

## Evaluation der Tätigkeit des „Fonds Gesundes Österreich“ – Was können wir für Deutschland lernen?

Dr. Wolf Kirschner\*, Prof. Dr. Thomas Elkeles\*\* und Dr. Renate Kirschner\*\*\*

**In unserem Nachbarland Österreich hat der Nationalrat 1998 das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) beschlossen. Österreich reagierte damit nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz von 1992, das allerdings praktisch nicht umgesetzt wurde, und nach Deutschland (1989) sowie der Schweiz (1994) mit einer gesetzlichen Regelung auf die strukturellen und finanziellen Probleme in der Gesundheitsförderung und Prävention. Nachfolgend möchten wir die zentralen Ergebnisse der von uns vorgenommenen Evaluation der Tätigkeit des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) vorstellen und ableiten, welche Strukturen und Maßnahmen bei den diskutierten Neuregelungen der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland (GKV-Fonds, Nationale Stiftung) u. E. zu bedenken sind.**

### Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention

Prävention und Gesundheitsförderung haben in der Geschichte unterschiedliche Konjunkturen und in der kurativen Medizin eine bis zur Antike zurückreichende Tradition. Die Zeit nach dem zweiten Weltkrieg muss in der primär individuell-kurativen Ausrichtung vieler Gesundheitssysteme (gerade Österreichs und Deutschlands) und der Vernachlässigung der Bevölkerungsmedizin im Vergleich zu früheren Perioden (z. B. Industrialisierung) als eher untypisch bezeichnet werden. Erst in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts erhält die Prävention in Gestalt der sekundären Prävention wieder einen Aufschwung, ohne allerdings die prinzipielle individuelle Kurativorientierung zu überschreiten, und gleichzeitig werden in verschiedenen europäischen Ländern Modellprojekte der risikofaktorenorientierten Primärprävention insbesondere im Bereich der Herz-Kreislauf-Krankheiten durchgeführt.

Mit der Entstehung einer in der Geschichte ebenfalls nicht neuen „Gesundheitsbewegung“ zu Beginn der 70er Jahre wird die Kritik an der vorherrschenden Schulmedizin und auch an der risikofaktorenorientierten Primärprävention formuliert und organisiert. Mit der Ottawa-Erklärung der WHO von 1986 erhält die in Abgrenzung zur risikofaktorenorientierten Verhaltensprävention konzipierte und am Lebensweisenkonzept orientierte Gesundheitsförderung ihre programmatische Grundlage und mit der „Salutogenese“ des israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Antonovsky später auch eine zusätzliche „theoretische Unterfütterung“. Seit 1986 erhalten

Gesundheitsförderung und Prävention in der Wissenschaft, der Politik und auch der Öffentlichkeit zunächst hauptsächlich programmatisch zunehmende Aufmerksamkeit.

Mit dem demographischen Wandel, der Verlängerung der Lebenserwartung und den damit in Verbindung gebrachten Szenarien der weiteren „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen werden Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt auch von Gesundheitsökonomien als Möglichkeit und Maßnahme zur Senkung bzw. zur Stabilisierung der Kosten im Gesundheitswesen erkannt und mit eher gegriffenen Kostensenkungspotentialen von 25 bis 30 % der Politik schmackhaft gemacht. So hat sich in wenigen Jahren die Gesundheitsförderung von einer alternativmedizinischen, eher exotischen Spielwiese, zu einem festen, wenn auch finanziell noch kaum ins Gewicht fallenden Leistungspaket in der GKV entwickelt.

### Das GfG Österreichs

Das GfG regelt die Gesundheitsförderung in Österreich kurz und prägnant mit insgesamt fünf Paragraphen.<sup>1</sup> Zunächst formuliert das Gesetz zwei übergeordnete Hauptziele:

- Erhaltung, Förderung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung,
- Aufklärung und Information der Bevölkerung über vermeidbare Krankheiten und die diese beeinflussenden Faktoren.

Diese Hauptziele sollen durch sechs Strategien bzw. Maßnahmen erreicht werden:

\* Leiter der Evaluationsforschung bei Forschung, Beratung + Evaluation (FB+E), Postfach 10335, 10563 Berlin

\*\* Professor an der Fachhochschule Neubrandenburg, FB Gesundheit und Pflege

\*\*\* Geschäftsführerin von FB+E

1. Strukturaufbau von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention,
2. Entwicklung und Durchführung von Programmen und Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention,
3. Entwicklung und Durchführung von Programmen und Angeboten zur gesundheitlichen Aufklärung (Lebensstil, Prävention, Umgang mit chronischer Krankheit),
4. Wissenschaftliche Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention, der Epidemiologie, Evaluation und Qualitätssicherung,
5. Fortbildung von Akteuren,
6. Koordination und Abstimmung mit anderen Einrichtungen.

Das Gesetz stützt sich im Hinblick auf die Ziele und Methoden einer verstärkten Gesundheitsförderung explizit auf die Ottawa-Erklärung. Die Durchführung dieser Aufgaben und Maßnahmen wird dem seit 1988 bestehenden FGÖ übertragen. Die Finanzierung des Fonds erfolgt über das Tabaksteueraufkommen. Der FGÖ erarbeitete nach der Aufgabenübertragung zunächst ein Dreijahresprogramm, in dem die in diesem Zeitraum zu erreichenden Ziele festgelegt wurden. Das Dreijahresprogramm sah auch eine externe Evaluation in 2002 vor.

## Ergebnisse der Evaluation des FGÖ<sup>2</sup>

Die Evaluation der Tätigkeit des FGÖ wurde an unser Institut Forschung, Beratung und Evaluation (FB + E) in Auftrag gegeben. Die Evaluation hatte einen Schwerpunkt auf der Struktur-, Prozess- und Produktevaluation, enthielt aber in der Überprüfung der Erreichung der vom FGÖ in seinem Dreijahresprogramm selbst definierten Prozessziele auch eine partielle Ergebnisevaluation.

Die Evaluation wurde unter folgenden Fragestellungen durchgeführt: Inwieweit hat der FGÖ mit seiner Tätigkeit das Gesetz umgesetzt und inwieweit

konnten die angestrebten Prozessentwicklungen in der Gesundheitsförderung und Prävention eingeleitet und verstetigt werden? Sie basiert auf einem Bündel unterschiedlicher Methoden: u. a. Projekt-, Akten- und Ablaufanalysen, Besuche vor Ort, qualitativen Interviews sowie der Durchführung einer schriftlichen Befragung von Akteuren der Gesundheitsförderung in Österreich. In der Analyse der einzelnen Tätigkeiten des FGÖ erfolgt dann zunächst eine eher quantitativ ausgerichtete Bestandsaufnahme und partielle Bewertung, die in eine abschließende Bewertung der Arbeit des FGÖ unter synoptischer Nutzung aller verwendeten Methoden und der dabei erzielten Ergebnisse führt.

Der FGÖ greift die gesetzlichen Bestimmungen in der Ausarbeitung seines Dreijahresprogramms 1999 bis 2001 auf. Die Oberziele, die sich der FGÖ selbst setzt, sind damit klar definiert. In einem Prozess und Austausch mit Praktikern und Wissenschaftlern der Gesundheitsförderung sollen:

- zielführende Methoden der Gesundheitsförderung identifiziert, entwickelt und umgesetzt,
- das Wissen der Bevölkerung über gesundheitsriskante und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Strukturen erhöht sowie
- das Gesundheitsverhalten verbessert werden.

Im Dreijahresprogramm ergibt sich der klare Bezug zu Ottawa. Grundsätzliche Strategien sind also: Enabling (Stärkung und Befähigung), Advocating (Aktives Eintreten) sowie Mediating (Vermittlung und Vernetzung).

Auch wenn der politisch-programmatische Bezug der Arbeit des FGÖ primär die Ottawa-Erklärung ist, findet sich an anderer Stelle auch ein Bezug auf die Salutogenese. Gleichwohl kann der FGÖ – im Hinblick auf die gesetzlichen Zielsetzungen – keinesfalls ausschließlich auf durch Ottawa begründete Settingansätze bauen noch ausschließlich auf Verhältnisprävention setzen oder gar nur salutogenetische Maßnahmen der

Gesundheitsförderung präferieren. Aufgabe des FGÖ ist es, Aktivitäten anzuregen, um ein ausgewogenes Verhältnis der Prävention und der Gesundheitsförderung einerseits und der verhaltensbezogenen und der verhältnisbezogenen Maßnahmen andererseits durch die Projektvergabe zu stimulieren. Diese Aufgaben- und Maßnahmendefinition, die den Bogen von der gesundheitlichen Aufklärung über Maßnahmen primärer Verhaltensprävention bis hin zur salutogenetischen Ressourcensteigerung und Verhältnisprävention schlägt, entspricht durchaus dem aktuellen gesundheitspolitischen als auch wissenschaftlichen Meinungsbild und Kenntnisstand.

Die Gesamtbewertung der Arbeit des FGÖ ergibt insbesondere, dass:

- die praktikablen Projektförderungskriterien in der Regel und mehrheitlich adäquat angewendet und umgesetzt werden,
- in der Projektförderung unter Berücksichtigung des aktuellen Methodenstandes in der Evaluation von Maßnahmen gerade der Gesundheitsförderung und aufgrund der vom FGÖ zur Evaluation eingenommenen – aber 1998 auch vertretbaren eher liberalen Position – eine insgesamt nicht befriedigende Praxis der Ergebnisevaluation festzustellen ist,
- auch die Praxis der Projektbegleitung und -betreuung im Sinne einer stärkeren Kundenorientierung verbesserungsfähig ist,
- die Fort-, Weiterbildungs- und Vernetzungsmaßnahmen intensiv betrieben und von den Akteuren der Gesundheitsförderung in hohem Maße genutzt werden, aber gleichwohl gezielt aufrecht zu erhalten sind,
- mit den 2002 begonnenen Modellprojekten<sup>3</sup> vom FGÖ Weiterentwicklungsnotwendigkeiten der Gesundheitsförderung erkannt und zügig umgesetzt werden,
- in den quantitativen und qualitativen Befragungen eine hohe Wertschätzung der Arbeit des FGÖ zum Ausdruck kommt, die sich

auch in einer Gesamtbenotung des FGÖ mit der Durchschnittsnote 1,9 zeigt,

- dem FGÖ in der Gesundheitsförderung mittlerweile durchaus eine Vorbildfunktion zukommt,
- im Rahmen der qualitativen und quantitativen Befragungen der Wunsch nach einer gezielten Weiterentwicklung des FGÖ und der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich im Sinne der Erklärungen von Ottawa, Mexiko und Jakarta zum Ausdruck kommt.

Der FGÖ hat die gesetzlichen Aufgabenstellungen und die im Dreijahresprogramm vorgesehenen Aufgaben und Maßnahmen nahezu vollständig sowie umfassend umgesetzt und erfüllt. Der FGÖ hat aus Sicht der Befragten und des Evaluationsteams mit seiner Arbeit die von ihm selbst definierten Prozessziele in hohem Maße erreicht. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung der engen personellen Ausstattung der Geschäftsstelle (8 Mitarbeiter).

### Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Gutachtens

Aus den Ergebnissen des Gutachtens wurden insgesamt 27 Empfehlungen abgeleitet, mit deren Umsetzung die Praxis der Gesundheitsförderung und die Arbeit des FGÖ zukünftig noch weiter optimiert werden kann.

Sie beziehen sich u. a. auf:

- die quantitativ und qualitativ zu verbessernde Evaluation vor allem bei Großprojekten,
- den Ausschluss von Kleinprojekten aus der zentralen Förderung,
- kritische Hinweise zum Kosten/Nutzenverhältnis der Internetprojektdatenbank,
- die z. B. mit Gesundheitssurveys deutlich zu verbessernde epidemiologische Datenlage in Österreich auch gerade zur Evaluation der Medienkampagnen,

- Fragen zu den zu verstärkenden Medienkampagnen unter Finanzierungs- und Effektivitätsgesichtspunkten,
- die zu verstärkende Projektbegleitung,
- die Gestaltung der Internetseiten und Maßnahmen zur Kostenwirksamkeitsbeurteilung der Internetaktivitäten,
- die deutlichere Abgrenzung der institutionellen und finanziellen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich,
- die gezielte Ableitung von Handlungs- und Forschungsbedarfen in der Epidemiologie und Evaluationsforschung,
- programmatische Weiterentwicklungen für die nächsten drei Jahre,
- das Budget des FGÖ, welches unter Berücksichtigung der geplanten zu verstärkenden Medienkampagnen einerseits und der Empfehlungen des Gutachtens andererseits erhöht werden sollte.<sup>4</sup>

Mit diesen Weiterentwicklungen wird der FGÖ in den nächsten Jahren zweifelsohne auch international zu den Vorzeigeprojekten der Gesundheitsförderung und Prävention gehören.

### Was können wir daraus für Deutschland lernen?

Vergleicht man die Situation der Gesundheitsförderung und Prävention zwischen Österreich und Deutschland, fällt zunächst auf, dass es in Österreich mit einem einfachen Gesetz und einer Fondslösung in kürzester Zeit gelungen ist, die Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich der finanziellen Grundlagen, Instrumente, Projekte, aber auch hinsichtlich des Forschungs-, Entwicklungs- und Weiterbildungsbedarfs gezielt weiterzubringen. Demgegenüber versucht sich die Politik in Deutschland seit einigen Jahren an großen Entwürfen und Lösungen [Gesundheitsziele, Stiftung

für Prävention, Bundesamt für Prävention (?)], deren Umsetzungswahrscheinlichkeiten und Fähigkeit zur konsequenten Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung derzeit nicht beurteilt werden können.

Die derzeitige Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland leidet u. E. an zwei wesentlichen Webfehlern der gesetzlichen Regelung des § 20 SGB V: den fehlenden regionalen Umsetzungsbestimmungen der gesetzlichen Norm hinsichtlich der Einbeziehung von Ländern, Städten und Gemeinden gerade im Bereich der sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung sowie dem Evidenzpostulat des § 20 SGB V bzw. der Leitlinien, das den ex-ante-Nachweis von Effektivität und Effizienz zu prioritären Projektförderungskriterien macht. Das Evidenzpostulat ist derzeit praktisch nicht erfüllbar, es basiert überhaupt auf einem unzutreffenden Bild der Sicherung von Evidenz in der Evaluationsforschung – gerade bei komplexen Programmen – und ist der engen Logik der klinischen Evaluation, ja der Arzneimittelprüfung verhaftet.

Österreich und die Schweiz vermeiden auch eine Schwerpunktsetzung auf die sozialkompensatorische Gesundheitsförderung, was aber keinesfalls bedeutet, dass sich dort nicht auch Projekte finden, die sich auf sozial benachteiligte Gruppen richten. Auch sind die Kriterien von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht allein prioritäre Projektförderungskriterien.

Charakteristisch für Deutschland ist eine stark ideologisch geprägte Spaltung der Prävention und Gesundheitsförderung in „gute und weniger gute Prävention“. Auf der einen Seite findet sich die risikofaktorensenkende, individuelle Prävention vorwiegend durch Mediziner, auf der anderen Seite die niedrigschwellige, kollektive, unspezifische Gesundheitsförderung im Setting durch Soziologen, Psychologen und Gesundheitswissenschaftler. Ersterer wird häufig eine Mittelschichtorientierung attestiert, während letztere auch in ihrer Orientierung auf sozial Benachteiligte und ihre programmatische Bezugnahme auf „Ottawa“ einen verhältnispräventiven,

sozialemanzipatorischen Anspruch verfolgt.

Diese Differenzen spielen auch bei der Bewertung der Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahmen eine Rolle, wo je nach Standpunkt dem einen oder anderen Ansatz Wirksamkeit oder jedenfalls höhere Wirksamkeit attestiert wird; Schlussfolgerungen, die u. E. allerdings derzeit wissenschaftlich kaum sicher gezogen werden können. Stattdessen ist zu konstatieren, dass die Evidenz für wirksame und wirtschaftliche Interventionen der Gesundheitsförderung gerade zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit national und international äußerst dürftig ist.<sup>5</sup> Es besteht also sowohl Forschungs-, Entwicklungs-, als auch erheblicher Lern- und Experimentierbedarf.

### Vorschläge für eine Stiftungsstruktur in Deutschland

In der Verbindung der zweifelsohne notwendigen sozialkompensatorischen Gesundheitsförderung mit dem Evidenzpostulat sehen wir den größten Stolperstein der Gesundheitsförderung in Deutschland. Wissenschaft und Politik erheben damit ein Anspruchsniveau, dass von den Praktikern der Gesundheitsförderung nur schwer erfüllt werden kann. Die in der Diskussion befindliche Nationale Stiftung wie auch die GKV-Stiftung können u. E. vom FGÖ Folgendes lernen:

Die Stiftung benötigt eine Managementstruktur, in der Personen mit großer Erfahrung in der Durchführung von Interventionsprogrammen wie auch in der Programmevaluation unerlässlich sind.

Sie sollte sich z. B. in einem Dreijahresprogramm realistische und überprüfbare Ziele stellen, welche Themen und Inhalte bei welchen Zielgruppen mit welchen Methoden angegangen werden und den Zielerreichungsgrad extern evaluieren.

Sie sollte klare und einfache, in der Praxis erfüllbare Projektförderungskriterien formulieren, wobei es sich hier u. E. lohnt, über die Vor- und Nachteile einer nur anteiligen Finanzierung der

Projekte nachzudenken. Gleiches gilt für die Frage, wie zentralisiert oder dezentralisiert Projektförderung und -begleitung organisiert werden.

Die Projekte sollten durch thematisch begrenzte, offene Ausschreibungen in einem zweistufigen Verfahren (zuerst Kurzschriften) z. B. zweimal jährlich akquiriert werden und von einem externen, wechselnden, national und international besetzten Gutachtergremium vorbegutachtet werden.

Das gegenwärtige Evidenzpostulat in der Gesundheitsförderung wird aufgegeben. Verlangt werden sollte stattdessen, dass auf der Grundlage des aktuellen sozialepidemiologischen, evaluativen und interventiven Kenntnisstandes in einem Wirkungsmodell skizziert wird, dass mit den geplanten Interventionen von einer ausreichenden Plausibilität für Wirksamkeit und auch Wirtschaftlichkeit auszugehen ist.

Statt des gegenwärtigen Evidenzpostulats sollte eine rigorose und ausreichend finanzierte Evaluation verpflichtend werden. Dies geschieht nun auch in Österreich, womit einer zentralen Empfehlung unseres Gutachtens gefolgt wird. Projektnehmer haben eigene Kenntnisse in der Evaluationsforschung nachzuweisen<sup>6</sup> bzw. darzulegen, mit welcher Institution sie dabei kooperieren. Ein schlüssiges Evaluationsdesign ist vorzulegen.

Alle Projekt- und Sachstandsberichte sollten in einer eigenen wissenschaftlichen Reihe publiziert werden. Das gesamte Verfahren sollte ein Höchstmaß an Transparenz aufweisen. Dazu gehört beispielsweise, dass auf einer Internetseite eine laufend aktualisierte Projektdatenbank eingerichtet wird, die Informationen über eingereichte, bewilligte und abgelehnte<sup>7</sup>, laufende und abgeschlossene Projekte enthält.

Ein Teil der vorhandenen Mittel sollte in Vorbereitung, Ergänzung oder in Verbindung mit geförderten Projekten für die dringend notwendige Forschung und Weiterbildung im Bereich der Konzeption, der Implementation und Evaluation von Maßnahmen bereitgestellt werden. Unter diesen Voraussetzungen sollte es

möglich sein, innerhalb weniger Jahre die Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland einen großen Schritt voran zu bringen. Allen Krankenkassen sei abschließend geraten, die politisch und ideologisch geprägte Aufteilung der Primärprävention in „gute und weniger gute Prävention“ zurückzuweisen. Auch die Individualprävention ist dringend innovativ weiter zu entwickeln, wenn wir am Ziel festhalten, durch mehr Prävention und Gesundheitsförderung den Gesundheitszustand der Versicherten und der Bevölkerung zu verbessern.

### Anmerkungen

- 1 <http://oh-forum.themenplattform.com>.
- 2 Kirschner, R., Elkeles, T., Kirschner, W.: Evaluation der Tätigkeit des FGÖ, Wien 2003, Kurzfassung. Der Bericht kann in deutscher oder englischer Sprache beim FGÖ oder bei den Autoren angefordert werden.
- 3 Mit den Modellprojekten stößt der FGÖ über die laufenden Ausschreibungen hinaus spezifisch thematisch und/oder methodisch innovativ ausgerichtete Projekte an.
- 4 Das bisherige jährliche Budget beträgt 7,25 Mio. €. Pro Kopf der Bevölkerung sind damit die spezifisch gesetzlich geregelten Budgets (§ 20 SGB V, GFG, Schweizer Stiftung) in Österreich, Deutschland und der Schweiz praktisch gleich.
- 5 Elkeles, T., Kirschner, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien, Essen 2003, Kurzfassung (Langfassung in Veröffentlichung); Elkeles, T.: Bewertung der Eckpunkte zum Präventionsgesetz – Anhörung der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, 13. 10. 2003.
- 6 Z. B. durch erfolgreiche Teilnahme am E-Learning-Projekt Evaluation im Gesundheitswesen (Elkeles, T., Kirschner, W.) [www.elearning.rzbd.haw-hamburg.de](http://www.elearning.rzbd.haw-hamburg.de).
- 7 Letztere selbstverständlich ohne die Namen der Antragsteller.