaluation erzielt werden sollen.

In Bezug auf die 26 evaluierten, weitgehend noch laufenden Projekte ergeben sich für die einzelnen Bewertungskriterien die in Abb. 19 genannten Noten. Insgesamt werden mit einer Ausnahme (Erreichung der Projektziele) alle Kriterien mit gut bewertet. Die Be-

wertungen zeigen aber auch, dass bei Projekten der Gesundheitsförderung jenseits der BGF noch deutliche Verbesserungen notwendig erscheinen. Dieses Ergebnis bestätigt andere Befunde, die ebenfalls einen recht guten Standard in der Intervention und Evaluation von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigen.¹⁴

Auch bei den insgesamt guten Noten auch für die Qualität der Evaluationsdesigns und der Evaluationsergebnisse bleibt aber noch eine Vielzahl von Optimierungsmöglichkeiten v.a. hinsichtlich:

- einer klareren Problembeschreibung
- einer präziseren Zielstellung hinsichtlich der Struktur- und Maßnahmenziele sowie gerade der finalen Ziele auch hinsichtlich ihrer empirischen Messbarkeit
- einer klareren Erörterung und Plausibilisierung, warum mit den eingesetzten Instrumenten die definierten Ziele auch erreicht werden sollen (Wirkungsmodell)
- einer noch besseren empirischen Fundierung der statistischen Hypothesenprüfung.

| Projekt | Anzahl | Operationalisierungsgrad der Ziele | Empir. Überprüfbarkeit | Projektverlauf | Projektziele erreicht (WKT) | Qualität der Projektdok. |
|-------------------------|--------------|------------------------------------|------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Laufende Projekte | 26 | 2,2 | 2,3 | 2,3 | 2,5 | 1,8 |
| Abgeschlossene Projekte | 12 | 3,2 | 3,2 | 2,3 | 2,5 | 2,0 |
| | Eval. design | Eval. qualität | Ges. Note | Evaluationskosten | Gesamtprojektkosten | Anteil |
| Laufende Projekte | 1,8 | 2,0 | 2,1 | 987.980 | 12.767.800 | 8% |
| Abgeschlossene Projekte | 2,4 | 2,8 | 2,6 | 116.700 | 3.341.700 | 3% |

Abb. 20 Projekt- und Evaluationsqualität der abgeschlossenen und der laufenden Projekte (Deutsches Schulnotensystem)

Die deutliche Zunahme der Evaluationsmittel hat so in einem recht kurzen Zeitraum von drei Jahren zu der erforderlichen und gewünschten Verbesserung hinsichtlich der Zielorientierung und empirischen Messbarkeit sowie hinsichtlich der Evaluationsdesigns und der Evaluationsergebnisse der Projekte geführt und insgesamt die Projektqualität verbessert. Die partielle Konstanz zweier anderer Kriterien (Projektverlauf, Zielerreichung), ist keinesfalls unplausibel, weil Projekte auch bei guter Evaluation partiell oder auch völlig scheitern können, was allerdings nur für ganz wenige Projekte zutrifft.

So bleibt abschließend darauf hinzuweisen, dass drei der insgesamt 38 einzeln evaluierten Praxisprojekte (8%) als kritisch bzw. gescheitert betrachtet werden müssen und nur ausreichende oder mangelhafte Bewertungen erhalten. Dieser Anteil erscheint uns völlig vertretbar. Eine Einzelanalyse dieser drei Praxisprojekte nach den Ursachen des Scheiterns zeigt, dass es zu Problemkumulationen in fast allen Interventionsphasen gekommen war, die von einer ungenügenden Zielformulierung über eine problematische Implementation, mangelnde Zielgruppenerreichung, Durchführungsprobleme, unzureichende Struktur- und Prozessevaluation bis hin zu einer überhaupt fehlenden bzw. völlig unzureichenden Ergebnisevaluation reichten. Ob bei einer insgesamt noch besseren und zeitnaheren Projektbetreuung durch die Gesundheitsreferenten diese Probleme nicht

¹⁴ Kreis, J.; Bödeker, W: Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz, 2003 <http://www.iga-info.de/publ.php>

oder nicht in dem Umfang aufgetreten wären, kann nicht mit Sicherheit behauptet werden. Zweifelsfrei muss es aber zu einer noch viel stärkeren Präzisierung der Ziele – und gerade der finalen Ziele – schon in der Phase der Einreichung und Begutachtung von Projekten kommen.

Zusammenfassend sei noch einmal hervorgehoben, dass ein partielles oder gar vollständiges Scheitern von Projekten der Gesundheitsförderung möglich ist und auch möglich sein muss, das auch hinzunehmen ist, solange sich dies in dem beschriebenen Umfang bewegt.

7.2 Kampagnen und Schwerpunktaktivitäten

Die vom FGÖ im Dreijahresprogramm geplanten Kampagnen verlaufen quantitativ und qualitativ wie vorgesehen. Insgesamt gelingt auch die regionale Ausrichtung und Vernetzung gut.

Zwischen 2002 und 2004 hat der FGÖ insgesamt ca. 300.000 Broschüren der verschiedenen Kampagnen an Interessierte abgegeben. Damit wurden direkt ca. 5% der österreichischen Bevölkerung im Alter ab 14 Jahren erreicht. Die Zahl der erreichten Personen dürfte durch Mehrfachnutzungen der Broschüren, die regionalen Aktivitäten und durch die Pressearbeit jedoch ungleich höher sein. So haben nach einer vom FGÖ in Auftrag gegebenen Bevölkerungsbefragung Ende 2004 29% der österreichischen Bevölkerung (37% der Frauen und 20% der Männer) die Kampagne „Schau auf Dich“ wahrgenommen. Die Kampagne zur ausgewogenen Ernährung ist sogar 83% der Befragten bekannt.

| Kampagne | Zeitpunkt | Bekanntheitsgrad | | |
|--------------------------------|-----------|------------------|----------|--------|
| | | Ungestützt | Gestützt | Gesamt |
| Bewusst lebt besser, Ernährung | Dez 00 | 37% | 13% | 50% |
| Bewegung | Mai 04 | 16% | 23% | 39% |
| Seelische Gesundheit | Dez 04 | 11% | 18% | 29% |
| Ernährung | Feb 06 | 69% | 14% | 83% |

Abb. 21 Bekanntheit der Kampagnen des FGÖ in der Bevölkerung Österreichs (ISMA-Umfragen)

Die methodische Konzeption der Kampagnen, die eine regionale Verbindung mit weiteren Aktivitäten oder Settings vorsieht, entspricht den Forderungen bzw. Empfehlungen des Deutschen Sachverständigenrates zur Neuausrichtung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland. Die vom FGÖ in Auftrag gegebene Bevölkerungsbefragung zur Bekanntheit der Kampagne „Schau auf Dich“ zeigt, dass in relativ kurzer „Interventionszeit“ mit Kampagnen fast ein Drittel und mehr der Bevölkerung stabil erreicht werden kann. Noch deutlichere Effekte zeigen die medialen Interventionsprogramme im Bereich der Ernährung, die interessant aufgemacht waren und in Bezug auf die hohe Aufmerksamkeit mit der Person von Gerald Pichowetz erklärt werden kann.

Bei der Integration von Kampagnen in eine Gesamtstrategie der Gesundheitsförderung ist u.E. neben der Wirksamkeit im Sinne des Erreichens von Bekanntheit unter Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten aber auch zu fordern, dass nachgewiesen wird:

- wie es um die Wirksamkeit im Sinne von Wissens- und Verhaltensänderungen bestellt ist und
- wie die Kostenwirksamkeit einzuschätzen ist.

Die weiteren Ergebnisse der ISMA-Umfrage aus dem Jahr 2006 zeigen, dass es auch durch die Kampagnen zu einer großen Reflektion der Gesundheit in der Bevölkerung kommt und v.a. bei der Ernährung und bei der Bewegung in großer Häufigkeit positive Verhaltensabsichten bestehen. Inwieweit sich diese in tatsächliches Verhalten umsetzen,

kann auf der Grundlage der Daten nicht beurteilt werden. Hierzu sind entsprechende Fragen in die kommenden Untersuchungen zu schalten.

| Über den Lebensstil die Gesundheit betreffend nachgedacht | 67% |
|---|-----|
| Möchten für die Gesundheit tun: | |
| Gesündere Ernährung | 65% |
| Mehr Bewegung | 64% |
| Gewichtsreduktion | 20% |
| Weniger Stress | 18% |
| Weniger Rauchen | 8% |
| Weniger Alkohol konsumieren | 6% |

Abb. 22 Verhaltensabsichten der Österreicher (ISMA-Umfrage 2006)

Nach Berechnungen des FGÖ betragen die Kosten der Kampagnen in den Jahren 2002 bis 2005 jährlich ca. 1,1 Mio. EUR. Eine Kostenwirksamkeitsanalyse kann mangels der Daten zu den bewirkten oder mitbewirkten Verhaltensänderungen derzeit nicht durchgeführt werden.

7.3 Fort- und Weiterbildung

In den Jahren 2002 bis 2004 haben insgesamt über 4.000 Teilnehmer an Angeboten der Aus-, Fort- und Weiterbildung des FGÖ teilgenommen. Auch wenn davon sicher ein Teil wiederholt oder mehrmals teilgenommen hat, ist der quantitative Umfang der Bildungsaktivitäten erheblich. Er ist aber auch weiterhin in erheblichem Maße erforderlich, wie z.B. nicht zuletzt der recht hohe Anteil von Projektansuchen zeigt, die aus inhaltlichen oder methodischen Mängeln abgelehnt werden müssen. Gleiches gilt für die nach wie vor zu verbessernden Standards in der Qualitätssicherung der Projekte und der Evaluation insgesamt. Die Qualität der Angebote konnte nicht i.E. überprüft werden. Am Beispiel der 7. Gesundheitsförderungskonferenz zum Thema Evaluation in der Gesundheitsförderung im Mai 2005 – und damit einem recht komplexen Thema – kann aber gezeigt werden, dass das Thema mit Hilfe ausgewiesener Experten, in einem überschaubaren Zeitrahmen, in einer angenehmen Umgebung und einer exzellenten Moderation den Teilnehmern verständlich übermittelt werden konnte. Eine gleiche Bewertung kann auch für die 8. Gesundheitsförderungskonferenz im Mai 2006 in Bregenz gegeben werden. Berichte zu den Gesundheitsförderungskonferenzen und den Präventionstagungen finden sich darüber hinaus in den Ausgaben des Magazins „Gesundes Österreich“ und werden so einer breiten Leserschaft kommuniziert.

7.4 Vernetzung

Der FGÖ setzt seine Vernetzungsaktivitäten kontinuierlich weiter um. In zwei jährlichen, themenspezifischen Tagungen werden pro Jahr durchschnittlich ca. 600 Akteure der Gesundheitsförderung erreicht. Dies bietet die Chance für persönliche Kontakte sowie Networking und die Darstellung und Diskussion aktueller Themen und Probleme der Gesundheitsförderung. Die Tagungen sind insgesamt von sehr hoher Qualität.

7.5 Öffentlichkeitsarbeit

Durch die Medienarbeit und unter Berücksichtigung der beauftragten medialen Maßnahmen im Rahmen der Kampagnen erreicht der FGÖ in den Jahren 2002 bis 2004 folgende Medienpräsenz.

Zwischen 2002 und 2004 steigert der FGÖ seine Präsenz in den Medien um 45% auf nunmehr ca. 2.000 Berichte pro Jahr. Von diesen entfallen ca. 50% auf bezahlte Inse-
rate bzw. Spots. Die Entwicklung innerhalb der einzelnen Medien ist dabei uneinheitlich.

| | 2002 | 2003 | 2004 | Rate 2004 zu 2002 |
|-------------------------------|-------------|------------|-------------|-------------------|
| Tageszeitung | 130 | 208 | 258 | 98% |
| Wochenzeitung | 110 | 141 | 208 | 89% |
| Monats- oder Quartalszeitung | 186 | 162 | 256 | 38% |
| Online Medien | 92 | 186 | 236 | 157% |
| Radio | 24 | 168 | 821 | 3.321% |
| Fernsehen | 817 | 50 | 174 | -79% |
| Nachrichtendienste | 18 | 66 | 45 | 150% |
| Summe | 1377 | 981 | 1998 | 45% |
| Darunter Insetrate/Spots abs. | NN | 471 | 1179 | |
| Darunter Insetrate/Spots % | | 48,00% | 59,00% | |

Abb. 23 Medienpräsenz des FGÖ von 2002 bis 2004

Fernsehbeiträge nehmen stark ab, Radiobeiträge stark überproportional zu. Die starke Zunahme der Radiopräsenz ist auf das in diesem Medium stark kommunizierte Thema der seelischen Gesundheit zurückzuführen. Die Medienarbeit des FGÖ hat gegenüber früher noch einmal sehr deutlich an Qualität gewonnen.

7.6 Internationale Kontakte

Der FGÖ pflegt seine internationalen Kontakte weiter. Er hat beispielsweise als nationaler Partner in einem von der EU kofinanzierten Projekt im Bereich Seelische Gesundheit fungiert, dem Projekt EMIP „Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries“. Als eines von 13 teilnehmenden europäischen Ländern hat der FGÖ einen ExpertInnenworkshop zum Thema Seelische Gesundheit in Österreich geplant, umgesetzt und ausgewertet.

Auch die internationalen Kontakte des FGÖ haben gegenüber früher noch einmal deutlich an Quantität und auch an Profil gewonnen. So gelingt es dem FGÖ, Entwicklungen der Gesundheitsförderung in anderen Ländern zu verfolgen und eine Umsetzung in Österreich zu erwägen, wie er auch die Situation der Gesundheitsförderung im eigenen Land mit der anderer Länder vergleichen kann. Insgesamt leisten die internationalen Kontakte und Kooperationen einen hohen Beitrag zur Qualitätssicherung der Arbeit des FGÖ.

7.7 Internetmedien

Die Analyse der Internetauftritte der Homepage des FGÖ sowie der Seite www.gesundesleben.at ergab, dass die Empfehlung zur durchgängigen Neugestaltung der Homepage – wenn auch mit deutlicher Verzögerung – umgesetzt wurde. Die Homepage steht seit Dezember 2005 im Netz und stellt nun eine gute bis sehr gute Visitenkarte des FGÖ im Internet dar. Der neue Webauftritt wurde von unabhängigen Prüfern hinsichtlich der Barrierefreiheit unter die Lupe genommen und erhielt 97 von 100 möglichen Punkten und damit das Prädikat „sehr gut zugänglich“.

Entgegen unserer Empfehlungen aus der letzten Evaluation enthält die Seite auch eine Projektdatenbank, auf der sich Interessierte über Projekte, Projektdurchführende sowie Ziele und Methoden informieren können. Wir hielten diese damals für nicht wirklich prioritär. Die Seite ist nach Art und Inhalt der Information für erste Informationen und nicht unbedingt für Fachkreise gedacht. Die Projektdatenbank weist einige Mängel in der Aktualität in Bezug auf den Status der Projekte auf, die einem allgemein interessierten Besucher aber gar nicht auffallen können. Gleichwohl sind diese Mängel durch regelmäßige Aktualisierungen zu beheben.

Die Seite www.gesundesleben.at ist gegenüber früher i.w. unverändert und ihre gute bis sehr gute Bewertung kann aufrecht bleiben. Zu überlegen wäre aber ggf. ein Abgleich der

Layouts zwischen den Seiten, um Wiedererkennungseffekte zu sichern und zu erhöhen. Die Seite hatte im Jahr 2004 gemessen an den Sichtkontakten 3,35 Mio. Besucher. Aktuelle Zahlen zur Nutzung von anderen Gesundheitsseiten in Österreich liegen uns nicht vor, so dass ein Vergleich nicht möglich ist. Auf der Grundlage der wenigen vorliegenden Daten kann allerdings geschlussfolgert werden, dass die Nutzerzahlen als nicht gering zu bezeichnen sind. Die Frage der vergleichenden Nutzung von Internetseiten in Österreich sollte durch entsprechende Datenbeschaffung und die gezielte Förderung eines Forschungsvorhabens bis zur nächsten Evaluation geklärt werden, analog einer Schweizer Studie des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).¹⁵

7.8 Umsetzung der Empfehlungen des Rechnungshofes aus dem Jahr 2000 und aus dem Evaluationsbericht 2002

Der FGÖ hat die Empfehlungen des Rechnungshofes insgesamt, soweit sie in seine primäre Zuständigkeit fallen, weitestgehend erfüllt. Dies betrifft v.a. die vom Rechnungshof als vordringlich gesehenen Handlungsfelder im Bereich der Qualitätssicherung und Evaluation, dem Aufbau einer österreichweiten Internetprojektdatenbank, die allerdings bisher noch auf FGÖ-Projekte begrenzt ist, sowie die deutlichere Abgrenzung der Zuständigkeiten des FGÖ von denen anderer Träger.

Die nach wie vor auch in Österreich nicht bestehende nationale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention unter Einschluss aller wesentlichen Akteure ist u.E. nicht primäre Aufgabe des FGÖ, sondern Aufgabe der nationalen und föderalen Gesundheitspolitik.

Bei den 15 wichtigsten Empfehlungen unseres Gutachtens aus dem Jahr 2002 wurde die Umsetzung bzw. die Zielerreichung für die Zusammenfassung quantitativ abgeschätzt, was bei 14 Empfehlungen möglich war. Die Empfehlungen wurden (nahezu) vollständig umgesetzt. Lediglich bei vier Empfehlungen besteht u.E. weiterer Handlungs- bzw. Verbesserungsbedarf (vgl. Abb. 24).

Insgesamt ergibt sich durch diese Abschätzung des Umsetzungsgrades bzw. der Zielerreichung eine durchschnittliche, ungewichtete Umsetzung der Empfehlungen von ca. 80%, die als positiv zu bewerten ist. Auf eine Analyse mit nach der Bedeutung der

| | Zielerreichungsgrad |
|---|-----------------------------|
| | 0%–10% 25% 50% 75% 90%–100% |
| 1. Verbesserung der Evaluationspraxis bei den Projekten ab bestimmter Fördersumme | 100% |
| 2. Ausschluss von Kleinprojekten (≤ 10.000 EUR) aus der Projektförderung | 100% |
| 3. Erhöhung des Personalbestandes | 100% |
| 4. Schulung und Beratung der Gesundheitsreferenten in der Evaluation | 50% |
| 5. Stärkere Kundenorientierung | 50% |
| 6. Verbesserung der internen Projektdatenbank | 100% |
| 7. Kritische Prüfung der Internetprojektdatenbank | 100% |
| 8. Gezielte Verbesserung der epidemiologischen/evaluativen Datenlage | 25% |
| 9. Einbindung von Kampagnen in regionale Settings | 100% |
| 10. Sicherung von Nachhaltigkeit der Projekte | Kaum realistisch machbar |
| 11. Verbesserung der Homepage www.fgoe.org | 100% |
| 12. Untersuchung zur Nutzung der Seite www.gesundesleben.at | 0% |
| 13. Einleitung einer zweiten Phase der Gesundheitsförderung in Österreich | 75% |
| 14. Abgrenzung der Zuständigkeiten des FGÖ in der Gesundheitsförderung | 75% |
| 15. Beibehaltung der Schwerpunktkampagnen | 100% |
| Gesamtzielerreichung | 77% |

Abb. 24 Umsetzung der Empfehlungen aus der Evaluation 2002

¹⁵ <http://www.ispm.unibe.ch/files/file/966.Schlussbericht+22.4.pdf>

Empfehlungen gewichteten Werten wird hierbei verzichtet, da sie am grundsätzlich positiven Ergebnis nichts ändern dürfte.

7.9 Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Befragungen

Im Rahmen des Gutachtens wurden qualitative und quantitative Befragungen von Akteuren der Gesundheitsförderung als zusätzliche Evaluationsinstrumente eingesetzt.

7.9.1 Ergebnisse der quantitativen Befragung

In der quantitativen Befragung von Akteuren der Gesundheitsförderung in Österreich wurde, von einigen Ergänzungen abgesehen, ein identischer Fragebogen eingesetzt wie im Jahr 2002 (Fragebogen im Anlagenband). Das Stichprobendesign, die Ausschöpfungsraten und die Struktur der Stichproben sind vergleichbar. Die Stichprobe hat keinen positiven Bias hinsichtlich Personen, die von der Tätigkeit des FGÖ deutlich profitieren, im Gegenteil nimmt der Anteil der Befragten mit abgelehnten Ansuchen zwischen 2002 und 2006 deutlich zu. Die realisierte Stichprobengröße beträgt n=166 im Jahr 2006 (Ausschöpfung 39%) und n=144 im Jahr 2002. Eine erwünschte Erhöhung der Ausschöpfung durch ein zweites Erinnerungsschreiben musste aus Zeitgründen unterbleiben.

Die Werteverteilungen zu einigen Thesen zur Gesundheitsförderung (Frage 1) sind zwischen 2002 und 2006 äußerst stabil, lediglich die Evaluationsnotwendigkeiten werden erstaunlicherweise weniger pointiert für wichtig gehalten. Die Zuständigkeit des FGÖ und die Organisationsstruktur werden übereinstimmend als gut bewertet, das Finanzvolumen erhält 2006 eine signifikant schlechtere Bewertung, in der u.U. die bisher nicht vorgenommene Valorisierung der Mittel zum Ausdruck kommt.

| Mittelwerte | 2006 | 2002 |
|--|------|------|
| Zuständigkeit des FGÖ für Gesundheitsförderung | 2,11 | 2,18 |
| Organisationsstruktur des FGÖ | 2,30 | 2,39 |
| Jahresbudget (7,25 Mio. EUR) | 3,00 | 2,65 |

Abb. 25 Benotung der Zuständigkeit des FGÖ, der Organisationsstruktur und des Jahresbudgets (Frage 2 bis 4) (Österreichisches Schulnotensystem 1–5)

| | Wichtigkeit | | Umsetzung | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2006 | 2002 | 2006 | 2002 |
| Gesamtmittelwert | 1,58 | 1,58 | 2,21 | 2,25 |

Bewertung: 1 = sehr wichtig bis 5 = unwichtig, verzichtbar

Abb. 26 Wichtigkeit und Bewertung der Zielperspektiven des FGÖ insgesamt

Die Wichtigkeit und Richtigkeit der Projektförderungskriterien (Frage 5) wird weitestgehend übereinstimmend bestätigt, Kritik gibt es wie bereits im Jahr 2002 bei der Nichtförderung österreichweiter Projekte.

Bei insgesamt recht gleichartigen Bewertungen der Oberziele des Gesundheitsförderungsgesetzes (Frage 6) wird die Erzielung eines Mehrwerts in der Gesundheitsförderung im Jahr 2006 für deutlich wichtiger gehalten als im Jahr 2002.

Die Analyse des Gesamtmittelwerts der 25 Items zu den Zielperspektiven des FGÖ (Frage 7) zeigt zwischen 2002 und 2006 praktisch keine Unterschiede. Die Perspektiven werden im Mittel für wichtig eingeschätzt und in der Umsetzung als gut bewertet. Bezüglich der Einschätzung der Umsetzung sind verbesserte Einschätzungen festzustellen bei:

- der Einschätzung des FGÖ als anerkannte sowie bekannte Institution der Gesundheitsförderung
- den Vernetzungsaktivitäten
- sowie der Projektdatenbank.

Abnehmende Beurteilungen ergeben sich für die Bereiche:

- der innovativen Kommunikationsformen
- und der Nachhaltigkeit.

Die Veränderungen der Bewertungen erscheinen plausibel. Bei den nach Sicht der Befragten prioritären Handlungsbereichen (Frage 8c) fallen vier Felder auf, in denen der FGÖ noch stärker aktiv werden sollte und dies zumindest in drei Bereichen auch selbst administrativ und strategisch umsetzen kann:

- die Klientenorientierung
- die Vernetzung und Motivation der Akteure
- und die Förderung von Nachhaltigkeit.

Die sechs Schwerpunktbereiche werden im Mittel als wichtig eingeschätzt (Frage 9), wobei die Handlungsfelder der seelischen Gesundheit und der Bewegung für wichtiger beurteilt werden als die der älteren Menschen und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Der Grad der Umsetzung wird insgesamt nur als befriedigend bewertet, wobei der höchste Umsetzungsgrad bei der Ernährung und der Bewegung und der geringste bei älteren Menschen und Kindern und Jugendlichen gesehen wird. Die Bewertung des Umsetzungsgrades scheint so stark von den medialen Aktivitäten und Kampagnen des FGÖ im Bereich der Bewegung und Ernährung beeinflusst.

| | n | Wichtigkeit 166 | Umsetzungsgrad 166 |
|--|---|--------------------|-----------------------|
| Seelische Gesundheit | | 1,25 | 2,68 |
| Bewegung | | 1,32 | 2,28 |
| Ernährung | | 1,40 | 2,12 |
| Gesamtmittelwert | | 1,47 | 2,61 |
| Kinder- und Jugendliche im außerschulischen Bereich | | 1,55 | 2,83 |
| Ältere Menschen im ländlichen und städtischen Raum | | 1,63 | 3,00 |
| Erwerbstätige in Klein- und Mittelbetrieben | | 1,64 | 2,72 |
| Konfidenzintervall 95% | | 1,57–1,37 | 2,76–2,46 |

Abb. 27 Wichtigkeit und Umsetzungsgrad der Schwerpunktbereiche

Die offene Frage zu weiteren gewünschten Schwerpunkthemen ergab insgesamt 61 Nennungen, die allerdings kaum tatsächlich neue Felder beschreiben. Die Nennungen zeigen aber, dass die bestehende Schwerpunktsetzung im Bereich der BGF nach Meinung der Befragten aufrecht erhalten werden sollte und die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, darunter auch Arbeitslose genannt, noch verstärkt werden sollte.

Gegenüber der Befragung 2002 werden im Mittel die durch die Arbeit des FGÖ bewirkten Maßnahmen als verbessert bewertet (Frage 10), wenngleich in leichter Tendenz eine etwas kritischere Gesamtbewertung abgegeben wird. Überdurchschnittliche Verbesserungen werden und wurden in vier Bereichen gesehen:

- ▷ in der Quantität und Vielfalt von Projekten
- ▷ in den Informationsmöglichkeiten im Web
- ▷ in der Aus- und Fortbildung
- ▷ sowie in der Evaluationsberatung bzw. -durchführung.

Nur unterdurchschnittliche Verbesserungen werden ebenfalls bei vier Bereichen gesehen:

- ▷ dem Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis
- ▷ der Finanzierung der Maßnahmen
- ▷ der Laufzeit der Maßnahmen (Nachhaltigkeit)
- ▷ den Projektförderungskriterien.

Zwischen 2002 und 2006 hat sich die Struktur der Respondenten hinsichtlich des Einreichens eines oder mehrerer Ansuchen (Frage 13) mit 51% und 60% nicht signifikant verändert. Wohl aber ist bei den Ansuchenstellern in der Befragung 2006 die Ablehnungsquote signifikant gestiegen und auch die Mehrfachförderung ist signifikant gesunken.

Die Befragten des Jahres 2006 haben mit 85% gegenüber 68% signifikant häufiger an Veranstaltungen des FGÖ teilgenommen als die Befragten des Jahres 2002 (Frage 14). Hinsichtlich der besuchten Veranstaltungsarten ergeben sich keine Unterschiede. Am häufigsten werden die Präventionstagungen und die Gesundheitsförderungskonferenzen genutzt. Im Durchschnitt wurden 2,2 Veranstaltungen besucht.

Die Arbeit des FGÖ wird unverändert insgesamt mit gut bewertet (Frage 16). Die Bewertung der einzelnen Dienstleistungsqualitäten ist ebenfalls unverändert, wo die Freundlichkeit und die fachliche Richtigkeit überdurchschnittlich gut bewertet werden, die schnelle Bearbeitung aber nur mit der Note befriedigend, wobei aber keine signifikante Verschlechterung in der Bewertung der Bearbeitungsdauer zwischen 2002 und 2006 festzustellen ist. Die vielfach informell geäußerte Kritik an den langen Bearbeitungszeiten der Geschäftsstelle des FGÖ findet so in der Beurteilung der Befragten keine wirklich nachweisbare Entsprechung.

| 1= sehr gut bis 5= nicht genügend | 2006 | 2002 | |
|---|-------------|-------------|--------------------|
| Neue Basis: Befragte die mindestens ab und zu mit dem FGÖ zu tun haben n= | 124 | 109 | Mittelwert T-Wert* |
| Freundlichkeit | 1,48 | 1,43 | 0,55 |
| Fachliche Richtigkeit und Kompetenz | 1,60 | 1,68 | 0,85 |
| Schnelle Erreichbarkeit | 1,81 | 1,66 | 1,35 |
| Mittelwert der Einzelwerte | 1,91 | 1,83 | 0,69 |
| Schnelle Bearbeitung | 2,76 | 2,54 | 1,33 |
| Konfidenzintervall 95% | 2,07-1,75 | | |
| Gesamtnote | 1,93 | 1,91 | 0,17 |

Abb. 28 Benotung des FGÖ

*Der T-Wert liefert das Ergebnis der durchgeführten Signifikanztests, mit denen geprüft wird, ob sich die ermittelten Stichprobenwerte im Jahres- oder Gruppenvergleich signifikant (d.h. überzufällig) unterscheiden. Ist der Wert >1.96, so liegen statistisch signifikante Ergebnisse vor, wobei hier die übliche Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% zugrunde gelegt wird.

Die Zufriedenheit mit der Arbeit des FGÖ in den letzten drei Jahren ist sehr hoch (Frage 17). 42% der Befragten sind mit der Arbeit des FGÖ zufriedener, 47% gleichbleibend zufrieden und nur 11% sind unzufriedener.

Über 60% der Befragten sind 2006 der Meinung, dass Österreich in der Gesundheitsförderung ganz vorn bzw. im oberen Mittelfeld liegt, ca. ein Drittel geht von einem Durchschnittsplatz aus und deutlich weniger als 10% sind der Meinung, dass Österreich hier auch nur unterdurchschnittlich ist. Diese Meinungen stimmen mit unserer Einschätzung zum Entwicklungsniveau der Gesundheitsförderung im Vergleich Deutschlands, Österreich und der Schweiz recht gut überein (vgl. Kap. 6)

Zusammenfassend zeigt sich eine gleichbleibend gute Beurteilung der Handlungsstrukturen, Zielsetzungen, Handlungskriterien und Handlungsorientierungen des FGÖ. Relevante oder stark signifikante Negativbeurteilungen sind gegenüber der Befragung im Jahr 2002 nicht festzustellen. Neben verschiedenen Einzelpunkten wird jedoch v.a. die Finanzausstattung des FGÖ deutlich kritischer beurteilt, was u.U. auf die bisher nicht erfolgte Valorisierung der Mittel zurückgeführt werden kann. Die Gesamtnote des FGÖ beträgt im Jahr 2006 1,9 und 89% der Befragten sind mit der Arbeit des FGÖ in den letzten drei Jahren gleichbleibend zufrieden oder zufriedener (42%).

7.9.2 Ergebnisse der qualitativen Befragung mit Akteuren

Fasst man die qualitativen Interviews mit ausgewählten Mitgliedern des Beirats und des Kuratoriums sowie externen Akteuren zusammen,¹⁶ so ergeben sich die im Folgenden aufgeführten Befunde.

Allgemeine Einschätzung der Entwicklung des FGÖ

Die allgemeine Bewertung fällt in großer Mehrzahl sehr gut bis gut aus, wobei nicht selten hier bereits auf die nur beschränkte Finanzausstattung verwiesen wird. Verbesserungen gegenüber früher werden bei der Qualität der Projekte, der (föderalen) Kooperation (AKS Austria, Netzwerk BGF), der Beratungsaktivität und Beratungskompetenz des FGÖ gesehen. Gleiches gilt auch für die höhere Finanzausstattung der Projekte und die längeren Projektlaufzeiten. Bei grundsätzlich positiver Bewertung kommt es zu kritischen Würdigungen, die folgende Bereiche betreffen:

- Bürokratismus, zu lange Bearbeitungszeiten, noch zu geringe Kundenorientierung
- Zentralismus (muss alles von Wien aus gemacht werden?)
- Keine Förderung von Kleinprojekten (< 10.000 EUR).

Bewertung der Organisationsstruktur des Fonds

Die Zusammenarbeit der drei Organe hat sich in mehrheitlicher Einschätzung deutlich verbessert und wird nun als überwiegend sehr gut bis gut bewertet. Die politischen Konflikte haben offenbar abgenommen, wobei auf die hervorragende, antizipatorische und vermittelnde Rolle des Geschäftsführers wiederholt verwiesen wird. Auch hier richten sich kritische Stimmen i.w. auf die bürokratischen Strukturen und schwierigen Verfahrensabläufe.

Bewertung des Budgets

Die Finanzmittel werden stark überwiegend als zu gering bewertet, allerdings wird auch darauf verwiesen, dass die bestehenden Mittel nicht immer voll ausgeschöpft wurden, was in

¹⁶ Insgesamt wurden 29 qualitative Interviews geführt. Die Liste der Gesprächspartner befindet sich in der Anlage.

den Jahren 2005 und 2006 aber der Fall war bzw. sein wird. Dieser scheinbare Widerspruch lässt sich auflösen, wenn man an eine noch stärkere strategische Schwerpunktsetzung des Fonds auf 100% durchfinanzierte Modellprojekte denkt, die allerdings diskutiert werden muss, und u.E. keinesfalls zur Einschränkung oder gar zur Aufgabe der Bottom-up-Ansätze der anteiligen Projektförderung führen darf, da dabei die institutionelle und politische Akzeptanz des FGÖ v.a. bei den Antragsstellern, aber partiell auch den föderalen Einrichtungen der Gesundheitsförderung schnell und tiefgreifend gefährdet werden dürfte.

Bewertung des Handlungsfeldes Gesundheitsförderung / Medizinische Primärprävention

Alle Institutionen der Gesundheitsförderung bewegen sich prinzipiell im Spannungsfeld zwischen der ressourcenstärkenden, salutogenetischen Gesundheitsförderung mit Populationen und der risikosenkenden Individualprävention, die auch medizinische Maßnahmen umfassen kann. Auch wenn der FGÖ mit seinen Projektförderungs- und Ausschlusskriterien hier u.E. klare und verständliche Bewilligungsvoraussetzungen definiert hat, werden immer wieder Projekte zur Förderung eingereicht, die den Förderkriterien nicht entsprechen und so abgelehnt werden müssen, wobei nicht selten gerade hier politische Einflussnahmen festzustellen sind. Hierbei sind u.E. mindestens zwei Konstellationen zu unterscheiden. Einmal Anträge, die eindeutig fehlplatziert sind, zum anderen Anträge, bei denen man unter dem Begriff der „Gesundheitsvorsorge“ Schwierigkeiten bei der Abwägung und Entscheidung hat. Nicht zu verhehlen ist aber auch, dass es in Österreich wie z.B. auch in Deutschland zu politischen bis hin zu ideologischen Präferenzen der jeweiligen Ansätze kommt, die u.E. mit einem breiten und umfassenden Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention nicht kompatibel sind. Um es deutlich zu formulieren, sind wir der Auffassung, dass bei der nicht leichten Aufgabe der Gesundheitsförderung und Prävention, mittel- und langfristig die Erkrankungswahrscheinlichkeit von Individuen und Populationen zu senken, alle derzeit als wirksam nachgewiesenen oder als wirksam eingeschätzten Maßnahmen in breiter Form und immer stärker populationsdurchdringend zum Einsatz kommen müssen. Mit zwei Beispielen aus der Gynäkologie und Geburtshilfe wollen wir unsere Auffassung begründen, wobei sich in jeder anderen Fachrichtung leicht weitere Beispiele finden lassen.

Maßnahmen der ressourcenstärkenden Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung können – wie das BabyCare-Programm in Deutschland zeigt – die Frühgeburtenrate senken. Mit einem Screening auf Vaginalinfektionen bzw. Infektionen mit Chlamydien und ggf. therapeutischen und gesundheitsaufklärenden Maßnahmen lassen sich negative Geburtsoutcomes wie auch die spätere Infertilität senken. Beide Maßnahmen sind in einem umfassenden Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention prinzipiell richtig und auch gleichberechtigt, die entscheidende Frage ist dabei lediglich, wer für die Finanzierung und Durchführung zuständig ist. Nach geltender Rechtslage ist der FGÖ für Maßnahmen der medizinischen Prävention (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) nicht zuständig. Die dem FGÖ bereitgestellten Mittel würden zu einer derartigen Aufgabenwahrnehmung auch in keiner Weise ausreichen. Im weiten Feld der medizinischen Prävention und gerade der Primärprävention sehen wir – wie auch nicht wenige Gesprächspartner – Defizite und Handlungsbedarfe beim zuständigen Gesundheitsministerium und den Sozialversicherungsträgern:

- das Fehlen einer nationalen und föderal abgestimmten Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention, die die Aufgabenzuweisungen der Gesundheitsförderung an den FGÖ aufrecht erhält und durch Aufgabenzuweisungen an die Sozialversicherungen auf dem Gebiet der medizinischen Primärprävention umfassend ergänzt;
- die Sozialversicherungen müssen auch im ureigensten ökonomischen Interesse ihre Maßnahmen auf dem Feld der medizinischen Primärprävention deutlich verstärken.

Solange dies nicht geschieht, wird der FGÖ immer wieder mit Ansuchen beschäftigt sein, die nicht in seine Zuständigkeit fallen und dies mit folgenreichen Auswirkungen auf die Projektbearbeitungs- und Bewilligungszeiten.

Recht heterogene Beurteilungen ergaben die Gespräche über die Notwendigkeit und Wirksamkeit sowie über die Wirtschaftlichkeit von Kampagnen im Rahmen der Gesundheitsförderung. Sie reichen von völliger Ablehnung bis hin zur Einschätzung einer ergänzenden und unterstützenden Funktion.

In Bezug auf die Bewilligungs- und Bearbeitungszeiten, die immer wieder auf Kritik stoßen, ist seit der letztmaligen Evaluierung ein gewisses Umdenken erkennbar. Es scheint Verständnis dafür zu entstehen, zu überlegen, wie Prüfverfahren im kaufmännischen Bereich effizienter und effektiver gestaltet werden können. So haben auch die bislang der Idee der Vereinfachung von Abrechnungen eher skeptisch gegenüberstehenden Gesprächspartner/Institutionen eine wohlwollende Prüfung von Vorschlägen signalisiert, die bei Projekten unter 72.000 EUR in Richtung „Ausdünnung“ der Projektförderungskriterien und stärkerer Pauschalierung im Abrechnungswesen gehen. Derartige Vorschläge verdienen u.E. besondere Beachtung, weil diese bei der letzten Evaluation unsererseits ebenfalls vorgeschlagen wurden, aber damals noch auf große Zurückhaltung gestoßen waren.

Bewertung der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen wird in großer Mehrzahl so eingeschätzt, dass sie sich in den letzten Jahren sehr gut bis gut entwickelt hat. Wiederholt genannt wird die Rolle des FGÖ in Zusammenhang mit AKS Austria sowie dem Netzwerk der BGF, aber auch die Zusammenarbeit mit einzelnen föderalen Institutionen der Gesundheitsförderung. Nur ein Gesprächspartner bewertet die Zusammenarbeit zwischen dem FGÖ und dem Bundesland als stark entwicklungsbedürftig, sieht dafür aber die Ursachen i.w. in der Gesundheitspolitik des Landes und einer dort sehr spezifischen Sicht auf Gesundheitsförderung.

Bewertung der unterschiedlichen föderalen Projektfinanzierung durch den FGÖ

Die Zahl der Gesundheitsförderungsprojekte und die verausgabten Mittel sind in den einzelnen Bundesländern (bezogen auf die Bevölkerungszahl) recht unterschiedlich. Dieses politisch heikle Faktum wird nicht skandalisiert, sondern auf recht einleuchtende Ursachen zurückgeführt. Unterschiede ergeben sich danach wegen:

- einer föderal fehlenden kompatiblen Politik der Gesundheitsförderung
- fehlender oder zu geringer ergänzender Finanzierungsmöglichkeiten
- fehlender oder zu gering ausgeprägter institutioneller Strukturen
- fehlender oder in zu geringem Maße vorhandener „kreativer Köpfe“.

Bewertung der Aktivitäten der Sozialversicherungsträger in der Prävention und Gesundheitsförderung

Die Bewertung diesbezüglicher Aktivitäten ist mehrheitlich sehr kritisch und eine stärkere Aufgabenwahrnehmung wird angemahnt (s.o.). Die mehrheitlich prekäre Finanzlage der Kassen dürfte kein Argument für die weitere Untätigkeit vieler Kassen sein, wobei auf Ausnahmen hinzuweisen ist. Das Positionspapier der Sozialversicherungsträger zur Gesundheitsförderung und Prävention vom Dezember 2005 wird – so es i.E. bekannt ist – zusammenfassend als politisch schlecht platziert, inhaltlich schwach, da keine Settingorientierung, als extrem teuer und wahrscheinlich innerhalb der SV als nicht konsensfähig bewertet.

Beurteilung der Erreichung der Ziele des Gesundheitsförderungsgesetzes

In großer Mehrheit wird auf die nur langfristige Erreichbarkeit dieser Ziele verwiesen, wobei man schon viele zielführende Schritte unternommen hat. Kritik finden wieder die für eine Zielerreichung zu geringen Finanzmittel und die Kampagnen, die wohl umstritten sind und bleiben.

Beurteilung der Evaluationsmaßnahmen von Gesundheitsförderungsprojekten

Hier werden deutliche Entwicklungsschritte registriert. Durch die 100%-Finanzierung der Evaluation der „Großprojekte“ sei die Qualität der Projekte und die der Evaluationen gestiegen. Gleichwohl muss an der weiteren Unterstützung und Verbesserung der Evaluation gearbeitet werden. Die noch zu oft zu geringen Evaluationsbudgets müssen überdacht werden und eine noch stärkere Beratung und Schulung der Projektdurchführenden in der Evaluation müsse sichergestellt sein. Die häufig rein legitimatorische Betrachtung von Evaluation müsse reduziert und eine Fehlerkultur („auch aus Fehlern lernen“) müsse sich entwickeln können, „so schwierig das auch gerade in Österreich sei.“ Über die Möglichkeiten der „summativen Evaluation“ von Projekten unterhalb der Grenze von 72.000 EUR müsse nachgedacht werden.

Wünsche für die Zukunft des FGÖ

Diese sollen abschließend noch einmal i.E. wiedergegeben werden. Sie spiegeln i.w. die aktuelle Diskussion um die geplante Neuorganisation des Feldes durch das Gesetzesvorhaben der Gesundheit Österreich GmbH.

- ▶ Er sollte von der Politik unabhängiger werden und als selbständiger Fonds aufrecht erhalten bleiben
- ▶ Dass es ihn in seiner jetzigen Form weiter gibt
- ▶ Dass er so weitergeführt wird, wie bisher und dass kein Riesenapparat gebildet wird, der zu noch mehr Verwaltung und Bürokratie führt
- ▶ Das erreichte Niveau muss erhalten bleiben und Bürokratie abgebaut werden
- ▶ Netzwerke bilden und mit den Ländern und Regionen noch enger kooperieren, Abbau zentralistischer und bürokratischer Elemente
- ▶ Dass er bleibt und sich weiter gut entwickelt
- ▶ Dass es bei einer Politik der Gesundheitsförderung bleibt und keine anderen Weichenstellungen erfolgen
- ▶ Netzwerke bilden; Langfristige Orientierungen diskutieren und umsetzen
- ▶ Dass es zu der geplanten Veränderung nicht kommt.

Das von uns – in Anlehnung an andere Länder – vorgeschlagene neue Handlungsfeld der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen stieß auf interessierte bis sehr interessierte Zustimmung.

7.10 Evaluation von Unternehmensorganisation, Unternehmensführung und Arbeitsbedingungen als zu erreichende Prozessziele des FGÖ

Aufgrund auch der Empfehlungen der ersten Evaluation des FGÖ wurde im Jahr 2002 das Personal der Geschäftsstelle deutlich aufgestockt. Die Anzahl der Mitarbeiter erhöht sich von 11 auf nunmehr 16 Personen. Der Bereich der Gesundheitsreferenten wurde von vier auf sechs Referenten aufgestockt, außerdem wurde eine zusätzliche Stabsstelle für PR und Öffentlichkeitsarbeit geschaffen und zusätzliches Personal für den kaufmännischen und den Sekretariatsbereich eingestellt.

Auch wenn sich der FGÖ damit zwar weiter als kleines Unternehmen im Rahmen der KMU präsentiert, sind bei nunmehr mehr als 15 Mitarbeitern gleichwohl die Organisations- und Handlungsstrukturen gegenüber früher im wesentlichen unverändert geblieben. Der FGÖ arbeitet in der Geschäftsstelle nach wie vor mit einer einfachen Leitungsstruktur und ist in vier Gruppen gegliedert, die allerdings nicht durchgängig Abteilungscharakter haben. Dies gilt nur für den kaufmännischen Bereich, das Sekretariat und die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, wohingegen bei den Gesundheitsreferenten eine eigenständige Abteilungsleitung fehlt.

Die Evaluation der Tätigkeit des FGÖ hat auch die strukturellen Bedingungen der Arbeit der Geschäftsstelle des FGÖ zu umfassen, da die Erreichung der vom FGÖ formulierten Prozessziele in wesentlichem Maße von der Organisations- und Handlungsstruktur, den Arbeitsbedingungen und der Arbeitsmotivation der Mitarbeiter abhängig ist. Darüber hinaus benennt der FGÖ ausdrücklich die „hohe Qualifikation des Personals“, das „qualifizierte Management“ sowie das „gute Arbeitsklima“ als zu erreichende Prozessziele.

Zur Evaluation dieser Struktur- und Prozesselemente der Tätigkeit der Geschäftsstelle des FGÖ wurden folgende Methoden angewendet:

1. Qualitative Interviews mit den Mitarbeitern
2. Analyse des Gesundheitsförderungsprojektes (GIF) inkl. eines qualitativen Interviews mit den Leitern des GIF Projekts
3. Qualitative Interviews mit der Geschäftsleitung
4. Nutzung einschlägiger Aussagen aus den qualitativen Interviews mit den externen Gesprächspartnern.

Unter Verwendung dieser verschiedenen Methoden ist es sicher möglich, ein recht zuverlässiges Bild der Zielerreichung der genannten Kriterien zu zeichnen. Bevor die Ergebnisse zu den einzelnen Evaluationsinstrumenten dargestellt werden, erfolgt zunächst eine kurze organisationsanalytische Beschreibung der Tätigkeit der Geschäftsstelle des FGÖ.

7.10.1 Organisationsanalytische Beschreibung und Bewertung der Tätigkeit der Geschäftsstelle des FGÖ

Zentrale Aufgabe der Geschäftsstelle des FGÖ ist die „Organisation“ der Gesundheitsförderung in Österreich auf der Grundlage des GF-Gesetzes sowie der weiteren konkretisierenden Beschlüsse des Kuratoriums. Zu dieser Organisation gehören die in den Unterkapiteln 7.1 bis 7.8 benannten Handlungs- und Aufgabenbereiche. Die konkrete Tätigkeit des FGÖ vollzieht sich auf der Grundlage von jeweiligen Dreijahresprogrammen, innerhalb derer die jährlichen Arbeitprogramme und Jahresberichte jeweils Meilensteine darstellen. Mit der Erstellung des dritten Dreijahresprogramms 2007 bis 2010 werden Orientierungen und Handlungsziele für die nähere Zukunft geleistet.

Die „Kunden“ der Geschäftsstelle des FGÖ umfassen vielfältige Bereiche:

- ▷ Politik und politische Administration auf Bundes- und Länderebene und z.T. auch kommunaler Ebene
- ▷ Kuratorium und Beirat
- ▷ Projekteinreicher und Projektdurchführende (z.B. Modellprojekte)
- ▷ Föderale Einrichtungen der Gesundheitsförderung in Österreich
- ▷ Weitere Akteure der Gesundheitsförderung im In- und Ausland
- ▷ Fachöffentlichkeit
- ▷ Wissenschaft
- ▷ Öffentlichkeit in regionalen Settings
- ▷ Presse und Öffentlichkeit (regional und österreichweit).

Die konkrete Tätigkeit aller Mitarbeiter der Geschäftsstelle des FGÖ und im Besonderen die der Gesundheitsreferenten sowie der kaufmännischen Abteilung sind – neben der Erstellung der jährlichen Programme und Berichte sowie zahlreichen weiteren Aufgaben – terminlich an die Sitzungen von Beirat und Kuratorium gebunden. Besonders die eingereichten Projekte ≥ 72.000 EUR müssen unter diesen fixen terminlichen Zwängen inhaltlich, methodisch und finanziell/kaufmännisch geprüft und mit einer Empfehlung auf Förderung oder Nichtförderung an die genannten Gremien weitergegeben werden.

In der Projektförderung finden die Mitarbeiter der Geschäftsstelle des FGÖ Klienten vor, deren Professionalität hinsichtlich Antragstellung, Organisation, Management und betriebswirtschaftlicher Kenntnisse als höchst heterogen bezeichnet werden muss und mit den beiden Polen eines kleinen Vereins einerseits und eines Großunternehmens andererseits charakterisiert werden kann. Innerhalb der Geschäftsstelle des FGÖ ist eine prinzipielle Parallelität der inhaltlich/methodischen und kaufmännischen Prüfung gegeben, wobei der Komplexitätsgrad und die Dauer der Prüfungen in den möglichen vier Entscheidungsfeldern unterschiedlich sein dürfte und zu längeren Bearbeitungsprozessen vor allem bei unterschiedlichen Voten und insbesondere bei positiver inhaltlicher und fraglicher oder negativer kaufmännischer Beurteilung führen dürfte.

Neben den vielfältigen anderen genannten Aufgaben des FGÖ sind v.a. die Projekte die zentralen Produkte für die politische und wissenschaftliche Beurteilung der Tätigkeit des FGÖ.

Eines der Hauptziele und der Hauptaufgaben der Geschäftsstelle des FGÖ muss es deshalb sein, kontinuierlich neue und möglichst innovative Projekte zu „akquirieren“, sie zu bewerten, vorzuentcheiden, den Gremien zur Bewertung bzw. Endentscheidung vorzulegen, sie ggf. schließlich abzulehnen oder eine Förderungszusage zu machen. Im Falle einer positiven Entscheidung müssen die Projekte vom Gesundheitsreferenten betreut und begleitet werden, Zwischen- und Schlussberichte gelesen und bewertet sowie von der kaufmännischen Abteilung mehrere Abrechnungen erstellt werden. In verschiedenen Phasen (z.B. Start oder Ende eines Projekts) bedarf es einer eingehenden Zusammenarbeit der Gesundheitsreferenten mit dem Bereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Die Zahl der geförderten Projekte, ihre Innovation und ihr erfolgreicher Abschluss dürften so intern wie extern die wesentlichsten Beurteilungskriterien der Arbeit des FGÖ sein. Wesentliche (v.a. rechtsverbindliche) Entscheidungen der Mitarbeiter des FGÖ bedür-

fen der Zustimmung des Geschäftsführers. Die fehlende Abteilungsleitung im Bereich der sechs Gesundheitsreferenten führt zu einem erheblichen, zusätzlichen Arbeitsumfang in der Geschäftsführung. Neben diesen internen Kontroll- und Entscheidungsfunktionen ist die Geschäftsleitung des FGÖ auch kontinuierlich im politischen Management des FGÖ sowohl auf Bundes- als auch auf föderaler Ebene tätig. Dazu gehört neben der Sicherung des Bestandes und der Weiterentwicklung des Fonds und der Gesundheitsförderung in Österreich v.a. auch die rechtzeitige Erkennung, Bearbeitung und ggf. Lösung von sich entwickelnden politischen Problemen im näheren und weiteren Umfeld der Tätigkeit des FGÖ.

Insgesamt ist so die Tätigkeit der Geschäftsstelle des FGÖ als hochkomplex und äußerst arbeitsintensiv zu charakterisieren, wobei sie dabei eine Vielzahl unterschiedlicher Kundeninteressen zu befriedigen hat und auch kontinuierlich versuchen muss, die Politik in den Prozess der Organisation der Gesundheitsförderung einzubinden und die Tätigkeit des Fonds politisch zu sichern.

Für diese zentralen Aufgaben stehen in der Geschäftsstelle des FGÖ zunächst auf der Mitarbeiterebene der Gesundheitsreferenten zweifellos hochqualifizierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zur Verfügung. Der einzige wieder bestehende Mangel ist, dass nicht zumindest ein Gesundheitsreferent ausreichende Qualifikation in der Evaluation und Evaluationsforschung aufweist.

Mit Blick auf die vielfältigen Ziele des FGÖ stellt sich u.E. gerade unter dem Gesichtspunkt der Mitarbeitermotivation aber auch zunehmend die Frage nach den wichtigsten Ziel- und Erfolgskriterien der Arbeit der Geschäftsstelle des FGÖ im Rahmen der immens breiten Klienten- und Aufgabenstruktur.

Im Gegensatz zu einem Wirtschaftsunternehmen ist der Erfolg des „Unternehmens FGÖ“ nicht sinnvoll in Bilanzen messbar. „Gewinne“ wie „Verluste“ des FGÖ sind aber auch nicht an den 22 selbst definierten finalen und prozesshaften Zielen zu ermitteln, da dieses Informations- und Motivationssystem im Alltag viel zu komplex ist. Wir empfehlen dem FGÖ im Austausch mit den Mitarbeitern deshalb, für die Geschäftsstelle insgesamt und die vier Arbeitsgruppen jeweils überschaubare Zielsysteme zu entwickeln, die z.B. aus drei Produkt- bzw. Ergebniszielen, drei Prozess- und drei Klientenzielen bestehen.

Bezüglich der Gruppe der Gesundheitsreferenten wären für die einzelnen Systeme Erfolgskriterien zu klären, festzulegen und ggf. zu priorisieren, z.B.:

Produkt- bzw. Ergebnisziele

- Zahl der Ansuchen
- Zahl der geförderten Projekte
- Volumen der geförderten Projekte
- Qualität der geförderten Projekte
- Ergebnis der geförderten Projekte
- Innovation der Projekte
- Neue Bedarfe
- Neue Zielgruppen
- Neue Maßnahmen

Prozessziele

- Bearbeitungsdauer
- Reaktionszeit
- Beratungsqualität
- Bearbeitungsqualität
- Klientenziele und Strukturziele
- Priorisierung der Klienten nach Wichtigkeit
- Kundenbedarf
- Kundenzufriedenheit
- Vernetzung
- Schulungen

Das qualifizierte Management des Geschäftsführers ist unbestritten und wird v.a. in der politischen Absicherung des Fonds durchgängig von allen Gesprächspartnern als sehr positiv hervorgehoben. Wie grundlegend wichtig dieser Handlungsbereich ist, zeigt die Entwicklung, die die Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung in den vergangenen Monaten genommen hat.

Die Arbeit im Bereich der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit hat insgesamt und auch durch die Einrichtung einer zusätzlichen Stelle noch einmal deutlich an Qualität gewonnen. Die Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung wird als sehr gut eingeschätzt, wenn auch kritisiert wird, dass jede kleine, finanzielle Entscheidung abgestimmt werden muss. Mehr Entscheidungskompetenz ist wünschenswert. Als verbesserungswürdig wird die nicht hinlänglich ausgeprägte Corporate Identity und deren visuelle Ausprägung, ein einheitliches Corporate Design, angesehen.

Mit dem Ausbau der kaufmännischen Abteilung sowie der Einstellung eines neuen kaufmännischen Leiters gelang es schnell, die Arbeit in diesem Bereich noch effektiver zu machen, wobei auch bereits Vorschläge zur Vereinfachung verschiedener Aufgaben und Prozeduren vorliegen.

Die Arbeit im Sekretariatsbereich verläuft hocheffizient, kompetent und reibungslos. Dies ist neben der internen Bedeutung dieses Bereichs auch für die Außendarstellung der Geschäftsstelle des FGÖ von großer Bedeutung. Allerdings sind auch hier Aufgaben kritisch hinsichtlich einer Möglichkeit des Outsourcings zu überprüfen, da die Arbeitsbelastung von allen Sekretariatsmitarbeitern (insbesondere kurz vor den Tagungsterminen von Beirat und Kuratorium) als hoch eingeschätzt wird und vor allem im organisatorischen Bereich der Gesundheitsreferenten von diesen mehr Delegation von Aufgaben an das Sekretariat gewünscht wird.

Die Arbeit im Bereich der Gesundheitsreferenten wird durch die erfolgte Aufstockung von vier auf sechs Mitarbeiter durchweg positiv gesehen, trotzdem wird durch erhöhtes Projektaufkommen und unterschiedliche Belastungen bei den Zusatzaufgaben eine bessere Verteilung der Aufgaben und die Einrichtung eines Vertretungsplanes angemahnt. Die geplante und strukturierte Strategiediskussion sowie die Erarbeitung von Kriterien, die die Arbeit effektiver und erleichtern, werden als dringend erforderlich gesehen.

Die Transparenz von Entscheidungen der Geschäftsführung und die Eigenverantwortung der Gesundheitsreferenten muss erhöht werden. So können lange Entscheidungsprozesse in der Projektabwicklung verkürzt werden. Aktuell bleibt noch zu wenig Zeit, um sich über das gesammelte Wissen auszutauschen, den „Fleckerlteppich“ der Gesundheitsförderung zu sichten und auf der Ebene zusätzlicher Forschung gezielt weiterzuentwickeln. Der FGÖ sollte sich stärker als Stelle des Wissenstransfers positionieren. Hinsichtlich des Arbeitsklimas und der Zusammenarbeit der Beschäftigten in der Geschäftsstelle des Fonds sind offensichtlich einige Probleme zu konstatieren, die bei der letzten Evaluation in Art und Umfang so nicht festgestellt werden konnten. Die Arbeitsmotivation aller Beschäftigten ist sehr hoch, die Arbeitszufriedenheit leidet aber nicht selten durch eine erhebliche Arbeitsbelastung. Insgesamt muss eine hohe Arbeitsbelastung konstatiert werden, die bei einzelnen Mitarbeitern gerade auch im Bereich der Gesundheitsreferenten als sehr überdurchschnittlich und als andauernd bezeichnet werden muss.

7.10.2 Das Projekt GIF „Gesund im Fonds“

Der FGÖ hat im Jahr 2004 und 2005 ein eigenes Gesundheitsförderungsprojekt mit externen Professionals durchgeführt.

Fasst man das GIF-Projekt zusammen, so zeigt sich, dass der FGÖ auch auf offenbar zunehmende bzw. stärker zu Tage tretende Konflikte unter Mitarbeitern sowie zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern mit der Etablierung eines Gesundheitsförderungsprojekts in der Geschäftsstelle des Fonds reagiert, welches in der durchgeführten Bestandsaufnahme hinsichtlich des Arbeitsklimas bei der Mitarbeiterbefragung kritische Befunde v.a. im Umgang mit Konflikten sowohl zwischen Mitarbeitern (46%) als auch zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern (54%) erbringt, wenngleich die Arbeitszufriedenheit mit 85% doch als recht hoch eingeschätzt wird.

Aufgrund der Befunde und Wünsche erstellte das beauftragte Institut für Arbeitsmedizin (IFA), Baden (Zürich) einen konkreten Maßnahmenvorschlag, der in einen Prozess der Organisationsentwicklung mündet, der im Jahr 2005 bereits begonnen hat und auch weitergeführt werden soll. Dieser Prozess wird von allen Beteiligten positiv, z.T. aber auch mit Skepsis hinsichtlich konkreter Veränderungen in der alltäglichen Praxis bewertet. Welche konkreten und dauerhaften Veränderungen das Projekt bewirkt, kann so derzeit noch nicht festgestellt werden.

7.10.3 Zusammenfassung

Mit der deutlichen Zunahme der Zahl der Mitarbeiter beim FGÖ und der unveränderten Hierarchiestruktur nehmen Konfliktsituationen und Konfliktpotentiale offenbar zu oder werden stärker erkennbar. Bei einer weiteren Vergrößerung des Personals des FGÖ erscheint die Bildung von echten Abteilungsstrukturen im Bereich der Gesundheitsreferenten unausweichlich, die u.E. aber auch bereits derzeit umgesetzt werden könnte. Der FGÖ reagiert auf die sichtbar werdenden Probleme in der internen Kommunikation und Kooperation mit der Durchführung eines Gesundheitsförderungsprojektes, das bislang noch nicht abgeschlossen ist. Dieses stößt bei der Mehrzahl der Mitarbeiter auf hohe Zustimmung und von wenigen Ausnahmen abgesehen auf hohe Erwartungen.

Insgesamt sollte u.E. der begonnene Organisations- und Entwicklungsprozess gezielt weitergeführt werden, um die Arbeitsproduktivität der Geschäftsstelle des FGÖ zu sichern bzw. weiter zu erhöhen.

Zusammenfassend sollte hinsichtlich der Organisations- und Personalstruktur der Geschäftsstelle des FGÖ über folgende Punkte nachgedacht werden:

- ▷ Schaffung einer echten Abteilungsstruktur im Bereich der Gesundheitsreferenten
- ▷ Bereitstellung zusätzlicher evaluativer Kompetenz im Bereich der Gesundheitsreferenten
- ▷ Aufgabenkritische Prüfung aller Tätigkeiten mit dem Ziel der Effektivierung
- ▷ Prüfung der Möglichkeit von Outsourcing-Maßnahmen
- ▷ Diskussion und Definition von handlungsleitenden Unternehmenszielen
- ▷ Verringerung der Arbeitsbelastung durch geeignete Maßnahmen
- ▷ Weiterführung des eingeleiteten Organisations- und Entwicklungsprozesses.

8. Analyse des politischen Handlungsrahmens im Vergleich der Situation der Gesundheitsförderung und Prävention zwischen Österreich, Deutschland und der Schweiz

Die internationale Verbreitung von Gesundheitsförderung ist auch 20 Jahre nach Ottawa gemessen an etablierten Organisationen, die in einem Land speziell dafür zuständig sind, noch entwicklungsbedürftig. Das International Network for Health Promotion Foundations umfasst derzeit 12 Mitglieder, darunter vier in Europa: Österreich, Polen, Ungarn und die Schweiz. Allerdings ist das Kriterium einer Mitgliedschaft im INHPF kein valider Indikator dafür, in welchem Umfang in einem Land Gesundheitsförderung und Prävention betrieben wird, wie allein am Beispiel Deutschlands gezeigt werden kann. Eine umfassende internationale Bestandsaufnahme kann im Rahmen des Gutachtens nicht geleistet werden, wäre aber u.E. kein unwichtiges Thema für ein einschlägiges Forschungsvorhaben des FGÖ.

Im Folgenden wird – soweit die Daten- und Informationslage dies zulässt – ein Vergleich der Situation der Gesundheitsförderung zwischen Österreich, Deutschland und der Schweiz vorgenommen. Gegenstand dieses Vergleichs sind:

- Rechtsgrundlagen und Ziele
- Finanzierung / Mittelausstattung
- Organisationsform
- Personalausstattung
- Projektakquisition / Projektförderung und Projektförderungskriterien
- Art der Projekte
- Beispielhafter Projektüberblick
- Bedeutung und derzeitiger Stand der Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention
- Entwicklung und Akzeptanz der Gesundheitsförderung

Ziel dieser Analyse ist, den erreichten Stand der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich mit dem entsprechenden Entwicklungsniveau der genannten Länder zu vergleichen.

8.1 Rechtsgrundlage, Ziele, Finanzierung und Mittelausstattung, weitere Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention

Die Gesundheitsförderung hat in allen drei Ländern eine gesetzliche Grundlage und eine definierte Finanzausstattung. Die gesetzlichen Normen haben aber jeweils eine sehr unterschiedliche finale Orientierung. Das Gesundheitsförderungsgesetz Österreichs aus dem Jahr 1998 definiert die Ziele der Gesundheitsförderung recht präzise (Verbesserung des Gesundheitswissens und des Gesundheitszustandes der Bevölkerung), während das Krankenversicherungsgesetz der Schweiz aus dem Jahr 1996 keine finalen Ziele definiert und der § 20 SGB V in Deutschland die Verbesserung des Gesundheitszustandes im Besonderen für sozial Benachteiligte benennt.

Pro Kopf liegt die jährliche Mittelausstattung der Gesundheitsförderung nach der derzeitigen Gesetzeslage zwischen 0,93 EUR in Österreich, 1,53 EUR in der Schweiz und

2,76 EUR in Deutschland. Das jährliche Gesamtvolumen beträgt 7,25 Millionen EUR in Österreich, 10,8 Millionen EUR in der Schweiz und ca. 200 Millionen EUR in Deutschland. In allen drei Ländern wurden die zur Verfügung stehenden Mittel offenbar bisher nicht immer voll ausgeschöpft, was allerdings länderspezifisch z.T. recht unterschiedliche Gründe hat.

Der Anteil der Aufwendungen für die Gesundheitsförderung beträgt in Österreich im Jahr 2001 14 Millionen EUR, was 0,1% aller öffentlicher Ausgaben für Gesundheit und 1% der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung entspricht.¹⁷

Die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention zusammen machen in Österreich 9% der öffentlichen Gesundheitsausgaben aus. Davon entfallen jedoch nur 1,7% auf die eigentliche Gesundheitsförderung und damit der größte Anteil auf die Sekundär- und insbesondere die Tertiärprävention. In der Schweiz beträgt der Anteil für Gesundheitsförderung und Prävention 2%¹⁸ und in Deutschland macht er ebenfalls 2% der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 140 Milliarden EUR (2006) aus. Auf die Gesundheitsförderung entfallen davon im Jahr 2004 148 Millionen, was einem Anteil von 0,1% der Gesamtausgaben der GKV entspricht.¹⁹

Wenn diese Zahlen im Ländervergleich auch einige Unschärfen aufweisen und unterschiedliche Bezugsgrößen und Datengrundlagen haben, so ist doch klar ersichtlich, dass die Mittel für Prävention in allen drei Ländern gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben schon sehr gering sind und zu weit über 90% in die Bereiche der tertiären und sekundären Prävention fließen. Die Mittel für Primärprävention und Gesundheitsförderung sind mit einem Anteil von 0,1% an den Gesamtausgaben für Gesundheit z.B. in Deutschland geradezu minimal und stehen in keinem vernünftigen Verhältnis zu den hohen Zielen und Erwartungen, die die Politik mit der Gesundheitsförderung und Primärprävention grundsätzlich verbindet. In allen drei Ländern existieren auf föderaler Ebene – mit wenigen Ausnahmen in Österreich – weitere Einrichtungen der Gesundheitsförderung. In Österreich gelang mit der Gründung des AKS Austria ein Austausch zwischen dem FGÖ und dieser Einrichtung, wie auch in Deutschland die Bundesvereinigung für Gesundheit nationaler Ansprechpartner ist, während in der Schweiz offenbar einige Kooperationsprobleme zwischen den föderalen Einrichtungen und der Schweizer Stiftung bestehen.²⁰

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei einem Anteil der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Primärprävention, die noch nicht einmal 1% der Gesamtausgaben für Gesundheit ausmachen, realistische Erwartungen an eine dadurch begründete Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung nicht begründet sind. Sichtbare und messbare Verbesserungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind dadurch kurzfristig gar nicht zu erwarten und mittel- und langfristig nur durch eine deutliche Erhöhung der Finanzmittel für Projekte, die mit populationsdurchdringenden Maßnahmen umgesetzt werden. Auch dies verdeutlicht noch einmal, dass wir in der Gesundheitsförderung erst eine kurze Strecke eines langen Weges zurückgelegt haben, der mit der Phase des Testens und Erprobens von Instrumenten an kleinen Populationen umschrieben werden kann. Darauf ist bei aller politischen Präventionsrhetorik ebenso hinzuweisen wie darauf, dass man in einer kritischen Sichtweise nach wie vor von einer legitimatorischen Feigenblattfunktion der Gesundheitsförderung für eine nach wie vor primär kurativ ausgerichtete Gesundheitspolitik

¹⁷ Eigene Berechnungen nach: BMGF: Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001, Wien, Dezember 2004.

¹⁸ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/nachhaltige_entwicklung/indikatoren/ind7.indicator.70206.html

¹⁹ <http://www.bdp-gus.de/gp/fb/gkv2000-4.htm>

²⁰ Bundesamt für Gesundheit: Evaluation der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Price Waterhouse Coopers (PWC), 2005 www.bag.admin.ch/kv/forschung/d/2005/eval_gfs.pdf

sprechen kann. Abschließend ist angesichts dieser Befunde die versuchte und zumindest in der Vergangenheit nicht selten gelungene Verwendung der Mittel des FGÖ für medizinische Maßnahmen der Primärprävention nicht zu vertreten. Dies sagt nichts über die Wichtigkeit und Richtigkeit von Maßnahmen der medizinischen Primärprävention aus, sondern lediglich über ihre Finanzierungsmodalitäten.

Eine Bewertung der in den drei Ländern und Einrichtungen verfügbaren Mittel für die Gesundheitsförderung kann ohne Bezugnahme auf die jeweils zu erreichenden Ziele nicht erfolgen. Absolut gesehen handelt es sich z.B. in Deutschland mit über 200 Mio. EUR um einen nicht kleinen Betrag, der sich aber bereits in den Ausgabemöglichkeiten pro Kopf der Bevölkerung von ca. 2,76 EUR deutlich relativiert. Mit diesen Beträgen können u.E. in der derzeitigen Phase der Gesundheitsförderung – dem Testen von Instrumenten und Methoden an kleinen Populationen – Projekte gefördert werden und in Ergänzung Information und Aufklärung betrieben werden, eine wirkliche und sichtbare Ergänzung der nach wie vor stark kurativ ausgerichteten Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems durch Gesundheitsförderung und Primärprävention ist damit aber sicherlich unmöglich. Die bisher in der Gesundheitsförderung international und auch in Österreich erzielten Erfolge sind v.a. in der betrieblichen Gesundheitsförderung nahezu durchgängig überzeugend. Gleiches gilt z.T. auch für das Handlungsfeld der Bewegung, während in den anderen Handlungsbereichen noch Bedarf an weiterer Evidenz besteht. Im Bereich der BGF und der Bewegung sollte es deshalb in der Zukunft zu einer Verbreiterung der Interventionen auf eine größere Zahl von Betrieben bzw. größere Durchdringung von Populationen kommen. Für die damit einzuleitende zweite Phase der Gesundheitsförderung – der Diffusion von bestimmten Ansätzen in breitere Populationen – dürften die in Österreich seit 1998 nicht valorisierten Finanzmittel von 7,25 Mio. EUR u.E. aber kaum ausreichen.

8.2 Organisationsform, Weiterentwicklung und Personalausstattung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Deutschland und die Schweiz eine kassenfinanzierte Gesundheitsförderung betreiben, wobei in Deutschland die derzeit ca. 250 Kassen auch die Träger der Gesundheitsförderung sind, wenngleich sie mit anderen Einrichtungen in der Durchführung kooperieren. Die Aufgaben der Gesundheitsförderung sind in den gesetzlichen Grundlagen in Deutschland und Österreich recht gut von anderen präventiven Aufgaben abgegrenzt, in der Schweiz nur eher mäßig. Eine echte Zielorientierung dessen, was mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung erreicht werden soll, findet sich explizit nur in Österreich.

Die Personalausstattung ist in Deutschland nicht zu ermitteln, sie umfasst in Österreich 16, in der Schweiz 27 Mitarbeiter.

| | Rechtsgrundlage | Träger | Finanzvolumen | pro Kopf der Bev. | Personal |
|--------------------|---|-------------------|---------------|-------------------|----------|
| Deutschland | § 20 Sozialgesetzbuch V (2000) | 262 Krankenkassen | 200 Mio. EUR | 2,76 EUR | NN |
| Österreich | Gesundheitsförderungsgesetz 1998 | Fonds | 7,25 Mio. EUR | 0,90 EUR | 16 |
| Schweiz | Krankenversicherungsgesetz 1996 Art. 19 | Stiftung | 10,8 Mio. EUR | 1,53 EUR | 27 |

Abb. 29 Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in Deutschland, Österreich und der Schweiz

8.3 Projektakquisition / Projektförderung und Projektförderungskriterien

Die „Philosophie“ der Gesundheitsförderung unterscheidet sich in den drei Ländern doch recht erheblich. Österreich und die Schweiz nehmen explizit oder implizit Bezug auf die WHO-Resolutionen (Ottawa etc.) und weisen in der (anteiligen) Projektförderung einen Bottom-up-Ansatz auf, der es prinzipiell jedem interessierten Antragsteller er-

möglichst, einen Ansatz der Gesundheitsförderung zu entwerfen und ggf. auch umzusetzen. Entsprechend werden Projektförderungs- und Ausschlusskriterien definiert, die weitgehend vergleichbar und mit einer Ausnahme auch plausibel sind und die Spezifität der Gesundheitsförderung im Kontext der Primärprävention markieren und von anderen Präventionsmaßnahmen abgrenzen. Die Ausnahme betrifft das Kriterium der Nachhaltigkeit, das wir derzeit für praktisch kaum erfüllbar und als auch kaum realistisch überprüfbar betrachten. Insgesamt sind die Kriterien so definiert, dass ein durchschnittlicher potenzieller Antragsteller sich ein klares Bild von der Erfolgswahrscheinlichkeit eines Ansuchens machen kann. Gleichwohl müssen gerade in Österreich nicht wenige Ansuchen abgelehnt werden, weil sie in Widerspruch zu den Förderkriterien stehen.

Zwar kann auch in Deutschland jeder „Praktiker der Gesundheitsförderung“ an eine Krankenkasse einen Antrag auf Förderung nach § 20 SGB V stellen, die Förderkriterien sind jedoch formal, inhaltlich und methodisch sehr restriktiv:

- ▷ es müssen formale Qualifikationen nachgewiesen werden
- ▷ es muss sich um Maßnahmen handeln, die sich jeweils auf die abschließend definierten Handlungsfelder (Ernährung, Bewegung, Sucht, Stress) richten
- ▷ es müssen für diese Maßnahmen bereits Wirksamkeitsnachweise vorliegen
- ▷ es muss damit eine Verbesserung der Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten verbunden sein

Diese Förderkriterien gelten sowohl für Maßnahmen der Individualprävention als auch für Projekte der settingorientierten Gesundheitsförderung, wobei v.a. hier die national und international kaum vorliegenden ex-ante Wirksamkeitsnachweise hinterfragt werden müssen. Bei den settingorientierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen weisen die untersuchten Länder auch weitgehend vergleichbare Ansätze auf, auch wenn sie in Deutschland sehr stark auf Schulen ausgerichtet sind.

Diese restriktiven Kriterien sind in Deutschland ein Grund für die immer noch zu beobachtende Nichtausschöpfung der zur Verfügung stehenden Mittel, wie sie auch die Weiterentwicklung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung gehemmt haben und weiter hemmen. Der Vollständigkeit halber ist aber anzumerken, dass die Kriterien nicht unbedingt in jedem Fall auch beachtet werden.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass der FGÖ in Form der Modellprojekte und noch stärker die Schweizer Stiftung auch 100%-geförderte Projekte finanzieren und durchführen bzw. nach Ausschreibungsverfahren durchführen lassen (s.u.). Die in Österreich als Modellprojekte geführten Projekte sollten u.E. fortgeführt werden, dürfen die Bottom-up-Projekte aber keinesfalls ersetzen.

8.4 Art der Projekte und Projektüberblick

Die Art der in Österreich durchgeführten Projekte war Gegenstand der Erörterungen in Kapitel 5. Eine Charakteristik der Projekte in Deutschland^{21,22} und der Schweiz soll hier zusammenfassend mit der Projektcharakteristik in Österreich verglichen werden. Versucht man diesen nicht einfachen detaillierten Vergleich der Ausrichtung der Gesundheitsförderung in den drei Ländern, so zeigen sich bei der Schwerpunktsetzung auf die klassischen Bereiche Ernährung, Bewegung, Seelische Gesundheit bzw. Stress und Suchtprä-

²¹ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: Dokumentation 2004, Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, o.O., o.J. www.bvgesundheits.de/pdf/dokumentation2004_kurz.pdf

²² Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: Präventionsbericht 2004, o.O., o.J. <http://www.mds-ev.org/download/index.asp#PB>

vention sowie in der Zielgruppenausrichtung auf Arbeitnehmer sowie Kinder und Jugendliche keine Unterschiede. Sowohl die thematische Ausrichtung als auch die Zielgruppen sind aber in Österreich und der Schweiz deutlich differenzierter als in Deutschland. So gibt es in Österreich wie in der Schweiz eine klare Orientierung auf die Gesundheitsförderung bei alten Menschen, die auch den Umgang mit chronischer Krankheit und die pflegenden Angehörigen mit umfasst. Auch thematische Orientierungen auf Geburt und Schwangerschaft, Sicherheit und Infektionskrankheiten finden sich in Österreich und der Schweiz, die in Deutschland – wenn überhaupt – nur randständig sind. Darüber hinaus ist nicht nur die thematische Ausrichtung vielfältiger, das Methodenarsenal der Gesundheitsförderung ist breiter (z.B. Tanz, Theater als Bestandteil weiterer Maßnahmen).

| | Deutschland | Österreich | Schweiz |
|---|-------------|------------|---------|
| Bewegung | X | X | X |
| Ernährung | X | X | X |
| Seelische Gesundheit | X | X | X |
| Stressbelastung, Entspannung | x | x | x |
| Arbeitslosigkeit | (x) | | x |
| Mobbing / Bossing | | x | x |
| Geschlechtsspezifische Mehrfachbelastungen | (x) | x | x |
| Situation pflegender Angehöriger | | x | |
| Umgang mit chronischer Krankheit | (x) | x | x |
| Umgang mit dem Altern | | x | x |
| Abhängigkeiten und Süchte | x | x | x |
| Gewaltprävention | (x) | x | x |
| Lebenskrisen | | x | x |
| Soziale Integration | (x) | x | x |
| Umgang mit Gefühlen | | x | x |
| Sonstige Themen | | | |
| Sicherheit, Unfallprävention | | x | x |
| Schwangerschaft, Geburt, Kleinkindalter | | x | x |
| Sexualität, STD | | x | x |
| Zielgruppen | | | |
| Arbeitnehmer | X | X | X |
| Kinder und Jugendliche im schulischen Bereich | X | X | X |
| Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich | X | X | X |
| Alte Menschen | (X) | X | X |
| Männer | | X | X |
| Frauen | X | X | X |

Abb. 30 Thematische und zielgruppenspezifische Ausrichtung der Gesundheitsförderung in den analysierten Ländern

Betrachtet man zusammenfassend die Projektförderung in Deutschland, Österreich und der Schweiz, so sind Gemeinsamkeiten und Unterschiede festzustellen. Gleichartig sind die Schwerpunktsetzungen auf die klassischen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung:

- Bewegung
- Ernährung
- Stress und Entspannung (Seelische Gesundheit)
- Umgang mit Suchtstoffen

sowie auf die Zielgruppen:

- Kinder und Jugendliche
- Arbeitnehmer (BGF).

Österreich und die Schweiz arbeiten bereits seit längerer Zeit auf dem präventionspolitisch schon derzeit wichtigen Handlungsfeld der alten Menschen, das sowohl den Umgang mit chronischer Krankheit als auch die pflegenden Angehörigen mit umfasst. Auch sind weitere Handlungsfelder und Zielgruppen differenzierter und breiter als in Deutschland. Die insgesamt thematisch und zielgruppenspezifisch breitere und differenziertere Ausrichtung der Gesundheitsförderung in Österreich und der Schweiz ist letztlich auf die begrenzten Handlungsfelder und engen Projektförderungskriterien der gesetzlichen Handlungsgrundlagen im § 20 SGB V zurückzuführen. Das bedeutet aber nicht, dass es vergleichbare Projekte der Gesundheitsförderung wie in Österreich und der Schweiz nicht auch in Deutschland gibt, sie werden dann aber i.d.R. von anderen Einrichtungen jenseits der Krankenkassen finanziert. In einigen Fällen kommen in Deutschland Förderungen nach § 63 SGB V in Betracht (Modellvorhaben). Auch kann es gelegentlich zu Förderung nach § 20 SGB V entgegen den gesetzlichen Bestimmungen kommen.

Eine Analyse der drei Gesundheitsförderungsdatenbanken der Länder (BZgA, Schweizer Stiftung, Fonds Gesundes Österreich) zeigt erwartungsgemäß, dass sich insgesamt die Handlungsfelder auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nur unwesentlich unterscheiden, obgleich auf die grundsätzliche Schwierigkeit dieses Vergleichs hingewiesen werden muss, da sich einerseits der Aufbau der Datenbanken offensichtlich deutlich unterscheidet, was sich an der Summe der Mehrfachnennungen der deutschen Datenbank gegenüber der Österreichischen und Schweizer Version deutlich zeigt. Andererseits handelt es sich beim FGÖ und der Schweizer Stiftung um Datenbanken der Institution selbst, bei der BZgA-Datenbank aber um eine landesweite Datenbank, die zudem, zumindest dem Anspruch nach, auf sozial Benachteiligte fokussiert ist.

Bei allen Schwierigkeiten des Vergleichs scheinen die Aktivitäten des FGÖ und der Schweizer Stiftung auf den Feldern Ernährung und Bewegung ausgeprägter zu sein als in Deutschland, wo der Bereich der Suchtprävention deutlich breiter ist als in den beiden anderen Ländern. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist demgegenüber in der Schweiz und auch in Österreich offenbar häufiger als in Deutschland. Möglicherweise ist dies aber ein Biaseffekt dieser Datenbank.

Abschließend ist noch auf einen weiteren Unterschied in der Projektförderung zwischen Österreich und der Schweiz hinzuweisen. Der FGÖ tritt in der Projektförderung ausschließlich als Organisations-, Begleitungs- und Bewilligungsinstanz von anteilig geförderten Projekten auf, die durch Dritte durchgeführt werden. Lediglich die 100%-finanzierten bisher sechs bzw. sieben Modellprojekte wurden nach Ausschreibungen beauftragt, aber ebenfalls von Dritten umgesetzt. Dagegen tritt die Schweizer Stiftung offenbar selbst oder in Kooperation mit Dritten als Akteur der Gesundheitsförderung auf. Dies trifft offenbar v.a. bei Großprojekten zu. Allerdings fällt es auch auf der Grundlage des PWC-Berichts (s.²⁰) schwer, sich ein klares Bild über diese eigenen Gesundheitsförderungsaktivitäten der Stiftung zu machen. Dies deshalb, weil die Schweizer Stiftung eigene Maßnahmen (Magazin, Datenbanken) unter Projekten führt, die der FGÖ vernünftigerweise nicht in den Projektnummernkreis aufnimmt.

Die Praxis der Eigenbewilligung von Projekten bei der Schweizer Stiftung halten wir aus mehreren Gründen für problematisch und ist so dem FGÖ auch keinesfalls zu empfehlen. Folgende Gründe sprechen u.E. dagegen:

1. Das Management von konkreten Interventionsprojekten erfordert prozessabhängige und prozessunabhängige Qualifikationen, über die die Mitarbeiter der Stiftung bzw. des Fonds nicht umfassend verfügen dürften und müssen.

| Thema | Datenbanken | | | Datenbanken | | |
|--|--------------------|------------|------------|--------------------|------------|------------|
| | D | Ö | S | D | Ö | S |
| Zahl der Projekte Gesamt (03.04.06) | 2720 | 453 | 624 | 2720 | 453 | 624 |
| Suchbegriff | Absolutwerte (MFN) | | | Prozentwerte (MFN) | | |
| AIDS | 152 | 13 | 4 | 4% | 3% | 1% |
| Alkohol | 170 | 22 | 7 | 5% | 5% | 1% |
| Bewältigung | 97 | 11 | 7 | 3% | 2% | 1% |
| Ernährung | 200 | 76 | 41 | 6% | 17% | 8% |
| Gewalt(prävention) | 150 | 13 | 14 | 4% | 3% | 3% |
| Drogen | 291 | 5 | 1 | 8% | 1% | 0% |
| Medikamente | 73 | 0 | 0 | 2% | 0% | 0% |
| Schwangerschaft | 104 | 4 | 2 | 3% | 1% | 0% |
| Rauchen | 34 | 15 | 10 | 1% | 3% | 2% |
| Sexualität | 76 | 14 | 4 | 2% | 3% | 1% |
| Bewegung | 142 | 71 | 94 | 4% | 16% | 18% |
| Sport | 140 | 11 | 54 | 4% | 2% | 10% |
| Stressbewältigung | 15 | 8 | 1 | 0% | 2% | 0% |
| Stress | 38 | 24 | 14 | 1% | 5% | 3% |
| Unfallprävention | 2 | 0 | 5 | 0% | 0% | 1% |
| Unfälle | 12 | 2 | 34 | 0% | 0% | 6% |
| Seelische Gesundheit | 15 | 5 | 0 | 0% | 1% | 0% |
| Entspannung | 64 | 7 | 27 | 2% | 2% | 5% |
| Arbeitslosigkeit | 30 | 2 | 2 | 1% | 0% | 0% |
| Mobbing | 8 | 6 | 3 | 0% | 1% | 1% |
| Gender | 25 | 3 | 11 | 1% | 1% | 2% |
| Pflege | 142 | 15 | 18 | 4% | 3% | 3% |
| Chronische Krankheiten | 2 | 1 | 1 | 0% | 0% | 0% |
| Alte Menschen (Alte) | 90 | 5 | 0 | 3% | 1% | 0% |
| Sucht | 608 | 21 | 36 | 17% | 5% | 7% |
| Lebenskrisen | 5 | 0 | 1 | 0% | 0% | 0% |
| Soziale Integration | 184 | 10 | 21 | 5% | 2% | 4% |
| Kinder, Jugendliche | 656 | 59 | 54 | 18% | 13% | 10% |
| Betrieb | 69 | 30 | 58 | 2% | 7% | 11% |
| Summe der Nennungen | 3.594 | 453 | 524 | 100% | 100% | 100% |
| Mehrfachnennungen % | 132% | 100% | 84% | | | |

Abb. 31 Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in den untersuchten Ländern im Vergleich der Datenbanken

2. Mit einem derartigen Verfahren tritt die Stiftung (der Fonds) in Konkurrenz zu den Projektnehmern, wobei es sich z.B. hinsichtlich der Bewilligungspraxis und der Evaluationspraxis um eine ungleiche Konkurrenz handelt. Dies birgt die Gefahr einer grundsätzlichen Erschütterung des Ansehens der Einrichtung.
3. Sowohl die Tätigkeit des FGÖ und gerade die Arbeit der Schweizer Stiftung bedürfen der weiteren Verbesserung und Verstetigung, die nicht durch extrem aufwendige und politisch sehr sensible „Feldarbeiten“ gefährdet werden sollten.

Die als wesentliche Begründung der Eigenaktivitäten benannte Notwendigkeit des Top-down-Ansatzes, nämlich die insgesamt zu geringen oder qualitativ unzureichenden Projektanträge aus dem Feld der Praktiker der Gesundheitsförderung, kann u.E. nicht überzeugen. Hier helfen Projekte größerer Volumina und längerer Laufzeit bei gegebenen Förderungsrichtlinien oder die 100%-Finanzierung von Modellprojekten über Ausschreibungsverfahren weiter, ohne die politisch und institutionell erheblichen Probleme in Kauf nehmen zu müssen.

8.5 Evaluation und Evaluationsstandards

Fasst man die Befunde zur Evaluationspraxis in den Ländern zusammen, so ist von einer – von Ausnahmen abgesehen – durchgehend befriedigenden bis guten Quantität und Qualität von Evaluationen nur in der BGF auszugehen. Dieser Befund ist plausibel, da einerseits Betriebe mit den Instrumenten von Evaluation und Controlling vertraut sind, andererseits das hierarchische und strukturierte Setting Evaluationen erleichtert und schließlich Wirkungsgrößen und -effekte i.d.R. leichter operationalisierbar und auch messbar sind als in anderen Settings. Damit soll aber keinesfalls einem bloßen Empirismus in der Evaluation von BGF-Maßnahmen das Wort geredet werden. Gerade auch hier stellen sich zusätzliche Evaluationsbedarfe z.B. in der Langfristigkeit und auch Ganzheitlichkeit der erzielten Wirkungen.

In unserem 1995 durchgeführten Gutachten zur Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen in Deutschland mussten wir erhebliche Mängel in der Quantität und v.a. auch Qualität von Evaluationen feststellen.²³ In einem weiteren Gutachten zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen im Jahr 2004 konnten keine substantiellen Verbesserungen festgestellt werden.²⁴ Auch wenn es keine entsprechenden Metaanalysen dazu gibt, sprechen alle Befunde dafür, dass es in Deutschland wohl zu einem Anwachsen der Zahl von Evaluationen gekommen ist, eine ausreichende Qualität aber wohl noch nicht erreicht worden ist. Die Gründe dafür sind recht vielfältig.

Nach den Ergebnissen des PWC-Gutachtens (s.²⁰) werden in der Schweiz ca. 20% der Gesundheitsförderungsprojekte evaluiert, wobei Fremdevaluationen nur bei Projekten ab 150.000 CHF die Regel sind. Insgesamt beträgt der Anteil der Fremdevaluationen nach dem Gutachten von PWC nur 5%. Eine Bewertung von zehn durchgeführten Fremdevaluationen durch PWC attestiert in 60% der Projekte eine gute, in 40% eine ungenügende Evaluationsqualität. Allerdings müssen diese Befunde schon mit Blick auf die geringe Zahl begutachteter Projekte mit äußerster Vorsicht bewertet werden.

Wie entwicklungsbedürftig das Feld der Evaluation bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung allerdings insgesamt noch ist, zeigt eine Recherche mit dem Suchbegriff „Evaluation“ in den drei genannten Datenbanken der Länder.

| Datenbanken Thema | Datenbanken | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|
| | D | Ö | S | D | Ö | S |
| Zahl der Projekte Gesamt (05.04.06) | 2.720 | 453 | 624 | 2.720 | 453 | 624 |
| Suchbegriff | Absolutwerte (MFN) | | | Prozentwerte (MFN) | | |
| Evaluation | 19 | 26 | 81 | 1% | 6% | 13% |

Abb. 32 In den entsprechenden Datenbanken auffindbare Dokumente zu Evaluationen

Zu den beim FGÖ in seiner Projektdatenbank ermittelten 26 Evaluationsprojekten kommen jedoch noch aus den laufenden Projekten 24 Projekte hinzu, die eine Antragssumme von ≥ 72.000 EUR aufweisen und so extern evaluiert werden müssen, die in der Projektdatenbank mit dem „Stichwort“ Evaluation nicht gefunden werden können, da z.B. Evaluationsberichte noch gar nicht vorhanden sind und auch weil die Evaluation dieser Projekte nicht unter einer eigenen Projektnummer geführt wird. Somit erhöht sich dadurch die Zahl der evaluierten Projekte beim FGÖ auf insgesamt 50 Projekte, was einem Anteil von 11% entspricht.

²³ Kirschner, W., Radoschewski, M., Kirschner, R.: § 20 SGB V – Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Asgard-Verlag, Sankt Augustin 1995.

²⁴ Elkeles, T., Kirschner, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, 2004.

Die Qualität der Projektevaluation bei den durch den FGÖ mitfinanzierten Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention kann sich auch international sehen lassen. Das PWC-Gutachten der Schweizer Stiftung bescheinigt 40% der dort evaluierten Projekte eine ungenügende Evaluationsqualität, der Anteil beträgt beim FGÖ 10%. Aus Deutschland sind verlässliche Zahlen hierzu nicht zu gewinnen. Von einer besseren Qualität kann nach unserer Erfahrung aber keinesfalls ausgegangen werden. Mit der Umsetzung der Empfehlung unseres letzten Gutachtens, für Projekte mit einer Antragshöhe ≥ 72.000 EUR eine externe Evaluation verpflichtend zu machen, hat der FGÖ schon in kurzer Zeit eine Evaluationspraxis und auch Evaluationsqualität erreicht, die den Vergleich der untersuchten Länder nicht scheuen muss. Dies bedeutet aber nicht, dass die Evaluationsstandards nicht noch weiter verbessert werden können und müssen, was trotz der insgesamt positiven Befunde gerade für Evaluationen in schwierigen Settings gilt. Auch wird man darüber nachdenken müssen, welche Evaluationsroutinen man bei Projekten etabliert, die unter dieser Summe liegen. Eine Möglichkeit bestünde darin, eher typische Interventionen in einem Handlungsfeld auch extern zu evaluieren oder recht gleichartige Ansätze übergreifend und summativ zu evaluieren. So kann der Kritik begegnet werden, dass auf Qualität nur bei den „Großprojekten“ geachtet wird, nicht aber bei den kleineren Projekten, die beim FGÖ bei den laufenden Projekten immerhin noch einen Anteil von 75% ausmachen.

8.6 Akzeptanz der Gesundheitsförderung in der Öffentlichkeit und Politik

In allen drei Ländern ist in der Öffentlichkeit und Politik eine hohe Akzeptanz für Gesundheitsförderung und Prävention festzustellen, die aufgrund der positiv besetzten Zielorientierung auch plausibel ist. In der Politik zeigt sich parteienübergreifend nahezu ein grundsätzlicher Konsens über die Notwendigkeit von Prävention und Gesundheitsförderung. Dies bedeutet allerdings nicht, dass es bei der konkreten Ausformung der Strategien und Maßnahmen nicht auch zu Kontroversen kommt.

Die Sicherung der politischen Akzeptanz ist für die Träger der Gesundheitsförderung von grundsätzlicher Bedeutung, da es letztlich um die Existenz und Entwicklungsmöglichkeiten der Trägerinstitutionen geht. Hier zeigen sich in Deutschland schlechte Entwicklungen, in der Schweiz schlechte Entwicklungen und auch in Österreich sind – entgegen der Erwartung – aktuell politische Prozesse in Gang gekommen, die kritische Effekte auf die Organisation und Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich mit sich bringen können.

In Deutschland wurde die Rechtsgrundlage der Gesundheitsförderung in der Vergangenheit mehrfach revidiert, was insgesamt nicht zur stetigen Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung beigetragen hat. Mit dem allerdings am Bundesrat gescheiterten Präventionsgesetz von 2005 sollte die Gesundheitsförderung auf eine neue Grundlage gestellt werden und dem bisher weitgehend alleinigen Verantwortungsbereich der Krankenkassen entzogen werden.

Das deutsche Präventionsgesetz ist hinsichtlich seiner Genese als grundsätzliche Kritik an der Organisation der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen zu verstehen. An erster Stelle dieser Kritik steht die Feststellung, dass die Krankenkassen bislang nicht in der Lage waren, die vorgesehenen Mittel auch voll zu verausgaben. Anstelle einer differenzierten Analyse der möglichen Ursachen wird ein Gesetzesvorhaben in Angriff genommen, bei dem als Positivposten eine in Aussicht gestellte Nationale Gesundheitsförderungsstrategie und die Errichtung einer Stiftung bleiben, als Negativposten die fehlende Bereitstellung von zusätzlichen Bundesmitteln und die Verlagerung der Zuständigkeiten über nicht unerhebliche Finanzmittel von den Krankenkassen auf die Länder und den Bund.²⁵

²⁵ Zur Kritik am Präventionsgesetz vgl. http://www.presseportal.de/story_rss.htx?nr=670619

In Deutschland blieb es bei der Neuordnung der Gesundheitsförderung und Prävention durch ein Präventionsgesetz bislang bei einem Versuch, der sich mit einer Stiftung die Länder Schweiz und Österreich als Vorbild genommen hatte und in eine bisher fehlende nationale Strategie der Gesundheitsförderung und Prävention hätte münden können. Als „Knackpunkte“ des Scheiterns haben sich erwiesen:

- ▷ die Finanzierung und Verteilung der Mittel in Höhe von 250 Millionen Euro
- ▷ die fehlende Bereitstellung zusätzlicher Bundes- und Landesmittel
- ▷ die schwierige Abstimmung zwischen Bund und Ländern
- ▷ die Furcht vor bürokratischen Lösungen (Nationale Stiftung und Organisationseinheiten auf Landesebene).

Insgesamt stößt die Gesundheitsförderung in der bisherigen Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung damit politisch nur noch auf eingeschränkte Akzeptanz, auch wenn eine aktuelle kritische Analyse der Aufgabenwahrnehmung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention durch die Krankenkassen leider fehlt, die diese Haltung und Bewertung ggf. gerechtfertigt hätte. Eine unabhängige Evaluation der Tätigkeit der Krankenkassen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Primärprävention ist nicht durchgeführt worden, was im Ergebnis auch zeigt, dass unterlassene Evaluationen nicht selten zu negativen Effekten und Entwicklungen führen. Insgesamt war der Entwurf zum Präventionsgesetz u.E. kein großer Wurf. Die proklamierte Errichtung einer vierten Säule im Gesundheitswesen – der Gesundheitsförderung und Prävention – war mit Blick auf die bescheidene Finanzausstattung ganz sicher nicht möglich. Die nicht bereitgestellten zusätzlichen Finanzmittel zeigen auch, dass bisher in der Politik nicht verstanden worden ist, welche gewaltigen Investitionen erforderlich sind, um durch Gesundheitsförderung und Prävention bevölkerungsweit Morbidität zu senken bzw. in höheres Alter zu verschieben. Die schwierigen Kooperationsformen zwischen der GKV, Bund und Ländern und die recht unklare Zusammenarbeit zwischen der nationalen Stiftung und den föderal zuständigen Institutionen hätten u.E. eine schnelle und gezielte Entwicklung und Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland kaum erwarten lassen. Die fehlende Evaluation dessen, was mit der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen bisher erreicht worden ist, bot auch keine Möglichkeit einer schnellen, gezielten und bedarfsgerechten Weiterentwicklung von Handlungsfeldern und Methoden.

Ein Versuch der Zusammenfassung der vielfältigen und insgesamt kritischen Befunde der Evaluation der Gesundheitsförderung Schweiz durch PWC ist nicht leicht. Um angesichts der vielen Kritikpunkte Missverständnisse zu vermeiden, hätten dazu mit Vertretern der Schweizer Stiftung klärende Gespräche geführt werden müssen, die aus Zeitgründen entfallen mussten. Auf eine Zusammenfassung soll deshalb hier verzichtet werden. Das Gutachten ist im Internet einsehbar.

Fasst man die Befunde zusammen, so zeigen sich in der Organisation und Praxis der Gesundheitsförderung in Deutschland und der Schweiz deutliche Probleme. Deutschland steht erneut vor einem Regelungsversuch der Gesundheitsförderung und Primärprävention, der auch als Kritik an der Organisation der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen zu verstehen ist. Ob der neue Gesetzentwurf die erheblichen Schwächen des bisherigen Präventionsgesetzes (§ 20 SGBV) vermeidet, muss abgewartet werden. Das Gleiche gilt für die Schweiz, wo abgewartet werden muss, welche Konsequenzen aus dem PWC-Gutachten schließlich gezogen werden. Beide Länder blicken auf eine un stetige Entwicklung der Gesundheitsförderung zurück und auch in eine recht ungewisse Zukunft.

In Österreich hat die Gesundheitsförderung und Primärprävention mit dem Gesundheitsförderungsgesetz von 1998 und die Aufgabenübertragung an den FGÖ bis zum Jahr 2005 einen guten und stetigen Verlauf genommen. Im Rahmen seiner Tätigkeit von 2002 bis 2005 hat der FGÖ viele Nuancierungen und Weiterentwicklungen vorgenommen, die die Arbeit des FGÖ noch weiter verbessert haben. Dazu gehört v.a. auch die Verbesserung der Evaluationspraxis und Evaluationsqualität. Trotz dieser – im Vergleich der untersuchten Länder – äußerst positiven Entwicklung sieht sich die Arbeit des FGÖ aktuell mit politischen Umstrukturierungsversuchen konfrontiert, deren Auswirkungen auf seine Tätigkeit derzeit nicht abgeschätzt werden können, was allerdings auch nicht die Aufgabe des vorliegenden Gutachtenauftrags ist und auch nicht sein kann, da es sich um ein laufendes parlamentarisches Verfahren handelt.

In Bezug auf die politische Akzeptanz der Einrichtungen der Gesundheitsförderung in den drei untersuchten Ländern bleiben drei wesentliche Punkte, die für eine stabile und konzertierte Entwicklung der Gesundheitsförderung offensichtlich von grundsätzlicher Wichtigkeit sind. Diese waren in den untersuchten Ländern unterschiedlich gelöst bzw. vorhanden:

1. Die Erarbeitung einer nationalen und föderal abgestimmten Strategie der Gesundheitsförderung und Prävention;
2. Die klare Abgrenzung der Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung, Primärprävention und andere präventive Handlungsfeldern einmal zwischen der nationalen Gesundheitsförderungseinrichtung und den Krankenkassen bzw. Sozialversicherungen sowie anderen Trägern, zum anderen zwischen den Bundesländern und den föderalen Gesundheitsförderungseinrichtungen und der nationalen Stelle;
3. Die Bereitstellung ausreichender Finanzmittel des Bundes, der Länder und der anderen Träger in Bezug auf die aus den genannten Punkten abgeleiteten Handlungsfelder und Maßnahmen.

Insgesamt nimmt Österreich im Vergleich der drei untersuchten Länder ohne Zweifel eine führende Position in der Gesundheitsförderung ein.

9 Gesamtzusammenfassung und Empfehlungen

Unser Institut wurde nach einer öffentlichen Ausschreibung erneut mit der Evaluation der Tätigkeit des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) für den Zeitraum 2002 bis 2005 beauftragt. Die Evaluation wurde von November 2005 bis Juni 2006 durchgeführt und basierte auf folgenden Fragestellungen und Zielsetzungen:

Ziele und Fragestellungen der Evaluation

- Inwieweit sind die personellen und strukturellen Ressourcen des Fonds geeignet, den formulierten Aufgabenbereichen gerecht zu werden (Strukturevaluation)?
- Inwieweit sind die Strategien und Kriterien des Fonds geeignet, die gewünschten Prozesse im Bereich der Gesundheitsförderung wirksam und nachhaltig in Gang zu setzen (Prozessevaluation)?

Bei der evaluativen Beantwortung dieser Leitfragestellungen sollte im besonderen auch berücksichtigt werden:

- ob bzw. inwieweit die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Evaluation des Dreijahresprogramms 1998-2001 in der programmatischen und praktischen Umsetzung in den Folgejahren Berücksichtigung gefunden haben;
- ob bzw. inwieweit sich die Ergebnisse der Evaluationen zwischen 2001 und 2005 unterscheiden;
- wie die auch gerade mit dem FGÖ geschaffenen österreichischen Strukturen für Gesundheitsförderung und Prävention (mit umfassendem Gesundheitsbegriff) in einem Vergleich mit ausgewählten Ländern zu bewerten sind.

Die Evaluation umfasste eine Bündel unterschiedlicher Methoden, wobei die hierbei jeweils erzielten Ergebnisse in eine synoptische Gesamtbewertung des FGÖ mündeten.

Methoden

- a) Direkt oder zumindest in Näherung quantifizierbare Kriterien z.B. Vernetzungsaktivitäten, Bekanntheitsgrad, Programmreichweite, Auflagen etc
- b) Eigenbewertungen durch den FGÖ, wie z.B. in den Jahresberichten
- c) Bewertung durch Dritte, z.B. Akteure, Kooperationspartner, Wissenschaftler durch insgesamt 29 qualitative Interviews
- d) Qualitative Interviews mit allen 16 Mitarbeitern der Geschäftsstelle des FGÖ
- e) Evaluation von insgesamt 39 Projekten der Gesundheitsförderung
- f) Zusammenfassende, objektivierende Bewertung auf der Grundlage der vorgenommenen Analysen von Programmelementen durch das Evaluationsteam
- g) Bewertung auf der Grundlage eines Struktur- und Maßnahmenvergleichs in der Gesundheitsförderung im Ländervergleich (Österreich, Deutschland, Schweiz) durch das Evaluationsteam
- h) Bewertung der derzeitigen Situation im Vergleich zum Zeitraum 1998/2001.
- i) Analyse der quantitativen Befragung zur Einschätzung der Tätigkeit des FGÖ bei Akteuren der Gesundheitsförderung, der staatlichen Administration und der Wissenschaft (n=166 Fragebögen)

Der empirischen Arbeit wurde folgender Rahmen zugrunde gelegt (s. Abb.1, Seite 10):

Zunächst wurde erörtert, welcher theoretischer Handlungsrahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention zugrunde liegt. Da dieser i.w. durch die aktuelle Evidenz

der wissenschaftlichen Forschung v.a. in der Sozialepidemiologie, der Psychologie und Sozialpsychologie sowie der Interventions- und Evaluationsforschung determiniert und v.a. auch limitiert wird, muss hier gezeigt werden, welche grundsätzlichen Defizite und Probleme in der Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und Primärprävention bestehen. Da diese international für alle Aktivitäten in diesem Handlungsfeld gelten, können diese nicht einem spezifischen Träger der Gesundheitsförderung und Primärprävention – hier dem FGÖ – zugerechnet werden.

Die Analyse des politischen und finanziellen Handlungsrahmen auf der Grundlage der Bestimmungen des Gesundheitsförderungsgesetzes markiert sodann die grundsätzlichen Möglichkeiten und Handlungsspielräume in der Tätigkeit des FGÖ.

Der internationale Handlungsrahmen der Gesundheitsförderung wird durch einen Vergleich der rechtlichen, institutionellen und finanziellen Rahmenbedingungen sowie der konkreten Praxis der Gesundheitsförderung zwischen Österreich, der Schweiz und Deutschland einbezogen. Im zeitlichen Handlungsrahmen steht der Vergleich der Tätigkeit des FGÖ in der Zeit von 1998 bis 2001 und dem nun evaluierten Tätigkeitszeitraum 2002 bis 2005 im Mittelpunkt.

Der programmatische Handlungsrahmen des FGÖ ist durch das Dreijahresprogramm 2003 bis 2005 gesetzt. Dieser Handlungsrahmen wird durch die genannten Handlungsbedingungen mitbestimmt bzw. mitbeeinflusst. Der Grundansatz der Gesamtevaluation besteht nun in der „Spiegelung“ des programmatischen Handlungsrahmens mit der empirisch zu beleuchtenden Programmumsetzung und Programmwirklichkeit.

Evaluative Befunde

In der Evaluation der Tätigkeit des FGÖ ergaben sich insgesamt 52 evaluative Einzelbefunde, die nach positiven und kritischen Befunden klassifiziert wurden, wobei 77% der Befunde positiv waren. So sehr bei der Rezeption von Evaluationsergebnissen i.d.R. die positiven Befunde gewürdigt und beachtet werden, ist für die gezielte Weiterentwicklung der Tätigkeit des FGÖ die Würdigung und Diskussion gerade der kritischen Befunde sicher von höherer Wichtigkeit, da diese Entwicklungs-, Verbesserungs- und Optimierungspotenziale bergen, die durch geeignete Maßnahmen zu erschließen sind. Diese möglichen Maßnahmen können bzw. sollten sich an den von uns abgeleiteten Empfehlungen orientieren.

52 evaluative Einzelbefunde

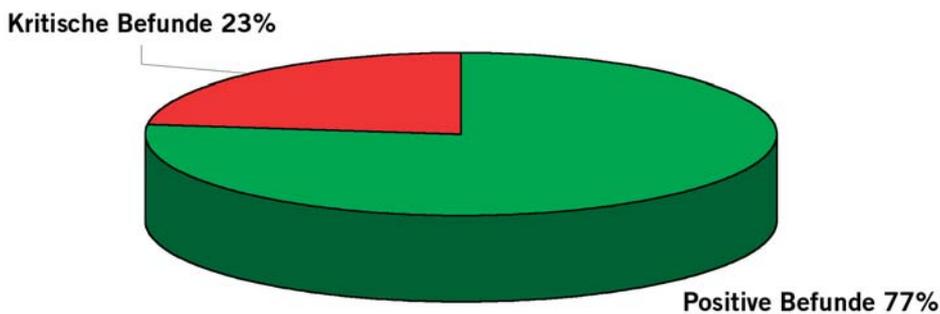


Abb. 33 Evaluative Befunde

Positive Befunde

Die insgesamt 40 positiven Befunde beziehen sich auf die im folgenden genannten Sachverhalte. Dabei wird – dem Charakter einer Gesamtzusammenfassung entsprechend – nicht jeder einzelne Befund mit empirischen Daten unterlegt.

1. Deutliche Verbesserung der programmatischen Grundlagen im Dreijahresprogramm 2003-2005

Hierbei ist v.a. die Verbindung von Projekten sowie Setting-Aktivitäten mit bestimmten Kampagnen zu nennen, die für die einzelnen Handlungsfelder mehr öffentliche und mediale Aufmerksamkeit erzeugen und die Praxis der Gesundheitsförderung sichern und verbreitern können.

2. Präzisierung des Gesundheitsförderungsbegriffs und klare Abgrenzung zur med. Primärprävention

Diese Verbesserungen beziehen sich v.a. auf die deutliche und auch graphisch unterlegte Definition der Projektförderungsmöglichkeiten und Zuständigkeiten des FGÖ in Abgrenzung von Tertiär-, Sekundärprävention und rein medizinischer Primärprävention, die nicht in den Aufgabenbereich des FGÖ fallen.

3. Die Strategie des FGÖ entspricht den aktuellen Empfehlungen des deutschen Sachverständigenrates zur Neuordnung der Gesundheitsförderung in Deutschland

Der deutsche Sachverständigenrat hat in einem Gutachten im Jahr 2005 eine wissenschaftlich basierte Programmatik zur institutionellen und praktischen Neuordnung und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland vorgelegt, die neben der Einrichtung eines Fonds auch in Deutschland, neben der Praxis der Förderung von Projekten auch deren Einbeziehung in Kampagnen vorsieht, womit die Praxis der Tätigkeit des FGÖ diesem Programmwurf grundsätzlich und weitestgehend entspricht.

4. Gute und noch verbesserte Zusammenarbeit der Organe des FGÖ

Diese Befunde ergeben sich übereinstimmend aus den mit Mitgliedern des Kuratoriums und des Beirates geführten qualitativen Interviews sowie aus den zahlreichen Gesprächen und qualitativen Interviews mit den Mitarbeitern des FGÖ:

5. Gute Qualität der Jahresberichte

Die Qualität der Jahresberichte muss sowohl hinsichtlich der Inhalte als auch hinsichtlich der Gestaltung sicher als gut bezeichnet werden.

6. Intensiver Auf- und Ausbau der sechs Schwerpunktbereiche

Der FGÖ konzentrierte seine Arbeit auf drei thematische Handlungsfelder sowie drei Zielgruppen (s. Abb. 3, Seite 25), was vor dem Hintergrund der interventiven Möglichkeiten, der gegebenen finanziellen und personellen Ressourcen des Fonds als positiv und zielführend zu bezeichnen ist. Eine Nichterweiterung dieser „Tätigkeitsfelder“ im Dreijahresprogramm 2003 bis 2005 muss vor dem Hintergrund der erst kurzen Interventionszeit als richtig bezeichnet werden, da ansonsten die Gefahr des „sich verzetteln“ bestanden hätte. Für das neue Dreijahresprogramm könnte und sollte u.E. nunmehr doch eine weitere Schwerpunktsetzung vorgenommen werden (s.u.).

Positive Ergebnisse und Entwicklungen

- 1 Deutliche Verbesserung der programmatischen Grundlagen im Dreijahresprogramm 2003-2005
- 2 Präzisierung des Gesundheitsförderungsbegriffs und klare Abgrenzung zur med. Primärprävention
- 3 Die Strategie des FGÖ entspricht den aktuellen Empfehlungen des deutschen SVR zur Neuordnung der GF in Deutschland
- 4 Gute und noch verbesserte Zusammenarbeit der Organe des FGÖ
- 5 Gute Qualität der Jahresberichte
- 6 Intensiver Auf- und Ausbau der sechs Schwerpunktbereiche
- 7 Intensiver Ausbau der BGF mit nationalen und internationalen Netzwerkpartnern und Akteuren
- 8 Forcierung von Gendermainstreaming
- 9 Etablierung des Fonds als nationales Kompetenzzentrum der GF im In- und Ausland
- 10 Deutliche Verbesserung der Evaluationsqualität
- 11 Evaluationsqualität im Vergleich zur Schweiz und Deutschland deutlich verbessert
- 12 Deutliche Verbesserung der Projektqualität
- 13 Modellprojekte sind insgesamt von hoher Qualität
- 14 Kampagnen und Info- und Aufklärungsmaßnahmen gut mit setting-Aktivitäten verknüpft
- 15 Fort- und Weiterbildung verstärkt
- 16 Projektbezogene Beratung und coaching etabliert und verstärkt
- 17 Vernetzungsaktivitäten weiter betrieben
- 18 Presse- und Öffentlichkeitsarbeit noch einmal verstärkt und weiter verbessert
- 19 Deutliche Verbesserung der Zusammenarbeit mit Dritten (AKS Austria / NBGF)
- 20 Internationale Kontakte weiter gepflegt / Teilnahme an EU-Projekten
- 21 Homepage des FGÖ sehr deutlich verbessert
- 22 Qualität des Internetauftritts auch hinsichtlich der Barrierefreiheit gut
- 23 Umsetzung der Empfehlungen des Rechnungshofes, soweit im Zuständigkeitsbereich des FGÖ liegend
- 24 Ca. 80% Umsetzung der Empfehlungen aus der letzten Evaluation 2002
- 25 Aufbau einer insgesamt sehr guten internen Projektdatenbank
- 26 Implementation eines innovativen und vernetzten Abrechnungssystems und Buchhaltungsprogramms zur Vernetzung der Arbeitsabläufe
- 27 FGÖ interne Entwicklung einer Projektcharakterisierung / Von uns geprüft und für positiv befunden
- 28 Durchführung eines Gesundheitsförderungsprojekts im Fonds (GIF)
- 29 Organisationsentwicklung auf der Basis des GIF Projektes bereits begonnen
- 30 Weiter hohe Arbeitsmotivation der Mitarbeiter
- 31 Hohe Qualifikation des Personals
- 32 Reaktion der Geschäftsführung auf die zunehmende Dauer der Einreichphase
- 33 Hohe Wertschätzung der Tätigkeit des Geschäftsführers bei allen Gesprächspartnern (Qualitative Interviews)
- 34 Recht hohe Kenntnis der Kampagnen in der österreichischen Bevölkerung
- 35 Insgesamt gleichbleibend gute Gesamtnote des FGÖ (1,9) in den schriftlichen Befragungen 2002/2006
- 36 89% der Befragten sind mit der Arbeit des FGÖ in den letzten 3 Jahren zufriedener oder gleichbleibend zufrieden
- 37 60% der Befragten sehen die GF in Österreich im internationalen Vergleich im oberen Mittelfeld
- 38 Niveau der Gesundheitsförderung im Vergleich zur Schweiz und Deutschland gut
- 39 Stabile und stetige Positiventwicklung des FGÖ seit 1998
- 40 Insgesamt nochmalige deutliche Qualitätserhöhung im Tätigkeitszeitraum 2002-2005 gegenüber 1998-2001

Abb. 34 Positive Ergebnisse bzw. Entwicklungen

7. Intensiver Ausbau der BGF mit nationalen und internationalen Netzwerkpartnern und Akteuren

Der FGÖ hat die nationale und internationale Kooperation deutlich ausgebaut (vgl. Jahresberichte). Dieser Aspekt wird in der quantitativen Befragung von den Befragten hinsichtlich der Bedeutung als zunehmend wichtiger und hinsichtlich der Umsetzung als tendenziell besser bewertet.

8. Forcierung von Gendermainstreaming

Der FGÖ reagiert mit einem eigenständigen evaluativen Bericht zur Umsetzung und Praxis dieses Aspekts in der Tätigkeit und Projektförderung des FGÖ:

9. Etablierung des Fonds als nationales Kompetenzzentrum der Gesundheitsförderung im In- und Ausland

Der FGÖ wird von Institutionen und Akteuren im Ausland als Kompetenzzentrum der Gesundheitsförderung in Österreich wahrgenommen, wie wir aus vielen Gesprächen mit Fachkollegen in Deutschland und der Schweiz wissen. In der quantitativen Befragung ist eine gleichbleibende Bewertung der Wichtigkeit dieses Aspekts und eine signifikante Zunahme seiner Umsetzung zwischen 2002 und 2006 festzustellen.

| Der FGÖ ist eine anerkannte Institution auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention | | | | | |
|--|-------------|------|-----------|------|--------|
| | Wichtigkeit | | Umsetzung | | T-Wert |
| | 2006 | 2002 | 2006 | 2002 | |
| Mittelwert | 1,54 | 1,63 | 2,04 | 2,29 | 2,36 |
| STABW | 0,74 | 0,79 | 0,88 | 0,95 | |
| Anteil Schulnoten 4 und 5 | | | 4,2% | 7,6% | |

Abb. 35 Beurteilung des FGÖ (Kompetenzzentrum)

10. Deutliche Verbesserung der Evaluationsqualität

Die Praxis und Qualität der Projektevaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung ist bisher international und auch national recht dürftig und dringend verbesserungsbedürftig. Darauf haben wir bei der letzten Evaluation des FGÖ wiederholt hingewiesen und diesen Handlungsbereich zu einem zentralen und wichtigen Gegenstand unserer damaligen Empfehlungen gemacht.

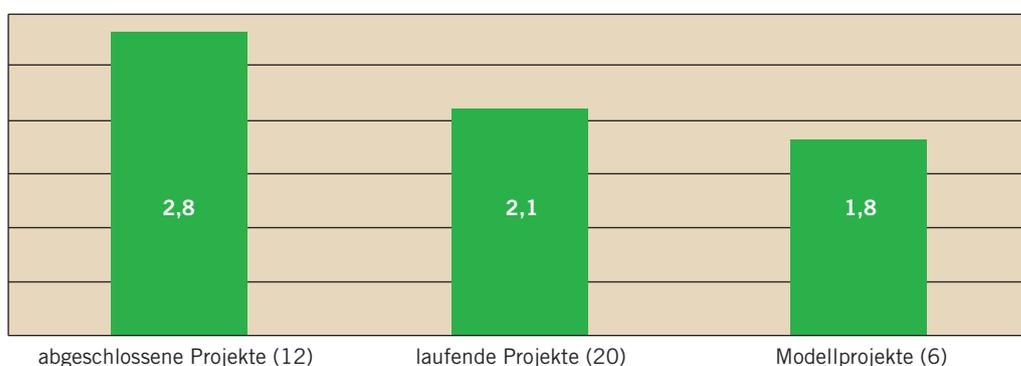


Abb. 36 Evaluationsqualität (Deutsches Schulnotensystem 1 bis 6)

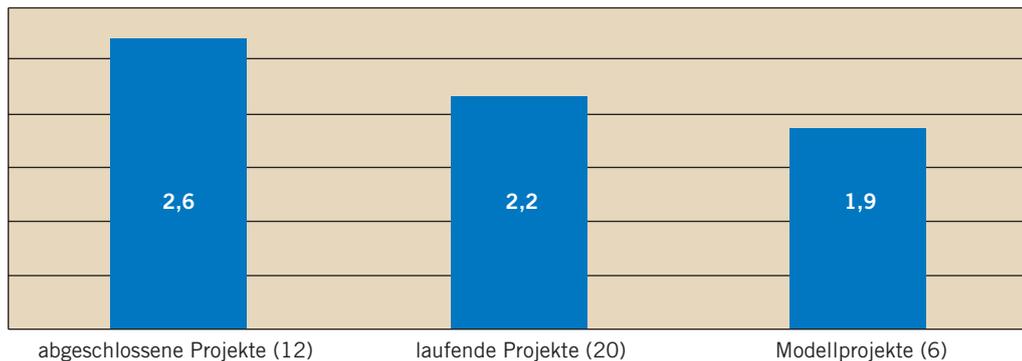


Abb. 37 Projektqualität (Deutsches Schulnotensystem 1 bis 6)

Auf der Grundlage der differenzierten Exzerption und Evaluation von insgesamt 38 einzelnen Praxisprojekten ist - auf der Grundlage verschiedener Indikatoren - bereits eine deutliche Verbesserung der Evaluationsqualität zunächst zwischen den abgeschlossenen und laufenden Projekten festzustellen. Noch deutlich besser fällt die Bewertung der Evaluationsqualität bei den sechs Modellprojekten aus.

11. Evaluationsqualität im Vergleich zur Schweiz und Deutschland deutlich verbessert

Aufgrund unserer profunden Kenntnis der Praxis und Qualität der Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Deutschland sowie den einschlägigen Befunden aus dem Evaluationsbericht der Schweizer Stiftung müssen wir schlussfolgern, dass durch die durch den FGÖ im Tätigkeitszeitraum eingeleiteten Maßnahmen zur Projektevaluation bereits eine deutliche Verbesserung der Evaluationsqualität eingetreten ist. Dies ist vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung der Projektevaluation ein Ergebnis, das besonderer Hervorhebung und Würdigung bedarf.

12. Deutliche Verbesserung der Projektqualität

Eine fundierte Evaluation von Projekten hat nicht nur das Ziel, die Projektergebnisse vor dem Hintergrund der Projektziele zu bewerten, vielmehr ist mit der Anwendung von geeigneten Methoden der Struktur-, Prozess- und Produktevaluation i.d.R. auch eine Verbesserung der Projektqualität verbunden. Und genau dieser Effekt ist in einem unerwartet hohen Umfang bereits nach relativ kurzer Zeit auch eingetreten.

13. Modellprojekte sind insgesamt von hoher Qualität

Wie bereits ausgeführt sind die sechs praktischen Modellprojekte von hoher Qualität und stellen das dar, was sie i.e. beanspruchen, „models of good practise“. Gleichfalls sollten hier für die Zukunft einige Modifikationen vorgenommen werden (s.u).

14. Kampagnen und Info- und Aufklärungsmaßnahmen gut mit setting-Aktivitäten verknüpft

Hat der FGÖ zunächst programmatisch die Integration dieser Handlungsbereiche im Dreijahresprogramm aufgegriffen, so kann bei der Analyse der Umsetzung einzelner Maßnahmen auch von einer guten Umsetzung in der Praxis gesprochen werden.

15. Fort- und Weiterbildung verstärkt

Der FGÖ hat die unterschiedlichen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung noch verstärkt, was bei dem großen und v.a. interdisziplinären Wissensbedarf auch erforderlich und für die Qualität in der Praxis der Gesundheitsförderung von grundlegender Wichtigkeit ist.

16. Projektbezogene Beratung und Coaching etabliert und verstärkt

Besonders hervorzuheben sind die im Tätigkeitszeitraum zu verzeichnenden Maßnahmen zur Beratung von Antragstellern vor und bei der Projekteinreichung, auch wenn diese Beratungen zeitliche Ressourcen in nicht geringem Umfang binden (s.u.).

17. Vernetzungsaktivitäten weiter betreiben

Wechselseitiger Austausch und voneinander Lernen erhöhen grundlegend die Qualität von Interventionsmaßnahmen. Durch die Sicherung der Vernetzungsaktivitäten trägt der FGÖ auch hier zur weiteren Qualitätssicherung bei.

18. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit noch einmal verstärkt und weiter verbessert

Mit der Einstellung eines neuen Pressereferenten war eine weitere Verstärkung und Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit verbunden. Die steigende Medienpräsenz zeigt Abb. 23 auf Seite 54.

19. Deutliche Verbesserung der Zusammenarbeit mit Dritten (AKS Austria / NBGF)

Der FGÖ hat - wie auch in unserem letzten Gutachten empfohlen - die Zusammenarbeit mit den Institutionen der Gesundheitsförderung in den Bundesländern verstärkt wie auch auf die Errichtung der AKS Austria sowie die regelmäßige Zusammenarbeit mit dem Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung hinzuweisen ist.

20. Teilnahme an EU-Projekten / Internationale Einbindung

Die Teilnahme an EU-Projekten hat positive Konsequenzen für das internationale Ansehen des FGÖ und die Qualität seiner Tätigkeit v.a. auch im Bereich der Projektförderung.

Auch in der quantitativen Befragung zeigt sich eine tendenzielle Zunahme in der Einschätzung der Wichtigkeit und Umsetzung hinsichtlich der Einbindung der Tätigkeit des FGÖ in internationale bzw. europäische Zusammenhänge.

| Der FGÖ ist in die internationale und europäische Entwicklung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention eingebunden | | | | |
|--|-------------|------|-----------|------|
| | Wichtigkeit | | Umsetzung | |
| | 2006 | 2002 | 2006 | 2002 |
| Mittelwert | 1,57 | 1,75 | 2,10 | 2,23 |
| STABW | 0,66 | 0,77 | 0,91 | 0,91 |
| Anteil Schulnoten 4 und 5 | | | 6,0% | 4,2% |

Abb. 38 Internationale Einbindung des FGÖ (Österreichisches Schulnotensystem)

21. Homepage des FGÖ sehr deutlich verbessert

Die Homepage des FGÖ hat in der letzten Evaluation in keiner Weise überzeugen können. In der Zwischenzeit kann von einer Homepage gesprochen werden, die der Qualität und Leistung der Tätigkeit des FGÖ entspricht und nicht recht unprofessionell mit ihr kontrastiert.

22. Qualität des Internetauftritts auch hinsichtlich der Barrierefreiheit gut

Eine externe Überprüfung kommt zu folgendem Schluss: „Der neue Webauftritt wurde von unabhängigen Prüfern hinsichtlich der Barrierefreiheit unter die Lupe genommen und erhielt 97 von 100 möglichen Punkten und damit das Prädikat „sehr gut zugänglich“.

23. Umsetzung der Empfehlungen des Rechnungshofes, soweit im Zuständigkeitsbereich des FGÖ liegend

Der Rechnungshof hat im Jahr 2000 die institutionelle und finanzielle Tätigkeit des FGÖ untersucht. In diesem Zusammenhang hat er für die weitere Tätigkeit des FGÖ sechs Empfehlungen abgeleitet. Von diesen Empfehlungen wurden drei u.E. vollständig, drei zu ca. 70% umgesetzt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die erst genannte Empfehlung nicht zu 100% in den Zuständigkeitsbereich des FGÖ fällt, da v.a. die Sozialversicherungsträger ihre Position und ihre Leistungsmöglichkeiten gerade im vom FGÖ abgegrenzten Bereich der medizinischen Prävention darlegen müssten.

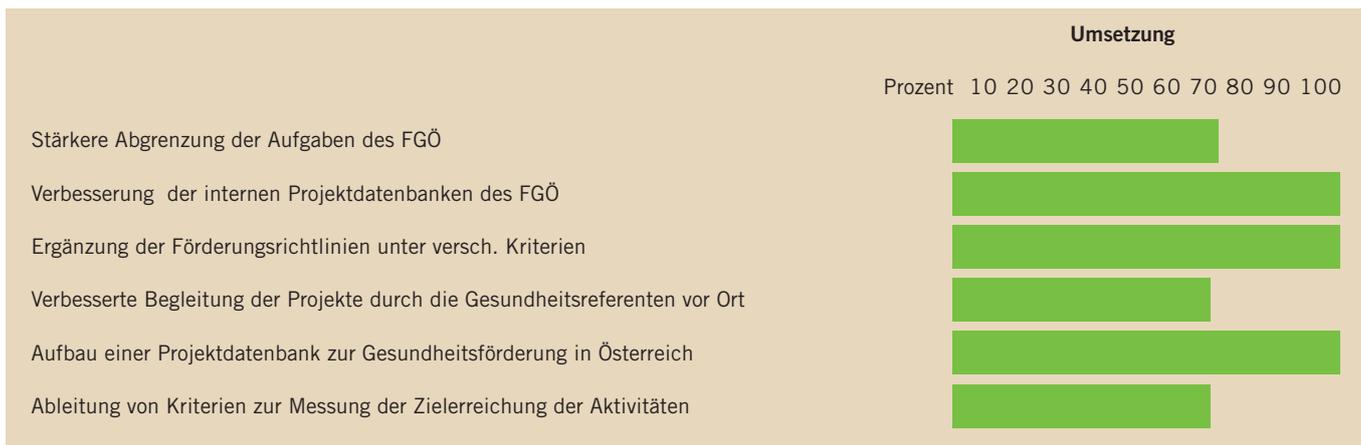


Abb. 39 Umsetzung der Empfehlungen des Rechnungshofes

24. Ca. 80% Umsetzung der Empfehlungen aus der letzten Evaluation 2002

Vor dem Hintergrund unserer langjährigen Erfahrung im Bereich der Evaluationsforschung ist mit Blick auf den Umsetzungsgrad und die Umsetzungsgeschwindigkeit von abgeleiteten Empfehlungen beim FGÖ ein hohes Interesse an der schnellen Umsetzung der Empfehlungen besonders hervorzuheben. Dies zeigt und bestätigt ein hohes praktisches und nicht - wie leider nicht selten zu beobachten - ein lediglich legitimatorisches Interesse an der Evaluation, von dem wir uns bereits bei der Durchführung der Evaluation immer wieder überzeugen konnten.

Auf die Bereiche mit unterdurchschnittlichem Umsetzungsgrad wird bei den Empfehlungen weiter einzugehen sein.

25. Aufbau einer insgesamt sehr guten internen Projektdatenbank

Die interne Projektdatenbank war bei der letzten Evaluation Gegenstand vielfältiger Kritik. Die dazu abgeleiteten Empfehlungen wurden nahezu vollständig umgesetzt, so dass nunmehr eine funktionstüchtige Datenbank existiert, die die Arbeitsabläufe optimiert.

26. Implementation eines innovativen und vernetzten Abrechnungssystems und Buchhaltungsprogramms zur Vernetzung der Arbeitsabläufe

Das gleiche gilt für das entwickelte und installierte vernetzte Abrechnungssystem und Buchhaltungsprogramm.

27. FGÖ interne Entwicklung einer Projektcharakterisierung / Von uns geprüft und für positiv befunden

Aus der Gründungs- und Anfangszeit hat der FGÖ eine Projektklassifikation mitgeführt, die der Komplexität der nach Themen und Zielgruppen zunehmend multidimensionalen

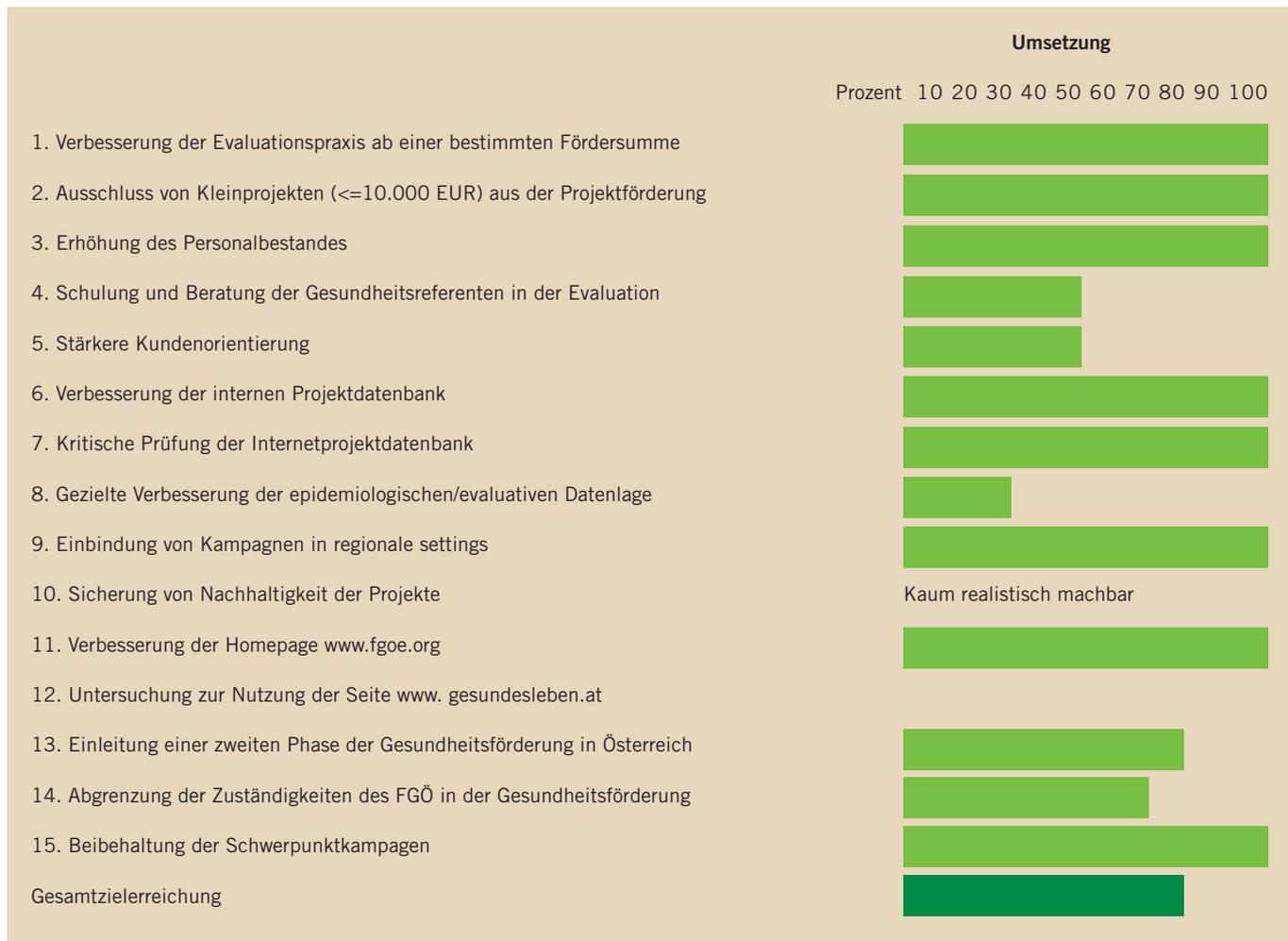


Abb. 40 Umsetzung der Empfehlungen aus der Evaluation 2002

Ordnung von Projekten nicht mehr gerecht wird. Sie hatte auch keinen logisch stringenten und auch nicht hierarchischen Aufbau, so dass mit den klassifizierten Projekten auch nicht empirisch gerechnet werden konnte. Eine interne Arbeitsgruppe des FGÖ hat nun eine Klassifikation entwickelt, die von uns geprüft und für gut und praktikabel befunden wurde. Diese sollte umgehend implementiert werden.

28. Durchführung eines Gesundheitsförderungsprojekts im Fonds (GIF)

Mit dem GIF-Projekt reagiert der FGÖ auf betriebliche Probleme, die sich aus der personellen Vergrößerung der Geschäftsstelle wie auch der zunehmenden Arbeitsbelastung der Mitarbeiter durch das steigende Projektvolumen und die Vielzahl der zusätzlichen Aufgaben ergeben. Es ist zweifellos Zeichen einer mitarbeiter- und unternehmenszielorientierten Geschäftsführung.

29. Organisationsentwicklung auf der Basis des GIF Projektes bereits begonnen

Erste Maßnahmen zur Organisationsentwicklung auf der Grundlage der erarbeiteten Ergebnisse des GIF-Projekts wurden bereits umgesetzt, andere befinden sich in einem weiteren Planungsstadium.

30. Weiter hohe Arbeitsmotivation der Mitarbeiter

Auch bei insgesamt steigender Arbeitsbelastung ist bei den Mitarbeitern insgesamt eine hohe Arbeitsmotivation und eine hohe Identifikation mit dem FGÖ festzustellen.

31. Hohe Qualifikation des Personals

Das Personal des FGÖ verfügt insgesamt über hohe prozessspezifische und prozessun-spezifische Qualifikationen. Ein einziger und wesentlicher Mangel besteht nun allerdings erneut darin, dass ein Gesundheitsreferent mit spezifischer Qualifikation in der Evalua-tion nach dem Ausscheiden einer hier qualifizierten Mitarbeiterin wiederum nicht zur Verfügung steht (s.u.).

32. Reaktion der Geschäftsführung auf die zunehmende Dauer der Einreichphase

Die zunehmende Dauer der Einreichphase (Dauer zwischen Antragseingang und Bewil-ligung bzw. Ablehnung) gehört zu den kritischen Befunden (s.u.). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Geschäftsführung des FGÖ recht schnell mit entsprechenden Vorgaben und Richtlinien auf dieses Problem reagiert.

33. Hohe Wertschätzung der Tätigkeit des Geschäftsführers bei allen Gesprächs-partnern (Qualitative Interviews)

Bei allen Gesprächspartnern konnte auch parteienübergreifend eine hohe Wertschätzung für die Tätigkeit des Geschäftsführers festgestellt werden, die sich nicht allein auf die ef-fektive Unternehmensführung bezog, sondern auch auf seine konstruktiv, vermittelnden Fähigkeiten in kritischen und konfliktorischen Situationen.

34. Recht hohe Kenntnis der Kampagnen in der österreichischen Bevölkerung

Kampagnen können nur verhaltensändernd wirken, wenn diese auch bekannt sind. Die-ses ist insgesamt gut, bei der Ernährungskampagne in sehr guten Maße gelungen. Zur Frage der Verhaltensänderungen (vgl. Abb. 21 auf Seite 52).

35. Insgesamt gleichbleibend gute Gesamtnote des FGÖ (1,9) in den schriftlichen Befragungen 2002/2006

Die Benotung der Tätigkeit des FGÖ insgesamt und der einzelnen Dienstleistungsquali-täten ist gegenüber 2002 unverändert. Eine institutionelle Aufgabenbewertung mit der Note 1,9 muss in Kundenzufriedenheitsanalysen als überdurchschnittlich bezeichnet

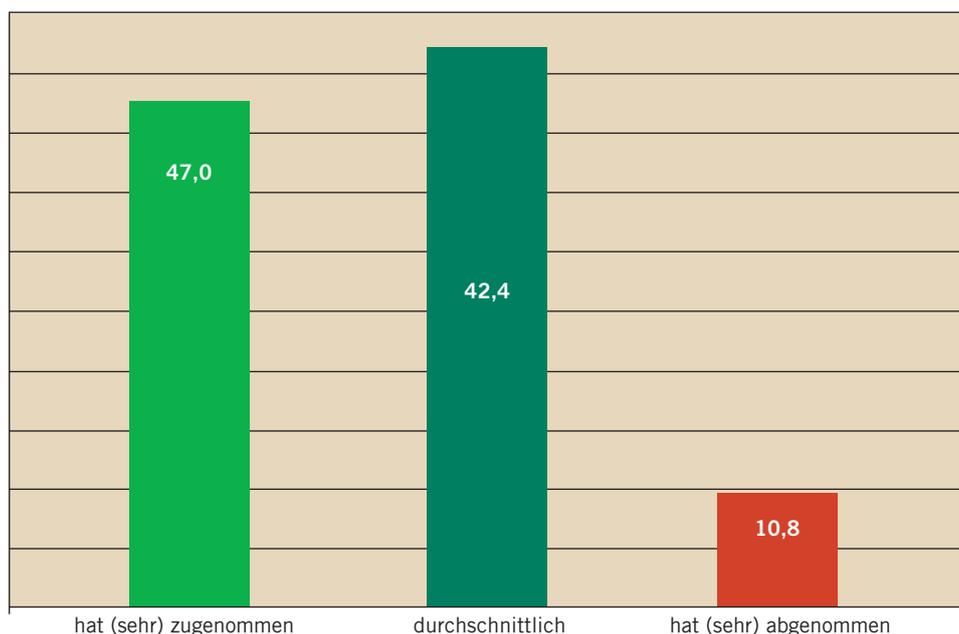


Abb. 41 Zufriedenheit mit dem FGÖ in den letzten 3 Jahren

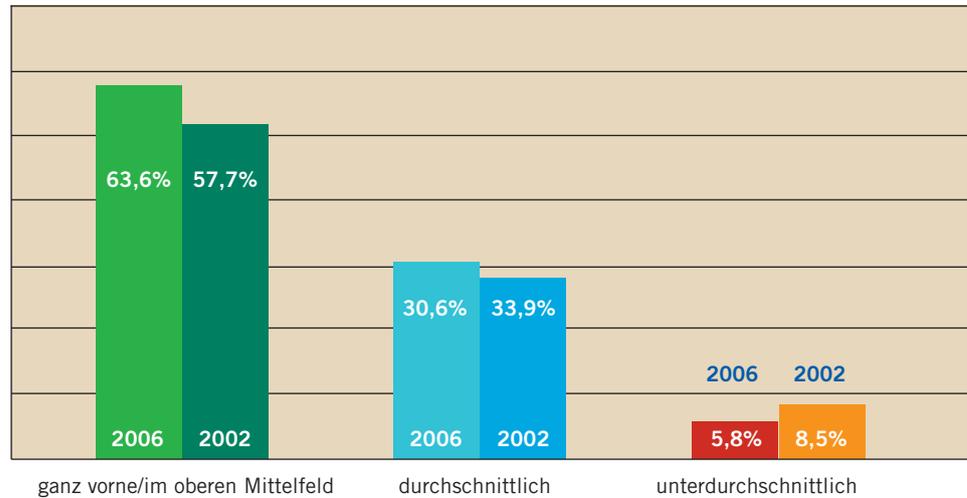


Abb. 42 Wo liegt Österreich in der Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich?

werden. In Bezug auf die einzelnen Dienstleistungsqualitäten ergibt sich 2006 ein ähnliches Bild wie im Jahr 2002 (vgl. Abb. 28 auf Seite 58). Danach muss v.a. an der Bearbeitungsdauer weiter gearbeitet werden (s.u.).

36. 89% der Befragten sind mit der Arbeit des FGÖ in den letzten 3 Jahren zufriedener oder gleichbleibend zufrieden

Auf der Basis einer Teilstichprobe der Befragten, die mit dem FGÖ in den letzten drei Jahren mindestens ab und zu einmal zu tun hatten, zeigt sich bei der Frage nach der Gesamtzufriedenheit ein hohes Niveau der Zufriedenheit. Bei lediglich 11% der Befragten hat die Zufriedenheit mit der Arbeit des FGÖ in den letzten drei Jahren abgenommen.

37. 60% der Befragten sehen die GF in Österreich im internationalen Vergleich im oberen Mittelfeld

Nach Auffassung der Befragten konnte der FGÖ seine Position in der Gesundheitsförderung im internationalen/europäischen Vergleich sichern und behaupten.

38. Niveau der Gesundheitsförderung im Vergleich zur Schweiz und Deutschland gut

Das in Österreich durch die Arbeit des FGÖ in Kooperation mit Akteuren und anderen Einrichtungen nunmehr erreichte Niveau der Gesundheitsförderung wird von uns im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz als gut bezeichnet. In Bezug auf Deutschland sind v.a. die Projektinnovationen viel größer, in Bezug auf die Schweiz die deutlich klarere programmatische Positionierung des FGÖ, die Stabilität und Stetigkeit der Maßnahmen und die höhere Transparenz in der Projektbewilligung und -beauftragung.

39. Stabile und stetige Positiventwicklung des FGÖ seit 1998

Vergleicht man die Entwicklung in Österreich mit der Schweiz und Deutschland, so ist in Österreich eine erfreulich stabile, stetige und problemlösungsorientierte Aufwärtsentwicklung festzustellen, während dies für Deutschland keinesfalls gesagt werden kann. In der Schweiz sind auf der Grundlage des dort erstellten Evaluationsgutachtens ggf. Veränderungen zu erwarten.

40. Insgesamt nochmalige deutliche Qualitätserhöhung im Tätigkeitszeitraum 2002-2005 gegenüber 1998-2001

Insgesamt ist so in allen genannten Bereichen eine nochmalig deutliche Qualitätsverbesserung in der Tätigkeit des FGÖ festzustellen. Die Reaktion der Mitglieder der Orga-

ne des FGÖ auf die vorliegenden Evaluationsergebnisse zeigt aber auch, dass der FGÖ auf dem nunmehr erreichten Stand keinesfalls stehen bleiben will, vielmehr eine weitere Optimierung seiner Tätigkeit und Aufgabenwahrnehmung anstrebt.

Kritische Befunde

Im Unterschied zu den positiven Befunden sind die 12 kritischen Befunde in Bezug auf die Umsetzung der abzuleitenden Empfehlungen nach Handlungsbereichen geordnet.

Strategie und Programmatik

1. Neue Evaluationsanforderungen im Dreijahresprogramm 2003-2005 nicht optimal kommuniziert

Unsere im Rahmen der letzten Evaluation vorgenommenen Empfehlungen zur Verbesserung der Evaluationsqualität wurden zwar recht zügig umgesetzt, bei der Erstellung des Dreijahresprogramms aber nicht gut genug kommuniziert. So können und konnten potenzielle Antragsteller sich kein klares Bild über die neuen Anforderungen in der Evaluation machen. Auch die empfohlenen Anleitungen zur Projektevaluation sind noch nicht erstellt worden.

2. Hohe Redundanz zwischen dem Dreijahresprogramm und den einzelnen Jahresprogrammen

Die Inhalte zwischen den einzelnen Jahresprogrammen und dem Dreijahresprogramm sind in hohem Maße redundant. Hier erscheinen uns Veränderungen dringend.

3. Inhalt, Ausrichtung und Finanzierung der eingereichten Forschungsprojekte / Zufälligkeitscharakter vieler Forschungsprojekte / Aus abgeschlossenen Projekten wird Forschungsbedarf nicht hinreichend abgeleitet

Im Gegensatz zu Deutschland hat der FGÖ auch die Möglichkeit, Forschungsprojekte (anteilig) zu finanzieren. Dies ist grundsätzlich ein wichtiges Tool für die gezielte, projektergebnisgestützte Weiterentwicklung für Inhalte und Methoden der Gesundheitsförderung. Die derzeitige Förderungspraxis kann hier jedoch aus drei Gründen nicht überzeugen:

- nicht bedarfsgerechte, eher zufällige Ausrichtung; keine Ableitung aus abgeschlossenen oder laufenden Projekten;
- Fragen nach der Notwendigkeit hinsichtlich des zusätzlichen Erkenntnisgewinns vor dem Hintergrund des nationalen und internationalen hierzu bereits vorliegenden wissenschaftlichen Kenntnisstands;
- Fragen nach der Umsetzung von dabei erzielten Forschungsergebnissen in Praxisprojekte der Gesundheitsförderung.

Auch hier sind Veränderungen dringend, weil so Finanzmittel kaum effektiv verausgabt werden und Forschungsergebnisse in nur geringem Maße in die Arbeit des FGÖ einfließen.

4. Mittel- und langfristige Ziele des FGÖ

Die kurz- bis mittelfristige programmatische Orientierung der Arbeit des FGÖ auf der Grundlage des Dreijahresprogramms hat sich u.E. bewährt. Um zusätzliche Kreativität zu entfalten und einer bloßen Projektabwicklungsroutine vorzubeugen, halten wir die Diskussion und Definition auch mittel- und langfristiger Ziele im Sinne „wo wollen wir hin“ für wünschenswert.

Kritische Ergebnisse und Entwicklungen sowie Handlungsbedarf

Strategie und Programmatik

- 1 Neue Evaluationsanforderungen im Dreijahresprogramm 2003-2005 (Kap.11) nicht optimal kommuniziert / Evaluationsanleitungen
- 2 Hohe Redundanz zwischen dem Dreijahresprogramm und den einzelnen Jahresprogrammen
- 3 Inhalt, Ausrichtung und Finanzierung der eingereichten Forschungsprojekte / Zufälligkeitscharakter vieler Forschungsprojekte / Aus abgeschlossenen Projekten wird Forschungsbedarf nicht hinreichend abgeleitet
- 4 Mittel- und langfristige Ziele des FGÖ

Organisation und Durchführung

- 1 Kein Gesundheitsreferent mit expliziter Qualifikation in der Evaluationsforschung
- 2 Hohe Arbeitsbelastung aller Mitarbeiter in peaks. Dauerüberlastung im Bereich BGF
Zusammenarbeit der Mitarbeiter z.T. nicht optimal
Fehlende Abteilungsleitung im Bereich der Gesundheitsreferenten
Kein hinreichend klares internes Zielsystem

Evaluation

- 1 Evaluationsbudget unter den lfd. Projekten beträgt 8% der GPK. Orientiert sich an der Marge von 10%. So nicht bedarfsgerecht
Keine klaren Evaluationsrichtlinien bei Projekten unter 72.000 EUR
- 2 Z.T. noch fehlende evaluative Datengrundlagen

Ergebnisse

- 1 Zunehmende Dauer der Einreichphase (v.a. bei Kleinprojekten unter 72.000 EUR)
Zu lange Dauer der Zwischen- und Endabrechnungen
Kundenorientierung kann noch verbessert werden
- 2 Bisherige Modellprojekte hinsichtlich der Ziele, Instrumente und Settings häufig zu ambitiös. Z.T. Unterfinanzierungen
- 3 Gemachte Lernprozesse werden nicht hinreichend festgehalten und kommuniziert

Technik / Tools

- 1 Noch weitere kleinere Mängel in der Projektdatenbank (Bundesland, Ablehnungsgründe, Projektende, Evaluation, Entscheiddatum)
Projektklassifikation in der Datenbank nicht optimal und unlogisch
Kleinere Mängel in der Internetprojektdatenbank (Aktualität)
Oft noch zu diffuse Projektbeschreibungen v.a. hinsichtlich der Projektziele
Externe Evaluation von Projekten wird in der externen Datenbank zu wenig sichtbar gemacht
Keine klaren Berichtprüfungskriterien

Nicht vom FGÖ zu vertretende Mängel und Defizite

- 1 Konstantes jährliches Budget des FGÖ / Keine Valorisierung
- 2 Fehlende Gesamtstrategie der GF und med. Primärprävention in Österreich (Bund, Länder, FGÖ, Sozialversicherungen)

Abb. 43 Kritische Ergebnisse und Entwicklungen sowie Handlungsbedarf

Organisation und Durchführung

1. Kein Gesundheitsreferent mit expliziter Qualifikation in der Evaluationsforschung

Das Fehlen eines Gesundheitsreferenten mit den genannten Qualifikationen ist vor dem Hintergrund der Notwendigkeit der Prüfung von Designs und Ergebnissen der Evaluati-

on durch die Gesundheitsreferenten ein eindeutiger Mangel. Allerdings wird es nicht einfach sein, diesen Mangel zu beheben, da hierfür nur ein hochqualifizierter Bewerber mit langjähriger Erfahrung in der Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Betracht kommen kann. Alternative Lösungsmöglichkeiten finden sich unter den diesbezüglichen Empfehlungen.

2. Arbeitsorganisation und Arbeitsbelastungen

Festzustellen ist eine hohe Arbeitsbelastung aller Mitarbeiter in peaks und eine Dauerüberlastung im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Dem ist durch geeignete Maßnahmen Rechnung zu tragen, da diese Situation mittel- und langfristig die Arbeitsmotivation und -zufriedenheit der Mitarbeiter beeinträchtigen kann.

Die Zusammenarbeit der Mitarbeiter ist z.T. nicht optimal, was u.a. in der thematisch ausgerichteten Zuständigkeitsstruktur der Gesundheitsreferenten begründet ist. Strukturelle Veränderungen erscheinen uns hier allerdings kaum machbar, so dass hier nur gezielte Maßnahmen der Personalführung und Organisationsentwicklung Abhilfe schaffen können.

Die fehlende Abteilungsleitung im Bereich der Gesundheitsreferenten führt u.E. zu einer „Flaschenhalssituation“ im Bereich der Geschäftsführung. Hier sollten strukturelle Veränderungen Platz greifen, da diese Situation v.a. zu zeitlichen Verzögerungen bei der Projektbearbeitung führen kann bzw. führt.

Weiters kritisch festzustellen ist das Fehlen eines hinreichend klaren internen Zielsystems für die Mitarbeiter. Insgesamt erscheint uns auch das Verhältnis zwischen hierarchischer Führung und Mitarbeiterpartizipation noch optimierbar.

Evaluation

1. Evaluationsbudget unter den laufenden Projekten beträgt 8% der Gesamtprojektkosten und orientiert sich an der Marge von 10%. Dies ist so nicht bedarfsgerecht.

Auch wenn sich die durchschnittlichen Evaluationskosten zwischen den abgeschlossenen und laufenden Projekten deutlich erhöht haben, wie auch die Anteile der Evaluationskosten an den Gesamtprojektkosten gestiegen sind, sind die Evaluationsbudgets immer noch zu gering und können zu suboptimalen Designs, den Verzicht auf bestimmte Evaluationsmaßnahmen und zu unzureichender Qualität führen.

| | GPK | Evaluationskosten | Anteil | Durchschnittskosten der Evaluation |
|------------------------------|------------|-------------------|--------|------------------------------------|
| Abgeschlossene Projekte (12) | 3.341.700 | 116.700 | 3,5% | 9.725 |
| Laufende Projekte (20) | 10.005.800 | 651.880 | 6,7% | 32.594 |
| Modellprojekte (6) | 2.762.000 | 336.100 | 12,2% | 56.017 |

Abb. 44 Evaluationsbudget

Die verpflichtende Evaluation von „Großprojekten“ wurde vom FGÖ erfreulich schnell umgesetzt. Auch wenn es eine starke Tendenz zu größeren Projekten gibt, müssen auch für die kleineren Projekte umsetzbare Evaluationsrichtlinien formuliert werden (s.u.).

2. Fehlende bzw. unzureichende evaluative Datengrundlagen

Mittel und langfristig muss die Projektförderung des FGÖ und seine medialen Maßnahmen z.B. in Form von Kampagnen nicht nur – wie bisher im Ansatz geschehen – auf die Wirkungen hinsichtlich der Kenntnis des FGÖ und der Kenntnis der Kampagnen



untersucht werden, sondern auch dahingehend, ob es in der Bevölkerung oder in Teilbevölkerungen zu einer Veränderung von Einstellungen, Wissen und (berichtetem) Gesundheitsverhalten gekommen ist und welche Trends sich z.B. hinsichtlich der körperlichen Aktivität oder des Ernährungsverhaltens der Österreicher feststellen lassen.

Ergebnisse / Prozessresultate

1. Zunehmende Dauer der Einreichphase (v.a. bei Kleinprojekten unter 72.000 EUR). Zu lange Dauer der Zwischen- und Endabrechnungen. Kundenorientierung kann noch verbessert werden

Zu den kritischen Befunden im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität gehört unstrittig, dass die Bearbeitungsdauer zwischen Antragseingang und endgültigem Bescheid von durchschnittlich 150 Tagen bei den abgeschlossenen auf nunmehr 237 Tage bei den laufenden Projekten gestiegen ist. Nur noch 36% der laufenden gegenüber 63% der abgeschlossenen Projekte wurden in einem Zeitraum von weniger als 150 Tagen „beschlossen“ (vgl. Abb. 14 auf Seite 41). Auch wenn es eine ganze Reihe von plausiblen und auch stichhaltigen Gründen für diese Entwicklung gibt und der Ausgangswert von 150 Tagen schon deshalb nicht als Zielgröße in Frage kommen kann, da es zur Anfangszeit der Tätigkeit des FGÖ noch keine erheblichen Projektkumulationen gegeben hat, sind alle Anstrengungen zu unternehmen, die Dauer der Einreichphase v.a. bei den Kleinprojekten zu verringern. Gleiches gilt auch für die Dauer der Zwischen- und Endabrechnungen.

Auch wenn die zunehmende Dauer der Einreichphase sicher auch ein Zeichen einer zunehmenden Qualität der Projektbegutachtung ist, wie auch Folge zusätzlicher Maßnahmen (z.B. Angebote zur Evaluation), sollte die Kundenorientierung hier verbessert werden. Auch wenn es außerordentlich schwierig ist, hier einen praktikablen Richtwert zu benennen, halten wir eine anzustrebende Dauer von 180 Tagen (6 Monate) für akzeptabel.

2. Bisherige Modellprojekte hinsichtlich der Ziele, Instrumente und Settings häufig zu ambitiös. Z.T. Unterfinanzierungen

Die im Jahr 2000 angedachten Modellprojekte sind insgesamt positiv zu bewerten (s.o.). Sie sollten daher auch fortgeführt werden. Allerdings sollten sie hinsichtlich der Ziele, Zielgruppen, Settings und Methoden deutlich weniger ambitioniert und hinsichtlich der Finanzierungssummen realistischer geplant und umgesetzt werden. Dies v.a., um die hier nicht selten festzustellenden Unterfinanzierungen zu vermeiden, die die Qualität von Intervention und Evaluation beeinträchtigen können und z.T. auch beeinträchtigt haben. Das in der folgenden Abbildung genannte Beispiel spricht für sich.

3. Gemachte Lernprozesse werden nicht hinreichend festgehalten und kommuniziert

| Daten zum Projekt Switch 2006 | |
|---|-------------|
| Laufzeit | 42 Monate |
| Gesamtprojektkosten | 411.000 EUR |
| Evaluationskosten | 77.000 EUR |
| Zahl der einbezogenen Betriebe (geplant) | 15 |
| Gesamtprojektkosten pro Monat und Betrieb | 652,38 |
| Evaluationskosten pro Monat und Betrieb | 122,22 |
| Gesamtprojektkosten pro Monat | 9.786 EUR |
| Evaluationskosten pro Monat | 1.833 EUR |

Abb. 45 Beispiel einer Unterfinanzierung

Die Organe des FGÖ sind kontinuierlich mit der Bewertung von Projekten befasst, wobei sich u.E. im Rahmen der sich notwendigerweise etablierenden Routinen der Projektabwicklungen partiell Defizite einstellen, die wir v.a. hinsichtlich der Feststellung, Dokumentation und Diskussion von Lernprozessen nach dem Abschluss von Projekten sehen. Hier sind u.E. Verbesserungen wünschenswert, so schwierig diese sich auch in die Alltagspraxis werden integrieren lassen.

Technik / Tools

Noch weitere kleinere Mängel in der internen und externen Projektdatenbank

In der insgesamt als gut zu bewertenden Projektdatenbank sind noch einige kleinere Mängel festzustellen, die wir beim Arbeiten mit den Daten feststellen konnten. Dies gilt z.B. für die Variablen: Bundesland, Ablehnungsgründe, Projektende, Evaluation, Evaluationskosten, Entscheidungsdatum, Abschlussdatum.

Auch die externe Projektdatenbank im Internet weist noch einige, wenige Schwachstellen auf: z.B. die Aktualität der Projektstati sowie die oft noch zu diffusen Projektbeschreibungen v.a. hinsichtlich der Projektziele. Auch wird die externe Evaluation von Projekten in der externen Datenbank noch zu wenig sichtbar gemacht.

Keine klaren und einheitlichen Berichtprüfungskriterien

Im FGÖ sollten klare und einheitliche Kriterien der Prüfung von Zwischen- und Abschlussberichten formuliert und definiert werden.

Notwendigkeit der Verbesserung der Antragsunterlagen

Die vorliegenden Antragsunterlagen weisen v.a. hinsichtlich der klaren Definition von Projektzielen und ihrer Abgrenzung zu den Maßnahmen noch einige Mängel auf und sind zielführend zu verbessern.

Nicht vom FGÖ zu vertretende Mängel und Defizite

1. Konstantes jährliches Budget des FGÖ / Keine Valorisierung

Das bisher konstante jährliche Budget bedarf der Aufstockung, wenn die empfohlene Weiterführung der Modellprojekte beim weiter generell anhaltenden Trend zu größeren Projektvolumina aufgegriffen wird, damit es nicht zu quantitativen oder anteiligen Förderungsbegrenzungen kommt.

2. Fehlende Gesamtstrategie der Gesundheitsförderung und der medizinischen Primärprävention in Österreich (Bund, Länder, FGÖ, Sozialversicherungen)

In Österreich - wie auch in den beiden anderen untersuchten Ländern - fehlt bis heute ein konsistentes und abgestimmtes Konzept, wie Gesundheitsförderung und Prävention zwischen Bund, Ländern, FGÖ und Sozialversicherungen hinsichtlich der Zuständigkeiten und der Finanzierungsmodalitäten optimiert werden kann.

Empfehlungen

Aus diesen Befunden leiten wir folgende 27 Einzelempfehlungen ab:

1. Klare Beschreibung der Evaluationsanforderungen im neuen Dreijahresprogramm

2. Formulierung von Evaluationsrichtlinien für die Antragsteller
3. Jahresprogramme in der Konzeption verändern
4. Mängel in der internen und externen Projektdatenbank beseitigen
5. Entwickelte und geprüfte Projektcharakterisierung rasch umsetzen
6. Bei Forschungsprojekten: gezielte und bedarfsdeckende Ausschreibungen bei 100% Finanzierung
7. Gezielte Verbesserung der Antragsunterlagen
8. Projektbezogene Festlegung des Evaluationsbudgets
9. Externe Evaluation in der Projektdatenbank sichtbar machen z.B. durch eigenen Projektnummernkreis
10. Aufgabenkritische Prüfung aller Aufgaben / Outsourcingmöglichkeiten prüfen / OE zur Verringerung der Dauer der Einreichphase, wie der Projektbearbeitungsdauer insgesamt
11. Ggf. Neueinstellung eines Gesundheitsreferenten mit hohen Qualifikationen in der Evaluationsforschung sowie Schulung und externe Beratung der GR im Evaluationsbereich
12. Schaffung eines externen Expertenteams für evaluative Fragestellungen
13. Modellprojekte weiterführen und Schwachstellen beseitigen
14. Assistenz in der BGF einführen
15. Kundenorientierung weiter verbessern
16. Organisationsentwicklung weiter führen und verstärken (Umsetzung des GIF-Projekts)
17. Einstellung eines Abteilungsleiters im Bereich der Gesundheitsreferenten
18. Orientierendes Zielsystem entwickeln, diskutieren und umsetzen
19. Klare Berichtprüfungskriterien entwickeln
20. Gesundheitsreferenten müssen aus abgeschlossenen Projekten F&E Bedarfe identifizieren
21. Lernprozesse dokumentieren und diskutieren
22. Valorisierung oder Budgeterhöhung (vgl. Ausblick)
23. Mittel- und langfristige Ziele des FGÖ diskutieren, klären und definieren
24. Bestehende Umfrageinstrumente zur Evaluation erweitern (Bewegung, Ernährung)
25. Strategieerarbeitung durch Politik und Sozialversicherungsträger / Klärung der Finanzierung

26. Evaluationsrichtlinien bei kleineren Projekten formulieren
27. Die positiven Befunde und Entwicklungen gezielt aufrecht erhalten und sichern

Übergreifende Empfehlungen

Neben diese einzelnen Empfehlungen leiten wir folgende übergreifende Empfehlungen ab, die die weitere Strategieentwicklung des FGÖ betreffen:

1. Der FGÖ sollte den „bottom-up“-Ansatz in der Projektförderung grundsätzlich beibehalten, dabei aber auf Projekte längerer Laufzeiten setzen, was auch zu finanziell umfangreicheren Projekten führen wird.
2. Die Strategie, Modellprojekte zu 100% zu finanzieren, sollte fortgeführt werden. Dabei sollten die pro Projekt verausgabenden Mittel deutlich erhöht werden und die Ziele weniger ambitioniert formuliert werden. Wir empfehlen eine Weiterführung im Bereich alte Menschen sowie Kinder und Jugendliche, wobei Letztere u.E. auch auf Kinder und Jugendliche in Einrichtungen (Kindergärten, Schulen, Hauptschulen) gerade auch in sozial schwierigen Regionen orientiert werden sollten. Im Bereich der BGF sollten die Modellprojekte auf KMU z.B. in Verbundprojekten konzentriert werden. Darüber hinaus sollte u.E. ein neuer Schwerpunktbereich der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen bzw. von Arbeitslosigkeit bedrohten Menschen begonnen werden, um auch den vom FGÖ selbst beanspruchten Handlungsbereich der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten besser abzudecken. Hierzu sollten mit Blick auf grundsätzliche Organisationsformen sowie Akzeptanz und mögliche Cofinanzierung zunächst Gespräche mit dem Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) geführt werden. Einen Überblick über Ziele und Methoden dieses sicher nicht einfachen Handlungsfeldes findet sich in einem Gutachten der Autoren (siehe ²⁴). Für die Evaluation der Projekte können von uns entwickelte Instrumente zur Verfügung gestellt werden. Auch hier sollte beim hohen Schwierigkeitsgrad des Interventionsfeldes zunächst mit Pilot- und Modellprojekten gearbeitet werden, wobei die Finanzierungsmodalitäten mit dem AMS abzustimmen sind.

Im Bereich seelische Gesundheit soll die begonnene Vernetzungsarbeit fortgeführt und die Aufarbeitung und Weiterentwicklung der Evidenz der Wirksamkeit der Gesundheitsförderung in diesem Bereich verstärkt werden.

3. Die Gesundheitsförderungsaktivitäten in Bundesländern mit bislang unterdurchschnittlicher Aktivität (z.B. Kärnten und Burgenland) sollten gezielt verstärkt werden. Hierzu sollten zunächst Gespräche mit der föderalen Politik geführt werden.
4. Die Gesundheitsförderung befindet sich national und international insgesamt immer noch in einer Phase der Entwicklung von Instrumenten, die an kleineren „Populationen“ auf Wirksamkeit überprüft werden. Von einer recht hohen und gesicherten Evidenz der Wirksamkeit der Gesundheitsförderung kann u.E. derzeit v.a. im Bereich der BGF und im Bereich Bewegung ausgegangen werden. Hier sollte es nunmehr zu einer verstärkten Breitenwirkung von Projekten kommen, die im Bereich der Bewegung z.B. ganze Gemeinden oder Städte umfasst. Hauptzielgruppe sind Einwohner mit geringer oder keiner sportlichen Aktivität.
5. Der FGÖ hat gerade auch in den Bereichen Bewegung und Ernährung erhebliche Erfahrungen gesammelt und verfügt hier über ein vielfältiges Methodenarsenal. Wir empfehlen zusätzlich zu den bisher genannten Punkten aus sachlichen

und auch politischen Gründen die Durchführung einer österreichischen Herz-Kreislaufpräventionsstudie analog der internationalen Vorbilder. Die Auswahl dieses (ersten) Handlungsbereichs ist epidemiologisch, gesundheitsökonomisch begründet, wie auch durch die internationalen Interventionserfolge abgesichert. Hierbei sollte der FGÖ die Zuständigkeit für die bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung, die Sozialversicherungsträger die Zuständigkeit bzw. die Finanzierung für die individuelle Primär- und Sekundärprävention übernehmen. Dieses Vorhaben sollte auf zwei bis drei Regionen ausgerichtet werden und eine Laufzeit von ca. 6 Jahren umfassen. Dieses Vorhaben würde Methoden der ressourcenstärkenden Gesundheitsförderung mit geeigneten Methoden der risikosenkenden Primärprävention verbinden und könnte ein geeignetes Testfeld auch für die sicher länger dauernde Erarbeitung der nationalen Gesamtstrategie der Gesundheitsförderung und medizinischen Primärprävention darstellen.

Wird den Empfehlungen 4 und 5 gefolgt, bedarf es sicher der deutlichen Aufstockung des Budgets des FGÖ sowie der Einstellung eines weiteren Gesundheitsreferenten.

Zusammenfassung

Eine Gesamtbewertung der Arbeit des FGÖ im Evaluationszeitraum 2002-2005 ergibt – gegenüber 1998-2001 – insgesamt noch einmal eine deutliche Qualitätserhöhung der Tätigkeit in nahezu allen Handlungsfeldern und Aufgabenbereichen. So hat der FGÖ seit 1998 eine gute und stetige Entwicklung genommen. Insgesamt hat Österreich damit seine herausgehobene Position in der Gesundheitsförderung in Europa zweifellos noch gefestigt, während Deutschland vor einer nach wie vor unklaren Neuausrichtung der Gesundheitsförderung und Primärprävention steht, die sich allerdings – auf der Grundlage des bisherigen Gesetzesentwurfs – organisatorisch durchaus stark an Österreich orientiert. Auch die vom Deutschen Sachverständigenrat im Gesundheitswesen in diesem Zusammenhang vorgenommene wissenschaftliche und politische Positionsbestimmung der Gesundheitsförderung und Prävention entspricht i.w. der strategischen Ausrichtung der Gesundheitsförderung und Primärprävention, wie sie der FGÖ auf der Grundlage des Gesundheitsförderungsgesetzes in seinen Programmen nicht nur formuliert, sondern auch umgesetzt hat. Eine sehr gute Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich ist auch im Vergleich zur Schweiz zu konstatieren, wie der Evaluationsbericht zur Schweizer Stiftung für Gesundheitsförderung zeigt.

Wir haben diese Evaluation von November 2005 bis Juni 2006 durchgeführt. Die letzten Monate waren z.T. geprägt durch die geplanten Umstrukturierungen auch im Bereich der Tätigkeit des FGÖ durch das Gesetzesvorhaben der „Gesundheit Österreich GmbH“. Gleichwohl war das Evaluationsklima wiederum ausgezeichnet. Wir bedanken uns bei allen Mitarbeitern des FGÖ für die erneut sehr gute Zusammenarbeit, ohne die eine zielführende Evaluationsarbeit nicht möglich ist. Wir möchten uns auch bei allen anderen Gesprächspartnern herzlich bedanken, wie auch bei allen, die sich an der schriftlichen Befragung beteiligt haben.

Wir wünschen dem FGÖ und der gesamten Gesundheitsförderung in Österreich, dass der bisher sehr erfolgreiche Weg weiter stetig fortgesetzt werden kann.

10. Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: Dokumentation 2004, Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, o.O., o.J. www.bvgesundheit.de/pdf/dokumentation2004_kurz.pdf

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen / Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: Präventionsbericht 2004, o.O., o.J. <http://www.mds-ev.org/download/index.asp#PB>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Was erhält Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bearbeitet von J. Bengel; R. Strittmatter, H. Willmann. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (Bd. 6). Köln, BZgA. 1999a

Bundesamt für Gesundheit: Evaluation der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Pricewaterhouse Coopers (PWC), 2005 www.bag.admin.ch/kv/forschung/d/2005/eval_gfs.pdf

Elkeles, T., Kirschner, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, 2004

Forschungsverbund DHP (Hrsg.) Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1998

Kirschner, W., Radoschewski, M., Kirschner, R.: § 20 SGB V – Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Asgard-Verlag, Sankt Augustin 1995

Konsensuspapier, Herausgegeben vom Innovationsprojekt Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention, Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung und Prävention Josefhof der VEAB, Dezember 2005

ÖBIG-Studie: Präventionsausgaben 2001: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien 2001

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“, Kap.4, S. 181–347, Mai 2005 <http://dip.bundestag.de/parfors/parfors.htm>

11. Anlagen

Anlage 1

Fragebogen der schriftlichen Befragung

Fragebogen zur Einschätzung der Situation der Gesundheitsförderung in der Republik Österreich und der Arbeit des Fonds Gesundes Österreich in Zusammenhang mit der Evaluation der Tätigkeit des FGÖ (2002-2005)

Unser Institut wurde beauftragt, die Tätigkeit des Fonds Gesundes Österreich in den Jahren 2002 bis 2005 zu evaluieren. Die Ergebnisse der Evaluation werden u.a. in die Konzeption des nächsten Dreijahresprogramms und der weiteren jährlichen Arbeitsprogramme eingehen.

Der vorliegende Fragebogen ist nur eine Variante einer Vielzahl von Instrumenten und Methoden, die wir im Rahmen der Evaluation einsetzen, aber eine durchaus sehr wichtige. Auf der Grundlage einer Stichprobenerhebung wollen wir eine Einschätzung der Situation der Gesundheitsförderung in der Republik Österreich aus der Sicht von Projektnehmern und anderen Akteuren der Gesundheitsförderung, von Fachleuten und Wissenschaftlern und nicht zuletzt von Gesundheitspolitikern vornehmen lassen.

Die Adressaten dieser Fragebogenerhebung sind Projektansucher und Teilnehmer der Tagungen des FGÖ sowie weitere Akteure der Gesundheitsförderung in Österreich. Die Adressen wurden in einem Zufallsverfahren aus den entsprechenden Adressendateien des FGÖ gezogen. Weitere Adressen wurden im Schneeballverfahren ausgewählt.

Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Er enthält 18 Fragen. Die Zeit zur Beantwortung wird im Durchschnitt ca. 20 Minuten betragen. Selbstverständlich ist die Teilnahme an dieser Befragung freiwillig. Durch Ihre Teilnahme tragen Sie jedoch dazu bei, die Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich noch weiter zu verbessern und hierbei Ihre Sicht der Dinge einzubringen. Alle Angaben, die Sie machen, werden vollständig anonymisiert ausgewertet. Die Haltung und Verarbeitung der Informationen erfolgt durch unser Institut nach den Bestimmungen des Deutschen Bundesdatenschutzgesetzes (DVR-Nr.: 506 beim Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit). Wir möchten Sie noch bitten, das in den Fragebogen eingedruckte Codenummernetikett nicht zu entfernen, da Sie sonst bei den Nachfassaktionen wiederholt angeschrieben werden. Für Ihre Teilnahme an der Befragung möchten wir uns schon vorab bei Ihnen herzlich bedanken.

Übrigens: Sie können den Fragebogen auch über E-Mail erhalten und per Mail zurücksenden. Bitte schicken Sie Ihre Anforderung an: kirschner@fb-e.de. Falls Sie Fragen zum Fragebogen haben, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf. Falls Sie den Fragebogen nicht per E-Mail beantworten, senden Sie diesen per Post oder Fax an unser Institut zurück. Um bei einer Rücksendung des Fragebogens per Fax eine vollständige Übermittlung sicherzustellen, ist der Fragebogen nicht doppelseitig bedruckt und nur mit einer Klammer versehen. Wir bitten hierbei um Ihr Verständnis.

Forschung Beratung + Evaluation
Postfach 100335
D-10563 Berlin
Deutschland

Tel.: 0049/30/450578022
Fax: **0049/30/450578922**
Mail: kirschner@fb-e.de



1. Diese Frage enthält zunächst allgemeine Thesen über die Gesundheitsförderung und Prävention. Bitte geben Sie jeweils an, wie stark Sie den Aussagen jeweils zustimmen oder diese ablehnen. Dazu verwenden Sie die genannten Zahlen. Falls Sie eine These nicht bewerten können, kreuzen Sie bitte die 0 an.

1 = Stimme voll und ganz zu
 2 = Stimme zu
 3 = Unentschieden

4 = Lehne eher ab
 5 = Lehne völlig ab
 0 = Keine Angabe

Die erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten im letzten Jahrhundert wurde v.a. durch bevölkerungsmedizinische, präventive Maßnahmen erreicht

1 2 3 4 5 0

Bis Mitte der 80er Jahre war Prävention v.a. Vorsorgemedizin (vorwiegend Sekundärprävention)

Primäre Prävention war (abgesehen vom Impfen) v.a. risikofaktorenbezogene Verhaltensprävention

Erst mit der Ottawa-Charta 1986 kam es zu einer Verstärkung auch verhältnisbezogener Maßnahmen (z.B. Settingansätze)

Prävention und Gesundheitsförderung sollten noch stärker nach den Ottawa-Prinzipien ausgerichtet werden

Mit Gesundheitsförderung und Prävention lässt sich mittel- und langfristig der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern

Mit Gesundheitsförderung und Prävention können mittel- und langfristig Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden

Gezielte und bedarfsorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erfordern eine deutliche Verbesserung der epidemiologischen Datenlage

Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten stärker auf der Grundlage der Gesundheitsberichterstattung und darauf basierender Gesundheitsziele durchgeführt werden

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention müssen wirksam sein

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention müssen wirtschaftlich sein

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention müssen einer laufenden Struktur-, Produkt- und Prozess-evaluation unterzogen werden

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention müssen einer Ergebnisevaluation unterzogen werden

Die derzeitige Praxis der Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ist noch deutlich verbesserungsbedürftig

Aus- und Fortbildung in der Evaluation von Projekten müssen verstärkt werden

Risikofaktorenbezogene Maßnahmen sind einfacher zu evaluieren als salutogenetisch ausgerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung

2. Bitte bewerten Sie die Vergabe der Zuständigkeit für die Umsetzung des Gesundheitsförderungsgesetz an den FGÖ in Schulnoten.

| | | | |
|--------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Sehr gut | <input type="checkbox"/> | Genügend | <input type="checkbox"/> |
| Gut | <input type="checkbox"/> | Nicht genügend | <input type="checkbox"/> |
| Befriedigend | <input type="checkbox"/> | Weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

▼ Warum?

3. Bitte bewerten Sie die Organisationsstruktur des FGÖ (Geschäftsstelle, Beirat, Kuratorium) in Schulnoten.

| | | | |
|--------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Sehr gut | <input type="checkbox"/> | Genügend | <input type="checkbox"/> |
| Gut | <input type="checkbox"/> | Nicht genügend | <input type="checkbox"/> |
| Befriedigend | <input type="checkbox"/> | Weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

▼ Warum?

4. Bitte bewerten Sie das Jahresbudget des FGÖ von derzeit 7,25 Millionen € in Schulnoten.

| | | | |
|--------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Sehr gut | <input type="checkbox"/> | Genügend | <input type="checkbox"/> |
| Gut | <input type="checkbox"/> | Nicht genügend | <input type="checkbox"/> |
| Befriedigend | <input type="checkbox"/> | Weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

▼ Warum?

5. Die Möglichkeit der Förderung einzelner Projekte ist an die Erfüllung vom FGÖ formulierter und veröffentlichter Kriterien gebunden. Bitte sagen Sie uns zunächst

a) ob Sie die einzelnen Kriterien für (eher) richtig oder (eher) falsch halten

1= Sehr richtig 2= Eher richtig 3= Eher falsch 4= Ganz falsch 0= Keine Angabe

a) Bewertung der Kriterien

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Keine Förderung von Projekten mit traditionellem, nur auf die körperliche Gesundheit ausgerichteten Gesundheitsbegriff | <input type="checkbox"/> |
| 2. Keine Förderung von Projekten, die die Gesundheit nur am Rande thematisieren | <input type="checkbox"/> |
| 3. Keine Förderung österreichweiter, flächendeckender Projekte | <input type="checkbox"/> |
| 4. Erreichung von Nachhaltigkeit durch anteilige Finanzierung | <input type="checkbox"/> |
| 5. Orientierung an Indikatoren: gesundheitliches Befinden, Gesundheits handeln, interne und externe Ressourcen bzw. Ressourcendefizite | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ausreichende Evidenz für eine erfolgreiche Durchführung | <input type="checkbox"/> |
| 7. Erfahrung und Expertise der Antragsteller auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention | <input type="checkbox"/> |
| 8. Orientierung an klaren und weitgehend konsensualen und prioritären Bedarfen und Problemlagen | <input type="checkbox"/> |
| 9. Veränderung von Abläufen, Strukturen oder Umweltparametern | <input type="checkbox"/> |
| 10. Erzielung eines dauerhaften, positiven Gesundheitsverhaltens | <input type="checkbox"/> |
| 11. Akzeptanz des Projekts in der Zielgruppe | <input type="checkbox"/> |
| 12. Akzeptanz und Unterstützung des Programms durch Fachkreise | <input type="checkbox"/> |
| 13. Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte | <input type="checkbox"/> |

- 5b) Bitte sagen Sie uns, welche Kriterien aus Ihrer Sicht (eher) wichtige und welche (eher) unwichtige Kriterien sind ? Dazu ordnen Sie bitte die Kriterien in vier Klassen: sehr wichtig, eher wichtig, weniger wichtig und unwichtig

Klassifikation der Kriterien nach der Wichtigkeit

Tragen Sie bitte die Kriteriennummern aus der Frage 4a) in die entsprechenden Felder ein:

| | Sehr wichtig | Eher Wichtig | Eher unwichtig | Ganz unwichtig |
|------------|--------------|--------------|----------------|----------------|
| Kriterien: | | | | |

6. Bitte geben Sie an, für wie wichtig Sie die im Gesundheitsförderungsgesetz definierten Oberziele der Gesundheitsförderung und Prävention halten.

- 1= Sehr wichtig
2= Wichtig
3= Es geht
4= Weniger wichtig
5= Unwichtig/Verzichtbar
0= Keine Angabe

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Entwicklung zielführender Methoden der Gesundheitsförderung in Kooperation mit den Akteuren | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
| | <input type="checkbox"/> |
| Erzielung eines quantitativen oder qualitativen Mehrwerts in der Gesundheitsförderung | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhung des gesundheitlichen Wissens in der Bevölkerung | <input type="checkbox"/> |
| Verbesserung des gesundheitsbewussten Verhaltens in der Bevölkerung | <input type="checkbox"/> |
| Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung | <input type="checkbox"/> |
| Einleitung, Anregung und Förderung eines Prozesses | <input type="checkbox"/> |

- 7a) In dieser Frage sind Handlungs- und Zielperspektiven aufgelistet, die sich der FGÖ selbst gestellt hat. Bitte geben Sie zunächst an, für wie wichtig Sie die einzelnen Perspektiven halten.

- 1= Sehr wichtig
2= Wichtig
3= Es geht
4= Weniger wichtig
5= Unwichtig/Verzichtbar
Falls Sie eine Bewertung nicht vornehmen können, setzen Sie bitte eine 0.

- 7b) Geben Sie dann mit einer Schulnote für jeden einzelnen Ziel- und Handlungsbereich bitte an, in welchem Maße diese Perspektiven Ihrer Meinung bisher umgesetzt wurden. Berücksichtigen Sie bitte bei Ihrer Benotung des Zielerreichungsgrades, ob die genannten Ziele eher kurzfristig, eher mittelfristig oder nur langfristig erreichbar sind.

- 1= Sehr gut
2= Gut
3 = Befriedigend
4 = Genügend
5 = Nicht genügend

Falls Sie eine Bewertung nicht vornehmen können, setzen Sie bitte eine 0.

| | a) Wichtigkeit | b) Umsetzung |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Der FGÖ ist eine <u>bekannte</u> Institution auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Der FGÖ ist eine <u>anerkannte</u> Institution auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | a) Wichtigkeit | b) Umsetzung |
|---|--------------------------|--------------------------|
| c) Der FGÖ fördert die Anerkennung der Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Der FGÖ fördert die Stärkung der Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Der FGÖ fördert die Anerkennung der Gesundheitsförderung in vielen wichtigen Lebensbereichen (Schulen, Betrieben, Städten, Gemeinden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Der FGÖ bemüht sich um die Erzielung von Nachhaltigkeit durch festgelegte Projektfinanzierungsformen (Mischfinanzierung und Weiterführung der Projekte nach der Projektlaufzeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Die Arbeit des FGÖ zielt auf eine langfristige Verbesserung definierbarer gesundheitlicher Parameter (z.B. Ernährung, Bewegung, Stress) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Der FGÖ stärkt die Bedeutung der Gesundheitsförderung in der Aus- und Fortbildung einschlägiger Berufe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Der FGÖ sichert eine hohe Qualität in der Gesundheitsförderung und Prävention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Der FGÖ fördert die Interaktion und Zusammenarbeit zwischen Personen und Institutionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Der FGÖ ist in die internationale und europäische Entwicklung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention eingebunden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Die vom FGÖ beauftragten wissenschaftlichen Projekte finden fachliche Anerkennung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Die wissenschaftlichen Projekte sind umsetzungsorientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) Der FGÖ bewirkt eine stärkere Vernetzung der Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Der FGÖ unterstützt die Fortbildung der in der Gesundheitsförderung tätigen Akteure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q) Durch die Arbeit des FGÖ kommt es zu einer Verbesserung des epidemiologischen Wissenstandes für eine evidenzbasierte, zielorientierte Gesundheitsförderung und Prävention | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r) Durch die Arbeit des FGÖ kommt es zur Verwendung neuer und innovativer Kommunikationsformen (Internet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s) Der FGÖ unterstützt neue und innovative Kommunikationsformen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t) Der FGÖ verfügt über eine professionelle Organisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| u) Der FGÖ arbeitet klientenorientiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v) Der FGÖ betreibt eine Datenbank über die Gesundheitsförderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| w) Die Datenbank wird effektiv genutzt und laufend aktualisiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| x) Die Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention werden motiviert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| y) Das Personal des FGÖ ist qualifiziert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| z) Das Management des FGÖ ist qualifiziert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Nennen Sie uns bitte nun aus den in der Frage 6 genannten Ziel- und Handlungsbereichen jeweils drei Bereiche, die Sie:

- a) Für persönlich am Wichtigsten halten
- b) Wo Sie die höchste Aufgabenerfüllung sehen
- c) Wo Sie glauben, dass dort mehr getan werden müsste

Drei Ziel- und Handlungsbereiche

Geben Sie jeweils die Buchstaben aus der Frage 6 an.

| | 1 | 2. | 3. |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Persönlich am Wichtigsten sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Höchste Aufgabenerfüllung bei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Es muss mehr getan werden bei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9a. Der FGÖ hat in seinem Dreijahresprogramm 2003 – 2005 die im folgenden genannten sechs Schwerpunktthemen festgeschrieben. Bitte geben Sie für jedes Schwerpunktthema zunächst an, für wie wichtig Sie dieses halten

- 1= Sehr wichtig
- 2= Wichtig
- 3= Es geht
- 4= Weniger wichtig
- 5= Unwichtig/Verzichtbar

Falls Sie eine Bewertung nicht vornehmen können, setzen Sie bitte eine 0.

9b. Geben Sie dann mit einer Schulnote für jedes einzelne Schwerpunktthema bitte an, in welchem Maße dieses Ihrer Meinung bisher umgesetzt wurde.

- 1= Sehr gut
- 2= Gut
- 3 = Befriedigend
- 4 = Genügend
- 5 = Nicht genügend

Falls Sie eine Bewertung nicht vornehmen können, setzen Sie bitte eine 0.

| | a) Wichtigkeit | b) Umsetzung |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Bewegung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ernährung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seelische Gesundheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinder und Jugendliche im außerschulischen Bereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erwerbstätige in Klein- und Mittelbetrieben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ältere Menschen im ländlichen und städtischen Raum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9c. Sollten Ihrer Meinung nach weitere Schwerpunktthemen Berücksichtigung finden?

Ja → welche:

Nein

10. Sagen Sie uns bitte jetzt, in welchen Bereichen sich die Situation der Gesundheitsförderung durch die Arbeit des Fonds Gesundes Österreich in den letzten 3 Jahren Ihrer Meinung nach verändert hat. Falls Sie dies nicht bewerten können, kreuzen Sie bitte eine 0 an.

1= Deutlich verbessert
2= Verbessert
3= Unverändert

4= Eher verschlechtert
5= Deutlich verschlechtert
0 = Keine Angabe

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Quantität und Vielfalt von Projekten | <input type="checkbox"/> |
| Koordination oder Vernetzung von Maßnahmen und Angeboten | <input type="checkbox"/> |
| Finanzierung von Maßnahmen und Angeboten | <input type="checkbox"/> |
| Laufzeit von Maßnahmen und Angeboten (Nachhaltigkeit) | <input type="checkbox"/> |
| Qualität und Qualitätssicherung von Angeboten und Maßnahmen | <input type="checkbox"/> |
| Evaluation von Maßnahmen und Angeboten | <input type="checkbox"/> |
| Höhe der Evaluationsbudgets | <input type="checkbox"/> |
| Einbeziehung von Fachleuten für Evaluation in die Projekt- und Maßnahmenplanung | <input type="checkbox"/> |
| Dokumentation von Maßnahmen und Angeboten | <input type="checkbox"/> |
| Webinfo Möglichkeiten über die Gesundheitsförderung | <input type="checkbox"/> |
| Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis | <input type="checkbox"/> |
| Austausch zwischen den Praktikern der Gesundheitsförderung | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeiten der Projektförderung | <input type="checkbox"/> |
| Kriterien der Projektförderung | <input type="checkbox"/> |
| Aus- und Fortbildung in der Gesundheitsförderung | <input type="checkbox"/> |
| Aus- und Fortbildung in der Evaluation | <input type="checkbox"/> |
| Information und Aufklärung der Bevölkerung | <input type="checkbox"/> |
| Bewusstseinsbildung durch Öffentlichkeitsarbeit/Medienarbeit | <input type="checkbox"/> |
| Österreichweite Kampagnen zu den Schwerpunktthemen | <input type="checkbox"/> |

11. Gibt es Zielbereiche bzw. Themen und Zielgruppen, bei denen Sie einen besonderen, bisher nicht ausreichend gedeckten Bedarf für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit umfassendem Gesundheitsbegriff sehen?

| | Zielbereiche/Themen | Zielgruppen |
|---------------------------------------|---------------------|-------------|
| Ja <input type="checkbox"/> → welche: | | |
| Nein <input type="checkbox"/> | | |

**12. In welcher Einrichtung sind Sie tätig?
(Mehrfachnennungen möglich)**

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----|-----------------------------------|--------------------------|----|
| Gesundheitsverwaltung (Bund) | <input type="checkbox"/> | 1 | Kindergarten | <input type="checkbox"/> | 18 |
| Gesundheitsverwaltung (Land) | <input type="checkbox"/> | 2 | Sozialverwaltung (Bund) | <input type="checkbox"/> | 19 |
| Gesundheitsverwaltung (Gemeinde/Stadt) | <input type="checkbox"/> | 3 | Sozialverwaltung (Land) | <input type="checkbox"/> | 20 |
| Kranken-, Unfall-, Pensionsversicherung | <input type="checkbox"/> | 4 | Sozialverwaltung (Gemeinde/Stadt) | <input type="checkbox"/> | 21 |
| Verband / Dachverband | <input type="checkbox"/> | 5 | Sozialversicherung | <input type="checkbox"/> | 22 |
| Medizinische Gesellschaft | <input type="checkbox"/> | 6 | Sozialberatung/Sozialamt | <input type="checkbox"/> | 23 |
| Netzwerk gesundes Krankenhaus | <input type="checkbox"/> | 7 | Umweltverwaltung (Bund) | <input type="checkbox"/> | 24 |
| Netzwerk gesunde Städte | <input type="checkbox"/> | 8 | Umweltverwaltung (Land) | <input type="checkbox"/> | 25 |
| Netzwerk gesunde Gemeinden | <input type="checkbox"/> | 9 | Umweltverwaltung (Gemeinde/Stadt) | <input type="checkbox"/> | 26 |
| Netzwerk gesunde Schulen | <input type="checkbox"/> | 10 | Unternehmen, Betrieb | <input type="checkbox"/> | 27 |
| Verein, Vereinigung, NPO | <input type="checkbox"/> | 11 | Forschungseinrichtung, öffentlich | <input type="checkbox"/> | 28 |
| Selbsthilfegruppe | <input type="checkbox"/> | 12 | Forschungseinrichtung, privat | <input type="checkbox"/> | 29 |
| Praxis, Ambulatorium | <input type="checkbox"/> | 13 | Kammer | <input type="checkbox"/> | 30 |
| Gesundheitsberatung | <input type="checkbox"/> | 14 | Partei | <input type="checkbox"/> | 31 |
| Krankenhaus | <input type="checkbox"/> | 15 | Sonstige Verwaltung | <input type="checkbox"/> | 32 |
| Universität | <input type="checkbox"/> | 16 | Sonstiges und zwar: | <input type="checkbox"/> | 33 |
| Schule | <input type="checkbox"/> | 17 | | | |

13. a) Hat Ihre Einrichtung seit 1998 beim FGÖ ein oder mehrere Projektansuchen eingereicht?

- Ja, ein Ansuchen
- Ja, mehrere Ansuchen → wie viele?
- Nein → Bitte weiter mit Frage 14

b) Wie viele der Ansuchen sind bislang bewilligt worden?

- Kein Ansuchen
- Ein Ansuchen → In welchem Jahr?
- Mehrere Ansuchen → wie viele?
- In welchen Jahren?
-

14. Haben Sie bzw. Mitarbeiter Ihrer Einrichtung ein- oder mehrmals an folgenden Veranstaltungen des FGÖ teilgenommen? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bildungsnetzwerk | <input type="checkbox"/> |
| Gesundheitsförderungskonferenz | <input type="checkbox"/> |
| Präventionstagung | <input type="checkbox"/> |
| Ausbildungen im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Veranstaltung bzw. Angebote | <input type="checkbox"/> |
| Welche? | |
| | <input type="checkbox"/> Weiß nicht |

15. **Wie häufig haben Sie in den letzten 3 Jahren mit dem FGÖ zu tun gehabt?**

- Sehr häufig
Häufig
Ab und zu
Eher Selten
Nie
-  **Bitte weiter mit F. 18**

16. **Der FGÖ ist ein Dienstleistungsunternehmen. Bitte bewerten Sie die Arbeit der Geschäftsstelle mit den im folgenden genannten Kriterien in Schulnoten**

- 1 = Sehr gut
2 = Gut
3 = Befriedigend
4 = Genügend
5 = Nicht genügend
0 = Keine Angabe möglich

- Fachliche Richtigkeit und Kompetenz
Schnelle Erreichbarkeit
Schnelle Bearbeitung
Freundlichkeit

Und nun bewerten Sie bitte abschließend die Arbeit des FGÖ insgesamt mit einer Schulnote (mit einer Dezimalstelle)

Gesamtnote:

17. **Ihre Zufriedenheit mit der Arbeit des FGÖ in den letzten 3 Jahren:**

- hat sehr zugenommen
hat zugenommen
ist gleichgeblieben
hat abgenommen
hat sehr abgenommen
-  **Warum?**

18. **Wenn Sie die Situation der Gesundheitsförderung in Österreich insgesamt einmal mit der Situation der Gesundheitsförderung anderer europäischer Länder vergleichen, welche der folgenden Aussagen stimmen Sie zu?**

- Österreich ist ganz vorne Österreich ist unterdurchschnittlich
Österreich ist im oberen Mittelfeld Kann ich nicht beurteilen
Österreich ist nur durchschnittlich

Hier haben Sie die Möglichkeit für Anregungen und / oder kritische Anmerkungen:

Liste der Gesprächspartner der qualitativen Interviews

Mitglieder des Kuratoriums und Fachbeirates des Fonds Gesundes Österreich

Bundesministerin Maria Rauch-Kallat

Präsidentin des Fonds Gesundes Österreich,
Bundesministerin für Gesundheit und Frauen,

Präs. Landesrat a.D. Fredy Mayer

Erster Stellvertretender Vorsitzender des Kuratoriums des Fonds Gesundes Österreich,
bestellt vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur,

Mag. pharm. Dr. phil. Christiane Körner

Zweite Stellvertretende Vorsitzende des Kuratoriums des Fonds Gesundes Österreich,
bestellt von der Österreichischen Apothekerkammer,

Landesstatthalter Dr. Hans-Peter Bischof

Mitglied des Kuratoriums des Fonds Gesundes Österreich,
bestellt von der Landeshauptleuterkonferenz,

Mag. Richard Gauss

Mitglied des Kuratoriums des Fonds Gesundes Österreich,
bestellt vom Bundesminister für Finanzen,

Präs. Dr. Lindi Kálnoky

Mitglied des Kuratoriums des Fonds Gesundes Österreich,
bestellt vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen,
Mitglieder des Fachbeirates des Fonds Gesundes Österreich,

Martin Hefel

Mitglied des Fachbeirates des Fonds Gesundes Österreich,
Leitung des Projektmanagements und Marketing (Stiftung Maria Ebene),
Obmann des Vorarlberger Familienverbandes,

Univ.-Prof. Dr. Richard Noack, PhD

Mitglied des Fachbeirates des Fonds Gesundes Österreich,
Vorstand des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität Graz,
Vizepräsident der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften
und Public Health und Leiter des Grazer Universitätslehrganges Public Health,

Akteure der Gesundheitsförderung / Projektnehmer und Evaluatoren

Bernhard Bischof

Consultant AddIT Dienstleistungen GmbH & Co KG, Klagenfurt,

Dr. Barbara Burgstaller

Geschäftsführerin Vitamin R, Radenthein,

Dipl.-Ing. Edwin Dworzak

Mitarbeiter der AddIT Dienstleistungen GmbH & Co KG, Klagenfurt,

Ing. Mag. Helmut Fornetran

Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin, Bregenz,

MMag. Dr. Helmut Graf

logoconsult Unternehmensberatung GmbH, Rossegg,

Ferdinand Hassler

Ehemaliger Personalentwickler bei der Wild GmbH, Völkermarkt,

DDr. Horst-Jörg Haupt

ARC Seibersdorf Research GmbH, Seibersdorf,

Elisabeth Huber

Familienforum Mölltal, Obervellach,

Dr. Elfriede Kiese Wetter

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz,

Mag. Ines Krenn

Projektleiterin Vitamin R, Radenthein,

Mag. Karin Reis-Klingspiegl

Geschäftsführerin Styria Vitalis,

Dr. Christian Scharinger

Beratung-Entwicklung-Coaching, Linz,

Alois Süssenbacher

Geschäftsführer der AddIT Dienstleistungen GmbH & Co KG, Klagenfurt,

Robert Obergugenberger

Projektleiter der AddIT Dienstleistungen GmbH & Co KG, Klagenfurt,

Mag. Christiane Wagner

Derzeitige Personalentwicklerin bei der Wild GmbH, Völkermarkt,

Mitarbeiter der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich

Dennis Beck

Geschäftsführer des Fonds Gesundes Österreich,

Silvia Berger

Kaufmännische Assistentin in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Tina Endl

Sekretariat – Geschäftsführung in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Sylvia Fellner

Buchhaltung und Controlling in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Mag. Walter Hörth

Kaufmännischer Leiter und Stellvertretender Geschäftsführer des Fonds Gesundes Österreich,

Peter Jandrasits

Kaufmännischer Assistent in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Mag. Rita Kichler

Gesundheitsreferentin in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Helga Klee

Sekretariat – GesundheitsreferentInnen / Öffentlichkeitsarbeit in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Mag. Andrea Lins

Gesundheitsreferentin in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Mag. Markus Mikl

Öffentlichkeitsarbeit in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Mag. pharm. Petra Plunger, MPH

Gesundheitsreferentin in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich (bis Februar 2006),

Mag. Gerlinde Rohrauer

Gesundheitsreferentin in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Mag. Eva Rohrer

Gesundheitsreferentin in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Mag. Dr. Klaus Ropin

Gesundheitsreferent in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Markus Rumelhart

Sekretariat – Geschäftsführung in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Weitere Gesprächspartner

Dr. René Chahrou

Ehemaliger Gesundheitsreferent in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich,

Eveline Eilinger

Direktionsassistentin, Institut für Arbeitsmedizin Baden (CH),

Mag. Christoph Hörhan

Mitarbeiter des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen,
Strategische Kommunikation,

Dr. Dieter Kissling

Leiter des Instituts für Arbeitsmedizin Baden (CH),

Mag. Gerlinde Loibner

Bundesministerium für Finanzen, Wien,

Dr. Mag. Maria Schmidt-Leitner MHP, MSc

Ehemalige Gesundheitsreferentin in der Geschäftsstelle des Fonds Gesundes Österreich.

Impressum

AutorInnen:

Dr. Wolf Kirschner

Dr. Renate Kirschner

Sabine Lenk

Prof. Dr. Thomas Elkeles

Adresse: FB + E Forschung, Beratung + Evaluation GmbH
in Medizin, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialwesen
c/o Charité Frauenklinik CVK Augustenburger Platz 1

D-13353 Berlin

Tel.: +49(0)30 450-57 80 22

Die Berichtlegung an das Kuratorium des Fonds Gesundes Österreich
erfolgte am 14. Juni 2006 in Wien.

Medieninhaber, Herausgeber, Verleger:

Fonds Gesundes Österreich

Mariahilfer Straße 176

A-1150 Wien

Tel. +43-1/89 504 00-10

Fax: +43-1/89 504 00-20

E-Mail: gesund.es.oesterreich@fgoe.org

Homepage: <http://www.fgoe.org>

Produktionsleitung: Helga Klee

Grafik: Patricio Handl

Druck: Druckerei Berger, Horn



FONDS: **Gesundes
Österreich**