

Tagungsband der 10. Österreichischen
Gesundheitsförderungskonferenz 2008 in Graz

Was kann Gesundheitsförderung

Evidenz in Theorie und Praxis



Ein Geschäftsbereich der
Gesundheit Österreich GmbH



**Fonds Gesundes
Österreich**

- 3 **Vorwort**
- 4 **PLENARVORTRÄGE**
- 4 Bertino Somaini
Evidenz in der Gesundheitsförderung: Bedeutung für die Politik
- 8 Hans Saan
Gesundheit wirksam fördern – Konzepte und Erfahrungen aus den Niederlanden
- 15 R. Horst Noack
Evidenzgeleitete Gesundheitsförderung – Anmerkungen zur aktuellen Diskussion
- WORKSHOPS**
- 19 **Workshop 1**
Was kann Gesunde Schule und Gesundheitsförderung in der Schule bewirken?
- 19 Wolfgang Dür: Wie kann Gesundheitsförderung in der Schule etwas bewirken?
- 23 Doris Kuhness: Was können Gesundheitsförderungsprojekte in Schulen bewirken?
- 26 **Workshop 2**
Was kann betriebliche Gesundheitsförderung bewirken?
- 26 Georg Bauer: Evidenzbasis betrieblicher Gesundheitsförderung: von Einzelmaßnahmen zu integriertem betrieblichen Gesundheitsmanagement für einen breiteren Impact in Betrieben
- 27 Ina Sockoll: Lohnen sich betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention?
- 29 **Workshop 3**
Was kann kommunale Gesundheitsförderung bewirken?
- 29 Karin Reis-Klingspiegl: Capacity Building in der Gemeinde: Ziele, Ergebnisse, Tools
- 32 Julika Loss: Erfolgsfaktoren & Qualitätsmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung
- 36 **Workshop 4**
Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten für Arbeitslose
- 36 Birgit Pichler: (f)itworks – Herausforderungen der Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting
- 38 Wolf Kirschner: Das Projekt AmigA in Brandenburg und Job-Fit in Nordrhein-Westfalen
- 41 **Workshop 5**
Evidenz gewinnen und in die Praxis bringen
Ursel Broesskamp-Stone: Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention
- 48 **Referent/innen**
- 53 **Impressum**

Liebe Leserin, lieber Leser!

Wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit zu gewinnen, ist im Feld der Gesundheitsförderung nicht einfach: Die Maßnahmen finden oft in schwer vergleichbaren Umfeldern statt, wirken langsam, sind komplex und daher kaum standardisierbar. Dennoch führt kein Weg daran vorbei, auch in der Gesundheitsförderung Evidenz zu schaffen und zu verbreiten. Einerseits, weil sie einen Kreislauf in Gang setzt: Wissen und Evidenz werden aus der Praxis geschaffen, veröffentlicht und mit anderen geteilt. So entsteht ein Wissenspool, der wiederum bei der Planung und Umsetzung zum Erfolg künftiger Projekte beiträgt. Andererseits ist die Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsaktivitäten ein wichtiges Entscheidungskriterium, ob und wie viel öffentliche Gelder dafür eingesetzt werden.

An der 10. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz mit dem Titel „Was kann Gesundheitsförderung? Evidenz in Theorie und Praxis“ Ende April 2008 in Graz nahmen über 380 Expert/innen teil – ein Besucher/innenrekord und Beleg für die große Bedeutung, die dem Thema auch in der Gesundheitsförderungsszene beigemessen wird. Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit wurden vorgestellt und Möglichkeiten für einen intensiveren Austausch zwischen Forschung, Praxis und Politik diskutiert.

Bertino Somaini, der ehemalige Direktor der Gesundheitsförderung Schweiz, beleuchtete in seinem pointierten Vortrag, welche Hürden zu nehmen sind, damit Evidenz auch zur Grundlage für politische Entscheidungen wird. Er wies darauf hin, dass Politik nach anderen Regeln als die Wissenschaft funktioniert und empfahl, die Bevölkerung als Verbündeten zu gewinnen und auf verschiedenen politischen Ebenen Überzeugungsarbeit zu leisten. Hans Saan, der Geschäftsführer von „Healthy Alternatives“, präsentierte Modelle und Erfahrungen aus den Niederlanden, wo schon 1986 das erste Buch über Effektivität publiziert wurde. Er stellte einen Bezugsrahmen der Gesundheitsförderung vor, anhand dessen Projekte und Programme optimiert werden können und betonte die Bedeutung kontinuierlichen Lernens, einen Prozess, den er durch einen Zyklus des Wissensmanagements veranschaulichte.

Die in diesem Tagungsband publizierten Präsentationen sollen Sie dabei unterstützen aus Erfahrungen zu lernen und dazu motivieren, Ihre Projekterfahrungen zu publizieren und somit weiterzugeben. Sie sollen auch Praktiker/innen und Forscher/innen dazu anregen, enger zusammenzuarbeiten. So kann es gelingen, Wissen systematisch zu nutzen und die Bedeutung und Qualität der Gesundheitsförderung in Österreich weiter zu erhöhen.



Mag. Christoph Hörhan
Leiter Fonds Gesundes Österreich



Mag^a. Gerlinde Rohrauer, MPH
Gesundheitsreferentin

Evidenz in der Gesundheitsförderung: Bedeutung für die Politik

Bertino Somaini

In Vietnam war Erstaunliches zu sehen: Ende 2007 trugen von den Millionen Motorbike-Fahrern kaum jemand einen Schutzhelm. Ab Anfang 2008 lag die Tragequote bei fast 100%. Eingeführt wurde eine Helmtragepflicht – die Auswirkung war unmittelbar von allen festzustellen (auch von der Polizei) und somit evident. Die Menschen dort halten sich daran, weil Bußen an Ort und Stelle verteilt werden. Im gleichen Lande gibt es auch gesetzliche Vorschriften zum Rauchen – aber niemand hält sich an diese Verbote – weil keine Bußen verteilt werden. Ein vorhandenes Gesetz führt noch nicht zu einer Wirkung. Erst eine konsequent und sichtbar gemachte Umsetzung führt zum Erfolg. Bei vielen Interventionen ist das „Evidente“ kaum so einfach festzustellen, wie beim Helmtragen – daher werden „Belege“ und „Nachweise“ gefordert. Daraus hat sich eine Wissenschaft mit recht aufwendigen methodischen Ansätzen entwickelt. In der Medizin spricht man von einem „evidenzbasierten“ Vorgehen. Das Gleiche wird verständlicherweise von der Prävention und Gesundheitsförderung verlangt. Allerdings sind viele Interventionen in der Medizin auch nicht evidenzbasiert nach strengen wissenschaftlichen Kriterien. Trotzdem werden diese finanziell unterstützt.

Zusätzlich sind Wirkungsnachweise in der Gesundheitsförderung recht komplex und Resultate im Sinne einer Reduktion von Krankheiten treten erst nach längerer Zeit auf. Die Medizin hat sich in den letzten Jahrzehnten in diesem Bereich (bei ähnlichen Schwierigkeiten) erfolgreich etabliert, weil auch eine starke Fokussierung auf Einzelaspekte stattfindet (z.B.: Wirkung eines Medikamentes wird bezüglich eines Laborwertes belegt und nur selten wird geprüft, ob sich Symptome einer Krankheit verringert haben). Gesundheitsförderung kann teilweise von gemachten Erfahrungen profitieren.

Es gilt Instrumente für Evidenz zu nutzen, die auch Zwischenresultate besser dokumentieren und in einer nachvollziehbaren Logik darstellen. Leider werden Evaluationen oft unterschiedlich gehandhabt, somit sind Vergleiche selten möglich. Ein sehr nützliches und in der Praxis erprobtes Instrument ist das Wirkungsmodell von Gesundheitsförderung Schweiz. Das gleiche Instrument kann für eine Situationsanalyse, für die Planung

von Interventionen und die Evaluation genutzt werden. Details zu diesem Instrument finden sich auf der Webseite von Gesundheitsförderung Schweiz (1).

Die Politik ist prinzipiell an Prävention und Gesundheitsförderung interessiert, glaubt aber kaum an die Wirksamkeit und an eine Kostenreduktion. Wirksamkeitsnachweise gibt es einige – aber verglichen mit der kurativen Medizin besteht ein großer Nachholbedarf. Der Legitimationsdruck ist wesentlich größer als in der Medizin, da Kritik von verschiedenen Seiten vorgebracht wird. Bei knapper werdenden Ressourcen ist auch das etablierte System zunächst darauf bedacht, die eigene Finanzierung sicherzustellen. Untersuchungen zeigen nämlich, dass ein Return of Investment (ROI) bei verschiedenen Interventionen mehr als 3:1 beträgt (1 Euro, investiert in Gesundheitsförderung, zeigt einen Nutzen von mehr als 3 Euro). Trotz diesen Erkenntnissen (2) werden aber nur wenig Mittel für Gesundheitsförderung verfügbar gemacht. Bisher haben die politischen Instanzen auch die Rahmenbedingungen zu den ökonomischen Aspekten nicht geklärt. Ressourcenknappheit führt allerdings zu einem größeren Entscheidungsdruck. Konsens herrscht, dass Interventionen, die besser und billiger sind, gefördert werden sollten. Was aber soll mit anderen Möglichkeiten geschehen (Abbildung 1): Maßnahmen die billig sind, aber weniger wirksam und wirksame Interventionen, die teurer sind?

Kosteneffektivitätsdiagramm

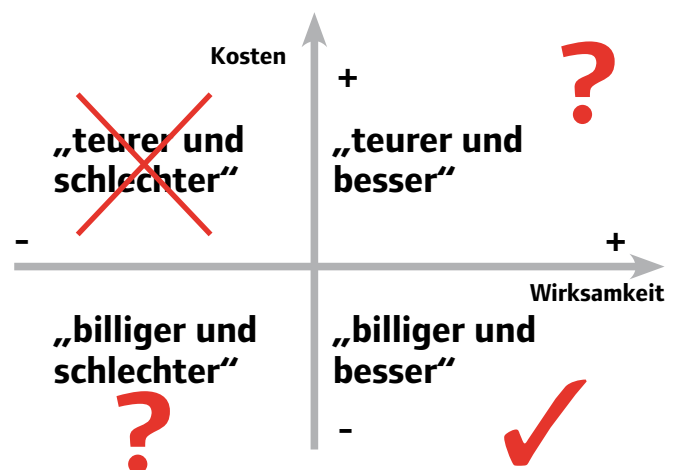


Abbildung 1: Kosten und Wirkung: Unklare Situationen – Entscheidung ausstehend

Die Politik und speziell die Gesundheitspolitik funktioniert nach anderen Regeln als die Wissenschaft. Es genügt nicht Evidenzen zu schaffen oder aufzuarbeiten und dann auf einen „positiven“ Entscheid der Politik und auf finanzielle Unterstützung zu warten. Die Gesundheitspolitik ist heute in einem starken Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung und Solidarität, zwischen gesellschaftlichen Prioritäten und individuellen Wünschen, zwischen Marktwirtschaft und staatlichen Regelungen, aber auch zwischen Finanzierbarkeit und Zielerreichung (Qualität). Jeder dieser Bereiche wartet mit Studien und Untersuchungen auf – Interessenskonflikte sind an der Tagesordnung. Politische Entscheidungsträger (wie Minister/innen) sind da sehr gefordert – es ist keine einfache Entscheidungsgrundlage. Von ausbalancierten Entscheiden wird da gesprochen. Es ist heute politisch auch einfacher in einen schnellen Nutzen zu investieren und die Kosten der nächsten Generation zu überlassen. Bei Gesundheitsförderung möchten wir eigentlich gerade den umgekehrten Weg gehen. Gesundheitsförderung muss bereit sein, solche konfliktreichen Situationen auszuhalten. Evidenzen sind nur ein Baustein zum Erfolg. Es gilt diese Bausteine gut zu nutzen – dies gelingt uns oft viel zu wenig – und weitere politisch wirksame Argumente aufzuarbeiten. Auf verschiedenen Ebenen ist Überzeugungsarbeit zu leisten.

Bekanntlich neigt das System zum „Status quo“. Der Aufwand für eine Änderung ist daher groß. Es lohnt sich, zunächst bessere Klarheit zu verschaffen: Entspricht das Anliegen den Werten in der Gesellschaft? Welche Hürden gibt es von den verschiedenen Gremien im Ablauf eines politischen Entscheidungsprozesses zu überwinden? Was erschwert dann die Implementation? (3). Je nach Situation muss ein anderes Vorgehen gewählt werden.

In der Politik wird viel diskutiert und argumentiert. Ein bekannter Politiker in der Schweiz hat unser politisches System auf nationaler Ebene einmal prägnant beschrieben: „Viel Gegacker und wenig Ei“. Die Kunst besteht nun darin zu wissen: „Wo ist das Ei?“ und dann aber auch: „Was wird aus dem Ei nun gemacht?“. Solche politische Prozesse sind für Fachleute schwierig zu durchschauen – da sind Allianzen mit anderen und mit politisch erfahrenen Personen sehr hilfreich und entscheidend. Ökonomische Argumente sind zwar nötig, aber unge-

nügend. Für die Bevölkerung ist es wesentlich überzeugender, den Nutzen der Gesundheitsförderung über Beispiele zur Verringerung von Behinderungen und zur Verbesserung der Lebensqualität zu kommunizieren. In den meisten Regionen der Welt haben die Menschen kaum mehr einen Bezug zur Finanzsituation im Gesundheitswesen. Ob mit einer Intervention 100.000 Euro eingespargt werden – davon spürt der Einzelne nichts. Erfolgreiche politische Arbeit bedeutet daher Einbezug der öffentlichen Meinung in die Argumentation. Politik wird kaum gegen den Willen der Bevölkerung umgesetzt. Hier können wir aus Sicht der Gesundheitsförderung einige gute Argumente anbieten.

Entscheidend ist es auch auf Strömungen im Entscheidungsprozess zu achten und diese in eine Strategie einzubauen.

Es gibt prinzipiell drei wichtige Strömungen:

- Problembewusstsein
- Policygestaltung
- Politische Strömung

Wenn alle drei Ebenen optimal vernetzt sind, dann gelingt eher ein Durchbruch (4). Gesundheitsförderung muss daher Evidenzen kommunikativ so aufarbeiten, dass das Problembewusstsein in der Bevölkerung gefestigt wird, gleichzeitig aber auch die Policy so mitgestalten, dass politische Entscheide in die richtige Richtung gehen. Es gilt dann noch das politische offene Fenster (Möglichkeit) nicht zu verpassen.

Wissen ist risikofrei – etwas Tun aber nicht. „Machen“ ist immer mit Risiko verbunden: Es kann falsch herauskommen, man wird kritisiert, vieles läuft ungeplant und gibt Ärger. Gesundheitsförderung umzusetzen benötigt Mut, Risikobereitschaft aber auch Unterstützung und Ressourcen. Die politische Bereitschaft in gewissen Regionen steigt, vermehrt in Gesundheitsförderung zu investieren. Dies müssen wir nutzen und Zeit für die Policyentwicklung vorsehen.

Evidenzen weisen uns auf das Implementationsproblem hin. Ein gutes Beispiel sind die Studien zur Diabetesprävention (5,6). Interventionen mit einer Lebensstiländerung waren doppelt so wirksam wie eine medikamentöse Intervention (Abbildung 2). Trotzdem sind diese Studien

Diabetes Typ II
Gesundheitsförderung und Prävention
 Risikosituationen (erhöhter Blutzucker, Übergewicht)

	Intervention	Resultate 4 Jahre
Gruppe 1	Kontrolle, üblicher Arztbesuch	40% Diabetes
Gruppe 2	Metformin	31% weniger Diabetes als Kontrolle
Gruppe 3	Gewichtsreduktion und Bewegung	58% weniger Diabetes als Kontrolle

Referenz: DPP Studie USA, DPS Studie Finnland

Abbildung 2: Zusammenfassung von zwei großen Studien zur Diabetesprävention

kaum bekannt und eine Umsetzung im medizinischen System ist spärlich. Das Interesse an den Resultaten ist gering. Was wäre wohl geschehen, wenn Medikamente besser gewirkt hätten als Verhaltensänderungen? Da wäre das Interesse der einflussreichen Akteur/innen viel höher ausgefallen.

Wir nehmen zur Kenntnis: Unser System ist nicht bereit, nicht geeignet und nicht interessiert daran, Prävention und Gesundheitsförderung in einem breiteren Sinne umzusetzen. Natürlich wird viel über Prävention geschrieben und berichtet. Aber es fehlt an einer nachhaltigen Umsetzung. Nebst Wissen fehlen ausgebildete Fachpersonen und natürlich die finanziellen Anreize: Warum soll ich mein Verhalten anpassen – das kostet mir Geld, Zeit und Energie –, wenn ich im kurativen Umfeld bei Beschwerden kostenlose Lösungen erhalten kann? Warum soll ein Arzt präventive Leistungen und Beratungen anbieten, die nicht oder nur spärlich vergütet werden? Der Bedarf des Patienten und die Bedürfnisse des Arztes sind hier stimmig: Handeln ist ungünstig! Dieser Systemfehler muss behoben werden, ansonsten bleiben wir in Absichtserklärungen stecken: Aufforderung der Menschen sich mehr zu bewegen, gesünder (aber auch teurer) zu essen, weniger Alkohol zu trinken (der oft günstiger ist als alkoholfreie Getränke) und viele andere Maßnahmen werden empfohlen – aber die Rahmenbedingungen bleiben unverändert unattraktiv. Nur wenn politische Entscheide Rahmenbedingungen verbessern, werden die verschiedenen Ak-

teure auch verstärkt aktiv. Diese Erkenntnis ist im politischen Umfeld nicht neu (z.B. Wirtschaftsförderung, öffentlicher Verkehr). Wenn Rahmenbedingungen stimmen, ist der Markt oft sehr innovativ.

Erfolgreiche Gesundheitsförderung geht das individuelle Verhalten an, versucht aber gleichzeitig die Verhältnisse so zu beeinflussen, dass ein gesundes Verhalten leichter fällt. Nachhaltige Wirksamkeit wird dann eintreten, wenn gesundheitsförderliche Interventionen auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Dies ist anspruchsvoll – aber machbar (erfolgreiche Ansätze in Betrieben und Gemeinden). Wissenschaftliche Evidenzen aber aus solchen komplexen Interventionen zu schaffen ist noch anspruchsvoller und schwierig durchzuführen. Trotzdem müssen wir auch da Erfahrungen (1) sammeln.

Manchmal zeigen politische Entscheidungsträger/innen Mut zu ungewöhnlichen Lösungen. Der ehemalige Bürgermeister von Bogota (Kolumbien) hat verschiedene Neuerungen eingeführt, die das soziale Umfeld einbeziehen. Er hat beispielsweise Mimen (stumme Schauspieler) statt mehr Polizisten angestellt, um Verkehrsprobleme zu lösen. Die Schauspieler/innen waren an verkehrsreichen Knotenpunkten der Stadt und haben Autofahrer/innen und Fußgänger/innen ohne Worte auf Regelverstöße aufmerksam gemacht. Das war evident und situationsbezogen: Alle – auch die Passant/innen – verstanden die Botschaft. Er hat auch einen Tag als „Ausgehtag“ für Frauen bestimmt – Männer sollten zuhause bei den Kindern bleiben. Dabei wurde die Kriminalität beurteilt und am Fernsehen darüber diskutiert, warum sich am Frauentag die Kriminalität drastisch verringerte. Verschiedene weitere Interventionen in diesem Sinne wurden initiiert. So gibt es in der Stadt nun eine andere Kultur mit Problemen umzugehen (7). Natürlich wäre es schön, alle diese Interventionen wären wissenschaftlich evaluiert worden. Solche soziale Aktionen sind jedoch schwierig und aufwendig mit wissenschaftlichen Methoden zu beurteilen. Es gibt zwar generelle Angaben, dass Verkehrsunfälle und auch die Kriminalität in Bogota beträchtlich abgenommen haben. Die Evidenz, dass dies wegen der verschiedenen Interventionen der Stadt geschehen ist, ist (wissenschaftlich gesehen) eher schwach. Die Rahmenbedingungen in Bogota wurden geändert und dies hatte Auswirkungen auf die Stadtentwicklung generell.

Wären solche Aktivitäten nicht auch bei uns in einer Stadt möglich? Sind überhaupt solche Ansätze bei uns (auch bei sehr guter Evidenz) durchführbar? Solche Beispiele zeigen: Es gibt viele gute und erfolgreiche Interventionen, die darauf warten, verbreitet zu werden. Nicht alles, was irgendwo gut funktioniert und wirkt, kann in einem anderen Umfeld erfolgreich umgesetzt werden. Es braucht Anpassungen. Als sehr hilfreich erweist sich da in der Praxis ein „BestPractice Ansatz“ (8). Nebst Wissen und Erkenntnissen gilt es auch die Werte zu berücksichtigen und – wie bei einer Navigation – den regionalen Kontext zu klären und immer wieder zu überprüfen.

Für Gesundheitsförderung ist es aus politischen Überlegungen wenig nützlich, sich alle Evidenzkriterien der medizinischen Wissenschaften anzueignen. Diese sind auch in der Alltagspraxis kaum anwendbar. Ein erfolgsdefinierter Interventionsansatz (durchaus auch aus politischen Gründen) und dann während einer Umsetzung die nötige Evidenz zu schaffen, sind besser geeignete Vorgehensweisen. Dazu müssen Erfolge auf den verschiedenen Zeitachsen definiert werden (kurzfristig, mittelfristig und langfristig). Noch zuwenig genutzt wird eine Beurteilung oder Evaluation von „natürlichen Änderungen“. Dies sind Situationen, wo Anpassungen nicht im Sinne eines geplanten Vorgehens geschehen, wo sich aber viel verändert (z.B. Konsumverhalten durch Billiganbieter oder attraktiven Wochenmarkt; Änderungen in Bewegungsverhalten durch Umbauten oder Neugestaltung von Wohnungen oder Büroräumen; Bewegungsverhalten von Kindern in verschiedenen Schulanlagen; Wohnortwechsel u.a.m.). Evaluationen von solchen Situationen wirken politisch oft überzeugender als große Studien, die kaum in die Praxis umgesetzt werden können.

Das Wissen wird oft unterteilt in Bedingungswissen, Wirksamkeitswissen, Veränderungswissen und Verbreitungswissen. Alle diese Erkenntnisse gilt es in der Gesundheitsförderung zusammenzubringen. Die vorhandene Evidenz nützt wenig, wenn das „Wir wollen tun!“ fehlt oder schwach vorhanden ist. Allzu oft bleibt es bei einer politischen Alibifunktion – man muss zeigen, dass man etwas macht. Vielfach wissen wir, was zu tun ist, aber tun ist riskant. Es braucht sehr viel Mut zur Umsetzung und ein gutes politisches Klima.

Folgende Fragen zur Problemsituation sind für Entscheidungsprozesse wichtig: Wo ist Evidenz bestechend? Was davon passt am besten in eine Policy und ins bestehende System? Sind Ressourcen vorhanden oder kann man solche besser nutzen? Wer muss einbezogen werden? Die Beurteilung der bestehenden Praxis ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil: Welches sind die Stärken und Schwächen der heutigen Praxis? Welche Hürden müssen überwunden werden? Was ist nötig, um Änderungen in der Praxis zu initiieren? Welche Innovationen bestehen bereits?

Antworten auf diese Fragen sind wichtige Entscheidungsgrundlagen für die Politik.

Wenn eine politische Instanz eine mutige Umsetzungsgruppe zur Verfügung hat, die es versteht, die Anliegen der Bevölkerung mit denen der Politik zu verbinden, dann ist eine erfolgreiche Grundlage vorhanden um nachhaltige Interventionen zur Gesundheitsförderung zu starten und aufrecht zu erhalten. Wenn diese Interventionen noch evaluiert werden, erhält die Politik auch die nötige Evidenz.

Für die Öffentlichkeit ist oft entscheidender, dass das, was wir verlangen („predigen“), auch selber tun. Die Politiker/innen und die PR-Fachleute haben diesen Einfluss schon seit einiger Zeit entdeckt: Medienwirksam sehen wir den Minister joggend den Beginn eines Bewegungsprogramms einläuten oder die Ministerin zeigt, wie sie sich von der mühsamen Arbeit entspannt. Leider werden solche mediale Ereignisse noch zuwenig für animierende längerfristige Anreize genutzt. Hier kann eine gefestigte Policy mit einer nachhaltigen Umsetzung ansetzen. Fachstellen für Gesundheitsförderung müssen den Nutzen für die Politik noch stärker mit dem Nutzen für Bevölkerung kombinieren.

Literatur:

1. Ergebnismodell Gesundheitsförderung Schweiz (Zugriff 20.6.2008): <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/d/knowhow/qualitaetsmanagement/default.asp>
2. Aldana, S.G.: (2001): Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature. *American Journal of Health Promotion*: Vol. 15, No. 5 pp. 296–320
3. Bachrach, P., Baratz, MS.: (1979): *Power&Poverty: Theory and Practice*. New York
4. Kingdon, J.W.: (1984): *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little, Brown and Co
5. The Diabetes Prevention Program Research Group (DPP study): Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 346:393–403, 2002
6. Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, JG., Valle, TT., Hamalainen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinanen-Kiukkaaniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Uusitupa, M.: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance (DPS study). *N Engl J Med* 344:1343–1350, 2001
7. Stadtentwicklung in Bogota Hinweise über (Zugriff 20.6.2008): http://www.bogotalab.com/articles/bogota_edge.html
8. Best Practice Ansatz: Konzeptrahmen (Zugriff 20.6.2008): http://www.gesundheitsfoerderung.ch/common/files/knowhow/best_practices/291831_best_practice_d.pdf

Gesundheit wirksam fördern – Konzepte und Erfahrungen aus den Niederlanden

Hans Saan

In diesem Artikel möchte ich Ihnen zeigen, wie wir in den Niederlanden aktuell mit Fragen zur Wirksamkeit der Gesundheitsförderung umgehen. Zunächst ist mir wichtig, erst kurz den Kontext darzustellen, in denen wir unsere Konzepte und Modelle erarbeitet haben.

Die kurze Geschichte der Gesundheitsförderung beginnt in den Niederlanden 1962, als die erste Veröffentlichung über „Health Education“ erschien. Das Ministerium war nicht sehr erfreut darüber, denn man fürchtete, eine neue Berufsgruppe würde sich entwickeln. Langsam ist aber die Unterstützung für diesen Bereich gewachsen und 1973 gab es den ersten Fort- und Weiterbildungskurs – eine Pilotaufgabe, für die ich als Koordinator engagiert wurde, mein Einstieg in diesen Bereich. 1980 entwickelten Universitäten eigene Programme und das Nationale Institut NIGZ wurde gegründet (mit Anfangs acht, später 130 Mitarbeiter/innen). Dieses Institut war mit der Verbreitung von Informationen zu Methoden und Materialien im Bereich Gesundheitsförderung beauftragt, hat aber auch die Bereiche Training, Beratung/Consulting und Lobbying aufgebaut. Es verfügte allerdings nicht über Mittel, um Projekte anderer Initiativen finanziell zu unterstützen.

1984 wurde Gesundheitsförderung zum anerkannten Bestandteil im Öffentlichen Gesundheitsdienst. 1986 veröffentlichte das Ministerium die erste nationale Strategie und dann wurde auch das erste Buch über Effektivität geschrieben, als Antwort auf kritische Fragen darüber. 1998 wurde als Teil des nationalen Forschungsprogramms Gesundheitsförderung mit einem speziellen Teilprogramm ausgestattet. Regelmäßige Erhebungen zur Entwicklung des Berufsfelds zeigen, dass jetzt im Jahr 2008 bereits ± 1500 Gesundheitsförderungsspezialist/innen mit Universitäts- oder Hochschul-Abschluss in vielen Institutionen auf nationaler und lokaler Ebene arbeiten. So langsam/schnell ist das Berufsfeld gewachsen.

Ich berichte auch (mit ein bisschen Stolz) von dieser Entwicklung, um zu zeigen, dass Fragen der Evidenz bereits von Vielen aufgeworfen wurden. Daher kommt

das Bedürfnis, darüber eine grundsätzliche Debatte zu führen.

1. Evidenz Debatte als Anregung

Evidenced based ist auch in den Niederlanden ein Mantra und auch bei uns gibt es Wissenschaftler, die nur mit RCT (Randomized Controlled Trial – randomisierte kontrollierte Studie) als goldenen Standard rechnen möchten. Dadurch, dass es sich bei Gesundheitsförderung um ein neues Berufsfeld handelt, fehlt es uns nicht nur an adäquaten Beweisen, auch im Wettbewerb um Forschungsförderungen sind wir die „schwache Partei“.

Zusammen mit meinem Kollegen Willy de Haes haben wir eine nationale Debatte über die Frage initiiert: „Was heißt adäquate Forschung für Gesundheitsförderung?“ Mit diesem Titel haben wir bewusst angesprochen, dass unser Meinung nach diese RCT-Orientierung nicht unbedingt adäquat sei.

Um dies zu tun, hatten wir auch konkrete Anregungen. Wir waren an einem groß angelegten RCT Forschungsprojekt in Rotterdam beteiligt. Es war bereits die Untersuchungsstrategie entwickelt und der Zeitplan von der Universität bereits fixiert. Der öffentliche Gesundheitsdienst war für die Interventionen verantwortlich. Damals war die politische Lage kompliziert, weil man dabei war, eine Aufteilung der Stadtbehörde in Stadtteile durchzuführen. Die neuen Behörden sagten nein zum zentral entschiedenen Programm und verweigerten ihre Partizipation, erstens um „Lokalmacht“ zu zeigen, aber auch weil sie von den Fragebögen her den Eindruck hatten, dass alles bereits vorprogrammiert war. Sie nahmen daher die Einladung zum Mitentwickeln der Interventionen nicht ernst. Somit ließen sich die zwei Zeitlinien der Forschung und der Interventionsentwicklung nicht mehr koordinieren. Daher wurde entschieden, das Programm zu beenden und das Forschungsbudget zurück zu schicken, ein ganz ungewöhnlicher Schritt für alle Beteiligten.

Bemerkenswert waren die unterschiedlichen Reaktionen zu dieser Situation. Der verantwortliche Forscher nannte es ein Fiasko, im Rückblick wurde gesagt: „Man sollte nie mit Politikern arbeiten.“ Auch wurde die Frage gestellt, ob man partizipationsfreie Programme machen könnte,

die das Forschungsprotokoll nicht stören. Und außerdem war man anfangs der Meinung, aus dieser Erfahrung sei nichts akademisch Interessantes zu publizieren“.

Die mehr praxisorientierten Berater, denen ich angehörte, sagten dagegen: „Das ist interessant, denn es zeigt, wie wichtig der Kontext ist, und wir wissen, dass politische Dynamik normal ist und immer eine Rolle spielt. Daraus kann man eine ganz interessante Analyse machen.“ Das nationale Forschungsprogramm hat uns dann die Möglichkeit geboten, eine Debatte über diese Erfahrungen zu führen und es wurde darüber eine Analyse in einer nationalen wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlicht.

2. Auf der Suche nach adäquater Forschung

Aufgrund dieser Erfahrungen und unter dem Druck, klare Kriterien zur Entscheidung über die Finanzierung von Forschung und Interventionsprogrammen zu entwickeln, haben wir ungefähr drei Jahre Lobbying betrieben, um eine nationale Debatte in Bewegung zu setzen.

Es ist uns gelungen, dass vier „Nationalkongresse“ mit einer Mischung von Praktiker/innen, Politiker/innen und Forscher/innen abgehalten wurden. Das Buch der WHO über „Evaluation in Health Promotion“, das damals erschienen war und von dem wir auch 150 Exemplare weiterverkauft haben, gab uns Munition in den Debatten und wir konnten internationale Expert/innen einladen, um den Diskurs zu fördern. Auch brachten wir ständig Niederländische VIPs dazu, sich an unserem Innovationsprozess zu beteiligen. Das Endprodukt ist sowohl als Handout/Fact-Sheet (in Holland: „Place-mat“, 2000 Exemplare) als auch als Buch (1500 Exemplare) erschienen.

Die Anfangsfrage, „Was heißt adäquate Forschung?“, haben wir in drei Subfragen unterteilt:

- WAS sollte man untersuchen?
- WIE sollte man es untersuchen?
- WOZU dienen Untersuchungen?

2a. WAS: Der Bezugsrahmen der Gesundheitsförderung

Wenn man über die Faktoren diskutieren will, die zur Wirksamkeit von Interventionen beitragen, braucht man

eine gemeinsame Sprache über den Interventionsprozess. Es muss ein Einverständnis über jene Faktoren geben, die die Intervention beeinflussen. Modelle der Gesundheitsförderung helfen aufzuschlüsseln, was alles bei einer Intervention berücksichtigt werden muss, um die Arbeit zu optimieren. Diese Modelle haben sowohl eine beschreibende als auch eine normative Funktion. Beschreibend in dem Sinne, dass sie einen Überblick über die relevanten Variablen geben, deren Zusammenhänge und die unterschiedlichen Arbeitsprozesse im Feld. Normativ in dem Sinne, dass sie vorgeben, was berücksichtigt werden sollte, welches Gewicht bestimmten Variablen beigemessen werden sollte und welche Prinzipien bei allen diesen Prozessen angewendet werden sollten. Um etwas Ordnung in das „Begriffs-Chaos“ und die Arten von Interventionen auf verschiedenen Ebenen zu bringen, haben wir einen „Bezugsrahmen der Gesundheitsförderung“ entwickelt. Der Bezugsrahmen verbindet viele bereits allgemein akzeptierte Aspekte unserer Arbeit in einem Modell und baut auf anerkannte Modelle aus der ganzen Welt auf.

Wir definieren Gesundheitsförderung als „Interventionen für bessere Gesundheit und Chancengleichheit im sozialen Kontext organisieren“. Der Bezugsrahmen der Gesundheitsförderung zeigt, wie der Kontext alle Aspekte des Modells beeinflusst. Der organisatorische Prozess bzw. die Kapazitäten wurden mit sieben Faktoren beschrieben. Die Einführung dieser Faktoren ist im Vergleich zu den bisherigen Modellen eine Innovation. Das Modell beinhaltet fünf Interventionen: 1) Information/Bildung/Erziehung, 2) Gemeinwesen- und Settingentwicklung, 3) Organisationsentwicklung, 4) Anwaltschaftliches Eintreten/Lobbying, 5) Multisektorale Zusammenarbeit. Sie richten sich an Individuen, Gruppen und die Gesellschaft als Ganzes, daher werden sie auch in Mikro-, Meso- und Makroebene eingeteilt. Interventionen haben direkte (unmittelbare) Ergebnisse, das sind Gesundheitsbildung und Kompetenz (health literacy), soziale Unterstützung sowie Richtlinien, Regeln und Finanzierungen (healthy policy). Direkte Ergebnisse oder Interventionsergebnisse zielen auf eine Veränderung der Determinanten ab. Langfristig wer-

Der Bezugsrahmen der Gesundheitsförderung (Saan & de Haes, 2005) gestaltet sich folgendermaßen:



den somit Gesundheit, Lebensqualität und Chancengleichheit verbessert.

Durch Erfahrung und Forschung wird Feedback zu Lang- und Kurzeffekten aller Prozesse generiert. Ausführlichere Versionen des Modells zeigen zusätzliche Variablen wie z.B. Zufriedenheit der Partner/innen.

Der Bezugsrahmen baut auf die Werte und Prinzipien der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung auf, zum Beispiel bei „Interventionen“ ist „enabling“ im Bereich „Informationen“ eingebunden, „community and organisational development“ bezieht sich auf „mediating“ und „advocacy“ wird im Bereich „Politik“ erwähnt. Kanadische Leser/innen werden im Bezugsrahmen im Bereich der Determinanten die Faktoren aus dem „Lalonde Report“ (A New Perspective on the Health of Canadians, 1974) wiedererkennen, die um den Faktor „sozialer Zusammenhalt“ (Sozialkapital) ergänzt wurden.

Wir nennen unser Modell eine Art Weltkarte, und wenn wir mit Akteur/innen Programme oder Forschungsprotokolle analysieren, versuchen wir ihnen klar zu machen, mit welchen Feldern sie im Modell arbeiten. Ständig erläutern wir, dass sich die Mischung der Determinanten in einer Mischung der Interventionen widerspiegeln sollte. Das führt immer zu mehreren Möglichkeiten zur Optimierung der Strategie und zur Erweiterung des Forschungsinteresses. Da es eine Mischung von Ursachen gibt, gibt es auch keinen einzelnen Hauptschalter, um Gesundheit herzustellen. Wir bevorzugen einen „umkreisenden Angriff“.

Ins Zentrum des Modells haben wir den Bereich der direkten Ergebnisse gestellt, denn unsere Erfahrung zeigt, dass zu oft Kriterien für Effektivität genutzt werden, die nur nach langfristiger, intensiver Bearbeitung eine Änderung zeigen könnten. Es gibt langsame und schnelle Daten.

Das Modell zeigt verschiedene Prinzipien: Partizipation und Partnerschaft in den Mittelpunkt zu stellen, war schon in der Ottawa-Charta wichtig. Auch die Idee, mehr auf Potenziale als auf Defizite zu achten, ist typisch gesundheitsfördernd.

Die zwei wichtigsten Teile im Modell sind der Bereich „Organisation bzw. Kapazität“ und „gesellschaftlicher Kontext“. Wenn Programme oder Forschungsprotokolle

nicht mit der Dynamik der Gesellschaft rechnen, können sie (wie in der Causa Rotterdam) zum Spielball werden. Und es ist auch wichtig zu wissen, mit welcher Kapazität eine Initiative ausgestattet ist, denn ohne Ausgleich zwischen Kapazität und Ambitionen stimmt etwas nicht. Viele RCT-Reports geben kaum Auskunft über Zeit, Manpower oder Geld – und ohne Input kann man den Output nicht schätzen.

2b. WIE macht man adäquate Forschung?

Im medizinischen Bereich gilt der RCT als Goldener Standard, weil damit klar und eindeutig die Frage nach der Wirkung einer Intervention gestellt werden kann. Da Public Health auch mit dem medizinischen Bereich in Zusammenhang gebracht wird, sind RCTs die anzustrebenden Forschungsdesigns. Wie bereits erwähnt ist man aber dann fokussiert auf die Qualität der Untersuchung, und nicht auf Interventionsqualität. Auch der Kontext wird oft vernachlässigt.

Wir können mit den Spielen Billard und Wasserpolo die Untersuchungsparadigmen leicht karikiert erläutern. RCT hat etwas von einem Labor, vergleichbar mit dem Billardspiel. Beim Billardspiel herrscht Ruhe, es gibt kontrollierte Anstöße, um damit ein Problem nach dem anderen zu lösen. Man hindert den Gegner nicht, die Zuschauer schweigen, über alle Tische hinweg herrscht Ruhe.

Die Lage in vielen öffentlichen Gesundheitsförderungsprogrammen ist besser mit Wasserpolo zu vergleichen. Nur Lärm, alle stoßen alle an, alles geschieht unter Wasser und auch wenn man nicht beteiligt ist, soll man mit schwimmen. Alles ist nass, dynamisch, auch das Umfeld. Hast du den Ball?

Adäquate Forschung sollte mit dieser Dynamik rechnen, also eine größere Variation der Indikatoren nutzen, qualitative und quantitative Strategien nutzen und viel mehr partizipativ und interventionsfördernd agieren. Das verlangt nach einer Mischung von distanzierter und engagierter Rolle der Forscher, mit der viele noch nicht vertraut sind. Auch der Wert, den wissenschaftliche Zeitschriften und Fonds auf RCTs legen, hat uns viele „Reports“ gebracht, jeweils mit dem Ergebnis, dass eine Art Intervention mehr oder weniger effektiv ist.

Wie sollte man diese Aussagen lesen?

Mit dem Bezugsrahmen fragt man ständig:

- Wie waren die gesellschaftlichen Umstände (Kontext)?
- Wie viel Kapazitäten hatte dieses Programm?
- Wie viel Zeit hat man investiert in Entwicklung, Aufbau, Ausführung?
- Mit welcher Qualitätssicherung hinsichtlich Kapazitäten und hinsichtlich der Interventionsmischung wird gearbeitet?
- Welche kurz- und langfristigen Indikatoren wurden gewählt?
- Welcher Erfolg wurde dann festgestellt?
- Und im Vergleich womit ist das ein großer oder kleiner Erfolg?

Auch wenn Randomisierung und Kontrolle unter dynamischen Umständen schwierig sind, ist es ein sehr gelungenes Design. Wir sind davon überzeugt, dass oft in RCT Studien die Zeitspanne zu gering ist.

Wegen der beschränkten Informationen über die Kapazitäten und den Kontext und über einen eventuellen Pioniervorteil, sind sie nicht immer hilfreich. Daher ein Plädoyer für RCT-PLUS, eine praxisbezogene Forschung, wo Epidemiologie, Sozialwissenschaften, Ökonomie und Verwaltungswissen zusammen durch kombinierte quantitative und qualitative Forschung relevante und zuverlässige Ergebnisse zeigen können.

2c. WOZU nützt Forschung

Mit dem RCT ist die Idee der Implementierung des „Best Practice“ verbunden. Man hofft, effektive Interventionen zu identifizieren, die dann von anderen Institutionen übernommen werden, denn das spart Entwicklungskosten und wird die Praxis auf eine höhere Qualitätsstufe bringen. Dieses Modell stimmt im Bereich der Pharmazie, ist aber nicht leicht übertragbar auf die Gesundheitsförderung, wegen der oben angeführten dynamischen Merkmale dieses Bereiches. Es gibt auch viele Erfahrungen die zeigen, dass wissen-

schaftlich begutachtete Beispiele nicht leicht in die lokale Praxis integrierbar sind. Pilotprojekte haben einen Pioniervorteil (neu, VIPS sind leicht zu engagieren, öffentliches Interesse), den die Nachfolger nicht so leicht kopieren können.

Wissensmanagement

Um eine bessere öffentliche Wirkung zu erreichen und nützliches Wissen zu kommunizieren, ist eine neue Art der Entwicklung, des Austausches und der Reflexion von Wissen nötig. Alle drei o.g. Wissensformen müssen zum Tragen kommen, um nicht nur unter den Forschern, sondern auch für die Praxis vor Ort und die politischen Entscheidungen nützliche Erkenntnisse zu kommunizieren.

Beim Forschungs- und Entwicklungsmanagement wurde die Aufteilung zwischen akademischem und praktischem Anteil wie „Kopf“ und „Hand“ betrachtet. Beim Wissensmanagement ist es dagegen üblich, die verschiedenen Wissensbereiche zu respektieren und sich auf deren Austausch und gemeinsame Anwendung zu konzentrieren. Forscher/innen können dazu beitragen, die Wissensformen der Praktiker/innen vor Ort, der politischen Entscheidungsträger/innen und der Öffentlichkeit mit in das Forschungs-Design einzubeziehen. Die Verknüpfung unterschiedlicher Einsichten und Erfahrungen bildet das notwendige Spannungsfeld für eine umfassende Reflexion und innovative Entwicklungen.

Das oben beschriebene Modell zeigt die Entwicklung von Wissen als Kreislauf.

Entwicklung

Verfügbare Modelle, Theorien, Evidenzen und Beispiele sind häufig der Ausgangspunkt für neue Interventionen. Um deren Qualität zu sichern, sollte der Einbezug der Forschung ein integraler Teil der Intervention werden. Die wissenschaftliche Begleitung des Interventionsprozesses kann dann bei der Optimierung der Intervention bereits nützliche Erkenntnisse erzeugen und reflexiv informieren. Zudem können die Bedingungen der Organisation bzw. des Interventionskontextes ausgewertet werden und so für das notwendige Minimum an Veränderungskapazität sorgen.

Austausch

Der Austausch von Erfahrungen und Erkenntnissen ist bisher zu häufig auf die Tradition wissenschaftlicher Publikationen ausgerichtet. Dabei zeigt sich nicht nur eine Neigung zur Einseitigkeit der Berichte, sondern auch eine Vernachlässigung des Typ 1 und Typ 2 Wissens, das zur Beurteilung der praktischen Relevanz einer Intervention aber notwendig ist. Außerdem sollte es mehr Möglichkeiten geben, von Modellen und Geschichten zu lernen und zwar nicht nur über einen gedruckten Text, sondern auch über die heute üblichen vielfältigen anderen Visualisierungsmöglichkeiten.

Reflexion

Ein Fallbericht kann ein interessantes Beispiel sein, besitzt aber nur eine schwache Evidenz. Das Sammeln, Analysieren und Beurteilen einer Vielzahl von Fallstudien in einer zusammenfassenden Übersicht wird deshalb immer mehr zur gängigen Praxis. Diese Ergebnisse gelten dann als Best Practice. Sie haben aber häufig zwei unterschiedliche Zielrichtungen:

Zum einen sind sie Empfehlungen bezüglich des besten Angebots – das heißt: Interventionsformen, die den Test bestanden haben. Zum anderen sind sie Empfehlungen bezüglich der besten Grundsätze – das heißt: Richtlinien zur Qualitätssicherung der Arbeit auch unter sich ständig verändernden gesellschaftlichen Realitäten.

Umsetzung:

Die Verbreitung und Umsetzung von Best Practice-Beispielen erfordert die Veränderung bisheriger Praktiken und den Einstieg in neue Interventionsformen. Dies beinhaltet mehr als lediglich das Bestellen eines Handbuches oder Arbeitspaketes. Es verlangt vielmehr ein Umdenken bei den Beteiligten und das ist – wie jede Verhaltensänderung – schwierig. Um dabei die qualitativ bessere Wahl auch zur leichteren Wahl zu machen, sollte die Rolle der Politik und des Managements überdacht werden.

Hochgesteckte Ambitionen sollten immer im Kontext mit den dafür zur Verfügung stehenden Kapazitäten gesehen werden. Im gesamten Wissenskreislauf ist das Bewusstsein für die notwendigen Voraussetzungen von Bedeutung, da diese für die Kontinuität und für eine zunehmende Verbesserung der Wirksamkeit von entscheidender Bedeutung sind.

3. Zum Schluss

Bei der Einladung zu diesem Beitrag waren vier Fragen angegeben, die ich zum Schluss noch mit folgenden Ideen beantworten möchte:

1. Welche Veränderungen können Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Betrieben, Schulen und Gemeinden bewirken? Welche Evidenz gibt es bereits?

Evidenz, ja, die gibt es, aber es sind viele kleine Effekte bei kleiner Kapazität. Auch ist klar, dass ein reicher Interventionsmix über längere Zeit mehr bringt. Und es ist auch klar, dass partizipative Programme mehr aktives Lernen stimulieren und dass dabei von Prozessen des Gruppendrucks und des sozialen Lernens mehr Gebrauch gemacht wird.

2. Was sind angemessene Kriterien zur Beurteilung des Wertes von Gesundheitsförderungsmaßnahmen?

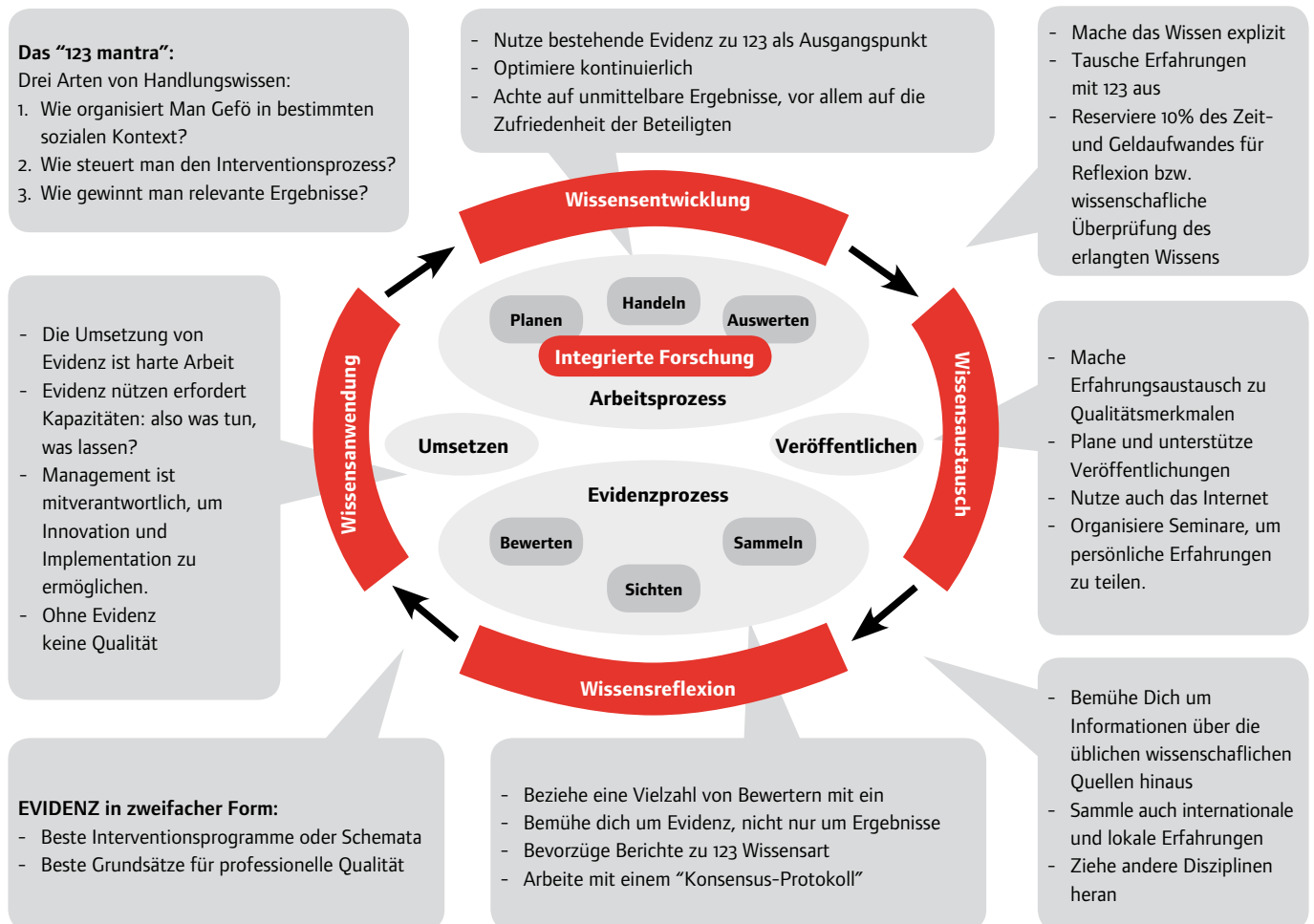
Wichtig ist, auf direkte Erfolge zu achten als Wege zu langfristigen Zielen. Erfolge sind kapazitäts- und kontextabhängig. Wenn beteiligte Menschen zufrieden sind, dann ist das schon ein Erfolg, denn dann wird man sich eher im nächsten Programm beteiligen, was zur Kontinuität der Interventionen beiträgt.

3. Wie kann das vorhandene Wissen und wie können Forschungsergebnisse besser für die Entscheidungsfindung in der Gesundheitspolitik genutzt werden?

Zu oft haben wir Wunder versprochen und den Prozess der Implementierung zu leicht genommen. Nimm keine zu langfristigen Ziele, sondern entscheide, welche Stufen die Treppe dahin hat und benenne diese als direkte Erfolge wie im Bezugsrahmen. Wichtig ist auch, nicht immer neu anzufangen und zu schauen, was im Kontext vorhanden ist und fortgesetzt werden könnte. Ständiger Ausbau der Investitionen kann realisiert werden, wenn man Feedback über den Prozess, die Kapazitäten und den Kontext zu nützen weiß.

Partnerschaften mit Politikern können dabei behilflich sein, diese Dynamik zum Vorteil des Programms zu nützen.

Der Wissensmanagement Zyklus



4. Welche Kapazitäten müssen aufgebaut werden, um den Evidence-Practice-Transfer zu verbessern und die Gesundheit wirksam zu fördern?

Das Wissensmanagement Modell gibt für alle vier Fragen Anweisungen zur Verbesserung. Kapazitäten für den Forschungs-Praxis Transfer sind wichtig und dieser Transfer sollte auf drei Wegen erfolgen: zwischen Praxis, Forschung und Politik. Um realistische Ziele zu setzen, ist es notwendig kleine Erfolge separat zu benennen und auch mehr über die Kapazitäten und den Kontext zu berichten.

Für Wissensmanagement und Gesundheitsförderung gilt das Gleiche: Mach es leicht, Menschen haben lieber Lösungen als Probleme.

Internationale Quellen:

- Larry Green und Marshall Kreuter, USA : „precede-proceed-modell“
- Don Nutbeam, Australien führte „intermediäre Ergebnisse“ ein.
- Die Euro-WHO Publikation „Evaluation in Health Promotion“ beinhaltet einen Überblick über aktuelle Ansätze zu wirksamer Gesundheitsförderung.
- Das Schweizer Modell von Ursel Broesskamp-Stone: „Modell zur Klassifikation von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention“.
- Die Niederländische Variante des „Quality Model“ der European Federation for Quality Management.

Evidenzgeleitete Gesundheitsförderung – Anmerkungen zur aktuellen Diskussion

Resümee und Ausblick

Horst Noack

Die Evidenzbewegung im Gesundheitswesen ist relativ jung. Sie begann Anfang der 1990-er Jahre in der Medizin in Nordamerika und wenige Jahre später in Europa. Seit längerer Zeit wird eine systematische Evidenzbasierung auch im Bereich der Gesundheitsförderung gefordert.^I Die Auseinandersetzung mit diesem Thema hat gezeigt, dass der Evidenzbegriff der Medizin nicht als solcher auf die Gesundheitsförderung übertragen werden kann. Evidenzgeleitetes Handeln in gesundheitsfördernden Settings setzt ein umfassenderes Verständnis von Evidenz, eine gesundheitsorientierte Werte- und Wissensbasis und professionelle Strukturen voraus.^{II, III} Dieser Beitrag stellt Überlegungen dazu an und diskutiert, wie eine Evidenzkultur in den komplexen Handlungsfeldern gesundheitsfördernder Settings gefördert werden könnte.

Der Evidenzbegriff und die Evidenzbewegung in der Medizin

„Evidencebased medicine“ – eingedeutscht: evidenzbasierte Medizin – verfolgt das Ziel, eine auf Wirksamkeitsnachweise gestützte Heilkunde zu fördern und im Gesundheitssystem zu verankern. Die Bezeichnung „the evidence of medicine“ findet sich erstmals in einem Ende des 18. Jahrhunderts vom Royal College of Physicians of Edinburgh veröffentlichten Artikel.^{IV} Mit dem

Buch des britischen Epidemiologen Archie Cochrane, „Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services“, erschienen 1972, beginnt die jüngere Geschichte der „Evidenz-Bewegung“. Die in seinem Namen Anfang der 1990-er Jahre gegründete Cochrane Collaboration ist heute ein aktives, weltweites Netz von Wissenschaftler/innen und Ärzt/innen. Die Collaboration hat seither mehr als 2000 systematische Meta-Analysen (systematic reviews) zur Bewertung von medizinischen Übersichtsarbeiten veröffentlicht. Im Jahre 2004 existierten bereits fünf nationale oder internationale Netze, die Reviews oder Studien im Bereich der Gesundheitsförderung veröffentlichten.^V

Für das Team des kanadischen Epidemiologen, David Sackett, ist evidenzbasierte Medizin (EbM)

„der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestverfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung.“^{VI}

Grundlage der EbM sind klinische Studien, die Auskunft über die Wirksamkeit medizinischer Interventionen geben. Mit Hilfe von statistischen Meta-Analysen bewerten systematische Übersichtsarbeiten, so genannte Reviews, die Ergebnisse einer größeren Zahl sorgfältig ausgewählter klinischer Studien in Bezug auf die Wirksamkeit einer definierten medizinischen Behandlung berichten. Ergebnis einer klinisch-medizinischen Meta-Analyse ist eine quantitative Aussage darüber, ob und wieweit z.B. eine neuere klinische Maßnahme wirksamer als eine ältere

Evidenzstufe	Studien-Qualität
1	Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Überblicksarbeiten (Meta-Analysen) über zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs).
2	Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie.
3	Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien, ohne randomisierte Gruppenzuweisung.
4a	Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten.
4b	Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Experten-Komitees.

Tabelle 1: Evidenzhierarchie klinischer Studien

Maßnahme ist. Aufgabe der Ärzt/innen ist es, die gewonnenen Erkenntnisse mit der klinischen Erfahrung zu verbinden, um die bestmöglichen Ergebnisse für die Patient/innen zu erzielen. Idealerweise werden diese in die Entscheidungsfindung einbezogen.

Die Stärke der Evidenz ist abhängig von der Qualität der Studien, die zur Gewinnung relevanten Wirksamkeitswissens herangezogen werden (Tabelle 1).

Die stärkste Evidenz (Evidenzstufe 1) stammt aus Meta-Analysen über zahlreiche randomisierte, kontrollierte klinische Studien („Goldstandard“). Die schwächste Evidenz (Evidenzstufe 4b) stellen Expertenmeinungen dar, die sich auf klinische Erfahrungen oder Expert/innenberichte stützen. Die rasante weltweite Entwicklung der evidenzbasierten Medizin seit den 1990-er Jahren spricht dafür, dass die Bewegung als nützlicher Beitrag zur Bewältigung der rapide wachsenden Informationsflut im medizinischen Versorgungssystem wahrgenommen wird. Es fehlt auch nicht an kritischen Stimmen. So wird nicht selten befürchtet, dass die Evidenzbewegung letzten Endes in die „Kochbuchmedizin“ führe. Diese Befürchtung kann damit entkräftet werden, dass evidenzgeleitete Entscheidungsfindung in der Praxis eine ausgewogene patient/innenbezogene Synthese aus klinischer Erfahrung und wissenschaftlichem Wissen erfordert.

Ernst zu nehmender ist das Argument, dass randomisierte kontrollierte Studien (Evidenzstufen 1 oder 2) in der Regel nur im Bereiche wenig komplexer Interventionen möglich sind, vor allem im Bereich der Pharmakotherapie. Das kann zu einer fortschreitenden Konzentration auf diese ohnehin dominierende Interventionsform führen. Zahlreiche komplexere Interventionen wie z.B. primäre und sekundäre Prävention, Langzeittherapie von chronisch Kranken oder Behinderten, Psychotherapie und viele Public-Health-Strategien erfordern eine aktive Mitwirkung von Patient/innen oder Zielgruppen. Sie sind nur begrenzt standardisierbar und können daher bestenfalls die Evidenzstufe 3 erreichen.

Dies gilt in besonderem Maße für die Gesundheitsförderung, die wirksam zur Prävention und zur Behandlung insbesondere von chronischen Krankheiten beitragen kann. Der traditionelle Evidenzbegriff der evidenzbasierten Medizin ist somit selbst in der Medizin nur begrenzt gültig.

Evidenz im Bereich der Gesundheitsförderung

Die Grenzen des medizinischen Evidenzbegriffs haben das Europäische Regionalbüro der WHO veranlasst, eine Expertengruppe einzuberufen, deren Aufgabe darin bestand, einen allgemeinen Evidenzbegriff für das Gesundheitssystem zu erarbeiten. In dem 2003 veröffentlichten Bericht schlägt das „Advisory Committee on Health Research“ die folgende Definition vor:

“Evidence is defined as ‘findings from research and other knowledge that may serve as a useful basis for decision-making in public health and health care’.”^{VII}

Dieser relativ offene Evidenzbegriff gibt einen weiten Rahmen vor, der im Bereich der Gesundheitsförderung durch geeignete Handlungsstrategien und Maßnahmen auszufüllen ist. Dies wird beim Vergleich der beiden „Evidenzkulturen“ deutlich.

Es sind vor allem fünf Aspekte, die evidenzgeleitete (evidence-informed) Gesundheitsförderung und evidenzbasierte Medizin unterscheiden: Ziele, Akteure, Komplexität, Nachhaltigkeit und Interventionsebenen:

- **Ziele:** Während medizinische Interventionen generell die Wiederherstellung der Gesundheit individueller Patient/innen zum Ziel haben, sind Interventionen in der Gesundheitsförderung auf die Verbesserung der Gesundheit von Bevölkerungsgruppen oder Bevölkerungen ausgerichtet.
- **Akteure:** Im Bereich der medizinischen Versorgung sind das medizinische Team, die individuelle Ärztin oder der Arzt die entscheidenden und nicht selten die alleinigen Akteure. Sie gehen davon aus, dass ihre Patient/innen als „co-producers of health“ aktiv mitwirken und einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit leisten. Im Bereich der Gesundheitsförderung handeln in der Regel kollektive Akteure gemeinsam, d.h. Auftraggeber/innen, Projektmanagement, Zielgruppe und nicht selten politische Entscheidungsträger/innen.
- **Komplexität:** Medizinische Interventionen sind häufig wenig komplex und deshalb relativ gut standardisierbar und vergleichbar. Projekte oder Programme

im Bereich der Gesundheitsförderung sind meist hoch komplex und deshalb wenig standardisierbar und begrenzt vergleichbar.

- Nachhaltigkeit: Die Mehrzahl medizinischer Interventionen führt oft zu keiner nennenswerten Verringerung der Krankheitslast der Bevölkerung, sondern vielmehr zu deren Verschiebung in Richtung höheren Alters. Ihre Nachhaltigkeit ist deshalb gering. Davon

ausgenommen sind jedoch primär präventive Maßnahmen (z.B. Impfungen) und Therapien, die zu vollständiger Heilung führen (z.B. in der Unfallchirurgie). Wirksame bevölkerungsweite Strategien der Gesundheitsförderung und bevölkerungsweite Primärprävention haben dagegen großes Potenzial, die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern (z.B. Verbesserung der Lebenserwartung bei guter Gesundheit, Verringerung der Krankheitslast).

Intervention	Ergebnis
Allgemeine Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (>350 Studien)	
<ul style="list-style-type: none"> • kombinierte verhaltens- und verhältnispräventive Programme • Raucherentwöhnung • umfassende Mehrfaktoren-Programme 	<ul style="list-style-type: none"> - erfolgreiche Steigerung körperlicher Aktivitäten, bedeutsame Veränderung der Ernährungsqualität - große Wirksamkeit bei vorhandener Bereitschaft, wirksamer Nichtraucherenschutz durch Rauchverbote - Senkung von Gesundheitsrisiken der Belegschaft, Verbesserung des Ernährungsverhaltens
Psychische Erkrankungen und Stress (~300 Studien)	
<ul style="list-style-type: none"> • kombinierte Interventionsprogramme auf der organisatorischen und individuellen Ebene 	<ul style="list-style-type: none"> - größtmögliche Nachhaltigkeit der Effekte umfassender Programme
Muskel-Skelett-Erkrankungen	
<ul style="list-style-type: none"> • Mehrfaktoren-Programme 	<ul style="list-style-type: none"> - positive präventive Effekte, wahrscheinlich aussichtsreichste Strategie, jedoch Bedarf an belastbaren Studien
Ökonomische und allgemeine Bewertung (>400 Studien)	
Ergebnisse	Schlussfolgerungen
<ul style="list-style-type: none"> • Kosten der Krankheit und der Fehlzeiten • Chancen und Grenzen der Evidenzbasierung betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> - BGF und Prävention zahlen sich aus - Kosten-Nutzen-Verhältnis, Return on Investment (ROI): 1: 1,6 – 1: 2,3 - Einsparungen in Bezug auf Fehlzeiten: 1 : 2,5 bzw. 1 : 4,9 – 1 : 10,1 - Die Arbeitswelt ist ein geeigneter Kontext für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen - existierende Potentiale werden nur unzureichend genutzt - mehr Forschung ist lohnend

Tabelle 2: Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung 2000–2006 (ausgewählte positive Ergebnisse)

- Ebenen: Medizinische Interventionen erfolgen überwiegend auf der mittleren Hierarchieebene (Mesoebene) gesellschaftlichen Handelns in ambulanten und stationären Versorgungsorganisationen und zielen auf die Verbesserung individueller Gesundheit von Personen, die Hilfe suchen (Mikroebene). Gesundheitsförderungs- und primäre Präventionsprojekte oder -programme werden meist in regionalen oder sozialen Settings durchgeführt (Mesoebene), häufig mit Unterstützung von Politik oder Verwaltung (Makroebene). Sie zielen auf die Verbesserung der Gesundheitspotentiale, des Gesundheitszustandes und des gesundheitlichen Wohlbefindens der gesamten Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen (Makro- und Mesoebene).

Evidenzgeleitete Gesundheitsförderung kann zwar die umfangreichen Erfahrungen der evidenzbasierten Medizin nutzen. Wie aus der Gegenüberstellung der beiden Entwicklungen hervorgeht, stellt die evidenzgeleitete Gesundheitsförderung jedoch ein eigenständiges Feld dar. Dies wird in verschiedenen Beiträgen des im letzten Jahr in Australien erschienenen Buches „Understandig health promotion“ deutlich.^{III} Gesundheitsförderung in regionalen, lokalen oder sozialen Settings ist eine komplexe soziale Intervention. Sie ist darauf gerichtet, ein Bündel setting-gebundener Gesundheitsdeterminanten nachhaltig zu verändern, um die Gesundheit der Mitglieder des betreffenden Settings nachhaltig zu verbessern. Inwieweit das gelingt, zeigen Reviews über die wissenschaftlichen Ergebnisse einer größeren Zahl von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten.

Ein Beispiel dafür ist eine Meta-Analyse der Initiative Gesundheit und Arbeit (2008) über die Wirksamkeit und den Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung.^{VIII} Sie bezieht 17 Reviews zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz ein, neun Reviews zur Prävention psychischer Erkrankungen und 19 Reviews zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen. In diesen Reviews wurden die Ergebnisse einer Vielzahl von Einzelstudien analysiert, insgesamt mehr als 1000 wissenschaftliche Einzelstudien. Tabelle 2 fasst ausgewählte positive Ergebnisse dieser Reviews zusammen.

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist dasjenige Feld mit den meisten verfügbaren wissenschaftlich evaluier-

ten Gesundheitsprojekten im deutschsprachigen Raum. Die Ergebnisse der Initiative Gesundheit und Arbeit vermitteln ein konsistentes Bild: Betriebliche Gesundheitsförderung ist vor allem dann wirksam, wenn sie auf der organisatorischen und individuellen Ebene ansetzt und Mehrfachfaktorenstrategien wählt, die verhältnis- und verhaltensbezogene Strategien kombinieren. Das gilt für die Förderung der allgemeinen Gesundheit und des Wohlbefindens ebenso wie für die Reduktion von Stress und psychischen Erkrankungen sowie Muskel- und Skeletterkrankungen. Wirksame betriebliche Gesundheitsförderung ist effizient, was den „Return on Investment“ und die Einsparungen in Bezug auf Fehlzeiten betrifft. So gesehen erweist sich die Arbeitswelt als ein wesentliches Setting für Gesundheitsförderung und primäre Krankheitsprävention im Erwachsenenalter. Allerdings werden die großen Potenziale betrieblicher Gesundheitsförderung bei weitem nicht ausgeschöpft: Rund 90% der in Reviews ausgewerteten Programme verwenden wenig komplexe, personenzentrierte Verhaltensansätze, deren Wirksamkeit und Nachhaltigkeit gering oder nicht messbar sind.

Ausblick

Gesundheitsförderung ist eine komplexe Intervention in komplexen sozialen Systemen. Der Beurteilung der Wirksamkeit gesundheitsfördernder Interventionen aufgrund von praktischen Erfahrungen sind enge Grenzen gesetzt. Evidenz aus belastbaren wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweisen kann wesentlich zur Verbesserung der Qualität gesundheitsfördernder Strategien und Maßnahmen beitragen. Ein weiterer Vorteil ist, dass durch evidenzgeleitetes Handeln die Wissensbasis des Feldes wächst.

Um die vorhandene Informations- und Wissensbasis sach- und fachgerecht zu nutzen, bedarf es einer professionellen Infrastruktur und kompetenter Fach- und Führungskräfte. Diese sind sinnvoller Weise in Kooperationspartnerschaften eingebunden, die Projekte in Gemeinden, Schulen, Betrieben, Krankenhäusern und anderen Settings unterstützen und begleiten. Wirksame evidenzgeleitete Gesundheitsförderung muss die vorhandenen Evidenznetze nutzen, sie erfordert aber zugleich angemessene Investitionen in die Entwicklung von Ressourcen und den Aufbau von Strukturen – in der Fachsprache: in „Capacity building“.^{IX} Grundvor-

aussetzung für evidenzgeleitete Gesundheitsförderung sind Forschungsprogramme zur Wirksamkeitsforschung sowie Qualifizierungsprogramme für Fach- und Führungskräfte.

Dies alles überfordert viele europäische Länder. Zu klären wäre, inwieweit im Rahmen des „Strategischen Ansatzes 2008–2013 Gemeinsam für die Gesundheit“ der Europäischen Kommission^x Voraussetzungen für ein Europäisches Netz für Evidenzentwicklung in der Gesundheitsförderung geschaffen werden könnten.

- ^{d)} McQueen, D.V.: Strengthening the evidence for health promotion. *Health Promotion International*, 2001, vol. 16, 261-268.
- ⁱⁱ⁾ Dupéré, S, Ridde, Carroll, S et al.: Conclusion: The Rhizome and the Tree. In M O'Neill, A Pederson, S Dupéré, I Rootman, *Health Promotion*. In Canada, Second Edition, Canacian Scholars' Press, Toronto, 371-383.
- ⁱⁱⁱ⁾ Keleher, H, MacDougall, A, Murphy, B (eds): *Understanding Health Promotion*. Oxford University Press, 2007.
- ^{iv)} Zitiert in U. Tröhler: To Improve the Evidence of Medicine. The 18th Century British Origins of a Critical Approach. Royal College of Physicians of Edinburgh, Edinburgh. Wikipedia® 10. August 2008 de.wikipedia.org/wiki/Evidenzbasierte_Medizin.
- ^{v)} Rychetnik, L. and Wise, M.: Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward. *Health Promotion International*, Vol. 19, No. 2, 247-257, June 2004
- ^{vi)} D. L. Sackett, W. M. C. Rosenberg, J. A. M. Gray, R. B. Haynes, W. S. Richardson: Evidence-based Medicine: What It Is and What It Isn't. In: *British Medical Journal*. 312, 1996, S. 71-72.
- ^{vii)} WHO / EURO 2003 Advisory Committee on Health Research, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2003, 19(3), 559 – 573.
- ^{viii)} Ina Sockoll, Ina Kramer und Wolfgang Bödeker, Initiative Gesundheit & Arbeit, iga-Report 13, www.iga-info.de
- ^{ix)} New South Wales Health Department: A Framework for Building Capacity to Improve Health. NSW Health Department 2001.
- ^{x)} Kommission der Europäischen Gemeinschaften: WEISSBUCH Gemeinsam für die Gesundheit. Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013, Brüssel, den 23.10.2007, KOM(2007) 630 endgültig.

Workshop 1:

Was kann Gesunde Schule und Gesundheitsförderung in der Schule bewirken

Gesundheit im schulischen Qualitätsmanagement Wolfgang Dür

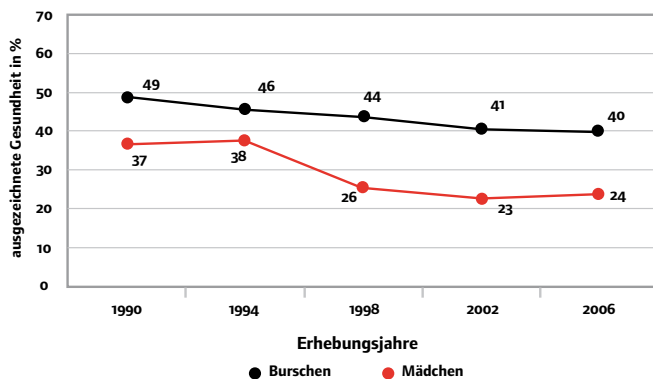
Die subjektive Gesundheit, die subjektiv empfundene Lebensqualität und eingeschränkt auch das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen hat in den vergangenen ca. 20 Jahren überraschenderweise eine Verschlechterung erfahren. Die Bemühungen der schulischen Gesundheitsförderung konnten dieser Entwicklung bislang keinen Einhalt gebieten. Da die Schule durch ihre Organisationsform und ihre Kernprozesse eine wesentliche Determinante der Gesundheit darstellt, müssen die Strategien der Gesundheitsförderung sehr viel tiefer in die alltäglichen Abläufe eingreifen und sich mit einem übergreifenden Qualitätsmanagement zu einer ganzheitlichen Schulentwicklung verbinden.

Zum Gesundheitsstatus bei Schüler/innen in Österreich

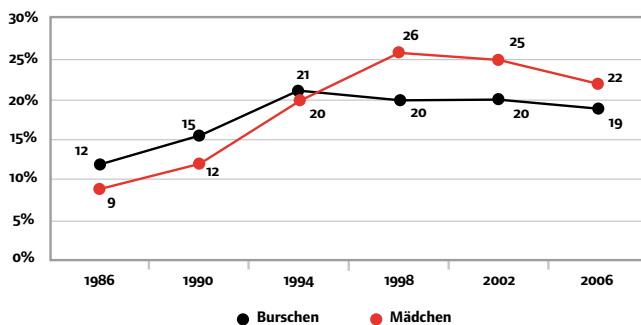
Mit Blick auf Kinder und Jugendliche gehört es zu den beunruhigenden Entwicklungen, dass deren allgemeiner Gesundheitszustand – so überraschend es klingen mag – leicht, aber stetig im Abnehmen begriffen ist. Das gilt für die selbstberichtete subjektive Gesundheit ebenso wie für die selbstberichtete Lebensqualität und eingeschränkt auch für das Wohlbefinden. Gleichzeitig, und das ist ein Teil der Erklärung, haben ungünstige Verhaltensweisen mehr oder weniger stark zugenommen: Das gilt vor allem für den Suchtmittelkonsum von Nikotin, Alkohol und Cannabis sowie für das so genannte „sitzende Verhalten“, das neben der Schule im Wesentlichen durch Konsum elektronischer Medien (TV, PC) stimuliert ist (vgl. Grafiken 1 und 2).

Die Schule als Determinante für die Gesundheit der Schüler/innen

Einiges spricht dafür, dass gerade die mentalen und psychosozialen Probleme von Kindern und Jugendlichen heute stärker als in der Vergangenheit von den Formen der Erziehung – und damit auch von Erziehung in



Grafik 1: Subjektive Gesundheit bei 15-jährigen Schüler/innen in Österreich im Zeitverlauf. Daten der HBSC-Studie der WHO (Quelle: Dür & Griebler 2007)



Grafik 2: Entwicklung des Rauchens bei 15-jährigen Schüler/innen in Österreich in den Jahren 1986–2006. Daten der HBSC-Studie der WHO (Quelle: Dür & Griebler 2007)

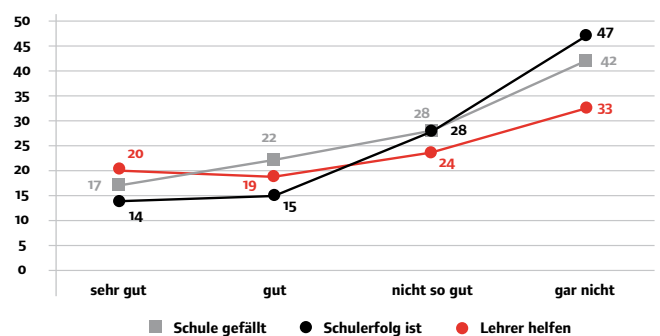
den Schulen – zumindest „mit-induziert“ sind. Eine lange Reihe von größeren und kleineren Studien belegen diesen Zusammenhang mittlerweile in überzeugender Weise. Das Schulklima, das persönliche Verhältnis zu den Lehrer/innen, die Umgangsformen der Schüler/innen untereinander, insbesondere Bullying im Negativen und das Angebot von Hilfe und Unterstützung im Positiven, Isolation, Prüfungsangst, Selektionsdruck, Zukunftsängste beeinträchtigen die subjektive Befindlichkeit und in weiterer Folge Verhaltensweisen und letztlich auch die physische Gesundheit (eine Übersicht hierzu in Dür 2008). In diesem Sinn bezeichnet der Erziehungswissenschaftler Dieter Lenzen die schulische Erziehung als „nicht minder gefährlich als ein Atomkraftwerk“ (Lenzen 2002, 162) und vermutet, dass etwa die allem Anschein nach wachsende Gewaltbereitschaft der Jugend eine direkte Erziehungsfolge sei. Insofern der Konsum von legalen und illegalen psychoaktiven Substanzen als Reaktionsbildung auf Stress, Unwohlbefinden und Entfremdungsgefühle zu verstehen ist, muss auch dieses Verhalten in einem Kontext mit schulischen Erfahrungswerten gesehen werden (vgl. Grafik 3).

Die international besten verfügbaren Daten der HBSC-Studie zeigen diese Zusammenhänge in jeder Welle der alle vier Jahre stattfindenden Untersuchung. Beispielhaft sind in Grafik 3 die Ergebnisse für Österreich für den Bereich Rauchen dargestellt, die anzeigen, wie steil der Anteil der rauchenden Schüler/innen mit negativen Schulerfahrungen ansteigt: Je weniger die Schule gefällt, je schlechter der Schulerfolg, je weniger die Schüler/innen mit Hilfe von den Lehrer/innen rechnen können, desto höher der Anteil der Schüler/innen, die täglich rauchen. Diese Zusammenhänge bleiben stabil, auch wenn man sie für Effekte der Schicht und des familiären Hintergrunds kontrolliert.

Die Schulen, die Schulaufsicht ebenso wie die Schul- bzw. Erziehungspolitik, können an diesen wissenschaftlichen Ergebnissen nicht länger ungerührt vorbeischaun.

Effekte der ersten Phase der schulischen Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderungsbewegung hat von Beginn an – praktisch mit dem Dokument der Ottawa-Charta – die Schule als einen prioritären Bereich für die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung und die Reduktion der Krankheitsbelastung der Gesellschaft definiert. Es kam daher sehr rasch zur Bildung von Netzwerken



Grafik 3: Anteil der täglich rauchenden Schüler/innen in Abhängigkeit von Schulzufriedenheit, Schulerfolg und Lehrer/innenunterstützung. Daten der HBSC-Studie der WHO (Quelle: Dür u. Griebler 2007)

von Schulen, die innovativ und unter großem Einsatz gezeigt haben, dass Gesundheitsförderung in Schulen grundsätzlich einen Platz hat. Allerdings: Diese bisherigen Versuche waren auf mehr oder weniger kleine Projekte gegründet, die für die Belastungen des Schulalltags keinen wirklichen Ausgleich schaffen konnten.

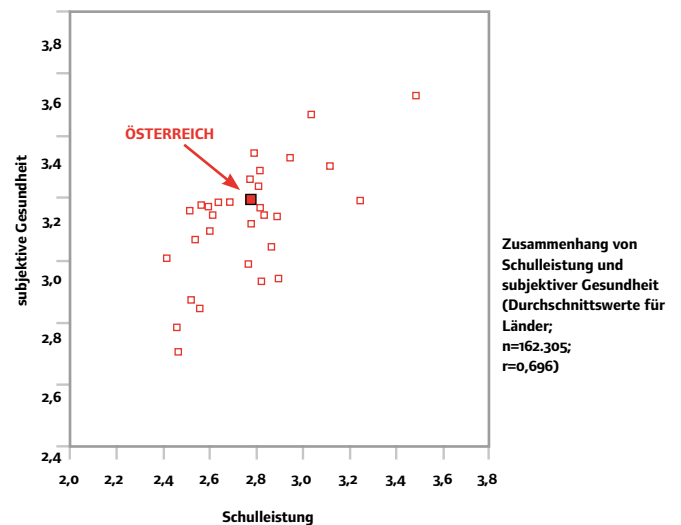
Das Ziel, eine regelrechte Gegenbewegung im Schulsektor auszulösen und eine Wende herbeizuführen, muss daher letztlich als gescheitert betrachtet werden. Dazu waren diese Projekte zu klein und punktuell, haben zu wenige Kinder erreicht, konnten die organisationalen Bedingungen in der Schule kaum beeinflussen und waren daher nicht nachhaltig genug. Hinzu kommt, dass die GF-Projekte in Schulen keine weite Verbreitung gefunden haben, und dass die Behandlung von Gesundheitsthemen im Unterricht, wie das die Erlässe zum Unterrichtsprinzip Gesundheitserziehung eigentlich verlangen würden, in den Schulen höchst unterschiedlich und insgesamt viel zu wenig umgesetzt werden.

Insbesondere sind umfassende Organisationsentwicklungen, die an Organisationskultur und Qualitätsdimensionen ansetzen und Schulentwicklung im besten Sinn vorantreiben würden, in der Wirklichkeit unserer Schulen die Ausnahme. Wissenschaftliche Forschung und Evaluationen zeigen jedoch, dass die Erfolge von Projekten und Programmen, ja selbst von Organisationsentwicklungen sehr begrenzt und nicht nachhaltig sind, wenn sie nicht den Kernprozess der Schule erfassen, und das ist das Lehren und Lernen. Interventionen, die im Sinne des Konzeptes des Empowerments Lehr/Lernprozesse neu gestalten, erhöhen die Selbstwirksamkeit, die Eigenverantwortung, die Kohäsion in Gruppen, die Teilnahme an Aktivitäten der Schulgemeinschaft, verbessern die psychische Gesundheit und die geistige Präsenz der Schüler/innen und in der Folge auch die Schulleistung (!)(vgl. Grafik 4).

Die Schule und ihre Kernprozesse als Setting für Gesundheit

Dass die Schule sowohl für die Lehrer/innen wie auch für die Schüler/innen ein schlechter Arbeitsplatz ist, ließe sich ebenfalls mit einer Fülle an Daten gut belegen. Aus Sicht beider Gruppen muss dabei der Unterricht als der problematische Schlüsselprozess angesehen werden. Was aus Sicht der Lehrer/innen ein überaus anstrengender, psychische und physische Fähigkeiten und hohe Toleranz erfordernder Vorgang ist, wird durch dieselben Bedingungen für die Schüler/innen zu einem überfordernden Kontext entfremdeter Kommunikation. Das Stichwort, das hier gegeben werden kann, heißt Trivialisierung und stammt von Heinz von Foerster, der damit die Kernproblematik unserer Schulen auf den Punkt

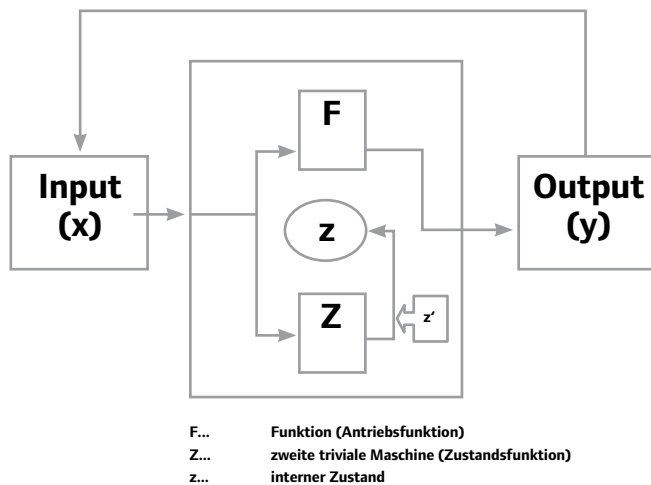
gebracht hat: Passivisierung der Schüler/innen und Negation ihrer angeborenen Lernfähigkeit, die darin besteht, gerade nicht wie ein Kopier- oder Tonbandgerät zu funktionieren, sondern eigene Bilder und Vorstellungen von der Welt zu erzeugen und mit anderen (z. B. Lehrer/innen) abzugleichen. In diesem konstruktivistischen Lernparadigma treten Lehrer/innen nicht so sehr als Instruktoren auf, sondern, da der Lernprozess vom Lernenden selber konstruiert werden muss, als Anbieter einer Lernplattform, Vermittler, Coach und Supervisor. Empowerment kann dabei als Leitkonzept dienen, das bei allem, was in der Schule geschieht, überprüft, inwieweit die Schüler/innen dadurch als Trivialmaschinen behandelt werden oder Handlungs- und Entscheidungsspielräume vorfinden. Solche Strategien helfen den Schüler/innen, mehr Kontrolle über sich und über ihr Lernen zu gewinnen.



Grafik 4: Zusammenhang von Gesundheit und Schulerfolg der Schüler/innen. Daten der HBSC-Studie der WHO (Dür 2008)

Schulentwicklung, Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung

Das erfordert teilweise tief greifende Umgestaltungen von Unterrichtsprozessen und daher eine breite Organisationsentwicklung, die auch die Kooperation zwischen den Lehrer/innen, die Einrichtung von Jahrgangsklassen, die sture Abfolge der Stundenpläne, die monotone Abfolge von Unterrichts- und Pausenzeiten, das Verhältnis von Unterrichts- und Betreuungszeiten u..a.m. in Frage stellt. Gesundheitsförderung muss daher als Programm und als Orientierungshilfe für die Analyse



Grafik 5: Modell einer Nicht-trivialen Maschine nach Heinz von Förster (vgl. Dür 2008)

und Neugestaltung schulischer Prozesse in einer umfassenden Schulreform einen Platz beanspruchen.

Für das Management solcher Prozesse der Schulentwicklung benötigen Schulen brauchbare, leicht handhabbare Konzepte und Methoden des Qualitätsmanagements.

In Grafik 6 sind die Eckpfeiler eines solchen Konzepts dargelegt. Zunächst müssen für die verschiedenen Bereiche, die durch die gesellschaftliche Funktion der Schule definiert sind, Qualitätsstandards entwickelt werden. Es geht dabei also nie nur um die Vermittlung von Fachwissen, sondern – laut Schulunterrichtsgesetz – immer auch um Lebenskompetenzen, die Entwicklung der Persönlichkeit und die Erziehung zur Teilnahme an politischen Prozessen „im Bürgersinn“. Schulqualität muss daher in all diesen Bereichen Handlungsfelder ausfindig machen.

Als Qualität gilt dabei die Übereinstimmung einer Leistung oder eines Produktes mit der bei den Produzenten, Kund/innen oder Nutzer/innen gegebenen Erwartung hinsichtlich dieser Leistung oder dieses Produkts (ISO 8045). Qualitätsmanagement umfasst im Sinne des Total Quality Management alle Strukturen und Prozesse einer Organisation in Hinblick auf Qualitätsgesichtspunkte und gestaltet diese so, dass die Organisation – die Schule – ihre Ziele erreichen kann (Bobzien et al. 1996).

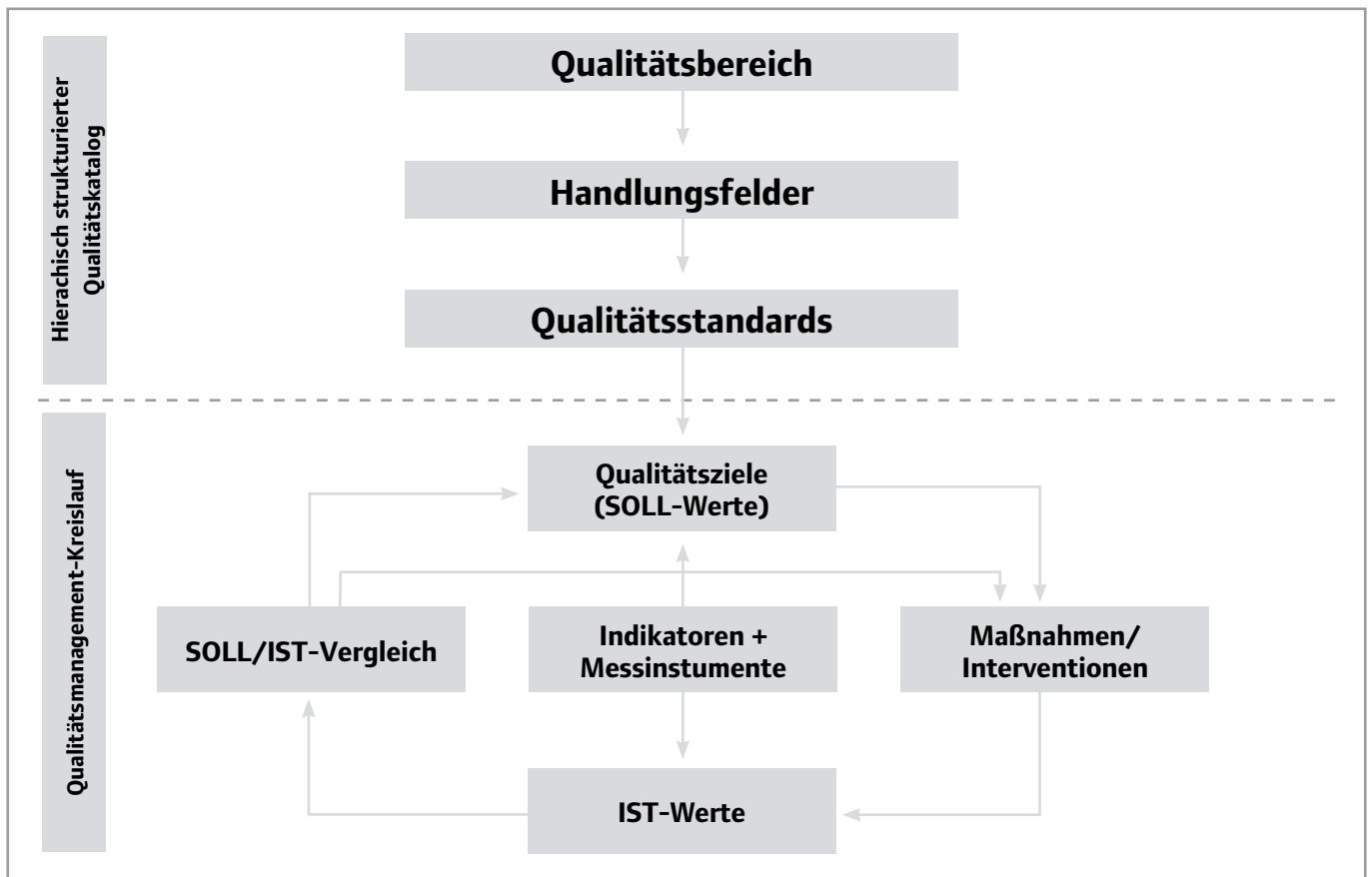
Mit Blick auf Gesundheitsprozesse und Gesundheitsförderung können für das übergreifende schulische Qualitätsmanagement folgende Bereiche definiert werden:

Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und Suchtprävention sowie ökologische und ergonomische Umweltaspekte. Im Einklang mit der Kernaufgabe der Schule, der wissenschaftlichen Evidenz der Gesundheitsforschung und der Logik der avanciertesten Qualitätsmodelle wird dem Kernprozess „Lehren und Lernen“ in einem eigenen Qualitätsbereich Aufmerksamkeit zu schenken sein. Da Schulen im Gegensatz zu Wirtschaftsbetrieben im Regelfall über keine ausgeprägten Managementstrukturen verfügen können (insbesondere über keine mittlere Ebene), ist es ratsam, für die Etablierung eines umfassenden Qualitäts- und Gesundheitsmanagements in Schulen einen eigenen Qualitätsbereich „Gesundheitsmanagement“ anzulegen.

Für diese Bereiche können sodann Qualitätsstandards festgelegt werden, welche knappe, aber präzise Beschreibungen eines erwünschten künftigen Zielzustandes in Bezug auf die Ergebnisse (Leistungen oder Produkte) einer Schule Auskunft geben. Indem Standards zukunftsorientiert sind, sollen sie zunächst als Anregung verstanden werden für eine Standortbestimmung der eigenen Qualität. Das ist dann die Grundlage für die Definition von Interventionen und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung, deren Evaluation für weitere Zielsetzungen im Managementzyklus herangezogen wird.

Allgemeine Zielvorstellung für alle Schulen ist es schließlich, eine lernende Organisation zu werden. Als lernende Organisation kann ein Unternehmen bezeichnet werden, das in der Lage ist, den sich ständig verändernden Umwelanforderungen durch geeignete Anpassungen im Inneren der Organisation zu begegnen. In einer lernenden Organisation sind die Menschen in der Lage, sich ständig weiterzuentwickeln. Insbesondere sind Formen der Arbeitsorganisation nicht starr und endgültig, sondern so flexibel, dass die angebotenen Produkte oder Dienstleistungen ständig optimiert werden können. Die lernende Organisation ist geprägt durch Informations- und Wissensmanagement (Senge et al. 2000).

Welche Organisation wäre besser geeignet als Schulen, dieses Leitbild zu erfüllen?



Grafik 6: Nutzung von Qualitätsstandards im Qualitätsmanagement

Literatur:

Bobzien, M., Stark, W., Straus, F. (1996): Schwerpunkt Management: Professionelle Personalarbeit und Organisationsentwicklung. Qualitätsmanagement. Verlag Dr. Jürgen Sandmann.

Dür, W., Griebler, R. (2007): Die Gesundheit der österreichischen Schüler/innen im Lebenszusammenhang, Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des Bundesministeriums für Gesundheit, Frauen und Jugend, Wien (in Vorbereitung)

Dür, W. (2008): Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung, Hans Huber Verlag, Bern

Lenzen, D. (2002). Orientierung Erziehungswissenschaft. Was sie kann, was sie will. 2. Aufl., Hamburg.

Senge, P.M., Cambron-McCabe, N.H., Lucas, T., Smith, B., Dutton, J., Kleiner, A. (2000): Schools That Learn: A Fifth Discipline Fieldbook for Educators, Parents, and Everyone Who Cares About Education. Nicholas Brealey. London.

Was können Gesundheitsförderungsprojekte in Schulen bewirken?

Eine Auswahl an Evidenz zu Projekten mit inhaltlichen Themenschwerpunkten

Doris Kuhness

Die Schule ist ein gut etabliertes Setting für gesundheitsbezogene Interventionen – einerseits ob ihrer langen Tradition, gesundheitsrelevantes Wissen an Schüler/innen zu vermitteln, was in Form von Gesundheitserziehung erfolgt. Andererseits ermöglicht die Schule (und hier vor allem die Pflichtschule) den Zugang zu allen Kindern und Jugendlichen zwischen sechs und 15 Jahren. Präventionsmaßnahmen können diese Zielgruppe somit gut erreichen. Es ist jedoch nicht außer Acht zu lassen, dass die Rahmenbedingungen in einer Schule (z.B. die von Schüler/innen wahrgenommene Unterrichtsqualität, Beziehungen zwischen Schüler/innen und Lehrer/innen oder auch die Gestaltung von Klassenzim-

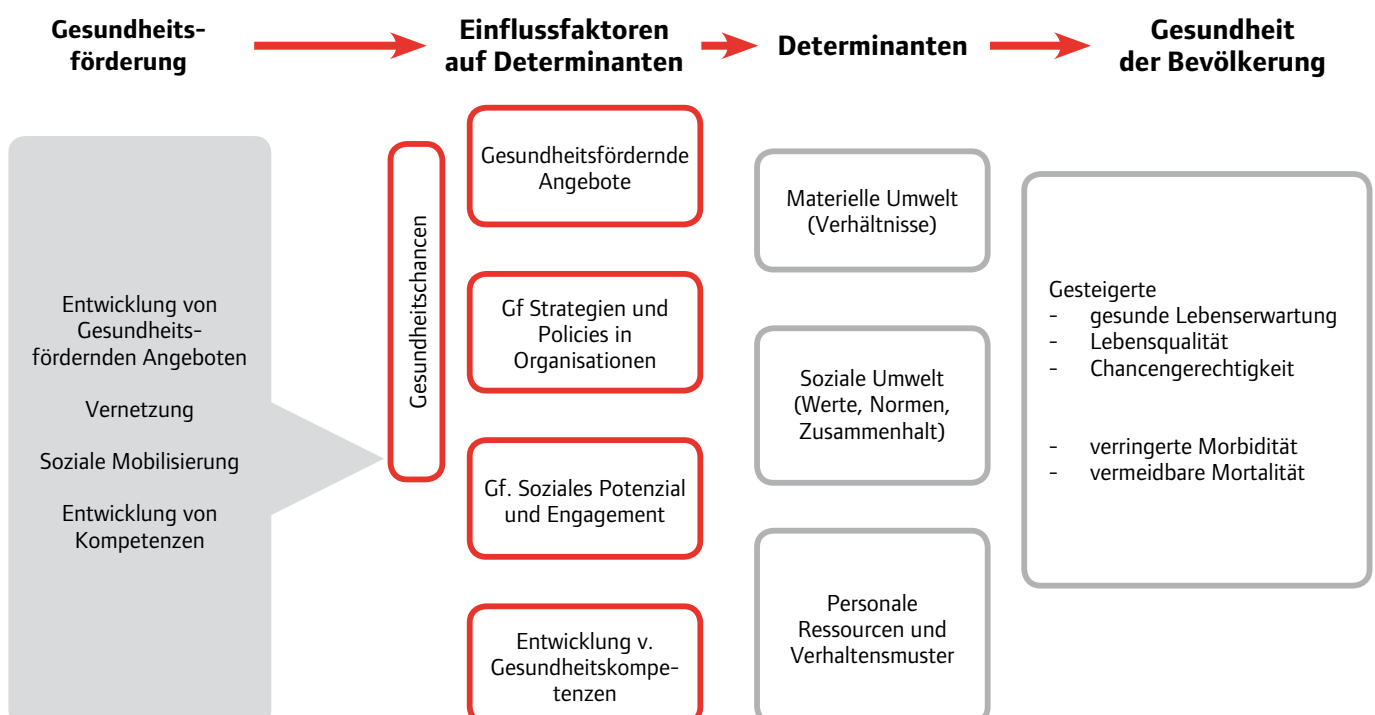
mern) selbst unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit, und vor allem auf das psychosoziale Wohlbefinden, von Kindern und Jugendlichen haben.¹

Führt man sich das Outcome-Modell von Nutbeam² vor Augen, zielt Gesundheitsförderung auf eine positive Beeinflussung von drei Determinantenebenen für Wohlbefinden und gesundheitsbezogene Lebensqualität ab:

- die gesundheitsförderliche Gestaltung der materiellen Umwelt (z.B. die Verfügbarkeit gesunder Pausenverpflegung oder fixe Beteiligungsstrukturen für Schüler/innen)
- die gesundheitsförderliche Beeinflussung von sozialen Normen, Werthaltung und die Stärkung des sozialen Zusammenhalts (z.B. etablierte Peer-Mediation an einer Schule oder ein von allen gemeinsam entwickeltes und gelebtes Leitbild, in welchem Gesundheit als zentraler Wert verankert ist)
- die Beeinflussung von personenbezogenen gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (z.B. sich in der Schule gesund ernähren) und Ressourcen (z.B. Wissen, was gesundes Essen beinhaltet)

Interventionen, die unter dem Titel „Gesundheitsförderung/health promotion“ subsumiert publiziert sind, zielen häufig ausschließlich auf die Ebene der direkten Beeinflussung von individuellen gesundheitsbezogenen Ressourcen und Verhaltensweisen ab. Dies geschieht vorwiegend über die Vermittlung bestimmter Unterrichtsinhalte (z.B. Lebenskompetenzen, Ernährung) mit bestimmten didaktischen Methoden (z.B. Arbeitsmaterialien, Trainingsprogramme), mit oder ohne Beteiligung von Lehrer/innen. Das Ziel ist hier, individuelle gesundheitsbezogene Ressourcen (z.B. Wissen, Handlungskompetenzen) oder Verhaltensweisen zu vermehren, jedoch nicht, die Rahmenbedingungen für Gesundheit im Setting Schule zu verändern.

Die Ergebnisse solcher Interventionen sind relativ leicht zu evaluieren und zu publizieren. Sie zeigen immer wieder eher kleine, jedoch positive Effekte, wie im Workshop beispielhaft auch das Programm ProACT+E, welches eine signifikante Reduktion von verbalem Bullying, von Gewaltbereitschaft von Schüler/innen und eine Zunahme von prosozialem Verhalten und Konfliktlösefähigkeit zur Folge hatte.³ Die langfristige Wirksamkeit solcher Interventionen wird, wenn überhaupt, zumeist mit Follow-Up-Studien auf personenbezogener Ebene mit Hilfe von Fragebogenerhebungen gemessen. Für



eine relevante Wirksamkeit auf Bevölkerungsebene wäre ein umfangreicher, wenn nicht flächendeckender Einsatz dieser Trainingsprogramme notwendig. Dafür fehlen jedoch zurzeit die bildungspolitischen Rahmenbedingungen, die finanziellen und (vor allem, wenn es sich um Programme handelt, die nicht durch Lehrer/innen selbst umgesetzt werden können) zeitlichen Ressourcen im Setting Schule. Andere Rahmenbedingungen für Gesundheit (Werte, Normen, sozialer Zusammenhalt, materielle und strukturelle Rahmenbedingungen in der Schule) im Sinne des Outcome-Modells von Nutbeam werden mit dieser Art von Interventionen, die mit dem Titel „Gesundheitserziehung“ oder „schulbasierte Interventionen“ tituiert werden können, überhaupt nicht oder nur in Bezug auf die unmittelbare Klassengemeinschaft verändert.

Ein Beispiel für eine Intervention, welche auch auf die Veränderung von Rahmenbedingungen – hier für Bewegung und gesunde Ernährung – abzielt, ist „The Dutch Obesity Intervention in Teenagers“⁴ (kurz: DOI_t). Sie zielt sowohl auf die Stärkung personaler Ressourcen (durch individuumszentrierte Maßnahmen, wie eine individuelle internetbasierte Beratung und ein Unterrichtscurriculum) als auch auf die Gestaltung von schulischen Rahmenbedingungen (gesündere Angebote in der Schulkantine, Ausbau von Bewegungseinheiten) für gesündere Ernährung und mehr Bewegung ab.

Nach acht Monaten Interventionsphase konnten in einigen physiologischen Parametern (z.B. Bauch- und Hüftumfang) positive Veränderungen nachgewiesen werden. Ergebnisse zur Nachhaltigkeit dieser Ergebnisse liegen bis dato jedoch noch nicht vor. Leider wurden keine Ergebnisse in Bezug auf die Veränderung der Rahmenbedingungen und deren Akzeptanz bei der Zielgruppe berichtet, was symptomatisch für viele Evaluationsstudien in diesem Bereich ist: Häufig werden Ergebnisse auf der personenbezogenen Ebene evaluiert, jedoch nicht auf der interpersonalen oder strukturellen Ebene.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“⁵ Diese Selbstbestimmung gelingt, wenn Schulen, und damit Lehrer/innen, Direktor/innen, Schüler/innen, über den Einfluss der Schule auf die Gesundheit Bescheid wissen und diesen

anerkennen. In einem nächsten Schritt muss herausgefunden werden, welcher Bedarf an Veränderung in ihrer Schule besteht, um dann ihren Bedürfnissen und ihrem Bedarf entsprechende Maßnahmen umzusetzen. Für die Unterstützung dieses Prozesses bedarf es bisweilen Unterstützung von außen, wie sie im Rahmen von regionalen Rahmenprogrammen wie z.B. dem „Europäischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen“, dem Österreichischen Programm „Gesunde Schule“ oder auch dem Programm „Gesunde Volksschule – Schule zum Wohlfühlen“ von Styria vitalis, gegeben werden.

Programme dieser Art sind viel schwieriger zu evaluieren, weil es dazu kommt, dass Schulen ihren Bedürfnissen entsprechend unterschiedliche Wege für mehr Gesundheit im Schulalltag gehen.

Das im Workshop gebrachte US-amerikanische „Comer School Development Program“⁶ zielt auf einen solchen Schulentwicklungsprozess ab, der Unterrichtsentwicklung und spezielle Unterstützung (im Sinne eines Case-Managements) für Schüler/innen mit entsprechendem Bedarf beinhaltet. Zentrale Ziele in diesem Programm sind einerseits die Installierung eines gut funktionierenden sozialen Systems, mit einem positiven, einfühlsamen und umsorgenden Schulklima und damit auch die Entwicklung eines gesunden Selbstkonzepts der Schüler/innen, welches sich auf deren Verhalten und auf deren Leistungsfähigkeit auswirken soll. Die Ergebnisse sprechen für sich: Schüler/innen an Schulen, in denen das Programm implementiert wurde, zeigten einen signifikant stärkeren Anstieg von positivem Selbstkonzept in allen Dimensionen (z.B. wahrgenommene Popularität, Lebenszufriedenheit, Ängstlichkeit, körperliches Selbstkonzept, Selbstkonzept zum intellektuellen Status) als Schüler/innen aus Kontrollschulen. Es gibt Evidenz, dass Interventionen zur Förderung von Gesundheit im Setting Schule das Potenzial haben, personale Ressourcen für Gesundheit aufzubauen. Dabei sind längerfristige Interventionen, welche auf der personenbezogenen und auf der strukturellen Ebene ansetzen effizienter (Stewart-Brown, 2006)⁷. Inwieweit diese Interventionen auch das Potenzial besitzen, auf der strukturellen Ebene wirksam zu sein, ist nicht oder in nur sehr geringem Ausmaß untersucht.

Interventionen verfolgen häufig nicht das explizite Ziel, das Wohlbefinden der Schüler/innen zu erhöhen und werden in Bezug auf diese Frage auch nicht evaluiert. Des Weiteren finden sich in der Literatur kaum Studien,

die sich mit der Veränderung von Strukturen und Verhältnissen oder mit der Veränderung der sozialen Umwelt beschäftigen und Angaben zur Nachhaltigkeit dieser Strukturen bieten. In Bezug auf diese und die Frage nach Ergebnissen, die die Entwicklung einer Schule zu einem gesundheitsfördernden Setting, abbilden, stehen aus Sicht der Autorin noch aus. Im Sinne von Gesundheitsförderung als Intervention, die Rahmenbedingungen für Gesundheit verbessern soll, wäre es für die Evaluation notwendig, weniger auf individuelle Outcomes, sondern eher in Richtung nachhaltige Veränderung von Strukturen für Gesundheit zu evaluieren.

Literatur:

- ¹⁾ Dür, W., Griebler, R. (2008); Eder (2007)
- ²⁾ Nutbeam, D. (2000)
- ³⁾ Spröber, N., Schlottke, P.F., Hautzinger, M. (2006): ProACT + E: Ein Programm zur Prävention von „bullying“ an Schulen und zur Förderung der positiven Entwicklung von Schülern. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 35(2), S. 140-150.
- ⁴⁾ Singh, A., Chin A Paw, M., Brug, J., Mechelen, W. (2007): Short-term Effects on School-Based Weight Gain Prevention Among Adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 161, p.565-571. <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/161/6/565>. Aufgesucht am 19. 2.2008.
- ⁵⁾ WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German. Aufgesucht am 25. 11. 2004.
- ⁶⁾ Haynes, NM., Comer, JP.: The effects of a school development program on self-concept. *Yale Journal of Biology & Medicine* 1990; 63(4):275-283, zitiert nach Yaser, A., Kolloran, A., Janmohamed, K., Stewart-Brown, S. (2007). Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in children in primary education: Report 1: Universal Approaches. Non-violence related outcomes.
- ⁷⁾ Stewart-Brown, S. (2006): What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report). <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>. Aufgesucht am 10. 8. 2006.

Workshop 2:

Was kann Betriebliche Gesundheitsförderung bewirken?

Evidenzbasis Betrieblicher Gesundheitsförderung: Von Einzelmaßnahmen zu integriertem Betrieblichen Gesundheitsmanagement für einen breiteren Impact in Betrieben

Georg Bauer

Hintergrund

Bei der Diskussion der Wirksamkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) sind zunächst verschiedene BGF-Ansätze zu unterscheiden:

- BGF-Einzelinterventionen, die einzelne gesundheitsorientierte Maßnahmen (z.B. Bewegung, Ernährung, Rauchen) bzw. arbeitsorientierte Maßnahmen (z.B. Personalentwicklung oder Arbeitsgestaltung) umfassen
- BGF-Programme, welche verschiedene solche Einzelinterventionen kombinieren
- Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), das als gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung eine systematische, partizipative Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation im Betrieb durchläuft.

Für die Planung und Umsetzung von BGF sind verschiedene Evidenzbereiche wichtig:

- Bedingungswissen (was beeinflusst Gesundheit am Arbeitsplatz?)
- Wirksamkeitswissen (was bringen BGF Interventionen?),
- Veränderungswissen (wie geht man konkret vor?)
- Verbreitungswissen (wie gewinnt man Organisationen für BGF?)

Schließlich sind für unterschiedliche Stakeholder (Forschende, Umsetzer, Betriebe) unterschiedliche Outcomes von Interesse. Aus Sicht der Public Health sollte BGF ei-

nen möglichst hohen Public Health-Impakt erzielen, der sowohl eine hohe Wirksamkeit als auch eine hohe Verbreitung von BGF-Interventionen voraussetzt.

Stand und Limitationen der Evidenz zu BGF

Wie im ergänzenden Referat von Frau Sockoll ausführlich dargestellt, besteht hinreichende Evidenz bezüglich der Wirksamkeit gesundheits- und arbeitsorientierter BGF-Einzelinterventionen, dagegen kaum für kombinierte BGF-Programme. Die Relevanz dieser Evidenz ist allerdings dadurch eingeschränkt, dass die Generalisierbarkeit dieser Ergebnisse und der überprüften BGF-Interventionen fraglich ist und wenig Wissen dazu besteht, wie solche Interventionen konkret umzusetzen sind. Außerdem bleibt offen, inwieweit die untersuchten Einzelinterventionen und die untersuchten Outcomes überhaupt relevant sind für Betriebe, die sie schlussendlich umsetzen sollen. Der Verbreitungsgrad solcher BGF-Einzelinterventionen in Betrieben bleibt daher voraussichtlich auch weiterhin beschränkt.

Evidenz zu Betrieblichem Gesundheitsmanagement

Für BGM als gesundheitsförderliche Organisationsentwicklung besteht erst vereinzelt Evidenz. So zeigt eine Review des Gesundheitszirkelansatzes als zentrales Element von BGM, dass dieser zu ganz unterschiedlichen, unternehmensspezifischen Interventionen führt, welche mit einer Verbesserung der physischen und psychosozialen Arbeitsbedingungen einhergehen. Ein eigenes Projekt zur Entwicklung eines BGM-Programms für KMU zeigt ebenfalls positive Effekte in unterschiedlichen Arbeits- und Organisationsbedingungen, wobei eine systematische Wirksamkeitsstudie unter Berücksichtigung der unternehmensspezifischen Zielsetzungen und Zielerreichungen noch am Laufen ist. Zusätzlich gibt es starke Evidenz bezüglich des ökonomischen Nutzens gesundheitsförderlicher Organisationsaspekte, die von BGM angestrebt werden. Allerdings ist auch diese Evidenz noch stärker in Unternehmen zu verbreiten und konkrete BGM-Instrumente verfügbar zu machen, um tatsächlich einen Public Health-Impakt im Feld zu erzielen.

Lohnen sich Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention?

Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz zum gesundheitlichen und ökonomischen Nutzen von Maßnahmen

Ina Sockoll, Ina Kramer und Wolfgang Bödeker

Mit dem IGA-Report 13 gibt die Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) erneut einen umfassenden Überblick über die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Evidenzbasierung betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Die Kernbotschaft aus über 40 geprüften, wissenschaftlichen Übersichtsartikeln, welche die Befunde aus annähernd 1000 Studien beurteilen, lautet: Betriebliche Gesundheitsförderung trägt nachweislich zur Erhaltung der Gesundheit von Beschäftigten bei und zahlt sich für Unternehmen mehrfach aus. Darüber hinaus zeigt die Fachliteratur, dass dem Anstieg arbeitsbezogener psychischer und muskuloskelettaler Erkrankungen mit Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz wirkungsvoll begegnet werden kann.

Ebenso wie in der behandelnden Medizin bilden auch in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention zuverlässige Wirksamkeitsnachweise eine der wesentlichen Entscheidungsgrundlagen bei der Planung und Umsetzung geeigneter Maßnahmen. Die Schaffung dieser Grundlagen ist Ziel und Anliegen der Evidenzbasierung, indem die derzeit beste verfügbare Evidenz, d. h., Wissen aus aktueller systematischer Forschung, zusammengestellt und bewertet wird. Neben der Frage, ob die angestrebten Gesundheitseffekte bei den Beschäftigten auch erreicht werden können, sind es insbesondere die Ergebnisse ökonomischer Evaluationen, die für Unternehmen von besonderem Interesse sind. Aufwand und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, so die Forderung, sollen in einem positiven Verhältnis zueinander stehen.

Die Eignung des Ansatzes der Evidenzbasierung für die BGF und Prävention nach dem ursprünglichen Vorbild der „Evidenzbasierten Medizin“ (EBM) wird in Fachkreisen kritisch diskutiert. Die in der EBM als Spitze der Evidenzhierarchie und methodischer „Goldstandard“ gel-

tende randomisierte kontrollierte Studie (randomised controlled trial, RCT), so die Kritik, sei in stark kontextvariablen Settings wie Betrieben gar nicht umsetzbar. Häufig stünden keine Kontrollgruppen zur Verfügung, wodurch auch die zufällige Zuweisung von Beschäftigten zu Interventions- und Kontrollbedingungen nicht möglich sei. Zudem ließen sich Maßnahmen – die im Vorfeld speziell auf die Bedürfnisse der Unternehmen abgestimmt wurden – und damit die Studien untereinander nur schwer vergleichen. Eine zusammenfassende Beurteilung der Wirksamkeit in Form systematischer Reviews sei daher nicht zulässig. Hinzu komme die meist schwache Literaturlage im Bereich BGF und Prävention, die eine zusätzliche Schwierigkeit darstelle. Bislang konnte für diese und ähnliche Kritikpunkte noch kein allgemeiner Konsens gefunden werden, so dass die Diskussion nach wie vor anhält.

Gleichwohl gibt es eine Reihe systematischer Reviews, die sich mit der Evidenzlage im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention auseinandersetzen. Bereits im Jahre 2003 veröffentlichte die Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) eine Zusammenfassung des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes auf diesem Gebiet (Kreis u. Bödeker). In einer erneuten, umfassenden Recherche wurde die Fachliteratur nun auf hinzugekommene Übersichtsarbeiten durchsucht. Über 40 Veröffentlichungen erfüllten die zuvor gesetzten Einschlusskriterien: Publikationszeitraum 2000 bis Sommer 2006, verfasst in deutscher oder englischer Sprache, systematische Reviews (peer-reviewed), Evaluation von Interventionen im Kontext der Arbeitswelt sowie deren Bewertung anhand allgemeiner Gesundheitsindikatoren (z.B. Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit), Risikofaktoren (z.B. Bewegungsmangel, Raucherprävalenz) oder krankheitsspezifischer Zielgrößen für psychische, muskuloskeletale und kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. Inzidenz, Dauer der Symptome). Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse eindeutig für einen positiven Beitrag betrieblicher Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit der Beschäftigten.

Recht deutliche Belege existieren für verhaltenspräventive Maßnahmen zur Tabakentwöhnung (z.B. Gruppenentwöhnungsmaßnahmen, intensive Einzelberatungsangebote) welche Rauchern den Rauchstopp nachweislich

erleichtern. Komplette Rauchverbote verbessern die Luftqualität am Arbeitsplatz und führen zu einem geringeren Zigarettenkonsum rauchender Mitarbeiter während der Arbeitszeit. Tendenziell blieb die Prävalenz des Rauchens davon allerdings unbeeinflusst. Gleichmaßen verhält es sich mit motivierenden Anreizen, beispielsweise in Form von Geldprämien für erfolgreiches Aufhören. Auch wenn diese die Aufhörtrate nicht bedeutsam erhöhen, stellen sie doch ein probates Mittel zur Erhöhung der Teilnahmequote dar.

Die körperliche Aktivität und ein gesundes Essverhalten von Beschäftigten lassen sich entsprechend der Literatur mithilfe verhaltens- als auch verhältnispräventiver Maßnahmen zur Bewegungssteigerung (z.B. Betriebssportangebote, Einrichtung von Sportmöglichkeiten vor Ort) und Ernährungsverbesserung (z.B. Ernährungsberatung, gesundes Angebot in Kantinen) wirksam fördern.

Umfassend angelegten Programmen, die mehrere Komponenten miteinander kombinieren und auf die individuellen Bedarfe von Betrieben und Beschäftigten abgestimmt sind, wird in der wissenschaftlichen Literatur das größte Potenzial zugesprochen. Dies gilt vor allem hinsichtlich vorhandener Evidenzen für die Nachhaltigkeit von Effekten. Auch für den Gesundheitszirkel werden positive Resultate berichtet, allerdings mangelt es aus evidenzbasierter Perspektive hier noch erheblich an wissenschaftlichen Nachweisen.

Zur Prävention arbeitsassoziierter Muskel-Skelett-Erkrankungen haben sich insbesondere körperliche Übungsprogramme und umfassend konzipierte, individuell abgestimmte Mehrkomponenten-Programme bewährt, wie durch mehrere systematische Reviews bestätigt werden konnte. Als präventiv wenig wirksam erwiesen sich dagegen weit verbreitete, häufig schon routinemäßig eingesetzte Maßnahmen wie lumbale Stützgürtel oder ergonomische Schulungen zu Themen wie richtiges Heben und Tragen u. ä..

Wie sich in Studien gezeigt hat, kann Bewegung ebenfalls dazu beitragen, die mentale Gesundheit von Beschäftigten zu verbessern und psychischen Erkrankungen vorzubeugen. Bewährt haben sich im Bereich psychische Gesundheit darüber hinaus Stressmanagementmaßnahmen. Da derartige verhaltenspräventive

Interventionen jedoch keinen Einfluss auf organisatorisch bedingte Stressquellen nehmen, deren Ursache z.B. im Führungsstil, der Arbeitsorganisation, dem Betriebsklima u.a. zu suchen ist, bedarf es für eine nachhaltige Präventionsstrategie immer auch der Kombination mit Maßnahmen auf verhältnispräventiver Ebene (z.B. stärkere Beteiligung an Entscheidungsprozessen, Förderung sozialer Unterstützung). Diesen kombinierten, beständig angelegten Programmen wird in wissenschaftlichen Studien der größte Nutzen für Unternehmen und Beschäftigte bescheinigt.

Insgesamt zehn der Arbeiten widmen sich der Frage nach dem ökonomischen Nutzen von BGF und Prävention. Allesamt gelangen zu dem Urteil, dass sich die Investition in entsprechende Maßnahmen aus betriebswirtschaftlicher Sicht für Unternehmen langfristig mehr als lohnt. Zur Kosteneffektivität Betrieblicher Gesundheitsförderung liegen überwiegend Studien aus dem nordamerikanischen Raum vor, die zur Veranschaulichung der Einsparungen durch BGF in der Regel die Zielgrößen Absentismus (krankheitsbedingte Fehlzeiten) und Krankheitskosten heranziehen. Die erzielbaren Kosten-Nutzen-Verhältnisse (Return on Investment, ROI) variieren je nach Qualität der Studien, werden aber durchweg positiv mit Werten zwischen 1:2,5 und 1:10,1 für Absentismus bzw. 1:2,3 und 1:5,9 für medizinische Kosten beziffert. Diese Verhältnisse geben an, wie viel Einheiten pro investierten Dollar für das Unternehmen „zurückkehren“. Auch Studien jüngerer Datums bestätigen die positiven Ergebnisse. Mit Blick auf spezifische Maßnahmengruppen haben sich z.B. Raucherentwöhnungsprogramme oder Programme zur Alkoholprävention als kosteneffektiv herausgestellt.

Literatur:

Kreis, J., Bödeker, W. (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. IGA-Report 3.

Sockoll, I., Kramer, I., Bödeker, W. (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000-2006. IGA-Report 13

Workshop 3:

Was kann kommunale Gesundheitsförderung bewirken?

Capacity Building in der Gemeinde: Ziele, Ergebnisse, Tools

Karin Reis-Klingspiegl

Kommunale Gesundheitsförderung zielt auf die Gestaltung der Lebenswelt, die Förderung und Etablierung sozialer und kommunaler Netzwerke und auf die Verhaltens- und Lebensweisen Einzelner unter dem Aspekt der Ermöglichung von (mehr) Gesundheit. Sie oszilliert zwischen Projekten und Programmen, für welche die Gemeinde bloß der Ort der Intervention ist, solchen, in denen Personen aus der Lebenswelt z.B. in der Durchführung beteiligt sind und Projekten und Programmen, die auf eine Übernahme der Kontrolle durch die Lebenswelt zielen.¹ Letztere sind Interventionen im Sinne einer gesundheitsbezogenen Gemeindeentwicklung, wie sie das Programm der Gesunden Gemeinde in der Steiermark umsetzt.

Die steirischen Gesunden Gemeinden fassen einen einstimmigen Gemeinderatsbeschluss über den Eintritt in das vom Gesundheitsressort des Landes Steiermark finanzierte und von Styria vitalis getragene Netzwerk, etablieren von Anfang an einen Haushaltsansatz von zumindest einem Euro pro Einwohner/in für die Umsetzung von Initiativen vor Ort, lassen sich auf einen Gemeindeentwicklungsprozess ein, an dem die Einwohner/innen beteiligt sind, schaffen mit der Steuergruppe und zusätzlichen Initiativgruppen eine Organisations- und Entscheidungsstruktur und stellen für den Prozess und für Aktivitäten räumliche und technische Ressourcen bereit.

Die Steuergruppe bildet mit drei bis vier Personen die Gesunde Gemeinde-Basis mit Entscheidungskompetenz und der kommunalen Programmverantwortung. Sie schafft Verbindlichkeit, entscheidet über Ziele und Zielgruppen, baut themen- oder zielgruppenspezifische Initiativgruppen auf, steuert die Gesamtentwicklung und besitzt Handlungskompetenz bezüglich des Haushaltsansatzes. In der Steuergruppe sitzen meist Vertreter/innen aus dem Gemeinderat, den Gesundheitsdiensten und Sozialeinrichtungen sowie an Gesundheit interessierte Personen aus der Bevölkerung. Sie wird in der Einstiegsphase zur Gesunden Gemeinde gegründet

und ihre Mitglieder sind Schlüsselpersonen für die Diagnosegespräche zum kommunalen gesundheitsbezogenen Bedarf. Ihr und weiteren Interessierten werden die Ergebnisse der Diagnosephase samt lokalem Bedarf noch vor dem öffentlichen Auftakt und der Verleihung der Netzwerktafel Gesunde Gemeinde rückgemeldet.

In der Steiermark liegen mittlerweile drei Kohortenstudien aus Gemeinden vor, die einerseits unmittelbar aus dem Netzwerk der Gesunden Gemeinden nach sieben bis zehn Jahren Intervention stammen, andererseits der Beauftragung von Modellprojekten durch den Fonds Gesundes Österreich, einem Teilbereich der Gesundheit Österreich GmbH zu verdanken sind. Sie beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung zehn Gesunder Gemeinden über 15 Jahre (n=1.089), auf eine Jugendkohorte (n=539) aus den 17 Modellprojektgemeinden von Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande und auf eine Kohorte älterer Menschen (n=908) aus 13 steirischen Modellprojektgemeinden der Lebenswerten Lebenswelten für ältere Menschen.

Der psychosoziale Survey von Christine Neuhold und Wolfgang Freidl² berichtet von einem signifikanten Anstieg der psychischen, physischen und Alltags-Lebensqualität bei allen Bildungsschichten, Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern. Allerdings steigt die Lebensqualität bei höherer Bildung stärker, ältere Frauen sind relativ benachteiligt. Auch die physische Aktivität steigt bei allen Bildungsschichten, Altersgruppen und beiden Geschlechtern, bei Frauen etwas stärker. Frauen aller Schichten ernähren sich gesünder, während sich vor allem ältere Männer mit höheren Bildungsabschlüssen gesünder ernähren. Weiters nimmt das Gesundheitshandeln in den Gemeinden allgemein zu, der Kohärenzsinn der Bevölkerung und die soziale Unterstützung steigen. Interessant ist, dass der Gesundheitszustand in Gesunden Gemeinden mit sehr umfangreichen Interventionen und Angeboten stärker steigt als in solchen mit weniger umfangreichen Interventionen.

In der Jugendkohorte³ steigen bei der Veränderungsmessung nach der Intervention die Lebenszufriedenheit, das Selbstvertrauen und das Vertrauen in die Selbstwirksamkeit sowie die Lösungskompetenz bei Problemen und die Zukunftsfähigkeit der Jugendlichen. Ihre Partizipation und Teilhabe steigen, während körperliche Gewalt und Aggression zurückgehen. Besonders positiv ist der signifikante Anstieg der Lebenszufriedenheit von einem ohnehin schon hohen Niveau auf ein noch höheres.

Die Evaluation der Lebenswerten Lebenswelten⁴ zeigt, dass die Anzahl der Kontakte ins formelle Netz – vor allem zur Pfarre, zu Vereinen und zu Ärzt/innen – steigen und dass gleichzeitig die Anzahl der Personen ohne Kontakte ins formelle Netz sinkt. Das Sozialkapital in den Gemeinden wächst, es gibt mehr Partizipation und eine andere Wahrnehmung und Vertretung älterer Menschen. Unter den neuen Aktivitäten sind besonders viele und vielfältige Bewegungsangebote entstanden, die auch den Rückgang der Beeinträchtigungen in der körperlichen Funktion erklären können. Interessant ist auch, dass die subjektive Einschätzung der sozialen Lage durch die Befragten – bei objektiv sehr wahrscheinlich unveränderten Verhältnissen – nach der Intervention tendenziell besser ausfällt.

Zusammenfassend lässt sich als Ergebnis der Kohorten sagen, dass settingorientierte Gesundheitsförderung im regionalen Setting wirkt. Frauen beteiligen sich mit Ausnahme bei den Jugendlichen in höherem Maß, aber Männer scheinen teilweise stärker zu profitieren. Bewegungsinterventionen sind durchwegs erfolgreicher als Ernährungsinterventionen, bei denen sich immer wieder eine Resistenz der Männer zeigt. Die Qualität (Belastbarkeit) und Quantität (Größe) der sozialen Netze wächst und die Effekte sind bei niedrigen sozialen Schichten geringer als bei höheren sozialen Schichten.

Bei unterschiedlichen Effekten in verschiedenen Gemeinden stellt sich immer wieder die Frage nach den dahinter liegenden Mustern, um in der Folge die begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel in der relativ aufwändigen settingorientierten Gesundheitsförderung sinnvoll und erfolgreich einzusetzen. Das Erklärungsmodell, das aus den Erfahrungen von zwei Jahrzehnten Gemeindeintervention dahinter steht, ist die soziale Reife (Community Readiness) der Gemeinde.⁵ Sie lässt sich in fünf Dimensionen abbilden, die gleichzeitig die Komplexität der Intervention reduzieren können, indem nicht alle Bereiche gleichzeitig avisiert werden, sondern eine Priorisierung möglich wird. Die Dimensionen und Kriterien für eine Einschätzung der Readiness sowie für Anhaltspunkte zum Capacity Building sind in der folgenden Tabelle dargestellt:⁶ Im steirischen Netzwerk der Gesunden Gemeinden wird für die Diagnosephase und das Monitoring der vorhandenen Kapazitäten und Kompetenzen ein Leitfaden eingesetzt, der diese Kriterien als Fragen an die Schlüsselpersonen enthält. Die Auswertung erfolgt über eine Darstellung der erreichten Werte in einem fünfschigen

Verankerung von Gesundheit in der politischen Kultur	Vernetzung und Partnerschaften von Strukturen	Verfügbarkeit von Leadership und Management-kompetenzen	Ressourcenlage und -allokation	Partizipation und Empowerment
Durchführungsbeschluss im Gemeinderat nach Meinungsbildungsprozess	Verfügbarkeit formeller und informeller Strukturen, z.B. Vereine, Pfarre	Person/en mit hoher Projektidentifikation, Zeit und Bereitschaft zur Mitarbeit	Eingebrachte Finanzmittel der Gemeinde	Vorerfahrung mit Beteiligungsprozessen in der Gemeinde und ihre Bewertung
Kultur verbindlicher überparteilicher Kooperation	Historische oder aktuelle Konfliktlagen zwischen bestehenden Strukturen	Akzeptanz der Projektleitung durch Gemeinderat, -verwaltung und Zielbevölkerung	Wissens- und Managementressourcen in der Gemeinde	Wille zur Veränderung und Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Widerstand
Nominierung von Kontaktperson mit hoher Projektidentifikation auf politischer und Verwaltungsebene	Historische oder aktuelle Partnerschaften zwischen bestehenden Strukturen	Durch-, Umsetzungs- und Mobilisierungskompetenz der Projektleitung	Ausreichend kompetente Personen für ein Projektteam	Ausreichend Zeit für Beteiligungsprozesse
Kommunikationsstruktur und Informationsfluss zwischen externer Projektbegleitung, interner Projektleitung und Gemeinderat	Nutzen und Mehrwert für einzelne Strukturen durch Vernetzung	Integrationskraft und Aktivierungskompetenz der Projektleitung	Räumlichkeiten, technische Infrastruktur, Medien, auf die Projekt zurückgreifen kann	Qualifizierungsmöglichkeiten für beteiligte Personen

Tabelle 1: Community Readiness und Capacity Building⁷

Spinnenmodell, das individuelle Bewertungen, Mittelwerte oder auch den Verlauf im Prozess abbilden kann. Das Tool ist nun nach einer Erprobungsphase im Modellprojekt Lebenswerte Lebenswelten und einer Diplomarbeit⁸, die den Leitfaden an mehreren modellhaften Projekten ausprobiert hat, seit einem Jahr im Rahmen der steirischen Gesunden Gemeinde im Einsatz und scheint sich hier als Methode für die Einschätzung von Community Readiness und Capacity Building zu bewähren.

Literatur:

- 1) Raeburn, J., Corbett, T.: Community development: How effective is it as approach in health promotion? Paper prepared for the Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion. Auckland 2001.
- 2) Freidl, W., Neuhold, C.: Gesundheitssurveyforschung im regionalen Setting. Gesundheitsberichterstattung in der Steiermark unter Berücksichtigung psychosozialer Aspekte. Frankfurt 2002.
- 3) Deutsch, E. et al: Endbericht zum Modellprojekt Jugendgesundheitsförderung auf dem Lande. Im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich, durchgeführt von Styria vitalis und der ARGE Jugend gegen Gewalt und Rassismus. Graz 2006.

- 4) Reis-Klingspiogl, K.: Eine stille Revolution wird sichtbar – Lebenswerte Lebenswelten für ältere Menschen in der Grünen Mark. Land & Raum 1(2007), S. 17-20.
- 5) Reis-Klingspiogl, K., Pöcheim, E., Schlemmer, G.: Community readiness oder Kairos, die Kunst des rechten Augenblicks. Wissen und Intuition für eine schwierige Praxis. In: Martin Sprenger (Hrsg.): Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ. Prof. Dr. R. Horst Noack PhD, Lengerich 2005, S. 33-39.
- 6) Noack, H., Reis-Klingspiogl, K.: Building health promotion capacities in local settings: Community readiness and community participation. In: Horst Noack, Dorothea Kahr-Gottlieb (eds.): Promoting the Public's Health. EUPHA 2005 Conference Book, Gamburg 2006, S. 113-122.
- 7) Reis-Klingspiogl, K.: Kommunale Gesundheitsförderung als Aktivitätsbereich der österreichischen Sozialversicherungsträger. In: Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung 2005, S. 112-117.
- 8) Senfter, St.: Wirkfaktoren und Vorbedingungen auf der Interventionsebene von Gesundheitsförderung für ältere Menschen (60-75 Jahre) im Setting Gemeinde. Testing des Capacity Building Modells. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Mag. (FH) für wirtschaftswissenschaftliche Berufe. Pinkafeld 2006.

Erfolgsfaktoren und Qualitätsmanagement in der kommunalen Gesundheitsförderung

Julika Loss

Die qualitätsgesicherte Umsetzung eines gemeindenahen Gesundheitsförderungsprogrammes setzt eine Gemeindeanalyse voraus, die Stärken, Probleme und Bedürfnisse einer Kommune erfasst. Bevölkerungsbezogene Sekundärdaten sollten ebenso einbezogen werden wie die Erhebung bei Bürgern der Gemeinde. Zur Programmplanung stehen sich zwei Vorgehensweisen gegenüber: Beim „Top-down“-Ansatz werden Ziele und Strategien vom Programmplaner vorgegeben. Er kann einen moderaten Erfolg in der Kommune erreichen, allerdings soziale Ungleichverteilung von Gesundheit verstärken. „Bottom-up“-Ansätze werden von Prioritäten der Gemeindemitglieder bestimmt und sind insbesondere dann erfolgreich, wenn sie einen flexiblen Zeitrahmen haben und auf Kapazitätsbildung abzielen. Die Evaluation der Gemeindeaktivitäten sollte die individuelle, die organisatorische sowie die verhältnisbezogene Ebene beinhalten.

1. Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung

Insbesondere seit dem Aufkommen der Evidenz-basierten Medizin in den 1990-er Jahren sieht sich die Gesundheitsförderung verstärkt der Forderung nach Qualitätssicherung und wissenschaftlichem Wirksamkeitsnachweis ausgesetzt¹. Vorgehensweisen zur Evaluation von Gesundheitsförderung werden seitdem zunehmend diskutiert. In der Praxis sind wissenschaftliche Evaluationen von gesundheitsförderlichen Initiativen allerdings noch die Ausnahme. Ein Grund dafür mag sein, dass Qualitätssicherung – anders als in der kurativen und rehabilitativen Medizin – nicht durch gesetzliche Vorgaben forciert wurde. Hinzu kommt, dass Evaluationsstudien meist aufwendig und kostspielig sind, das Zeit- und Kostenbudget für die meisten Gesundheitsförderungsprojekte hingegen sind eng bemessen³⁻⁵.

2. Gemeindenahe Gesundheitsförderung

Gemeindenahe Gesundheitsförderung zielt nicht nur auf individuelles Risikoverhalten ab, sondern zeich-

net sich durch eine multidimensionale Perspektive aus. Dabei sollen in erster Linie die Determinanten, die Gesundheit(sverhalten) beeinflussen, verändert werden, langfristig auch lokale Wertvorstellungen und politische Strategien⁶. Ein gemeindenahes Gesundheitsförderungsprogramm ist komplex und erfordert meist die Schaffung entsprechender Organisationsstrukturen und die Einbeziehung einer Vielzahl von Partnern⁸. Insbesondere die aktive Integration der Gemeindemitglieder in die Programmplanung, -gestaltung und -bewertung (Bürgerbeteiligung bzw. Partizipation) gilt als ein Kernelement der kommunalen Gesundheitsförderung^{9,10}.

3. Evaluation kommunaler Gesundheitsförderung

Man unterscheidet bei der Evaluation von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zwischen Planungs-, Prozess- und Ergebnisevaluation. Die Planungsevaluation soll die Entwicklung der Gesundheitsziele und das Handlungskonzept für ein geplantes Projekt bewerten⁶. Die Prozessevaluation soll Probleme bei der Programmumsetzung identifizieren sowie die Erreichung und Akzeptanz der Zielgruppe untersuchen¹¹. Ziel der Ergebnisevaluation ist es, Auswirkungen auf Zielgruppe bzw. Verhältnisse zu erfassen³. Die Evaluation kommunaler Gesundheitsförderung sollte drei Ebenen abdecken:

- Verhältnispräventive Ebene
- Kompetenz- und Organisationsebene
- Verhaltenspräventive Ebene

Für eine ausführliche Darstellung der Evaluation von gemeindenaher Gesundheitsförderung siehe Loss et al. 2007¹².

4. Wichtiger Schritt zur qualitätsgesicherten Programmplanung: Die Gemeindeanalyse

4.1. Hintergrund

Es existieren verschiedene Modelle für die Planung eines Gesundheitsförderungsprogramms. Unabhängig davon, welches dieser Modelle gewählt wird, finden sich in der Regel übereinstimmend dieselben grundlegenden Elemente¹³:

- Auseinandersetzung mit dem gewählten Setting
- Verstehen der Stärken und Schwächen der Gemeinde

- Erhebung von spezifischem Bedarf und spezifischen Bedürfnissen der Bürger
- Festsetzen von Prioritäten und Zielen
- Entwicklung und Implementierung einer Intervention
- Evaluation der Ergebnisse

Diese Übersicht macht deutlich, dass jede qualitätsgerichtete Maßnahme zur gemeindenahen Gesundheitsförderung mit einer Analyse der spezifischen Gegebenheiten einer Kommune beginnen sollte. Eine derartige Analyse mag der wichtigste Schritt im Planungsprozess sein, denn sie liefert objektive Informationen, um wichtige Gesundheitsprobleme zu identifizieren, hilft bei der Setzung von Prioritäten für die Programmplanung, und liefert ferner Basisdaten für die Evaluation der Programmauswirkungen^{13,14}. Es hat sich gezeigt, dass die Nachhaltigkeit eines Programms wahrscheinlicher ist, wenn es auf bereits existierenden Bemühungen und Ressourcen aufbaut^{14,15}.

Der Prozess der Erstellung einer umfassenden Gemeindeanalyse kann zudem eine einzigartige Gelegenheit darstellen, die Bürger in das Gesundheitsförderungsprogramm einzubinden¹⁵.

4.2. Komponenten

Ein wesentlicher Bestandteil einer Gemeindeanalyse ist die Bedarfs- und Bedürfniserhebung. Sie besteht im Zusammentragen von Daten, die über den Gesundheitsstatus der Gemeinde sowie über Gesundheits- und Risikoverhalten der Bürger Auskunft geben. Auch Informationen zu sozialen und umweltbedingten Risikofaktoren der Kommune können aufgenommen werden, z.B. hohe Jugendarbeitslosigkeit oder Verkehr. Hinzu kommt die Erhebung von Bedürfnissen, Bedenken und Präferenzen der Gemeindemitglieder^{12,14,15}. So lassen sich relevante gesundheitsbezogene Themen ermitteln.

Ferner ist eine genaue Zielgruppenanalyse notwendig, um die Maßnahmen auf die Gemeindemitglieder gezielt zuschneiden zu können. Es geht dabei um Motivationen und Barrieren der Gemeindemitglieder bezüglich bestimmter Gesundheitsverhaltensweisen¹². Ferner kann untersucht werden, welche Bevölkerungsgruppen z.B. einen besonderen Bedarf aufweisen¹³.

Im Sinne einer Markt- und Finanzanalyse sollte darüber hinaus eine Untersuchung der aktuellen kommunalen

Strukturen und Aktivitäten für Gesundheitsförderung stattfinden^{13,15}. Gleichzeitig sollte auch die Gemeindekapazität bewertet werden, d.h. ihre Ressourcen und Kompetenzen zur Entwicklung und Ausbildung nachhaltiger gesundheitsförderlicher Strukturen¹⁴. Dazu gehören z.B.:

- gesundheitsbezogene Organisationen und Aktivitäten
- Stärken und Kompetenzen der Gemeinde, z.B. hinsichtlich Ressourcen des Ökosystems oder Fertigkeiten der Gemeindemitglieder
- Bürgerbeteiligung und sozialer Zusammenhalt^{12,14,15}

4.3. Methoden

Für eine Gemeindeanalyse sollten primäre und sekundäre Daten kombiniert werden.

Sekundärdaten wurden für einen anderen Zweck erhoben und liegen bereits vor¹³. Beispielsweise kann die Auswertung statistischer Bevölkerungsdaten Aufschluss über die sozio-demographische Struktur, Mortalität und Morbidität in einer Region oder Kommune geben. Ein direkter Kontakt mit der Gemeinde bleibt bei der Analyse dieser Daten allerdings aus¹⁴.

Primärdaten werden eigens für den Untersuchungszweck erhoben. Die Gewinnung dieser Daten ist aufwendiger und kostspieliger, ermöglicht aber die Beantwortung spezifischer Fragestellungen¹³ und den Kontakt mit der Gemeinde¹⁴. Über eine Konsultation mit Schlüsselfiguren der Gemeinde können bisherige gesundheitsbezogene Aktivitäten, relevante Akteure sowie umweltbezogene Risikofaktoren identifiziert werden^{13,15}. Für Kriterien wie Gesundheitsverhalten oder spezifische Bedürfnisse ist es sinnvoll, eine Bürgerbefragung durchzuführen.^{14,15} Standardisierte schriftliche oder telefonische Befragungen, aber auch Fokusgruppensitzungen bieten sich dazu an^{13,16,17}. Das Erhebungsdesign sollte sicherstellen, dass nach Möglichkeit alle Bevölkerungsschichten in die Befragung miteinbezogen werden¹⁶.

4.4. Beispiel: „Richmond quits smoking“

Ein umfassende Gemeindeanalyse wurde für das US-amerikanische Projekt „Richmond quits smoking“ durchgeführt. Die schwarze Bevölkerung der Stadt Richmond in Kalifornien macht 48% der insgesamt ca. 100.000 Einwohner aus. Das Ziel des Projektes war es, die Rau-

cherquote in der schwarzen Bevölkerung (die bei 42% lag) zu senken. Die Gemeindeanalyse ergab interessante Charakteristika, z.B.:

- starke Bedeutung von verwandtschaftlichen Beziehungen
- starker Einfluss der Kirchen
- eine Vielzahl von freiwilligen Organisationen, z.B. eine Schwarze Handelskammer
- hohe Achtung vor Kindern und Familien. Die Gemeindeanalyse identifizierte auch klare Barrieren:
- die Tatsache, dass nur ein Drittel der schwarzen Bevölkerung tatsächlich in Richmond arbeitet
- eine Skepsis gegenüber „Outsidern“
- größere Bedenken gegenüber Kriminalität und Drogenmissbrauch als zum Tabakrauchen

Auf Grundlage dieser Analyseergebnisse wurden bestimmte Strategien abgeleitet. So wurde zur Festlegung der einzelnen Aktivitäten eine Arbeitsgruppe gegründet, die fast ausschließlich aus lokalen schwarzen „community leaders“ bestand. Darüber hinaus wurden auch Kirchen sowie Handelsvertreter in die Planung und Umsetzung von Maßnahmen einbezogen. Eine weitere – auf Ergebnissen der Gemeindeanalyse aufbauende – Strategie war die Ausbildung von sogenannten „change agents“, deren Aufgabe es war, mit Angehörigen, Freunden und Nachbarn zu sprechen und Hilfe anzubieten. Außerdem wurden neben Gesundheitsthemen auch andere Probleme angegangen, die der Gemeinde am Herzen lagen, z.B. Gewalt und öffentliche Sicherheit¹⁸.

5. Programmplanung: „Top-down“- oder „Bottom-up“-Ansatz wählen?

5.1. Hintergrund: „Top-down“- und „Bottom-up“-Ansatz in der kommunalen Gesundheitsförderung

Bei der Planung von kommunalen Gesundheitsförderungsprogrammen kann man den „Top-down“- und den „Bottom-up“-Ansatz unterscheiden. Bei dem „Top-Down“-Ansatz handelt es sich um die häufigste Form der Programmplanung. Typischerweise werden die Ziele durch Expert/innen festgelegt und die Maßnahmen zielen auf individuelle Verhaltensänderung ab. Sie werden durchgehend professionell geleitet und basieren meist auf einem „vorgefertigten“ Konzept. Oft sind diese Programme auf einen eher kurzen zeitlichen Rahmen an-

gelegt. „Bottom up“-Programme stellen die Minderheit kommunaler Projekte dar. Die Ziele werden auf der Basis von Bedürfnissen der Bürger/innen gewählt und zielen auf den Aufbau von Kapazitäten, Kompetenzen und Beeinflussung des kommunalen Umfelds ab. Das Programm wird im Wesentlichen von der Gemeinde selbst getragen und nimmt meist eine längere Laufzeit in Anspruch^{19,20}.

Ein hervorragendes Beispiel für ein erfolgreiches „Bottom-up“-Programm stellt das „Tenderloin Senior Organizing Project“ aus San Francisco dar. Hier konnten alte alleinstehende Menschen, die in einem Viertel mit hoher Kriminalität und schlechter Infrastruktur lebten, motiviert werden, sich für eigene Bedürfnisse wie Sicherheit und ein frisches Lebensmittelangebot stark zu machen. Zudem verbesserte sich die Gesundheit der Teilnehmer sowie ihr Gefühl von Gemeinschaft, Einfluss und Kontrolle²¹.

Die „Top-down“- und „Bottom-up“-Vorgehensweisen lassen sich auf den ersten Blick nur schwer vereinbaren. So kann ein vollständig partizipativer „Bottom-up“-Ansatz zu widersprüchlichen Plänen führen, denn Bürger/innen haben nicht notwendigerweise Gesundheit als oberste Priorität, sondern eher Themen wie Sicherheit in der Gemeinde, Qualität von Wohnungen, öffentlicher Nahverkehr, Arbeitslosigkeit oder soziale Diskriminierung²². Gesundheitsbehörden und Regierungen hingegen berücksichtigen bei der Planung von „Top-down“-Programmen eher klassische Public Health-Themen wie Übergewicht, Krebs oder Suchtmittelkonsum.

5.2. Evidenz für „Top-down“- und „Bottom up“-Programme

Wie steht es um den Erfolg der beiden Ansätze?

„Top-down“-Programme sind meist beschränkt auf ein spezifisches Thema und können in diesem umschriebenen Bereich einen moderaten Erfolg aufweisen. Weiter gefasste Determinanten können durch derartige Programme allerdings meist nur unbefriedigend angegangen werden. Ein wesentliches Problem ist, dass die Unterstützung durch die Gemeinde fehlt, was die Nachhaltigkeit erschwert, und dass die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen eher vergrößert wird.

Aufbauend auf dem „Tenderloin“-Projekt und anderen Ansätzen lässt sich ableiten, dass „Bottom-up“-Programme einen moderaten bis deutlichen Erfolg ha-

ben können. Sie können soziale Ungleichheiten von Gesundheit angehen. Allerdings sind sie bislang kaum umfassend evaluiert. Als Erfolgsfaktoren erweisen sich Flexibilität im Zeitrahmen und in der Zielsetzung, die Umsetzung in einem kleinen Rahmen und die Bereitstellung von Ressourcen für aktive Partizipation.

6. Herausforderungen der Zukunft

Als positiv kann gelten, dass zunehmend akzeptiert wird, den Blick vom Individuum auf die Gemeinschaft und die Kommune zu erweitern. Die Bereitstellung von Ressourcen für Prozess- und Ergebnis-Evaluationen ist aber dringend erforderlich, um mehr über die Evidenz einzelner Planungs- und Umsetzungskomponenten zu erhalten. Für die Programmplanung scheint eine große Herausforderung darin zu liegen, nationale Gesundheitsziele mit lokalen Bedürfnissen in Einklang zu bringen. Es gibt Vorschläge, wie „Bottom-up“-Ansätze bewusst mit einem „Top-down“-Programmkontext in Einklang gebracht werden können, z.B. das sogenannte „Parallel Tracking“ (Konzept der parallelen Pfade) von Laverack^{19,20}. Insbesondere die Erreichung von Empowerment und Beeinflussung sozialer Determinanten von Gesundheit auf kommunaler Ebene sind Aufgaben, die in der Zukunft operationalisiert und analysiert werden müssen.

Literatur:

- ¹⁾ Issel, LM.: Health Program Planning and Evaluation - A Practical, Systematic Approach for Community Health. London: Jones and Bartlett, 2004
- ²⁾ Troschke, Jv.: Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention 1993;16:4-8
- ³⁾ Nutbeam, D.: Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. Health Promot Int 1998;13:27-44
- ⁴⁾ Rada, J., Ratima, M., Howden-Chapman, P.: Evidence-based purchasing of health promotion: methodology for reviewing evidence. Health Promot Int 1999;14:177-187
- ⁵⁾ Ovretveit, J.: Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Bern, Göttingen: Hans Huber, 2002
- ⁶⁾ Potvin, L., Haddad, S., Frohlich, KL.: Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. WHO Reg Publ Eur Ser 2001:45-62
- ⁷⁾ Klaes, L., Troschke, Jv.: Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Bern: Hans Huber, 1998
- ⁸⁾ Trojan, A.: Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. In: Dierks, M-L., Walter, U., Windel, I., Schwartz, FW. (Hrsg.). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001:51-72

- ⁹⁾ Minkler, M., Wallerstein, N.: Improving health through community organization and community building. A health education perspective. In: Minkler, M.: (Hrsg.). Community organizing and community building for health. New Brunswick: Rutgers University Press, 1997:30-52
- ¹⁰⁾ Ritchie, D., Parry, O., Gnich, W., Platt, S.: Issues of participation, ownership and empowerment in a community development programme: tackling smoking in a low-income area in Scotland. Health Promot Int 2004;19:51-9
- ¹¹⁾ Linnan, L., Steckler, A.: Process evaluation for public health interventions and research - an overview. In: Steckler, A., Linnan, L.: (Hrsg.). Process Evaluation for Public Health Interventions and Research. San Francisco: Jossey-Bass, 2004:1-24
- ¹²⁾ Loss, J., Eichhorn, C., Gehlert, J., Donhauser, J., Wise, M., Nagel, E.: Gemeindenahe Gesundheitsförderung - Herausforderung für die Evaluation. Gesundheitswesen 2007;69:77-87
- ¹³⁾ McKenzie, JF., Neiger, B., Smeltzer, JL.: Planning, implementing and evaluating health promotion programs: A primer. Boston: Allyn & Bacon, 2005
- ¹⁴⁾ Hancock, T., Minkler, M.: Community health assessment or healthy community assessment: Whose community? Whose health? Whose assessment? In: Minkler M (Hrsg.). Community organizing and community building for health. New Brunswick: Rutgers University Press, 2005:138-157
- ¹⁵⁾ Rissel, C., Bracht, N.: Assessing community needs, resources, and readiness. Building on strengths. In: Bracht, N.: (Hrsg.). Health Promotion at the Community Level 2: New Advances. Thousand Oaks: SAGE, 1999:59-69
- ¹⁶⁾ Bisset, S., Cargo, M., Delormier, T., Macaulay, AC., Potvin, L.: Legitimizing diabetes as a community health issue: a case analysis of an Aboriginal community in Canada. Health Promot Int 2004;19:317-26
- ¹⁷⁾ Teufel-Shone, NI., Siyuja, T., Watahomigie, HJ., Irwin, S.: Community-based participatory research: conducting a formative assessment of factors that influence youth wellness in the Hualapai community. Am J Public Health 2006;96:1623-8
- ¹⁸⁾ Hunkeler, EM., Davis, EM., McNeil, B., Powell, JW., Polen, MR.: Richmond quits smoking: a minority community fights for health. In: Bracht, N.: (Hrsg.). Health promotion at the community level. Newbury Park: SAGE, 1990:278-303
- ¹⁹⁾ Laverack, G., Labonte, R.: A planning framework for the accomodation of community empowerment goals within health promotion. Health Policy Plan 2000;15:255-262
- ²⁰⁾ Laverack, G.; Berücksichtigung des Empowerment in der Programmplanung von Gesundheitsförderung (in Druck). Gesundheitswesen 2008;70
- ²¹⁾ Minkler, M., Frantz, S., Wechsler, R.: Social support and social action organizing in a „grey ghetto“: the tenderloin experience. 1982-83. Int Q Community Health Educ 2005;25:49-61
- ²²⁾ Liew, T.: Glenn Innes household needs assessment. Auckland, New Zealand: University of Auckland; 2007.

Workshop 4:

Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten für Arbeitslose

(f)itworks - Herausforderungen der Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting

Birgit Pichler

„Seine Arbeit zu verlieren ist kränkend.“ So bringt Prof. Kastner von der Universität Dortmund den durch zahlreiche Studien belegten Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit auf den Punkt (vgl. Kastner o.J., S. 3). Den multiplen gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsloser und insbesondere langzeitarbeitsloser Menschen, steht eine verschwindend geringe Erreichbarkeit der Zielgruppe mit herkömmlichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten gegenüber. Im vorliegenden Beitrag werden – ausgehend von gesundheitlichen Besonderheiten und Bedürfnissen Arbeit suchender Menschen – bisherige Erfahrungen und Herausforderungen der Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting aufgezeigt.

Ausgangslage

Gesundheitszustand und -verhalten Arbeit suchender Menschen sind in den vergangenen Jahren nicht zuletzt aufgrund alarmierender Forschungsergebnisse zunehmend in das öffentliche Interesse gerückt. Diese konstatieren Arbeit suchenden Menschen im Vergleich zu Erwerbstätigen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand mit häufigeren und längeren Krankenhausaufenthalten (vgl. Robert Koch-Institut 2006, S. 87), gehäuften Auftreten psychischer Beschwerden (vgl. Lange/Lampert 2005, S. 1262 f.) und erhöhter Sterblichkeit (vgl. Robert Koch-Institut 2003, S. 16). Die Gründe hierfür scheinen vielfältig zu sein und sowohl die Selektionshypothese (Krankheit führt zu einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko) als auch die Kausalitätshypothese (Arbeitslosigkeit führt zu einem erhöhten Krankheitsrisiko) scheinen Gültigkeit zu besitzen (vgl. Robert Koch-Institut 2003, S. 5). Trotz des evidenten Bedarfs ist es bis dato kaum gelungen, diese Bevölkerungsgruppe durch Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote adäquat zu erreichen (vgl. Robert Koch-Institut 2006, S. 129-142). Gerade im Lichte der Bemühungen, der sozialen Ungleichverteilung von Gesundheitschancen ent-

gegenzuwirken, verdient diese Bevölkerungsgruppe besondere Aufmerksamkeit.

Der Interventionsansatz von (f)itworks

Ausgehend von gesundheitlichen Besonderheiten und Bedürfnissen Arbeit suchender Menschen wurde im April 2007 (f)itworks gestartet. (f)itworks ist ein zweijähriges Modellprojekt zur Gesundheitsförderung Arbeit suchender Menschen, welches von der ÖSB Consulting GmbH in Kooperation mit dem Frauengesundheitszentrum FEM Süd umgesetzt wird. Fonds Gesundes Österreich, Wiener Frauengesundheitsprogramm im Fonds Soziales Wien, AMS Wien und Wiener Gebietskrankenkasse fördern (f)itworks, das langzeitbeschäftigungslose Frauen und Männer in Wien, insbesondere auch Wiedereinsteiger/innen sowie Menschen mit Migrationshintergrund in Gesundheitsfragen unterstützen und sensibilisieren soll. Als Setting dient die gemeinnützige Arbeitskräfteüberlassung itworks Personalservice GmbH in Wien. Neben der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Möglichkeiten der Stressbewältigung, Motivation, Empowerment und der Vermittlung ressourcenorientierter Copingstrategien stehen dabei auch die Förderung sozialer Netzwerke, die Bekanntmachung von Gesundheitsangeboten im Raum Wien und die Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen und Abläufe im Vordergrund. Konkret werden Gesundheitszustand und -verhalten der Teilnehmer/innen sowie deren Bedürfnisse partizipativ erhoben und bilden die Basis für gender- und diversitygerechte Gesundheitsangebote (Abbildung 1: Projektablauf).

So können der Zielgruppe vor Ort bedürfnisorientierte, niederschwellige Gesundheitskurse, Gesundheitszirkel, Sprechstunden sowie Aktionstage angeboten werden. Neben Maßnahmen für die Zielgruppe werden Schlüsselarbeitskräfte im Setting geschult und das Wiener Netzwerk Arbeitslosigkeit und Gesundheit aufgebaut. Dieses Netzwerk vereint jene Institutionen im Raum

Wien, welche in den Bereichen Arbeit, Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung tätig sind. Ziel ist – neben dem Austausch im Rahmen von Netzwerktreffen – eine Sensibilisierung von lokalen Akteur/innen zu den Zusammenhängen von Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Über das Netzwerk können weiters konkrete Angebote der Netzwerkpartner/innen für die Zielgruppe bekannt gemacht werden.

Erste Ergebnisse und Erfahrungen

Das Projekt wird während seiner Laufzeit von der Prospect Unternehmensberatung GesmbH evaluiert. Prozess- und Ergebnisevaluation basieren sowohl auf quantitativen (z.B. Fragebögen, Feedback Bögen) als auch auf qualitativen Methoden (z.B. Einzel- und Gruppeninterviews, Fokusgruppen) der Sozialforschung.

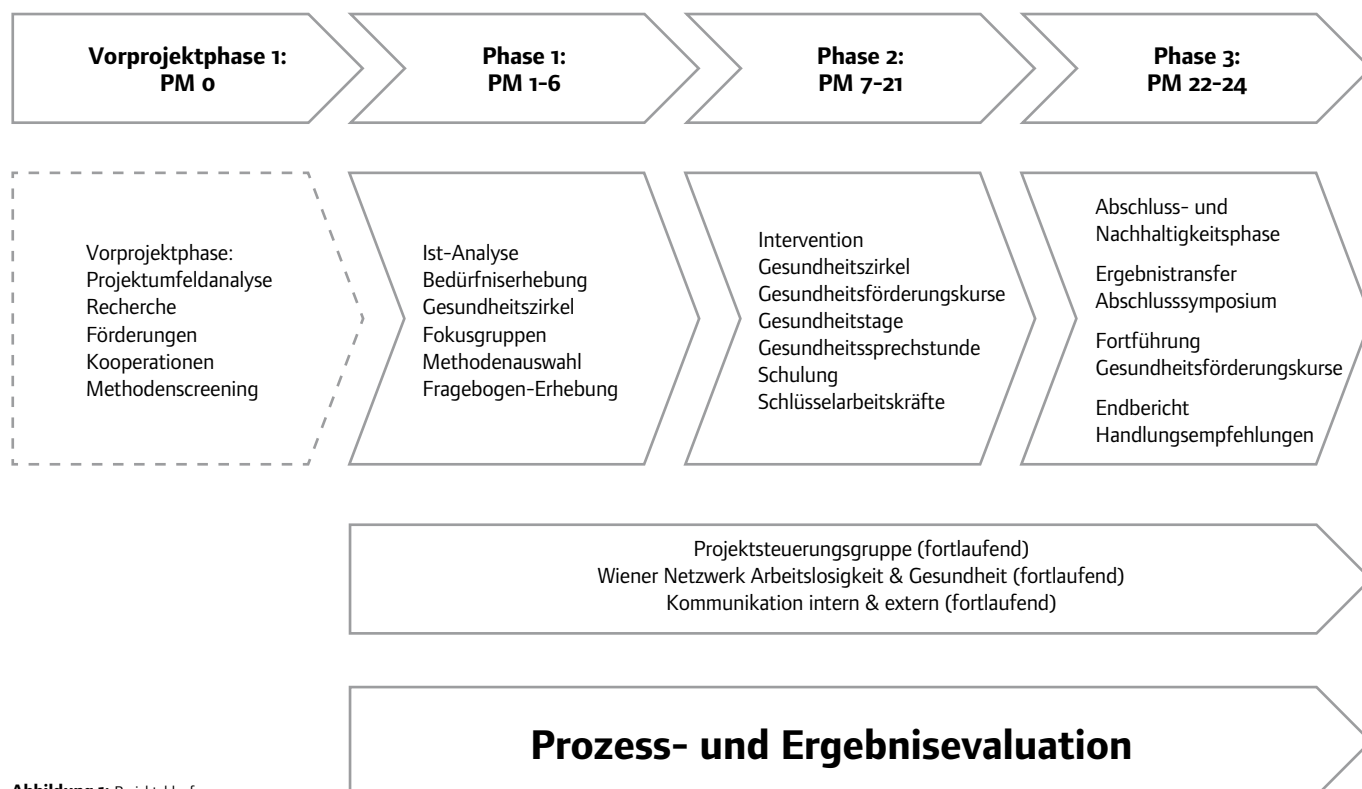


Abbildung 1: Projekttaublauf

Die Zwischenauswertung der im Zeitraum April 2007 bis März 2008 umgesetzten Maßnahmen belegt eine erfreulich hohe Inanspruchnahme der unterschiedlichen Angebote durch die Zielgruppe, wobei das Gruppensetting dem Einzelsetting eindeutig vorgezogen wird. Mit Gesundheitskursen, -zirkeln, -sprechstunden, -tagen- und -befragung konnten so insgesamt 1.766 Teilnehmer/innen erreicht werden (Tabelle 1). Hiervon waren 59% Frauen und 41% Männer.

Es zeigt sich, dass überdurchschnittlich viele Frauen mit Migrationshintergrund die Gesundheitsförderungsangebote in Anspruch nehmen. Der durchwegs hohe Zufriedenheitsgrad der Teilnehmer/innen mit den angebotenen Maßnahmen spiegelt sich in einer deutlich

erkennbaren Motivation zur weiteren Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungsangeboten wider. Als besonders herausfordernd für die Umsetzung haben sich die hohe Teilnehmer/innenfluktuation etwa aufgrund von erfolgreichen Vermittlungen oder aber Krankenständen und die dadurch erforderliche Flexibilität (z.B. Einstieg jederzeit möglich, keine Anmeldung erforderlich) gezeigt. Weiters müssen die eingesetzten Instrumente und Methoden der ausgeprägten Heterogenität der Zielgruppe (Sprache, Bildung, Alter etc.) Rechnung tragen. Entscheidend für die hohe Akzeptanz scheinen neben der Niederschwelligkeit v.a. die aufsuchende Arbeit bei der Aktivierung der Teilnehmer/innen sowie die Unterstützung durch Schlüsselarbeitskräfte im Setting.

Projektmaßnahme	Start	Anzahl Einheiten	TN männlich	TN weiblich	TN Gesamt
Gesundheitskurse	Mai 2007	144	194	408	602
Gesundheitszirkel	Mai 2007	12	95	84	179
Gesundheitssprechstunde	17.10.2007	24	12	17	29
Gesundheitstage	23.10. 2007	6	382	475	857*
Gesundheitsbefragung	23.10. 2007	10	42	57	99
Gesamt			752	1.041	1.766

*Teilnahmen

Tabelle 1: (f)itworks Teilnehmer/innen

Literatur:

Kastner, Michael (o.J.): Gesundheitsorientierte Beratung für Arbeitslose und instabil Beschäftigte: Ein Instrument zur Förderung der Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit, Universität Dortmund.

Lange, Cornelia.,Lampert, Thomas. (2005): Die Gesundheit arbeitsloser Frauen und Männer. Erste Auswertungen des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheits-

schutz 48: S.1256-1264.

Robert Koch-Institut (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit in Deutschland. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Berlin: Robert Koch-Institut.

Robert Koch-Institut (2006): Soziale Lage und Gesundheit. In: Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut S. 83-90.

Das Projekt AmigA in Brandenburg und Job-Fit in Nordrhein-Westfalen

Wolf Kirschner

Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit machen krank und verschlechtern so die Beschäftigungschancen der Betroffenen. Es stellt sich somit die Frage, ob durch gängige Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Stress, Ernährung, Bewegung) der Gesundheitszustand stabilisiert oder verbessert werden kann. Die Evidenz zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechender Interventionen ist national und international sehr dürftig, da nur wenige Interventionen durchgeführt worden sind und nur ganz wenige belastbar evaluiert wurden. Die von uns evaluierten Projekte AmigA und Job-Fit zeigen eine signifikante Verbesserung des Gesundheitszustan-

des im Rahmen einer Prä-Post-Befragung. Die Effekte werden bei AmigA durch eine unabhängige ärztliche Befundung des Gesundheitszustandes vor, während und nach der Teilnahme bestätigt.

Arbeitslosigkeit und insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit müssen als erhebliche gesundheitliche Risikofaktoren gelten, die die Wahrscheinlichkeit zu erkranken bzw. sogar frühzeitig zu sterben deutlich erhöhen. Krankheit und beeinträchtigte Gesundheit stellen erhebliche Vermittlungshemmnisse dar. Nach Daten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit weisen insgesamt 33% der Arbeitslosen gesundheitliche Einschränkungen auf und bei 21% haben diese Folgen für die berufliche Tätigkeit bzw. die Vermittlungsfähigkeit. In Teilgruppen von Langzeitarbeitslosen liegt der Anteil mit gesundheitlichen Einschränkungen bei oder über 50%.

Vor diesem Hintergrund sind in Deutschland einige Projekte der Gesundheitsförderung mit Arbeitslosen entstanden, darunter u.a.:

- AktivA (Sachsen)
- Modellprojekt AmigA (Brandenburg: Arbeitsmarktintegration mit gesundheitlicher Ausrichtung AmigA, Potsdam Mittelmark)
- Job-Fit (Nordrhein-Westfalen, neun Standorte)
- Arbeitsmarktintegration durch Gesundheitsförderung (Hessen, Frankfurt/Main)
- Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen (Sachsen, Landkreis Döbeln)
- Bridges-Brücken in Arbeit (Sachsen, Görlitz und Niederschlesischer Oberlausitzkreis (NOL))

Auch wenn alle genannten Projekte sich auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Arbeitslosen richten, so bestehen gleichwohl erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Zielgruppen, der Methoden und Instrumente sowie der Rahmenbedingungen. Zielgruppen sind zunächst alle Arbeitslosen im Einflussbereich des SGB II bzw. SGB III. Die Dauer der Arbeitslosigkeit sowie das Vorliegen relevanter Vermittlungshemmnisse wie höheres Alter, geringe Qualifikation und im Besonderen gesundheitliche Beeinträchtigungen können jedoch weitere Kriterien der Zielgruppenauswahl sein.

Dabei sind angebots- bzw. nachfrageorientierte Ansätze (Job-Fit) von bedarfsorientierten zu unterscheiden (AmigA). Erstere stellen den Kund/innen Maßnahmen der Gesundheitsförderung zur Verfügung, die diese bei Interesse wahrnehmen können oder auch nicht. Letztere setzen zunächst eine Ermittlung des individuellen Bedarfs – hier durch Ärzte – voraus. Die Ansätze unterscheiden sich auch dahingehend, ob sie Maßnahmen der Arbeitsförderung mit solchen der Gesundheitsförderung und Prävention kombinieren oder nicht.

AmigA verfolgt für seine Kund/innen einen bedarfsorientierten Ansatz mit kombinierten und verzahnten arbeitsmarktintegrativen und gesundheitsbezogenen Leistungen auf der Grundlage eines beruflich-sozialen Fallmanagements.

Die bisherige Evidenz zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei

Arbeitslosen ist national und auch international dürftig.¹ In dem von uns im Jahr 2004 im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen dazu erstellten Gutachten ergab sich, dass von 36 recherchierten Projekten lediglich 12 (33%) dokumentiert waren und nur sechs (17%) evaluiert waren. Nur drei der evaluierten Projekte ergaben Hinweise auf eine Wirksamkeit der Interventionen. Die Wirtschaftlichkeit wurde nur in einem Projekt untersucht. Das Gutachten bestätigte so nicht nur die Notwendigkeit der Durchführung weiterer Projekte, vielmehr auch die Notwendigkeit einer stringenter Evaluation.

Die Evaluation des Projekts AmigA bezog sich auf eine Gesamtevaluation von Strukturen, Prozessen, Produkten und Ergebnissen, während die Evaluation von Job-Fit auf die Ergebnisevaluation beschränkt war. Bei der Ergebnisevaluation wurde bei beiden Projekten eine Prä-Post-Befragung von Teilnehmern mit identischen Fragebögen durchgeführt. Insgesamt wurden in die Evaluation der Kohorte 337 Teilnehmer einbezogen. Die Ergebnisevaluation bei AmigA umfasste auch eine sozialmedizinische Dokumentation durch die beteiligten Ärzte.

Die Ergebnisevaluation zeigt zunächst deutliche und signifikante Interventionseffekte v.a. im Bereich der sportlichen Aktivität und der Ernährung. Eine signifikante Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes war festzustellen. Der Anteil der Befragten mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand ging bei AmigA von 56% auf 41% signifikant zurück. Darüber hinaus waren zum Teil signifikante, zum Teil tendenzielle Verbesserungen in der sozialen und gesellschaftlichen Orientierung festzustellen. Die Befragten sahen optimistischer in die Zukunft, sie haben eine stärkere berufliche Orientierung und sahen die Arbeitslosigkeit nicht nur negativ, sondern begriffen sie auch als Chance für eine Neuorientierung. Die Belastung durch Stress ging tendenziell zurück. Last not least nahmen die sozialen Kontakte zu. Insgesamt war im Laufe bzw. nach Abschluss der Intervention eine deutliche Verbesserung der psychosozialen Gesundheit der Teilnehmer/innen zu konstatieren. Durch den Sozialmediziner und/oder die psychologische Psychotherapeutin wurde nach Abschluss der Maßnahmen bei den Teilnehmer/innen folgendes festgestellt:

- bei 43% eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes
- bei 41% eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und
- bei 12% eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes

Insgesamt waren so aus professioneller Sicht bei über der Hälfte der Teilnehmer/innen (53%) Verbesserungen der gesundheitlichen Situation festzustellen. Festzuhalten ist weiterhin, dass bei 40% der Teilnehmer/innen im Lauf der Intervention eine Verbesserung der selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit von 48 auf 72 von 100 Punkten eingetreten war.

Das AmigA-Projekt führte auch zu einer Veränderung bzw. Verbesserung der Teamarbeit in den Job-Centern.

Von den 180 Teilnehmer/innen haben 27 (15%) Beschäftigung gefunden. Eine Vergleichsanalyse mit einem nach Alter, sozialer Lage, Dauer der Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand strukturgleichen Kontrollkollektiv war und ist nicht möglich. Der Anteilswert entspricht genau der Abgangsquote der Bundesagentur für Arbeit für SGB II Empfänger von 15,4%.²

Dabei sind aber die Länge der Arbeitslosigkeit sowie der schlechte Gesundheitszustand der AmigA-Teilnehmer/innen zu berücksichtigen. Insoweit sind die immerhin gleichen Eingliederungsquoten als Erfolg zu bewerten. Bei einer Weiterführung dieses Projektes oder der Etablierung ähnlicher Projekte bedarf die Frage nach der Eingliederungsquote verstärkter Aufmerksamkeit sowie der Bereitstellung der dafür erforderlichen Daten (z.B. Eingliederungsquoten nach Betreuungsstufen). Auch die Frage der Wirtschaftlichkeit der Interventionen bedarf zukünftig verstärkter Aufmerksamkeit.

Die Evaluation des Projekts Job-Fit zeigt vergleichbar positive Wirkungen bei einem allerdings deutlich besseren Gesundheitszustand der Teilnehmer/innen. Insgesamt ergibt sich aus der Evaluation beider Projekte, dass durch Gesundheitsförderung in den Bereichen Stressreduktion, Entspannung, Ernährung und sportliche Aktivität der Gesundheitszustand von Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen verbessert und stabilisiert werden kann und so die Vermittlungschancen auf dem Arbeitsmarkt erhöht werden können. Weitere Projekte sind so

zu empfehlen. Bei ihrer Evaluation sollten die erzielten Beschäftigungswirkungen besser untersucht werden. Hinsichtlich der Evaluationsmethoden reicht unseres Erachtens der Prä-Post-Ansatz aus. Ein Fall-Kontrollansatz ist unseres Erachtens nicht erforderlich.

¹⁾ Elkeles, T., Kirschner, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement - Befunde und Strategien. BKK Bericht GuS Nr. 3, NW-Verlag, Bremerhaven, 2004

²⁾ <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000200/html/methodenberichte/index.shtml>

Literatur:

Elkeles, T., Kirschner, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. BKK Bericht GuS Nr. 3, NW-Verlag, Bremerhaven, 2004

Kirschner, W., Elkeles, T.: Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarfe. In: Holleder, A., Brand, H.(HG.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Huber Verlag, 2005

Kirschner, W., Elkeles, T.: Evaluation gesundheitsbezogener Arbeitsförderung, Prävention, Zeitschrift für Gesundheitsförderung, Jahrgang 30, 4, 2007, S. 111-115

Kirschner, W. : Job Fit Regional-Ergebnisse der Teilnehmerbefragung. In Bellwinkel, M. (HG.): Job Fit Regional – Ein Modellprojekt zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen durch Gesundheitsförderung, NW-Verlag Bremerhaven, 2007; Reihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe Band Nr. 20

Workshop 5:

Evidenz gewinnen und in die Praxis bringen

Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention

Ursel Broesskamp-Stone

Das Qualitätsbewusstsein und Bestreben ist im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention in den letzten Jahren stark gestiegen. Professionelle wollen optimal handeln. Geldgebende oder verantwortliche Stellen wollen optimalen Ressourceneinsatz. Qualitätsorientierte Initiativen sind zahlreich, ein einheitlicher allgemeiner Qualitätsstandard für Gesundheitsförderung und Prävention aber fehlt. Dies ist nicht verwunderlich: Programme der Gesundheitsförderung sind die organisierte Antwort auf das Wissen um die vielen, interagierenden Determinanten der Gesundheit der Bevölkerung. Dies erfordert komplexe Interventionen in soziale Systeme und damit kaum standardisierbare Lösungen.

Die in der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung benannten Werte, Prinzipien, Wissensgrundlagen und Handlungsebenen sind eine bis heute breit akzeptierte Basis. Ergänzend wurden praxisnahe Modelle zu den wesentlichen Elementen und Prozessen von Interventionen entwickelt (wie der „Wissenszyklus“ für Gesundheitsförderung von Saan/ Haes (2007) und das Ergebnismodell für Gesundheitsförderung (Gesundheitsförderung Schweiz 2005). Die Verbesserung von Aktivitäten in Prävention und Gesundheitsförderung braucht aber zudem einen breit akzeptierten, allgemeinen Qualitätsrahmen, der den komplexen Interventionen angemessen ist: einen Qualitätsstandard, der klar benennt, was in der Arbeit berücksichtigt werden sollte, wie verschiedene Faktoren gewichtet und welche Prinzipien angewendet werden sollten. Der vorgestellte Best Practice-Rahmen für die Gesundheitsförderung und Prävention kann hier eine Lücke schließen.

Der Begriff Best Practice wird bisher verschieden genutzt. In der Gesundheitsförderung und Prävention bedeutet „Best Practice“ keine rezeptartige Standardlösung. Es geht zwar um eine Orientierung am „Besten“, aber der Maßstab ist der allgemeine Qualitätsstandard des professionellen Feldes der Gesundheitsförderung und Prävention, nicht z.B. andere vergleichbare Aktivitäten. Ist Benchmarking gewünscht, z.B. in der be-

trieblichen) Gesundheitsförderung, sollte dieses an den allgemeinen Best Practice-Kriterien der Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtet sein. Diese allgemeinen Kriterien könnten ggf. durch (themen-, zielgruppen-, settings- oder sektor-)spezifische Kriterien ergänzt werden.

Der Best Practice-Ansatz steht für eine Qualitätsorientierung, die auf systematische, kritisch - durch einen klaren professionellen Qualitätsstandard dieses Feldes geleitete - Reflektion über Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung fokussiert. Kontinuierliches Lernen ist zentral. Best Practice ist mehr als „evidenz-basiert“. Auf einem Qualitätskontinuum läge „Best Practice“ als optimales Entscheiden und Handeln am einen Ende, unzureichende oder gar schädliche Praxis am anderen Ende, und „viel versprechende“ oder „gute“ Praxis dazwischen. All diese Begriffe werden heute benutzt, die Kriterien dafür aber variieren oder sind unklar. „Gute Praxis“ signalisiert vorhandenes Optimierungspotential in Richtung „best practice“. Verschiedenen Komponenten oder Prozesse einer Intervention können unterschiedlich gut ausgeprägt sein können.

Der vorgestellte Best Practice-Ansatz für Gesundheitsförderung und Prävention wurde von Gesundheitsförderung Schweiz mit Blick auf die allgemeine Qualitätsentwicklung, die Evidenz-Debatte, sowie aufbauend auf Arbeiten aus Kanada, den USA, Niederlanden, England, Deutschland und der Schweiz entwickelt. U.a. wurde ein der Gesundheitsförderung angemessenes „Evidenz“-verständnis in den Ansatz integriert.

Als allgemeiner, klarer und praxisbezogener Orientierungsrahmen mit drei Dimensionen (Werte, Wissen, Kontext) soll das Best Practice-Konzept ethisch verantwortliches, wissensbasiertes, und zugleich kontextsensibles Entscheiden und Handeln fördern. Es soll Professionelle und Entscheidungsträger bei Entscheidungsfindung, Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten leiten und unterstützen. Die Umsetzung des Best Practice-Ansatzes hilft, nachhaltig wirksame Pro-

gramme ohne negative Nebenwirkungen zu erreichen, ohne Ziele der Chancengleichheit auf Gesundheit zu vernachlässigen. Sie antwortet auf bekannte Herausforderungen wie: die Nutzung vorhandenen wissenschaftlichen Wissens in der Praxis; wichtiges Praxiswissen angemessen nutzen (auch zur Stärkung der Evidenzbasis der Gesundheitsförderung); und die Aufmerksamkeit für Kontextfaktoren sowie die Bedeutung von Ethik und Werten in Entscheidungsprozessen erhöhen. Der Best Practice-Rahmen trägt zur Professionalisierung und Kapazitätsentwicklung für optimale Gesundheitsförderung und Prävention bei. (Broesskamp 2009)

In der Gesundheitsförderung und der Prävention heißt Best Practice, „die Werte und Prinzipien von Gesundheitsförderung und Public Health systematisch zu berücksichtigen, auf das aktuelle wissenschaftliche Wissen und Experten-/Erfahrungswissen aufzubauen, die relevanten Kontextfaktoren zu beachten, sowie die beabsichtigten positiven Wirkungen erreicht und negative Wirkungen vermieden zu haben“ (Gesundheitsförderung Schweiz 2007, S. 4).

Der Best Practice-Ansatz gründet auf den drei Best Practice-Dimensionen Werte, Wissen und Kontext. Er bezieht sich grundsätzlich auf alle Aktivitäten oder Arbeitsprozesse in der Gesundheitsförderung und Prävention, von der Situationsanalyse über die Programmentwicklung bzw. Interventionsauswahl bis zur Umsetzung und Evaluation. Grundlegend sind die Anerkennung der Bedeutung von a) kontinuierlicher kritischer Reflexion, b) eines wissensbasierten Ansatzes und c) der Einzigartigkeit der jeweiligen Kontexte und sozialen Systeme (wie Schulen, Betriebe, communities). Die Umsetzung des Best Practice-Rahmens erhöht die Wahrscheinlichkeit, systematisch und nachvollziehbar sowie nachhaltig positive Wirkungen im Sinne der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Interventionsfeldern zu erlangen sowie negative zu vermeiden. Sechs Handlungsleitende Best Practice -Fragen unterstützen dieses: Was beeinflusst Gesundheit? Was funktioniert, um Gesundheit zu verbessern? Was sollen wir tun? Wie machen wir das hier? Welche Veränderungen haben wir erreicht? Was haben wir daraus gelernt – für uns, für andere?

Der Best Practice-Rahmen ist zunächst eine Reflexionshilfe im Arbeitsalltag. Die drei Dimensionen Werte, Wissen und Kontext werden systematisch durchdacht, um die o.g. Fragen beantworten zu können und so zu opti-

malen Prozessen zu gelangen. Die Umsetzung des Best Practice-Ansatzes verlangt also eine systematische, wiederkehrende Reflexion entlang der drei Best Practice-Dimensionen. Ausmaß und Tiefe der Reflektion können variieren (von allgemeinen Checks bis hin zu vertieften Reflexionen aller Best Practice-Kriterien (s.u.).

Die Best Practice-Dimension „Werte, Prinzipien, Ethische Grundlagen“

Best Practice in Gesundheitsförderung und Prävention heißt, dass Entscheidungen und fachliches Handeln mit den Werten und Prinzipien von Gesundheitsförderung und Public Health konsistent sind. Tabelle 1 gibt einen Überblick.

Werte, Prinzipien, ethische Grundlagen in Public Health

- Gleiche Rechte/ gleiche Pflichten und geteilte Verantwortung für Gesundheit; soziale Verantwortung;
- Schadensvermeidung, Wohltätigkeit („Tue Gutes“), Respekt vor der Autonomie, und Gerechtigkeit (die allgemeinen ethischen Eckpfeiler von Public Health)
- Transparenz und Rechenschaftspflicht (Accountability), Offenheit;
- Gesundheitliche Chancengleichheit (Entscheide und Handeln geleitet durch die Sorge um Chancengleichheit und Gerechtigkeit)
- Nachhaltigkeit
 - (a) der Maßnahmen und/oder erreichten gesundheitsförderlichen Veränderungen über die Zeit der Anschub-Finanzierung hinaus;
 - (b) im Sinne des Konzepts der Nachhaltigen Entwicklung (Agenda 21)

Speziell in der Gesundheitsförderung:

- Ausrichtung an Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten (Salutogenese statt Pathogenese);
- Empowerment
- Partizipation

Die Bedeutung der Best Practice-Dimension „Werte“ wird durch Arbeiten zu den sozialen Determinanten von Gesundheit und gesundheitlicher Chancengleichheit (WHO 2008) sowie durch die aktuelle Wiederbelebung des Diskurses um Ethik und Wertebasis der Gesundheitsförderung untermauert (Mittelmark 2007, Saan/

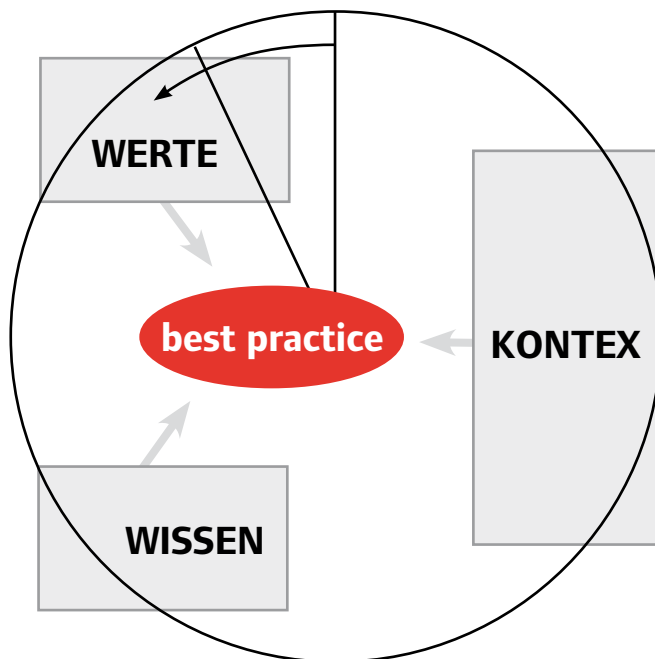


Tabella 1: Radarschirm-Modell

de Haes 2007, Tannahill, 2008). Mittelmark fordert eine praxis-orientierte Konkretisierung der breit akzeptierten, bereits in der Ottawa Charta ausgelegten Eckpunkte einer Ethik der Gesundheitsförderung. Die Best Practice-Kriterien von Gesundheitsförderung Schweiz haben sich hier bereits als Hilfsmittel für den professionellen Alltag erwiesen; der praxis-orientierte, systematischere Umgang mit diesen Werten und Prinzipien ist aber noch am Anfang.

Im Einzelfall müssen manchmal Priorisierungen und Gewichtungen der oben genannten Werte und Prinzipien vorgenommen werden. Entscheidungen und fachliches Handeln sollten aber einzelnen Grundwerten nicht widersprechen, und Priorisierungen sind transparent zu begründen.

Die Best Practice-Dimension „Wissen“

Optimale Gesundheitsförderung und Prävention basiert auf zwei großen Wissenskategorien: a) Wissenschaftliches Wissen umfasst sowohl empirische Erkenntnisse als auch wissenschaftlich fundierte Theorien. In der „Evidenzdebatte“ der letzten Jahre standen Evidenzen der Effektivität von Interventionen im Fokus. Aber auch wissenschaftlich fundierten Theorien sind von großer Bedeutung: z.B. bei der Entwicklung guter Wirkungs-

modelle. b) Wissen aus der Praxis bzw. Expert/innen- und Erfahrungswissen ist nicht nur dann wichtig, wenn wissenschaftliche Erkenntnisse noch fehlen, sondern ist komplementär zum wissenschaftlichen Wissen. Es muss bei der Entwicklung oder Adaptation von Interventionen, die nachhaltigen Erfolg im „lokalen“ Kontext versprechen sollen, angemessen berücksichtigt werden. - In beiden Wissenskategorien kann weiter unterschieden werden: Themenspezifisches Wissen bezieht sich auf Gesundheit sowie Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Wissen über Gesundheitsdeterminanten, Werte und Prinzipien, sowie Handlungsansätze und Methoden der Gesundheitsförderung). Für Professionelle ist solches Wissen die Basis optimalen fachlichen Handelns. Themenunspezifisches Wissen ist disziplin- oder fachgebietsübergreifendes Wissen (z.B. zu gutem Projekt- und Wissensmanagement oder zu Erfolgsfaktoren der Netzwerkarbeit).

Wissenschaftlich fundierte Aussagen werden als „Evidenz“ bezeichnet, wenn sie aus systematischen Analysen und Synthesen von wissenschaftlichen Erkenntnissen gemäß klarer, akzeptierter Regeln abgeleitet wurden. In der Gesundheitsförderung und Prävention hängt die Akzeptanz solcher Regeln u. a. von deren Angemessenheit für die typischerweise systemischen, komplexen Interventionen ab. Kein Studien- oder Evidenztyp kann unabhängig vom Untersuchungsgegenstand als allgemein der Beste (der „Goldstandard“) definiert werden. Dies spiegelt sich auch in der neuen Definition von „evidenzbasierter Gesundheitsförderung“ für das WHO Glossar zur Gesundheitsförderung wieder (Smith et al., 2006; WHO 2006). Das „Evidenz“-verständnis der Medizin lässt sich auf die Gesundheitsförderung und Prävention nicht einfach übertragen. (siehe z.B. McQueen 2000, 2002, 2007; Elkeles 2006, 2007; Tannahill 2008; Bödeker/Kreis 2006)

Die Umsetzung des Best Practice-Ansatzes fördert wissenschaftsbasiertes Handeln, d.h. die systematische Nutzung des aktuellen wissenschaftlichen Wissens in der Praxis und das gezielte Generieren und Nutzen neuen Wissens aus der Praxis. Um den wissenschaftliche Erkenntnisstand signifikant zu verbessern, sind vermehrte gute Evaluationen von Maßnahmen nötig, und deren Ergebnisse müssen in die Wissensbasis des gesamten Feldes eingespeist werden. Dabei dürfen Lernbedarf und be-

dürfnis der jeweiligen Akteure in der Praxis nicht vernachlässigt werden.

Der einfache Wissenszyklus (Abb. 2) bietet Orientierung und hilft, mit der Wissensvielfalt angemessener, gezielt und praxisnah umzugehen. Wissensbasiertes Handeln gemäß Best Practice-Ansatz ist evidenz-informiertes Handeln, das Wissen aus der Praxis angemessen mit berücksichtigt. Der detailliertere Wissenszyklus für Ge-

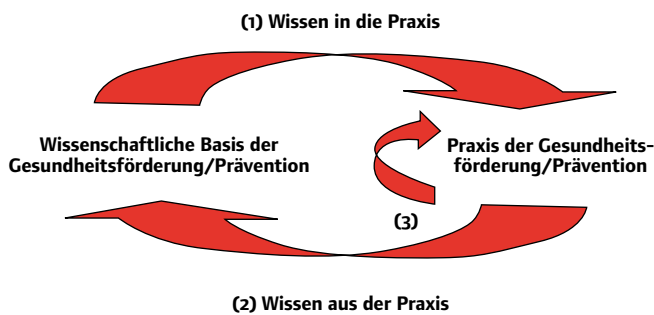


Abbildung 2: Wissenszyklus mit drei ineinander greifenden Wissensprozessen: Wissenschaftliches Wissen in die Praxis bringen (1), neues Wissen aus der Praxis generieren (2), und zugleich direkte Lernschleifen für Beteiligte fördern (3)

sundheitsförderung (Broesskamp 2009 in Anlehnung an Saan/de Haes 2007) unterstützt die Umsetzung der Best Practice-Dimension „Wissen“ weitergehend und hilft, Wissenslücken zu identifizieren und zu schließen. Herkömmliche Praxis beschränkt sich häufig auf den Bereich „Planen, Umsetzen, Evaluieren“ dieses Wissenszyklus; aber existierendes Wissen wird oft kaum genutzt und gute Evaluationen sind noch zu selten. Es muss vermehrt in die benutzerfreundliche Aufarbeitung praxis-relevanten, wissenschaftlichen Wissens (Fact-Sheets, Checklisten, ...) investiert werden, und ebenso in die sys-

tematische Aufbereitung und Verbreitung von neuem Wissen aus der Praxis. Auch dieses Wissen sollte veröffentlicht und aktiv geteilt werden. Verbesserte Dokumentation und Evaluation sind wichtige Grundlagen für die Stärkung der Wissensbasis aus der Praxis heraus.

Die Best Practice-Dimension „Kontext“

Was unter Best Practice oder optimaler Praxis zu verstehen ist, hängt wesentlich vom Kontext der Entscheidungen oder Interventionen ab. Ein und dieselbe Intervention in Schule A kann voll und ganz den Best Practice-Kriterien entsprechen und nachhaltig wirksam sein, in Schule B kann dies aber suboptimal oder dem Kontext gar nicht angemessen sein (Transfer-Problematik).

Sind die relevanten Kontextfaktoren bekannt, können sie in konkreten Entscheidungs-, Planungs- Dokumentations- und Evaluationsprozessen angemessen berücksichtigt werden. Sinnvoll ist eine Reflexion entlang zweier großer Gruppen von Faktoren: allgemeiner Faktoren der engeren sowie weiteren Umwelt, in die eine Maßnahme eingebettet ist (untere Hälfte, Abb. 3); sowie Faktoren der Kapazität für Gesundheitsförderung und Prävention (obere Hälfte).

Es gibt keine allgemeingültige Regel, welche der drei o.g. Best Practice-Dimensionen für konkrete Entscheidungssituationen und fachliches Handeln die wichtigsten sind. Den Best Practice-Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen heißt: Gewichtungen und Priorisierungen der drei Best Practice-Dimensionen Werte, Wissen, Kontext und der Elemente innerhalb dieser Di-



Abbildung 3: Faktoren für den Kontext-Check
Je nach Art und Bedeutung einer Entscheidungsvorbereitung oder Interventionsplanung kann ein eher oberflächlicher oder ein in Teilen oder ganz vertiefter Kontext-Check sinnvoll sein.

mensionen erfolgen systematisch, gut begründet und für andere nachvollziehbar (und am besten nicht durch einen Einzelnen sondern in Abstimmung mit den wichtigsten Stakeholdern).

Eine kontinuierliche Optimierung der Arbeitsprozesse zur Erreichung optimalen Entscheidens und Handelns und damit nachhaltiger Wirksamkeit ist anspruchsvoll. Die sieben Best Practice Kriterien (Tab.1) mit je 2-4 Indikatoren „übersetzen“ den oben ausgeführten Best Practice Rahmen in handlungsrelevante Aussagen, die eine genauere Reflektion oder Analyse des professionellen Handelns in Gesundheitsförderung und Prävention leiten können (Gesundheitsförderung Schweiz 2007). Dabei kann es durchaus sinnvoll sein, diese, für alle Interventionsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention relevanten, allgemeinen Best Practice Kriterien themen- oder settings-spezifisch zu ergänzen.

Ausblick: Der vorgestellte Best Practice -Rahmen schlägt einen klaren allgemeinen Standard für das, was optimales Entscheiden und Handeln in der Gesundheitsförderung und der Prävention ausmacht, vor. Er ist ein allgemeiner, auf kontinuierliche Reflektion und Lernen in der Praxis ausgerichteter Qualitätsrahmen, der die variierenden Situationen und Kontexte professionellen Handelns und Entscheidens gezielt mit berücksichtigt, und der an der Grundmotivation der in Gesundheitsförderung und Prävention Tätigen - Gesundheit zu erhalten und zu fördern - direkt anknüpft. Erste Erfahrungen in der Schweiz sind viel versprechend; die Umsetzung steht aber noch am Anfang. - Der Best Practice-Ansatz schließt Innovationen nicht aus. Gemäß diesem Ansatz sollen aber Praxis-Experimente ethisch verantwortlich, so weit wie möglich wissenschaftsbasiert (Theorien, Erfahrungswissen) und kontextsensibel geplant und durchgeführt werden. Professionelle Dokumentation sowie Evaluation (auch des Kontextes!) ist ein Muss, damit systematisches Lernen und die Stärkung der Wissensbasis über die direkt Beteiligten hinaus möglich ist.

Gesundheitsförderung Schweiz sucht den grenzüberschreitenden Austausch zu diesem von ihr vorgeschlagenen allgemeinen Qualitätsrahmen für Prävention und Gesundheitsförderung. Er wird zeigen, wie weit dieser Rahmen auch außerhalb der Schweiz tragen wird und in wie weit bzw. in welchen Kontexten welche Adaptati-

onen sinnvoll und nötig sind. Optimierungen in der Berücksichtigung der Werte und Prinzipien des Feldes, des vorhandenen wissenschaftlichen und ‚lokalen‘ (Erfahrungs-)Wissens, sowie des jeweils spezifischen, oft sich dynamisch verändernden Kontextes, sind der Boden, um vermehrt nachhaltige positive Wirkungen zu erreichen und negative zu vermeiden. Die große Bedeutung von kontinuierlicher kritischer Reflektion und Qualitätsentwicklung ist heute allgemein anerkannt.

Best Practice Kriterien (Best Practice-Konzept Gesundheitsförderung Schweiz)

Übergeordnetes Kriterium:

Jede der 3 Best Practice-Dimensionen (Werte, Wissen, Kontext) werden bei strategischen Entscheiden sowie bei Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention reflektiert und angemessen berücksichtigt (s. Abb. Radarschirm-Modell). Dieses erfolgt systematisch und unter Verwendung der adäquaten existierenden Hilfsmittel.

WERTE

Kriterium: Die (ethischen) Grundwerte und die Prinzipien der Gesundheitsförderung und Public Health werden bei strategischen Entscheiden sowie bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten angemessen berücksichtigt.

- Die Grundwerte und Prinzipien der Gesundheitsförderung sind den wichtigsten Stakeholdern/ Anspruchsgruppen (Trägerschaft, Geldgeber, Projektteam, ...) bekannt. (vgl. Liste relevanter Werte)
- Sie werden mit den key stakeholdern gemeinsam reflektiert und diskutiert (z.B. an Hand bewährter Checklisten)
- Strategische Entscheide und Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention entsprechen diesen Grundwerten und Prinzipien. Im konkreten Fall nötige Priorisierungen werden gut abgewogen und transparent begründet.

WISSEN

Kriterium: Entscheide und Aktivitäten entsprechen den aktuellen wissenschaftlichen Evidenzen bzw. Erkenntnissen.

- Das aktuelle wissenschaftliche Wissen/ die Evidenzen werden vorgängig systematisch recherchiert und aufgearbeitet. Dies geschieht differenziert nach der Art des vorhandenen Wissens (Wissensquellen, -typen und -kategorien; vgl. Abb. / s. auch Ergebnismodell Gesundheitsförderung Schweiz).
- Bei der Beurteilung und Auswahl des wissenschaftlichen Wissens werden Evidenzen anderen Wissensbeständen vorgezogen.
- Die wichtigsten Wissensquellen werden genutzt.
- Die Nicht-Berücksichtigung von Wissensbeständen ist gut begründet und dokumentiert.

Kriterium: Der Entscheid/ das Handeln trägt zur Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagen bzw. der Evidenzbasis der Gesundheitsförderung und Prävention bei.

- Wurden Lücken in der Wissens- bzw. Evidenzbasis der GF gefunden, so wird dies dokumentiert und an geeignete Stellen kommuniziert (Bund und Kantone, Gesundheitsförderung Schweiz, Forschungsinstitute, Fachverbände, Netzwerke).
- Wo sinnvoll, notwendig und angemessen, wird ein Beitrag zur Reduzierung der Wissenslücken initiiert, eingeplant bzw. geleistet (vgl. Abb. Evidenzzyklus).

Kriterium: Entscheide und Aktivitäten berücksichtigen ergänzend zum wissenschaftlichen Wissen in angemessener Weise auch anderes wichtiges Wissen (Expertenmeinungen/ Erfahrungswissen).

- Dieses Wissen wird vorgängig sorgfältig recherchiert, interpretiert und wo nötig aufgearbeitet. Dies geschieht differenziert nach der Art des vorhandenen Wissens (Wissenstypen wie Expertenmeinung und Wissen aus der Praxis; Wissensquellen wie gute Selbstevaluationen, Projektberichte, und Expertisen)
- Das aktuelle wissenschaftliche Wissen/Evidenzen und das vorhandene Erfahrungs-Wissen werden sorgfältig in ihrer Bedeutung für den Entscheid/das Handeln abgewogen. Im Zweifelsfall sind die Evidenzen bzw. das wissenschaftliche Wissen prioritär handlungsleitend.
- Die Nicht-Berücksichtigung von Wissensbeständen ist gut begründet und dokumentiert.
- Wichtige Ergebnisse und Erkenntnisse werden valorisiert (verbreitet und nutzbar gemacht)

KONTEXT

Kriterium: Der Kontext wird bei strategischen Entscheiden und bei der Planung, Umsetzung und Evaluation von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention angemessen berücksichtigt.

- Die relevanten Dimensionen des engeren und weiteren Kontexts werden angemessen reflektiert (vgl. Abb. Kontext-Check).
- Die Übertragbarkeit wissenschaftlicher und anderer wichtiger Erkenntnisse auf den eigenen Kontext wird sorgfältig geprüft/ reflektiert.
- Adaptationen von andernorts bereits existierenden Ansätzen, Interventionen, Prozessen für den spezifischen Kontext werden gut begründet und dokumentiert.

Abschliessendes übergeordnetes Kriterium:

Die beabsichtigten positiven Wirkungen wurden erreicht und negative Wirkungen wurden vermieden.

Literatur:

Bödeker, W. & Kreis, J. (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Essen: BKK (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)

Broesskamp-Stone, U. (2004). Assessing Interorganisational Networks in Health Promotion. Framework and Examples. Reihe ‚Politik und Partizipation‘, Band 2. Kap.2. Münster, London, New Brunswick: Lit-Verlag/ Transaction Publishers

Broesskamp-Stone, U. (2009). Gute, vorbildliche, beste Praxis. Der Best Practice-Rahmen für wertebasiertes, wissenschaftsbasiertes und kontextsensibles Handeln in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P. & Müller, V.: Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention (im Druck).

Elkeles, T. (2006). Evaluation von Gesundheitsförderung und Evidenzbasierung? In W. Bödeker & J. Kreis (Hrsg.) Evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention (S.111-153). Bremerhaven.

Elkeles, T. (2007). Evaluation von Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung. In M.A. Schroer, G. Klever-Deichert, E. Plamper & A. Gerber, Beiträge zur Fachtagung „Internationale Evidenz in Prävention und Gesundheitsförderung. Chancen für Deutschland?“ Berlin, 23.Mai 2007. (Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, Nr.06). Köln: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Uni Köln.

Gesundheitsförderung Schweiz (2005) Ergebnismodell für Gesundheitsförderung und Prävention. AutorInnen: Cloetta, B., Spencer, B., Spörri, A., Broesskamp, U., Ackermann, G., Ruckstuhl, B.). Bern. www.gesundheitsfoerderung.ch > Suchwort: Ergebnismodell. 14.März 2009)
Gesundheitsförderung Schweiz (2007) Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention. Konzept und Leitlinien für Entscheidungsfindung und fachliches Handeln. AutorInnen: Broesskamp-Stone, U. & Ackermann, G. Bern, Lausanne. (www.gesundheitsfoerderung.ch 5.Jan.2009)

McQueen, D. (2000). Strengthening the Evidence Base for Health Promotion. Technical Report 1. Fifth Global Conference on Health Promotion, Mexico City, 5-9 June 2000. Geneva: WHO.

McQueen, D. (2002). The Evidence Debate. Invited editorial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 83-84.

McQueen, D. (2007). Evidence and Theory. Continuing debates on Evidence and Effectiveness. In D. McQueen & C. Jones (Eds.), *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (pp. 281-303)

McQueen D. & Anderson L.M. (2002). What counts as evidence: issues and debates. In World Health Organisation, *Evaluation in Health Promotion – Principles and Perspectives*. WHO Regional Publications European Series, No.92 (pp.63-81). Copenhagen: WHO Europe.
Mittelmark, M. (2007). Setting an ethical agenda for health promotion. *Health Promotion International*, 23, 78-85.

Saan, H. & de Haes, W. (2006) Getting evidence into policy. The development and implementation of the health promotion framework. Vortrag gehalten an der “2006 Annual Conference of the European Public Health Association” (EUPHA), 16.-18.Nov.2006, Montreux, Switzerland. (www.euhpa.org 10.Okt. 2008)

Saan, H., de Haes, W. (2007). *Health Promotion Framework*. Utrecht, Rotterdam. (www.gesundheitsfoerderung.ch > Best Practice > Wissenszyklus. Ab April 2009)
Smith, B.J., Tang, K.C. & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: New Terms. *Health Promotion International*, 21, 340-343.

Tannahill, A. (2008). Beyond evidence – to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. *Health Promotion International*, 23, 380-390.

WHO (2006). WHO Health Promotion Glossary: New Terms. (siehe Smith et al 2006) (www.who.int > Suchwort: Health Promotion Glossary > New terms... . 14.März 2009)

WHO (2008). Closing the Gap in a Generation. Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. WHO Geneva. (www.who.int > Suchwort: Closing the Gap in a Generation. 9.März 2009)

Referent/innen



PD Dr. med. Georg Bauer, DrPH

Georg Bauer arbeitet seit 18 Jahren im Gebiet der Gesundheits- und Interventionsforschung. Er studierte von 1983-1989 an den Universitäten Innsbruck, Frankfurt und Tübingen Medizin. Von 1990 bis 1993 hat er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPMZ) vor allem in der Aidsprävention gearbeitet. 1993 bis 1998 erwarb er im Rahmen eines Weiterbildungs- und Forschungsaufenthalts an der School of Public Health der University of California in Berkeley einen Master und Doktor in Public Health. Im Rahmen des dortigen CDC Center for Family and Community Health führte er verschiedene Projekte zur Gesundheitsförderung in Gemeinden und Betrieben sowie zur Entwicklung von Gesundheitsförderungsindikatoren durch. Seit 1998 ist er wieder am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPMZ) tätig, seit 2001 als Abteilungsleiter. 2007 wurde er für das Gebiet „Public and Organizational Health“ an der ETH Zürich habilitiert. Seit 2006 leitet er die Abteilung Gesundheitsforschung und Betriebliches Gesundheitsmanagement, eine Kooperations-einrichtung des ISPMZ und des Zentrums für Organisations- und Arbeitswissenschaften der ETH Zürich. Diese Abteilung umfasst die drei Achsen Gesundheitsforschung (Forschungsgruppe Ergonomie und Umwelt, Forschungsgruppe Arbeit psychosoziale Gesundheit), Interventionsforschung (Forschungsgruppe betriebliches Gesundheitsmanagement/Systemergonomie) und Transfer (Beratungszentrum BGM-Zürich sowie «Masters of Advanced Studies» Arbeit + Gesundheit der ETH Zürich). Neben seiner Forschung ist Georg Bauer über das Beratungszentrum BGM aktiv in der Verbreitung und Umsetzung von BGM in Unternehmen involviert. Seine Lehre an der Universität und ETH Zürich umfasst die Themen Arbeit und Gesundheit, Prävention, Gesundheitsförderung und BGM. Seit 2008 bietet seine Abteilung ein Weiterbildungszertifikat für Betriebliches Gesundheitsmanagement an.



Dr.in. Ursel Broesskamp-Stone, MPH, Dr.in. PH

Ursel Broesskamp-Stone leitet seit 2001 den Bereich Internationales, seit 2006 ist sie zudem Senior Policy Advisor bei Gesundheitsförderung Schweiz, der Schweizer Schwesterorganisation des FGÖ. 2004-2006 leitete sie den Bereich Evidenz. Im letzten Jahr verschob sich ihr Fokus von Evidenz hin zu (evidenz-informierter/ wissenschaftlicher) Policy-Arbeit für Gesundheitsförderung. Dabei hat sie weiterhin den Lead im Bereich Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bis 2004 leitete Ursel Broesskamp-Stone das Sekretariat des International Network of Health Promotion Foundations, in dem auch der Fonds Gesundes Österreich Mitglied ist. Seit 2000 sind ein Arbeitsschwerpunkt und -interesse inter-organisationale (intersektorale) Netzwirkbildung, -funktion, -'management', und -assessment in der Gesundheitsförderung und darüber hinaus. Nachhaltige Infrastrukturen und Finanzierungsmechanismen für Prävention und Gesundheitsförderung sind ebenfalls ein Schwerpunkt. 1995-2001 arbeitete sie bei der WHO Genf. Zuvor leitete sie in Deutschland zwei nationale intersektorale Reformprojekte im Bereich Gesundheit und Bildung wie auch regionale Innovationsprojekte. Sie war zudem in Lehre und Forschung in Gesundheitswissenschaften/ Public Health an Universitäten tätig. Bis heute fühlt sie sich beeinflusst von frühen beruflichen Tätigkeiten auf lokaler Ebene, wie der Gesundheitsförderung mit und für sozial benachteiligte Menschen.



Univ.-Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür

Studium am Max Reinhardt-Seminar der Hochschule für Musik und Darstellende Kunst in Wien; Studium Rechtswissenschaft, Philosophie und Soziologie an der Universität Wien (Magisterium, Doktorat, Habilitation); diverse Kurse und Trainings Leiter des Ludwig Boltzmann Instituts für Gesundheitsförderungsforschung (Health Promotion Research); Forschungsgebiete: Jugend und Gesundheit, Gesundheitsförderung in Settings, Theorie der Gesundheit und Gesundheitsförderung, Gesundheit und sexuelle Beziehungen Universitätslehrer am Institut für Soziologie der Universität Wien, Seminare, Vorlesungen und Forschungspraktika in den Bereichen Gesundheitssoziologie, Soziologie der Erziehung und Soziologie der Sexualität, soziologische Theorie; Lehre in verschiedenen anderen universitären und nicht-universitären Lehrgängen und Bildungseinrichtungen; Vortragstätigkeit. Projektleiter und Mitglied des International Coordinating Committee des Health Behaviour in Schoolaged Children Projektes (HBSC) der WHO, stellv. Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Medizin- und Gesundheitssoziologie



Dr. phil Wolf Kirschner

Wolf Kirschner ist promovierter Sozialwissenschaftler und Experte in der Epidemiologie und Evaluationsforschung. Er leitet seit 2002 die Abteilung Evaluationsforschung bei Forschung, Beratung+Evaluation (FB+E GmbH) Berlin. Nach dem Studium der Sozialwissenschaften an der Universität Göttingen begann er seine Berufslaufbahn bei Infratest Gesundheitsforschung in München. Von 1982 bis 1987 war er Repräsentant der Infratest Gesundheitsforschung in Westberlin. Von 1987 bis 1996 leitete er als Geschäftsführer die Epidemiologische Forschung Berlin (EFB), eine Tochtergesellschaft der Infratest Gruppe. 1996 trennte sich Wolf Kirschner von der Infratest Gruppe und gründete das Institut FB + E. Von 1997 bis 2002 war er Consultant dieses Unternehmens. Wolf Kirschner hat in seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit über 500 Forschungsvorhaben, darunter mehrere Hundert große Forschungsprojekte durchgeführt. Schwerpunkte seiner Forschungstätigkeit waren die epidemiologische Forschung sowie die Präventions- und Versorgungsforschung. Seit 1992 hat sich Wolf Kirschner im Bereich der Evaluationsforschung spezialisiert. Neben seiner eigentlichen beruflichen Tätigkeit war und ist Wolf Kirschner Dozent für empirische Forschung und Evaluationsforschung an acht Universitäten und Fachhochschulen im In- und Ausland. Zu den besonderen Qualifikationen von Herrn Kirschner gehört die umsetzungsorientierte wissenschaftliche Politikberatung. Als neues Aufgabenfeld hat Herr Kirschner nun die Interventionsforschung entdeckt und mit dem bundesweiten Programm zur Verringerung von Frühgeburten BabyCare (www.baby-care.de) einen ersten Meilenstein gelegt.



Mag^a. Doris Kuhness, MPH

Diplomstudium Psychologie (Magistra der Naturwissenschaften), leitet bei Styria vitalis die Abteilung Schulische Gesundheitsförderung und die Projekte „anders essen in Steirischen Landesberufsschulen“ und „feelok.at – Implementierung eines computerunterstützten ExpertInnen-Systems für Jugendgesundheitsthemen“, absolvierte 2004-2006 den Universitätslehrgang Public Health sowie den Universitätslehrgang Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung.



Priv.-Dozⁱⁿ. Drⁱⁿ. med. Julika Loss

Julika Loss studierte Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und erhielt 1998 die Approbation als Ärztin. Seit 1998 war sie in der Abteilung Gastroenterologie und Hepatologie der Medizinischen Hochschule Hannover klinisch tätig, bis sie im April 2001 die Stelle als wissenschaftliche Assistentin am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth antrat. Hier hat eine Arbeitsgruppe aufbauen können, die sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention beschäftigt. Schwerpunkt sind dabei Qualitätsmanagement, Strategien und Evaluation bei Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Am 01.02.08 wurde sie zur Akademischen Oberrätin ernannt. 2005 arbeitete Julika Loss im Rahmen eines DFG-Forschungsstipendiums für 12 Monate am Australian Centre for Health Promotion an der University of Sydney, Australien. Hier bearbeitete sie ein Forschungsprojekt zur Empowerment und Partizipation in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Im November 2007 erhielt sie die Venia legendi für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften Universität Bayreuth. Das Thema der Habilitationsschrift lautete „Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung – Entwicklung, Anwendung und Bewertung einer Systematik zur mehrdimensionalen Evaluation“ Julika Loss ist Redaktionsmitglied der Zeitschrift „Public Health Forum“ und Mitglied im Beirat der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“. Sie leitet die Arbeitsgruppe „Empowerment in der Gesundheitsförderung“ in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP).



em. Univ.-Prof. Dr. R. Horst Noack, Ph.D.

Horst Noack ist Professor emeritus für Sozialmedizin und Epidemiologie. Er hat sich frühzeitig mit der wissenschaftlichen Erforschung von Gesundheit und den Möglichkeiten bevölkerungsweiter und nachhaltiger Gesundheitsförderung befasst. Der Beitrag fundierter wissenschaftlicher Evidenz zur Verankerung wirksamer gesundheitsfördernder Strategien in kommunalen und sozialen Settings ist ihm seit Langem ein vorrangiges wissenschaftliches und gesellschaftliches Anliegen. Nach seiner Ausbildung in Deutschland und den USA war er in der Schweiz in der sozialmedizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung und Lehre tätig. Als Vizedirektor des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Bern hat er die Abteilung für Gesundheitsforschung aufgebaut und geleitet. Von 1992–2005 war Horst Noack Vorstand des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz (bis Ende 2003 Karl-Franzens-Universität Graz). Horst Noack ist Mitglied des Fachbeirats des Fonds Gesundes Österreich, Ehrenpräsident der Österreichischen Gesellschaft für Public Health, Past President der European Public Health Association (EUPHA) und Leiter der Universitätslehrgänge mit Abschluss Master of Public Health der Medizinischen Universität Graz und am Zentrum für Wissenschaft und Weiterbildung Schloss Hofen (Vorarlberg). Seine wissenschaftlichen Arbeitsschwerpunkte sind sozialepidemiologische Forschung, Gesundheitsförderung, primäre Prävention und Gesundheitssystemanalyse.



Mag^a. Birgit Pichler

Birgit Pichler ist diplomierte Ernährungswissenschaftlerin, seit August 2006 Mitarbeiterin der ÖSB Consulting GmbH im Bereich Productive Ageing – Workplace Health Promotion. Neben der Projektleitung von (f)itworks arbeitet sie als Beraterin und Trainerin in den Bereichen Betriebliche Gesundheitsförderung und Alternsgerechtes Arbeiten. Ihre inhaltlichen Schwerpunkte liegen in der Prävention lebensstilabhängiger Erkrankungen, Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Menschen und Migrant/innen, in der frauenspezifischen und Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Alternsgerechtem Arbeiten. Ihre methodischen Kompetenzen umfassen Konzeption, Planung und Durchführung von Projekten in den genannten Bereichen, Projektberatung und -coaching, Training, Vernetzung von Akteur/innen sowie wissenschaftliches Arbeiten und Publikation von Forschungsergebnissen. Ihr neuester Beitrag „Gesundheitsförderung Arbeit suchender Menschen“ erschien im April 2008 im Buch „Gesundheitsförderung stärken – Kritische Aspekte und Lösungsansätze“, herausgegeben von Ingrid Spicker und Gabriele Sprengseis.



Mag^a. Karin Reis-Klingspiegl

Studium der Deutschen Philologie und Europäischen Ethnologie, seit 1988 bei Styria vitalis, Geschäftsführung ab 2006. Seit 1993 am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement tätig.

Arbeitsschwerpunkte: Settingorientierte Gesundheitsförderung in Gemeinden und Schulen, Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung, Zielgruppen Jugendliche und ältere Menschen, pflegende Angehörige; Unterrichtstätigkeit in Universitätslehrgängen und Fachhochschulen sowie in der Erwachsenenbildung



Hans Saan

Since 1973 Hans Saan has been involved in the development of and training for Health Education, later upgraded to Health Promotion, both at a national and an international level.

He is honorary member of the Dutch Health Promotion Association and advisor to the board of the Dutch Public Health Federation. He is member of editorial councils of Dutch and international journals on Health Promotion.

Nowadays he is one of the initiators of a new health promotion reference framework, works as a private senior consultant on policy, strategy, leadership and professional development. Being retired he also has a little more time to study cartography, the enneagram, Egypt hieroglyphs, Zauberflöte and tarot. He is also involved in the making of a museum about and for children.



Ina Sockoll

Diplom-Psychologin, Studium an der Technischen Universität Dresden, seit 2006 beschäftigt beim Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen, seit 2007 tätig als Referentin der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) für den BKK Bundesverband. Arbeitsschwerpunkt: Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), Evidenzbasierung von BGF und Prävention (gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen)



Bertino Somaini

Arzt, Präventivmediziner mit Public Health Ausbildung.
Ausbildung in Thailand (Diplom in Tropenmedizin,) und Public Health (MPH) in Berkeley (Kalifornien USA).
1976–1981 Leitung eines Pflegeheimes für chronisch kranke Personen und Stadtarzt in Zürich.
1981–1993 Bundesamt für Gesundheit, Bern Vizedirektor. Aufbau und Mitgestaltung der Epidemiologie, der Aidsprävention und Drogenprävention in der Schweiz. 1994–2000 Leitung der Abteilung Interventionsforschung im Institut für Sozial -und Präventivmedizin Universität Zürich. Seit 1993 Beratung für Prävention und Gesundheitsförderung. 1999–2007 Direktor der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz in Lausanne und Bern.
Ab 2008 eigenes Beratungsbüro „Public Health Promotion GmbH“ für Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health. Mitarbeit und Beratung bei der Entwicklung verschiedener nationaler Konzepte (z.B. Umwelt und Gesundheit, Krebsbekämpfung, Nat. HIV/Aidsprogramm, Gesundes Körpergewicht, Stress und Arbeit)



Gedruckt nach der Richtlinie des
Österreichischen Umweltzeichens
„Schadstoffarme Druckerzeugnisse“
Ferdinand Berger & Söhne GmbH · UWNr. 686



Für den Druck dieses Produktes wurde
PEFC-zertifiziertes Papier verwendet

IMPRESSUM

Medieninhaber und für den Inhalt verantwortlich:

Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit
Österreich GmbH

Redaktionelle Leitung:

Helga Klee

Tagungskonzept:

Mag^a. Gerlinde Rohrauer, MPH

Lektorat:

Mag^a. Waltraud Tiefenböck

Gestaltung: paco.Medienwerkstatt,

Druck: Ferdinand Berger & Söhne Ges.m.b.H., Horn

