

Master's-Arbeit

**Institutionale und prozessuale Handlungsfelder zur Erreichung der definierten Gesundheitsziele in Oberösterreich**  
**Theoretische Konzepte und Ergebnisse von Interviews mit zentralen AkteurInnen**

Alfred Mair, 7555179

Universitätslehrgang Public Health



Medizinische Universität Graz



zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Public Health**

Betreuer: Dr. Stefan Meusburger, MSc

Graz, September 2007

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen anderer Autorinnen und Autoren als solche kenntlich gemacht habe.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift

# Inhaltsverzeichnis

<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>2</b>
<b>Kurzfassung / Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Einführung</b> .....	<b>7</b>
1.1. Stand der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich .....	7
1.2. Spezielle Problemlagen in Oberösterreich .....	11
1.3. Ziele der Arbeit .....	12
1.3.1. Analyse von Leadership zur Umsetzung der Gesundheitsziele .....	13
1.3.2. Vorschläge, um Lernen und Weiterentwicklung in den Prozess der Umsetzung der Ziele systematisch zu integrieren .....	13
1.3.3. Darstellung von Qualitätskriterien für Projekte bzw. Programme .....	13
<b>2. Methoden und Vorgangsweise</b> .....	<b>14</b>
2.1. Literaturanalyse und Auswahl der theoretischen Konzepte .....	14
2.2. Entwicklung des Leitfadens und Durchführung der Interviews.....	15
2.3. Auswertung der Interviews .....	18
<b>3. Theoretische Konzepte zu den Ausgangshypothesen und Darstellung der Aussagen der Interviewten</b> .....	<b>20</b>
3.1. Analyse von Leadership und Strukturen zur Umsetzung der Gesundheitsziele .....	20
3.1.1. Der politische Prozess bis zur Auftragserteilung .....	20
3.1.2. Commitment und Leadership.....	25
3.1.3. Spannungsfeld Politik – Praxis – Evidenz .....	27
3.1.4. Ergebnisse aus den Interviews .....	31
3.1.4.1. Was wollen PolitikerInnen? .....	31
3.1.4.2. Nutzen für PolitikerInnen schaffen.....	33
3.1.4.3. Strukturen für die Umsetzung der Gesundheitsziele .....	35
3.1.4.4. Gelebtes Leadership und Commitment .....	38
3.1.4.5. Maßnahmenplanung mit EntscheidungsträgerInnen abstimmen .....	42
3.1.4.6. Welche Personen, Gruppen und Organisationen könnten die Umsetzung der Gesundheitsziele unterstützen? .....	44
3.2. Capacity und Prozesse für die Umsetzung von Gesundheitszielen.....	48
3.2.1. Capacity building (Potentialentwicklung) .....	48
3.2.2. Planung und Implementierung einer Public Health Politik: Gesundheit21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ der WHO .....	55
3.2.3. Zusammenarbeiten um Ziele zu erreichen .....	57
3.2.4. Ergebnisse aus den Interviews .....	62
3.2.4.1. Bewertung der aktuellen Situation.....	62
3.2.4.2. Reflexionsphasen um aus den bisherigen Ergebnissen und Erfahrungen zu lernen .....	63

3.2.4.3. Entwicklung einer längerfristigen strategischen Perspektive .....	64
3.2.4.4. Kernaufgaben des Instituts für Gesundheitsplanung.....	67
3.2.4.5. Maßnahmen konzipieren, pilotartig umsetzen und evaluieren .....	68
3.2.4.6. Verantwortung für die Umsetzung der Ziele .....	71
3.2.4.7. Vernetzung verstärken .....	73
3.2.4.8. Aufbau von Know-how .....	75
<b>3.3. Qualität und Nachhaltigkeit von Projekten und Programmen sichern .....</b>	<b>78</b>
3.3.1. Strukturvorgaben für Projektanträge beim Fonds Gesundes Österreich .....	78
3.3.2. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument – Ein Beispiel aus der Schweiz.....	79
3.3.3. Komponenten eines umfassenden Public Health Programms – Der neuseeländische Vorschlag.....	87
3.3.4. Ergebnisse aus den Interviews.....	93
3.3.4.1. Sind Strukturvorgaben (Regeln) für Projektanträge erforderlich?.....	93
3.3.4.2. Vorteile und Nachteile von Strukturvorgaben .....	94
3.3.4.3. Verbindlichkeit der Strukturvorgaben .....	95
3.3.4.4. ExpertInnenbeirat zur Unterstützung des Vorstandes und des IGP .....	97
3.3.4.5. Einsatz von Instrumenten des Projektmanagements .....	97
3.3.4.6. STOPP sagen bzw. adaptieren muss während der Umsetzung möglich sein.....	98
<b>4. Zusammenfassung der Ergebnisse und Empfehlungen .....</b>	<b>99</b>
4.1. Die Themen der Studie .....	99
4.2. Der politische Prozess, Leadership sowie die Nutzung von Evidenz basiertem Wissen .....	101
4.3. Capacity und Prozesse für die Umsetzung von Gesundheitszielen.....	105
4.4. Qualität und Nachhaltigkeit von Projekten und Programmen sichern .....	112
4.5. Schlusswort.....	114
<b>Verzeichnis der Abkürzungen.....</b>	<b>117</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>117</b>
<b>Anmerkungen .....</b>	<b>118</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>127</b>
<b>Anhang A: Definition des Begriffs Gesundheitsdeterminanten .....</b>	<b>133</b>
<b>Anhang B: Fragenleitfaden für die Interviews.....</b>	<b>134</b>

## **Kurzfassung**

### **Hintergrund**

Seit 2001 wird in Oberösterreich an der Umsetzung der Gesundheitsziele gearbeitet. Zur Unterstützung der Aktivitäten wurde das Institut für Gesundheitsplanung (IGP) gegründet. Bei einigen Zielen ist ein langfristiges, auf Nachhaltigkeit ausgerichtetes Vorgehen festzustellen, bei anderen sind kaum Aktivitäten bemerkbar. Der Gesamtbefund ergibt, dass zwar Gesundheitsziele vereinbart werden konnten, die Umsetzung von effizienten, nachhaltigen Maßnahmen und Programmen zur Erreichung der Gesundheitsziele sich aber schwierig gestaltet. Auch in anderen Staaten finden sich derartige Erfahrungen.

### **Ziele**

Die derzeitige Situation von Leadership im Hinblick auf die Umsetzung der Gesundheitsziele zu bewerten und Vorschläge zu erarbeiten, wie sich die EntscheidungsträgerInnen im Prozess der Umsetzung vermehrt engagieren könnten und wie der Managementprozess effektiver zu gestalten wäre.

Zu ermitteln, wie derzeit die Kultur von Lernen und Weiterentwicklung durch EntscheidungsträgerInnen und FachexpertInnen beurteilt wird und Empfehlungen für eine Verbesserung der Praxis – bzgl. des Aufbaus von Know-how und der erforderlichen Kapazitäten – zu erarbeiten.

Qualitätskriterien für Projekte und Programme, die zur Erreichung der Gesundheitsziele durchgeführt werden, an Hand von Beispielen darstellen.

### **Methodik**

Analyse der Literatur in Bezug auf die Umsetzung von Gesundheitszielen (z. B. Dokumente der WHO; good-practice-Beispiele aus Finnland, Neuseeland, Australien; Politikfeldanalyse).

Leitfadeninterviews mit im Bereich der Umsetzung von Gesundheitszielen tätigen EntscheidungsträgerInnen bzw. ExpertInnen.

### **Ergebnisse**

Die Verantwortlichen sind aufgeschlossen gegenüber Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele, wichtige Basisstrukturen für die Umsetzung sind vorhanden (IGP, Gesundheitskonferenzen, Arbeitskreise je Ziel). Allerdings sind die vorhandenen Strukturen effizienter zu nutzen und weiterzuentwickeln.

Ein längerfristiges strategisches Programm ist in enger Abstimmung mit den Machtpromotoren zu erarbeiten und zu verabschieden. Dabei sind die gesundheitlichen Probleme an der Wurzel anzupacken (Upstream approach, Orientierung an Gesundheitsdeterminanten).

Die Thematik von derzeit nicht ausreichendem Leadership ist zu diskutieren und zu lösen. Die Umsetzung der Ziele sollte stärker durch einen breiten, transparenten Konsultationsprozess begleitet werden.

Besonderes Augenmerk ist auf Capacity building – den Aufbau von für die Umsetzung notwendigem Know-how, Managementkompetenzen und Prozessen – zu legen. Dies ist als Aufgabe parallel zur Umsetzung der Maßnahmen sicherzustellen.

Derzeit arbeiten die Akteure sehr isoliert und fragmentiert. Es sind stabile, unterstützende Netzwerke aufzubauen.

Das IGP könnte stärker als bisher zur Erreichung der Gesundheitsziele beitragen, indem es den Auftrag erhält, sich mehr auf die Koordination und Umsetzung der Ziele als auf die Gesundheitsberichterstattung zu konzentrieren.

## **Abstract**

### **Background**

Since 2001 efforts have been made in Upper Austria to implement health goals, and the Institute for Health Planning (IGP) was founded to support these activities. For some of the goals there are long-term strategies that also try to achieve sustainability but for others hardly any activities are noticeable. Findings show that health goals have been agreed on but that implementing effective and sustainable measures and programmes to achieve these goals appears difficult. Other countries have encountered similar experiences.

### **Aims**

To evaluate the current situation of leadership in relation to implementing the health goals and to provide suggestions as to how decision makers could become more involved in implementing these goals and how the process of management could be made more effective.

To find out how continuous learning and further developments are assessed by decision makers and to provide suggestions for improvements – e. g. on how to build up know-how and the capacity required.

To present quality criteria for the projects and programmes carried out to reach these health goals by giving examples.

### **Methods**

Analysis of literature concerning the implementation of health goals (e. g. WHO documents; examples of good practice from Finland, New Zealand, Australia; analysis of policy).

Conducting semi-structured interviews with decision makers and experts concerned with health goal implementation.

### **Findings**

Decision makers are open-minded when it comes to measures for implementing the health goals. The necessary basic structures exist (Institute for Health Planning, health conferences, working parties are established for each goal) ; however, the existing structures have to be used more efficiently and are in need of further development.

A long term strategic programme has to be developed and must be adopted in close cooperation with those in power. Health problems must be tackled at the basis (taking an upstream approach and taking the determinants of health into account).

The topic of the currently insufficient leadership has to be discussed and a solution must be found. Programmes for implementing the goals should be accompanied by a broad and transparent process of consultation.

Special attention should be paid to capacity building – that means developing the necessary knowledge, management skills and processes. This task has to be done parallel to measures for implementation.

The actors work practically in isolation and the work is fragmented. Strong and supportive networks need to be established.

In the future the Institute for Health Planning could contribute more to reaching the health goals if they are assigned to concentrate more on coordinating and implementing the health goals than on reporting health status.

# 1. Einführung

Seit 2001 wird in Oberösterreich an der Umsetzung der zehn, gemeinsam von der oberösterreichischen Landesregierung, dem Linzer Gemeinderat und der OÖGKK, beschlossenen Gesundheitsziele gearbeitet. In dieser Studie wird – an Hand von drei ausgewählten Themenbereichen – die Praxis der Umsetzung der oberösterreichischen Gesundheitsziele analysiert. Dazu wurden einerseits ExpertInnen und EntscheidungsträgerInnen interviewt, die im Bereich der Umsetzung der Gesundheitsziele tätig sind. Andererseits wurden Literaturstudien durchgeführt, um die Aussagen der Interviewten mit theoretischen Überlegungen zu ergänzen. In einem abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und Vorschläge erarbeitet, wie die bestehende Praxis optimiert werden könnte.

Als Erstes wird die aktuelle Situation bei der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich beschrieben. Außerdem werden spezielle Problemlagen angeführt, sowie die Ziele der Arbeit erläutert.

## 1.1. Stand der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich

In Oberösterreich wurde ab 1999 an der Erstellung des ersten Oberösterreichischen Gesundheitsberichts und der Formulierung von Gesundheitszielen gearbeitet. Die Projektleitung hatte die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) übernommen. 2001 beschlossen die oberösterreichische Landesregierung und der Linzer Gemeinderat einstimmig die Gesundheitsziele und präsentierten sie gemeinsam mit dem ersten Oberösterreichischen Gesundheitsbericht der Öffentlichkeit. Um die weiteren Gesundheitsberichte sowie Gesundheitskonferenzen zu organisieren und die Unterstützung der Umsetzung der Gesundheitsziele zu gewährleisten, erfolgte im Herbst 2002 die Gründung des Instituts für Gesundheitsplanung (IGP). Träger sind das Land Oberösterreich, die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und die Städte Linz und Wels. Das IGP erhielt folgende Aufgaben übertragen:<sup>1</sup>

- Koordinierung und Betreuung der Oberösterreichischen Gesundheitskonferenz
- Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung sowie Evaluierung des Gesundheitszielekonzeptes
- Durchführung und Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Oberösterreich

Nach der erstmaligen Definition der Ziele wurden diesen auch Umsetzungsverantwortliche zugeordnet und für den Großteil der Ziele Arbeitskreise eingesetzt. Die Aufgabe der Arbeitskreise bestand darin, Vorschläge für Maßnahmen zu entwickeln, durch deren Realisierung die Gesundheitsziele erreicht werden können. Manche Arbeitskreise sind wegen mangelndem Engagement der Beteiligten nicht mehr aktiv.

Maßnahmen werden laufend von verschiedenen Anbietern im Gesundheitsförderungsbereich bzw. von Interessensgruppen konkretisiert und als Realisierungskonzept an das IGP herangetragen. Nach einer Vorprüfung und Stellungnahme durch das IGP erfolgt die Freigabe von Mitteln für Programme bzw. Maßnahmen durch den Vorstand des IGP. Die wichtigsten Mitglieder des Vorstandes sind die Gesundheitslandesrätin als Vertreterin des Landes und der Direktor der OÖGKK, denn Land und OÖGKK finanzieren das IGP zu 80 Prozent. Die restlichen 20 Prozent tragen die Städte Linz und Wels bei. Daneben ist noch die Ärztekammer im Vorstand des IGP vertreten.

Die Aktivitäten in Bezug auf die Umsetzung der Gesundheitsziele sind sehr unterschiedlich. Bei einigen Zielen ist eine langfristige, auf Nachhaltigkeit ausgerichtete Orientierung vorhanden (z. B. Zahngesundheit, Betriebliche Gesundheitsförderung, Impfen). In anderen Fällen werden punktuell Maßnahmen gesetzt (um z. B. Diabetes-Spätschäden zu verhindern, wurde als einzige – wenn auch sehr umfangreiche – Maßnahme eine strukturierte Betreuung der DiabetikerInnen durch die AllgemeinmedizinerInnen realisiert). Bei mindestens einem Gesundheitsziel (Herz-Kreislauf-Krankheiten reduzieren) sind kaum Aktivitäten festzustellen.

Eine Evaluierung der oberösterreichischen Gesundheitsziele durch das Institut für Gesundheitsplanung (IGP) im Jahr 2005 ergab, dass einige Ziele bereits erreicht waren und bei anderen ein Erreichen in den nächsten Jahren als nicht realistisch erschien. Darum wurden im ersten Halbjahr 2006 mit den Verantwortlichen – unter Federführung des IGP – die Gesundheitsziele aktualisiert, überarbeitet und zum Teil neu definiert. Die adaptierten Ziele wurden im Vorstand des IGP beschlossen. Die 10 neuen Gesundheitsziele für Oberösterreich finden sich auf S.10. Sowohl die früheren als auch die neuen Ziele sind in der oberösterreichischen Bevölkerung kaum bekannt.

Das Gesamtbild in Oberösterreich zeigt, dass Gesundheitsziele zwar vereinbart werden konnten, sich die Umsetzung von effizienten und nachhaltig wirksamen Maßnahmen und Programmen zur Erreichung der Gesundheitsziele aber schwierig gestaltet. So könnte z. B. die Politik noch wesentlich entschiedener für die Umsetzung



der Gesundheitsziele eintreten<sup>2</sup> und bei den umgesetzten Maßnahmen blieb die Qualität der Umsetzung und die Auswirkung auf die Gesundheit der Zielbevölkerung zumeist unklar. Das IGP veröffentlicht laufend Detailberichte zu den einzelnen Zielen, welche die Ausgangslage in den Zielfeldern gut beleuchten. Nur teilweise wird in diese Berichte die Darstellung von Maßnahmen mit aufgenommen, selten werden diese kritisch bewertet. Berichte, in denen Maßnahmen beschrieben und deren Wirkungen analysiert wurden, sind zu den Bereichen Zahngesundheit und Diabetes vorhanden. In letzterem wurde ein konkretes Projekt beschrieben.

Der hier gezeichnete Befund ist ganz typisch, denn auch internationale Erfahrungen zeigen, dass die Formulierung von Gesundheitszielen noch relativ einfach ist. Maßnahmen entwickeln um die Gesundheit der Bevölkerung tatsächlich zu verbessern und diese auch umzusetzen, gestaltet sich viel schwieriger.

So stellt Martina Schmiedhofer in ihrem Artikel „Gute Ziele, steinige Wege“ für Deutschland fest: „Es ist vergleichsweise einfach, sich auf Ziele zu einigen. ... Das Problem sind jedoch die Wege, um Ziele zu erreichen.“<sup>3</sup> Und Walter Holland weist darauf hin, dass in Großbritannien nach der Zielformulierung „von Seiten des Ministeriums wenig Anreize zur Umsetzung [der Ziele] geschaffen wurden.“<sup>4</sup> Auch in den USA liegt das Problem in der Umsetzung. Es fehlen die finanziellen Mittel und es gibt keine Behörde, die für die Implementierung federführend zuständig wäre.<sup>5</sup>

Länder, in denen nach der Formulierung der Gesundheitsziele auch intensiv an deren Umsetzung gearbeitet wird, sind z.B. Schweden<sup>6</sup> und Neuseeland.<sup>7</sup> Aber auch Finnland kann über einige interessante Projekte im Rahmen seiner „Health in all policies“ berichten.<sup>8</sup>

Die Schwierigkeiten, die sich bei der Umsetzung der Gesundheitsziele ergeben, sollen nicht frustrieren, sondern vielmehr Anlass sein, laufend an der Verbesserung der Situation zu arbeiten. Einen Beitrag dazu möchte die vorliegende Arbeit leisten.

## Abb. 1: 10 neue Gesundheitsziele für Oberösterreich<sup>9</sup>

- Ziel 1: Diabetesspätfolgen**  
Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesfolgen, wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere Gesundheitsstörungen um 15 % gegenüber dem Jahr 2000 reduziert werden.
- Ziel 2: Zahngesundheit**  
Bis zum Jahr 2010 sollten mindestens 80 % der Kinder der Altersgruppe 6 kariesfrei sein und 12-jährige sollten im Durchschnitt höchstens 1,5 kariöse, extrahierte oder gefüllte Zähne aufweisen.
- Ziel 3: Betriebliche Gesundheitsförderung**  
Bis zum Jahr 2010 unterzeichnen mindestens 10 % aller Unternehmen mit mehr als 10 unselbständig beschäftigten MitarbeiterInnen die Charta zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Bis zum Jahr 2010 sollen mindestens 30 Unternehmen Träger des Gütesiegels Betrieblicher Gesundheitsförderung sein.
- Ziel 4: Psychosoziale Gesundheit**  
Bis zum Jahr 2010 sollte sich die psychische Gesundheit der OberösterreicherInnen nachhaltig verbessert haben. Wir messen das an der Suizidrate, den Diagnose bezogenen Krankenständen und Krankenhausaufenthalten.
- Ziel 5: Impfen**  
Bis zum Jahr 2010 sollen sukzessive die Durchimpfungsraten für Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (2 Impfungen bis zum 7. Lebensjahr) sowie Pertussis (Keuchhusten) und Hämophilus influenzae Typ B (4 Teilimpfungen bis zum 3. Lebensjahr) auf 90 Prozent ansteigen.
- Ziel 6: Herz-Kreislaufkrankheiten**  
Bis zum Jahr 2010 sollte die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Altersgruppe unter 65 Jahre nachhaltig um mindestens 20 % gegenüber dem Jahr 2000 zurückgehen.
- Ziel 7: Rauchfreie Lebensräume**  
Gesundheit braucht rauchfreie Atemluft und dies wird durch rauchfreie Lebensräume gewährleistet. Deswegen soll sich die Anzahl der rauchfreien Lebensräume für alle OberösterreicherInnen bis 2010 wesentlich erhöhen.
- Ziel 8: Sucht**  
Die oberösterreichische Bevölkerung soll bis zum Jahr 2010 bezüglich Sucht, psychoaktive Substanzen und Möglichkeiten der Suchtprävention informiert sein.
- Ziel 9: Gesundheitsfördernde Schule**  
Bis zum Jahr 2010 sollen 70 Schulen im Rahmen des von der oberösterreichischen Arbeitsgruppe „Gesunde Schule“ ausgearbeiteten Konzepts gesundheitsfördernd tätig sein.
- Ziel 10: Gesunde Gemeinden**  
Bis zum Jahr 2010 sollte an 25 % der oberösterreichischen Gemeinden ein Qualitätszertifikat für Gesunde Gemeinden verliehen worden sein.

## 1.2. Spezielle Problemlagen in Oberösterreich

Um im Bereich der Umsetzung von Gesundheitszielen Optimierungen zu erreichen, werden in dieser Arbeit einige Problemfelder in Oberösterreich identifiziert, die Sichtweisen von EntscheidungsträgerInnen und ExpertInnen zu diesen Problem-bereichen erhoben und Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Für die endgültige Auswahl der Problemfelder waren neben den eigenen Beobachtungen insbesondere Literaturrecherchen und Gespräche mit Personen, die im Bereich der Umsetzung und Evaluation der Gesundheitsziele in Oberösterreich tätig sind, entscheidend. Die Problemsicht wurde beeinflusst durch die eigene berufliche Tätigkeit in der Abteilung Behandlungsökonomie der OÖGKK und die daraus resultierende Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheitsplanung.

In dieser Arbeit erfolgt die Bearbeitung der im Folgenden dargestellten drei Ausgangshypothesen.

- **Für das Themenfeld Gesundheitsziele ist kein echtes Leadership vorhanden.**  
Verantwortliche Entscheidungsträger – insbesondere aus der Politik – engagieren sich nur wenig, um aus den Gesundheitszielen abgeleitete Programme konsequent umzusetzen. Das Ergebnis der bisherigen Recherchen zeigt, dass auch die den GesundheitspolitikerInnen unterstellten GesundheitsreferentInnen nicht den Auftrag erhalten, sich konsequent des Themenbereiches „Entwickeln von Maßnahmen zur Erreichung der Gesundheitsziele“ anzunehmen. Dies hat zur Folge, dass nur relativ wenige Maßnahmen zur Erreichung der Gesundheitsziele konzipiert und umgesetzt werden. Auch werden die Gesundheitsziele nur selten in der Öffentlichkeit thematisiert und sind daher in der oberösterreichischen Bevölkerung kaum bekannt.
- **In den Prozess der Umsetzung von Maßnahmen zur Erreichung der Gesundheitsziele sind Lernen und Weiterentwicklung nicht ausreichend systematisch implementiert.**  
Es fehlen unterstützende Rahmenbedingungen, die Lernen aus den eingereichten Konzepten, den bisher umgesetzten Maßnahmen, den vorhandenen Evaluations- und Gesundheitsberichten fördern und fordern würden. Es wird wenig Feedback gegeben, die „Brauchbarkeit“ der Produkte und die Wirksamkeit von Maßnahmen werden nicht systematisch beurteilt. Dadurch verbessert sich die Qualität der Arbeitsergebnisse im Laufe der Jahre nur wenig. Auch das IGP erhält auf Grund

dieser Situation nur wenige Rückmeldungen über Positives und darüber, was verbessert werden könnte.

- **Strukturvorgaben für Projektanträge sind nicht in ausreichendem Maß vorhanden.**

Es fehlen detaillierte Vorgaben, was Projektanträge alles beinhalten müssen, damit die Projekte mit hoher Wahrscheinlichkeit tatsächlich die Gesundheit der oberösterreichischen Bevölkerung verbessern. Für die Beurteilung der Förderungswürdigkeit von Projekten und Maßnahmen liegt kein einfach handhabbares Raster vor, mit dessen Hilfe die Qualität und Vollständigkeit der Projektvorschläge bewertet werden könnte. So lässt sich zurzeit nur schwer abgrenzen, welche Projekte förderungswürdig sind und welche abgelehnt werden sollen. Auch sind Projektanträge meist nicht klar strukturiert und oft wenig ausgereift. Als Beispiele können zwei vor kurzem beim IGP eingereichte Projektanträge zu den Zielfeldern Herz-Kreislaufkrankungen<sup>10</sup> und Atemwegserkrankungen<sup>11</sup> dienen. Die zur Umsetzung der Gesundheitsziele eingereichten Konzepte sind meist isolierte Einzelprojekte und selten Teil eines Gesamtprogramms. Eine Nachhaltigkeit von Maßnahmen ist bei der Umsetzung dieser Konzepte nur selten gewährleistet.

### **1.3. Ziele der Arbeit**

Im vorigen Kapitel wurden drei Ausgangshypothesen im Hinblick auf die Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich geschildert. Im Zentrum der Überlegungen dieser Arbeit steht, wie sich die drei Problemlagen in der Literatur und aus der Sicht von ExpertInnen und EntscheidungsträgerInnen, die an der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich beteiligt sind, darstellen und welche Strukturen und Prozesse notwendig sind, um in den drei oben genannten Bereichen Verbesserungen zu erzielen. Die Verbesserungen sollen dazu führen, dass künftig effektivere und effizientere Maßnahmen entwickelt und dann auch umgesetzt werden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit die Gesundheit der OberösterreicherInnen im Sinne der beschlossenen Gesundheitsziele positiv beeinflussen. Wesentliche Informationsquellen bilden dabei relevante, in der Literatur vorgefundene theoretische Konzepte sowie die Diskussionen mit den InterviewpartnerInnen.

Im Folgenden führe ich die Ziele dieser Arbeit an, die vor dem Hintergrund der Ausgangshypothesen erreicht werden sollen.

### **1.3.1. Analyse von Leadership zur Umsetzung der Gesundheitsziele**

Mit den InterviewpartnerInnen wird diskutiert, wie sie die derzeitige Situation von Leadership im Hinblick auf die Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich bewerten. Aus der relevanten Literatur und den insgesamt acht Interviews, mit im Bereich der Umsetzung von Gesundheitszielen tätigen EntscheidungsträgerInnen bzw. ExpertInnen, erarbeite ich Vorschläge, wie sich die politischen EntscheidungsträgerInnen im Prozess der Umsetzung der Gesundheitsziele engagieren könnten und wie der Managementprozess effektiver zu gestalten wäre (siehe Kap. 3.1, Details zu den Interviews siehe Kap. 2).

### **1.3.2. Vorschläge, um Lernen und Weiterentwicklung in den Prozess der Umsetzung der Ziele systematisch zu integrieren**

Im Anschluss an die Diskussion mit den InterviewpartnerInnen, wie Lernen und Weiterentwicklung in Bezug auf die Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich beurteilt wird und was anders zu gestalten wäre, wird die Sichtweise der Interviewten zu Lernen und Weiterentwicklung dargestellt. Weiters leite ich aus den Interviews sowie den in der Literatur vorgefundenen Konzepten Empfehlungen für eine Verbesserung der Praxis ab (siehe Kap. 3.2).

### **1.3.3. Darstellung von Qualitätskriterien für Projekte bzw. Programme**

In einigen Ländern (z. B. in Neuseeland<sup>12</sup> oder in der Schweiz<sup>13</sup>), aber auch beim Fonds Gesundes Österreich,<sup>14</sup> existieren Vorgaben, welche Eckpunkte in Projektanträgen für Maßnahmen bzw. Programme zur Umsetzung von Gesundheitszielen zu berücksichtigen sind. Durch die Berücksichtigung dieser Eckpunkte soll sichergestellt werden, dass die Maßnahmen bzw. Programme tatsächlich zu gewünschten Veränderungen in den Outcomes beitragen. Den InterviewpartnerInnen stelle ich die Frage, ob und wenn ja, in welcher Form derartige Vorgaben auch in Oberösterreich eingeführt werden sollen. Weiters werden die in der Literatur vorgefundenen Qualitätskriterien für Projekte bzw. Programme dargestellt. (siehe Kap. 3.3).

In einem abschließenden Kapitel (Kap. 4) werden in einer Zusammenschau Ergebnisse und Verbesserungsvorschläge angeführt, wie sie sich aus den Beiträgen der Interviews und der analysierten Literatur ergeben.

## 2. Methoden und Vorgangsweise

In diesem Kapitel stelle ich dar, nach welchen Kriterien die Auswahl der theoretischen Konzepte erfolgte, wie die Interviews konzipiert und durchgeführt wurden und nach welcher Methodik die Auswertung der Interviews erfolgte.

### 2.1. Literaturanalyse und Auswahl der theoretischen Konzepte

Für die Literaturanalyse wurden maßgebliche Arbeiten analysiert, welche die zentralen Problembereiche im Hinblick auf die Umsetzung von Gesundheitspolitik bzw. Gesundheitszielen thematisieren. Dies hat vor allem das Ziel, die Relevanz der Problemlagen herauszuarbeiten und die Aussagen der Interviewten in einen Kontext zu rücken.

Die grundlegenden Manifeste und Programme der WHO wurden analysiert, wie z. B. die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung,<sup>15</sup> die Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt,<sup>16</sup> sowie Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO<sup>17</sup> und die einige Jahre später erfolgte Aktualisierung 2005.<sup>18</sup> Weiters fand auch das jüngst vom finnischen Sozial- und Gesundheitsministerium in Zusammenarbeit mit dem European Observatory on Health Systems and Policies herausgegebene Buch „Health in All Policies. Prospects and Potentials“<sup>19</sup> Eingang in die Überlegungen. Berücksichtigt habe ich aber auch Veröffentlichungen aus Ländern, die sich schon länger intensiv mit der Umsetzung von Gesundheitszielen beschäftigen, wie z. B. Australien, Neuseeland, Kanada und Schweden. Bei der Politikanalyse beziehe ich mich stark auf das grundlegende Werk von Gill Walt „Health Policy. An Introduction to Process and Power“<sup>20</sup>, sowie auf das darauf aufbauende Werk von Walt u. a. „Making Health Policy“.<sup>21</sup>

Für jede Problemlage waren die Konzepte auszuwählen, die für die Darstellung einer „good-practice“-Vorgehensweise relevant sind. Kriterien für die Auswahl waren:

- Die Konzepte sind praxisorientiert, das Vorgehen wird in anderen Ländern erfolgreich angewendet, Beispiele zeigen, dass Veränderungsprozesse erfolgreich umgesetzt werden konnten.
- Die Theorien sind auf die Situation in Oberösterreich anwendbar.
- Sie passen zur grundsätzlichen Herangehensweise in Oberösterreich, d.h. die Konzepte gehen von einem umfassenden Gesundheitsbegriff aus und zielen auf

die Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten (zur Definition des Begriffs Gesundheitsdeterminanten siehe Anhang A).

## **2.2. Entwicklung des Leitfadens und Durchführung der Interviews**

### **An Leitfaden orientierte Interviews**

Bei den Interviews handelt es sich um Leitfadeninterviews mit anschließender qualitativer Inhaltsanalyse. Beim Durchführen von Interviews besteht ein Vorteil darin, dass man detaillierte Einblicke in das Untersuchungsfeld gewinnt, da der/die Interviewte die eigene Wahrnehmung der Situation zum Ausdruck bringen kann. Auf der anderen Seite bestehen Bedenken, dass aufgrund der Voreingenommenheit des Interviewers/der Interviewerin die Objektivität leiden könnte, dass er/sie versucht, ohne es zu bemerken, Fragen in eine gewünschte Richtung zu stellen. Ganz kann man derartige Effekte nie ausschließen, denn Interviewer und Befragter befinden sich während des Interviews in einer speziellen Interaktionsbeziehung. Ich habe versucht, zumindest der Tendenz von Suggestiveffekten dadurch entgegenzuwirken, dass die Fragen entweder offen gestellt wurden oder zumindest beide Antwortalternativen in die Frageformulierung Eingang fanden (etwa in der Art: „Könnte das eine Rolle spielen, oder ist vielleicht das genaue Gegenteil von Bedeutung?“). Hermanns bezeichnet „jedes Interview – neben einer Gelegenheit zur Informationssammlung – ein interpersonelles Drama mit einer sich entwickelnden Handlung. Dieses Stegreifdrama wird von beiden Teilnehmern aktiv produziert, allerdings kommt dem Interviewer dabei eine besondere Gestaltungsaufgabe zu.“<sup>22</sup>

### **Durchführung der Interviews und Interviewsituation**

Die Interviews fanden zwischen Dezember 2006 und Februar 2007 statt. Es wurde jeweils vorab ein Termin für die Interviews vereinbart. Die Gespräche führte ich hauptsächlich in den Büros der ExpertInnen, ein Interview in meinem Büro, ein Interview am Telefon, das über einen Lautsprecher verfügt, sodass auch in diesem Fall die Protokollierung mittels Tonband kein Problem darstellte.

Die Kontaktaufnahme war einfach, da mir die GesprächspartnerInnen größtenteils persönlich bekannt sind bzw. erfolgte sie über Vermittlung. Alle ausgewählten Personen erklärten sich zum Interview bereit. Ich musste nicht auf allfällige Ersatzpersonen zurückgreifen.

Die Interviews dauerten durchwegs eine bis eineinhalb Stunden. Die InterviewpartnerInnen verhielten sich sehr diszipliniert, es gab keine Unterbrechungen (lediglich einmal musste ein Interviewter ein Telefongespräch entgegennehmen). Während der Gespräche waren keine dritten Personen anwesend (Ausnahme: Beim Gespräch mit der Landesrätin war eine ihrer Sachbearbeiterinnen zugegen).

Alle ExpertInnen haben sowohl der Aufzeichnung der Gespräche als auch der Verwendung des Interviews für diese Master's-Arbeit ausdrücklich zugestimmt. Für die Aufzeichnung verwendete ich ein digitales Tonbandgerät, das sich durch sehr gute Aufnahmequalität auszeichnet. Dadurch entfällt das Hantieren mit Tonbändern, denn dank der USB-Schnittstelle lassen sich die Interviews mit wenigen Handgriffen auf einen PC übertragen. Sie können von dort leicht abgespielt und transkribiert werden.

Insgesamt führte ich acht Interviews mit EntscheidungsträgerInnen bzw. ExpertInnen aus dem Bereich Public Health / Umsetzung von Gesundheitszielen:

- Dr. Silvia Stöger, Gesundheitslandesrätin in Oberösterreich, Mitglied des Vorstandes des IGP
- DDr. Hans Popper, Direktor der OÖGKK, Mitglied des Vorstandes des IGP
- Mag. Markus Peböck, Geschäftsführer des IGP
- Dr. Stefan Meusburger, MSc, Landessanitätsdirektor für Oberösterreich, organisiert die Umsetzung der Gesundheitsziele Impfen und Gesunde Gemeinden
- Elfriede Kiesewetter, Leiterin der Abteilung Gesundheitsförderung der OÖGKK, organisiert die Umsetzung der Gesundheitsziele Setting Betrieb, ist neben dem Landesschulrat zuständig für die Umsetzung des Gesundheitsziels Setting Schule und engagiert sich in der Konzeption der Umsetzung des Zahngesundheits-Zieles
- Hofrat Dr. Heinrich Gmeiner, ist in der Landessanitätsdirektion zuständig für die Umsetzung des Gesundheitsziels Gesunde Gemeinden
- DDr. Oskar Meggeneder, auf seine Initiative hin wurden 1999 in Oberösterreich erstmals Gesundheitsziele entwickelt und das IGP zur Umsetzung und Evaluation der Gesundheitsziele gegründet. Er war bis zu seiner Pensionierung Ende 2005 Mitglied des Vorstandes des IGP
- Dr. Martin Sprenger, MPH, Lehrbeauftragter im Master's-Studium Public Health an der Medizinischen Universität Graz. Er beschäftigt sich unter anderem mit der Formulierung, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitszielen



Die interviewten ExpertInnen weisen ein breites Spektrum an beruflichen Hintergründen auf. Sie stammen aus dem Bereich der Politik bzw. sind EntscheidungsträgerInnen oder gehören zu denjenigen, welche die Umsetzung der Gesundheitsziele organisieren oder konkret betreiben. Sie entstammen dem Bereich der Wissenschaft oder betrachten das Geschehen mehr als externe Beobachter. Die Interviewten decken also ein breites Spektrum an Perspektiven ab.

Erfreulich war, dass alle interviewten ExpertInnen die Fragen sehr offen beantworteten. Etwas erleichtert wurde dies dadurch, dass mir sechs der acht Interviewten persönlich bekannt waren. Ich möchte an dieser Stelle den InterviewpartnerInnen danken für die Bereitschaft zum Interview und die detaillierten Schilderungen ihrer Sichtweisen.

Da die vorliegende Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität erhebt, ist eine Fallzahl von acht Interviewten ausreichend um typische Bewertungen herausarbeiten zu können. Denn „im Gegensatz zur quantitativ orientierten Forschung besteht die Zielsetzung nicht in der Prüfung vorgefasster Annahmen, sondern im Aufbau eines – meist fallorientierten – Verständnisses eines Untersuchungsbereiches“.<sup>23</sup>

### **Der Fragenleitfaden**

Die Interviews wurden offen anhand eines Leitfadens geführt, wobei der Leitfaden dem Interviewer als Orientierung diente. Durch seine Verwendung wird zudem eine gewisse Vergleichbarkeit der Interviews gewährleistet.<sup>24</sup> Durch die Fragen muss insbesondere sichergestellt werden, dass sich die Interviewten ausführlich zu den drei Hauptthemen dieser Arbeit, nämlich

- Leadership durch Politik / EntscheidungsträgerInnen
- Strukturen für Lernen und Weiterentwicklung sowie
- Strukturvorgaben für Projektanträge

ihre subjektive Meinung äußern und von ihren Erfahrungen erzählen und diejenigen Fakten benennen, die für sie von Bedeutung sind.<sup>25</sup> Zudem soll es den Interviewten möglich sein, weitere Ideen einzubringen, die ebenfalls relevant sein könnten (zum Fragenleitfaden siehe Anhang B).

Zu Beginn des Interviews erfolgte eine kurze Einführung in das Thema. Die Einstiegsfrage zu jedem der drei Themenkomplexe erfolgte sehr ähnlich wie im Interviewleitfaden angegeben, die Zusatzfragen wurden frei formuliert und der Ablauf der Fragestellung war flexibel an die jeweilige Gesprächssituation angepasst. Aufgabe des Inter-

viewers ist es, darauf zu achten, dass in jedem Fall die Kernthemen des Leitfadens besprochen werden. Der Leitfaden fungiert dabei wie schon erwähnt als Gedächtnisstütze für den Interviewer und erleichtert die Vergleichbarkeit mehrerer Interviews.<sup>26</sup>

### **2.3. Auswertung der Interviews**

Ziel der Auswertung ist es, jene Textpassagen zu identifizieren, die am genauesten belegen, was herausgefunden wurde. Welche Textstellen am geeignetsten sind, lässt sich nur anhand des Gesamttexts feststellen.<sup>27</sup>

Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an Mayrings „inhaltliche Strukturierung“.<sup>28</sup> „Ziel der inhaltlichen Strukturierung ist es, bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen.“<sup>29</sup> Die deduktive Festlegung der ersten Kategorien ergab sich aus den drei Forschungsfragen Leadership durch Politik, Lernen und Weiterentwicklung, Strukturvorgaben für Projektanträge. Aufgrund der stellenweise eher freien Gesprächsführung mussten darüber hinaus neue Kategorien induktiv – im Nachhinein – gebildet werden.

Inhaltsanalytische Auswertungen bzw. Interpretationen verlaufen nicht linear, sondern in mehreren Durchgängen. Darum wurden beim ersten Durcharbeiten des Datenmaterials die Aussagen thematisch den oben genannten Kategorien zugeordnet. In einem zweiten Schritt erfolgte die Festlegung von Unterkategorien. „Oft kommt man während des Prozesses drauf, dass man zwei, drei Kategorien zu einer zusammenfassen kann beziehungsweise weitere Differenzierungen notwendig werden ... [denn] jede Runde erschließt wieder neue Zusammenhänge.“<sup>30</sup> Dies ist auch der Grund dafür, dass es günstig ist, von Zeit zu Zeit Reflexionsphasen einzulegen um periodisch die zentralen Überlegungen zusammenzufassen und die nächsten Schritte der Interpretation zu klären.<sup>31</sup>

Die Zitate, die in den folgenden Kapiteln ausgewiesen sind, entstammen den Transkripten der Interviews. Um den Lesefluss zu erleichtern, wurden sprachliche Entflechtungen und Vereinfachungen in der Satzstellung vorgenommen. Zudem wurde eine geschlechtsneutrale Schreibweise eingefügt. Zur Identifikation der Interviews wurden diesen Buchstaben nach dem Zufallsprinzip zugeordnet. Einzelnen Interviews mussten mehrere Buchstaben zugewiesen werden, da erst dadurch eine weitgehende Anonymisierung sichergestellt werden konnte.

Die Buchstaben nach den Zitaten der Interviews identifizieren das Interview, die zusätzlich angeführte Ziffer gibt die Seite im transkribierten Interviewtext an.

Die Auswahl der Textstellen für die Interpretation und deren Gewichtung bleibt subjektiv.<sup>32</sup> Die dargestellten Textpassagen aus den Interviews charakterisieren die Sichtweise der Interviewten zur Situation der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich im weitesten Sinne und liefern darüber hinaus eine Fülle von Anregungen und Ideen, um auf deren Basis weitere Diskussionen zu führen.

### **3. Theoretische Konzepte zu den Ausgangshypothesen und Darstellung der Aussagen der Interviewten**

Die drei Teile dieses Kapitels nehmen Bezug auf die Ausgangshypothesen bzw. Ziele wie sie in Kap. 1.2 und 1.3 ausgeführt wurden. In jedem Abschnitt sind als Erstes theoretische Konzepte angegeben, die sich auf relevante Aspekte der Ausgangshypothesen bzw. daraus resultierende Lösungsansätze beziehen. Im Anschluss daran werden die Aussagen der Interviewten zu den Themenfeldern zitiert bzw. zusammengefasst dargestellt.

#### **3.1. Analyse von Leadership und Strukturen zur Umsetzung der Gesundheitsziele**

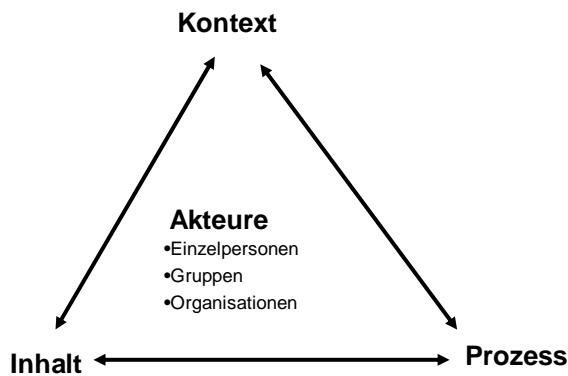
Gesundheitsziele werden im Rahmen eines politischen Prozesses entwickelt und umgesetzt. In diesem Abschnitt soll Verständnis dafür erzeugt werden, wie Themen auf die politische Agenda gelangen, welche Rolle Leadership in Zusammenhang mit der Umsetzung der Gesundheitsziele zukommt und wie vorhandene Evidenzen über die Wirkung von Maßnahmen mit in den Entscheidungsprozess einfließen (oder auch nicht). Weiters soll die Frage behandelt werden, warum einige politische Initiativen implementiert werden, während andere keine Resonanz finden. Schließlich wird die Sichtweise der Interviewten zur Führungsrolle von PolitikerInnen bei der Umsetzung der Gesundheitsziele dargestellt. Weiters äußerten sich die Befragten dazu, wie sie die Strukturen für die Umsetzung der Gesundheitsziele bewerten, welche Rollen verschiedene Akteure bei der Umsetzung der Gesundheitsziele einnehmen könnten, und wie die Zusammenarbeit mit den Machtpromotoren organisiert werden sollte.

##### **3.1.1. Der politische Prozess bis zur Auftragserteilung**

Der politische Entscheidungsprozess ist komplex und interaktiv. Viele Gruppen und Organisationen versuchen darauf Einfluss zu nehmen, was auf die politische Agenda kommt und wie Politikinhalt formuliert werden. Macht und der Prozess der Politikentwicklung sind integrale Bestandteile um Politik bzw. deren Inhalte zu verstehen. Drei Kernelemente sind dabei wichtig: der Kontext, die Akteure und die dabei ablaufenden Prozesse. Zur Darstellung dieser Charakteristika des gesundheitspolitischen

Prozesses eignet sich das Dreieck der Gesundheitspolitik (Abb. 2) Im Folgenden werden die einzelnen Elemente daraus beschrieben.

### Abb. 2: Das Dreieck der Politik-Analyse



Quelle: Walt and Gilson 1994, in: Buse, Mays, Walt, Making Health Policy, 2005, S.8

#### **Akteure:**

Die Akteure, die Gesundheitspolitik „machen“, stehen im Zentrum des Dreiecks der Politik-Analyse. Der Begriff Akteure umfasst Einzelpersonen, wie z. B. den Bundeskanzler, Organisationen, wie die Gesundheit Austria GmbH, aber auch die gesamte Regierung. Im Unterschied zu Regierung und Parlament, welche die politischen Entscheidungen treffen, wollen „Pressure groups“ oder Interessensvertretungen diejenigen, die mit formaler Macht ausgestattet sind, in ihrem Sinne beeinflussen. Macht ist ein wichtiger Schlüsselbegriff um zu verstehen ob, und wie stark Akteure den politischen Entscheidungsprozess beeinflussen können. Akteure können versuchen, Einfluss zu nehmen. Das Ausmaß, in dem es ihnen gelingt, hängt neben anderen Faktoren von der wahrgenommenen oder tatsächlichen Macht die sie ausüben können ab. Macht ist auch eng verbunden mit Persönlichkeit und Zugang zu Wissen, ist insbesondere aber bedingt durch die Organisation, welcher der einzelne angehört, und die Strukturen (inkl. Netzwerke) innerhalb deren jemand arbeitet und lebt.<sup>33</sup>

#### **Kontext:**

Politik ist kontextabhängig bzw. wird durch den Kontext geprägt.<sup>34</sup>

- Situational: Wenn eine neue Regierung an die Macht kommt, können sich die Politikinhalte ändern.

Stirbt eine bedeutende Persönlichkeit z. B. an Krebs, kann besonderer Druck entstehen, mehr Geld für Krebsbehandlungen zur Verfügung zu stellen.

- Strukturell: Der Wohlstand eines Landes, der demografische Wandel – die Zunahme des Anteils an älteren Menschen – sowie der technologische Fortschritt beeinflussen die Gesundheitspolitik. Weiters schränkt die vorherrschende Problemsicht die in Erwägung gezogenen Lösungsalternativen stark ein.
- International: Politiken der EU werden auch in Österreich wirksam. Z. B. finden die Aufforderungen der EU-Kommission zu verstärkten Anstrengungen zur CO<sup>2</sup>-Reduktion auch in der österreichischen politischen Diskussion ihren Niederschlag. Ebenso strahlen Aktivitäten in vielen EU-Ländern zur Förderung des Schutzes der NichtraucherInnen nach Österreich aus.

### **Prozess**

Prozess bezieht sich auf den Weg, durch den Politiken initiiert, formuliert, verhandelt, implementiert und evaluiert werden. Für die Analyse ist es hilfreich, verschiedene Phasen des politischen Prozesses zu unterscheiden, nämlich Agenda-Setting, Politikformulierung und Implementierung. Diese drei Phasen werden im nächsten Abschnitt beschrieben. In der Realität ist die Politikgestaltung „aber kein linear voranschreitender Prozess, bei dem eine Phase abgeschlossen wird bevor die nächste Phase beginnt. Jederzeit kann der Prozess unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen werden. [Ferner] entwickeln sich Politikinhalt in mehreren Zyklen, die zeitlich parallel ablaufen, verschiedene politische Ebenen erfassen und sich wechselseitig beeinflussen.“<sup>35</sup>

### **Inhalt**

Der Inhalt einer Politik – das worüber entschieden oder auch nicht entschieden wird – (z. B. der Schutz von NichtraucherInnen oder Maßnahmen um mehr Bewegung in der Bevölkerung zu fördern) ist das Ergebnis von „Machtkämpfen“ zwischen konkurrierenden Gruppen von Akteuren. Von Bedeutung sind dabei Fragen, wie

- Wer trifft die Entscheidungen?
- Wer setzt die Politik um?
- In welchem Umfeld werden die politischen Entscheidungen getroffen?
- Wie läuft der Prozess der Entscheidungsfindung ab?

Warum es zu einer bestimmten Politik, einem bestimmten Inhalt gekommen ist, kann nur in Zusammenhang mit Kontext, Akteuren und Prozess zutreffend analysiert werden.<sup>36</sup>

## **Agenda-Setting, Politikformulierung, Implementierung**

Für die Analyse empfiehlt sich, verschiedene Phasen des politischen Prozesses zu unterscheiden.

### **Problemdefinition und Agenda-Setting**

Der Politikprozess wird durch ein Problem initiiert, das politische Relevanz gewinnt, indem z. B. eine Diskrepanz zwischen Ist und Soll festgestellt wird. Dabei entwickelt sich die Politikwahrnehmung relativ autonom von objektiven Problemlagen – sie folgt eigenen Gesetzmäßigkeiten.<sup>37</sup> So lagen Umweltschäden lange akut vor, bevor sie ein politisches Problem wurden.

Agenda-Setting: Öffentliche und politische Aufmerksamkeit sind ein knappes Gut. Politische Akteure sind mit einer Vielzahl von Problem- und Entscheidungssituationen konfrontiert. Routinemäßige Themen nehmen viel Platz ein. Die verschiedenen Issues konkurrieren um einen möglichst guten Platz in der politischen Prioritätenliste. Die Ergebnisse der Bemühungen sind nicht nur durch eigene Aktivitäten bedingt, sondern abhängig von anderen Akteuren in der Arena. Diese bevorzugen vielleicht „Nicht-Handeln“, Verharmlosen, Verdrängen oder das Problem zu konservieren.<sup>38</sup> Gelingt es gesellschaftlichen Problemen nicht, ein Policy Fenster zu finden, das Handeln ermöglicht, dann bleiben sie weiterhin nicht beachtet.

„Die Frage, ob ein gesellschaftliches Problem geeignet ist, wahrgenommen zu werden, an die politische Oberfläche zu dringen ... ist neben den genannten strategischen und strukturellen Aspekten auch eine Frage der Eigenschaften des Themas selbst.“<sup>39</sup> Solche Merkmale von Themen sind:

- „Konkretheit und Klarheit (Eindeutigkeit vs. Mehrdeutigkeit)
- gesellschaftliche Relevanz (starke vs. marginale soziale Betroffenheit)
- temporale Relevanz (absolut dringend vs. verschiebbar)
- Komplexität (einfach vs. komplex)
- Novität (Routineangelegenheit vs. Novum)
- Wertgeladenheit (große vs. geringe symbolische Bedeutung)<sup>40</sup>

### **Formulierung einer Politik**

Dieser Themenbereich befasst sich mit Fragen wie, wer ist involviert in die Formulierung einer Politik, wie entwickelt sich eine gemeinsame Meinung, wie wird die Politik kommuniziert?<sup>41</sup> Es geht darum, ein Programm zu entwickeln und Handlungs-

ziele festzulegen sowie die Adressaten der Politik zu bestimmen und die Träger ihrer Durchführung – inklusive der Mittel, die dafür benötigt werden.<sup>42</sup> Politische Programme sind oft (mehrere) Gesetze und Verordnungen. Oft wird ein politisches Ziel im Einzelnen nicht näher konkretisiert, sondern nur der Rahmen entschieden, in dem sich andere mit der Problemlösung beschäftigen sollen. Der Nutzen für die Parlamentarier liegt bei letzterem insbesondere darin, dass sie sich bei konfligierenden Interessen im Falle einer redistributiven Politik nicht direkt den Zorn der Verlierer zuziehen.<sup>43</sup>

### **Implementation**

Die Implementierung einer Politik ist die am meisten vernachlässigte Phase und oft vollständig losgelöst von den ersten beiden Stufen, der Problemdefinition und Formulierung einer Politik. Sie ist aber unbestritten die wichtigste Phase im politischen Prozess, denn wenn die Politik nicht implementiert wird oder wenn die Implementierung anders als beabsichtigt erfolgt, dann läuft etwas schief.<sup>44</sup>

Für Handeln sind wirksame Mittel und Ressourcen erforderlich. Handeln erfordert die gegenwärtige Investition knapper Mittel um zukünftige Erträge zu ernten. Dies ist mit Unsicherheit und Risiko verbunden.<sup>45</sup> Gerade bei Maßnahmen, die langfristig orientiert sind – und dies ist bei gesundheitspolitischem Handeln häufig der Fall – ist die Gefahr groß, dass jemand anderer den Erfolg ernten wird. Diese Maßnahmen stellen für PolitikerInnen primär kein sehr attraktives Betätigungsfeld dar, da PolitikerInnen Erfolge kurzfristig verkaufen müssen. Bei der Planung von Maßnahmen ist stets auch zu überlegen, welche kurzfristigen Erfolge ein Programm bringen könnte, damit dessen Attraktivität steigt. Dabei darf aber die langfristige Orientierung nicht verloren gehen.

### **Evaluierung**

Evaluierung stellt fest, ob die Politik ihre Ziele erreicht und ob sie unbeabsichtigte Effekte oder Nebenwirkungen ausgelöst hat. Dies kann der Anlass sein um eine Politik zu ändern, zu beenden oder eine neue Politik zu initiieren.<sup>46</sup>

Dieses eben kurz beschriebene Schema dient vor allem der analytischen Trennung der einzelnen Phasen. Politische Entscheidungen folgen in der Praxis selten einem rationalen Ablauf in den oben beschriebenen vier Stufen. Der Prozess läuft meist iterativ ab und das Vorgehen wird durch die Interessen der verschiedenen Akteure massiv beeinflusst. Für das Finden eines Konsenses spielen Verhandlungen eine entscheidende Rolle.<sup>47</sup>



### 3.1.2. Commitment und Leadership

Commitment versteht sich als Grad der Verbindlichkeit, die hinter dem Auftrag steht, Gesundheitsziele umzusetzen. Leadership meint den personifizierten Ausdruck von politischem Commitment.<sup>48</sup>

Die Rolle von Public Health ExpertInnen bzw. verschiedenen Agenturen wie dem Institut für Gesundheitsplanung oder dem Institut für Suchtprävention kann sein, das Bewusstsein für die Notwendigkeit von an Gesundheitsdeterminanten orientierten Gesundheitszielen zu schärfen. Um aber bei der Umsetzung der Ziele Fortschritte zu erreichen, müssen die PolitikerInnen die Führungsrolle übernehmen. Von größter Bedeutung ist dabei ein klares – möglichst ressortübergreifendes – Bekenntnis der (Landes-)Regierung zu den Gesundheitszielen und deren Umsetzung.<sup>49</sup> Ein derartiges klares und eindeutiges Commitment und Leadership der höchsten politischen Ebene der (Landes-)Regierung schafft und unterstützt ein ähnliches Commitment in den beteiligten Behörden und bei den weiteren PartnerInnen, die an der Umsetzung der Gesundheitsziele mitwirken.<sup>50</sup> Werden die Umsetzungskonzepte vom Parlament / Landtag beschlossen, so sichert dies breite politische Unterstützung, die notwendig ist, um den Prozess entsprechend vorantreiben zu können. Für ein nachhaltiges Vorgehen sind effiziente und dauerhafte Koordinierungsmaßnahmen zu schaffen, z. B. sollte ein nationaler / landesweiter Gesundheitsrat aus hochrangigen VertreterInnen verschiedener Ressorts und anderer PartnerInnen geschaffen werden. In Oberösterreich finden sich diesbezügliche Ansätze, denn die Gesundheitsziele – nicht aber umfassendere Umsetzungsmaßnahmen – wurden durch alle vier im Landtag vertretenen Parteien beschlossen.

Wenn wir unter Gesundheitspolitik nicht Politik zur Optimierung der Krankenversorgung meinen, sondern eine Politik, welche die Gesundheitsdeterminanten beeinflussen möchte, um dadurch einen echten Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu leisten, dann muss für Österreich bzw. Oberösterreich konstatiert werden, was Lock / McKee für Europa insgesamt feststellen: Es gibt eine sehr weitgehende Übereinstimmung, dass Gesundheit einen niedrigen Stellenwert auf der Agenda der politischen Themenliste einnimmt.<sup>51</sup> Dies kann zwar auch Vorteile haben, aber die Nachteile überwiegen deutlich. Zu den Vorteilen ist zu zählen, dass der Prozess der Politikentwicklung für eine Reihe von Themen, die weiter unten in der Hierarchieskala zu finden sind, relativ offen ist. Es ist durchaus möglich, dass

bestimmte Gruppen mit gut abgestimmten Vorschlägen und einem einheitlichen Auftreten die Möglichkeit vorfinden, dass deren Vorschläge umgesetzt werden und sie so die Politik beeinflussen.<sup>52</sup> Nach Beaglehole u.a. schwächt ein derartiges Vorgehen langfristig aber die Public Health Praxis. Denn es ist notwendig, dass die Formulierung von Strategien und die Umsetzung von Interventionen durch die Politik geführt wird.<sup>53</sup> Die PolitikerInnen sollten an der Entwicklung von Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele mitdiskutieren, weil sie es sind, die entscheiden, was tatsächlich gemacht werden soll. Solange sie das Themenfeld Umsetzung der Gesundheitsziele in ihrer Prioritätenreihung eher als niedrig ansehen, werden sie sich persönlich, zeitlich und inhaltlich wenig engagieren. Es wird dann auch schwer fallen, die für die Umsetzung notwendigen Mittel zur Verfügung zu stellen.

Durch ihr Engagement könnten PolitikerInnen Institute und Gruppen motivieren bzw. mit ihnen zusammenarbeiten. Möglichst umfassend sind Vereine, NGOs und ähnliche Gruppierungen in den Prozess einzubeziehen. Denn sie schärfen das Problembewusstsein in der Bevölkerung, treten für Veränderungen ein und regen zum Dialog über die Politik an.<sup>54</sup>

Leadership ist so zu verstehen, dass die Umsetzung der Gesundheitsziele „eine echte Führungspersönlichkeit braucht, die sowohl die Aufgabe des Repräsentanten nach außen als auch des Motivators nach innen übernimmt. Diese Persönlichkeit sollte entsprechende Kenntnis der Materie mitbringen sowie bei allen wesentlichen Stakeholdern möglichst bekannt und akzeptiert sein. Das bedeutet, diese Person sollte sowohl in der Politik verankert als auch von der wissenschaftlichen Community akzeptiert sein.“<sup>55</sup>

Wer könnte das in Oberösterreich nach Ansicht des Autors sein?

- Der Landeshauptmann oder ein Landesrat / eine Landesrätin
- eine prominente Persönlichkeit, die beauftragt und durch den Landeshauptmann oder zumindest einen Landesrat / eine Landesrätin gestützt wird

Eine sorgfältige Auswahl dieser Person ist extrem wichtig – es lohnt sich, Zeit in die Suche zu investieren!

### 3.1.3. Spannungsfeld Politik – Praxis – Evidenz

In diesem Kapitel wird nun der Frage nachgegangen, unter welchen Umständen Forschungsergebnisse und Ergebnisse von Evaluationen im Politikprozess Verwendung finden. Dies ist ein vernachlässigtes Forschungsthema. Beispielsweise liegen klare Evidenzen dafür vor, dass ein großer Teil der Herz- Kreislaufkrankungen verhinderbar wären (z. B. durch Änderung der Ernährungsgewohnheiten und mehr Bewegung). Beaglehole u. a. weisen darauf hin, dass diesem Wissen keine entsprechenden bevölkerungsweiten Maßnahmen folgen.<sup>56</sup> Für die weitere Analyse beziehe ich mich insbesondere auf das Buch von Buse, Mays und Walt, „Making Health Policy“<sup>57</sup>. Außerdem werden einige Schritte vorgeschlagen, die PolitikerInnen und ExpertInnen unternehmen müssten, damit Forschungsergebnisse und Politikentscheidungen besser zusammenpassen.

PolitikerInnen verwenden für Entscheidungen nicht nur wissenschaftliche Forschungsergebnisse. Einbezogen werden vielmehr auch Monitoring-Ergebnisse, gewonnen aus Fokus-Gruppen oder Stakeholder-Analysen, sowie Informationen aus Meinungsumfragen und Bürgerbeteiligungsprozessen. Aus der Sicht eines Politikers / einer Politikerin handelt es sich bei Evidenz um ein breiteres Konzept als das aus Forschungsergebnissen gewonnene Wissen. Das Konzept einer auf Evidenzen basierenden Politik wird als Reaktion auf eine nur auf Überzeugungen basierenden Politik gesehen.

Die Idee, dass neue Forschungsergebnisse zu einer Anpassung der Politik führen würden, entstammt einem rationalen, linearen Politikverständnis, das häufig kritisiert wurde. Zudem gibt es zu vielen Situationen, die entschieden werden müssen, keine einfach übertragbaren Forschungsergebnisse.

Buse u. a. zufolge zeigen Studien, dass Forschungsergebnisse einerseits auf sehr unterschiedliche Weise von politischen EntscheidungsträgerInnen „genützt“ werden können. Andererseits scheint neues Wissen aber auch im Politikbereich wie Wasser, das auf Kalkstein fällt, absorbiert zu werden. Es verschwindet in verschiedenen Kanälen und taucht dann unerwartet irgendwo anders auf. Das Wissen wird kumuliert und hat dann eher einen indirekten als einen direkten Effekt auf den politischen Prozess. Beispielsweise dauerte es sieben Jahre von der Publikation wichtiger Forschungserkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungen-

krebs, bevor das britische Gesundheitsministerium begann, die Konsequenzen daraus ernst zu nehmen und viele weitere Jahre, bevor die ersten Werbebeschränkungen für Zigaretten eingeführt wurden.<sup>58</sup> Der Einfluss der Forschung liegt nach diesem Verständnis vor allem darin, dass neue Ideen und Denkschemata von anderen aufgegriffen und weiterverwendet werden und nicht darin, dass spezifische Antworten auf spezifische Probleme gegeben werden, wie es ein rationales Politikverständnis postuliert.

Ein anderer Denkansatz weist darauf hin, dass die politische Community positiver auf Forschungsergebnisse reagiert, wenn

- deren Mitglieder in irgendeiner Weise am Forschungsprozess beteiligt waren,
- die Ergebnisse zur richtigen Zeit verbreitet werden und
- die Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen mit den Werten und Überzeugungen der PolitikerInnen übereinstimmen.

Diese Überlegungen betonen die Wichtigkeit der ideologischen Kompatibilität und das Ausmaß des Kontaktes zwischen ForscherInnen und PolitikerInnen. Forschungsergebnisse, die neue Denkweisen einführen und den Status quo herausfordern, werden ignoriert, bis sie in die Ideologie der dominanten Politik-Gestalter passen. Wenn das nicht der Fall ist, dann können diese Forschungsergebnisse über einen sehr langen Zeitraum wenig Beachtung finden.<sup>59</sup>

Alle diese Denkansätze sehen Forschungsergebnisse nur als einen von mehreren Inputs in einen komplexen Politikprozess. Weiters stützen sie implizit die Sichtweise, dass es sich bei ForscherInnen und PolitikerInnen um zwei relativ homogene Personengruppen mit jeweils ähnlichen Ansichten handelt, deren Sichtweisen sich aber voneinander stark unterscheiden. Dieses sogenannte „Zwei Communities Modell“ betont die Idee, dass ForscherInnen und PolitikerInnen in zwei unterschiedlichen Kulturen leben, mit unterschiedlichen Annahmen darüber, was wichtig ist und wie die Welt funktioniert.<sup>60</sup>

Nach Buse u. a. kehren neuere Forschungsergebnisse die Sichtweise hervor, dass PolitikerInnen und WissenschaftlerInnen keine homogenen, voneinander getrennten, Gruppen bilden, sondern dass Barrieren für die Aufnahme von Forschungsergebnissen in die politischen Entscheidungsprozesse innerhalb von Gruppen liegen, die Wissenschaftler wie auch diejenigen umfassen, die sehr eng in den politischen Entscheidungsprozess involviert sind. Dieser Ansatz betont die Sichtweise, dass sich um einzelne politische Themen Advocacy-Koalitionen oder Politik-Netzwerke bilden,

die den Prozess von Agenda-Setting, Politikformulierung, Entscheidungsfindung, Implementierung und Evaluation beeinflussen. Forschung kann in alle diese Aktivitäten involviert sein. Für manche Themenfelder bestehen sehr stabile Netzwerke mit äußerst beschränkten Zugangsmöglichkeiten, in anderen Bereichen handelt es sich um lose, weniger stabile, weniger exklusive Interessen. Je loser das Politiknetzwerk, umso mehr unterschiedliche Ansichten sind vorhanden, umso breiter werden auch die wissenschaftlichen Meinungen sein, die Verwendung finden, um die jeweiligen politischen Meinungen zu argumentieren. Das Hauptargument dabei ist, dass die Trennlinie – für die Übernahme von Forschungsergebnissen in den Politikbereich – innerhalb von Advocacy-Koalitionen verläuft und nicht nach der Unterscheidung, ob Personen WissenschaftlerInnen oder PolitikerInnen sind.<sup>61</sup>

Wismar nennt einige Vorschläge, wie die Beziehung zwischen ForscherInnen und politischen EntscheidungsträgerInnen verbessert werden könnte. „Ziel ist es, im Entscheidungsprozess angemessen zu informieren und die gesundheitlichen Konsequenzen unterschiedlicher Handlungsoptionen transparent und nachvollziehbar darzulegen.“<sup>62</sup> So wird die Entscheidung weiterhin den PolitikerInnen überlassen, die sich nach Abwägung der Fakten auch für andere als die vorgeschlagene Lösung entscheiden können. Zu den fördernden Faktoren für die Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zählen

- persönliche Kontakte,
- aktuelle Relevanz der Forschung und
- die Aufnahme von Zusammenfassungen und Handlungsempfehlungen.

Die Nutzung wird vor allem behindert durch

- fehlende persönliche Kontakte,
- wechselseitiges Misstrauen,
- Machtkämpfe und
- Budgetauseinandersetzungen.<sup>63</sup>

Für eine verbesserte Wissensübertragung eignen sich so genannte „take-home-messages“ – wissenschaftliche Kernaussagen, die im Kontext des Entscheidungsträgers Sinn machen und Anwendungsbezug besitzen. „Übermittelt werden sollen diese Kernaussagen am besten den Akteuren, die auf dieser Grundlage agieren können, oder aber jenen, die die Agierenden effektiv beeinflussen können.“<sup>64</sup> Die Übermittlung soll in jedem Fall interaktiv erfolgen. Die angestrebte Wirkung einer

geglückten Übermittlung ist es, die Debatte durch Informationen zu bereichern. „Dieser Ansatz basiert auf der individuellen Ansprache von EntscheidungsträgerInnen und der Etablierung von persönlichen Kontakten und Vertrauensverhältnissen. Dies ist zweifelsfrei notwendig, wichtiger jedoch erscheint die systematische Informierung von Prozessen. Denn Entscheidungsträger[Innen] und relevante Informationsträger[Innen] können wechseln. Die wesentliche Kommunikation bleibt dann aus.“<sup>65</sup>

Abschließend kann festgestellt werden, dass Politik kein rationaler, geordneter Prozess ist, der einem geplanten Ablauf folgen würde, hergeleitet aus einer Bewertung von Evidenzen. Der Zeitpunkt von Entscheidungen ist gleichermaßen von politischen Überlegungen wie von Evidenzen beeinflusst. Eine Policy (bzw. ein Programm zur Umsetzung der Gesundheitsziele) tendiert dazu, Evidenz basiert zu sein, wenn sie den politischen Visionen der gegenwärtigen politischen EntscheidungsträgerInnen entspricht, in eine Richtung weist, wo Ressourcen verfügbar sind (oder verfügbar gemacht werden können) und wo Systeme, Strukturen und Capacity für Handeln vorhanden sind (oder implementiert werden können).<sup>66</sup>

Die politische Entscheidungsfindung wird weder allein von Nachweisen über die Natur und das Ausmaß des Problems geleitet, noch von dem, was Gesundheitsförderer als die effektivste Strategie ansehen. Genauso notwendig ist es, die wichtigsten Akteure, deren Interessen, Problemvorstellungen und Lösungsvorschläge zu erkennen. Weiters wird die Beeinflussung der öffentlichen Meinung und der Umfelder als wichtiger Faktor zur Einführung neuer Ideen und der Annahme neuer Politiken gesehen.<sup>67</sup>

Daraus ergeben sich einige Herausforderungen für die Zukunft:<sup>68</sup>

- Es ist die Wissensbasis darüber zu verbessern, wie effektive Interventionen implementiert werden können. Dies erfordert gute Dokumentationen und Evaluationen um daraus zu lernen.
- Es sind Wege zu finden, damit Evidenz-Basierung besser in den sehr „flüssigen“ politischen Entscheidungsprozessen integriert wird.
- Public Health WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen müssen den offensichtlich politischen Charakter des „Policy-Entwicklungs-Prozesses“ erkennen und sich in diesen Prozess mehr einbringen. Dies erfordert relevante Informationen zu einem Zeitpunkt zur Verfügung zu stellen, zu dem sie gebraucht werden und zwar in der Form, die am geeignetsten ist, damit sie im aktuellen politischen Klima Bedeutung erlangen. Zudem sind Netzwerke (z. B. mit BeamtInnen und PolitikerInnen)

aufzubauen und zu pflegen, um auf den politischen Entscheidungsprozess Einfluss nehmen zu können.

### **3.1.4. Ergebnisse aus den Interviews**

In diesem Kapitel geht es vor allem um die Ansichten der Interviewten zur Bedeutung der politischen Führungsrolle bei der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich. Folgende Fragen spielen dabei eine Rolle: Wie wichtig sind die PolitikerInnen für die Umsetzung der Gesundheitsziele? Was wollen sie damit für sich erreichen, können sie aus der Umsetzung der Gesundheitsziele Nutzen ziehen? Wie werden die Strukturen für die Umsetzung der Gesundheitsziele bewertet? Gibt es ausreichend Leadership? Welche Personen und Institutionen sollten sich – in welchen Rollen – an der Umsetzung der Gesundheitsziele engagieren?

Am Anfang jedes neuen Themenbereiches findet sich eine Zusammenfassung der zentralen Aussagen der Interviewten. Danach folgen einzelne Passagen aus den Interviews.

#### **3.1.4.1. Was wollen PolitikerInnen?**

Naturgemäß wollen PolitikerInnen ihre Arbeit nach außen hin positiv darstellen und suchen gut vermarktbar Themen. Sie wollen einerseits gute Arbeit leisten, versuchen andererseits aber auch die Maßnahmen, die sie im Bereich der Gesundheitsziele setzen, zu nützen, um ihre eigene Position zu verbessern. Maßnahmen, die erst langfristig ihre Wirkungen zeigen – und das ist bei gesundheitspolitischen Themen oft der Fall – sind für PolitikerInnen, nach Meinung einiger Interviewter, ein nur teilweise attraktives Betätigungsfeld.

„Es geht ja da um politische Erfolge und nicht so sehr um Inhalte, das klingt jetzt wirklich sehr hart, aber es geht darum, dass beim nächsten Zwischenbericht oder Detailbericht nachgewiesen wird, dass wir Ziele erreicht haben. Was aber dazwischen liegt, zwischen Zielformulierung und Detailbericht, da glaube ich nicht, dass es einen Treiber gibt seitens der Politik.“ (B1)

„Bei den Zielen kann man eine Pressekonferenz machen und die kann man im Landtag beantragen und das lässt sich auch gut verkaufen.“ (B1)

„Bei den Gesundheitszielen stellen sich die PolitikerInnen gerne hin, auch bei den Berichten.“ (A1)

„Bei den Maßnahmen ist es egal, ob sie zu den Gesundheitszielen passen oder nicht, ... Ein wichtiges Auswahlkriterium für Maßnahmen ist, kann man sie gut verkaufen.“ (A1)

„Eine Pressekonferenz ist ganz nett, aber eine Pressekonferenz ist da und vergeht dann wieder. Sie bewirkt nichts Wesentliches, aber der parteipolitische Nutzen für die Leute, die es brauchen, in ihrer Tätigkeit, nämlich die öffentliche Akzeptanz und öffentliche Präsenz ist letztendlich die Pressekonferenz der Präsentation der Berichte [zu den einzelnen Gesundheitszielen]. Dafür ist der Aufwand der Verfassung eines Berichtes sehr hoch.“ (C8)

„Die Politiker wollen gut dastehen. Sie wollen Positivmeldungen hinaus bringen.“ (F6)

„Politiker denken politisch, die denken nicht in Gesundheitszielen. Was bringt mir einen politischen Vorteil. Mir als Person und meiner Partei. Wenn sich dann eine Konstellation ergibt, die zufällig einmal beiden Bereichen dient [auch denjenigen, die Gesundheitsziele umsetzen wollen], dann ist sie zu nutzen.“ (F3)

„Die Politiker sollten sich mehr von sachlichen Argumenten leiten lassen als von tagespolitischen und parteipolitischen Agenden.“ (I4)

„Es geht schon auch um Nutzen, aber das ist ja überall so, denn wer macht schon etwas, wenn er nicht die Motivation dazu hat. Ein Politiker wird wieder gewählt, wenn er eine gute Arbeit leistet. Gute Arbeit zu leisten ist zu wenig, er muss sie auch entsprechend öffentlichkeitswirksam darstellen. Das ist natürlich auch das Gefährliche daran, weil Politiker dann leicht dazu neigen und auch die Sekretäre, die dies vorbereiten oder die Öffentlichkeitsarbeiter, dass sie solche Projekte aufgreifen, die sich gut vermarkten lassen. ... Beispielsweise Äpfel verkaufen vor einem Fabrikstor ist eine Story, die sich leichter einem Journalisten verkaufen lässt, als wenn es um komplexe Gesundheitsförderungsprojekte geht. ... Man kann den PolitikerInnen schon das Gesamte verkaufen, denn die meisten haben schon den Wunsch etwas zu verändern. Die meisten haben schon die Motivation, gesellschaftlich etwas zu bewirken.“ (G4)



Eine Gefahr besteht darin, dass die Politik Dinge, die mittel- und langfristig orientiert sind, eher nicht umsetzt. „Die Politik denkt oft sehr situationsbezogen und kurzfristig und auch machtbezogen. Die Politiker überlegen, was bringt mir das bei der nächsten Wahl. Und dann werden oft vor diesem Hintergrund ‚wie schaffe ich es wieder, beim nächsten Mal gewählt zu werden‘ Dinge, die mittel- und langfristig orientiert sind, und nicht unbedingt Wählerstimmen bei der nächsten Wahl bringen, nicht umgesetzt.“ (K4)

Die Politik könnte die Gesundheitsziele mehr für sich nützen:

„Was der Sekretär machen kann, dass er oder sie erkennt, dass man über die Erreichung eines bestimmten gesundheitspolitischen Ziels, das auch politisch gut verkaufen kann. Wenn die das erkennen und dann ihrem Chef auch schmackhaft machen, dann hat das schon einen starken Einfluss.“ (G4)

#### **3.1.4.2. Nutzen für PolitikerInnen schaffen**

Die PolitikerInnen können derzeit nur schwer erkennen, welchen Nutzen sie von der Umsetzung der Gesundheitsziele haben. Dies hängt auch damit zusammen, dass zwischen Politik und Wissenschaft eine Kluft besteht, dass die Wissenschaftsszene zu wenig auf die Bedürfnisse der PolitikerInnen eingeht. Für die Wissenschaft besteht in diesem Bereich Lernbedarf. Die Programme und Maßnahmen sind so zu konzipieren, dass sich win-win Situationen ergeben – sowohl PolitikerInnen wie auch die Gesundheit der Bevölkerung müssen profitieren.

„Der Nutzen für Politiker wäre, Informationen aufzubereiten und verfügbar zu machen; das geht aber dann schon Richtung Politikberatung.“ (F4)

„Ich glaube, dass wir in der Wissenschaftsszene noch viel zuwenig Fähigkeiten haben, politisch zu denken, weil wir Angst haben, dass hier Dinge verdünnt werden, verfälscht werden. Ich glaube, das sind auch berechtigte Ängste. Aber wenn wir wollen, dass ein paar unserer Ideen auf der Bevölkerungsebene umgesetzt werden, von denen wir glauben, dass sie positive gesunde Effekte für die Bevölkerung haben, dann müssen wir anfangen politisch zu denken.“ (F6)

„Ein anderes Prinzip muss sein, der Politik umsetzbare Konzepte zu liefern. Die Augen nicht vor der politischen Realität zu verschließen. Weil die politische Realität ist genau so eine Realität wie die wissenschaftliche Realität. Wir haben keine Kultur, dass beide Bereiche miteinander in Diskussion kommen.“ (F7)

„Da müsste man auch umdenken anfangen, von der Wissenschaft her und bekömmlichere Happen konstruieren. In der zweiten Schleife kann man dann schon beginnen, die Dinge in die Schleife zu bringen, die vielleicht von der Politik nicht so gemocht werden. Wo wir aber wissen, dass sie gut wirken. Die vielleicht etwas schwieriger sind und anstrengender. Ich glaube, dass das ein Entwicklungsprozess ist. Und wenn man die Politik von Anfang an überfordert, glaube ich, dass sie sich dann relativ zurückzieht und sagt, wo ist da mein Band, das ich durchschneiden kann, wo ist da mein Podium auf das ich treten kann. Wo sind die Dinge, die ich verkaufen kann?“ (F6)

„Ich glaube, wenn es um die Umsetzung von Gesundheitszielen geht, dass dann z. B. das Institut für Gesundheitsplanung, viel Energie in diese politische Schulung investieren müsste. Vielleicht wird Politikwissenschaften in Zukunft eine der wesentlichen Gesundheitswissenschaften.“ (F7)

„Wir liefern der Politik noch viel zu wenige Dinge, wo sie wirklich Gewinn heraus ziehen kann. ... wo der Politiker, der ohnehin willig ist, sieht, hier kriege ich Rückenwind, auch für meine Politik.“ (F6)

„Man muss den Politikern wieder mehr Lust machen. Man muss diesen Spagat schaffen, Win-Win Situationen herzustellen.“ (F7)

„Das ist die Kunst, wenn man evidence-into-policy, Wissenschaft zur Politik, bringen möchte.“ (F6)

Wird der Themenbereich für die PolitikerInnen so aufbereitet, dass sie ausreichend Nutzen für sich erkennen? „Das passiert jetzt wahrscheinlich noch etwas zu wenig. Das passiert, wenn man konkret irgendwelche Maßnahmen setzt, also wenn irgendein Projektstart ist, dann können die PolitikerInnen raus gehen. Das passiert, wenn ein Gesundheitsbericht heraus kommt, aber ich glaube, insgesamt haben sie zu wenig Anreiz.“ (A3)

„Die Politiker müssen verstehen, worum es geht und sie müssen einen Nutzen haben. Sie machen es nicht aus moralischen Gründen. Das heißt nicht, dass sie unmoralische Menschen sind. Aber in ihrer Rolle können sie sich das nicht leisten. Der Politiker

muss einen Nutzen haben von den Maßnahmen, die er unterstützt, selbstverständlich!“  
(F6)

„Natürlich überlegt sich jeder, was habe ich davon, was habe ich politisch davon. Insbesondere auch, wer hat etwas politisch davon? Wer schärft gerade sein Profil oder welches Profil verhindere ich, das geschärft wird. Aus diesem Teufelskreis kommt man aus meiner Sicht nur heraus, wenn man so schöne und so gute Vorhaben hat, dass sie für sich sprechen. Wo man auch mal die Größe haben muss den anderen mitzunehmen.“ (J6)

### **3.1.4.3. Strukturen für die Umsetzung der Gesundheitsziele**

Hinsichtlich der Strukturen um Gesundheitsziele umsetzen zu können, besteht grundsätzlich Zufriedenheit bei den Interviewten. Im Vorstand des IGP sind wichtige Verantwortliche zusammengefasst (nämlich LandespolitikerInnen sowie PolitikerInnen der Städte Linz und Wels, jeweils zwei VertreterInnen aus unterschiedlichen politischen Richtungen – sowie zwei VertreterInnen der Sozialversicherung). Daneben sind Arbeitskreise vorhanden, welche die Aufgabe haben, Umsetzungsmaßnahmen zu den Gesundheitszielen im Detail zu planen. Ferner finden periodisch Gesundheitskonferenzen statt, in denen die Vernetzung zwischen den Gesundheitszielen erfolgen soll. In Zukunft wird es darum gehen, die Strukturen effizienter zu nutzen und mehr mit Leben zu füllen bzw. dort, wo notwendig, zu ergänzen (zB. ist die Schaffung eines ExpertInnen-Beirats zur Unterstützung des IGP vorgesehen). Die Verantwortlichen werden als eher aufgeschlossen im Hinblick auf die Umsetzung der Gesundheitsziele gesehen. Allerdings fehlen derzeit noch Strukturen, um die Umsetzung der Ziele nachhaltig verfolgen zu können. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist es, ein Vertrauensverhältnis zwischen PolitikerInnen und BeamtenInnen aufzubauen.

„Ich glaube, dass wir sehr repräsentativ die Verantwortlichen in den Gesundheitsreferaten [des Landes und der Städte] einbezogen haben und gleichzeitig die zweite Institution, die Gesundheitsförderung im Land macht, nämlich die Sozialversicherung. Durch diese Zusammenarbeit ist es auch möglich, dass dann das Institut für Gesundheitsplanung vorgegeben hat, Arbeitskreise zu schaffen. In denen wurde dann die inhaltliche Formulierung und Neuformulierung der Gesundheitsziele, aber auch die Planungs- und Umsetzungsstrategien von ExpertInnen – und begleitet von PolitikerInnen – diskutiert.“ (H1)

„Ich glaube, dass wir ausreichend repräsentiert sind, wobei das Institut für Gesundheitsplanung noch eine zweite große Ebene geschaffen hat, das sind die Gesundheitskonferenzen, wo wir über 40 Mitglieder drinnen haben, die aus Bereichen der Wirtschaft, aus Bereichen der Anbieter, aus Bereichen der PatientInnenvertretung, usw. kommen.“ (H1)

Es gibt „zu jedem Gesundheitsziel einen verantwortlichen Arbeitskreis, der sich ganz konkret mit der Frage beschäftigt, wie kann man das Gesundheitsziel erreichen.“ (H2)

„Die wichtigsten Personen, Personengruppen und Institutionen zur Umsetzung der Gesundheitsziele, glaube ich, haben wir im Vorstand [des IGP] beisammen. Ich glaube dass das Land OÖ ein wichtiger Player sein muss, ich glaube, dass die Sozialversicherung ein wichtiger Player sein muss und ich glaube, dass die großen Städte eine Vorreiterrolle einnehmen sollten. In weiterer Folge sind dann auch noch die Gemeinden wichtige Player.“ (A2)

„Und dann hat man ja für die Gesundheitsziele Paten geschaffen, die das tragen sollen. So hat man eigentlich für jedes Ziel eine Institution gefunden, die nach außen als Leader- und Vorzeigefigur dienen kann.“ (D1)

Es besteht aber auch die Sichtweise, dass in der realen Umsetzung Verbesserungen möglich sind:

„Wir haben hier eine Struktur aufgebaut, die immer noch verbesserungsfähig ist, weil wir am Anfang ziemlich allein unseren Weg durchgefunden haben. Die Zielsetzungen des Instituts für Gesundheitsplanung sind klar. Die Arbeitskreise waren so die ersten, die dazu stattgefunden haben, mit sehr sehr unterschiedlichen Berufsgruppen. Wir sind jetzt draufgekommen, dass wir einen Beirat haben wollen, um hereinkommende neue Projekte beurteilen zu können.“ (H6)

Land und OÖGKK sollten intensiver zusammenarbeiten, denn sie finanzieren das IGP zu 80% und könnten stärker darauf hindrängen, dass wirksame Maßnahmen vereinbart werden. „Wenn sich beide Seiten zusammen setzen würden [PolitikerInnen des Landes und Verantwortliche der OÖGKK] und sagen, wir haben das Geld und wir haben die Position etwas zu tun und wir spannen unsere verfügbaren Strukturen zusammen und bewegen etwas.“ (B2) Es sollten EntscheidungsträgerInnen und Mitar-

beiterInnen aus beiden Bereichen einen Tag in Klausur gehen, um Visionen für die Umsetzung der Gesundheitsziele zu entwickeln. (B2)

Hinsichtlich der Nutzung und Wirksamkeit der Strukturen dürfte die Realität derzeit doch einigermaßen von einem gewünschten Idealbild abweichen:

Es stehen nicht zu wenig Strukturen zur Verfügung, sie werden nur zu wenig genutzt. (B2)

Es gibt ja „MitarbeiterInnen in der Landessanitätsdirektion und auch die politischen MitarbeiterInnen [der Landesrätin]. Wenn die den Auftrag hätten, sich so zu orientieren, dass die Ziele auch umgesetzt werden, dann wäre mehr möglich.“ (B2)

„Die Landesrätin hat ja verschiedene Abteilungen, die zumindest in Teilbereichen tatsächlich umsetzen könnten. In Teilbereichen funktioniert es ja, wie z. B. Gesunde Gemeinde. Und dann hat sie natürlich auch andere Instrumente, wie das Institut für Gesundheitsplanung, über den Vorstand in Abstimmung mit der OÖGKK.“ (C2)

„Es gibt durchaus Bereiche wie Diabetes und Herzkrankheiten, wo wir uns insgesamt schwer tun, wo sich auch das Institut [IGP] schwer tut, weil es auch nicht den Hebel hat und mehr Unterstützung und mehr Commitment nötig wäre. Die Frage ist, ob PolitikerInnen, die so viele andere Sachen zu tun haben, überhaupt in der Lage sind, dazu einen entsprechenden Support zu liefern.“ (K2)

„Was die Politik anbelangt, es gibt da ja eh nur die Landespolitik, die Magistrate und die Gemeinden. Bei den Magistraten aktiv auseinander setzen tun sich Linz und Wels. Bei der Politik habe ich halt das Gefühl, dass die Verantwortlichen zwar aufgeschlossen sind, dass sie auch die Ziele unterschreiben können und mittragen, insbesondere trifft das für das Land zu, aber dass sie über keine Struktur verfügen, um diese Ziele auch nachhaltig zu verfolgen und umzusetzen. Was mir so auffällt, ist, dass zwischen den politisch Verantwortlichen und den Beamten, die das umsetzen sollen, keine gut funktionierende Kommunikationsstruktur und Kooperationsstruktur besteht.“ (G1)

„Die Krux ist, dass keine echte Verbindung zwischen der Beamten- und der ausführenden Institution auf der einen Seite besteht, die ja die Arbeit machen müssen, und zwischen den Entscheidungsträgern auf der politischen Ebene. Das ist zu wenig

verzahnt. Weiters spielen auch politische Konstellationen eine Rolle. Weil ja die politisch Verantwortlichen parteipolitisch ausgerichtet sind und im Regelfall auch der Beamtenapparat parteipolitisch orientiert ist. Und wenn ein Beamter von einer anderen politischen Partei ist oder sogar von einer Oppositionspartei, dann wird der- oder diejenige die Unterstützung nicht in dem Maß bringen, wie es notwendig ist.“ (G2)

„Die Politiker wären die Auftraggeber und die Beamten müssten dann die Umsetzung machen und es braucht zwischen den beiden ein Vertrauensverhältnis.“ (G2)

Die PolitikerInnen und EntscheidungsträgerInnen würden mehr Unterstützung benötigen. „Vielleicht könnte das durch Gesundheitskonferenzen erfolgen, dass man sagt, wer sind die Stakeholder im Gesundheitsbereich, was schlagen die vor, wo sehen die Entwicklungschancen und wie vernetzt man sich zu den Politikern in den Gemeinden oder zur Stadt Linz, Land OÖ und zum Bund. Worin bestünde ein Konsens? Weil wir doch eine sehr zersplitterte Finanzierungslage haben. Und diese Zersplitterung und Fragmentierung könnte man auflösen über gemeinsame Ziele, und sagen, was ist der Nukleus des Gemeinsamen, was wollen wir erreichen in Richtung adipöse Kinder, in Richtung Herz-Kreislauf-Mortalität und wenn man solche fände, dann kann man die unterschiedlichen Betroffenheiten, die Kompetenzen und Finanzierungsauswirkungen in irgendeiner Weise händeln.“ (E2)

#### **3.1.4.4. Gelebtes Leadership und Commitment**

Leadership und Commitment der PolitikerInnen und sonstigen EntscheidungsträgerInnen sind wichtig, denn nur wenn beides vorhanden ist, wird es möglich sein, Ressourcen zur Verfügung zu stellen und Möglichkeiten für die Umsetzung der Ziele zu schaffen. Nach Ansicht der meisten Interviewten gibt es derzeit keine Person [im Bereich der Politik, des Landes oder der OÖGKK], die wirklich Leadership ausüben würde. Von den Befragten wird Leadership und Commitment durch die PolitikerInnen eingefordert. „Alles steht und fällt mit einem Bereich, das ist der Politikbereich.“ (F2) Die PolitikerInnen sollten zeigen, dass sie es mit der Umsetzung der Gesundheitsziele ernst meinen, sie sollten Entscheider und Promotoren sein. Z. B. könnten sie stärker die Gesundheitsziele in der Öffentlichkeit vertreten und sich mehr in der Festlegung von prioritären Handlungsfeldern engagieren. Sie sollten die Finanzierung sicherstellen und dann denjenigen den Rücken stärken welche die Maßnahmen umsetzen, müssen diese aber auch unbehelligt arbeiten lassen. Schließlich könnten sich die PolitikerInnen die Erfolge dann selber wieder zuordnen – das wäre eine Win-Win-Situation.

Bewertung der derzeitigen Situation:

„Es gibt in OÖ nicht genügend Personen, die hier eine Vorreiterrolle für die Gesundheitsziele übernehmen, es gibt ein paar Public Healthler, die das in OÖ interessiert. Auf politischer Ebene, glaube ich, gibt es gar niemanden, der das wirklich aus eigener Überzeugung betreibt. Ich glaube, in der Politik ist es so, dass man mit den Gesundheitszielen eher Erfolge verkaufen will und weniger ein Sachinteresse gegeben ist.“ (A1)

„Manche Politiker sind zufrieden, wenn sie in der Zeitung stehen, das ist zu wenig. Es ist völlig legitim, Projekte dafür zu verwenden und das auch zu nützen, aber man muss dafür etwas tun.“ (G4)

„Die großen Spieler sind ja das Land und die GKK und die anderen Partner sehe ich eher so als die ‚aktiven Mitläufer‘.“ (C1)

„Ich kann hier leider wirklich niemanden nennen, wo ich das Gefühl hätte der wäre eine Integrationsfigur in Sachen Gesundheitsziele. Vor einem Jahr hätte ich sicher den Herrn X noch genannt.“ (A1)

„Der einzige, der meiner Meinung nach die Thematik Umsetzung der Gesundheitsziele strategisch angegangen ist, war damals Herr X. Er hat mit der Struktur, die er aufgebaut hat und mit dem IGP, das er maßgeblich mitgestaltet hat und mit den Konferenzen, die er veranstaltet hat und den vielen Diskussionen, die er mit dem damaligen Geschäftsführer des IGP geführt hat, durchaus versucht, eine strategische Herangehensweise zu den Gesundheitszielen zu positionieren.“ (B1)

„Ich glaube schon, dass in OÖ eine zentrale Figur fehlt, die sagt, ich habe das Gesamte im Überblick und es ist mir wirklich ein Anliegen. Das glaube ich, ist nicht in dem Ausmaß vorhanden, wie es für das System gut wäre. Allerdings mit der Relativierung, dass wir trotzdem besser dastehen als in vielen anderen Bundesländern.“ (I1)

„Ich würde sagen, nein, das gibt es nicht. Da ist aber Oberösterreich keine Ausnahme, sondern das gibt es in keinem Bundesland.“ (F1)

„Wenn man es idealtypisch sieht, dann glaube ich, dass es besser sein könnte.“ (C1)

„Es wäre unfair, wenn man sagt, es gibt niemand, aber wenn man sagt, es tut wer, dann ist es auch nicht richtig. Die Wahrheit liegt wahrscheinlich irgendwo in der Mitte. Die politische Verantwortung liegt bei der Gesundheitslandesrätin. Ich bin überzeugt, dass sie sich als Treiberin versteht. Dass sie ehrlich bemüht ist.“ (B1)

„Bei den Statutarstädten [Linz und Wels], die noch beim Gesundheitsbericht Oberösterreich dabei sind, orte ich hinsichtlich Leadership Ähnliches wie auf Landesebene.“ (B1)

In Teilbereichen wurde Verantwortung übernommen. „Wir haben in Teilbereichen ein gewisses Leadership, aber es sind nur ganz kleine Segmente, wo wir das Heft in die Hand genommen haben.“ (C1)

Die Befragten wünschen sich hinsichtlich Leadership und Commitment:

„Dass die Gesundheitsziele Ziele sind, die man wirklich verfolgt. Die man gemeinsam verfolgt und die nicht nur gemacht werden, damit man auch Gesundheitsziele hat.“ (A1)

„Die PolitikerInnen müssten auf jeden Fall dahinter stehen, es muss ihnen wichtig sein, sie müssen die Ressourcen und Möglichkeiten schaffen.“ (A6)

„Was sie haben sollten, ist die Mentorenfunktion. Genauso ist es auf Landesebene wichtig, dass signalisiert wird, dass die Politiker hinter der Sache stehen. Das operative Geschäft sollten sie an Institutionen übergeben.“ (D2)

„Was sie tun können, ist Geld hergeben. Finanzierung ist ein Thema. Das Zweite ist, den politischen Rücken zu stärken und damit auch den Erfolg sich selber zuzuordnen, das wäre eine Win-Win-Situation. Und Dinge zuzulassen. Und Dinge auch ideell zu unterstützen.“ (E3)

„Was die oberste Ebene auf jeden Fall machen müsste, das wäre diese Gesundheitsziele hinaustragen, die stehen ja in der Öffentlichkeit und das wäre für mich Hauptaufgabe von diesen Obersten, dass sie hinausgehen und sagen, wir haben Gesundheitsziele und wir möchten sie erreichen. Alles andere wäre schon nicht mehr



so auf oberster Ebene wichtig, alles andere könnte man auf unterer Ebene zusammenbringen.“ (A3)

„Sie müssen Entscheider und Promotoren sein. Sie müssen letztendlich ihren Sanktus geben, ob man ein bestimmtes Ziel prioritär angeht. Das bedeutet ja dann auch entsprechend die finanziellen Mittel bereitzustellen und sie müssen hinter dem stehen. Sie müssen das zu ihrer eigenen Sache machen.“ (G4)

„Dass die Politik nicht kurzfristig sagt – aus welchen Gründen auch immer – wir machen es anders.“ (C4)

„Der ganze Politikbereich muss Leadership übernehmen. Das kann zwar von jemandem eingefädelt werden, der z. B. aus der Gesundheitspolitik kommt, aber die anderen Sektoren müssen mitziehen. Da kenne ich kein Beispiel in Österreich, wo das der Fall ist.“ (F1)

Die zentrale Führungsrolle für die Umsetzung der Gesundheitsziele muss die Politik übernehmen.

„Alles steht und fällt mit einem Bereich, das ist der Politikbereich.“ (F2)

„Politik übernimmt Leadership, beauftragt, stellt Ressourcen zur Verfügung, verspricht aber auch, dass das politisch Mögliche getan wird, das auch umzusetzen.“ (F3)

„Der Sozialversicherungsbereich hat die Möglichkeit abzuschieben. Die Politik hat es nicht. Deshalb würde ich auch das Leadership bei der Politik sehen, weil die hat ja auch ‚das Bummerl‘ “. (C3)

„Ich glaube schon, dass da das zentrale Leadership von der Politik gefragt wäre. Und wahrscheinlich müssten im politischen Büro entsprechend mehr Leute sich auch fachlich damit beschäftigen können.“ (C3)

„Leadership kommt aus der Politik. Das lässt sich nicht vermeiden. ... Man müsste sich den politischen Prozess in anderen Ländern noch näher anschauen, was waren so die Schlüssel zur Politik. Man wird draufkommen, eine wesentliche Rolle haben immer Politikberater gespielt. ... Letztendlich spielen auch die Player eine große Rolle. Das geht vom Landessanitätsdirektor bis hin zur Ärztekammer, Universitäten, Bildungsein-

richtungen, von mir aus auch der Public Health-Bereich, aber der ist in der Beratungsfunktion, derzeit nicht sehr entwickelt.“ (F2)

„Bei den Gesundheitszielen braucht man so etwas wie eine konzertierte Aktion. Wahrscheinlich ist es das, was benötigt wird: Eine entschlossene Politik, die bereit ist, da wirklich dahinter zu stehen und möglichst gute Zuarbeiter.“ (F3)

PolitikerInnen wollen vorbereitete Vorschläge als Grundlage für Entscheidungen:

„Die Politik werden wir nur wenig beeinflussen können, außer durch entsprechend klare Bottom-up-Vorschläge. Die Frage ist, wie wir die Politik dazu bringen, sich zu commiten.“ (K13)

„Das soll der Fachbeirat vorarbeiten. Von politischer Seite sind die Finanzen bereitzustellen und das ist hart genug.“ (H1)

Die PolitikerInnen könnten die Gesundheitsziele mehr für eigene Zwecke nützen:

„Die PolitikerInnen sind sich der Macht des Instruments gar nicht so sehr bewusst. Sie müssten sanft auf die Potentiale die in den Gesundheitszielen stecken hingewiesen werden, bei ihnen müsste man das Umdenken erreichen. Dies wird nur durch Anstoß von außen gehen, indem man dies mit ihnen intensiver diskutiert. Auch das IGP könnte in dieser Hinsicht aktiver werden.“ (B2)

„Ich glaube, dass es nur wenig Unterstützung gibt, dass die politischen Kräfte die Gesundheitsziele viel zu wenig nützen. In Wirklichkeit wären sie ein Instrument, das man viel stärker politisch und gesundheitspolitisch nützen könnte.“ (B2)

#### **3.1.4.5. Maßnahmenplanung mit EntscheidungsträgerInnen abstimmen**

In die Planung von Maßnahmen sind Machtpromotoren miteinzubeziehen, damit diese die Umsetzungsschritte dann auch mittragen können. Wichtig ist die Entwicklung einer Evidenz basierten Umsetzungsstrategie, wobei bei der Planung der Umsetzungsschritte darauf Rücksicht zu nehmen ist, wie die PolitikerInnen verschiedene Handlungsoptionen bewerten. Es sind Maßnahmen mit in die Umsetzung aufzunehmen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit in kurzer Zeit gute Erfolge zeitigen um diese Erfolge dann auch in der Öffentlichkeit verkaufen zu können. Für die Planung ist es

wichtig, ein starkes Team zu haben, das in enger Verbindung mit einem Machtpromotor die einzelnen Umsetzungsschritte festlegt.

„In Österreich wirst du viele Strategien, die sehr sinnvoll wären, theoretisch empfehlen können und planen. Aber in der Umsetzung sind sie wahrscheinlich zum Scheitern verurteilt, weil der Kontext keine Unterstützung bietet. Weil die Bereitschaft zur Umsetzung nicht da ist. Lieber zuerst abchecken, wofür gibt es eine Bereitschaft.“ (F4)

„Für die Umsetzung der meisten dieser Strategien sind die Politiker dringend notwendig, denn die entscheiden. Aber wie kriegt man heraus, was ihnen gefallen wird, wie erfährt man ihre Bewertung?“ (F7)

„Dann muss man sich überlegen, was sind Evidenz basierte Strategien zur Umsetzung. ... und überlegen, wen brauche ich dazu, dass ich diese Strategien umsetze. Also, ressourcenmäßig und unterstützungsmäßig. In manchen Zielen brauche ich auch andere Politiksektoren.“ (F5)

„Man sollte versuchen, zuerst einmal eine Rangordnung der Umsetzbarkeit zu erstellen. Dann sollte man diese Strategien umsetzen und die Fortschritte mittels Monitoring überprüfen.“ (F5)

„In die Umsetzbarkeitswahrscheinlichkeit würde ich ein, zwei Ziele aufnehmen, von denen ich weiß, dass sie in relativ kurzer Zeit relativ guten Erfolg kreieren.“ (F5)

„Und hoffentlich haben wir dann bei den Maßnahmen eine oder zwei, am besten drei Maßnahmen dabei, wo wir wirklich Erfolge verkaufen können.“ (F7)

„Um Ziele zu erreichen, brauche ich klare Zieldefinitionen, ein Team von einem der treibt und zwei bis drei, die an einem Strang ziehen und schließlich brauche ich zur Verwirklichung einen Machtpromotor, eine Machtverbindung nach oben, damit es auch oben mitgetragen wird und es der Vorstand akzeptiert. ... Es müssen sicherlich die Machtpromotoren schon in die Erarbeitung so einbezogen werden, dass sie das mittragen.“ (C9)

### **3.1.4.6. Welche Personen, Gruppen und Organisationen könnten die Umsetzung der Gesundheitsziele unterstützen?**

Wenn man das IGP, das eine koordinierende Rolle für die Umsetzung der Gesundheitsziele inne hat, einmal ausklammert, dann sind die gegenwärtig wichtigsten Institutionen für die Umsetzung der Gesundheitsziele die Landessanitätsdirektion und die OÖGKK. Beide haben Teilverantwortung übernommen, möchten auch künftig eine wichtige Rolle spielen und können sich vorstellen, die eigene Rolle noch auszubauen. Weitere wichtige Institutionen sind zur Zeit Gemeinden, Schulen und die Ärztekammer. Interessanterweise wurden die oberösterreichischen Städte nicht als aktive Institutionen genannt.

Als Einzelpersonen könnte den SachbearbeiterInnen der PolitikerInnen die Rolle des Lobbyings für die Umsetzungsmaßnahmen zukommen, da sie den PolitikerInnen Informationen aufbereiten und zudem Zeit für persönliche Gespräche mit den PolitikerInnen haben.

Die Rolle der ExpertInnen aus verschiedenen Fachbereichen wird darin gesehen, den Prozess mit Informationen zu versehen und am Laufen zu halten. In die Umsetzungsaktivitäten sind viele verschiedene Berufsgruppen aber auch zahlreiche Vereine und Organisationen wie z. B. Sportvereine, PGA, Ärztekammer einzubeziehen. Diese breite Mitarbeit von vielen unterschiedlichen Akteuren ist unter anderem erforderlich, um gesellschaftliche Akzeptanz für die Umsetzung sicherzustellen.

#### **Wichtige Institutionen zur Umsetzung der Gesundheitsziele**

„Das sind einmal die großen Institutionen wie Land, OÖGKK und Ärztekammer und dann die Gemeinden und dann die Träger wie Landesschulrat für den Bereich Gesunde Schule. Und in jedem Gesundheitsziel gibt es eigene Experten, im schulischen Bereich hat z. B. die OÖGKK eine Servicestelle für Schulen.“ (D2)

„Ein Leadership hat sicher die Gebietskrankenkasse eingenommen in der vergangenen Zeit. Natürlich auf bestimmte Gesundheitsziele bezogen die die Kasse dann auch untergebracht hat in den OÖ Landesgesundheitszielen.“ (G1) Die OÖGKK möchte auch weiterhin Themen besetzen und vorantreiben, die ihr wichtig sind (E1) und diese „entweder tatsächlich in die Verantwortung übernehmen, oder in Teilverantwortungen.“ (E1)

So ist z. B. die OÖGKK sehr aktiv im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung (und ist auch für Österreich Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung).<sup>69</sup> „Aus der Sicht der OÖGKK besteht Leadership darin, konkrete von der Politik vernachlässigte Themenbereiche, die ihr aber wichtig sind, zu besetzen und voranzutreiben.“ (E1)

„Natürlich ist eine gesetzliche Krankenkasse immer sehr prominent mit an Bord, sei es, dass man Daten liefert, oder mehr die Grundlagenarbeit macht, oder dass man konkret in der Umsetzung mit dabei ist. Ohne Kassen kann ich mir die Umsetzung eines gesundheitspolitischen Ziels nicht vorstellen.“ (J02)

### **SachbearbeiterInnen der PolitikerInnen unterstützen die Meinungsbildung**

„Die Sachbearbeiter der Politiker sind dazu da, den Politiker mit Informationen zu versorgen, alles vorzubereiten und auf die Termine zu achten. Und nach außen hin tritt der Politiker auf.“ (D2)

„Die Sachbearbeiter [in den politischen Büros] hätten sicherlich ganz stark die Rolle der Meinungsbildung und Aufbereitung für die Politiker. Weil die sind mit ihnen beisammen, die fahren mit ihnen zu den Terminen, die haben die Gelegenheit, mit ihnen Gespräche zu führen, wenn sie zwei Stunden im Auto irgendwohin fahren. Aber die sind selber massiv unter Zeitdruck. Darum wäre deren Hauptrolle die des Türöffnens, des Aufbereitens der Informationen, die von den Außenstehenden außerhalb des Büros kommen, damit die Landesrätin und die Landesräte entsprechend handeln können und die Information verarbeiten. Das Lobbying für die Sache wäre für mich eine wichtige Rolle, die sie ausüben könnten. Sie sind das Bindeglied zur Außenwelt.“ (C5)

„Das politische Büro hat die Beraterfunktion. Wobei PolitikerInnen je nach Persönlichkeit oft ihre Entscheidungen ganz nach persönlichem nach politischem Kalkül, treffen. Das kann sich sehr von den Empfehlungen des politischen Büros unterscheiden. Aber das politische Büro hat auch eine Schlüsselfunktion, weil das hat das Vertrauen der politischen Person.“ (F4)

„PolitikerInnen haben aber das Dilemma, dass sie sich nicht auf eine Sache konzentrieren können. Die brauchen dann immer wieder jemanden, der sie daran erinnert. Das können die persönlichen Berater sein, oder die Projektverantwortlichen vom Land.“ (G4)

### **ExpertInnen**

„Wenn sich ein Fenster ergibt, ein Window-of-opportunity, dann müssen sie in die Schublade rein greifen können und das aus der Schublade ziehen können, was benötigt wird, und das den PolitikerInnen hinlegen. ... Ihre Aufgabe ist es, den Prozess mit Informationen zu versorgen, ihn am Laufen zu halten und – vorwiegend im Hintergrund – gut zu arbeiten, damit das passiert, was in solchen Fällen passieren soll. ... Da kann Public Health sehr viel Evidenz und Entscheidungshilfen liefern.“ (F3)

„Es gibt sicher auch noch zu wenig Know-how in dem Bereich, wo die PolitikerInnen von verschiedensten Seiten unterstützt bzw. gebrieft werden. Vielleicht wäre es eine Möglichkeit hier anzufangen. Zum Beispiel die Personen auf einer Ebene unter den Politikern zu briefen, zu schulen usw., sodass die als Berater fungieren für die Personen, die eigentlich Leadership betreiben müssen.“ (A2)

In einem Interview wird angesprochen, wie heterogen der Bereich der Gesundheitsförderung ist und dass viele FachexpertInnen für eine erfolgreiche Umsetzung beteiligt werden müssen: „Einbezogen sein müsste die Wissenschaft und auch die Politik. Aber sicher auch handelnde Akteure wie Pflege, Ärzteschaft, Apothekerkammer. Also alle im Gesundheitsbereich Tätigen. Du brauchst dann auch viele ExpertInnen, wie z. B. im Bereich Daten brauchst du einen Informatiker oder Statistiker oder Epidemiologen. Im Bereich Politik wirst du wahrscheinlich auch PolitikwissenschaftlerInnen einbeziehen müssen. Du brauchst Institute wie das HTA-Institut, das Institut für höhere Studien oder das ÖBIG. Du brauchst dann viele Strukturen.“ (F8)

### **Andere**

„Ansonsten gibt es unzählige Formen der Umsetzung. Es gibt z.B. viele Vereine, die gefördert werden und die sagen, machen wir auf Vereinsbasis etwas. Es gibt die Ärztekammer, die auch wieder Vereine betreibt. Es gibt regionale und lokale Vereine, es gibt Sportverbände. Es gibt so Konstrukte wie den PGA und daneben die Körperschaften wie Bund, Land, Gemeinde oder eine GKK. Daneben auch private und öffentliche Initiativen.“ (E2)

„Die anderen Akteure sind eigentlich mehr Zuarbeiter. Die arbeiten nur zu und können dann in der Umsetzung eine wichtige Rolle spielen und wichtige Rollen übernehmen. Ohne Zweifel.“ (F2)

Nicht nur das, sie sind auch notwendig: „Selbst wenn ein Gesundheitsziel vom politischen Bereich beauftragt wird, heißt das noch lange nicht, dass die anderen Akteure mitziehen. Ab einem bestimmten Moment braucht man auch die anderen Akteure, denn wenn die Politiker plötzlich allein dastehen, wird man die gesellschaftliche Akzeptanz auch nicht so leicht kriegen.“ (F3)

## **3.2. Capacity und Prozesse für die Umsetzung von Gesundheitszielen**

Für das Erreichen der Gesundheitsziele in Oberösterreich ist es erforderlich, ausreichend Capacity zur Verfügung zu haben – in Form von finanziellen Mitteln, qualifiziertem Personal sowie die Umsetzung unterstützenden Strukturen und Prozessen. In Kapitel 3.2.1 wird das Konzept von Capacity building beschrieben und ein Ansatz für eine Operationalisierung dargestellt. Die Operationalisierung von Capacity building ist erforderlich, um Fortschritte in diesem Bereich messen zu können.

Gesundheit21 – das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ der WHO-Europa<sup>70</sup> – enthält Strategievorschläge, was bei der Planung und Implementierung einer Public Health Politik zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu beachten ist. Diese Vorschläge werden überblicksartig in Kap. 3.2.2 angeführt.

Einer der Erfolgsfaktoren um die Kräfte bei der Umsetzung von Gesundheitszielen zu bündeln, sind Netzwerke und Partnerschaften. Ein koordiniertes Vorgehen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Maßnahmen tatsächlich die Gesundheitsdeterminanten verändern bzw. die Gesundheit der Zielbevölkerung verbessern. In Kap. 3.2.3 werden Voraussetzungen für effiziente und nachhaltige Netzwerke vorgestellt.

Im Anschluss daran (Kap. 3.2.4) folgen die Aussagen der InterviewpartnerInnen: Wie schätzen sie Lernen und Weiterentwicklung in der derzeitigen Realität der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich ein und wo sollten, im Hinblick auf eine optimierte Praxis, nach Meinung der Interviewten, Veränderungen bei den Prozessen vorgenommen werden?

### **3.2.1. Capacity building (Potentialentwicklung)**

Capacity ist die Fähigkeit, eine Politik zu entwickeln und umzusetzen.<sup>71</sup> Capacity building ist der Prozess, die dafür notwendigen Fähigkeiten, Strukturen und Ressourcen zu entwickeln und zu stärken.<sup>72</sup> Gesundheitsziele umsetzen, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, ist für Österreich und Oberösterreich ein neues Konzept. Die gesamte Region und die darin tätigen Organisationen sind deshalb möglicherweise noch nicht fähig, sich in organisierter Weise an der



Umsetzung der Gesundheitsziele zu beteiligen, wenn sie nicht einen erfolgreich verlaufenen Prozess von Capacity building durchgeführt haben.

Scharinger / Reis-Klingspiegl<sup>73</sup> stellen deshalb für Österreich fest, was auch für Oberösterreich gilt: Es fehlt die große Klammer, das gemeinsame Ziel, ein abgestimmtes Vorgehen, der politische Wille. Es fehlt an Capacity building. Im Capacity building geht es um einen koordinierten Entwicklungsprozess von Bund, Ländern, Gemeinden, Settings, Personen und Gruppen. „Es gilt in dieser Breite und Tiefe

- für den klaren Ausdruck des politischen Willens zu sorgen,
- die Forschung in diesem Bereich zu stärken, ...
- Menschen in diesem Bereich aus- und fortzubilden,
- für Modellprojekte zu sorgen und den resultierenden Wissenstransfer zu unterstützen.“<sup>74</sup>

Maßnahmen und Programme zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit sind meist darauf gerichtet, Interventionen in einem komplexen System zu setzen, um es in eine gewünschte Richtung zu lenken. Dabei muss die Komplexität der Interventionen der zu verändernden Systemkomplexität entsprechen.<sup>75</sup> Voraussetzung für möglichst gute Erfolgchancen von Reformmaßnahmen bietet der nachhaltige Aufbau ausreichender Reformpotentiale durch gezielte Potentialentwicklung (Capacity building). Capacity building wurde in Australien und Kanada entwickelt und dient „dem Aufbau angemessen komplexer und wirksamer Veränderungspotentiale.“<sup>76</sup> Capacity building im Modell des Gesundheitsministeriums von New South Wales, Australien, verknüpft mehrere erprobte Strategien, z. B.

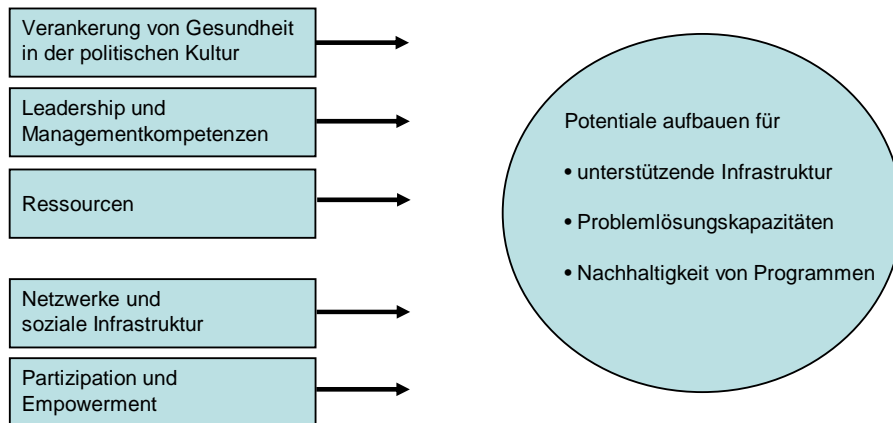
- Organisationsentwicklung,
- Qualifizierung der MitarbeiterInnen (Wissen und Fähigkeiten)
- Allokation von Ressourcen,
- Aufbau von Leadership und Managementkompetenzen und
- Entwicklung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit.<sup>77</sup>

Durch die Aktivitäten sollen Fähigkeiten in folgenden Zielbereichen aufgebaut und gestärkt werden<sup>78</sup>

- Unterstützende Infrastrukturen entwickeln (um Programme umsetzen zu können)
- Problemlösungskapazitäten fördern (um gesundheitliche Probleme zu identifizieren und Wege zu finden, diese Probleme zu „bearbeiten“),
- Nachhaltigkeit von Programmen verbessern.

### Abb. 3: Handlungsfelder von Capacity building

(Adaptiert nach NSW Health Department, A framework for building capacity to improve Health, Sydney 2001, S.2)



Es gibt einige Ansätze das Konzept zu operationalisieren, damit es nicht nur allgemein und abstrakt bleibt, sondern zur Bewertung von konkreten Situationen angewandt werden kann.<sup>79</sup> Einer dieser Ansätze stammt von Noack / Reis-Klingspiegl, die auf Basis der obigen Überlegungen ein Instrument zur Beurteilung von Community Readiness entwickelten, mit dem Entwicklungsbedarfe von Gemeinden in Zusammenhang mit der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten identifiziert werden können. Das Modell kann auch Orientierungspunkte zur Beurteilung der Situation der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich liefern, muss dazu aber erst etwas adaptiert werden. Fünf zentrale Handlungsfelder stehen im Mittelpunkt (siehe auch Abb. 3), die hier in Form von Leitfragen ausgedrückt werden.<sup>80</sup>

- In welchem Ausmaß ist das **Konzept** von Gesundheit **eingebunden in die politische Kultur** der Gemeinde und insbesondere die Gemeinde-Administration? (Definition von Verantwortlichkeiten, Information und Feedback, gemeinsamer Beschluss, Zusammenarbeit aller Parteien)
- Welche potentiellen **Leadership- und Management-Fähigkeiten** sind vorhanden? (Fähigkeiten zur Umsetzung der Gesundheitsziele, soziale Fähigkeiten)
- Welche **Ressourcen** müssen für Projekte aufgebaut oder zugeordnet werden? (z. B. Budget für Gesundheitsförderungsaktivitäten, bezahltes Personal, Freiwillige, physische und technische Ressourcen)

- Welche potentielle formale und informelle gesundheitsförderliche **Infrastruktur** existiert? (**Kooperationserfahrungen** der Akteure, Spannungen und Konflikte, added value) (Partner, Netzwerke, Treffpunkte)
- Welches Ausmaß von **Partizipation und Empowerment** kann auf Basis von bisherigen Erfahrungen erwartet werden? (Sind z. B. die Partner bereit, Investitionen in Capacity building zu tätigen? Bestehen Möglichkeiten, Personen weiterzubilden damit sie aktiv am Partizipationsprozess teilnehmen können?)

Die ersten drei Handlungsfelder stehen hierarchisch höher als die beiden letztgenannten, da sie wichtige Voraussetzungen für einen Projektstart bilden. Partnerschaften und Vernetzungen sowie Partizipation und Empowerment lassen sich leichter als die anderen Dimensionen erst auch im Verlauf des Projektes entwickeln.<sup>81</sup>

Die fünf Themen repräsentieren zentrale Fähigkeiten, um Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen zu können (bzw. Gesundheitsförderungsaktivitäten voranzubringen). Für eine genauere Analyse, wie weit bereits Capacity vorhanden ist, existieren zu jedem Themenbereich vier Prüffragen, die in der Folge angegeben sind.<sup>82</sup>

Zur Beurteilung des Grads der **Verankerung von Gesundheit** und des Konzeptes der Gesundheitsförderung in der Gemeindepolitik und -verwaltung sind folgende Fragestellungen hilfreich:

- Gibt es einen Gemeinderatsbeschluss für die Durchführung eines gesundheitsfördernden Programmes, dem eine inhaltliche Auseinandersetzung vorausgegangen ist?
- Gibt es in der Gemeinde eine gewachsene Kultur der überparteilichen Kooperation und Verbindlichkeit?
- Ist eine interne Kontaktperson für das Programm innerhalb der politisch Verantwortlichen bzw. in der Verwaltung nominiert, welche sich mit dem Programm identifiziert und die Identifikation der Gemeinde bzw. mit dem Programm signalisiert?
- Gibt es funktionierende Kommunikationsstrukturen, welche den Informationsfluss über die Achse externe – interne Projektverantwortliche gewährleisten und auch für regelmäßige Rückmeldungen an den Gemeinderat sorgen?

Jedes Programm vor Ort benötigt **Leadership und** ausreichende **Managementkompetenzen**, um eine Chance auf eine erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung zu haben.

Prüffragen sind:

- Gibt es eine oder mehrere Personen, die sich stark mit dem Programmanliegen identifizieren und bereit wären Zeit und Know-how zu investieren?
- Hat diese Person / haben diese Personen die beidseitige Akzeptanz von Gemeinderat / -verwaltung und der Zielgruppe des Programms?
- Hat diese Person die notwendige Durch-, Umsetzungs- und Mobilisierungskompetenz?
- Erscheint diese Person / erscheinen diese Personen als integrativ und teamfähig andere Personen für die Sache zu mobilisieren und zu gewinnen?

Eine wesentliche Grundlage für ein erfolgreiches Programm ist eine ausreichende **Ressourcenlage** für die gesamte Dauer.

- Welche finanziellen Ressourcen ist die Gemeinde bereit für die Sache einzusetzen?
- Auf welche Wissens- und Managementressourcen kann in der Gemeinde zurückgegriffen werden?
- Gibt es genügend kompetente Personen, die auch bereit sind, sich für das Programm einzusetzen?
- Welche Räume, technische Infrastruktur und Kommunikationsmittel stehen zur Verfügung?

#### **Partnerschaften und Netzwerke sowie soziale Infrastruktur**

- Welche formellen und eventuell informellen sozialen Strukturen gibt es in der Gemeinde?
- Gibt es historische oder aktuelle Kooperations- bzw. Konfliktpunkte zwischen unterschiedlichen Strukturen?
- Welchen Bezug der einzelnen Player gibt es zum Thema der Intervention (Programm)?
- Was ist / wäre der Mehrwert für die einzelnen Stakeholder im Falle einer Vernetzung?

Gesundheitsförderung als soziale Intervention arbeitet mit den Prinzipien der **Partizipation und des Empowerments**.

- Hat die Gemeinde schon Erfahrung mit Beteiligungsprozessen? Wenn ja, wie sieht diese aus?
- Weiß die Gemeinde, dass es Veränderungen auf verschiedenen Ebenen geben wird und diese Widerstände auslösen können?
- Gibt es ausreichend Zeit um Menschen zu beteiligen? Kann es vorerst um den Prozess und nicht schon um konkrete Maßnahmen gehen?
- Gibt es Möglichkeiten einer begleitenden Qualifikation von beteiligten Personen?

Die Antworten geben Hinweise, in welchen Bereichen eine Gemeinde bereits weit fortgeschritten ist und wo weitere Entwicklungsschritte erforderlich sind. Letzteres ist in den Themenfeldern der Fall, die weit vom Ideal abweichen. Das Konzept kann auch – nach Adaptierung – für die Analyse der Capacity bei der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich eingesetzt werden. Es liefert dann auch für diesen Bereich die notwendigen Orientierungspunkte, um erkennen zu können, wo Optimierungserfordernisse liegen.

Fähigkeiten sind keine absolute Größe, sondern sie haben nur Bestand in Bezug auf etwas<sup>83</sup> – in unserem Fall der Umsetzung der Gesundheitsziele. Gibbon et al. schlagen daher vor, Capacity building als eine parallele Aufgabe anzusehen, die in die Umsetzung von Maßnahmen integriert wird und mit diesen auch evaluiert werden soll. Die Evaluierung muss dann auch zeigen, wieweit das Programm – beginnend von der Planung über die Implementierung bis hin zur Evaluierung – mit dazu beigetragen hat, die Kompetenzen zur Umsetzung der Gesundheitsziele zu verbessern, und zwar, insbesondere in den Bereichen, in denen die größten Entwicklungserfordernisse festgestellt wurden.<sup>84</sup>

Capacity building ist sowohl in einzelnen Organisationen erforderlich wie auch im gesamten Netzwerk, d. h. horizontal zwischen den einzelnen Organisationen und Sektoren sowie vertikal von Organisationen über Gemeinschaften zu Individuen. Umgesetzt werden kann Capacity building indem man eine reflektierende Praxis aufbaut und beibehält. Kennzeichen dafür sind periodisches Reflektieren, gegenseitiges konstruktives Kritisieren und das Durchführen der notwendigen Anpassungen in einem Prozess des gemeinsamen Lernens.<sup>85</sup>

Wie könnte man bei der Implementierung einer Capacity building Strategie vorgehen?

Für die Analyse und Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen im Bereich Capacity building könnte ein Vorgehen in vier Schritten gewählt werden, das sich laut Laverick<sup>86</sup> bereits bei der Erarbeitung von Capacity building Strategien bewährt hat.

1. Schritt: Vorbereitung (Vorgehen adaptieren und konzipieren; z. B. die zuvor vorgestellten Fragen für die Beurteilung der Situation in Oberösterreich anpassen)
2. Schritt: Bewertung (Bewertung der Sub-Dimensionen; für spätere Nachvollziehbarkeit die Begründungen festhalten)
3. Schritt: Strategische Planung (als Gruppe entscheiden, wie die Situation verbessert werden könnte; die Richtungen grob festlegen; anschließend eine detailliertere Strategie zur Verbesserung erarbeiten; für die Umsetzung notwendige Ressourcen beschreiben)
4. Schritt Follow-up (Fortschritte feststellen und Neubewertungen vornehmen; alle 4 - 6 Monate)

McKinsey & Company führten eine Studie zu Capacity building durch und nennen folgende Erfolgsfaktoren<sup>87</sup>:

- Das Capacity building muss von den EntscheidungsträgerInnen (in Unternehmen vom Top-Management) vorangetrieben werden.
- Eine Klärung der Vision und der strategischen Ausrichtung ist oft der erste Schritt zu dramatischen Verbesserungen.
- Leadership und Management sind wichtig (d. h. es braucht Führungspersonen, welche die Initiative ergreifen und Capacity building zu ihrer eigenen Sache machen)
- Viel Geduld ist erforderlich, denn Capacity building ist schwieriger, als man erwarten würde, erstreckt sich über einen langen Zeitraum und kann phasenweise sehr frustrierend sein.

Bei Capacity building Aktivitäten handelt es sich um Kulturveränderungen, die langsam vonstatten gehen und auch den Widerstand der Betroffenen hervorrufen können, wenn diese lieber in gewohnter Tradition weiterarbeiten möchten.<sup>88</sup> Es ist deshalb notwendig, eine kritische Menge an Personen zu erreichen, was aber nur möglich ist, wenn es für die Betroffenen eine ausreichend starke Motivation bzw. ausreichend vernünftige Gründe gibt, bei einer Verhaltensänderung mitzumachen.<sup>89</sup> Auch dies ist bei der Umsetzung zu berücksichtigen. Wer sollte den Capacity building Prozess anstoßen? Die Finanziere der Maßnahmen müssten top-down darauf drängen, dass Capacity building passiert. Vorschläge dazu könnten aber auch bottom-up von den beteiligten Organisationen entwickelt werden.

### 3.2.2. Planung und Implementierung einer Public Health Politik: Gesundheit21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ der WHO

In Gesundheit21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO – finden sich Strategievorschläge, die für die Umsetzung von Gesundheitszielen Orientierungshilfen bieten. Diese insgesamt zehn Aspekte werden in der Folge in komprimierter Form wiedergegeben.<sup>90</sup>

- Eine **klare Zielrichtung** für den Weg nach vorne erfordert ein schriftliches Grundsatzpapier, das erörtert und auch kontrovers diskutiert werden kann, damit die zahlreichen PartnerInnen verstehen, weshalb sie für Gesundheit zusammenarbeiten sollen bzw. was ihr spezieller Input sein könnte. Dieses Grundsatzdokument mit klaren Zielvorgaben und Strategien bildet den wesentlichen Rahmen sowie Bezugs- und Ausgangspunkt.
- **Bewusstseinsbildung:** Konzepte, Aktionen und Engagement für Gesundheit werden nicht von selbst kommen. Public Health-ExpertInnen müssen das Bewusstsein über die Notwendigkeit von Gesundheitszielen schärfen. Die Berichterstattung ist so zu konzipieren, dass sie von allen voraussichtlichen PartnerInnen verstanden wird. Eine enge Zusammenarbeit mit den Medien und deren konstruktive Unterstützung ist von maßgeblicher Bedeutung.
- **Abstimmung des Prozesses:** Die Führungsrolle hat ein nationaler Gesundheitsrat inne, der verschiedene politische Ressorts, wichtige Stakeholder und NGOs vereinigt. Diejenigen, die Gesundheitsprogramme durchführen, sind an der Gestaltung und Evaluierung zu beteiligen (sonst werden sie nicht besonders engagiert sein, die Politik in die Praxis umzusetzen). Mögliche Interessenkonflikte sind über Verhandlungen zu lösen. Es ist dafür zu sorgen, dass benachteiligte Gruppen zu Wort kommen. Die Ausschüsse benötigen gezielte Unterstützung durch Public Health- und andere ExpertInnengruppen.
- **Konsens über Grundprinzipien, Ziele und Prioritäten:** Politiker in einem frühen Stadium einzubeziehen ermöglicht es leichter, eine längerfristige parteiübergreifende Vereinbarung zu erzielen. Eine gut fundierte Unterstützung der Öffentlichkeit kann Kontinuität und Nachhaltigkeit sichern.
- **Zielvorgaben** sind Orientierungspunkte, ermöglichen Fortschrittsmessung (notwendig sind passende Indikatoren) und inspirieren die PartnerInnen. Prioritäten klären, Ziele setzen und Fortschritte messen sind ein entscheidender Lernprozess im kontinuierlichen politischen Entscheidungsprozess. Sie geben Auskünfte,

worauf man sich konzentriert, was man erhofft und warum man erfolgreich war oder nicht.

Die wichtigsten Strategien sind zu umreißen, mit Angaben darüber, welchen Beitrag die wichtigsten PartnerInnen leisten können (Zeitintervall 10 Jahre).

- **Transparenz:** Durch ein schriftliches Grundsatz- und Strategiedokument erkennen die Akteure, worauf sie sich gemeinsam eingelassen haben und verstehen, welche Rolle sie selbst dabei einnehmen können.
- **Legitimierung des Prozesses:** Der Prozess kann durch einen breiten, transparenten Konsultationsprozess legitimiert werden. (Positive Beiträge liefern Tagungen, Themenveranstaltungen, Massenmedien, Feedback über den Konsultationsprozess.) Der Prozess / die Politik muss von der höchsten politischen Ebene (in Österreich vom Parlament, in Oberösterreich vom Landtag) gebilligt werden.
- **Schaffung neuer Bündnisse:** Public Health-ExpertInnen und der Gesundheitssektor müssen die anderen Sektoren ermutigen, Gesundheit einen hohen Rang auf der Tagesordnung beizumessen. Dazu sind Allianzen aufzubauen und nach gemeinsamen Zielen zu suchen. Es ist ein offener Dialog zu führen, Interessenskonflikte sind durch Kompromisse zu lösen. Das Vorhandensein eines Vertrauensklimas ermöglicht es, von anderen zu lernen.  
Eine starke, aber gemeinsame Führungsrolle und effiziente organisatorische Entwicklung sind die Säulen erfolgreicher Partnerschaften für die Gesundheit. Erforderlich sind Vereinbarungen über Verfahren, Verantwortlichkeiten und Budgets.
- **Erweiterung der Instrumente zur Umsetzung der Politik:** In der Vergangenheit bestand die Tendenz, sich bei der Umsetzung auf gesetzgeberische Maßnahmen und Regelwerke zu konzentrieren. Künftig sollten Verwaltungs-, Finanz- und Managementwerkzeuge stärker genützt werden. Zudem sollten Mechanismen zur Information, Einbeziehung und Förderung der einflussreichen und entwicklungsfähigen Netzwerke in der bürgerlichen Gesellschaft beachtet werden – von ihnen geht ein Großteil des Engagements und der Initiativen für Gesundheit aus.
- **Koordinierung, Monitoring und Evaluierung der Fortschritte:** Verantwortlichkeit kann durch Mechanismen zur Koordinierung, Verfahren der Berichterstattung an gewählte Gremien wie auch durch die Massenmedien erreicht werden. Gesundheitsberichterstattung soll es ermöglichen, aus den Erfahrungen zu lernen.



Finnland hat bereits mehrjährige Erfahrungen mit dem hier geschilderten Prozess. Dort wird das Vorgehen alle paar Jahre einer externen Evaluierung und Revision unterzogen. Dabei wurde festgestellt, dass der politische Prozess weitgehend von ExpertInnen geleitet und auf den Gesundheitssektor begrenzt war. Für die Zukunft hat man daher vorgeschlagen, eine frühzeitige Einbeziehung anderer Sektoren und einen breiten Konsultationsprozess vorzusehen, sowie die Politik über die Massenmedien an der Basis bekannter zu machen.<sup>91</sup>

### **3.2.3. Zusammenarbeiten um Ziele zu erreichen**

Die Realisierung von Gesundheit – in unserem Fall die Umsetzung der oberösterreichischen Gesundheitsziele – erfordert zusätzlich zum Gesundheitswesen den Einsatz von vielen anderen sozialen und wirtschaftlichen Sektoren.<sup>92</sup> Darauf weist auch die „Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt“ sehr deutlich hin: Für weitere Fortschritte bei der Realisierung der Gesundheitsförderungsstrategien müssen alle Sektoren und Settings Beiträge leisten. Zur Entwicklung nachhaltiger Maßnahmen sind Partnerschaften und Allianzen zu bilden, mit öffentlichen, privaten, nichtstaatlichen und internationalen Organisationen sowie der Zivilgesellschaft.<sup>93</sup>

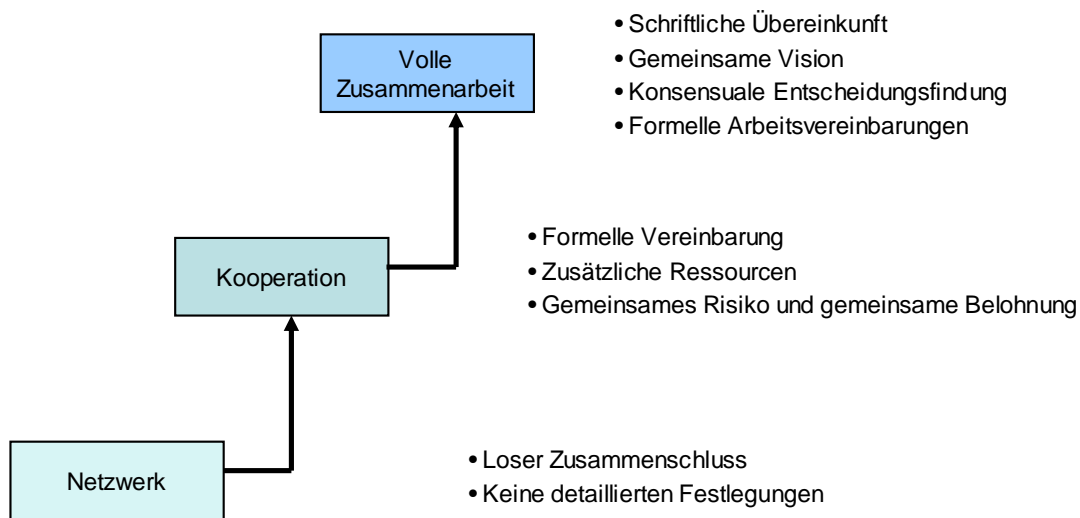
Die Zusammenarbeit wird eingegangen, um Maßnahmen umsetzen zu können, welche die Gesundheit der Bevölkerung verbessern, wobei das Vorgehen effizienter oder nachhaltiger ist, als es durch einen einzigen Akteur alleine erreicht werden könnte.<sup>94</sup> Die Erfolgswahrscheinlichkeiten von Projekten und Programmen erhöhen sich deutlich, wenn unterschiedliche Sektoren der Gesellschaft zusammenarbeiten.<sup>95</sup> Vorteile von Zusammenarbeit in Partnerschaften sind z.B.:

- es ist eine breitere Palette von Fähigkeiten und Wissen verfügbar
- sie dienen dem Informationsaustausch und der Besprechung von gemeinsamen Anliegen
- sie bieten bessere Möglichkeiten, Entscheidungsprozesse zu beeinflussen
- Doppelarbeiten und Lücken in den Programmen und Angeboten werden vermieden, was eine effizientere Nutzung der bestehenden Ressourcen bewirkt.<sup>96</sup>

In der Praxis finden sich unterschiedliche Intensitäten der Zusammenarbeit. Das Spektrum reicht von losen Netzwerken über formaler strukturierte Kooperationen bis hin zu voller Zusammenarbeit (siehe Abb. 4).

#### Abb. 4: Intensität der Zusammenarbeit zwischen Partnern

(Adaptiert nach Nutbeam D, Theory in a Nutshell, 2004, S. 55<sup>97</sup>, eigene Übersetzung)



Netzwerke verkörpern die loseste Form von Austauschbeziehungen zwischen Organisationen. Sie sind nützlich für Zwecke der Koordinierung, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden und für den Austausch von Informationen von beiderseitigem Interesse. Die Mitglieder treffen sich regelmäßig um gemeinsame Probleme zu diskutieren, aber sie arbeiten nicht zusammen.<sup>98</sup> Auf der anderen Seite können Partnerschaften hoch strukturiert sein, mit klar vereinbarten Rollen, Verantwortlichkeiten und Ergebnissen,<sup>99</sup> dies ist gekoppelt mit dem Erfordernis, mehr organisatorische Ressourcen bereitzustellen. Fallweise wird volle Zusammenarbeit (joint working) mit gegenseitig akzeptierten Plänen und anschließender Umsetzung als der Goldstandard angesehen. Aber Netzwerke und Kooperationen bieten eigenständige Vorteile, insbesondere wenn man bedenkt, dass der Aufbau und das Aufrechterhalten von Partnerschaften Ressourcen benötigt und die Zusammenarbeit nicht immer erfolgreich ist. Überdies ist die erforderliche Intensität des miteinander Arbeitens abhängig von dem Ziel, das erreicht werden soll.<sup>100</sup>

Nach Glendinning et al. sind

- das Ausmaß an gegenseitiger Abhängigkeit und
- das Vertrauen zwischen den Partner-Organisationen

die zwei wichtigsten Faktoren für den Erfolg oder Nicht-Erfolg von Zusammenarbeit.<sup>101</sup>

Einfach ausgedrückt: Wenn die Organisationen voneinander abhängig sind um ihre Ziele zu erreichen und es existiert ein hohes Niveau an Vertrauen zwischen ihnen, dann ist eine Zusammenarbeit einfacher zu implementieren und eher erfolgreich.

Wenn sich die Organisationen dabei unterstützen, dass sie durch eine Zusammenarbeit ihr jeweiliges Kerngeschäft erfolgreicher abwickeln, als wenn jede Organisation für sich alleine arbeitet, dann ist das ein wichtiger Anreiz für Zusammenarbeit. Die Motivation der Organisationen für Zusammenarbeit zu kennen hilft zu verstehen, welches Ausmaß an Commitment die Organisationen eingehen wollen und schützt vor unrealistischen Erwartungen.<sup>102</sup>

Vertrauen ist ebenfalls wichtig für starke Partnerschaften. „Vertrauen ist eine Kette gehaltener Versprechen und Vereinbarungen, das Ergebnis von ‚Tauschhandel‘, die insgesamt als gelungen bilanziert werden.“<sup>103</sup> Es entwickelt sich also im Lauf der Zeit. Viele erfolgreiche Partnerschaften entwickeln sich zwischen Individuen und Gruppen, die in der Vergangenheit bereits erfolgreich zusammengearbeitet haben. Grundlage sind dabei Respekt gegenüber allen Beteiligten und Anerkennung der Beiträge der Einzelnen zu den gemeinsamen Zielen. Vertrauen aufbauen kann sehr herausfordernd sein, insbesondere wenn es in der Vergangenheit Wettbewerb zwischen den Organisationen gab. Dann ist es wichtig, dass die Vorteile der Zusammenarbeit für alle Beteiligten transparent gemacht werden und die Beziehung fair ist.

Nach Naidoo und Wills sind die Analysen über bisherige Erfahrungen mit Projekten, in denen intensive – zum Teil intersektorale – Zusammenarbeit angestrebt wurde, gekennzeichnet durch Enthusiasmus über die Möglichkeiten, aber enttäuscht über die tatsächlichen Ergebnisse der Partnerschaften.<sup>104</sup>

### **Mögliche Schwierigkeiten**

Wenn verschiedene Organisationen zusammen arbeiten, dann können dabei ganz unterschiedliche Schwierigkeiten auftauchen. Einige davon sind:<sup>105</sup>

- Mangelndes Engagement und fehlendes Commitment auf der Führungsebene der jeweiligen Partner; keine klare Richtung
- Unterschiedliche gesundheitspolitische Ziele; Rivalitäten zwischen Berufsgruppen; unterschiedliche Interessen, Arbeitsmethoden oder Vorstellungen über Gesundheit und deren Beeinflussung
- Dominanz einer Organisation oder Person
- Unrealistische Erwartungen über die Rollen der Partner, deren Verantwortlichkeiten und das Ausmaß an Zeit, das investiert werden kann
- Die Zusammenarbeit bedeutet eine zu große Bürde in zeitlicher oder ressourcenmäßiger Hinsicht

- Unfähigkeit oder Unwillen, bei wichtigen Themen Kompromisse einzugehen
- Ein Ungleichgewicht im Input von verschiedenen Organisationen (kann zu Ressentiments führen und zu Streitereien darüber, wer sich den Erfolg zuschreibt)
- Eifersüchteleien und der Unwille, Expertenwissen und Informationen zu teilen

### **Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit**

Es ist wichtig, sich selber klarzumachen, dass die Etablierung von Partnerschaften kein leichtes Unterfangen ist. Erfolgreiche Zusammenarbeit passiert nicht einfach. Sie stellt sich normalerweise erst ein, nachdem man einiges an Wissen, Geld und Zeit investiert hat, um die Beteiligten so zu qualifizieren, dass sie gut zusammenarbeiten können.<sup>106</sup> Einige Erfolgsfaktoren dazu sind:<sup>107</sup>

#### ***Eine gemeinsame Vision***

Alle Beteiligten müssen auf dasselbe Ergebnis hinarbeiten: dies erfordert eine gemeinsame Vision darüber, was die Partnerschaft erreichen soll, mit einem Zeitplan und Zielen, denen alle PartnerInnen zustimmen. Das Klären von unterschiedlichen Auffassungen und Festlegen der Ziele soll verhindern, dass es später zu Missverständnissen und Enttäuschungen kommt. Die Zeit, die es erfordert, bis die PartnerInnen wechselseitig ihre Bedürfnisse und Absichten verstehen, ist gut investiert und ein notwendiger Schritt, um ein gemeinsames Verständnis der Aufgabe herbeizuführen.

#### ***Unterschiedliche Meinungen konstruktiv nützen***

Da in Partnerschaften unterschiedliche Kulturen zusammentreffen, ist der Umgang mit diesen Unterschieden eine große Herausforderung. Es sind Wege zu finden, um die unterschiedlichen Bedürfnisse zufriedenzustellen und trotzdem Fortschritte in Richtung einer gemeinsamen Vision zu erzielen. Von Vorteil ist dabei, diese Unterschiede zu erwarten und die TeilnehmerInnen einzuladen, sich zu artikulieren, um die divergierenden Sichtweisen produktiv für den gemeinsamen Zweck zu nützen. Wichtig ist dabei, Konflikte konstruktiv und fair zu handhaben.

#### ***Rollen und Verantwortlichkeiten definieren***

Erfolg hängt auch davon ab, dass jede Organisation definiert und versteht, welche Rolle sie im Hinblick auf die Zusammenarbeit einnimmt und dass sie die zugeteilte Aufgabe dann auch umsetzt. Persönliche Differenzen sind soweit wie möglich hintanzustellen, denn Partnerschaften existieren, weil die Partner glauben, dass jeder von ihnen etwas Wichtiges dazu beiträgt und weil sie davon überzeugt sind, dass sie

einander brauchen um die Aufgabe erfolgreich zu erledigen. Durch eine frühe Klärung der Rollen und Verantwortlichkeiten kann eine gute Arbeitsbasis hergestellt werden.

### ***Vertrauen und eine Kooperationsbeziehung entwickeln***

Es ist wichtig, sich Zeit zu nehmen um Vertrauen und Glaubwürdigkeit zwischen den VertreterInnen der unterschiedlichen Organisationen herzustellen. Vertrauen beinhaltet auch, dass Führungsaufgaben, wie das Leiten von Meetings oder die Organisation von Veranstaltungen rotieren. Führungsverantwortung aufzuteilen, ermöglicht es allen PartnerInnen, sich mitverantwortlich für das Projekt zu fühlen. Hilfreich ist es auch, einzelne Personen aus den Organisationen mit Teilaufgaben zu betrauen und sie dabei zu unterstützen, das zu erhalten, was sie für die Umsetzung ihrer Teilaufgaben benötigen – seien es Informationen, Training oder Geldmittel. Der Aufbau von Vertrauen kann weiters gestützt werden durch gemeinsame Weiterbildungsaktivitäten und Anreize für organisationsübergreifende Zusammenarbeit.

### ***Regelmäßige Kommunikation***

Effektive Kommunikation umfasst mehr als das gelegentliche Versenden von e-mails oder das Hinterlassen von Nachrichten oder auch das Abhalten von regelmäßigen Meetings. Es geht darum, dass jede Gruppe den Standpunkt der anderen versteht, auch dann wenn sie nicht dieselbe Sprache sprechen. Weiters ist es wichtig, laufend den Kontakt zu den PartnerInnen zu halten. Periodisch sollten die Ziele des Programms überprüft werden um sicherzustellen, dass jeder Partner das in der vorgegebenen Zeit erreicht, was er erreichen wollte. Schriftliche Fortschrittsberichte können dabei unterstützen.

### ***Frühzeitige Erfolge anstreben***

Ob eine Zusammenarbeit frühzeitig Erfolge erzielt, ist ein erster Test für die Stärke der Partnerschaft. Diese frühen Erfolge helfen einem durch schwierige Zeiten, darum ist es wichtig, die ersten Schritte sorgfältig auszuwählen. Die ersten Aufgaben sollten weder zu einfach noch zu schwierig sein, sondern so gewählt werden, dass sie herausfordernd, aber erreichbar sind.

### ***Die Beiträge der PartnerInnen anerkennen***

Es ist wichtig, dass die unterschiedlichen Identitäten der PartnerInnen und deren Beiträge anerkannt und geschätzt werden. Viel Lob und Anerkennung ist sehr wertvoll, vor allem wenn es gegenüber jenen geäußert wird, die durch das Erreichen von Zielen sehr wesentlich zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Partnerschaft

beitragen. Die Beiträge der Einzelnen sollen auch nach außen hin sichtbar sein. Lob und Erfolg sind mit den anderen zu teilen, denn die Bedürfnisse der Beteiligten anzuerkennen stärkt die Zusammenarbeit. „Wenn die Partner wissen, dass sie für ihre ganz einzigartigen Beiträge geschätzt werden, dann brauchen sie nicht länger gegeneinander zu konkurrieren.“<sup>108</sup>

### **3.2.4. Ergebnisse aus den Interviews**

Bei Leitfadeninterviews haben die Befragten die Möglichkeit, die thematischen Schwerpunkte selber mitzubestimmen und die für sie wichtigen Sichtweisen einzubringen. So wurde der ursprüngliche Frageraster mit zusätzlichen Themenfeldern angereichert. Die Interviews behandelten die nachstehend angeführten Fragen:

- Folgen nach der Formulierung der Gesundheitsziele nun auch Maßnahmen?
- Gibt es Reflexionsphasen um aus den bisherigen Erfahrungen zu lernen?
- Ist eine längerfristige Strategie vorhanden?
- Was sollte die Kernkompetenz des IGP sein?
- Was ist aus Sicht der Interviewten bei der Konzeption, Umsetzung und Evaluierung der Maßnahmen und Programme zu beachten?
- Was meinen die Interviewten zum Thema Vernetzung der Akteure?
- Ist ausreichend Know-how für die Umsetzung der Gesundheitsziele vorhanden?

Zu allen diesen Fragen sollen nun die Interviewten zu Wort kommen.

#### **3.2.4.1. Bewertung der aktuellen Situation**

Die vereinbarten Gesundheitsziele und die daraus resultierenden Maßnahmen passen wenig zusammen. Es wird nicht sehr aktiv an der Umsetzung der Gesundheitsziele gearbeitet. Manchmal ist es so, dass ein Projektantrag eben gerade zu einem Ziel passt. Zu manchen Gesundheitszielen gibt es kaum oder keine Maßnahmen. In Teilbereichen, wo eine einzelne Institution für die Umsetzung der Ziele verantwortlich ist, sind Ziele und Umsetzungsschritte eher aufeinander abgestimmt. Dies gilt z. B. für die Betriebliche Gesundheitsförderung. Das IGP tut sich schwer, in dieser Situation eine zentrale Rolle einzunehmen.

„Wir orientieren uns an den Gesundheitszielen, aber ich glaube, dass die Orientierung an Zielen und die tatsächlichen Handlungen nicht wirklich aufeinander abgestimmt sind.“ (B1)

„Es ist eher positiv zufällig, wenn ein Projektantrag in ein Ziel hineinpasst, aber es wird nicht offensiv geworben zu den Zielen aktiv zu werden.“ (B1)

„Es werden immer wieder Einzelberichte [zu den Gesundheitszielen] erstellt und danach passiert nichts.“ (B4)

In Teilbereichen, wo eine Institution verantwortlich ist, sind Ziele und Umsetzungsschritte eher aufeinander abgestimmt:

„Bei Betrieblicher Gesundheitsförderung haben wir als Institution ein ganz anderes Interesse dieses Ziel umzusetzen, weil wir diesen Themenbereich sowieso zur Strategie gewählt haben. Die Formulierung der Gesundheitsziele ist uns damals gelegen gekommen.“ (B1)

„Es gibt keine Zielvereinbarungen, die langfristig ausgerichtet sind, die konkret sind und wo man sagt, Leute in diesem Jahr machen wir dies und im nächsten Jahr gehen wir dorthin und im übernächsten Jahr gehen wir dahin. Und wir haben nur begrenzte Ressourcen, stürzt euch vorerst auf die Ziele 1, 2, 3 und 4.“ (I1)

„Das IGP versucht den Prozess der Umsetzung der Ziele voranzutreiben, fühlt sich aber als Rufer auf weiter Flur ohne Rückhalt.“ (A1)

#### **3.2.4.2. Reflexionsphasen um aus den bisherigen Ergebnissen und Erfahrungen zu lernen**

Dort, wo es klare Teilverantwortlichkeiten gibt, wie im Bereich der Gesundheitsberichterstattung, in der Betrieblichen Gesundheitsförderung oder bei den Gesunden Gemeinden sind Reflexionsprozesse für diese speziellen Themenbereiche zu finden. Es ist nicht implementiert, dass Netzwerke als Ganzes reflektieren würden.

„In der Berichterstattung haben wir das, da setzen wir uns immer wieder zusammen und schauen, wie haben wir es gemacht und wir haben bisher immer etwas verbessern können. Dieser Prozess läuft intern mit Moderation. Wir haben aber auch bei jedem Gesundheitsbericht einen Beirat, der uns begleitet und der uns auch immer wieder Feedback gibt. Ich glaube schon, dass wir die Qualität laufend verbessern, wir sind Lernende und nachdem es uns noch nicht allzu lange gibt, gibt es viele Sachen, die sich erst entwickeln müssen.“ (A4)

„Wo wir die Gesamtverantwortung haben, findet dieser Reflexionsprozess statt. Es sind immer wieder mal Workshops, wo man schaut, in welche Richtung wollen wir gehen. ... Aber hier können wir leicht reflektieren, weil wir die Letztverantwortung haben. Das ist so ein Schlüsselwort: Letztverantwortung. Wenn ich keine klare Letztverantwortung habe, dann muss ich das Netzwerk haben, dann muss das Netzwerk als Ganzes reflektieren.“ (K6)

„Wir haben ja solche Reflexionsphasen seit Beginn des Projektes. Wir haben ja zuerst im unmittelbaren direkten Dialog mit den Gemeinden das Projekt entwickelt, damals als es noch 15-20 Gemeinden waren. Wir haben Bezirkstreffen gemacht, wir haben eine Plattform gebildet. Dort wurde immer auch die Frage behandelt, was könnten wir verbessern. Und aus diesen Reflexionen kommen tatsächlich die Impulse für die Neuentwicklung von Konzepten.“ (D3)

Im Hinblick auf Lernschleifen oder Reflexionsphasen in Bezug auf den Gesamtprozess äußern die Befragten:

„Aus meiner Sicht gibt es nichts Derartiges. Aus meiner Sicht gibt es immer wieder Einzelberichte und dazwischen passiert im IGP nichts. Ich erkenne zumindest nicht, dass etwas passieren würde.“ (B4)

„Vielleicht gibt es das Bemühen, aber ich kann es noch nicht wirklich orten. In der Praxis sehe ich es nicht. Das ist noch nicht gelebte Praxis.“ (E3)

„Es gibt momentan fast keine Maßnahmen, die soweit fortgeschritten wären, dass man sagt, jetzt passt es, dass man Reflexionsrunden macht. Das wäre eine interessante Sache, hier stärker in Prozessevaluierung einzusteigen. Aber momentan ist eher die Frage, wo wir das wirklich machen könnten.“ (A4)

„Der Gesamtreflexionsprozess findet derzeit nicht so statt, wie es notwendig wäre“ (C6). Verschiedene Voraussetzungen sind aber nicht gegeben, um diesen Prozess überhaupt starten zu können. „Das IGP würde sich aufreiben“ (C6)

### **3.2.4.3. *Entwicklung einer längerfristigen strategischen Perspektive***

Eine klare Strategie zur Umsetzung der Gesundheitsziele und daraus abgeleitete Maßnahmen mit mehrjährigem Zeithorizont fehlen. „Dass man einen abgestimmten



Planungsprozess hätte, wo man sagt, das ist etwas, das uns alle so fasziniert, dass wir daran arbeiten, den gibt es ja noch nicht.“ (J2) Eine Verbesserung wäre es, „einen Organisationsentwicklungsprozess bzw. eine Wertediskussion voranzubringen“. (B5) Die EntscheidungsträgerInnen müssten mitarbeiten, damit Commitment entsteht. (B5) Vorschlag eines Interviewten: So könnte z. B. unter Koordinierung des IGP in enger Abstimmung mit Machtpromotoren (das heißt unter enger Bindung zur Politik) ein zwischen verschiedenen Institutionen akkordierter Vorschlag für die Umsetzung der Gesundheitsziele an den Vorstand des IGP erarbeitet werden. Die Pläne sollten einen Zeithorizont von zumindest fünf Jahren haben.

„Die Gruppen müssten zu den einzelnen Zielen mittelfristige Strategien entwickeln. Das heißt, sie müssten eine Strategie für die nächsten zwei, drei Jahre erstellen. Gruppen müssten auch als Multiplikatoren fungieren, damit dann tatsächlich etwas passiert, die Kräfte gebündelt werden. Eigentlich müsste man die Leute so einschwören, dass die dann mit ihrer Kraft mit dem was ihnen zur Verfügung steht, nicht noch sieben andere Sachen machen, sondern sich hauptsächlich auf ihre Ziele fokussieren.“ (B3)

„Ich denke, man könnte ein Vorgehen entwickeln, wo man in längeren Perioden denkt und in den einzelnen Bereichen klare Schwerpunkte setzt.“ (B5)

„Eingebunden sein müssten wahrscheinlich alle Zahler. Sonst besteht wieder keine Akzeptanz.“ (B5)

„Ich glaube, dass es zwei Strategien sein können. Zum einen, dass sich die nächste Ebene unter den PolitikerInnen austauschen sollte, damit man merkt, es ist ein gemeinsamer Wunsch vorhanden und die andere Geschichte ist, dass wir auf der obersten Ebene einen Strategieprozess benötigen würden, wie soll es weitergehen mit den Gesundheitszielen, wie soll es weitergehen mit dem Institut [für Gesundheitsplanung].“ (A2)

Eine Befragte / ein Befragter äußert folgenden konkreten Vorschlag, wie die Arbeitsorganisation künftig aussehen könnte: „Richtung Prozessorganisation müsste der Auftrag an das IGP entsprechend angepasst werden. Ich glaube, dass diese Prozessgestaltung das ist, was im Gesamtsystem fehlt.“ (C8) Um Ziele zu erreichen, brauche ich klare Zieldefinitionen, ein Team von einem, der treibt und zwei oder drei anderen, die an einem Strang ziehen, sowie einen Machtpromotor, damit ich die

Maßnahmen dann umsetzen kann (C9). „Letztendlich brauche ich zur Verwirklichung, damit es der Vorstand dann akzeptiert und damit es auch oben mitgetragen wird, Leute, die eine Machtverbindung nach oben haben“. (C9) Denn die Machtpromotoren müssen schon in die Erarbeitung so einbezogen werden, dass sie das Vorhaben mittragen können. (C9) Das Ergebnis wäre ein akkordierter Vorschlag von den Institutionen an den Vorstand. (C3) „Optimal wäre es, Pläne mit Zeithorizont für die nächsten fünf oder zehn Jahre zu entwickeln.“ (C1)

„Soweit ich das beobachte, gibt es wenig Akzente, das zu planen. Die Planung kann nur diejenige Personengruppe machen, die auch für die Umsetzung verantwortlich ist.“ (G1)

„Wenn es ein gutes Gesamtkonzept geben würde, und alle relevanten Institutionen aus dem Public Health Bereich und öffentlichen Gesundheitsdienst und die dort aktiven Personen einbezogen wären, dann ließen sich viel schneller Fortschritte erreichen.“ (G3)

„Die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes können eigentlich nur ExpertInnen machen und zwar FachexpertInnen. Die wiederum brauchen eine enge Bindung zur Politik. Weil denen müssen sie ja mehr oder minder zeigen, was möglich ist und sich von der Politik auch den Rückhalt holen, dass sie letztendlich dann dahinter steht - das ist die eine Seite - und auf der anderen Seite braucht man dann die Wissenschaft, die entsprechend bestätigt, dass der Weg, den man eingehen will, auch gesichert ist. Aber es sollte die Konzeptionsarbeit bei den FachexpertInnen und einzelnen Institutionen sein.“ (G4)

Idealtypisch wäre es, aus den Berichten Konsequenzen zu ziehen und Maßnahmen zu planen (C7). Politiker müssten diesen Prozess voll mittragen bzw. dies klar beauftragen: „Erarbeitet uns einen Maßnahmenplan auf der Basis der definierten Ziele für die nächsten fünf Jahre“. (C8) Im ersten Jahr detailliert, in den Folgejahren im Überblick. „Das IGP hätte die Hauptrolle, diesen Prozess zu leiten und zu steuern.“ (C8)

Fachleute, die alle am selben Strang ziehen, sollten einen Vorschlag für den Vorstand des IGP erarbeiten, „den die da oben nicht ablehnen können“ (C6), weil er fachlich durchdacht ist und die Umsetzung der Gesundheitsziele sicherstellt.

„Ich glaube, dass man auf der informellen Ebene auch sehr viel erreichen kann. Wenn man den Entscheidern etwas gut aufbereitet, dann glaube ich sehr wohl, dass sie dann dahinter stehen.“ (A1)

Günstig und effizient könnte es auch sein, von den Erfahrungen im Ausland zu lernen: „Wahrscheinlich wäre die zeitschonendste Variante, dass man versucht von anderen Ländern zu lernen, die in diesem Bereich bereits mehr Erfahrung haben.“ (B5)

#### **3.2.4.4. Kernaufgaben des Instituts für Gesundheitsplanung**

Die Mehrzahl der Befragten ist eher skeptisch, ob sich das IGP in Zukunft weiter so stark auf die Erstellung von Detailberichten zu den Zielen konzentrieren soll. Sie sind der Meinung, dass der Auftrag an das IGP zu adaptieren ist: Die zukünftige Rolle des IGP sollte viel stärker in der Moderation des Gesamtprozesses liegen: „Zuviel Energie fließt derzeit in die Berichterstattung, die eigentlich in die Umsetzung von Maßnahmen bzw. in die Prozessleitung fließen sollte.“ (K7) Besser wäre es, „Maßnahmen zu konzipieren und diese umzusetzen – diesen Prozess mit entsprechenden Ressourcen und Energie voranzutreiben.“ (K7).

„Zum Teil sind die Berichte natürlich notwendig und ich glaube, dass der Gesundheitsbericht OÖ alle 5 Jahre eine gute Sache ist und auch notwendig ist, auch wenn man ihn nicht oft in die Hand nimmt. So als Nachschlagewerk, als Ist-Standsbestimmung. Aber ich bin mir nicht sicher, ob der Aufwand, der mit diesen Detailberichten auftragsgemäß betrieben wird, viel bringt für das Gesamtsystem oder die Detailbereiche. Jetzt ist der Bericht da und jetzt müssen wir nachhaken und auf Grund des Berichtes sagen, was für Konsequenzen hat das, was tun wir damit, was ist der nächste Schritt. Wenn das geschieht, dann bringen sie was.“ (C6)

„Ich könnte mir vorstellen, das IGP sollte eine Art Kernkompetenz haben, die man ihm zuordnet, also z. B. Berichte, weil das IGP sich jetzt schon profiliert hat über zwei Gesundheitsberichte des Landes OÖ. Das Zweite ist, dass es irgendwo diese Brückenschlagfunktion zwischen den derzeitigen Partnern Land, Gemeinden, OÖGKK gibt, und das IGP alles das macht, wo man sinnvollerweise einer Art Koordinationsstelle vertrauensvoll entgegentritt und man nicht das Gefühl haben muss, dass die Interessen einer Institution überwiegen. Es soll nicht das Kasseninteresse überwiegen, es soll nicht das Landesinteresse überwiegen, es sollen die Gemeindeinteressen nicht

durchschlagen und überwiegen. In der Herstellung dieser Balance hat das IGP eine wesentliche Mittlerrolle.“ (E4)

„Es gäbe eine gute Struktur, die die Umsetzung begleiten und unterstützen könnte, das ist in Form des Instituts für Gesundheitsplanung vorhanden. Das verfügt über das Zahlenwerk, bereitet die Ziele vor, bildet Arbeitsgruppen, macht auch das Monitoring. Das wäre eine gute Unterstützung. Aber umsetzen können die die Ziele nicht.“ (G1)

„Das IGP sollte sich eher in dieser strukturellen Tätigkeit engagieren und nicht so sehr im operativen Geschäft.“ (J4)

„Richtung Prozessorganisation müsste der Auftrag an das IGP entsprechend angepasst werden. Ich glaube, dass diese Prozessgestaltung das ist, was im Gesamtsystem fehlt. Jeder hat sein Segment da und hat nicht die Zeit, sich mit den drei oder vier anderen direkt an einen Tisch zu setzen. Dann könnte es die Hauptrolle des IGP sein, diese Katalysatorfunktion, diese Commitmentfunktion, diese Beziehungsebenenfunktion zu organisieren. Es geht ja darum, sich kennen zu lernen und gemeinsam an einem Strang zu ziehen.“ (I8)

Teilweise bestehen unrealistische Erwartungen an das IGP: „Die Verantwortlichen erwarten auch vom IGP oft Sachen, die das Institut nicht leisten kann. Die können ihnen ja z. B. nicht die Ziele umsetzen.“ (G6)

#### **3.2.4.5. Maßnahmen konzipieren, pilotartig umsetzen und evaluieren**

Künftig sollte der Schwerpunkt stärker auf der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen liegen. Die Berichte sollten mehr dazu genutzt werden, den Public Health Action Cycle zu stärken (siehe Abb. 5 auf S. 81), d. h., auf Grundlage der Zwischenevaluierungen die notwendigen Umsetzungsschritte folgen zu lassen. Möglicherweise bringt es auch Vorteile, statt auf Projektanträge zu den einzelnen Zielen zu warten, ein Vorgehen zu wählen, bei dem man selber Schwerpunkte festlegt, um dann die dafür notwendigen Projekte auszuschreiben oder mit eigenen Ressourcen durchzuführen. Im Sinne von nachhaltig wirksamen Maßnahmen kann weniger auch mehr sein, darum erscheint es besser, weniger Projekte zu beginnen, um sich konsequent auf deren Umsetzung konzentrieren zu können. Die Projekte sollen in überschaubaren Strukturen pilotartig getestet, evaluiert und nur bei nachhaltigem Erfolg flächendeckend ausgeweitet werden.

„Die Frage ist, ob die Energie jetzt nicht in die Berichterstattung geht, die eigentlich in die Umsetzung von Maßnahmen fließen sollte. Man sollte die Energie wahrscheinlich eher in das Projektmanagement, in das zur Verfügungstellen von Fach-Know-how stecken, sodass man Maßnahmen definieren und umsetzen kann. Da sind wir wieder bei dieser Katalysatorwirkung des Institutes und eine Katalysatorwirkung ist es, Maßnahmen zu erarbeiten und die nächste wäre, wenn die Maßnahmen definiert sind, die Maßnahmenumsetzung, diesen Prozess mit entsprechenden Ressourcen und Energie führen zu können.“ (C7)

„Man müsste auch eine Gruppe installieren, die die Zwischenevaluierungen durchführen. Das könnten kurze Berichte über den Stand sein. Wir haben uns vorgenommen, das haben wir erreicht, dort und dort ist die Abweichung. Wir schlagen deshalb vor, das Ziel entsprechend anzupassen.“ (I12)

„Ein hemmender Faktor könnte ein Zuviel sein, dass zu viele Projekte parallel laufen. Dann haben wir die Tendenz, 10 bis 15 Projekte bis zur Stufe 2 von oben weg nach unten zu machen, aber keines fertig zu bringen. Es wäre viel besser, nur 3-4 Projekte zu machen, aber diese wirklich bis zum unteren Ende durchzuziehen.“ (K12) „ ... Und bewusst zu sagen und das andere mache ich jetzt nicht. Und dann wäre es wichtig, dran zu bleiben, in jeder Beziehung, von Auftraggeberseite und von Auftragnehmerseite.“ (K13)

Ein Befragter / eine Befragte ist der Meinung, man sollte nicht auf Projektanträge warten, sondern **selber Schwerpunkte festlegen und Projekte ausschreiben**. „Idealtypisch haben wir den Beamten, der ein Ziel verantwortlich umzusetzen hat, der sich damit identifiziert und weiß, in welche Richtung es geht. So sollte es ja sein. Der muss dann natürlich schon ganz klare Projektziele haben und entsprechend kann sich der Antragsteller dann nicht mehr "rühren". Die Projektziele und Projektinhalte müssen ganz klar formuliert werden vom Auftraggeber. Die Realität schaut so aus, dass die Beamten und auch die Politiker vage Ideen im Kopf haben und sich auch nicht die Zeit nehmen oder auch nicht nehmen können, um sich damit intensiv auseinander zu setzen. Die gehen dann den Weg, dass sie warten, bis jemand einen Projektantrag stellt. ... Der beste Weg wäre der, dass man die Projekte in Auftrag gibt, und nicht wartet, bis jemand daher kommt. Man sollte das Vorgehen überhaupt umdrehen und sagen, das möchte ich, dann schreibe ich es aus und schaue mir die Anträge an und den besten Antrag nehme ich dann. Ich bringe dann noch meine Vorschläge und

Wünsche ein und so sollte das laufen. Ich überlege mir also, welche Projekte brauche ich damit das läuft, und die schreibe ich dann aus, falls ich sie nicht selber mache.“ (G5)

Um zu einer derartigen Struktur zu kommen, „wäre mein Vorschlag, dass das IGP hier eine entscheidende Rolle spielt, wobei man sich überlegen muss, ob die in der Lage sind, Projekte auszuschreiben, denn der Wille ein Projekt durchzuführen, muss schon von der Politik gestützt werden und letztendlich von den ExpertInnen der jeweiligen Institution auch mitgetragen werden. Aber dann kann man das Institut beauftragen, dass die das ausschreiben, oder dass sie die Projekte beurteilen, die hereinkommen, wobei vorab klare Projektbeurteilungskriterien auszuarbeiten sind und sie sich idealerweise eines Beirates bedienen.“ (G5)

Soweit wie möglich ist auf bestehenden Strukturen aufzubauen, diese müssen gegebenenfalls an die neuen Erfordernisse angepasst werden. Das spart Kosten und vermeidet Konkurrenzsituationen:

„Ich glaube, dass es dann funktioniert, wenn nicht allzu viel neue Strukturen gebraucht werden, sondern man auf bestehenden Strukturen aufbauen kann. Im Bereich der Gesunden Gemeinden hat man ja auf den Gemeinden aufgebaut. Der neue Weg dort war allerdings, in den Gemeinden Arbeitskreise zu bilden, was dort eine neue Struktur ist.“ (D3)

„Durch neue Strukturen hat man Kosten alleine zur Aufrechterhaltung der neuen Struktur. Das könnte ich mir einsparen, wenn ich auf vorhandene Strukturen zurückgreife. Außerdem schaffe ich mir durch neue Strukturen Konkurrenzsituationen zu bestehenden Strukturen.“ (D5)

Wenn Maßnahmen begonnen werden, dann am besten in Form eines pilotartigen Vorgehens mit anschließender Evaluierung:

„Man sollte immer mit Pilotprojekten beginnen, die man begleitet und nach deren Ende man auch evaluiert, bevor man dann in die Fläche geht. Nur so kann man garantieren, dass man die Qualität auch erreicht. Dazu braucht man am Anfang eine überschaubare Struktur, das kann man nicht gleich über das ganze Land beginnen.“ (H3)

„Durch die Pilotprojekte haben wir relativ guten Erfolg. Wir fangen klein an, überprüfen das wirklich und gehen erst in die Fläche, wenn wir die Strukturen haben und den Erfolg. Die flächendeckenden Strukturen muss man dann natürlich entsprechend aufbauen.“ (H5)

In den Vorgehenskonzepten soziale Ungleichheiten berücksichtigen:

„Wir werden in den Arbeitskreisen spezifisch gewisse Bevölkerungsgruppen berücksichtigen, die weniger Zugang zur Gesundheitsförderung oder zur Gesundheitsversorgung haben. Wir werden uns da den Kopf zerbrechen müssen, wie wir dies am besten angehen. Ein weiteres Thema ist auch die Unterschiedlichkeit von Männern und Frauen. Da brauche ich die Arbeitskreise, das soll delegiert werden, das ist klar.“ (H2)

#### **3.2.4.6. Verantwortung für die Umsetzung der Ziele**

Zur Sicherung der Umsetzung der Maßnahmen ist es wichtig, jemanden zu finden, der Vertrauen genießt, selber kompetent ist und Interesse an der Umsetzung der Ziele mitbringt. Eine zentrale Rolle könnten in diesem Zusammenhang die einzelnen Arbeitskreise einnehmen, die für die Umsetzung der Ziele geschaffen wurden (Siehe S. 8), allerdings sollte deren Zusammensetzung an möglicherweise neue Gegebenheiten angepasst werden. Den AuftraggeberInnen fällt eine wichtige Rolle in der Projektbegleitung zu, die diese nachhaltig wahrnehmen müssen.

Wer sollte mit der Umsetzung von Maßnahmen beauftragt werden?

„Das muss man festlegen, es kommt darauf an, worum geht es und wer ist kompetent und wo ist es gescheit und wer genießt auch Vertrauen, das Ziel auch kompetent umzusetzen. Da sollte man eher offen sein.“ (E5)

„Ob dann eine bestimmte Institution die Führungsrolle übernimmt, das hängt weniger von der Institution ab, sondern viel mehr von den Personen, die in der Institution für das Ziel arbeiten. Da sollte man geschickterweise denjenigen oder diejenige beauftragen, der die meiste Erfahrung mitbringt. Und wo man auch das Gefühl hat, dass die persönliche Motivation gegeben ist, etwas weiter zu bringen. Wobei aber die im Land z. B. an der Spitze sitzen und dann auch leichter etwas von unten herauf holen können. So gesehen ist eine Institution wie das Land oder die OÖGKK, die innerhalb des Bundeslandes nicht regional gebunden sind, geschickter, wenn sie hier die Führungsrolle übernehmen.“ (G4)

„Bei Herz-Kreislaufkrankungen ist ein Primar verantwortlich. ... Es geht auch darum, Lebensstilfragen zu berücksichtigen, die andere Strukturen und andere Akteure brauchen. Da geht es um Unterstützung bei Ernährung, Bewegung und Rauchen, das kann der ja nicht leisten. Der Projektleiter, der die Verantwortung hat das umzusetzen muss in allen Bereichen, die notwendig sind um das Gesamtziel zu erreichen entsprechende Kontaktpersonen haben, die das umsetzen. Da ist es dann gut, wenn jemand die Koordination wahrnimmt, der nicht unmittelbar betroffen ist mit seinen Interessen. Bei einem Primar wird eher der Fokus auf einer frühen Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen liegen. Jemand, der die Gesamtkoordination übernimmt soll, darauf schauen, dass alle Bereiche zusammen spielen.“ (G1)

„Die Verantwortlichen erwarten auch vom IGP oft Sachen, die das Institut nicht leisten kann. Die können ihnen ja z. B. nicht die Ziele umsetzen.“ (G6)

„Das ist komischerweise auch in den Köpfen der politisch Verantwortlichen drinnen, dass das Institut auch für die Umsetzung der Gesundheitsziele verantwortlich ist. Die können nur die Vorarbeiten machen, das Begleiten, allenfalls noch die Evaluierung vornehmen. Die Ziele selber umsetzen, die Aktivitäten setzen, das muss das Land selber machen. Entweder mit dem eigenen Personal, der eigenen Struktur oder unter Einbeziehung dritter Institutionen. Es krankt in der Umsetzung.“ (G1)

Und dann kommt der nächste Schritt, die Umsetzung. Das müssen die in die Hand nehmen, die auch das Geld haben dies in die Wege zu leiten. Das heißt ja nicht, dass der Beamtenapparat dann tatsächlich das Projekt durchführen muss. Aber sie müssen es zumindest in die Wege leiten und sich die erforderliche Unterstützung suchen. Letztere könnte man wieder herausholen aus diesen Institutionen, die in der Feinzielfindung in den Gesundheitskonferenzen involviert waren. (G2)

„Das IGP kann unterstützend wirken bei der Projektausschreibung, bei der Vergabe und bei der Evaluierung. Ob die dann bei der Projektbegleitung auch dabei sein sollen, das ist die Frage, ich glaube eher nicht. In der Projektbegleitung müssen die Auftraggeber sitzen. Die müssen ja schauen, ob es in eine Richtung läuft, die sie sich vorstellen. Die Beamten müssen das tun. Sie sind für die Umsetzung verantwortlich. Die können sich entsprechender Unterstützung bedienen.“ (G5)

„Einige [Arbeitskreisleiter] sind ja noch aktiv und in anderen Bereichen tut sich schon länger nichts. ... Die Arbeitskreise wären sehr wichtig.“ (G6)



„Es gibt offensichtlich noch einen Arbeitskreis, nämlich den von der Schule, der noch weiter arbeitet. Alle anderen tun nichts mehr. Eine Struktur aufzubauen, um zu sagen, einmal im Jahr schauen wir drauf oder korrigieren wir unseren Plan wäre sinnvoll, vielleicht auch nicht mit dieser statischen Gruppe, denn vielleicht gibt es schon neue Player im Feld.“ (B3)

„Und dann die Verbindlichkeit, dass man das auch einhält. Dass der Auftraggeber auch seine Auftraggeberverpflichtung einhält und dann nicht sagt, wir haben einen schönen Auftrag und es ist mir egal, was passiert.“ (C12)

#### **3.2.4.7. Vernetzung verstärken**

Typisch ist die derzeit vorherrschende starke Segmentierung bei der Umsetzung der Gesundheitsziele. „Derzeit besteht starkes Spartendenken und das zerfranst das Vorgehen.“ (C6) „Eine Verbesserung wäre es, wenn in einer Plattform auf der Ebene unter dem Vorstand Personen drin wären, die an einem Strang ziehen.“ (C5) Das IGP sollte diese Plattform schaffen und koordinieren. Man könnte dann auch auf der Gesamtprozessebene diesen Reflexionsprozess immer wieder durchführen. (C5)

Es ist erforderlich, die Player zusammenzubringen und sicherzustellen, dass sie an der Umsetzung arbeiten. Fortschritte – im Hinblick auf Anzahl und Effektivität der Maßnahmen – wären erzielbar, wenn sich die Akteure – unter Einbeziehung der Verantwortlichen – viel stärker vernetzen würden. Dabei ist auch die Frage zu klären, wie diejenigen, die an der Umsetzung settingorientierter Gesundheitsziele arbeiten (wie Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsfördernde Schule, Gesunde Gemeinden) stärker für die Umsetzung von anderen Gesundheitszielen tätig werden können.

„In der Gesundheitsförderung ist es wichtig, ein Netzwerk zu schaffen, das ist eine mühsame Arbeit, aber nur so geht es. Und wenn man dann so eine Hand voll Leute hat, die an einem Strang ziehen, dann geht es relativ gut, wenn man die anderen dazu nimmt.“ (G6)

„Das ist noch sehr wenig ausgeprägt, dass man wirklich zu einem gemeinsamen Planen und Handeln kommt.“ (E1)

„Wir müssen uns auch intern besser vernetzen. Nach außen wie nach innen sehe ich hier Verbesserungspotenzial.“ (E1)

„Das war so die ursprüngliche Idee, dass sich ein Netzwerk entwickeln würde. Derzeit ist aber alles nur Stückwerk. In der Umsetzung läuft es je nach Ziel sehr unterschiedlich. Es ist das Geschick des jeweiligen Projektleiters oder Arbeitsgruppenleiters, wie weit er die Leute bei der Stange halten kann.“ (G3)

„Vernetzung ist ein wichtiges Thema. Wenn es wirklich Fortschritte geben soll, dann muss man auf der Ebene der Akteure etwas machen.“ (G6) Aber auch die Verantwortlichen müssen einbezogen werden, „denn die müssen immer das Gefühl haben, sie sind voll involviert und informiert.“ (G6)

„Ich glaube, dass solche dynamischen Bereiche wie Gesundheitspolitik oder Gesundheitsförderung nicht im stillen Kämmerchen entwickelt werden können. Sie entstehen durch Kontakte und Diskussionen. Gerade Gesundheitsförderung lebt durch engagierte Einzelpersonen, durch Kontakte. Man braucht eine Diskussionsgruppe, Ideen entstehen immer wieder dadurch, dass dir jemand ein "Hölzl" zuwirft und du denkst dann weiter. Das IGP würde viel mehr Diskussion, Vernetzung und Weiterentwicklung benötigen.“ (B3)

„Das Institut für Gesundheitsplanung muss in der Erarbeitung vernetzen und zwar nicht nur mit Einzelinstitutionen, sondern tatsächlich mit den wichtigsten Partnern, die im System vorhanden sind, damit das Vorgehen mitgetragen wird. Diese Beziehung kann durchaus vorerst auf einer informellen persönlichen Ebene aufgebaut werden.“ (I4)

„Wahrscheinlich brauche ich aus jeder Organisation einen Partner, eine Projektgruppe, in der vielleicht 7 - 8 Personen dabei sind, vom Land jemand, von der Sozialabteilung, vom Institut für Suchtprävention, von der GKK, von der ÄK und ein relativ starkes Leadership in der Projektleitung.“ (I4)

Derzeit besteht Fragmentierung, aber es sollten alle an einem Strang ziehen. „Wie sehr gibt es ein Gefühl als Gruppe, alle sind für alles verantwortlich oder wie sehr gibt es das Gefühl, die sind für das Ziel 1 verantwortlich, die für Ziel 2, die für Ziel 3. Letzteres scheint mir für die derzeitige Situation eine Grundtendenz zu sein. Ein entscheidender Verbesserungsprozess wäre es, wenn in einer Plattform auf der Ebene unter dem Vorstand Personen drin wären, die an einem Strang ziehen.“ (C5)

Diejenigen, die an der Umsetzung von settingorientierten Gesundheitszielen arbeiten (wie Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsfördernde Schule, Gesunde Gemeinden) sollten auch an der Umsetzung anderer Gesundheitsziele stärker mitarbeiten: „Aus meiner Sicht wäre es auch eine Überlegung, wie kann man innerhalb der Gesundheitsziele noch koordinieren? Welche Maßnahmen gibt es, die nicht nur *ein* Gesundheitsziel beeinflussen, und wie kann man die dafür Verantwortlichen besser koordinieren? Wie können wir koordinieren, dass die Ziele, die mit Setting in Verbindung stehen, Schule, Betrieb, Gemeinde, wie können wir erreichen, dass die in der Umsetzung der anderen Gesundheitsziele noch mehr tätig werden?“ (A5)

Auch eine Vernetzung über die Grenzen des Bundeslandes hinaus ist anzustreben: „Ich glaube, dass es überhaupt nur ganz wenige Leute in Österreich gibt, die im Bereich der Umsetzung der Gesundheitsziele kompetent tätig sind. Man sollte irgendwann einmal beschließen, einmal zwei Tage zu investieren um über die bisherigen Erfahrungen [in verschiedenen Bundesländern] zu diskutieren.“ (F10)

#### **3.2.4.8. Aufbau von Know-how**

Es müsste ein Selbstverständnis sein, auch auf die Entwicklung von Qualifikationen und Know-how zu achten. Aus Ressourcengründen ist dies derzeit aber nicht so recht möglich. Darauf wurde bisher zu wenig Augenmerk gelegt. Personen, die im Bereich der Umsetzung der Gesundheitsziele arbeiten, sollten Kurse und Ausbildungen in Public Health oder Gesundheitsförderung absolvieren. Auch Fachveranstaltungen oder Tagungen können dem Know-how Aufbau dienen und helfen, den Blick auf neue Themen zu lenken. In einem Modul der Ausbildung sollte den TeilnehmerInnen auch die besondere Sachlogik des politischen Prozesses näher gebracht werden, damit sie auch in diesem Tätigkeitsfeld adäquat handeln können.

Sollte mehr auf die Entwicklung von Qualifikationen geachtet werden?

„Ja mit Sicherheit, es müsste im internen Leitbild oder Selbstverständnis des IGP verankert sein.“ (B5)

„Know-how ist ein total wichtiges Thema für uns, aber auch hier stehen die Ressourcen für uns nicht so zur Verfügung, wie wir es haben möchten. ... Wir können das andenken, wie können wir Know-how verbessern in dieser zweiten Ebene und wie können wir Know-how im IGP verbessern, und auch wie können wir das Know-how

verbessern bei MitarbeiterInnen der GKK und des Landes. Die MitarbeiterInnen sollten lernen, was heißt Public Health, was heißt Gesundheitsförderung. Wenn wir das überall bei fünf MitarbeiterInnen schaffen würden, wäre das eine tolle Sache. ... Vielleicht wäre es eine Möglichkeit, den Vorstandsmitgliedern anzubieten, dass jeweils fünf ihrer MitarbeiterInnen in einem Public Health Crash Kurs teilnehmen könnten. (A5)

„Bei der Gesundheitsförderung ist es so, dass ich mir neben dem Fachbeirat, den wir dringend brauchen, speziell bei der Umsetzung Personen wünschen würde, die mehr Public Health- und Gesundheitsförderungs-Ausbildungen haben.“ (H2)

Im Bereich der Gesunden Gemeinden wird in unterschiedlichen Bereichen versucht, Know-how aufzubauen bzw. Beteiligte weiterzuqualifizieren. „Wir haben überlegt, wie können wir Qualität entwickeln und messen und haben uns für eine Zusammenarbeit mit der Ärztekammer und der Universität Linz [Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung] entschieden, weil die sich mit der Qualitätsfrage befassen. Und wir haben gesagt, mit denen entwickeln wir, woran könnten wir Qualität messen, anhand der Aktivitäten, die in Gemeinden schon laufen.“ (D4)

„Aber hier haben wir teilweise die Personen, die uns helfen, die Gesundheitsziele umzusetzen – zum Beispiel auf Gemeindeebene [die RegionalbetreuerInnen] – selber ausbilden müssen.“ (H2)

„Ich würde mir wünschen, dass zumindest unsere RegionalbetreuerInnen, die einen ganzen Bezirk betreuen und damit einige Gesunde Gemeinden, dass wir wenigstens für die ein gewisses Anforderungsprofil schaffen.“ (H3)

Auch das Abhalten von Fachveranstaltungen kann dem Know-how Aufbau dienen und lenkt zudem die weiteren Aktivitäten: „Was man noch anhängen könnte, wäre, dass man regelmäßig Fachveranstaltungen macht. Weil das das Interesse der Fachwelt, der ExpertInnen und auch der Politik stärkt und auch die Aktivitäten lenkt. Man holt sich dadurch Unterstützung, die dann dazu führt, dass man sich mit den Themen weiter beschäftigt. Was zudem sehr sinnvoll wäre, wenn auch die einzelnen Institutionen, sprich Krankenkasse, oder der öffentliche Gesundheitsdienst auch entsprechende Fort- und Weiterbildungen für ihre MitarbeiterInnen forcieren würden.“ (G3)

Die im Gesundheitsbereich Tätigen sollten die Sichtweise der PolitikerInnen besser verstehen lernen, um zu erkennen, welchen Zwängen und Sachlogiken PolitikerInnen

ausgesetzt sind: „Ich glaube, dass wir ganz wenig Kompetenz haben in diesem Bereich. Vielleicht wäre es vom Capacity building her eine wirklich gute Idee, dass wir uns schulen, vielleicht sollten wir uns einmal von den PolitikerInnen beraten lassen. Vielleicht sollten wir einmal einen Rollentausch machen, die PolitikerInnen machen für uns einen Workshop.“ (F6)

### **3.3. Qualität und Nachhaltigkeit von Projekten und Programmen sichern**

Projekte und Programme müssen hohe Qualitätsanforderungen erfüllen, sowohl in der Planung wie auch in der Durchführung, damit die angestrebten gesundheitlichen Gewinne tatsächlich bei den Zielgruppen realisiert werden und diese dann auch nachhaltig bestehen bleiben. In diesem Kapitel werden einige Beispiele angeführt um zu zeigen, welche Anforderungen an Projekte bzw. Programme gestellt werden.

Mit den Interviewten wurde diskutiert, ob es aus ihrer Sicht Strukturvorgaben für Projektanträge geben soll, die beim IGP zur Umsetzung der Gesundheitsziele eingereicht werden. Und falls ja, wie weit diese Vorgaben Verbindlichkeit erlangen sollen.

Es gibt Beispiele aus unterschiedlichen Ländern – auch aus Österreich – wie derartige Strukturvorgaben für Projektanträge aussehen können. Drei davon, nämlich die Beispiele vom Fonds Gesundes Österreich, dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin des Bundesamtes für Gesundheit in der Schweiz und vom Ministry of Health in Neuseeland werden in der Folge dargestellt. Sie wurden ausgewählt, da die dort angewandten Konzepte für weiterführende Diskussionen und eine möglicherweise teilweise Übernahme in Oberösterreich am besten geeignet erscheinen.

#### **3.3.1. Strukturvorgaben für Projektanträge beim Fonds Gesundes Österreich**

Der Fonds Gesundes Österreich (als einer der drei Geschäftsbereiche der Gesundheit Österreich GmbH) möchte durch zahlreiche Aktivitäten und Förderungen die wissenschaftlichen Grundlagen und Instrumente im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention mit umfassendem Gesundheitsbegriff weiterentwickeln. Unter umfassendem Gesundheitsbegriff wird die Abkehr von einer „risiko- und krankheitszentrierten Sichtweise hin zu einer ganzheitlichen Betrachtung der Person und ihrer Gesundheit verstanden. Dies erfordert die Berücksichtigung von Umgebungsfaktoren (Settings mit ihrer spezifischen sozialen und physischen Umwelt) und auch von persönlichen Faktoren (genetische Veranlagung, Kompetenzen, Motivation), die mit der Gesundheit des Einzelnen verbunden sind“<sup>109</sup>. Determinanten für Gesundheit und Krankheit werden entscheidend in physischen und sozialen Umwelten geschaffen und verändert. (Zur Definition des Begriffs Gesundheitsdeterminanten siehe Anhang A)

Lebenskontextbezogene Interventionen erreichen die Zielgruppen unmittelbar und nachhaltig, zudem ist die größtmögliche Akzeptanz von Angeboten dort zu erzielen, wo für die Zielgruppen deutlich spürbare Anreize und plausible Profite erkennbar und erstrebenswert sind.<sup>110</sup>

Der Fonds Gesundes Österreich möchte mit der Betonung des umfassenden Gesundheitsbegriffs „den komplexen Zugang in der Primärprävention forcieren und somit größtmögliche Effektivität und Nachhaltigkeit der Interventionen“<sup>111</sup> erzielen. Der Fonds ist bestrebt, dass die geförderten Projekte bestimmten Qualitätskriterien entsprechen. Zehn wichtige Kriterien sind im Folgenden angeführt:<sup>112</sup>

- Projektdesignentwicklung nach Kriterien professionellen Projektmanagements
- wissensbasiertes beziehungsweise theoriegeleitetes Konzept
- partizipative, bevölkerungsnahe Ausrichtung
- Innovationscharakter (z. B. Pilotprojekt in einer Region)
- Empowerment (Kompetenzsteigerung) der Menschen
- vernetzend angelegt (z. B. durch Kooperation relevanter PartnerInnen)
- Qualitätssicherung (intern bzw. extern) ist vorgesehen
- eine nachhaltige Wirkung ist angestrebt
- Übertragbarkeit ist potentiell möglich
- eine umfassende Dokumentation ist vorgesehen

Hinsichtlich der Evaluation wird vorgegeben, dass für Projekte mit einem Auftragsvolumen von mehr als 72.000 Euro diese extern zu erfolgen hat. Bei einem niedrigeren Auftragsvolumen ist eine ausführliche Dokumentation und interne Evaluation ausreichend. Die genannten Grundsätze zur Sicherung von Qualität in Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten finden sich konsequenterweise in den Antragsformularen für Förderansuchen an den Fonds Gesundes Österreich wieder.

### **3.3.2. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument – Ein Beispiel aus der Schweiz**

Nach dieser eher allgemein gehaltenen Darstellung der wichtigsten Kategorien von Projektanträgen sollen an Hand eines Schweizer Beispiels Tipps zur erfolgreichen Durchführung von Projekten erläutert werden. Die folgenden Darstellungen gehen über die Kategorien, die für eine Antragstellung von Projekten erforderlich sind, hinaus und liefern wertvolle Hinweise, was bei der Konzeption von Gesundheitsförderungs- und

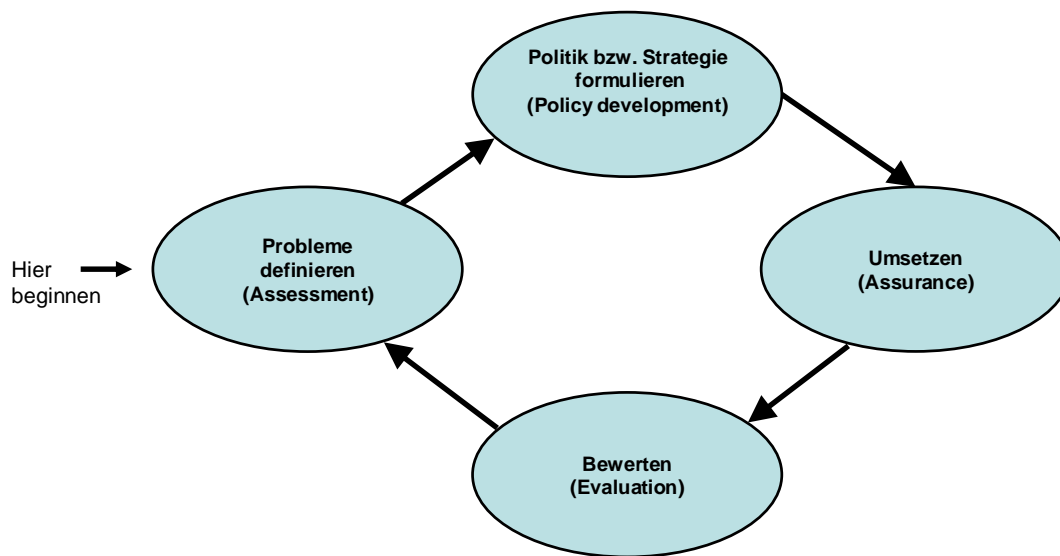
Präventionsprojekten zu berücksichtigen ist. Es werden wichtige Aspekte und Schlüsselfragen angeführt. Notwendigerweise muss die Darstellung kurz und schlaglichtartig bleiben. Sie soll das Augenmerk auf Aspekte lenken, die bei der Konzeption von Projekten Bedeutung haben.

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin des Bundesamtes für Gesundheit in der Schweiz verfolgte mit der Herausgabe der Broschüre „Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten: Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument“ das Ziel, „Grundlagen zur Verfügung zu stellen, um bei der Planung und Durchführung von zukünftigen Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten deren Wirksamkeit zu vergrößern.“<sup>113</sup> Die Broschüre entstand auf Grundlage von mehreren Workshops, die der Frage nachgingen, was macht präventive Politik erfolgreich bzw. was führt zu Misserfolgen. Dabei wurde der Public Health Action Cycle mit seinen vier Phasen Assessment – Policy development – Assurance – Evaluation (siehe Abb. 5), der normalerweise die Grundlage für die strategische Planung bildet, auf die Projektebene übertragen. Dies in der Überzeugung, dass es für Projektverantwortliche hilfreich ist, diese Phaseneinteilung zu kennen und bei Einzelprojekten anzuwenden.<sup>114</sup>

Einer der wesentlichen Aspekte dieses Ansatzes ist die Erkenntnis, dass zwischen dem Konzept einer Health Policy und ihrer Umsetzung in die Praxis gravierende Unterschiede bestehen können und dass für die Realisierung oft große Hürden zu überwinden sind.<sup>115</sup>



**Abb. 5: Der Public Health Action Cycle<sup>116</sup>**



Quelle: Rosenbrock/Gerlinger: Gesundheitspolitik, 2004

Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte der vier Phasen dargestellt.<sup>117</sup>

### **Phase 1: Erfassung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen (Assessment)**

In dieser Phase sind das Problem zu beschreiben und die Bedürfnisse der Zielpopulation abzuklären. Im einzelnen sind folgende Schritte zu erledigen:

#### *a) Dokumentation und Situierung des Gesundheitsproblems*

Wie gut ein Gesundheitsproblem dokumentiert ist, hängt von Datenerhebungen sowie von Umfang und Methodik der Gesundheitsberichterstattung ab. Es empfiehlt sich, kritisch mit vorhandenen Informationen umzugehen und zu fragen, in welchem Kontext sie entstanden sind. In diesem Schritt sind folgende Fragen zu klären:

- Ist die Datengrundlage für eine Intervention ausreichend?
- Welches sind die ausschlaggebenden Punkte einer Intervention? Wie wird die Notwendigkeit einer Intervention begründet?
- Ist das Thema unter Fachleuten ein anerkanntes Public Health Thema oder muss erst Akzeptanz geschaffen werden? Gibt es Kontroversen bezüglich der Interventionsmethode?
- Ist die geplante Intervention in eine Gesamtstrategie einzubetten? Sind bereits ähnliche Interventionsprojekte gemacht worden oder handelt es sich um ein Pilotprojekt? Was ist neu?

### *b) Sensibilisierung für ein Gesundheitsproblem und Akzeptanz*

Eine wesentliche Rolle spielt dabei, wie die Medien ein Thema aufgreifen, ob es attraktiv und beliebt oder eher belastend und Angst auslösend dargestellt wird. Teilweise stoßen bedeutsame Themen nicht auf breites Interesse, sie sind nicht „in“ (z. B. Alkohol). Bei PolitikerInnen muss versucht werden, ein so starkes Interesse zu wecken, dass sie das fragliche Problem als prioritär anerkennen und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stellen. Wichtige Fragen in dieser Phase:

- Wie wird das fragliche Problem von der Öffentlichkeit wahrgenommen? Ist es ein Medienthema (attraktiv oder eher negativ besetzt)?
- Wie ist der Handlungswille, bei Adressaten (Gesamtbevölkerung, Zielgruppen), Fachleuten, PolitikerInnen?
- Wie wird der Benefit der Intervention eingeschätzt? Für wen am höchsten? Für wen am geringsten?

### *c) Beschreibung von Lösungsansatz und Zielpublikum: Was soll die Intervention bewirken?*

Bereits in dieser Phase soll grob dargestellt werden, was von einer Intervention erwartet wird und wer am meisten vom Gesundheitsproblem betroffen ist. Fragen dazu:

- Wie ist der Lösungsansatz? Welche Maßnahmen sind für das zu lösende Problem adäquat?
- Was soll die Intervention bewirken? Stärkung von individuellen Ressourcen, Abstinenz von einer schädigenden Substanz oder Strukturveränderungen?
- Wem soll die Intervention nützen? Der ganzen Bevölkerung, spezifischen Zielgruppen oder Einzelpersonen?

## **Phase 2: Entwicklung von gesundheitspolitischen Interventionsstrategien (policy development)**

Dies erfordert grundlegendes Interventionswissen in Theorie und Praxis sowie Vertrautheit mit dem Kontext der Zielgruppe.

### *a) Situationsanalyse*

Eine Intervention ist ein Eingriff in ein komplexes System, es ist deshalb von Vorteil mögliche Reaktionsvarianten vorauszuahnen.

- Sind Interessenskonstellationen bekannt? Welche sind mächtig? Fehlen Reaktionen, weil kein Interesse vorhanden ist?

- Interventionen spielen sich vor einem politischen Hintergrund ab. Sind Entscheidungswege und Machtkonstellationen bekannt, damit man im richtigen Moment eingreifen kann?
- Ein Projekt darf nicht isoliert sein. Wie lassen sich mögliche Synergien mit anderen Projekten nutzen? Sind Machtspiele mit dem Projekt verbunden?
- Für den Erfolg eines Projektes ist es notwendig, das Konzept mit Einbezug der Adressaten zu entwickeln. Sind Bedarf und Bedürfnisse ausgewiesen? Wurden Bedürfnisse zusammen mit der Zielgruppe eruiert?

#### *b) Vernetzung / Lobbying / Allianzen*

Intersektorale Zusammenarbeit ist eines der zentralen Ziele von Public Health, sektorenübergreifende Zusammenarbeit steigert nicht nur das Know-how sondern erhöht die Wirksamkeit und Akzeptanz einer Intervention. Lobbying, Allianzen sowie auch die Erarbeitung eines Kommunikationskonzeptes sind lohnenswerte Investitionen, denn ein ehrbares Anliegen alleine überzeugt noch nicht.

- Wer sind die Hauptakteure zu welchem Zeitpunkt der Intervention?
- Wie sind die informellen bedeutenden Personen eingebunden?
- Welche Allianzen sind absolut notwendig?

#### *c) Konzept*

Die Zielsetzung hat innerhalb der Konzeptformulierung einen zentralen Stellenwert. Werden keine klaren Ziele formuliert, kann die Wirksamkeit der Intervention nicht oder nur ungenau überprüft werden.

- In welche Gesamtstrategie ist das Projekt eingebunden?
- Wie sehen die Ziele aus, sind sie realisierbar und realistisch?

In jedem Projektentwurf sollte nachgewiesen werden, ob es schon ähnliche Interventionen gegeben hat und wenn ja, wie diese ausgewertet wurden. Daraus sollte gefolgert werden, welche Erfahrungen übernommen werden können und was der Weiterentwicklung bedarf. Denn nicht die Exklusivität zeichnet ein Vorhaben aus, sondern die stete Weiterentwicklung und Verbesserung von Ideen und Projekten, also Optimierung der Wirksamkeit, Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit.

Im Hinblick auf die Entwicklung von Maßnahmen besteht die Kunst darin, attraktive Mittel zu finden, die die Zielgruppe ansprechen. Eine wirksame Intervention ist jene, die es schafft, für möglichst viele Beteiligte Anreizsysteme zu schaffen und einen Benefit glaubwürdig zu vermitteln. Zukünftig muss mehr Gewicht auf die Zielgruppen gelegt werden. Es sollten nicht nur jene erreicht werden, die schon für Gesundheitsfragen sensibilisiert sind (in der Regel mittelständische, gut ausgebildete

Personen), sondern auch Gruppen, die nur schwer erreichbar oder sozioökonomisch benachteiligt sind.

- Wie sehen die Botschaften aus? Klar und eindeutig? Konsistent mit dem Inhalt der Intervention? Gibt es versteckte Moralbotschaften?

Projektabbrüche auf der Grundlage von explizit formulierten Abbruchkriterien sind bis heute eine Seltenheit. Mit dem Start von Projekten wird eine Dynamik in Gang gesetzt, die es häufig schwer macht, ein Projekt vorzeitig zu beenden, auch wenn objektive Gründe dafür in ausreichendem Maße vorhanden wären. Dies deshalb, weil nie explizit Kriterien formuliert wurden, unter welchen Bedingungen es allenfalls sinnvoll sein kann ein Projekt vorzeitig zu beenden. Dabei muss auch festgelegt werden, wer wann welche Entscheidungsmacht hat. Es erscheint sinnvoll, auch derartige Abbruchkriterien mit in die Projektkonzeption aufzunehmen.

Der Projektantrag ist die Visitenkarte der Projektverantwortlichen. Entscheidend für den Projektantrag ist die Konsistenz des Projektes: Übereinstimmung von Ziel, Strategie, Maßnahmen, benötigten Ressourcen und Zeitplan. Zentral ist aber auch, wie breit das Projekt abgestützt ist und als wie dringend es vom Geldgeber betrachtet wird. Im Groben beinhaltet der Projektantrag: Problemstellung, Projektziel, Vorgehensplan, Projektorganisation und Budget.

Ohne finanzielle Mittel kann keine Intervention durchgeführt werden. Ob eine Intervention unterstützt wird, hängt jedoch nicht alleine vom „Wert“ des Konzeptes ab, sondern ebenso stark von politischen und wirtschaftlichen Faktoren.

### **Phase 3: Umsetzung der Strategien im Gesundheitssystem**

In dieser Phase interessiert, unter welchen Bedingungen eine Intervention möglichst erfolgreich durchgeführt werden kann. Die Durchführung dieser Phase beinhaltet Kenntnisse des Projekt-, Konflikt- und Qualitätsmanagements, zudem ist der zeitliche Rahmen einzuhalten.

#### *a) Projektmanagement*

Projektmanagement ist die Kunst, die Intervention so durchzuführen, dass man dem Ziel möglichst nahe kommt.

- Wie werden die MitarbeiterInnen ausgewählt? Wie wird mit fehlendem Know-how umgegangen?
- Wie funktioniert das Beziehungsnetz? Zum Auftraggeber, zu den ProjektpartnerInnen, zur Zielgruppe?

Konfliktmanagement: Da viele verschiedene Gruppen und Personen involviert sind, ist es die Regel, dass unterschiedliche Vorstellungen im Spiel sind, die mehr oder

weniger offensiv, offen oder verdeckt, vertreten werden. Beim Konfliktmanagement geht es darum, Konflikte möglichst früh zu erkennen, richtig einzuschätzen und angemessene Formen der Bewältigung zu finden.

- Welche Bedeutung haben Konflikte im Projekt? Werden sie als Störung erlebt oder als Möglichkeit, Unklarheiten zu klären? Werden sie aktiv analysiert oder passiv erduldet?

Qualitätsmanagement umfasst die „Gesamtheit aller Tätigkeiten der Qualitätsplanung, der Qualitätskontrolle, der Qualitätssicherung und der Qualitätsverbesserung, die geeignet sind, die Qualitätsziele eines Unternehmens zu erreichen.“<sup>118</sup> Qualitätsmanagement beschreibt also den Prozess, mit dem schrittweise Probleme beseitigt werden, um längerfristig eine Qualitätsverbesserung zu erzielen. Folgende Schritte sind dabei zu durchlaufen: Schwachstellenerkennung – Problemanalyse – Suche, Auswahl und Umsetzung von Problemlösungen – Evaluation der gewählten Problemlösung im Alltag – Sichern der erreichten Ziele (Qualitätssicherung).

- Ist das Interesse vorhanden, Fehler oder Schwachstellen zu entdecken und diese anzugehen?

#### *b) Kommunikation*

Kommunikation nach innen und außen spielt eine ganz wesentliche Rolle, deshalb muss für jede Phase ein Kommunikationskonzept entwickelt werden. Kommunikation nach außen umfasst Lobbying, Allianzbildung, Kontaktpflege zu Auftraggeber, Partnern und Zielgruppen. Nach innen ist Kommunikation zentral, um sich über entscheidende Fragen zu einigen und um Missverständnisse und Unklarheiten zu klären.

- Gibt es einen Kommunikationsplan?
- Wie werden die Botschaften optimal vermittelt?
- Hat die Intervention den notwendigen Wiederhall (in Medien bzw. bei Bevölkerung/Zielgruppe)?

#### *c) Controlling*

Die Controlling-Aktivitäten bestehen im Überprüfen und Vergleichen des Geplanten mit dem Vorhandenen (Ziele, Zielgruppenerreichung, Termine, Finanzen, Motivation MitarbeiterInnen, Führungsverhalten, usw.)

- Ist ein Controlling vorgesehen? Werden die verschiedenen Ziele regelmäßig überprüft? Werden die Projektverlaufs Änderungen ernst genommen und wird reflektiert, was das heißt?

#### **Phase 4: Prüfen der Akzeptanz und der Wirksamkeit (Evaluation)**

Evaluation beinhaltet Überwachen, Interpretieren und Analysieren eines Projektes, was einen kritischen und distanzierten Blick auf das Geschehen verlangt.<sup>119</sup>

Evaluationen werden häufig am Schluss eingesetzt, wenn es darum geht, das Programm auszuwerten. Allerdings sollte Prozessevaluation, wenn sie für die Intervention fruchtbar gemacht werden soll, schon bei der Planung einsetzen und als Controllinginstrument genutzt werden.

##### *a) Wirkungen der Intervention (Outcome)*

Die Selbstevaluation gibt Auskunft über den Outcome der Intervention. Wie erfolgreich war die Intervention, was konnte von den definierten Zielen erreicht werden, was nicht? Was waren die intendierten und nicht intendierten Wirkungen?<sup>120</sup>

- Sind die Ziele erreicht worden? Welche Faktoren wirkten förderlich und welche hinderlich im Ablauf des Projektes?
- Ist eine Nachverfolgungszeit eingeplant? Wie ist die Nachhaltigkeit?
- Wer profitierte von der Intervention? Wurden diejenigen Personen erreicht, die man erreichen wollte?

##### *b) Kosten-Nutzen-Analyse*

Neben der finanziellen Seite sollte auch berücksichtigt werden, in welchem Verhältnis der Aufwand und der Benefit für die einzelnen involvierten Gruppen stand.

##### *c) Umgang mit den Resultaten*

Häufig beginnen Projektakteure wieder ganz von vorne, ohne von den Erfahrungen anderer zu profitieren. Der Austausch von Erfahrungen mit anderen sollte während des ganzen Projektes eine zentrale Aufgabe sein. Am Schluss steht die Vermittlung von Erfahrungen im Vordergrund. Bereits bei Projektbeginn muss diese Phase eingeplant werden. Die Gefahr ist sonst groß, dass am Ende keine Energie mehr vorhanden ist und der Aspekt der Vermittlung unberücksichtigt bleibt.

Die angeführten Schweizer Empfehlungen bieten Unterstützung für die Planung und Durchführung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten. Die Anwendung der Grundsätze verspricht höhere Qualität, vergrößerte Wirksamkeit und bessere Nachhaltigkeit der Projekte.

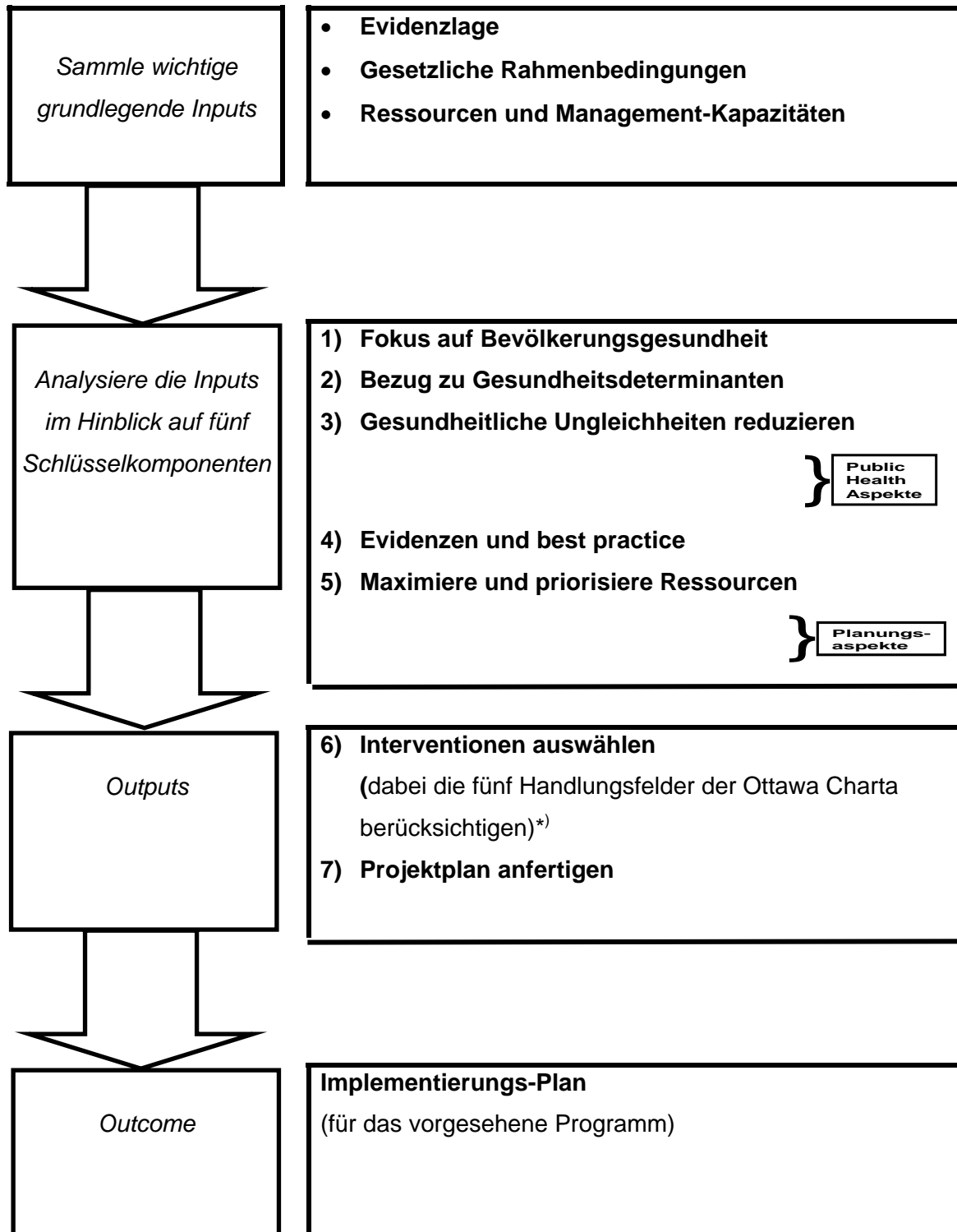
### **3.3.3. Komponenten eines umfassenden Public Health Programms – Der neuseeländische Vorschlag**

Wenn über einzelne Projekte hinausgedacht wird und es das Ziel ist, ein Public Health Programm „auf den Weg zu bringen“, dann liefert der „Guide to Developing Public Health Programmes“<sup>121</sup> nützliche Hinweise. Der Guide wurde 2006 vom neuseeländischen Gesundheitsministerium herausgegeben und setzt sich zum Ziel, Unterstützung für Design und Implementierung von umfassenden, effektiven und messbaren Public Health Programmen zu liefern, die tatsächlich zu verbesserten Outcomes führen. Da das Schema noch neu ist soll es vorerst in Projekten angewendet werden, danach wird auf Basis der gewonnenen Erfahrungen eine Adaptierung erfolgen.<sup>122</sup> Es wurde deswegen ausgewählt, weil es in einigen Punkten nützliche Erweiterungen zum Schweizer Herangehen aufweist.

Da das Schema komplex ist, wird es – um vorerst einen Überblick gewinnen zu können – mit seinen wichtigsten Komponenten in einer vereinfachten Darstellung präsentiert (siehe Abb. 6).

**Abb. 6: Vereinfachtes Schema: Komponenten für die Planung eines umfassenden Public Health Programms**

(adaptiert nach Ministry of Health. A Guide to Developing Public Health Programmes, Wellington 2006<sup>123</sup>, eigene Übersetzung)



\*) Zu den Handlungsfeldern der Ottawa Charta siehe S. 89)



Bei Orientierung am vorgestellten Schema erhält man als Ergebnis (Outcome) einen abgestimmten Plan für die Implementierung eines Public Health Programms (bzw. die Umsetzung eines Gesundheitsziels). Dazu wird folgendes Vorgehen vorgeschlagen: In einem ersten Schritt sind wichtige Inputs zum Public Health Problem (z. B. Rauchen oder Adipositas) zu sammeln. Insbesondere sind die Evidenzlagen zu recherchieren, gesetzliche Rahmenbedingungen festzustellen und (vorhandene) Ressourcen und Management-Kapazitäten darzustellen. Die gesammelten Informationen sind im Hinblick auf die fünf Schlüsselkomponenten zu analysieren:

- Fokus auf Bevölkerungs-Gesundheit
- Bezug zu Gesundheits-Determinanten
- Gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren
- Evidenzen und best practice
- Ressourcen priorisieren und maximieren

Dabei beziehen sich die ersten drei Dimensionen auf Public Health Aspekte und die letzten beiden auf Planungsaspekte.

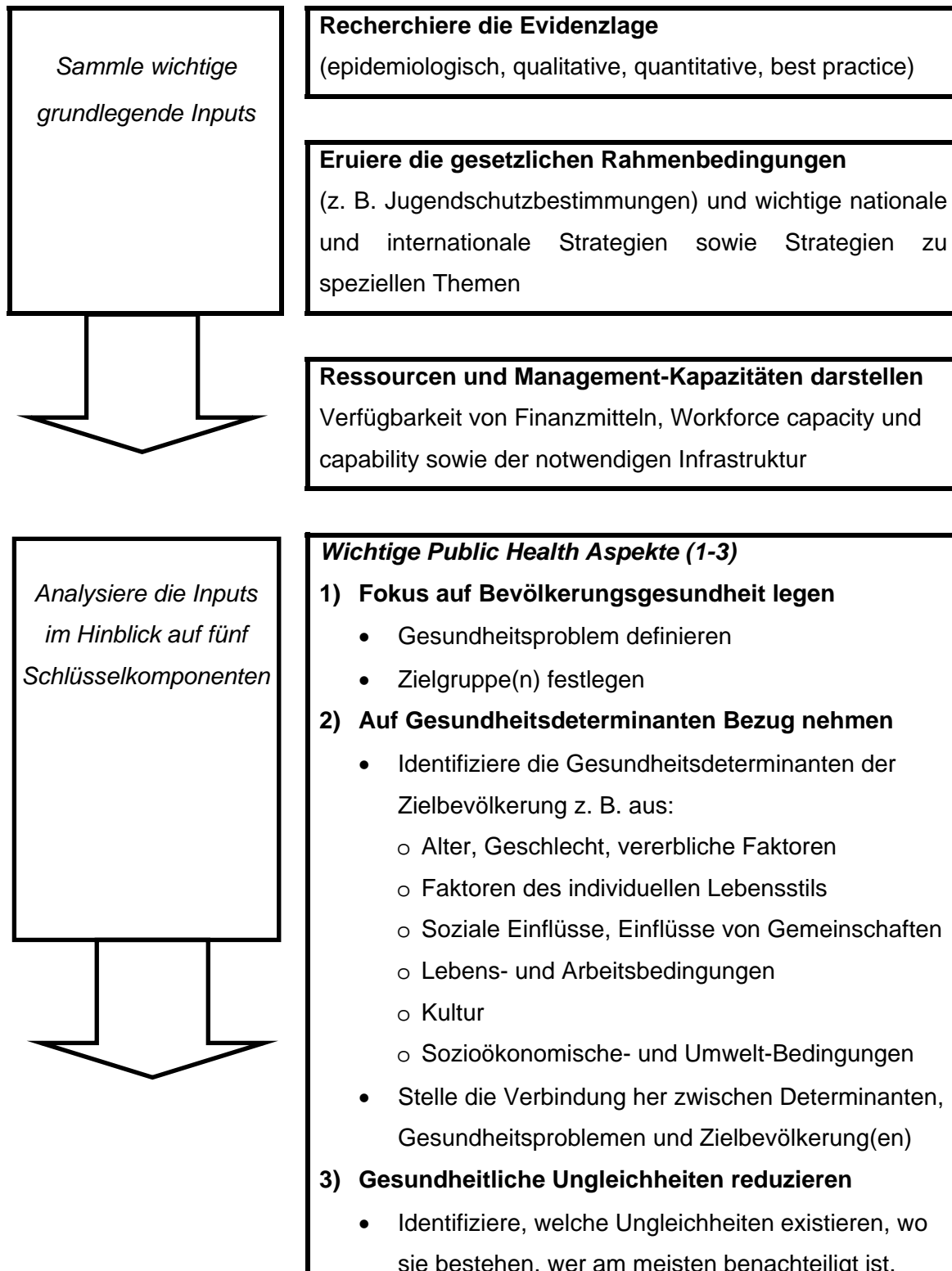
Die Analysen werden für die Erstellung der Outputs (Interventionen und Projektplan) verwendet. Als Ergebnis der Konzeption erhält man einen maßgeschneiderten Plan für die Implementierung eines umfassenden Public Health Programms (z. B. Rauchen reduzieren, Übergewicht in der Bevölkerung vermindern). Der Plan enthält alle oben genannten Komponenten und beschreibt die Verbindungen zwischen den Komponenten des vorgeschlagenen Programms.

In **Abb. 7** werden in detaillierter Form die wesentlichen Eckpunkte des Vorgehensmodells dargestellt. Als Grundprinzip wird bei der Konzeption eines Gesundheitsförderungs-Programms – das eine breite Palette von Interventionen umfasst – verlangt, dass es mit den fünf Prinzipien der Ottawa Charta in Übereinstimmung gebracht werden muss. Mit der Ottawa Charta hat die Weltgesundheitsorganisation 1986 fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung vorgegeben, diese sind

- „Entwicklung gesundheitsfördernder Gesamtpolitik (*healthy public policy*)
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (*supportive environments*)
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen (*community action*)
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen (*personal skills*)
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste (*reorienting health services*)<sup>124</sup>

## Abb. 7: Komponenten für die Planung eines umfassenden Public Health Programms

(adaptiert nach Ministry of Health. A Guide to Developing Public Health Programmes, Wellington 2006<sup>125</sup>, eigene Übersetzung.)



Worin liegen die Gründe? Was sind die Determinanten für die Ungleichheiten?  
Welche Interventionen reduzieren Ungleichheiten?

**Planungs- und Überwachungsaspekte (4-5)**

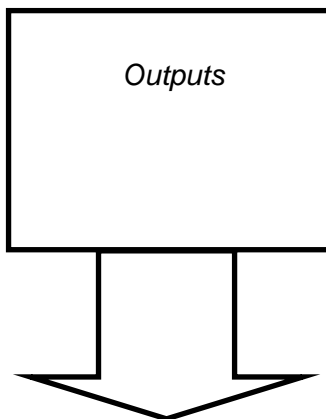
**4) Benütze Evidenzen und Beispiele für best practice**

- Suche Evidenzen für die Effektivität der geplanten Interventionen

**5) Maximiere und priorisiere Ressourcen**

Bewerte die Kosten von

- bestehenden und neuen Interventionen
- Ausmaß und Fähigkeit der potentiellen MitarbeiterInnen
- der erforderlichen Infrastruktur
- bewerte die Kosteneffektivität der verschiedenen Interventionen



**6) Interventionen auswählen und dabei die fünf Handlungsfelder der Ottawa Charta berücksichtigen<sup>\*)</sup>**

- Setze (kurz-, mittel-, langfristige) Ziele fest
- Identifiziere die zu den Zielen passenden Interventionen
- Lege Outcome-Größen fest (die auch valide und zuverlässig sind)
- Überlege den Bedarf an strukturierter Prozess- und Ergebnisevaluation
- Zeige, wie die ausgewählten Interventionen
  - die Gesundheitsdeterminanten des Gesundheitsproblems der Zielbevölkerung beeinflussen
  - die gesundheitliche Ungleichheit in der Zielbevölkerung reduzieren
  - den gegenwärtigen Stand der Wissenschaft und best practice berücksichtigen

## 7) Projektplan anfertigen

- Die Interventionen priorisieren (abhängig von deren Möglichkeiten, bei gegebenen Ressourcen den größten Beitrag zu leisten)
- Budget erstellen
- Implementierungsplan erarbeiten
- Erforderliche Verträge über Dienstleistungserbringung und Zusammenarbeit vorbereiten und unterschreiben
- Vereinbarungen schließen um notwendige Evaluierungen durchführen zu können
- Monitoring-System einrichten

Outcome

## Implementierungs-Plan erstellen

Als Abschluss der Konzeption liegt ein für das Programm maßgeschneiderter Implementierungs-Plan vor. Der Plan enthält alle oben genannten Komponenten und beschreibt die Verbindungen zwischen den Komponenten des vorgeschlagenen Programms.

Die kurz-, mittel- und langfristigen Ziele des Programms werden ebenso beschrieben wie die einzelnen Implementierungsschritte. Falls notwendig wird die Reihenfolge angegeben, in der die Implementierung erfolgt. Ferner wird dargestellt, wie die im Lauf der Zeit erreichten Fortschritte gemessen werden.

Ein umfassendes Programm beinhaltet ein Spektrum von Maßnahmen, diese müssen vereinbar sein mit den fünf Handlungsfeldern der Ottawa Charta.\*)

\*) Mit der Ottawa Charta hat die Weltgesundheitsorganisation 1986 fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung vorgegeben, diese sind

- „Entwicklung gesundheitsfördernder Gesamtpolitik (*healthy public policy*)
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (*supportive environments*)
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen (*community action*)
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen (*personal skills*)
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste (*reorienting health services*)<sup>126</sup>

Das vorgestellte Schema kann als Strukturhilfe für die Entwicklung einer längerfristigen Strategie zur Umsetzung eines Gesundheitszieles Anwendung finden. Es stellt sicher,

dass die drei wichtigen Public Health Aspekte – Fokus auf die gesamte Bevölkerung legen, Bezug zu den Gesundheitsdeterminanten herstellen und gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren – genauso in der langfristigen Strategie Berücksichtigung finden, wie die Evidenzlage und best practice Beispiele. Zudem bietet es einen Handlungsrahmen für die Auswahl von Interventionen und die Erarbeitung eines Implementierungsplans.

### **3.3.4. Ergebnisse aus den Interviews**

In den Interviews wurde gefragt, ob es für Projektanträge an den Vorstand des IGP Strukturvorgaben geben soll, und wenn ja, welche, und wie weit diese Vorgaben für Projektanträge zur Umsetzung der Gesundheitsziele verbindlich sein sollen. Dies in der Annahme, dass Vorgaben für Projektanträge die Übersichtlichkeit erhöhen und zu einer verbesserten Prozess- und Ergebnisqualität der Projekte beitragen können.

Aus den Interviews ergibt sich das im Folgenden dargestellte Bild.

#### **3.3.4.1. Sind Strukturvorgaben (Regeln) für Projektanträge erforderlich?**

Bisher gab es in Oberösterreich keine Vorgaben, wie Anträge von Projekten zur Umsetzung der Gesundheitsziele gegliedert sein müssen und welche Angaben verbindlich anzuführen sind. Die Befragten waren sich alle im Hinblick auf die prinzipielle Notwendigkeit und den Nutzen von formalen Vorgaben einig.

„Es ist ein Muss, dass es Vorgaben gibt.“ (C10)

„Für mich ist es ganz klar, dass Vorgaben eine gewisse Transparenz schaffen, dass sie Vergleichbarkeit schaffen und für den, der das Projekt dann fördern soll, größere Erleichterung bringen.“ (A6)

„Wenn man die Ziele auf politischer Ebene ganz klar formuliert, dann sollten danach diejenigen, die für die Ziele verantwortlich sind, ganz klare Kriterien formulieren, nach denen die Projekte dann genehmigt werden.“ (G5)

„Es braucht ganz klare Kriterien, aber die Kriterien muss man auch nicht neu erfinden, denn die liegen auch auf der Hand. Die Kriterien kann man ja auch bereits in die Anträge mit aufnehmen, so ähnlich machen es auch die Gesundheitsplattformen. Die Antragsteller selber müssen argumentieren, wie sie welche Kriterien einhalten.“ (F8)

„Die Strukturvorgaben müssten aus dem Antragsmuster ersichtlich sein, das zu verwenden ist. Andere Formulare als die Standardprojektanträge sollen nicht entgegen genommen werden.“ (B6)

„Struktur heißt ja nicht automatisch zu viel Struktur. Ich denke, man muss Kriterien vorgeben, zum einen, welche Informationen drinnen sein müssen, welche Qualitätskriterien sie erfüllen müssen, wie der Bezug zu den Gesundheitszielen ist, ob Übertragbarkeit möglich ist, usw.“ (B5)

„Formale Vorgaben sind vorteilhaft. Sie müssen sich aber über den Sinn rechtfertigen. Man muss verstehen, warum diese formale Vorgabe da ist. Wenn ich merke, das hilft mir bei der Auswahl der Ideen, bei der Evaluation und auch dabei, die Dinge auf den Punkt zu bringen, dann sind formale Vorgaben sehr wichtig und sind aus meiner Sicht unverzichtbar.“ (E5)

„Und natürlich braucht man ein einfaches Handbuch dazu, was erwartet sich der Auftraggeber, was in die Spalten hineinkommen soll.“ (K12)

Ein Befragter / eine Befragte weist mehrmals darauf hin, dass ihm / ihr insbesondere die Möglichkeit der Evaluierung der Projekte wichtig ist, vor allem auch um feststellen zu können, ob die Projekte nachhaltig wirken.

„Zu einer gewissen Standardisierung stehe ich, aber noch stärker stehe ich zu einer Evaluierung.“ (H5)

„Es muss ganz klar eine Vorgabe geben und das ist, ein Projekt muss evaluiert werden und zwar nicht nur unmittelbar danach, sondern, wenn ich etwas erreichen will, auch ein Jahr später und ich muss mir auch klar sein, dass ich nicht alle Projekte ad infinitum durchführen kann. Ich muss ein Jahr nach Beendigung des Projektes noch einen Erfolg haben.“ (H5)

#### **3.3.4.2. Vorteile und Nachteile von Strukturvorgaben**

Die Befragten sehen in den Regeln und Vorgaben für Projektanträge überwiegend Vorteile. Eine Person regt an, eine Stelle zu schaffen, die Unterstützung bei der Formulierung von Projektideen bietet.

„Ich glaube nicht, dass eine Vorgabe in irgendeiner Form einschränkt. Ich glaube eher, dass eine Vorgabe eine kreative Idee in eine Struktur bringen kann.“ (A6)

„Wenn die Vorgaben gut sind, glaube ich, dass sie kaum Nachteile haben.“ (I11)

„Ich sehe eher Vorteile, weil die Bewertung viel objektiver erfolgen kann, wenn es diesbezüglich Strukturvorgaben gibt. Zudem ist die finanzielle Vergleichbarkeit gegeben.“ (H5)

„Ich glaube nicht, dass sie Nachteile haben. Ich glaube nicht, dass sie so eng wären dass sie Innovation abwürgen würden. Jede Innovation muss Sinn machen und muss übertragbar sein, muss dem Gesundheitsziel entsprechen, ich glaube nicht, dass Struktur einengt.“ (B5)

„Nachteilig wäre es, wenn sie zu bürokratisch, zu akribisch, zu wenig zielorientiert werden.“ (E5)

„Ein Nachteil könnte es sein, dass gute Ideen nie zur Antragsreife kommen, weil diejenigen, die die guten Ideen haben, die Hürde nicht überspringen können. Es könnte sein, dass diejenigen, die es sich leisten können Leute zu bezahlen, die Anträge schreiben, dann auch die Masse der Anträge ausmachen.“ (F9)

„Was ich aber auf jeden Fall machen würde – ich würde eine Stelle schaffen, die Antragsstellern Unterstützung bietet. Denn manche haben super Ideen und können sie nur nicht gut ausformulieren. Sie brauchen einfach Unterstützung.“ (F9)

#### **3.3.4.3. Verbindlichkeit der Strukturvorgaben**

Von Seiten der Befragten besteht der Wunsch, dass vereinbarte und veröffentlichte Regelungen auch eingehalten werden. Sollte einmal ein Sonderfall auftreten, dann ist der als Ausnahme kenntlich zu machen und ein entsprechend angepasstes Vorgehen zu überlegen (z. B. vorerst nur Grundsatzentscheidung über das Projekt, wobei nach dem Vorliegen der Detailkonzeption über das weitere Vorgehen entschieden wird. Denkbar wäre auch eine externe Begleitung von spannenden kleineren Projekten). Das Abweichen von der Norm soll jedoch die Ausnahme bleiben. Wenn Projekte größere Summen benötigen, sind die Strukturvorgaben auf jeden Fall einzuhalten.

„Damit die Regelungen eingehalten werden, müssen sie transparent gemacht werden, in welcher Form auch immer.“ (B6)

„Nein, es soll keine Ausnahmen geben. Ich wüsste nicht warum. Mir fiel kein Grund ein, für wen man eine Ausnahme machen sollte. Es sollten alle Vorhaben durch die formale Schiene durch.“ (B6)

„Ich denke, nichts ist in diesem Bereich so dringend, dass die Zeit für ordentliche Anträge oder ordentliche Grundlagen oder ordentliche Überlegungen fehlen würde.“ (J6)

„Projekte, die wir fördern, werden nicht von Personen durchgeführt, die keine Zeit hätten einen Projektantrag auszufüllen oder gute Dokumentationen zu machen.“ (A6)

„Je größer das Projekt und die Finanzmittel, umso genauer müssen die Strukturen eingehalten sein. Und auch die Ziele dahin überprüft werden, ob Ziele gesetzt werden, die wichtige Gesundheitsförderungsziele sind. Ob die erreicht werden, ob ein Weg gefunden wird, der zur allgemeinen flächendeckenden Anwendung geeignet wäre, oder dass das Vorgehen zumindest übertragbar ist.“ (D7)

„Natürlich muss der Vorstand selber auch die Regeln ernst nehmen. Manchmal muss man aber auch Abweichungen akzeptieren, weil die Regeln doch nicht passen. Dann soll man das aber auch bewusst als Ausnahme von der Regel zubilligen.“ (J6)

„Wenn bei Antragstellung ein großer Termindruck herrscht, dann müsste man in den Antrag rein schreiben, dass die klarere Definition der Vorgaben in Abstimmung mit dem Auftraggeber der erste Teil des Projektes ist. Ich kann sagen, über das Wie wird noch einmal entschieden. Zuerst wird die Grundsatzentscheidung getroffen.“ (C11)

“Wenn etwas Spannendes hereinkommt, dann kann man das einmal ohne Strukturvorgaben begleiten lassen und schauen, haben wir Erfolg damit. Aber das darf dann natürlich nicht eine Riesensumme ausmachen. Bei großen Summen müssen die Strukturvorgaben eingehalten werden. (H5)



#### **3.3.4.4. *ExpertInnenbeirat zur Unterstützung des Vorstandes und des IGP***

Für die nächste Zeit ist die Errichtung eines Beirats für das IGP geplant, der die Qualität und nachhaltige Wirkung der eingereichten Projektvorhaben beurteilen wird.

„Dort wo ich Unterstützungsnotwendigkeiten sehe, ist beim Institut für Gesundheitsplanung – das wird einen Fachbeirat brauchen und soll ihn auch jetzt kriegen, der die Qualität der Projekte, die zu den Gesundheitszielen eingereicht werden, beurteilt.“ (H1)

Eine Funktion des Beirates wird es auch sein, den AuftraggeberInnen den Rücken zu stärken, wenn Projekte abgelehnt werden müssen, weil sie nicht den Kriterien entsprechen. „Deswegen ist es vielleicht gut, wenn man für solche Fragestellungen einen Beirat hat, dem man das dann weiterreicht. Dem man sagt, wir haben da ein Projekt und wir tun uns schwer, das Projekt jetzt abzulehnen, obwohl wir es gerne ablehnen würden.“ (F9)

#### **3.3.4.5. *Einsatz von Instrumenten des Projektmanagements***

Zur Sicherung der Umsetzung der Projekte sind die Methoden des Projektmanagements anzuwenden, ebenso wichtig ist ein fähiger Projektleiter / eine fähige Projektleiterin.

„Ich brauche das gesamte Projekt-Know-how, Projektmanagement, was auch immer. Je größer das Projekt ist, umso professioneller. Je kleiner das Projekt ist, desto mehr muss ich bloß die Grundsätze einhalten.“ (K11)

„Im Projekt selber brauche ich klipp und klar Vorgaben: Was ist das Ziel des Projektes, was sind die Teilziele, was ist der Zeitrahmen, was erwarte ich mir als Ergebnis des Projektes, was ist der Abschluss des Projektes, was ist die Abschlussaktion.“ (C10)

„Ich brauche die Vorgaben in Kombination mit einem guten Projektleiter. Das ist völlig klar. Vorgaben alleine in den Händen der falschen Leute sind zu vergessen.“ (K11)

„Ein gut geführtes Projekt kann ich durchziehen und ein schlecht geführtes Projekt, da brauche ich drei Mal so lange und das Ergebnis wird trotzdem schlecht sein.“ (I11)

„Es müssen klare, messbare Ziele enthalten sein, es muss ein nachvollziehbarer Zeit- und Finanzplan vorhanden sein, es müssen die eingesetzten Methoden beschrieben

werden, es ist alles anzugeben, was notwendig ist um ein Projekt aufzusetzen. Man braucht sich nur die Methoden des Projektmanagements anschauen.“ (G5)

#### **3.3.4.6. *STOPP sagen bzw. adaptieren muss während der Umsetzung möglich sein***

Trotz der klaren Projektstruktur sollten Checkpunkte während der Umsetzung vorgesehen sein, um in Absprache mit dem Auftraggeber / der Auftraggeberin das Projekt zu adaptieren oder überhaupt abubrechen. (Siehe dazu auch auf S. 84, die Ausführungen zu explizit formulierten Abbruchkriterien.)

„Ja, klare Strukturen, klare Vorgaben und dieses Herumgrasen und Herumdenken, ganz breit vor dem Projekt und dann die Kreativität im Projekt nur in dem Rahmen, den das Projekt vorgibt, mit der Bereitschaft zu sagen, wir müssen den Rahmen ändern. Aber das auch transparent mit dem Auftraggeber, wir haben uns getäuscht, wir müssen den Auftrag ändern.“ (I13)

„Ich brauche eine klare Projektstruktur mit Auftraggeber und Auftragnehmer und ich muss bereit sein, wenn ich draufkomme während des Projektverlaufes, dass irgendetwas nicht in die Richtung geht, dass man sich etwas falsch vorgestellt hat, sei es von der Zeit, sei es vom Inhalt, sei es vom Aufbau, dann muss ich Stopp sagen können und sagen: Stopp, wir haben uns getäuscht, wir setzen uns mit dem Auftraggeber zusammen und dem schlagen wir die Änderung des Vorgehens vor.“ (C11)

„Es gehört auch zu einem Projekt, dass eine gewisse Entwicklungsmöglichkeit gegeben ist.“ (D7)

## **4. Zusammenfassung der Ergebnisse und Empfehlungen**

### **4.1. Die Themen der Studie**

Ziel der vorliegenden Studie war es, einige ausgewählte Aspekte in Zusammenhang mit der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich näher zu beleuchten. Nach einer Darstellung der Ausgangssituation sowie des derzeitigen Status bei der Umsetzung der Gesundheitsziele wurden drei Themenbereiche besprochen, die im Folgenden näher ausgeführt sind.

Die grundsätzliche Herangehensweise in dieser Studie war es, wesentliche Informationen aus insgesamt acht Interviews mit EntscheidungsträgerInnen und ExpertInnen aus dem Bereich der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich zu gewinnen. Zusätzlich fand eine umfangreiche Literaturrecherche statt, deren Ergebnisse die Aussagen der Interviewten ergänzt und erweitert und die die Folie für die Auswertung der Interviews bildet.

#### **Analyse von Leadership und von Strukturen zur Umsetzung der Gesundheitsziele**

Alle Fragen, die sich mit der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung befassen, sind komplex und ziehen zahlreiche politische Konsequenzen nach sich. Darum erschien es sinnvoll, am Anfang einige Charakteristika des politischen Prozesses darzustellen und erst danach die Frage der Bedeutung von Leadership und die Führungsrolle der Politik zu behandeln. Für die Effektivität von Maßnahmen ist es weiters von besonderer Bedeutung, dass aktuelle Forschungsergebnisse mit in den Entscheidungsprozess einfließen. Es wurden einige Barrieren behandelt, die die Aufnahme von Forschungsergebnissen in den politischen Prozess behindern, sowie Möglichkeiten zu deren Reduktion. In den Leitfadeninterviews war von Interesse, in wieweit bei der Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich Leadership durch die Politik realisiert ist und wie die derzeit vorhandenen Strukturen für die Umsetzung der Ziele bewertet werden.

#### **Capacity und Prozesse für die Umsetzung von Gesundheitszielen**

Im zweiten Themenblock folgte die Untersuchung der Frage, ob in Oberösterreich ausreichend Know-how und unterstützende Prozesse für die Umsetzung der Gesund-

heitsziele vorhanden sind. Zur Analyse dieser Frage eignet sich das Konzept des Capacity building, das mehrere erprobte Strategien verknüpft, wie z. B. Organisationsentwicklung, Qualifizierung der MitarbeiterInnen, Aufbau von Leadership und Managementkompetenzen.

Mit den Interviewten wurde diskutiert, wie weit Reflexionsprozesse bestehen, um die aktuelle Praxis laufend zu verbessern und welche Vorschläge sie hätten, um das gegenwärtige Handeln zu optimieren. Zentrale Forderungen waren dabei die Entwicklung einer langfristigen Orientierung und der Wunsch, die Vernetzung zwischen den verschiedenen AkteurInnen zu verstärken. Da Vernetzen und das Eingehen von Partnerschaften ein zentraler Faktor für die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen und Programmen ist, wurden mögliche Schwierigkeiten im Falle von Vernetzung mit anderen AkteurInnen beleuchtet und es fanden Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit Eingang in die Empfehlungen.

Um einen Überblick über die ganze Bandbreite an Aspekten zu haben, die bei der Umsetzung von Gesundheitszielen zu berücksichtigen sind, wurden einige Orientierungshilfen angegeben, wie sie in „Gesundheit21 – Das Rahmenkonzept Gesundheit für alle für die europäische Region der WHO“<sup>127</sup> vorgestellt werden.

### **Qualität und Nachhaltigkeit von Projekten und Programmen sichern**

In den Interviews war von Interesse, ob es für Projektanträge an das IGP zur Umsetzung der Gesundheitsziele bestimmte Strukturerefordernisse geben soll. Dies bejahen die Befragten. Weiters sind sie der Meinung, dass die Projekte unter Anwendung der Methoden des Projektmanagements gut geplant sein müssen. Um darzustellen, welchen Anforderungen Projektanträge genügen müssen, wurden als Beispiel die Kriterien des FGÖ angeführt. Detaillierter wurden Qualitätsanforderungen an Projekte bzw. Maßnahmen an Hand eines Schweizer Konzeptes für die vier Phasen

- Erfassen und Analyse gesundheitlicher Problemlagen,
- Entwicklung von gesundheitspolitischen Interventionsstrategien,
- Umsetzung der Strategien und
- Prüfen der Akzeptanz und Wirksamkeit

beschrieben.<sup>128</sup>

Wenn nicht nur einzelne Projekte umzusetzen sind, sondern ein umfassender Ansatz Anwendung findet, bei dem verschiedene komplexe Maßnahmen und viele verschiedene Akteure zu koordinieren sind, dann liefert der „Guide to Developing

Public Health Programmes“<sup>129</sup> ein Schema, welche Aspekte bei einer derartigen Herangehensweise relevant sind und wie die einzelnen Teile zueinander in Beziehung stehen.

In dieser Arbeit wird die Situation in Bezug auf die Umsetzung der Gesundheitsziele zwar für Oberösterreich beispielhaft dargestellt, die Analyse kann aber auch für andere Bundesländer interessant sein, die sich ebenfalls mit der Umsetzung von Gesundheitszielen beschäftigen. Die vorliegenden Überlegungen sind weiters von Bedeutung, wenn österreichweit Gesundheitsziele umgesetzt werden sollen. Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt und Empfehlungen zur Optimierung der gegenwärtigen Situation gegeben.

## **4.2. Der politische Prozess, Leadership sowie die Nutzung von Evidenz basiertem Wissen**

### **Charakteristika des politischen Prozesses**

In Kap. 3.1 wurde dargestellt, dass die Formulierung einer Public Health Politik nicht immer geradlinig verläuft. Manches spielt sich parallel ab, immer wieder kann der Prozess unterbrochen werden. Verschiedene Issues konkurrieren darum, auf die politische Agenda zu gelangen. Routinemäßige Themen nehmen viel Platz ein. Das Ergebnis des politischen Prozesses, die Inhalte einer Politik, können nur verstanden werden, wenn man auch die Akteure, die in die Entwicklung einer Politik involviert sind, deren Interessen, die daraus resultierenden Prozesse und den Kontext, in dem die Politik entwickelt wurde, mit ins Blickfeld rückt. (siehe dazu auch Abb. 2: Das Dreieck der Politikanalyse in Kap. 3.1.1)

Ob ein Thema Aufmerksamkeit erreicht, hängt von den beteiligten Akteuren ab. Einige bevorzugen es vielleicht nicht zu Handeln, zu verharmlosen, zu verdrängen, das Problem zu konservieren <sup>130</sup> (wenn es um den Schutz der NichtraucherInnen geht, nehmen z. B. die Tabakindustrie, die TrafikantInnen, ein Teil der Wirte eine derartige Position ein). Entscheidend ist auch, wie das Thema präsentiert wird: Kann es einfach, klar und konkret aufbereitet werden, gibt es Konsens unter den Wissenschaftlern, besteht starke soziale Betroffenheit (wie z. B. dzt. beim Komatrinken durch Jugendliche), dann ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass das Thema auch

aufgegriffen wird. Um diese Chancen nützen zu können, besteht noch Lernbedarf bei den Public Health WissenschaftlerInnen.

Generell werden in der Politik Aspekte der Implementierung oft vernachlässigt. Auch ist das eine schwierige Phase, denn hier beginnen die Mühen der Ebene. Die Formulierung der Gesundheitsziele erfordert zwar einiges an Energie, viel mehr Aufwand und Ressourcen sind aber erforderlich, um die Gesundheitsziele dann auch umzusetzen. Dabei stellen sich viele Fragen, wie z. B.

- Wer übernimmt Leadership?
- Wie kann ausreichend Commitment sichergestellt werden?
- Welche Strukturen werden benötigt, um die Gesundheitsziele umzusetzen?
- Wer kann welche Ressourcen zur Verfügung stellen?
- Welche Maßnahmen bringen am ehesten nachhaltige Verbesserungen?

### **Leadership**

Gesundheitspolitik, die sich nicht ausschließlich als Politik zur Optimierung der Krankenversorgung versteht, sondern vor allem die sozialen Gesundheitsdeterminanten beeinflussen möchte, um dadurch einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu leisten, nimmt einen niedrigen Stellenwert auf der Agenda der politischen Themenliste in Oberösterreich – wie auch generell in Österreich – ein. Die Interviewten bestätigen diese Sichtweise und sind der Meinung, dass die Umsetzung der Gesundheitsziele für PolitikerInnen eher niedrige Priorität hat. Dies bewirkt bei letzteren ein schwankendes Interesse in Bezug auf die Umsetzungsmaßnahmen. Allerdings erwarten die Interviewten, dass PolitikerInnen und EntscheidungsträgerInnen sich in engagierter Art und Weise für die Umsetzung der Gesundheitsziele stark machen. Nur dann wird es möglich sein, die für die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Weitere Analysen und entschlossene Schritte werden erforderlich sein, um mehr Engagement durch die PolitikerInnen zu erreichen.

In Bezug auf Leadership gibt es nach Ansicht der meisten Interviewten derzeit keine Person oder Institution (im Bereich der Politik, des Landes oder der OÖGKK), die wirklich Leadership ausüben würde. Von den Befragten wird jedoch gleichzeitig Leadership und Engagement durch die PolitikerInnen bzw. EntscheidungsträgerInnen eingefordert. PolitikerInnen und EntscheidungsträgerInnen sollten Promotoren für die Gesundheitsziele sein und diese z. B. stärker in der Öffentlichkeit vertreten. Sie sollten sich mehr an der Festlegung von prioritären Handlungsfeldern beteiligen, die

Finanzierung sicherstellen und denen den Rücken stärken, die die Maßnahmen umsetzen. Schließlich könnten sich die PolitikerInnen die Erfolge dann selber wieder zuordnen. Das wäre eine win-win Situation.

Da in einer repräsentativen Demokratie PolitikerInnen wieder gewählt werden möchten, ist es verständlich, dass sie danach trachten, ihre Arbeit nach außen hin positiv darzustellen – dafür suchen sie gut vermarktbar Themen. Auf diesen Aspekt ist bei der Konzeption von Maßnahmen – so weit wie möglich – Rücksicht zu nehmen. Es sind Maßnahmen mit in die Umsetzung aufzunehmen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit in kurzer Zeit gute Erfolge kreieren um diese Erfolge dann auch in der Öffentlichkeit verkaufen zu können. Win-win Situationen ergeben sich, wenn durch die Programme sowohl PolitikerInnen wie auch die Gesundheit der Bevölkerung profitieren.

Um die Wichtigkeit des Themas „Gesundheitsziele für mehr Gesundheit in Oberösterreich“ zu betonen, könnte eine Führungspersönlichkeit ausgewählt werden, die die Leadership-Funktion für den gesamten Bereich übernimmt. Diese Person hätte sowohl die Aufgabe eines Repräsentanten nach außen als auch die des Motivators nach innen. Diese Persönlichkeit sollte entsprechende Kenntnis der Materie mitbringen sowie bei allen wesentlichen Stakeholdern möglichst bekannt und akzeptiert sein. Das bedeutet, diese Person sollte einerseits in der Politik verankert, andererseits von der wissenschaftlichen Community akzeptiert sein.<sup>131</sup> Es könnte dies der Landeshauptmann oder ein Landesrat / eine Landesrätin sein oder eine prominente Persönlichkeit, die beauftragt und gestützt wird durch den Landeshauptmann oder zumindest einen Landesrat / eine Landesrätin. Eine sorgfältige Auswahl dieser Person ist extrem wichtig. Es lohnt sich Zeit in die Suche zu investieren.

### **Strukturen für die Umsetzung der Gesundheitsziele**

Für die Umsetzung der Gesundheitsziele sind in Oberösterreich bereits Strukturen vorhanden, über die sich die befragten Personen durchwegs zufrieden äußern. So sind z. B. im Vorstand des IGP (Institut für Gesundheitsplanung) wichtige Verantwortliche zusammengefasst (nämlich LandespolitikerInnen sowie PolitikerInnen der Städte Linz und Wels und die Sozialversicherung). Es sind Arbeitskreise vorhanden, die die Aufgabe haben, Umsetzungsmaßnahmen zu den Gesundheitszielen im Detail zu planen und es werden Gesundheitskonferenzen abgehalten, in denen die Vernetzung zwischen den Gesundheitszielen erfolgen soll. In Zukunft wird es darum gehen, diese Strukturen effizienter zu nützen und mehr mit Leben zu füllen bzw. dort wo notwendig

zu ergänzen (z. B. ist die Schaffung eines ExpertInnen-Beirats zur Unterstützung des IGP vorgesehen). Die Verantwortlichen werden als eher aufgeschlossen im Hinblick auf die Umsetzung der Gesundheitsziele gesehen. Allerdings fehlen derzeit noch Prozesse, um die Umsetzung der Ziele nachhaltig verfolgen zu können. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist es, ein Vertrauensverhältnis zwischen PolitikerInnen und BeamtInnen aufzubauen.

Neben dem IGP, das die Umsetzung der Gesundheitsziele koordiniert, sind die Landessanitätsdirektion OÖ und die OÖGKK wichtige Institutionen für die Umsetzung der Gesundheitsziele. Beide haben Teilverantwortung übernommen, möchten auch künftig eine wichtige Rolle spielen und können sich vorstellen, die eigene Rolle noch auszubauen. Weitere wichtige Institutionen sind zur Zeit Gemeinden, Schulen, die Ärztekammer OÖ und einige Vereine wie z. B. der Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA).

In die Planung von Maßnahmen sind die Machtpromotoren miteinzubeziehen, damit diese die Umsetzungsschritte dann auch mittragen können. Wichtig ist die Entwicklung einer Evidenz basierten Umsetzungsstrategie, wobei bei der Planung der Umsetzungsschritte darauf Rücksicht zu nehmen ist, wie die PolitikerInnen verschiedene Handlungsoptionen bewerten.

Die ReferentInnen / AssistentInnen der PolitikerInnen könnten wichtige Schlüsselpersonen sein, um Lobbying für die Umsetzungsmaßnahmen zu betreiben, denn sie bereiten die Informationen auf und haben zudem Zeit für persönliche Gespräche mit den PolitikerInnen.

### **Spannungsfeld Politik – Praxis – Evidenz**

Ein besonders interessantes Themenfeld ist der Spannungsbereich zwischen Politik, Praxis und Evidenz. Politik ist kein rationaler, geordneter Prozess, hergeleitet aus einer Bewertung von wissenschaftlicher Evidenz. Der politische Entscheidungsprozess wird von verschiedenen Koalitionen von Akteuren beeinflusst, zudem berücksichtigen die PolitikerInnen bei ihren Entscheidungen zusätzlich zu dem aus Forschungsergebnissen gewonnenem Wissen noch weitere Informationen (z. B. Ergebnisse aus Fokus-Gruppen, Stakeholder-Analysen, Meinungsumfragen). Die Public Health WissenschaftlerInnen müssen lernen zu erkennen, was die Interessen der wichtigsten Akteure, deren Problemsicht und Lösungsvorstellungen sind. Insbesondere müssen sie verstehen, wo die PolitikerInnen die Prioritäten sehen und wo diese die



Ressourcen einsetzen wollen. Innerhalb dieser Rahmenbedingungen müssen Public Health WissenschaftlerInnen alles daran setzen, Evidenz-Basierung in den politischen Entscheidungsprozess zu integrieren.

Die Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse wird dann gefördert, wenn es gelingt, Entscheidungsprozesse angemessen zu informieren und die gesundheitlichen Konsequenzen unterschiedlicher Handlungsoptionen transparent und nachvollziehbar darzulegen.<sup>132</sup> Fördernde Faktoren sind zudem persönliche Kontakte zwischen WissenschaftlerInnen und EntscheidungsträgerInnen, aktuelle Relevanz der Forschung und das Erstellen von Zusammenfassungen und Handlungsempfehlungen. Die Übermittlung der Informationen soll in jedem Fall interaktiv erfolgen.<sup>133</sup>

### **4.3. Capacity und Prozesse für die Umsetzung von Gesundheitszielen**

#### **Reflexionsphasen zur Optimierung der Praxis**

Auf die Frage, wie sie die aktuelle Situation im Hinblick auf die Umsetzung der Gesundheitsziele bewerten, äußern die Interviewten die Meinung, dass Gesundheitsziele und Maßnahmen zur Erreichung derselben nur teilweise aufeinander abgestimmt sind. Manchmal passen Projektanträge eher zufällig zu einem Ziel. Wenn eine einzelne Institution für die Umsetzung eines Zieles verantwortlich ist, dann sind Ziele und Umsetzungsschritte eher aufeinander abgestimmt. Als Positiv-Beispiel ist hier die Betriebliche Gesundheitsförderung zu nennen. Das IGP – das den Prozess der Umsetzung der Gesundheitsziele koordinieren soll – fühlt sich in dieser Situation als einsamer Rufer ohne Rückhalt.

Reflexionsprozesse sind ein wichtiges Element um den Prozess der Umsetzung der Gesundheitsziele laufend zu optimieren. Solche Reflexionsphasen finden dort statt, wo es klare Teilverantwortlichkeiten gibt, wie z.B. in der Gesundheitsberichterstattung, in der Betrieblichen Gesundheitsförderung oder bei den Gesunden Gemeinden. Dass dort, wo vernetzte Strukturen bestehen gemeinsam reflektiert würde kommt nicht vor.

#### **Längerfristige strategische Orientierung**

Um zu einer längerfristigen strategischen Perspektive zu gelangen, sollte ein Organisationsentwicklungsprozess für die Umsetzung der Gesundheitsziele bzw. eine Wertediskussion begonnen werden. In diesen Prozess müssen die PolitikerInnen und

EntscheidungsträgerInnen intensiv involviert sein. Zur Umsetzung der einzelnen Ziele sind anschließend längerfristige strategische Perspektiven zu entwickeln, die klar die Richtung abstecken. Ein derartiger Strategievorschlag könnte z. B. unter Koordinierung des IGP in enger Abstimmung mit Machtpromotoren von verschiedenen Institutionen gemeinsam entwickelt werden. Die Pläne sollten einen Zeithorizont von zumindest fünf Jahren haben.

Innerhalb der strategischen Orientierungen könnten Schwerpunkte festgelegt werden, um dann die zur Erreichung notwendigen Projekte entweder auszuschreiben oder mit eigenen Ressourcen durchzuführen. Im Sinne von nachhaltig wirksamen Maßnahmen kann weniger auch mehr sein, darum erscheint es besser, weniger Projekte zu beginnen, um sich konsequent auf deren Umsetzung konzentrieren zu können. Die Projekte sollen in überschaubaren Strukturen pilotartig getestet, evaluiert und nur bei nachhaltigem Erfolg flächendeckend ausgeweitet werden.

### **Kernkompetenz des Instituts für Gesundheitsplanung**

Das IGP erstellt laufend (Fortschritts-)Berichte zu den einzelnen Gesundheitszielen.<sup>134</sup> Die Interviewten äußerten die Meinung, dass das IGP künftig stärker den Auftrag erhalten sollte, den Gesamtprozess der Umsetzung der Gesundheitsziele zu moderieren. Das IGP sollte vorantreiben und sicherstellen, dass Maßnahmen geplant, mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet und konsequent umgesetzt werden. Das IGP hätte dann eine wesentliche Rolle als Koordinationsstelle, der man vertrauensvoll entgegentritt, die auf die Herstellung einer Balance zwischen den derzeitigen PartnerInnen Land, Gemeinden und OÖGKK achtet. Die laufenden Fortschrittsberichte sollten mehr dazu genutzt werden, die einzelnen Elemente des Public Health Action Cycle zu stärken (siehe Abb. 5 auf S. 81): Auf Grundlage der Zwischenevaluierungen sollten die notwendigen Umsetzungsschritte adaptiert und weiterentwickelt werden.

Zur Umsetzung der Maßnahmen ist es wichtig, Verantwortlichkeiten klar zu definieren. Dazu muss man jemanden finden, der Vertrauen genießt, selber kompetent ist und Interesse an der Umsetzung der Ziele mitbringt. Der Projektleiter / die Projektleiterin, der / die die Aufgabe hat, das Gesamtziel zu erreichen, muss für alle Bereiche, die an Sub-Zielen arbeiten, entsprechende Kontaktpersonen haben. Eine zentrale Rolle könnten in diesem Zusammenhang die einzelnen Arbeitskreise einnehmen, die für die Umsetzung der Gesundheitszeile geschaffen wurden. Allerdings sollte deren jetzige Zusammensetzung überprüft und an möglicherweise neue Gegebenheiten angepasst werden. Das IGP hätte die Aufgabe, unterstützend bei der Projektausschreibung,

Vergabe und Evaluierung zu wirken. Die Projektbegleitung müssten die AuftraggeberInnen nachhaltig wahrnehmen.

### **Vernetzung verstärken**

Typisch für die Umsetzung der Gesundheitsziele ist die derzeit vorherrschende starke Segmentierung. „Es besteht starkes Spartendenken und das zerfranst das Vorgehen.“ (C5) Die Befragten meinen, dass im Hinblick auf Anzahl und Effektivität der Maßnahmen große Fortschritte erzielbar wären, wenn sich die Akteure – auch unter Einbeziehung der Verantwortlichen – stärker vernetzen würden. Diese Vernetzung könnte auch dazu genützt werden, um zu klären, wie diejenigen, die an der Umsetzung settingorientierter Gesundheitsziele arbeiten (wie Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsfördernde Schule, Gesunde Gemeinden), stärker für die Umsetzung von anderen Gesundheitszielen tätig werden können.

„In der Gesundheitsförderung ist es wichtig, ein Netzwerk zu schaffen. Das ist eine mühsame Arbeit, aber nur so geht es.“ (G6) Die Realisierung von Gesundheitszielen erfordert zusätzlich zum Einsatz des Gesundheitswesens die Beteiligung vieler anderer Sektoren wie z. B. Soziales und Wirtschaft. So stellt auch die „Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt“ fest, dass zur Entwicklung nachhaltiger Maßnahmen Partnerschaften und Allianzen zu bilden sind.<sup>135</sup> Mögliche Vorteile von Partnerschaften sind, dass eine breite Palette von Wissen verfügbar ist, Informationen ausgetauscht und gemeinsame Anliegen besprochen werden können. Zusammenarbeit bietet bessere Möglichkeiten um Entscheidungsprozesse zu beeinflussen und Doppelarbeiten und Lücken in Programmen und Angeboten zu vermeiden.<sup>136</sup> Zwei der wichtigsten Faktoren für Erfolg oder Nicht-Erfolg von Zusammenarbeit sind Vertrauen und Ausmaß an gegenseitiger Abhängigkeit (bei größerer Abhängigkeit stellt sich Erfolg leichter ein).<sup>137</sup>

Vertrauen, als Ergebnis einer Kette gehaltener Versprechen und Vereinbarungen, entwickelt sich erst im Lauf der Zeit. Eine der wichtigsten Grundlagen dabei sind Respekt gegenüber allen Beteiligten und Anerkennung der Beiträge der Einzelnen zu den gemeinsamen Zielen. Wichtig ist es auch, dass die Vorteile der Zusammenarbeit für alle Beteiligten transparent gemacht werden. (Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit sind ausführlich in Kap. 3.2.3 beschrieben.)

Nach Naidoo und Wills sind bisherige Erfahrungen in Projekten mit intensiver – zum Teil intersektoraler – Zusammenarbeit gekennzeichnet durch Enthusiasmus über die

Möglichkeiten und Enttäuschung über die tatsächlichen Ergebnisse.<sup>138</sup> Mögliche Schwierigkeiten liegen in mangelndem Engagement und fehlendem Commitment der Führungskräfte, unklaren Zielen, Rivalitäten zwischen Berufsgruppen, unterschiedlichen Vorstellungen über die Gesundheit und deren Beeinflussung, unrealistischen Erwartungen über die Rollen der Partner und das Ausmaß an Zeit, das investiert werden kann. Trotz aller Widerstände und Schwierigkeiten, die sich auftun können, muss besonderes Augenmerk auf Vernetzung und das Bilden von Allianzen gelegt werden. Denn nur so kann die Mitarbeit von vielen Akteuren an der Umsetzung der Gesundheitsziele sichergestellt werden.

### **Die erforderliche Capacity aufbauen**

Die Umsetzung von Gesundheitszielen, um dadurch die Gesundheit der Oberösterreicherinnen zu verbessern, ist für Oberösterreich und auch für Österreich ein relativ neues Konzept. In vielen Bereichen, von der Formulierung der Ziele über Planung und Implementierung von Maßnahmen, bis hin zu Fragen der Evaluation, ist noch kein ausreichendes Know-how vorhanden. Auf die Entwicklung von ausreichendem Know-how und die dafür erforderlichen Strukturen – in allen diesen Bereichen – sollte besonderes Augenmerk gelegt werden. Personen, die im Bereich der Umsetzung der Gesundheitsziele arbeiten, sollten Kurse und Ausbildungen in Public Health oder Gesundheitsförderung absolvieren. Auch Fachveranstaltungen oder Tagungen können dem Know-how Aufbau dienen, und helfen, den Blick auf neue Themen zu lenken. In einem Modul der Ausbildung sollten die TeilnehmerInnen mit der besonderen Logik des politischen Prozesses vertraut gemacht werden, sowie mit Möglichkeiten, Evidenz basiertes Wissen in diesen Prozess einzubringen. Denn auch in diesem Tätigkeitsfeld müssen die ExpertInnen qualifiziert werden, damit sie adäquat handeln können.

Zusammengefasst geht es darum, ausreichend Capacity durch gezielte Potentialentwicklung aufzubauen. Capacity building verknüpft mehrere erprobte Strategien, z. B.

- Organisationsentwicklung,
- Qualifizierung der MitarbeiterInnen (Wissen und Fähigkeiten),
- Allokation von Ressourcen,
- Aufbau von Leadership und Managementkompetenzen und
- Entwicklung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit.<sup>139</sup>

Durch diese Aktivitäten sollen Fähigkeiten in folgenden Zielbereichen aufgebaut und gestärkt werden:<sup>140</sup>

- Unterstützende Infrastrukturen entwickeln (um Programme umsetzen zu können)
- Problemlösungskapazitäten fördern (um gesundheitliche Probleme zu identifizieren und Wege zu finden, diese Probleme zu „bearbeiten“)
- Nachhaltigkeit von Programmen verbessern.

(siehe auch Abb. 3 auf Seite 50)

Die ersten drei Handlungsfelder stehen hierarchisch höher als die beiden letztgenannten, da sie wichtige Voraussetzungen für einen Projektstart bilden. Ohne dass in diesen dreien bestimmte Mindestvoraussetzungen gegeben sind, können Gesundheitsziele nicht erfolgreich umgesetzt werden.

Für die Analyse, wie viel an Capacity – wie viel an Fähigkeiten und Strukturen – in Oberösterreich bereits vorhanden ist, um eine gesundheitsfördernde Politik zu entwickeln und umzusetzen, wurde in Kapitel 3.2.1 ein Instrument vorgestellt, das hier noch einmal in gekürzter und adaptierter Form präsentiert wird. Zur Ermittlung des Ausmaßes an vorhandenem Capacity werden die fünf zuvor angegebenen Dimensionen bewertet. Für die Beurteilung der ersten Dimension wird analysiert, in welchem Ausmaß das Konzept der Gesundheitsförderung (in unserem Fall die Umsetzung der Gesundheitsziele) in der politischen Kultur bereits verankert ist. Die folgenden vier Fragen sind dabei zu beantworten:

- Gibt es einen (Landtags)Beschluss zur Umsetzung der Gesundheitsziele, dem eine inhaltliche Auseinandersetzung vorausgegangen ist?
- Gibt es eine gewachsene Kultur überparteilicher Kooperation und Verbindlichkeit?
- Ist eine interne Kontaktperson für das Programm innerhalb der politisch Verantwortlichen bzw. in der Verwaltung nominiert, die sich mit dem Programm identifiziert und die Identifikation des Landes mit dem Programm signalisiert?
- Gibt es funktionierende Kommunikationsstrukturen, welche den Informationsfluss über die Achse externe – interne Projektverantwortliche gewährleisten und auch für regelmäßige Rückmeldungen an den Landtag sorgen?

Die weiteren Analysedimensionen beziehen sich auf folgende Themen:

- Gibt es klares Leadership, sind ausreichend Managementkapazitäten vorhanden?
- Können langfristig ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden?
- Welche Partnerschaften können eingegangen werden, mit welchen Netzwerken wäre eine Zusammenarbeit möglich?

- Gibt es bereits Erfahrungen mit Beteiligungs- und Empowerment-Prozessen und wie könnten diese Prozesse ausgeweitet werden?

Die Analyse liefert wichtige Hinweise, in welchen Bereichen ein Themenfeld bereits weit fortgeschritten ist und wo weitere Entwicklungsschritte erforderlich sind. Capacity building ist als eine parallele Aufgabe anzusehen, die in die Umsetzung von Maßnahmen integriert werden muss und mit diesen auch evaluiert werden soll. Die Evaluierung muss dann zeigen, wieweit das Programm, beginnend von der Planung über die Implementierung bis hin zur Evaluierung, mit dazu beigetragen hat, die Kompetenzen zur Umsetzung der Gesundheitsziele zu verbessern, und zwar insbesondere in den Bereichen, in denen die größten Entwicklungserfordernisse festgestellt wurden.<sup>141</sup>

Capacity building ist sowohl in einzelnen Organisationen wie auch im gesamten Netzwerk erforderlich. Umgesetzt werden kann Capacity building, indem man eine reflektierende Praxis aufbaut und beibehält. Kennzeichen dafür sind periodisches Reflektieren, gegenseitiges konstruktives Kritisieren und das Durchführen der notwendigen Anpassungen in einem Prozess des gemeinsamen Lernens.<sup>142</sup>

Da Capacity building ein sehr wichtiger Faktor für den Erfolg von Maßnahmen ist, der Aufbau von notwendigem Potential sich aber als äußerst schwierig darstellt, sind hier noch einige Erfolgsfaktoren angeführt:<sup>143</sup>

- Capacity building muss von den EntscheidungsträgerInnen (in Unternehmen vom Top-Management) vorangetrieben werden.
- Eine Klärung der Vision und der strategischen Ausrichtung ist oft der erste Schritt zu dramatischen Verbesserungen.
- Leadership und Management sind wichtig (d. h., es braucht Führungspersonen, die die Initiative ergreifen und Capacity building zu ihrer eigenen Sache machen)
- Viel Geduld ist erforderlich, denn Capacity building ist schwieriger, als man erwarten würde, erstreckt sich über einen langen Zeitraum und kann phasenweise sehr frustrierend sein.

### **Gesundheit21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“**

Das WHO-Dokument Gesundheit21 – Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ enthält Orientierungshilfen für die Realisierung einer Public Health Politik.<sup>144</sup> Die angeführten Grundsätze können – im Sinne einer Checkliste – als Basis für eine Beurteilung herangezogen werden, um weitere Optimierungspotentiale für die Praxis der

Umsetzung der Gesundheitsziele in Oberösterreich zu finden. (Die einzelnen Punkte sind ausführlicher in Kap. 3.2.2 dargestellt)

- Eine **klare Zielrichtung** – in einem schriftlichen Grundsatzpapier niedergeschrieben – hilft den zahlreichen PartnerInnen zu verstehen, weshalb sie für Gesundheit zusammenarbeiten sollen bzw. was ihr spezieller Input sein könnte.
- **Bewusstseinsbildung**: Konzepte, Aktionen und Engagement für Gesundheit werden nicht von selbst kommen. Public Health-ExpertInnen müssen das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Gesundheitszielen schärfen.
- **Abstimmung des Prozesses**: Die Führungsrolle hat ein nationaler Gesundheitsrat inne, der verschiedene politische Ressorts, wichtige Stakeholder und NGOs vereinigt.
- **Konsens über Grundprinzipien, Ziele und Prioritäten**: Politiker in einem frühen Stadium einzubeziehen, ermöglicht es leichter, eine längerfristige parteiübergreifende Vereinbarung zu erzielen.
- **Zielvorgaben** sind Orientierungspunkte, ermöglichen Fortschrittsmessung (notwendig sind passende Indikatoren) und inspirieren die PartnerInnen. Die wichtigsten Strategien sind zu umreißen, mit Angaben darüber, welchen Beitrag die wichtigsten PartnerInnen leisten können (Zeitintervall 10 Jahre).
- **Transparenz**: Durch ein schriftliches Grundsatz- und Strategiedokument erkennen die Akteure, worauf sie sich gemeinsam eingelassen haben.
- **Legitimierung des Prozesses**: Der Prozess kann durch einen breiten, transparenten Konsultationsprozess legitimiert werden. Der Prozess / die Politik muss von der höchsten politischen Ebene (in Österreich vom Parlament, in Oberösterreich vom Landtag) gebilligt werden.
- **Schaffung neuer Bündnisse**: Public Health-ExpertInnen und der Gesundheitssektor müssen die anderen Sektoren ermutigen, Gesundheit einen hohen Rang auf der Tagesordnung beizumessen. Dazu sind Allianzen aufzubauen und nach gemeinsamen Zielen zu suchen.
- **Erweiterung der Instrumente zur Umsetzung der Politik**: In der Vergangenheit bestand die Tendenz, sich bei der Umsetzung auf gesetzgeberische Maßnahmen und Regelwerke zu konzentrieren. Künftig sollten Verwaltungs-, Finanz- und Managementwerkzeuge stärker genutzt werden. Zudem sollten Mechanismen zur Information, Einbeziehung und Förderung der einflussreichen und entwicklungs-fähigen Netzwerke in der bürgerlichen Gesellschaft beachtet werden – von ihnen geht ein Großteil des Engagements und der Initiativen für Gesundheit aus.

- **Koordinierung, Monitoring und Evaluierung der Fortschritte:** Verantwortlichkeit kann durch Mechanismen zur Koordinierung, Verfahren der Berichterstattung an gewählte Gremien wie auch durch die Massenmedien erreicht werden. Gesundheitsberichterstattung soll es ermöglichen, aus den Erfahrungen zu lernen.

#### **4.4. Qualität und Nachhaltigkeit von Projekten und Programmen sichern**

##### **Strukturvorgaben für Projektanträge**

Bisher gab es in Oberösterreich keine Vorgaben, wie Anträge von Projekten zur Umsetzung der Gesundheitsziele gegliedert sein müssen und welche Angaben verbindlich vorgesehen sind. Auf die Frage, ob Strukturvorgaben für Projektanträge erforderlich sind, waren sich alle Befragten im Hinblick auf die prinzipielle Notwendigkeit und den Nutzen einig. Die Kriterien müssen sich über den Sinn rechtfertigen, sie müssen helfen, die Dinge auf den Punkt zu bringen. Es ist anzugeben, welche Informationen in den Projektanträgen enthalten sein müssen, welche Qualitätskriterien sie erfüllen sollen. Als Unterstützung für die Antragsteller wäre ein Handbuch wünschenswert, das Erläuterungen zu den gewünschten Inhalten der Kategorien liefert. Es wird erwartet, dass die Vorgaben überwiegend Vorteile bringen werden. Die Vorgaben können helfen, eine kreative Idee in eine Struktur zu bringen, auch können die Bewertungen der Projektanträge viel objektiver erfolgen. Nachteile werden nur gesehen für den Fall, dass die Regelungen zu bürokratisch würden.

Von Seiten der Befragten besteht der Wunsch, dass die Regelungen – nach Vereinbarung und Veröffentlichung – auch umfassend eingehalten werden. Denn „nichts ist in diesem Bereich so dringend, dass die Zeit für [...] ordentliche Überlegungen fehlen würde.“ (E6)

Weiters ist für die nächste Zeit die Einrichtung eines ExpertInnenbeirates geplant, der als zusätzliches unterstützendes Instrument die Qualität der eingereichten Projekte beurteilen wird.



### **Qualitätskriterien für Projekte und Programme**

Für die Implementierung von Projekten sind Kenntnisse des Projekt-, Konflikt- und Qualitätsmanagements erforderlich, zudem ist der zeitliche Rahmen einzuhalten.<sup>145</sup>

Die Befragten betonen explizit die Wichtigkeit des Einsatzes von Methoden des Projektmanagements sowie die Auswahl eines fähigen Projektleiters / einer fähigen Projektleiterin.

Um die Qualität von einzelnen Gesundheitsprojekten zu sichern, wurde ein Arbeitsinstrument beschrieben, das in der Schweiz Einsatz findet.<sup>146</sup> (Siehe Kap. 3.3.2) Wenn nicht nur die Umsetzung einzelner Projekte, sondern die Implementierung eines Programmes zur Förderung von mehr Gesundheit überlegt wird – z. B. könnte man anstreben, dass sich die OberösterreicherInnen mehr bewegen und gesünder ernähren, was viele unterschiedliche und sehr komplexe Ansätze erfordert – dann liefert der in Neuseeland entwickelte „Guide to Developing Public Health Programmes“ nützliche Hinweise, welche Eckpunkte bei der Entwicklung eines Programms zu beachten sind: Um die Ausgangslage festzustellen, ist die Evidenzlage für die geplanten Interventionen zu klären, sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu recherchieren und vorhandene Ressourcen- und Managementkapazitäten zu identifizieren. Hinsichtlich der weiteren Herangehensweise ist der Fokus auf Bevölkerungsgesundheit zu legen (Ausgangspunkt ist, wie schaffe ich mehr Gesundheit, nicht, wie reduziere ich Krankheiten), der Bezug zu Gesundheitsdeterminanten herzustellen und Überlegungen anzuführen, wie das Programm dazu beiträgt, gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren. Schließlich sind Interventionen auszuwählen, zu priorisieren, in eine aufeinander abgestimmte Reihenfolge zu bringen und in einem Implementierungsplan festzulegen. (Für eine ausführlichere Beschreibung siehe Kap. 3.3.3)

Die Herausforderung für die Zukunft wird darin liegen, in der skizzierten Art umfassende Gesundheitsförderungs-Programme zu konzipieren. Denn aufeinander abgestimmte Bündel von Maßnahmen wirken nachhaltiger als einzelne isolierte Anstrengungen.

Dass die Sicherung der Qualität der Interventionen und Projekte sehr wichtig ist, darauf weist auch Rolf Rosenbrock hin: Die häufig nur punktuell und weniger wirksam ansetzenden Projekte sind dabei zu unterstützen, gemeinsam mit den Zielgruppen, die physischen und sozialen Strukturen sowie die Anreizsysteme des jeweiligen Settings in Richtung auf den Abbau von Gesundheitsbelastungen und die Stärkung von Gesundheitsressourcen zu entwickeln.<sup>147</sup> Dies setzt erhebliche Investitionen in

Kapazitäten zur Qualifizierung, Moderation und Qualitätssicherung voraus. Für die Entscheidung über die Umsetzung von Programmen, Initiativen und Projekten schlägt er vor, die folgenden sieben Leitlinien heranzuziehen:<sup>148</sup>

1. Priorität für Aktivitäten mit besonders benachteiligten Gruppen. Menschen, die am stärksten unter gesundheitlichen Problemen zu leiden haben, sollen im Mittelpunkt von Aktionsprogrammen stehen.<sup>149</sup> (Kriterien sind: besonders niedriges Einkommen und / oder sehr niedriger sozialer Status und / oder sehr niedrige Schulbildung und / oder andere soziale Benachteiligungen)
2. Priorität für die Unterstützung von bestehenden Aktivitäten
3. Priorität für Aktivitäten, die auf Veränderung der physischen und sozialen Umweltbedingungen zielen<sup>150</sup>
4. Priorität für Aktivitäten, die neben Belastungssenkung auch Ressourcenstärkung betreiben
5. Priorität für Aktivitäten mit möglichst großer Partizipation durch die Zielgruppen
6. Priorität für nachhaltige Aktivitäten
7. Priorität für Aktivitäten, mit denen ein Beitrag zur Methodenentwicklung im Hinblick auf Auswahl, Durchführung, Qualitätssicherung, Vernetzung und Evaluation zu erzielen ist.

#### **4.5. Schlusswort**

Mit der Formulierung der Oberösterreichischen Gesundheitsziele wurde eine wichtige Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung gesetzt. Von Seiten der Interviewten wird festgestellt, dass die Verantwortlichen sich gegenüber Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele aufgeschlossen zeigen. Darin liegen viele Chancen. Allerdings besteht im Prozess der Umsetzung der Gesundheitsziele noch einiges an Optimierungsmöglichkeiten. In dieser Arbeit wurden Bereiche identifiziert, wo angesetzt werden könnte. Die wichtigsten Ergebnisse sind in diesem Kapitel zusammengefasst. Aus Sicht des Autors sollten vor allem folgende Veränderungen vorrangig überlegt werden:

- Um eine klare Zielrichtung zu haben, ist ein längerfristiges strategisches Programm mit einem Zeithorizont von zumindest fünf Jahren zu entwickeln und zu vereinbaren – in enger Abstimmung mit Machtpromotoren von verschiedenen Institutionen sowie der Politik. Ziel muss es sein, mit diesem Programm, die Probleme an der Wurzel anzupacken.

- Die Thematik von ausreichendem Leadership ist zu diskutieren und zu lösen. Die Umsetzung der Gesundheitsziele ist stärker als bisher durch einen breiten, transparenten Konsultationsprozess zu legitimieren. Wichtige Grundsatzentscheidungen im Vorstand des IGP sollten zusätzlich von der höchsten politischen Ebene – in Oberösterreich von der Landesregierung bzw. dem Landtag – gebilligt werden. Nur dadurch wird ausreichend Commitment geschaffen, damit dann auch Ressourcen für die Umsetzung zur Verfügung stehen.
- Besonderes Augenmerk ist auf Capacity building zu legen, das als parallele Aufgabe im Verlauf von Projekten oder Programmen sicherzustellen ist. Ob es Fortschritte beim Aufbau von Kapazitäten gibt, muss gemeinsam mit den Maßnahmen evaluiert werden.
- Die Umsetzung der Gesundheitsziele erfolgt derzeit sehr fragmentiert und isoliert. Die beteiligten Akteure sollten beginnen, sich intensiv zu vernetzen. Wenn es längerfristig möglich ist, stabile, unterstützende Netzwerke zu implementieren, dann können größere Fortschritte bei der Umsetzung der Maßnahmen / Programme gelingen.
- Mit dem IGP ist eine Einrichtung vorhanden, die im Vorstand die wesentlichen Akteure für die Umsetzung der Gesundheitsziele vereint. Nach Meinung der Interviewten sollte sich die Rolle des IGP allerdings wandeln. Künftig sollte das Ausmaß an Gesundheitsberichterstattung zurückgenommen oder an andere Institutionen delegiert werden, zugunsten einer stärker koordinierenden und moderierenden Rolle bei der Umsetzung der Gesundheitsziele.

Zum Abschluss sei nochmals auf ein Dilemma bei der Umsetzung hingewiesen: „Wofür die Politik sich entscheidet, hängt selten von wissenschaftlicher Qualität ab.“<sup>151</sup> Politik, Wissenschaft und Praxis sind oft nicht einer Meinung, der politische Prozess folgt eigenen Gesetzmäßigkeiten (vgl. Kap 3.1.1 und 3.1.3). Darum müssen diejenigen, die Gesundheitsförderungs-Projekte konzipieren, lernen, die Bedürfnisse der PolitikerInnen zu verstehen: Letztere wollen z. B. Erfolge nachweisen und brauchen eine kurze und prägnante Aufbereitung von Informationen.

Rolf Rosenbrock meint zur derzeit weit verbreiteten Begeisterung für mehr Qualitätssicherung in Gesundheitsförderungsprojekten: „Allein durch bessere Qualität

und ihren Nachweis gegenüber Geldgebern wird dieses zarte Pflänzchen nicht sehr viel schneller wachsen. Entscheidend ist die politische Unterstützung“,<sup>152</sup> die ihrerseits ihre Wurzeln eher in politischen Themenkarrieren, öffentlich wahrgenommenen Skandalen oder in Aktivitäten sozialer Bewegungen hat. Für ihn ist das kein Grund, deswegen zynisch zu werden, sondern Auftrag, fachlich an der Verbesserung der Qualität und der Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung und Umsetzung der Gesundheitsziele zu arbeiten und politisch dafür zu sorgen, dass die Förderung von mehr Gesundheit tatsächlich zu einer Konjunktur wirksamer präventiver Maßnahmen führt.<sup>153</sup> Die vorliegende Arbeit wurde verfasst um dazu einen Beitrag zu leisten.

## Verzeichnis der Abkürzungen

BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GKK	Gebietskrankenkasse
IGP	Institut für Gesundheitsplanung
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PGA	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
USB	Universal serial bus

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1: 10 neue Gesundheitsziele für Oberösterreich.....</b>	<b>10</b>
<b>Abb. 2: Das Dreieck der Politik-Analyse .....</b>	<b>21</b>
<b>Abb. 3: Handlungsfelder von Capacity building .....</b>	<b>50</b>
<b>Abb. 4: Intensität der Zusammenarbeit zwischen Partnern .....</b>	<b>58</b>
<b>Abb. 5: Der Public Health Action Cycle.....</b>	<b>81</b>
<b>Abb. 6: Vereinfachtes Schema: Komponenten für die Planung eines umfassenden Public Health Programms .....</b>	<b>88</b>
<b>Abb. 7: Komponenten für die Planung eines umfassenden Public Health Programms .....</b>	<b>90</b>

# Anmerkungen

- <sup>1</sup> <http://www.gesundheitsplanung.at/index.htm> (31.7.2006)
- <sup>2</sup> Wenn PolitikerInnen oder EntscheidungsträgerInnen im Zusammenhang mit Gesundheitszielen an die Öffentlichkeit treten, dann handelt es sich meist um Pressekonferenzen weil wieder ein neuer Gesundheitsbericht erschienen ist. Jüngst war dies beim Erscheinen des „Basis-Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005“ der Fall, der im Nov 2006 herausgegeben wurde, sowie bei der Veröffentlichung des Kinder- und Jugend-Gesundheitsberichts im März 2007 <http://www.gesundheitsplanung.at/index.htm> (30.4.2007)
- <sup>3</sup> Schmiedhofer M, Gute Ziele, steinige Wege, in: Geene R, Luber E (Hrsg.), Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt 2000, S. 28f
- <sup>4</sup> Holland W, Gesundheitsziele in Großbritannien, in: Geene R, Luber E (Hrsg.), Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt 2000, S. 113
- <sup>5</sup> Ebd. S. 114
- <sup>6</sup> Swedish National Institute of Public Health, The 2005 Public Health Policy Report. Summary. <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200544fhprsummary0511.pdf> (18.5.2007) und Pettersson B, Orienting policies on health determinants. The Process of target setting in Sweden 1985-2006 – lessons to learn. Öffentlicher Vortrag, Palais Attems, 8. Juni 2006 [http://public-health.meduni-graz.at/1news/Bosse\\_Pettersson\\_060609.pdf](http://public-health.meduni-graz.at/1news/Bosse_Pettersson_060609.pdf) (2.9.2006)
- <sup>7</sup> Minister of Health, Implementing the New Zealand Health Strategy 2005, The Minister of Health's fifth report on progress on the New Zealand Health Strategy, and the second report on actions to improve quality, Wellington 2005 [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/831D70847B561B44CC2570D700720B9E/\\$File/ImplementingNZHS.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/831D70847B561B44CC2570D700720B9E/$File/ImplementingNZHS.pdf) (18.5.2007) und The New Zealand Health Strategy, Wellington 2000 <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPAN010586.pdf> (18.5.2007)
- <sup>8</sup> Allin S, Public Health erfolgreich umgesetzt – Erfahrungen in Finnland, in: Managed Care 5: 2005, S. 23-25 und WHO-Europe, Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future, Kopenhagen 2002 <http://www.euro.who.int/document/E78092.pdf> (22.6.2007) und Ministry of Social Affairs and Health, Government Resolution on Health 2015 public health programme, Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:6, Helsinki 2001 <http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/health2015/health2015.pdf> (22.6.2007)
- <sup>9</sup> <http://www.gesundheitsplanung.at/ziele.htm> (27.7.2007)
- <sup>10</sup> Projektantrag „Herz-Kreislauf-Projekt“ in Rohrbach, eingereicht beim IGP im April 2006. Es handelt sich dabei eher um eine Projektskizze als um einen vollständig ausformulierten Projektantrag. Warum das so ist lässt sich leicht erkennen, wenn man den Projektantrag mit den im Kapitel 3.3 dargestellten Strukturvorgaben für Projektanträge vergleicht.
- <sup>11</sup> Konzept für eine „ambulante pneumologische Reha“ eingebracht beim IGP im April 2006. Dieser Antrag beinhaltet mehrere Vorschläge die in der Folge als Projekt konkretisiert werden könnten.
- <sup>12</sup> Ministry of Health, A Guide to Developing Public Health Programmes. A generic logic model, Wellington 2006 [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/\\$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22) (1.10.2006)

- <sup>13</sup> Institut für Sozial- und Präventivmedizin im Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument, Zürich 1998 (2. Aufl.)
- <sup>14</sup> Fonds Gesundes Österreich – Förderkriterien bzw. Förderansuchen  
<http://www.fgoe.org/projektfoerderung/foederansuchen>  
<http://www.fgoe.org/projektfoerderung/foederkriterien> (7.10.2006)
- <sup>15</sup> WHO-Europa, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986  
[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German) (4.1.2007)
- <sup>16</sup> Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. 6. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung, Bangkok, 2005  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_German\\_version.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf)  
 (31.3.2007)
- <sup>17</sup> Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6, Kopenhagen 1999  
<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> (31.3.2007)
- <sup>18</sup> Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Aktualisierung 2005, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 7, Kopenhagen 2005  
<http://www.euro.who.int/Document/E87861G.pdf?language=German> (31.3.2007)
- <sup>19</sup> Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (Eds.), Health in All Policies. Prospects and Potentials, Finland 2006
- <sup>20</sup> Walt G, Health Policy. An Introduction to Process and Power, Johannesburg 1996 (2. Aufl.)
- <sup>21</sup> Buse K, Mays N, Walt G, Making Health Policy, London, 2005
- <sup>22</sup> Hermanns H, Interviewen als Tätigkeit, in: Flick U, Kardorff von E, Steinke I (Hrsg.), Qualitative Forschung, Ein Handbuch. Reinbeck 2000, S. 360
- <sup>23</sup> Froschauer U, Lueger M, Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme, Wien 2003, S. 19
- <sup>24</sup> Marotzki W, Leitfadeninterview, in: Bohnsack R, Marotzki W, Meuser M (Hrsg.), Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Opladen 2003  
[http://www.ph-freiburg.de/ew1/Personen/holzbrecher/Praxisforschungsmethoden/Linked\\_Documents/Leitfadeninterview.pdf](http://www.ph-freiburg.de/ew1/Personen/holzbrecher/Praxisforschungsmethoden/Linked_Documents/Leitfadeninterview.pdf) (20.1.2007)
- <sup>25</sup> Mühlfeld C, Windolf P, Lampert N, Krüger H, Auswertungsprobleme offener Interviews, in: Soziale Welt. Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis, Heft 3, Jg. XXXII, 1981, S. 326
- <sup>26</sup> Soffried J, Die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele in Kanada und Schweden. Empirische Untersuchung der Motivationen nationale Gesundheitsziele zu entwickeln sowie der Erfolgsfaktoren der Zielfindungsprozesse in Kanada und Schweden, Graz 2006, S. 20
- <sup>27</sup> Hofstadler B, Zur Methodik qualitativer Sozialforschung. Eine Einführung in Erhebung und Auswertung, Linz, 4. Aufl., SS 2006, S. 52
- <sup>28</sup> Mayring Ph, Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim 2003 (8. Aufl.), S. 89ff.
- <sup>29</sup> Ebd. S. 89
- <sup>30</sup> Hofstadler B, Zur Methodik qualitativer Sozialforschung. Eine Einführung in Erhebung und Auswertung, Linz, 4. Aufl., SS 2006, S. 55f.
- <sup>31</sup> Froschauer U, Lueger M, Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme, Wien 2003, S. 119

- <sup>32</sup> Matt E, Darstellung qualitativer Forschung, in: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbeck 2000, S. 583 und Mayring Ph, Einführung in die Qualitative Sozialforschung, Weinheim 2002 (5. Aufl.), S. 25
- <sup>33</sup> Buse K, Mays N, Walt G, Making Health Policy, Maidenhead 2005, S. 9f.
- <sup>34</sup> Buse K, Mays N, Walt G, Making Health Policy, Maidenhead 2005, S. 11
- <sup>35</sup> Schneider V, Janning F, Politikfeldanalyse. Akteure, Strukturen und Diskurses in der öffentlichen Politik, Fernuniversität zu Hagen, Hagen 2005, S. 62
- <sup>36</sup> Buse K, Mays N, Walt G, Making Health Policy, Maidenhead 2005, S. 8
- <sup>37</sup> Schneider V, Janning F, Politikfeldanalyse. Akteure, Strukturen und Diskurses in der öffentlichen Politik, Fernuniversität zu Hagen, Hagen 2005, S. 50
- <sup>38</sup> Ebd. S. 52
- <sup>39</sup> Ebd. S. 55
- <sup>40</sup> Ebd. S. 55
- <sup>41</sup> Buse K, Mays N, Walt G, Making Health Policy, Maidenhead 2005, S. 13
- <sup>42</sup> Schneider V, Janning F, Politikfeldanalyse. Akteure, Strukturen und Diskurses in der öffentlichen Politik, Fernuniversität zu Hagen, Hagen 2005, S. 55
- <sup>43</sup> Schneider V, Janning F, Politikfeldanalyse. Akteure, Strukturen und Diskurses in der öffentlichen Politik, Fernuniversität zu Hagen, Hagen 2005, S. 55
- <sup>44</sup> Buse K, Mays N, Walt G, Making Health Policy, Maidenhead 2005, S. 13f.
- <sup>45</sup> Schneider V, Janning F, Politikfeldanalyse. Akteure, Strukturen und Diskurses in der öffentlichen Politik, Fernuniversität zu Hagen, Hagen 2005, S. 52
- <sup>46</sup> Buse K, Mays N, Walt G, Making Health Policy, Maidenhead 2005, S. 14
- <sup>47</sup> Kingdon JW, Agendas, Alternatives and Public Policies, New York 1995 (2. Aufl.), S. 199 und Health policy guide <http://www.healthpolicyguide.org/advocacy.asp?id=5214> (6.4.2007)
- <sup>48</sup> Soffried J, Die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele in Kanada und Schweden. Empirische Untersuchung der Motivationen nationale Gesundheitsziele zu entwickeln sowie der Erfolgsfaktoren der Zielfindungsprozesse in Kanada und Schweden, Graz 2006, S. 79
- <sup>49</sup> Holland W, Gesundheitsziele in Großbritannien, in: Geene R, Luber E (Hrsg.), Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt 2000, S. 115
- <sup>50</sup> Mac Arthur ID, Local environmental health planning. Guidance for local and national authorities. WHO Regional Publications. European Series, No. 95, S.4
- <sup>51</sup> Lock K, McKee M, Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union. Journal of Epidemiology and Community Health 2005; S. 359
- <sup>52</sup> Walt G, Health Policy. An Introduction to Process and Power, Johannesburg 1996 (2. Aufl.), S. 42
- <sup>53</sup> Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M, Public health in the new era: improving health through collective action, Lancet 2004, Bd. 363, Heft 9426, S. 2085
- <sup>54</sup> Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6, Kopenhagen 1999, S. 194 <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> (31.3.2007)
- <sup>55</sup> Mair A, Peböck M, Soffried J, Wie entwickeln wir in Österreich nationale bzw. länderspezifische Gesundheitsziele. 10 „to do's“, herausgegeben vom Institut für Gesundheitsplanung, Linz 2007, S. 7f.



- <sup>56</sup> Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M, Public health in the new era: improving health through collective action, Lancet 2004, Bd. 363, Heft 9426, S. 2085 (2084-2086) und WHO-Europe, Physical activity and health in Europe: evidence for action, edited by Cavice N, Kahlmeier S, Raciopi F, Copenhagen 2006, S. 6 und WHO-Europa, Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO, Hintergrundmaterial für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas (Istanbul, 15. – 17. November 2006), Kopenhagen 2007, S. 1 <http://www.euro.who.int/document/E89858G.pdf?language=German> (31.7.2007)
- <sup>57</sup> Buse K, Mays N, Walt G, Making Health Policy, Maidenhead 2005
- <sup>58</sup> Buse K, Mays N, Walt G, Making Health Policy, Maidenhead 2005, S. 161
- <sup>59</sup> Ebd. S. 162
- <sup>60</sup> Ebd. S. 162
- <sup>61</sup> Ebd. S. 171ff
- <sup>62</sup> Wismar M, Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung, GW 2003, 3.Jg, Heft 4 (Oktober), S. 26
- <sup>63</sup> Ebd. S. 28
- <sup>64</sup> Ebd. S. 29
- <sup>65</sup> Ebd. S. 29
- <sup>66</sup> Nutbeam D, Getting evidence into policy and practice to address health inequalities, in: Health Promotion International 2004, S. 137
- <sup>67</sup> Nutbeam D, Harris E, Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Eine Einführung für Praktiker zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften, Gamburg 2001, S. 77
- <sup>68</sup> Nutbeam D, Getting evidence into policy and practice to address health inequalities, in: Health Promotion International 2004, S. 139
- <sup>69</sup> <http://www.netzwerk-bgf.at/> (31.7.2007)
- <sup>70</sup> Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6, Kopenhagen 1999 <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> (31.3.2007)
- <sup>71</sup> Buse K, Mays N, Walt G, Making Health Policy, Maidenhead 2005, S. 81
- <sup>72</sup> Hawe P et al, Indicators to help with capacity building in Health Promotion, NSW Health Department, Sydney 2000, S.1 und Alliance for Nonprofit Management: Capacity Building and Organizational Effectiveness [http://www.allianceonline.org/about/capacity\\_building\\_and\\_1.page](http://www.allianceonline.org/about/capacity_building_and_1.page) (18.11.2006)
- <sup>73</sup> Scharinger Chr, Reis-Klingspiagl K, Gesundheitsförderung in Österreich 1995 bis 2005: Im Zeichen der Professionalisierung, in: Sprenger M (Hrsg.), Public Health in Österreich und Europa, Graz 2005, S. 31
- <sup>74</sup> Ebd. S. 31
- <sup>75</sup> Pressemitteilung der Medizinischen Universität Graz zum 13. Europäischen Gesundheitskongress „Promoting Public's Health“, 10.-12. November 2005 in der Grazer Stadthalle, S. 5
- <sup>76</sup> Ebd. S. 5
- <sup>77</sup> Ebd. S. 5 und NSW Health Department, A Framework for Building Capacity to improve Health, Sydney 2001, S. 2

- <sup>78</sup> NSW Health Department, A Framework for Building Capacity to improve Health, Sydney 2001, S. 1
- <sup>79</sup> Hawe P et al, Indicators to help with capacity building in Health Promotion, NSW Health Department, Sydney 2000, S.1 und  
Labonte R, Laverick G, Capacity building in health promotion, Part 1: for whom? And for what purpose? in Critical Public Health, Vol. 11, No. 2, 2001, S. 117ff.
- <sup>80</sup> Die folgenden Ausführungen stützen sich auf Noack H, Reis-Klingspiogl K, Building health promotion capacities in local settings: Community readiness and community participation, in: Noack H, Kahr-Gottlieb D (eds.), Promoting The Public's Health, EUPHA 2005 Conference Book, Gamburg 2006, S. 118ff.
- <sup>81</sup> Reis-Klingspiogl K, Pöcheim E, Schlemmer G, Community Readiness oder Kairos, die Kunst des rechten Augenblicks. Wissen und Intuition für eine schwierige Praxis, in: Sprenger M (Hrsg.), Public Health in Österreich und Europa, Graz 2005, S. 39
- <sup>82</sup> Die folgende Darstellung folgt den Ausführungen von Reis-Klingspiogl K, Pöcheim E, Schlemmer G, Community Readiness oder Kairos, die Kunst des rechten Augenblicks. Wissen und Intuition für eine schwierige Praxis, in: Sprenger M (Hrsg.), Public Health in Österreich und Europa, Graz 2005, S. 35ff.
- <sup>83</sup> Queensland Health, Integrating Public Health Practices: A Position Statement on Community Capacity Development and the Social Determinants of Health for Public Health Services, Queensland, 2003, S. 1 <http://www.health.qld.gov.au/phs/Documents/shpu/20426.pdf> (18.3.2007)
- <sup>84</sup> Gibbon M, Labonte R, Laverack G, Evaluating community capacity, in: Health and Social Care in the Community 10(6), 2002, S.485 und  
Labonte R, Laverack G, Capacity building in health promotion, Part 2: whose use? And with what measurement?, in: Critical Public Health, Vol 11, No. 2, 2001, S. 129
- <sup>85</sup> Cooperative Venture for Capacity Building (Australia)  
<http://www.rirdc.gov.au/capacitybuilding/about.html> (18.11.2006)
- <sup>86</sup> Laverick G, Building Capable Communities. A new approach for building community capacity, S. 2ff <http://www.healthcomms.org/pdf/laverack-capacity.pdf> (17.3.2007)
- <sup>87</sup> Effective Capacity Building in Nonprofit Organisations, prepared for Venture Philanthropy Partners by McKinsey & Company, 2001, S. 15 u. S. 69  
[http://www.vpppartners.org/learning/reports/capacity/full\\_rpt.pdf](http://www.vpppartners.org/learning/reports/capacity/full_rpt.pdf) (17.3.2007)
- <sup>88</sup> Ebd. S. 63
- <sup>89</sup> Kulturveränderung: Eine Strategie, die gemeinsamen Gewohnheiten umzubauen  
<http://www.umsetzungsberatung.de/unternehmenskultur/kulturveraenderung.php> (17.3.2007)
- <sup>90</sup> Die folgenden Ausführungen sind entnommen aus Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6, Kopenhagen 1999, S. 199ff.  
<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> (31.3.2007)
- <sup>91</sup> Ebd. S. 207
- <sup>92</sup> Kriterien zur Ermittlung von „Models of Good Practice“ erstellt durch den beratenden Arbeitskreis der BZgA. Stand Oktober 2004, [www.agethur.de/goodpracticekriterien.pdf](http://www.agethur.de/goodpracticekriterien.pdf) (14.10.2006)
- <sup>93</sup> Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. 6. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung, Bangkok, 2005  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_German\\_version.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf) (31.3.2007)
- <sup>94</sup> Nutbeam D, Harris E, Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories, Sydney 2004 (2<sup>nd</sup> ed.), S. 53

- <sup>95</sup> U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (Hrsg.), Promoting Physical Activity: A Guide for Community Action, Champaign IL, 1999, S. 163
- <sup>96</sup> Naidoo J, Wills J, Public Health and Health Promotion – Developing practice, Edinburgh 2005 (2<sup>nd</sup> ed.), S. 133 und  
Naidoo J, Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gamburg 2003, S. 158
- <sup>97</sup> Nutbeam D, Harris E, Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories, Sydney 2004 (2<sup>nd</sup> ed.), S. 55
- <sup>98</sup> Ewles L, Simnett I, Promoting Health: A Practical Guide, Edinburgh 2003 (5th ed.), S. 175
- <sup>99</sup> Nutbeam D, Harris E, Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories, Sydney 2004 (2<sup>nd</sup> ed.), S. 54
- <sup>100</sup> Ewles L, Simnett I, Promoting Health: A Practical Guide, Edinburgh 2003 (5th ed.), S. 176f.
- <sup>101</sup> Nutbeam D, Harris E, Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories, Sydney 2004 (2<sup>nd</sup> ed.), S. 54
- <sup>102</sup> Ebd. S. 56
- <sup>103</sup> Lobnig H, Netzwerke – was sie wirklich investieren sollten!, S.1  
[http://www.lemon.at/pics/download/lemon\\_4.pdf](http://www.lemon.at/pics/download/lemon_4.pdf) (4.4.2007)
- <sup>104</sup> Naidoo J, Wills J, Public Health and Health Promotion – Developing practice, Edinburgh 2005 (2<sup>nd</sup> ed.), S. 135
- <sup>105</sup> Die Auflistung wurde zusammengestellt aus den folgenden Quellen:  
Naidoo J, Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gamburg 2003, S. 160f. und  
U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (Hrsg.), Promoting Physical Activity: A Guide for Community Action, Champaign IL, 1999, S. 175 und  
Ewles L, Simnett I, Promoting Health: A Practical Guide, Edinburgh 2003 (5th ed.), S. 177
- <sup>106</sup> Ewles L, Simnett I, Promoting Health: A Practical Guide, Edinburgh 2003 (5th ed.), S. 176f.
- <sup>107</sup> Die Auflistung wurde zusammengestellt aus den folgenden Quellen:  
Ewles L, Simnett I, Promoting Health: A Practical Guide, Edinburgh 2003 (5th ed.), S. 176 und  
U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (Hrsg.), Promoting Physical Activity: A Guide for Community Action, Champaign IL, 1999, S. 173ff. und  
Naidoo J, Wills J, Public Health and Health Promotion – Developing practice, Edinburgh 2005 (2<sup>nd</sup> ed.), S. 141
- <sup>108</sup> Simnett I, Managing health promotion: developing healthy organizations and communities, Chichester 1995, S. 156, zitiert nach Naidoo J, Wills J, Public Health and Health Promotion – Developing practice, Edinburgh 2005 (2<sup>nd</sup> ed.), S. 145 (eigene Übersetzung)
- <sup>109</sup> Fonds Gesundes Österreich, Arbeitsprogramm 2007, S. 10 <http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/arbeitsprogramm-2007-ist-erschienen> (10.1.2007)
- <sup>110</sup> Ebd. S. 11
- <sup>111</sup> Ebd. S. 55
- <sup>112</sup> Ebd. S. 55f. Die Aufzählung der Qualitätskriterien wurde weitgehend wörtlich – an einigen Stellen gekürzt bzw. leicht modifiziert – übernommen.
- <sup>113</sup> Institut für Sozial- und Präventivmedizin im Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument, Zürich 1998 (2. Aufl.), S. 3
- <sup>114</sup> Ebd. S. 4f.

- <sup>115</sup> Der Public Health Action Cycle als Ausgangspunkt für Evidence-based Public Health  
[http://www.henet.ch/ebph/04\\_konzepte/konz\\_042.php](http://www.henet.ch/ebph/04_konzepte/konz_042.php) (27.7.2007)
- <sup>116</sup> Rosenbrock R, Gerlinger T, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2004, S. 26
- <sup>117</sup> Die Darstellung übernimmt wesentliche Aspekte aus der Broschüre „Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument“ und gibt sie in gekürzter Form wieder. Interessierte Leser seien auf die Originalbroschüre verwiesen die bei RADIX Gesundheitsförderung in Zürich bezogen werden kann und viele weitere interessante Aspekte behandelt, die hier auf Grund der gebotenen Kürze weggelassen werden mussten oder nur kurz angerissen werden konnten.
- <sup>118</sup> Selbmann HK, Qualitätsmanagement, Public Health und Forschung. Public Health Forum 11, 1996, S. 3
- <sup>119</sup> Siehe auch: Bundesamt für Gesundheit, Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation, Bern 1997, S. 12
- <sup>120</sup> Ein anderer Autor, Matthias Wismar, klassifiziert insgesamt vier verschiedene Arten von Wirkungen die bei der Umsetzung von Gesundheitszielen auftreten können: beabsichtigte und unbeabsichtigte sowie zielkonforme oder zieldivergente. Vgl. Wismar M: Gesundheitsziele – Grundlagen in internationaler Perspektive, in: gesundheitsziele.de Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Schriftenreihe der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Berlin 2005, Bd. 49, S. 25
- <sup>121</sup> Ministry of Health, A Guide to Developing Public Health Programmes. A generic logic model. Wellington 2006  
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/\\$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22) (27.7.2007)
- <sup>122</sup> Ebd. S. 1
- <sup>123</sup> Ministry of Health. A Guide to Developing Public Health Programmes. A generic logic model. Wellington 2006  
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/\\$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22) (1.10.2006)
- <sup>124</sup> Luber E, Wessen Qualität ist gemeint? in: Luber E, Geene R (Hrsg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Frankfurt, 2004, S. 50f. (kursive Hervorhebungen im Original) und WHO-Europa, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986  
[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German) (4.1.2007)
- <sup>125</sup> Ministry of Health. A Guide to Developing Public Health Programmes. A generic logic model. Wellington 2006  
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/\\$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22) (27.7.2007)
- <sup>126</sup> Luber E, Wessen Qualität ist gemeint? in: Luber E, Geene R (Hrsg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Frankfurt, 2004, S.50f. und WHO-Europa, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986  
[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German) (4.1.2007)
- <sup>127</sup> Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6, Kopenhagen 1999  
<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> (31.3.2007)

- <sup>128</sup> Institut für Sozial- und Präventivmedizin im Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument, Zürich 1998 (2. Aufl.)
- <sup>129</sup> Ministry of Health, A Guide to Developing Public Health Programmes. A generic logic model. Wellington 2006  
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/\\$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22) (1.10.2006)
- <sup>130</sup> Schneider V, Janning F, Politikfeldanalyse. Akteure, Strukturen und Diskurses in der öffentlichen Politik, Fernuniversität zu Hagen, Hagen 2005, S. 52
- <sup>131</sup> Mair A, Peböck M, Soffried J, Wie entwickeln wir in Österreich nationale bzw. länderspezifische Gesundheitsziele. 10 „to do’s“, herausgegeben vom Institut für Gesundheitsplanung, Linz 2007, 7f.
- <sup>132</sup> Wismar M, Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung, GGW 2003, 3.Jg, Heft 4 (Oktober), S. 26
- <sup>133</sup> Ebd. S 28f.
- <sup>134</sup> Vor kurzem wurde zB der Bericht Kinder- und Jugendgesundheit in Oberösterreich veröffentlicht. <http://www.gesundheitsplanung.at/index.htm> (22.6.2007)
- <sup>135</sup> Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. 6. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung, Bangkok, 2005  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_German\\_version.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf) (31.3.2007)
- <sup>136</sup> Naidoo J, Wills J, Public Health and Health Promotion – Developing practice, Edinburgh 2005 (2<sup>nd</sup> ed.), S. 133 und  
 Naidoo J, Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Garmersberg 2003, S. 158
- <sup>137</sup> Nutbeam D, Harris E, Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories, Sydney 2004 (2<sup>nd</sup> ed.), S. 54
- <sup>138</sup> Naidoo J, Wills J, Public Health and Health Promotion – Developing practice, Edinburgh 2005 (2<sup>nd</sup> ed.), S. 135
- <sup>139</sup> Pressemitteilung der Medizinischen Universität Graz zum 13. Europäischen Gesundheitskongress „Promoting Public’s Health“, 10.-12. November 2005 in der Grazer Stadthalle, S. 5 und  
 NSW Health Department, A Framework for Building Capacity to improve Health, Sydney 2001, S. 2
- <sup>140</sup> NSW Health Department, A Framework for Building Capacity to improve Health, Sydney 2001, S. 1
- <sup>141</sup> Gibbon M, Labonte R, Laverack G, Evaluating community capacity, in: Health and Social Care in the Community 10(6), 2002, S.485 und  
 Labonte R, Laverack G, Capacity building in health promotion, Part 2: whose use? And with what measurement?, in: Critical Public Health, Vol 11, No. 2, 2001, S. 129
- <sup>142</sup> Cooperative Venture for Capacity Building (Australia)  
<http://www.rirdc.gov.au/capacitybuilding/about.html> (18.11.2006)
- <sup>143</sup> Effective Capacity Building in Nonprofit Organisations, prepared for Venture Philanthropy Partners by McKinsey & Company, 2001, S. 15 u. S. 69  
[http://www.vppartners.org/learning/reports/capacity/full\\_rpt.pdf](http://www.vppartners.org/learning/reports/capacity/full_rpt.pdf) (17.3.2007)
- <sup>144</sup> Die folgenden Ausführungen sind entnommen aus Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe

- „Gesundheit für alle“ Nr. 6, Kopenhagen 1999, S. 199ff.  
<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> (31.3.2007)
- <sup>145</sup> Institut für Sozial- und Präventivmedizin im Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument, Zürich 1998 (2. Aufl.), S. 27
- <sup>146</sup> Institut für Sozial- und Präventivmedizin im Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument, Zürich 1998 (2. Aufl.)
- <sup>147</sup> Rosenbrock R, Primäre Prävention zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit durch die GKV, Schriftliche Fassung des Vortrags im Wissenschaftszentrum Berlin, 21. April 2004 , S. 3
- <sup>148</sup> Rosenbrock R, Primäre Prävention zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit durch die GKV, Schriftliche Fassung des Vortrags im Wissenschaftszentrum Berlin, 21. April 2004 , S. 4.  
 Eine weitere Orientierung bieten auch die Kriterien zur Ermittlung von „Models of Good Practice“ erstellt durch den beratenden Arbeitskreis der BZgA. Stand Oktober 2004, <http://www.agethur.de/goodpracticekriterien.pdf> (22.6.2007)
- <sup>149</sup> Luber E, Wessen Qualität ist gemeint? in: Luber E, Geene R (Hrsg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Frankfurt 2004, S. 50
- <sup>150</sup> Ähnlich wird in EUPHA, “10 Statements on the Future of Public Health in Europe” argumentiert: „At the moment we are only managing risk factors. In the future we should also include management of conditions and assets”, EUPHA report 2004-1, S. 7  
[http://www.eupha.org/doc/EUPHA\\_10\\_Statements.pdf](http://www.eupha.org/doc/EUPHA_10_Statements.pdf) (4.1.2007)
- <sup>151</sup> Luber E, Geene R, Gesundheitsförderung und Qualitätsmessung, in: Luber E, Geene R (Hrsg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Frankfurt 2004.  
 Ähnlich argumentiert auch Ilona Kickbusch: „It must be noted that the goals and targets process too frequently assumes that policy making is ‚rational‘ business which follows the best arguments and the best data.“ in: Kickbusch I, Setting Health Objectives. The Health Promotion Challenge, S.11  
[http://www.healthypeople.gov/Implementation/Consortium/Annual\\_Meetings/1996\\_consortium/kickbusch.htm](http://www.healthypeople.gov/Implementation/Consortium/Annual_Meetings/1996_consortium/kickbusch.htm)
- <sup>152</sup> Rosenbrock R, Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung, in: Luber E, Geene R (Hrsg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Frankfurt 2004, S. 70
- <sup>153</sup> Ebd. S. 70f. (Rosenbrock R, Qualitätssicherung und Evidenzbasierung)
- <sup>154</sup> Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (Eds.), Health in All Policies. Prospects and Potentials, Finland 2006, S.5
- <sup>155</sup> Dahlgren & Whitehead 1991 adaptiert von Pettersson B in: Soffried J, Mair A, Pettersson B, Gesundheitsziele auf schwedische Art, ÖKZ. Heft 2, 48. Jg. 2007, S. 14
- <sup>156</sup> Dahlgren & Whitehead 1991 nach Naidoo J, Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gamburg 2003, S. 29

## Literatur

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird die in der Arbeit zitierte Literatur hier in alphabetischer Reihenfolge angeführt.

**Alliance for Nonprofit Management:** Capacity Building and Organizational Effectiveness [http://www.allianceonline.org/about/capacity\\_building\\_and\\_1.page](http://www.allianceonline.org/about/capacity_building_and_1.page) (18.11.2006)

**Allin S,** Public Health erfolgreich umgesetzt – Erfahrungen in Finnland, in: Managed Care 5: 2005, S. 23-25

**Bangkok Charta** für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. 6. Weltkonferenz für Gesundheitsförderung, Bangkok, 2005  
[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_German\\_version.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf) (31.3.2007)

**Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams O, McKee M,** Public health in the new era: improving health through collective action, Lancet 2004, Bd. 363, Heft 9426, S. 2084-2086

**Bundesamt für Gesundheit,** Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation, Bern 1997

**Buse K, Mays N, Walt G,** Making Health Policy, London, 2005

**Cooperative Venture for Capacity Building** (Australia)  
<http://www.rirdc.gov.au/capacitybuilding/about.html> (18.11.2006)

**Dahlgren & Whitehead** 1991 nach Naidoo J, Wills J, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gamburg 2003

**Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“** für die Europäische Region der WHO, Aktualisierung 2005, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 7, Kopenhagen 2005  
<http://www.euro.who.int/Document/E87861G.pdf?language=German> (31.3.2007)

**Der Public Health Action Cycle** als Ausgangspunkt für Evidence-based Public Health  
[http://www.henet.ch/ebph/04\\_konzepte/konz\\_042.php](http://www.henet.ch/ebph/04_konzepte/konz_042.php) (27.7.2007)

**Effective Capacity Building in Nonprofit Organisations,** prepared for Venture Philanthropy Partners by McKinsey & Company, 2001  
[http://www.vppartners.org/learning/reports/capacity/full\\_rpt.pdf](http://www.vppartners.org/learning/reports/capacity/full_rpt.pdf) (17.3.2007)

**EUPHA,** “10 Statements on the Future of Public Health in Europe” argumentiert: „At the moment we are only managing risk factors. In the future we should also include management of conditions and assets”, EUPHA report 2004-1  
[http://www.eupha.org/doc/EUPHA\\_10\\_Statements.pdf](http://www.eupha.org/doc/EUPHA_10_Statements.pdf) (4.1.2007)

**Ewles L, Simnett I,** Promoting Health: A Practical Guide, Edinburgh 2003 (5th ed.)

**Fonds Gesundes Österreich,** Arbeitsprogramm 2007, S. 10 <http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/arbeitsprogramm-2007-ist-erschienen> (10.1.2007)

**Fonds Gesundes Österreich**, Förderkriterien bzw. Förderansuchen  
<http://www.fgoe.org/projektfoerderung/foederansuchen>  
<http://www.fgoe.org/projektfoerderung/foederkriterien> (7.10.2006)

**Froschauer U, Lueger M**, Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme, Wien 2003

**Gesundheit21**: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6, Kopenhagen 1999  
<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> (31.3.2007)

**Gibbon M, Labonte R, Laverack G**, Evaluating community capacity, in: Health and Social Care in the Community 10(6), 2002, S. 485-491

**Hawe P et al**, Indicators to help with capacity building in Health Promotion, NSW Health Department, Sydney 2000

**Health policy guide** <http://www.healthpolicyguide.org/advocacy.asp?id=5214>  
(6.4.2007)

**Hermanns H**, Interviewen als Tätigkeit, in: Flick U, Kardorff von E, Steinke I (Hrsg.), Qualitative Forschung, Ein Handbuch. Reinbeck 2000, S. 360-368

**Hofstadler B**, Zur Methodik qualitativer Sozialforschung. Eine Einführung in Erhebung und Auswertung, Linz, 4. Aufl., SS 2006

**Holland W**, Gesundheitsziele in Großbritannien, in: Geene R, Luber E (Hrsg.), Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt 2000, S. 107-116

**Institut für Gesundheitsplanung** (Hrsg.), Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005, Linz 2006

**Institut für Gesundheitsplanung**, Die 10 neuen Gesundheitsziele für Oberösterreich, Linz 2006 <http://www.gesundheitsplanung.at/ziele.htm> (27.7.2007)

**Institut für Gesundheitsplanung** (Hrsg.), Kinder- und Jugendgesundheit in Oberösterreich, Linz 2007

**Institut für Sozial- und Präventivmedizin** im Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument, Zürich 1998 (2. Aufl.)

**Kickbusch I**, Setting Health Objectives. The Health Promotion Challenge  
[http://www.healthypeople.gov/Implementation/Consortium/Annual\\_Meetings/1996\\_consortium/kickbusch.htm](http://www.healthypeople.gov/Implementation/Consortium/Annual_Meetings/1996_consortium/kickbusch.htm)

**Kingdon JW**, Agendas, Alternatives and Public Policies, New York 1995 (2. Aufl.)

**Kriterien zur Ermittlung von „Models of Good Practice“** erstellt durch den beratenden Arbeitskreis der BZgA. Stand Oktober 2004,  
[www.agethur.de/goodpracticekriterien.pdf](http://www.agethur.de/goodpracticekriterien.pdf) (14.10.2006)



**Kulturveränderung:** Eine Strategie, die gemeinsamen Gewohnheiten umzubauen  
<http://www.umsetzungsberatung.de/unternehmenskultur/kulturveraenderung.php>  
(17.3.2007)

**Labonte R, Laverack G,** Capacity building in health promotion, Part 2: whose use? And with what measurement?, in: Critical Public Health, Vol 11, No. 2, 2001, S. 129-138

**Laverack G,** Building Capable Communities. A new approach for building community capacity, S. 2ff <http://www.healthcomms.org/pdf/laverack-capacity.pdf> (17.3.2007)

**Lobnig H,** Netzwerke – was sie wirklich investieren sollten!  
[http://www.lemon.at/pics/download/lemon\\_4.pdf](http://www.lemon.at/pics/download/lemon_4.pdf) (4.4.2007)

**Lock K, McKee M,** Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union. Journal of Epidemiology and Community Health 2005; S. 356-360

**Luber E,** Wessen Qualität ist gemeint? in: Luber E, Geene R (Hrsg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Frankfurt, 2004, S. 37-57

**Luber E, Geene R,** Gesundheitsförderung und Qualitätsmessung, in: Luber E, Geene R (Hrsg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Frankfurt 2004, S.9-12

**Mac Arthur ID,** Local environmental health planning. Guidance for local and national authorities. WHO Regional Publications. European Series, No. 95

**Mair A, Peböck M, Soffried J,** Wie entwickeln wir in Österreich nationale bzw. länderspezifische Gesundheitsziele. 10 „to do’s“, herausgegeben vom Institut für Gesundheitsplanung, Linz 2007

**Marotzki W,** Leitfadeninterview, in: Bohnsack R, Marotzki W, Meuser M (Hrsg.), Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Opladen 2003  
[http://www.ph-freiburg.de/ew1/Personen/holzbrecher/Praxisforschungsmethoden/Linked\\_Documents/Leitfadeninterview.pdf](http://www.ph-freiburg.de/ew1/Personen/holzbrecher/Praxisforschungsmethoden/Linked_Documents/Leitfadeninterview.pdf) (20.1.2007)

**Matt E,** Darstellung qualitativer Forschung, in: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.), Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbeck 2000, S. 578-587

**Mayring Ph,** Einführung in die Qualitative Sozialforschung, Weinheim 2002 (5. Auflage)

**Mayring Ph,** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim 2003 (8. Auflage)

**Minister of Health,** Implementing the New Zealand Health Strategy 2005, The Minister of Health's fifth report on progress on the New Zealand Health Strategy, and the second report on actions to improve quality, Wellington 2005  
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/831D70847B561B44CC2570D700720B9E/\\$File/ImplementingNZHS.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/831D70847B561B44CC2570D700720B9E/$File/ImplementingNZHS.pdf) (18.5.2007)

**Ministry of Health**, A Guide to Developing Public Health Programmes. A generic logic model, Wellington 2006

[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/\\$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/3980073CB3F0231ECC257146001881DD/$File/Public-Health-Programmes.pdf#search=%22Guide%20to%20Developing%20Public%20Health%20Programmes%20Wellington%22) (1.10.2006)

**Ministry of Social Affairs and Health**, Government Resolution on Health 2015 public health programme, Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2001:6, Helsinki 2001

<http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/health2015/health2015.pdf> (22.6.2007)

**Mühlfeld C, Windolf P, Lampert N, Krüger H**, Auswertungsprobleme offener Interviews, in: Soziale Welt. Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis, Heft 3, Jg. XXXII, 1981, S. 325-352

**Naidoo J, Wills J**, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gamburg 2003

**Naidoo J, Wills J**, Public Health and Health Promotion – Developing practice, Edinburgh 2005 (2<sup>nd</sup> ed.)

**Noack H, Reis-Klingspiegl K**, Building health promotion capacities in local settings: Community readiness and community participation, in: Noack H, Kahr-Gottlieb D (eds.), Promoting The Public's Health, EUPHA 2005 Conference Book, Gamburg 2006, S. 113-122

**NSW Health Department**, A Framework for Building Capacity to improve Health, Sydney 2001

**Nutbeam D**, Getting evidence into policy and practice to address health inequalities, in: Health Promotion International 2004, S. 137-140

**Nutbeam D, Harris E**, Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Eine Einführung für Praktiker zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften, Gamburg 2001

**Nutbeam D, Harris E**, Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories, Sydney 2004 (2<sup>nd</sup> ed.)

**Pettersson B**, Orienting policies on health determinants. The Process of target setting in Sweden 1985-2006 – lessons to learn. Öffentlicher Vortrag, Palais Attems, 8. Juni 2006 [http://public-health.meduni-graz.at/1news/Bosse\\_Pettersson\\_060609.pdf](http://public-health.meduni-graz.at/1news/Bosse_Pettersson_060609.pdf) (2.9.2006)

**Pressemitteilung der Medizinischen Universität Graz** zum 13. Europäischen Gesundheitskongress „Promoting Public's Health“, 10.-12. November 2005 in der Grazer Stadthalle

**Queensland Health**, Integrating Public Health Practices: A Position Statement on Community Capacity Development and the Social Determinants of Health for Public Health Services, Queensland, 2003

<http://www.health.qld.gov.au/phs/Documents/shpu/20426.pdf> (18.3.2007)

**Reis-Klingspiegl K, Pöcheim E, Schlemmer G**, Community Readiness oder Kairos, die Kunst des rechten Augenblicks. Wissen und Intuition für eine schwierige Praxis, in: Sprenger M (Hrsg.), Public Health in Österreich und Europa, Graz 2005, S. 33-39

**Rosenbrock R**, Primäre Prävention zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit durch die GKV, Schriftliche Fassung des Vortrags im Wissenschaftszentrum Berlin, 21. April 2004

**Rosenbrock R**, Qualitätssicherung und Evidenzbasierung – Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung, in: Lubert E, Geene R (Hrsg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung, Frankfurt 2004, S. 59-73

**Rosenbrock R, Gerlinger T**, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2004

**Scharinger Chr, Reis-Klingspiegl K**, Gesundheitsförderung in Österreich 1995 bis 2005: Im Zeichen der Professionalisierung, in: Sprenger M (Hrsg.), Public Health in Österreich und Europa, Graz 2005, S. 27-31

**Schmiedhofer M**, Gute Ziele, steinige Wege, in: Geene R, Lubert E (Hrsg.), Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik, Frankfurt 2000, S. 27-30

**Schneider V, Janning F**, Politikfeldanalyse. Akteure, Strukturen und Diskurses in der öffentlichen Politik, Fernuniversität zu Hagen, Hagen 2005

**Selbmann HK**, Qualitätsmanagement, Public Health und Forschung. Public Health Forum 11, 1996, S. 2-4

**Simnett I**, Managing health promotion: developing healthy organizations and communities, Chichester 1995, S. 156, zitiert nach Naidoo J, Wills J, Public Health and Health Promotion – Developing practice, Edinburgh 2005 (2<sup>nd</sup> ed.)

**Soffried J**, Die Entwicklung nationaler Gesundheitsziele in Kanada und Schweden. Empirische Untersuchung der Motivationen nationale Gesundheitsziele zu entwickeln sowie der Erfolgsfaktoren der Zielfindungsprozesse in Kanada und Schweden, Graz 2006

**Soffried J, Mair A, Pettersson B**, Gesundheitsziele auf schwedische Art, ÖKZ. Heft 2, 48. Jg. 2007, S. 13 – 16

**Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (Eds.)**, Health in All Policies. Prospects and Potentials, Finland 2006

**Swedish National Institute of Public Health**, The 2005 Public Health Policy Report. Summary. <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/r200544fhprsummary0511.pdf> (18.5.2007)

**The New Zealand Health Strategy**, Wellington 2000  
<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPAN010586.pdf> (18.5.2007)

**U.S. Department of Health and Human Services**, Public Health Service (Hrsg.), Promoting Physical Activity: A Guide for Community Action, Champaign IL, 1999

**Walt G**, Health Policy. An Introduction to Process and Power, Johannesburg 1996 (2. Aufl.)

**WHO-Europa**, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986  
[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German) (4.1.2007)

**WHO-Europa**, Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO, Hintergrundmaterial für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas (Istanbul, 15. – 17. November 2006), Kopenhagen 2007  
<http://www.euro.who.int/document/E89858G.pdf?language=German> (31.7.2007)

**WHO-Europe**, Physical activity and health in Europe: evidence for action, edited by Cavice N, Kahlmeier S, Raciopi F, Copenhagen 2006

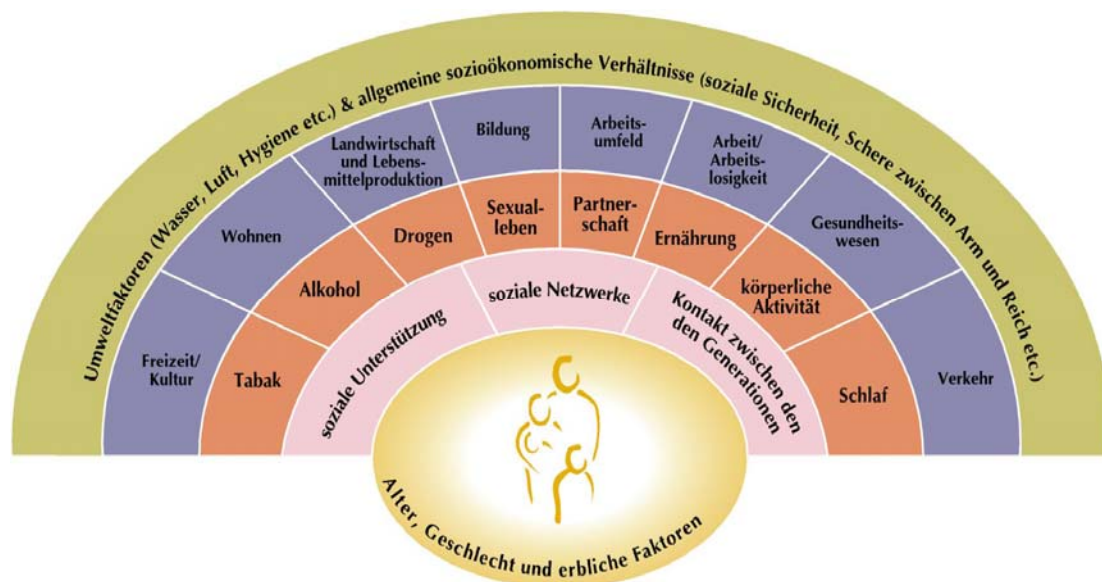
**WHO-Europe**, Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future, Kopenhagen 2002  
<http://www.euro.who.int/document/E78092.pdf> (22.6.2007)

**Wismar M**: Gesundheitsziele – Grundlagen in internationaler Perspektive, in: gesundheitsziele.de Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Schriftenreihe der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Berlin 2005, Bd. 49, S. 23-38

**Wismar M**, Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung, GGW 2003, 3.Jg, Heft 4 (Oktober), S. 25-35

## Anhang A: Definition des Begriffs Gesundheitsdeterminanten

Der Begriff Gesundheitsdeterminanten bezeichnet Faktoren, die den meisten Einfluss – positiv wie auch negativ – auf die Gesundheit haben. Gesundheitsdeterminanten umfassen das soziale und ökonomische Umfeld, die Umwelt sowie die speziellen Charakteristika von Individuen und deren Verhalten.<sup>154</sup>



Quelle: Dahlgren & Whitehead 1991 adaptiert von Pettersson<sup>155</sup>

Der Ansatz verdeutlicht, dass Gesundheit und Wohlbefinden nicht nur durch rein biologische Faktoren (Alter, Geschlecht, erbliche Faktoren) bestimmt sind. Dahlgren & Whitehead (1991) sprechen von vier „Einflussebenen der Gesundheit“, die verändert werden können.<sup>156</sup> Diese sind:

- die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld des Einzelnen, das der Gesundheit förderlich oder hinderlich sein kann
- die Verhaltens- und Lebensweise des/der Einzelnen
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Zugang zu Einrichtungen und Diensten
- die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen, wie z. B. der Lebensstandard oder soziale Absicherungen.

## Anhang B: Fragenleitfaden für die Interviews

### 1. Leadership durch Politik

Leadership für Umsetzung der Gesundheitsziele	Gibt es in Oberösterreich Ihrer Meinung nach ausreichend Leadership für die Umsetzung der Gesundheitsziele? (Leadership = Visionen tragen und Verbundenheit bewirken) Wer ist hier vor allem zu nennen?
Wie wichtig ist den PolitikerInnen Leadership für Umsetzung der Gesundheitsziele?	Welche Rolle haben PolitikerInnen / EntscheidungsträgerInnen übernommen? Deckt sich das mit Ihren Vorstellungen?
Unterstützungsstrukturen für PolitikerInnen / EntscheidungsträgerInnen	Sind ausreichend Unterstützungsstrukturen vorhanden um wirkungsvoll Leadership ausüben zu können? Was passt, was nicht? Wer könnte was zu Verbesserungen beitragen?
Relevante Gruppen für Umsetzung der Gesundheitsziele	Wer sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Personen / Gruppen / Institutionen zur Umsetzung der Gesundheitsziele? Warum? Welche Aufgaben haben diese Gruppen übernommen bzw. welche sollten sie übernehmen?
Zuständigkeiten der Politik	PolitikerInnen / EntscheidungsträgerInnen sind für die Umsetzung der Gesundheitsziele sehr wichtig, weil sie über den Ressourceneinsatz entscheiden und bestimmen, welche Maßnahmen umgesetzt werden sollen. Welche Teile ihrer Aufgaben im Hinblick auf die Umsetzung der Gesundheitsziele können PolitikerInnen keinesfalls delegieren, welche schon? Wie füllen sie die nicht delegierbaren Aufgaben aus? Können die GesundheitspolitikerInnen / EntscheidungsträgerInnen einen Teil ihrer Aufgaben auf die nächste Hierarchieebene (z. B. ihre GesundheitsreferentInnen) verlagern? Was wären Vorteile / Nachteile?

### 2. Strukturen für Lernen und Weiterentwicklung

"Verbesserungsschleifen" vorhanden bzw. notwendig?	Im Lauf der Umsetzung der Gesundheitsziele entstehen Produkte wie z. B. Gesundheitsberichte, Berichte über Wirkungen von Maßnahmen, Evaluationsberichte; auch sollten die Maßnahmen immer effizienter werden. Wie sind Ihre Erfahrungen, gibt es Reflexionsphasen, sodass aus den Ergebnissen gelernt werden kann, um die derzeitige Praxis - also die vorhandenen Abläufe und Strukturen - zu verbessern?
Systematisch Know-how und Strukturen entwickeln?	Wieweit wird systematisch Augenmerk auf die laufende Verbesserung der Praxis - auf die Entwicklung von Know-how und Strukturen - für die Umsetzung der Gesundheitsziele gelegt? Sind diese Maßnahmen ausreichend oder sollten sie verstärkt werden?

Rolle der Politik dabei Welche Rolle spielen bei diesen Bemühungen PolitikerInnen / EntscheidungsträgerInnen?

Wen einbeziehen? Wer leitet den Prozess der Entwicklung von Know-how und Strukturen und wer sollte ihn leiten?  
Wer ist in diesen Prozess einbezogen bzw. wer sollte einbezogen werden?

### 3. Strukturvorgaben für Projektanträge

Vorgaben für Projektanträge Manche Leute sagen, Vorgaben schränken die Flexibilität ein, andere sind der Meinung, Vorgaben strukturieren und erleichtern den Überblick. Wie ist Ihre Meinung, wäre es wünschenswert für Projektanträge formelle Vorgaben zu haben (z. B. verbindliche Gliederung, notwendige Inhalte)?  
Was hätte das für Vorteile bzw. Nachteile?

Ausmaß an Verbindlichkeit Falls überwiegend Vorteile gesehen werden:  
Sollen diese Vorgaben für alle Arten von Anträgen bzw. alle Organisationen, die Anträge einreichen, verbindlich sein? Darf es Ausnahmen geben (z. B. besondere Dringlichkeit, spezielle Gruppe die Antrag einreicht)?

Umsetzung der Verbindlichkeit Was wäre aus Ihrer Sicht erforderlich um die Umsetzung sicherzustellen?

**4. Abschlussfrage** Gibt es noch etwas Wichtiges, das bisher nicht angesprochen wurde?