

Sonderdruck aus

Wolfgang Böttcher, Christiane Kerlen, Peter Maats, Oliver Schwab,
Sonja Sheikh (DeGEval-Vorstand) (Hrsg.)

Evaluation in Deutschland und Österreich

Stand und Entwicklungsperspektiven in den Arbeitsfeldern
der DeGEval – Gesellschaft für Evaluation

Print-ISBN 978-3-8309-3149-2

E-Book-ISBN 978-3-8309-8149-7

© Waxmann Verlag GmbH, 2014
Postfach 8603, 48046 Münster

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, verboten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Bestellung per Fax: 0251 26504-26 oder
telefonisch: 0251 26504-0;
per Internet unter www.waxmann.com/buch3149 oder
per E-Mail: order@waxmann.com

*Karin Waldherr, Marcus Capellaro, Monika Finsterwald, Ludwig Grillich,
Wolfgang Haß, Joseph Kuhn, Mary Lindner, Boris Orth, Vera Popper,
Ursula von Rüden, Georg Spiel, Jürgen Töppich, Annekatriin Wetzstein*

Evaluation im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung: Stand, Herausforderungen und Entwicklungsperspektiven in Deutschland und Österreich

1. Einführung

Die Gesundheitssysteme westlicher Länder stehen vor einigen Herausforderungen: Die zunehmende Lebenserwartung und der damit verbundene größere Anteil älterer Menschen, die Zunahme an chronischen Krankheiten auch in jüngeren Altersgruppen und die ungleiche soziale Verteilung von Gesundheitschancen lassen sich mit kurativen Ansätzen alleine nicht bewältigen. Für die künftige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems spielen Maßnahmen, die das Entstehen von Krankheiten verhindern (Prävention) bzw. die vorhandene Gesundheit stärken (Gesundheitsförderung), eine entscheidende Rolle. Daher hat die Aufmerksamkeit für diesen Bereich in der Politik stark zugenommen.

Da perspektivisch gesehen dem Gesundheitssystem nicht mehr Mittel zur Verfügung stehen, gilt vor dem Hintergrund der Ressourcenknappheit und des ständig steigenden Kostendrucks die Forderung des Nachweises von Effektivität und Effizienz sowie der Qualitätsentwicklung – in Analogie zum therapeutischen Bereich – immer mehr auch für Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen.

Auch im Arbeitskreis (AK) Gesundheitswesen der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) haben sich Evaluationen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den letzten Jahren immer stärker als Schwerpunktinteresse der AK-Mitglieder herauskristallisiert und stehen im Fokus des Diskurses. Anliegen des folgenden Beitrags ist es, zunächst einen kursorischen Einblick in die Besonderheiten bei Evaluationen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu geben (Kapitel 2). Des Weiteren soll anhand von zwei Beispielen ein Einblick in aktuelle Entwicklungen in Deutschland gegeben werden (Kapitel 3) sowie die historische Entwicklung und der aktuelle Stand in Österreich, ebenfalls anhand zweier Beispiele (Kapitel 4), dargestellt werden. Der Beitrag schließt den Diskurs mit einem gemeinsamen Ausblick (Kapitel 5), in dem die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst und Möglichkeiten genannt werden, mit den vorliegenden Herausforderungen bei Evaluationen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen umzugehen.

2. Besonderheiten bei Evaluationen von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind konfrontiert mit zahlreichen Herausforderungen. Beispiele hierfür sind:

- Verzögerte Wirksamkeit der Maßnahmen (d.h. die Senkung spezifischer Erkrankungsraten bzw. die Verbesserung von Gesundheitsparametern sind oft erst nach Jahren beobachtbar);
- Multikausalität (d.h. Gesundheit ist durch viele Faktoren beeinflusst);
- nicht lineare Wirkungszusammenhänge und eingeschränkte Reproduzierbarkeit von Effekten (d.h. die gleiche Intervention kann in verschiedenen Kontexten vollkommen unterschiedliche Effekte haben);
- Dynamik (d.h. einzelne Elemente eines Systems und wechselseitige Beeinflussungen in einem System ändern sich mit der Zeit);
- Carry-Over Effekte (d.h. Effekte von Maßnahmen wirken auch auf Personen, die nicht am Programm teilnehmen).

Diese Herausforderungen betreffen die Entwicklung von qualitativ hochwertigen Interventionen sowie die Planung, Durchführung und Interpretation von Evaluationen zur Bewertung der Interventionen gleichermaßen.

Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen werden jedoch oftmals nur unzureichend und ohne Verzahnung mit Evaluation entwickelt, die Ziele sind allgemein gehalten (z.B. gestärktes Wohlbefinden) und der Zusammenhang zwischen der Intervention und dem intendierten Ziel (Wirkungsketten) ist unklar (z.B. wie und warum sollte das Informationsblatt zur gesunden Ernährung das Ernährungsverhalten bestimmter Personengruppen beeinflussen?).

Geht man davon aus, dass das Evaluationsdesign der Komplexität des Evaluationsgegenstandes entsprechen sollte, ergeben sich weitere Besonderheiten: Beispielsweise ist im Rahmen von Wirkungsmessungen die wissenschaftlich fundierte Zuschreibung von beabsichtigten und nicht beabsichtigten Effekten methodisch sehr anspruchsvoll, aufwendig und oft auch nicht durchführbar. So sind harte Studiendesigns, die systematische Verzerrungen minimieren und Kausalaussagen ermöglichen (z.B. RCT¹, der als „Goldstandard“ in der Wirkungsmessung gilt), bei Interventionen, die unter realen Lebensbedingungen umgesetzt werden, nicht immer möglich. Dennoch lassen sich erfolgreiche Beispiele von RCTs in der Gesundheitsförderung und Prävention angeben (z.B. Grillich, Kien & Gartlehner, to be submitted; Sharpe, Schober, Treasure & Schmidt, 2013; Van Dongen, Strijk, Proper, Van Wier, Van Mechelen, Van Tulder & van der Beek, 2013).

1 Die randomisierte kontrollierte Studie (=RCT; englisch für „randomized controlled trial“) setzt voraus, dass Personen zufällig zu Interventions- und Kontrollgruppe zugeteilt werden.

3. Die Situation in Deutschland

Die gesamten Gesundheitsausgaben machen in Deutschland 11,3 % des Bruttoinlandsproduktes aus. Damit liegt Deutschland nach den USA, den Niederlanden und Frankreich auf Platz 4 (OECD, 2013). Auf den Bereich Prävention/Gesundheitsförderung entfallen im Durchschnitt 4 % der Gesundheitsausgaben (Kuhn, 2014). Ein beachtlicher Teil der Evaluationen im deutschen Gesundheitswesen wird von Ministerien und Behörden durchgeführt oder in Auftrag gegeben. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zugeordnete Fachbehörde führt Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie Evaluationen durch. Das ebenfalls dem BMG zugeordnete Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) setzt systematische wissenschaftliche Bewertungen auch von präventiven Maßnahmen um.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert unter anderem Forschungsverbünde zur Primärprävention und Gesundheitsförderung. Weitere Maßnahmen werden von unterschiedlichen Akteuren/Akteurinnen, die an der medizinischen Versorgung der Bevölkerung beteiligt sind, durchgeführt oder beauftragt. Beispielsweise sind der Gemeinsame Bundesausschuss (z.B. Früherkennungsuntersuchungen), der Spitzenverband Bund der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) oder einzelne Krankenkassen zu nennen.

Auch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), der Dachverband für gewerbliche Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, führt gesundheitsbezogene Evaluationen durch. Genauso wie Stiftungen, Projektförderer und Vereine sind Unternehmen mit gesundheitlich relevantem Geschäftsmodell und Unternehmen aus anderen Branchen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements Akteure der gesundheitsbezogenen Evaluation in Deutschland.

3.1 Evaluation von komplexen Programmen in Deutschland – zwei Beispiele

Präventionsprogramme und ihre Evaluation finden stets im Kontext von unterschiedlichen politischen und ökonomischen Interessen statt. Deswegen stellen gerade große politisch initiierte Präventionsprogramme, wie z.B. die Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen nach § 20 Sozialgesetzbuch V oder die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) nach § 20a Arbeitsschutzgesetz, eine besondere Herausforderung für die Evaluation dar. Solche Programme sind das Ergebnis politischer Aushandlungsprozesse, d.h., sie sind nicht primär nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten konzipiert und auch ihre Evaluation unterliegt nicht nur wissenschaftlichen Kriterien. Eine gute Orientierung und Unterstützung für die anzustrebende möglichst hohe Akzeptanz der Evaluation bieten vor diesem Hintergrund die Evaluationsstandards der DeGEval – Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit (www.degeval.de/degeval-standards/standards).

Des Weiteren handelt es sich bei solchen Präventionsprogrammen häufig um „komplexe Interventionen“, die aus mehreren Einzelkomponenten bestehen, „die sich wechselseitig bedingen und ihrerseits in komplexe Kontexte implementiert werden“ (Mühlhauser, Lenz & Meyer, 2012, S. 43). Sie bündeln z.B. unter einem gemeinsamen

strategischen Dach verschiedene Akteur/inn/e/n, Inhalte, Ziele und Vorgehensweisen. Diese Programme sind zuweilen schon aus pragmatischen Gründen einem Kontrollgruppendesign nicht zugänglich, z.B. wenn bei gemeindeorientierten Programmen keine oder nicht genügend randomisierbare Einheiten vorhanden sind. Auch können Interventionen ggf. aus rechtlichen oder ethischen Gründen einer Kontrollgruppe nicht vorenthalten bzw. einer Interventionsgruppe nicht differentiell zugemutet werden. Beispielsweise müssen Arbeitsschutzvorschriften im Kern für alle Betroffenen gleich vollzogen werden. Häufig schränken zudem nicht kontrollierbare Interventionskontexte die belastbare Zuordnung von Interventionen und Effekten ein oder die Interventionen sind nicht hinreichend standardisierbar.

In der Literatur besteht allerdings weitgehend Einigkeit, dass gerade solche multidimensionalen Programme stärkere und nachhaltigere Wirkungen entfalten als viele Einzelprojekte. Zwei dieser komplexen Programme werden im Folgenden dargestellt.

3.2 Mehr-Ebenen-Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die Bewertung von komplexen Interventionen im Gesundheitswesen wie bspw. Kampagnen ist, neben deren Planung und Durchführung, eine zentrale Aufgabe der bereits zuvor angeführten BZgA. Bundesweit bekannte Kampagnen der BZgA sind z.B. „Gib Aids keine Chance“ oder „Alkohol? Kenn dein Limit.“

Das Erreichen von Zielgruppen durch Mehr-Ebenen-Kampagnen mit dem Ziel der Aufklärung über gesundheitliche Risiken ist Teil der Handlungsfelder Prävention und Gesundheitsförderung. Der Begriff Kampagne bezeichnet dabei eine systematisch geplante Kombination von einzelnen Komponenten (Maßnahmen, Projekten) zur Erreichung gesundheitsbezogener Ziele in der Gesamtbevölkerung oder bei definierten Zielgruppen (Töppich, 2008). Der Mehr-Ebenen-Ansatz bezieht sich auf die Ansprache sowohl von Einzelpersonen, Gruppen, Communities und Settings oder auf die Gesellschaft als Ganzes.

Kampagnekomponenten sind hier funktional, wirtschaftlich und ablauforganisatorisch abgrenzbare Interventionen mit jeweils eigenen, dem Gesamtziel einer Kampagne „zuarbeitenden“, zielorientierten Aufgabenstellungen (BZgA, 2003). Für die einzelnen Phasen der Planung, Durchführung und Bewertung einer Kampagne nutzt die BZgA wissenschaftlich gestützte Erkenntnisse.

Die Evaluation einer Kampagne muss auf das zugrunde liegende theoretische Interventionsmodell und die Konzeption der Kampagne zugeschnitten werden. Grob lassen sich, in Erweiterung des bekannten Qualitätsmodells von Donabedian (1980), insgesamt vier Bewertungsdimensionen unterscheiden (vgl. Koch, Kawski & Töppich, 2001, S. 91f.):

1. Wirksamkeitsvoraussetzungen:

Hier geht es zum einen um eine Situationsanalyse zur Problemdefinition und eine Bedarfsbestimmung. Dazu gehören u.a. die Ermittlung der Verbreitung eines bestehenden Gesundheitsproblems in der Bevölkerung (Epidemiologie), mögliche Risiko- und Schutzfaktoren, die wissenschaftliche Evidenzgrundlage für Interventionen und mögliche Kooperationspartner. Zum anderen geht es um die Ermitt-

lung der Strukturqualität, die Adäquatheit der verfügbaren Ressourcen wie Personal- und Sachmittelausstattung, Räumlichkeiten, Know-how, finanzielle Mittel etc. für eine erfolgreiche Durchführung der Kampagne.

2. Konzeptqualität:

Diese umfasst auf Grundlage der Analyse der Wirksamkeitsvoraussetzungen die Entwicklung einer Handlungsstrategie für die geplante Intervention, die sorgfältige Formulierung von Haupt- und Zwischenzielen sowie die Auswahl geeigneter Indikatoren, die das Erreichen dieser Ziele überprüfbar machen (Koch, Kawski & Töppich, 2001). Es werden Antworten darauf gegeben, ob die gewählten Interventionen, Methoden und das Forschungsdesign dazu geeignet sind, die definierten Ziele im angestrebten Ausmaß und Zeitraum bei einer Zielgruppe erreichen und auch nachweisen zu können. Im Falle der Kampagnenevaluation entstammt die Literatur zum Nachweis ihrer Wirksamkeit nahezu ausschließlich dem angloamerikanischen Sprachraum (z.B. Abrams & Maibach, 2008; Noar, Palmgreen, Chabot, Dobransky & Zimmerman, 2009); die Anwendbarkeit ihrer Ergebnisse auf den deutschsprachigen Raum ist noch kaum überprüft. Die konzeptuellen Überlegungen münden üblicherweise in ein theoretisch begründetes Interventionsmodell. Unter mehreren grundsätzlich geeigneten theoretischen Ansätzen nutzt die BZgA das auf McGuire (1989) und Singhal und Rogers (1989) zurückgehende Medienwirkungsmodell. Darin wird die Abfolge von Zwischenschritten der Kampagnenwirkung postuliert, die von der bewussten Wahrnehmung der Botschaft, Informiertheit, Überzeugung über die Verhaltensabsicht und Verhaltensänderung bis hin zur Verhaltensstabilisierung reicht. Das Durchlaufen dieser Stufen stellt eine idealtypische Abfolge dar. Abhängig vom jeweiligen Kampagnenthema bzw. von der Ausrichtung der Kampagne können in der Realität jedoch auch einzelne Stufen wiederholt durchlaufen oder übersprungen werden. Zudem kann es auch Ziel einer Kampagne sein, ein schon positives Gesundheitsverhalten beizubehalten (z.B. Nichtrauchen).

3. Prozessqualität:

Diese hat die Funktion, die Planungs- und Durchführungsgüte einer Kampagne zu sichern. Die Entwicklung einer Kampagne beginnt mit einer klaren Zielformulierung und der Analyse der Faktoren, die für die Erreichung der Ziele als relevant erachtet werden. Ist eine vorläufige Auswahl an Maßnahmen und Medien getroffen, werden diese im Rahmen von Pretests hinsichtlich deren Wahrnehmung (u.a. spontaner Eindruck, *Likes* und *Dislikes*), Verständnis, Erinnerung (*Recall*) oder Akzeptanz in der Zielgruppe evaluiert. Damit soll sichergestellt werden, dass das Medien- und Maßnahmenangebot die notwendigen Voraussetzungen zur Entfaltung der anvisierten Wirkungen erfüllt. Zur Untersuchung von Kino-Spots, Plakaten, Anzeigen und Broschüren hat die BZgA standardisierte Verfahren entwickelt. Weitere Einzelmaßnahmen werden je nach Art und Fragestellung gesondert untersucht.

4. Ergebnisqualität:

Wirksamkeitsnachweise sowohl von Einzelmaßnahmen und Medien als auch der Gesamtkampagne erfolgen anhand von Indikatoren (Zielerreichungsgradmesser). Sie geben Auskunft darüber, ob und in welchem Ausmaß die Zielgruppe von der Kampagne erreicht wird (Erreichbarkeitsindikatoren), sowie ob und in welchem Ausmaß die beabsichtigten Wirkungen auftreten (Wirkungsindikatoren, zumeist

bezogen auf Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensaspekte). Darüber hinaus kann es je nach Kampagnenziel auch sinnvoll sein, Strukturindikatoren zu messen, z.B. zur Erfassung der Entwicklung von Kooperationsstrukturen und -prozessen. Können gemessene Veränderungen entlang des der Kampagne zugrunde liegenden „Logischen Modells“ plausibel dargestellt werden und gibt es für diese keine alternativen Erklärungen, lassen sich die beobachteten Effekte mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf die Maßnahme oder Kampagne zurückführen. Kampagneneffekte der BZgA werden durch regelmäßig wiederholte Repräsentativbefragungen der Bevölkerung gemessen, z.B. in den Themenfeldern HIV/Aids, illegale Drogen, Alkohol, Tabak oder Glücksspiel (von Rüden, 2014; BZgA, 2013, 2012, 2014a,b).

Forschung, Evaluation und Maßnahmen der Qualitätssicherung haben im Rahmen der Gesundheitskampagne somit folgende Aufgaben:

- Gewährleistung eines hohen Maßes an Planungs- bzw. Konzeptqualität der Kampagne und ihrer Maßnahmen,
- Untersuchung und Optimierung der Leistungsfähigkeit einzelner Kampagnenmaßnahmen,
- Überprüfung des Interventionsverlaufs und der Kampagnenwirkungen durch regelmäßige Beobachtung geeigneter Indikatoren und somit die Wahrnehmung einer Monitoring-Funktion sowie
- Rückkopplung der Ergebnisse für Impulse zur gezielten Weiterentwicklung.

Mit diesem Vorgehen orientiert sich die skizzierte Methodik am sogenannten „*Public Health Action Cycle*“ (Rosenbrock, 1995), in dem Forschung, Planung, Durchführung/Implementierung und Evaluation als zirkuläre Prozessabfolge skizziert werden und zugleich eine kontinuierliche Qualitätssicherung und -entwicklung erfolgt.

Bei der Evaluation bevölkerungswweiter Kampagnen sind Beobachtungsstudien (in regelmäßigen Abständen durchgeführte, repräsentative Querschnittsstudien, als Bevölkerungsmonitoring) die Methode der Wahl, da sich klassische experimentelle Designs hierfür nur bedingt eignen (Haß & Töppich, in Vorbereitung). Da es sich bei Mehr-Ebenen-Kampagnen um komplexe Interventionen handelt, müssen für diese geeignete Studiendesigns (Berücksichtigung von Settings, Interventionsketten, Wechselwirkungen von Zwischen- und Hauptzielen etc.) weiterentwickelt werden (vgl. auch Robert Koch-Institut & Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2012). In jedem Fall sind eine sorgfältige Dokumentation der Methodik und die Publikation der Evaluationsergebnisse notwendig, um die Chance der Aufnahme solcher Studien in systematische Reviews im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung zu erhöhen und damit auch zum Wissenszuwachs und zur Evidenzbildung beizutragen.

3.3 Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)

Zur Evaluation komplexer Interventionen zeichnen sich in manchen Fällen partielle Evaluationen als gangbarer Weg ab. Die Wirkungsevaluation konzentriert sich darauf, relevante Einzelkomponenten zu identifizieren und zu evaluieren (sofern sie nicht bereits als evidenzbasiert gelten können), und ggf. übergeordnete Aspekte wie Kooperationsverhältnisse und dergleichen in einer stark partizipativ ausgerichteten Prozessevaluation zu begleiten.

Diese Vorgehensweise soll kurz am Beispiel der Evaluation der eingangs erwähnten Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) veranschaulicht werden, in deren Evaluationsbeirat ein Vertreter der DeGEval mitgewirkt hat und deren Evaluationsansatz konzeptionell auf die DeGEval Bezug nimmt. Die GDA ist ein Präventionsansatz, der Bund, Länder und Unfallversicherungsträger auf die Formulierung und Umsetzung gemeinsamer Arbeitsschutzziele verpflichtet. In der ersten GDA-Periode 2008–2013 ging es um die Verringerung von Häufigkeit und Schwere von Arbeitsunfällen, die Verringerung von Muskel-Skelett-Belastungen und Erkrankungen sowie die Verringerung der Häufigkeit und Schwere von Hauterkrankungen, des Weiteren um die Verbesserung der Zusammenarbeit mit Dritten (z.B. den Krankenkassen) und die Vereinheitlichung des arbeitsschutzrechtlichen Regelwerks. In der zweiten GDA-Periode 2013–2018 geht es um die Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes, die Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich sowie um den Schutz und die Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung (www.gda-portal.de/de/Startseite.html). Dazu dienen Arbeitsprogramme in verschiedenen Interventionsfeldern, auf die sich die Träger der GDA in der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK)² verständigt haben.

Die Evaluation der GDA ist im Arbeitsschutzgesetz vorgegeben. Die Erfahrungen mit den oben kurz skizzierten Problemen der Evaluation komplexer Interventionen in der ersten GDA-Periode haben dazu geführt, das Evaluationsdesign für die zweite GDA-Periode als „Prozessorientiertes Wirkungsmonitoring“ (PMV) anzulegen (siehe dazu Stamm, Schmitt, Lenhardt & Pernack, 2013). Dabei wird nicht versucht, Interventionen und Wirkungen über ein Kontrollgruppendesign miteinander in Verbindung zu bringen, sondern es werden Interventionsprozesse über Wirkungsketten bis zu einem Umsetzungspunkt verfolgt, der erwarten lässt, dass die Interventionen einen Beitrag zum gewünschten Outcome leisten. Man bewegt sich damit sehr nahe an der Interventionsrealität, kann aber keine Effektmaße wie in Evaluationsstudien mit Kontrollgruppe berechnen.

2 Als zentrales Entscheidungsgremium für die Planung, Koordinierung und Evaluation der zur Umsetzung der GDA vorgesehenen Maßnahmen wurde durch das Arbeitsschutzgesetz (geändert durch das Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz (UVMG)) die „Nationale Arbeitsschutzkonferenz“ eingerichtet.

4. Die Situation in Österreich

Im Bereich „*Prävention/Gesundheitsförderung*“ steht in Österreich vergleichsweise wenig Geld zur Verfügung. Das zeigt beispielsweise die Vergleichsstudie „*Health at a Glance 2013*“ zur Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme der OECD, in der 31 Industrieländer verglichen werden (OECD, 2013). Die gesamten Gesundheitsausgaben machen in Österreich 10,8% des Bruttoinlandsproduktes aus. Damit liegt Österreich auf Platz 8. Auf den Bereich Prävention/Gesundheitsförderung entfallen in Österreich lediglich 1,8%, was deutlich unter dem EU-Schnitt ist. Eine mangelhafte präventive Versorgung schlägt sich darin nieder, dass die Österreicher/Österreicherinnen drei Jahre weniger in Gesundheit verbringen als EU-Bürger/innen im Durchschnitt (Riedler, 2013). Dies belastet auch das Gesundheitssystem mit hohen Folgekosten. Um u.a. sicherzustellen, dass die meist mit Steuergeldern finanzierten Maßnahmen in einer für die Zielgruppen bestmöglichen Form erbracht werden, wurde in Österreich im Gesundheitsreformgesetz 2013 der Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention festgelegt und Evaluation und Evidenzbasierung eingefordert. Somit wurde ein gutes politisches Fundament für Evaluationen und Maßnahmen der Qualitätssicherung im Bereich „*Prävention/Gesundheitsförderung*“ geschaffen.

4.1 Historische Entwicklungen und aktueller Stand

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention sowie deren Evaluation stehen in Österreich in engem Zusammenhang mit dem Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) von 1998 und der Beauftragung des „*Fonds Gesundes Österreich*“ (FGÖ) als zentrale Förder- und Koordinationsstelle für Gesundheitsförderung und Primärprävention. Grundlage der Arbeit des FGÖ ist die Ottawa Charta³ (WHO, 1986). Schwerpunkte waren von Beginn an „*Ernährung und Bewegung*“, „*Psychosoziale Gesundheit*“ sowie setting- und zielgruppenspezifische Ansätze (z.B. betriebliche, schulische und kommunale Gesundheitsförderung, ältere Menschen, Menschen mit geringem sozio-ökonomischem Status, mit besonderen Bedürfnissen, in schwierigen Lebenssituationen oder mit besonderen Belastungen). Dem FGÖ steht seit 1998 unverändert ein jährliches Budget von 7,25 Mio. Euro zur Verfügung. Im Jahr 2006 wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) gegründet und der FGÖ als einer der Geschäftsbereiche neben dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) eingegliedert.

Auch vom Bundesministerium für Gesundheit wurden insbesondere in den letzten Jahren in Kooperation mit anderen Bundesministerien, Organisationen und wichtigen Stakeholdern zahlreiche bundesweite Strategien und Programme entwickelt und umgesetzt (z.B. Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, Nationaler Aktionsplan Ernährung, Nationaler Aktionsplan Bewegung, Rahmengesundheitsziele, Suizidprävention).

3 Die sogenannte Ottawa Charta ist das Schlussdokument der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO im Jahre 1986. In dieser werden die Staaten dazu aufgefordert, Strategien und Programme zur Gesundheitsförderung umzusetzen und weiterentwickeln. Ein inhaltliches und methodisches Integrationsmodell ist beschrieben, das bis heute als Leitfaden für Gesundheitsförderung gilt.

Weitere wichtige Akteure/inn/e/n im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich sind einerseits auf Bundesebene der Hauptverband der Sozialversicherungsträger (HSV), die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) sowie die Pensionsversicherungsanstalt (PVA), andererseits auf Landesebene die einzelnen Sozialversicherungen und Gebietskrankenkassen sowie Einrichtungen wie beispielsweise die Wiener Gesundheitsförderung GmbH oder der NÖ Gesundheits- und Sozialfonds. Dies stellt nur eine exemplarische Auflistung einiger wichtiger Akteur/inn/e/n und Initiativen dar. Eine vollständige Darstellung, insbesondere auf Ebene der Bundesländer, würde den Rahmen des vorliegenden Beitrages sprengen.

Nicht bei allen Fördergebern in Österreich sind Evaluationen für alle Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmaßnahmen verpflichtend. Für Projekte, die vom FGÖ gefördert werden, wird jedoch seit Gründung des FGÖ Wert auf Evaluation gelegt. Es besteht seit 1998 Evaluationspflicht für alle größeren Projekte (derzeit für Projekte ab 20.000 Euro beantragter Fördersumme). Für Projekte mit geringerer Fördersumme ist eine ausführliche Dokumentation obligat und Evaluation optional. Bei Projekten, bei denen die beantragte Fördersumme einen – im Laufe der Jahre öfter angepassten – bestimmten Betrag überschreitet, ist eine externe Evaluation verpflichtend, welche Ergebnis- und Prozessevaluation vorsieht. Projektdurchführende, die eine Fördersumme unter dieser Grenze beantragen, können zwischen Selbstevaluation und externer Evaluation wählen.⁴

In der Vergangenheit standen, sowohl beim FGÖ als auch bei anderen Fördergebern, Evaluationen von Einzelmaßnahmen im Vordergrund, wobei die Evaluationen bezüglich der Qualität und der Einhaltung von Evaluationsstandards große Heterogenität aufwiesen. Insbesondere bei Selbstevaluationen waren mangelnde oder Nicht-Kennntnis von Evaluationsstandards resultierend in „schwachen“ Evaluationsdesigns ohne theoretisches Modell, ohne Formulierung messbarer Ziele und/oder Verwendung fragwürdiger Indikatoren, Kennzahlen und Messinstrumente, festzustellen. Selten gab es Evaluationen entlang von Wirkungsketten, Evaluationen der Nachhaltigkeit oder Evaluationen im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Entwicklung eines komplexen Programmes auf Basis eines systematischen, transparenten und datengestützten Lernprozesses. Diese Evaluationen werden ebenso wie ökonomische Evaluationen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen vornehmlich im Rahmen externer Evaluationen von Universitäts- und Forschungsinstituten durchgeführt.

Analog zur Qualität der Evaluationen ist auch das Bild der Evaluierenden heterogen. Neben den Projektdurchführenden selbst führen die GÖG, Universitäts- und Forschungsinstitute, Unternehmensberatungen, selbständig tätige Arbeits- und Organisationspsycholog/inn/en, Sozialwissenschaftler/innen, Sportwissenschaftler/innen, Absolvent/inn/en von Public Health Lehrgängen, etc. Evaluationen durch.

Um die Qualität der Projekte und deren Evaluationen weiterzuentwickeln und systematisches, projektübergreifendes Lernen aus den Projektevaluationen zu ermöglichen, wurden seitens des FGÖ umfangreiche Maßnahmen ergriffen: Beginnend mit 2013 setzt der FGÖ eine „*Formative Programmevaluation*“ um (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2013; Waldherr, Rohrauer-Näf, Simek, Braunegger-Kallinger & Peinhaupt, 2012, 2013), die einem systemischen Ansatz folgt und deren Ziel die Weiter-

4 Vgl. <http://info.projektguide.fgoe.org/> (eingesehen am 13.03.2014).

entwicklung der geförderten Projekte und schließlich auch der Gesundheitsförderung in Österreich ist. Im Zuge dessen wurden auch die Kriterien für die Evaluationen der geförderten Projekte überarbeitet. Beginnend mit 2014 wurde die Grenze für eine verpflichtende externe Evaluation auf 60.000 Euro herabgesetzt (in den Jahren davor betrug diese Grenze 72.000 Euro), wobei sich der FGÖ zusätzlich vorbehält, eine externe Evaluation unabhängig von der Förderhöhe zu beauftragen (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2014). Bei externer Evaluation ist eine „systematische, prozessbegleitende Evaluation vorzusehen“, die sowohl auf Strukturen und Prozesse der Implementierung als auch auf Wirkungen fokussiert.⁵ Seit 2014 sind externe Evaluator/innen verpflichtet, den „FGÖ Evaluationsbogen“ zu beantworten, in dem obligate Evaluationsfragen zu Qualitätskriterien zu den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung (z.B. gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Zielgruppenorientierung, Partizipation, Nachhaltigkeit), zu Qualitätskriterien der Projektplanung und -umsetzung (z.B. Begründung der Aktivitäten und Methoden) sowie zu Ziel- und Zielgruppenreichung beantwortet werden müssen. Damit werden zentrale Qualitätsdimensionen vergleichbar zur Evaluation von Kampagnen der BZgA (vgl. Kap. 3.2) berücksichtigt. Im Zuge von Selbstevaluationen sollen diese Fragestellungen im Rahmen der Zwischen- und Endberichte beantwortet werden. Des Weiteren erhalten sowohl externe Evaluator/innen als auch Selbstevaluator/innen Hilfestellungen und Checklisten zur Evaluation, in denen sie u.a. auch auf die Standards der DeGEval hingewiesen werden. Im Rahmen des FGÖ-Weiterbildungsprogrammes werden Vernetzungstage für Evaluators/innen organisiert. Durch diese Maßnahmen soll die Heterogenität der Projektevaluationen verringert werden und der Blick stärker auf Prozesse und Lernen aus Evaluationen gerichtet werden.

Als weiteres Beispiel für diese positiven Entwicklungen sollen die Aktivitäten im Präventionsbereich der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) genannt werden: Auch diesem Auftraggeber ist es ein Anliegen, sowohl die Wirksamkeit seiner Präventionsmaßnahmen zu untersuchen (d.h. ob diese wirken) als auch die dahinterliegenden Wirkmodelle zu explizieren und zu prüfen (d.h. warum diese wirken). Die Evaluationsergebnisse sollen dann als Ausgangspunkt für die Konzeption weiterer (möglicherweise zielgruppenspezifischerer) Interventionen sein. Um diese Ziele zu erreichen und zukünftig alle Präventionsaktivitäten an einem Standard auszurichten, wurde in einem evaluationswissenschaftlichen Projekt eine übergeordnete Evaluationsstrategie entwickelt: Ein integratives Baukastensystem als gemeinsames Meta-Modell für alle Evaluationen ermöglicht eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Interventionen und letztendlich eine Aussage über komplexe Programme oder Kampagnen (AUVA, 2013).

Die exemplarisch angeführten Maßnahmen seitens des FGÖ und der AUVA sind wichtige Schritte zur weiteren Erhöhung der Qualität von Evaluationen. Ganz allgemein ist in Österreich jedoch eine Professionalisierung im Arbeitsfeld Evaluation notwendig: In vielen Hochschulstudien werden inzwischen zwar Lehrveranstaltungen bzw. Module zu Evaluation in unterschiedlichem Umfang angeboten, ein anerkanntes Aus- oder Weiterbildungsprogramm gibt es in Österreich jedoch bisher nicht.

5 Vgl. Fonds Gesundes Österreich (2013). Fact Sheet „Anforderungen an die Evaluation geförderter Projekte“ (http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/hilfestellungsdownloads/Evaluation_2014/Factsheet_Evaluation.pdf; eingesehen am 13.03.2014).

Zusammenfassend kann für Evaluationen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in Österreich festgehalten werden, dass seitens der Autor/innen einerseits an vielen Stellen ein Handlungsbedarf gesehen wird. Andererseits wurde der Wert von Evaluationen seitens der Politik in den letzten Jahren vermehrt erkannt und es wurden Maßnahmen gesetzt, um einen verbesserten Rahmen hierfür zu schaffen (wie z.B. sichtbar im Gesundheitsreformgesetz, 2013). Zentrale Auftraggeber/innen von Evaluationen (z.B. AUVA) und Fördergeber/innen (z.B. FGÖ) arbeiten kontinuierlich an der Weiterentwicklung ihrer Qualitätsstandards für Evaluationen.

In Zukunft sollen in Österreich auch Gesundheitsfolgenabschätzungen (GFA) etabliert werden. Das Etablierungskonzept sieht die Erprobung in Form von Pilotprojekten inklusive Evaluation vor. Eine erste „*Pilot-GFA zum verpflichtenden Kindergartenjahr*“ wurde im Auftrag des Gesundheitsministeriums, des HSV und des Landes Steiermark vom ÖBIG durchgeführt (Haas, Gruber, Kerschbaum, Knaller, Sax & Türscherl, 2012) und durch eine Prozessevaluation begleitet (Grillich & Griebler, 2012).

5. Ausblick

Welche Konsequenzen ergeben sich aus den identifizierten Schwachstellen bei Evaluationen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in beiden Ländern?

Folgende Möglichkeiten der weiteren Entwicklung werden gesehen:

- *Möglichkeiten zum Umgang mit komplexen Interventionen:*
Die Komplexität und Dynamik von Interventionen in der Gesundheitsförderung und Prävention erfordert gegenstandsadäquate Methoden und daher von der Evaluation Flexibilität sowie Triangulation von Methoden, Perspektiven und Zeitpunkten, um wesentliche Beiträge für die Weiterentwicklung von Interventionen zu liefern. Konkrete Beispiele aus Deutschland und Österreich sowie eine ausführlichere Diskussion zur Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention/Gesundheitsförderung sind beispielsweise in der gleichnamigen Publikation des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2012) zu finden.
- *Möglichkeiten zur Wirkungsevaluation:*
Eine Lösungsmöglichkeit sind systemische Ansätze und die Fokussierung von Wirkungsevaluationen auf die Schlüsselemente einer komplexen Intervention, um ein tieferes Verständnis von komplexen Wirkungszusammenhängen zu erlangen (vgl. Waldherr, Rohrauer-Näf, Simek, Braunegger-Kallinger & Peinhaupt, 2012). Das bedeutet, sich bei Wirkmodellen konkrete Wirkungsmechanismen genauer anzusehen, und auch der Frage nach zu gehen, warum eine Intervention nicht für alle Personen/-gruppen bzw. allen Kontexten (gleichermaßen) wirksam bzw. geeignet ist. Dieses Phänomen findet man sehr häufig bei der Evaluation von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, insbesondere wenn sie in sehr vielen verschiedenen Kontexten von verschiedenen Akteur/inn/en umgesetzt werden. Denn es unterscheiden sich nicht nur Personen hinsichtlich verschiedener Persönlichkeitscharakteristika, sondern auch die Kontexte, in denen sie sich bewegen und in denen eine Intervention umgesetzt wird. Diesen Umständen gerecht zu werden,

versuchen Ansätze wie z.B. jener der *realistic evaluation* (Pawson & Tilley, 1997, die untersuchen, was für wen unter welchen Bedingungen wirkt), oder das bereits angesprochene „Prozessorientierte Wirkungsmonitoring“ (s. dazu z.B. Schmitt, 2013).

- *Möglichkeiten zur Vermeidung von „Typ-III-Fehlern“:*

Des Weiteren sollten vermehrt auch Informationen über die tatsächliche Implementation der Programme gesammelt werden (d.h. Umsetzungsgenauigkeit bzw. -treue), um den sogenannten „Typ-III-Fehler“ zu reduzieren (vgl. Century et al. 2010): Man nimmt aufgrund ausbleibender Effekte an, dass ein Programm/eine Maßnahme keine Wirkung zeigt. Dieser ausbleibende Effekt kommt jedoch dadurch zustande, dass das Programm nicht so umgesetzt wurde, wie es intendiert war. Besonders anfällig für Typ-III-Fehler sind komplexe Programme und/oder Programme mit vielen Multiplikationsebenen – wie sie eben im Bereich der Prävention/Gesundheitsförderung vorliegen. Implementationsforschung und Evaluationen der Viabilität⁶ von Interventionen (vgl. Chen, 2010) können zur Entwicklung von unter realen Lebensbedingungen praktikablen Interventionen beitragen.

Betrachtet man die Gemeinsamkeiten der dargestellten Situationen in Deutschland und Österreich, wird deutlich, dass man in beiden Ländern in ähnlicher Art und Weise versucht, Lösungen für die Bewältigung der komplexen Herausforderungen im Präventionsbereich und in der Gesundheitsförderung zu finden: Zum einen durch die Etablierung zentraler Organisationen (wie die im Beitrag genannten BZgA und FGÖ), die bestimmte Qualitätsstandards für Evaluationen festlegen. Zum anderen wird ersichtlich, dass in beiden Ländern die Notwendigkeit gesehen wird, dass die Entwicklung von Interventionen im Präventionsbereich und in der Gesundheitsförderung stärker theoretisch fundiert und mehr mit Evaluationen verzahnt wird. Partizipative, nutzenorientierte, prozessorientierte systemische Evaluationsansätze und das Prinzip „Lernen aus Evaluationen“ müssen einen höheren Stellenwert erhalten (vgl. Patton, 2008). Dies setzt jedoch entsprechende Ausgangsbedingungen voraus, wie z.B. rechtzeitige Einbindung der Evaluation, klare Zielsetzung und Kohärenz zwischen Zielen und gesetzten Maßnahmen bzw. theoretische Fundierung der Maßnahmen, ausreichend finanzielle Mittel auch für anspruchsvollere Evaluationsdesigns (sowohl für Ergebnis- als auch Prozessevaluationen).

Dafür ist die Etablierung einer entsprechenden Haltung erforderlich: Auftraggebende und relevante Stakeholder in Politik und Verbänden müssen dafür sensibilisiert werden, dass Evaluation nicht nur der Kontrolle und Legitimation dienlich ist, sondern auch dem Erkenntnisgewinn und der (Weiter-)Entwicklung von Programmen und Maßnahmen (vgl. Stockmann, 2006, S. 66). Dies erfordert eine enge Kooperation mit den Akteuren/Akteurinnen im Feld und an Universitäten/Hochschulen sowie ein ausreichendes Evaluationsbudget. Aktuelle Entwicklungen in der Evaluationsliteratur, die Evaluation als Möglichkeit zum Lernen und zur Weiterentwicklung in den Mittelpunkt stellen – wie z.B. die *Developmental Evaluation* (Patton, 2010), partizipative Qualitätsentwicklung (vgl. Wright, 2010) oder Evaluation der Viabilität von Interventi-

6 Hierbei wird erfasst, ob die Beteiligten die Intervention als hilfreich und geeignet betrachten, ob diese (finanziell) tragbar und auch in der Umsetzung praktikabel ist.

onen (vgl. Chen, 2010) – können helfen, diesen Haltungs- und Paradigmenwechsel zu unterstützen.

Literatur

- Abroms, L. C. & Maibach, E. W. (2008). The effectiveness of mass communication to change public behavior. *Annual Review of Public Health*, 29, 219–34.
- AUVA – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Hrsg.). (2013). *Report 63. Darstellung des integrativen Baukastensystems für Evaluationen im Präventionsbereich der AUVA*. Verfügbar unter: https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/1018762_R63.pdf [25.02.2014].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003). *Zielorientierte Kampagnenplanung der BZgA*. Internes Arbeitspapier. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: Aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013). *AIDS im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2012*. Kurzbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014a, in Vorbereitung). *Ergebnisbericht zum Alkoholsurvey 2012* (vorläufiger Arbeitstitel). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014b). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland 2013*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Century, J., Rudnick, M. & Freeman, C. (2010). A framework for measuring fidelity of implementation: A foundation for shared language and accumulation of knowledge. *American Journal of Evaluation*, 31(2), 199–218.
- Chen, H. T. (2010). The bottom-up approach to integrative validity: A new perspective for program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 33, 205–214.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Fonds Gesundes Österreich (2013). *Arbeitsprogramm 2013*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Fonds Gesundes Österreich (2014). *Leitfaden zur Projektförderung des Fonds Gesundes Österreich*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Grillich, L. & Griebler, U. (2012). *Prozessevaluation zum Pilotprojekt „Gesundheitsfolgenabschätzung des verpflichtenden Kindergartenjahres“*. Donauuniversität Krems: Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie.
- Grillich, L., Kien, C. & Gartlehner, G. (to be submitted). *Effect of a school-based health promotion program on children in primary schools: A cluster randomized controlled trial*.
- Haas, S., Gruber, G., Kerschbaum, H., Knaller, C., Sax, G. & Türscherl, E. (2012). *Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht 2012*. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

- Haß, W. & Töppich, J. (2014). Evaluation und Evidenz in der Prävention. In Bundesärztekammer (Hrsg.), *Report Versorgungsforschung: Prävention – Wirksamkeit und Stellenwert in der Gesundheitsversorgung*, Band 9. Deutscher Ärzteverlag.
- Koch, U., Kawski, S. & Töppich, J. (2001). Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts in der Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundzüge, Methoden und Anforderungen. Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 15* (S. 87–95). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Kuhn, J. (2014). Prävention – mehr als Früherkennung. In Kassenärztliche Vereinigung Bayern (Hrsg.), *KVB FORUM 1-2/2014*. S. 8–13. Verfügbar unter: <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/Publication/KVB-FORUM/FORUM-2014-01-02/FORUM/KVB-FORUM-1-2-2014-Titelthema-Praevention-mehr-als-Fruherkennung.pdf> [25.03.2014].
- McGuire, W. J. (1989). Theoretical Foundations of Campaigns. In R. E. Rice & C. K. Atkin (Eds.), *Public Communication Campaigns* (pp. 43–65). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Mühlhauser, I., Lenz, M. & Meyer, G. (2012). Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen – eine methodische Herausforderung. In Robert-Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (S. 43–55). Berlin: RKI.
- Noar, S. M., Palmgreen, P., Chabot, M., Dobransky, N. & Zimmerman, R. S. (2009). A 10-Year Systematic Review of HIV/AIDS Mass Communication Campaigns: Have We Made Progress? *Journal of Health Communication*, 14(1), 15–42.
- OECD (2013). *Health at a Glance 2013*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013. Verfügbar unter: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en [25.02.2014].
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications Ltd.
- Patton, M. (2008). *Utilization-Focused Evaluation* (4. edition). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Patton, M. Q. (2010). *Developmental Evaluation. Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. New York, NY: Guilford Press.
- Riedler, K. (2013). Aktuelle Herausforderungen der ambulanten Versorgung in Österreich. *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, 1/2013, 33–58.
- Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2012). *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.
- Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*, 57(3), 140–144.
- Schmitt, B. (2013). Evaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie. In Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (S. 107–114). Berlin: RKI.
- Sharpe, H., Schober, I., Treasure, J. & Schmidt, U. (2013). Feasibility, acceptability and efficacy of a school-based prevention programme for eating disorders: Cluster randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 203(6), 428–435.

- Singhal A. & Rogers, E. (1999). *Entertainment Education. A Communication Strategy for Social Change*. Mahwah, New Jersey, London: LEA Publishers.
- Stamm R., Schmitt, B., Lenhardt, U. & Pernack, E. F. (2013). Evaluation: Was bringt die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. *Prävention* 36(2), 55–58.
- Stockmann, R. (2006). *Evaluation und Qualitätsentwicklung. Eine Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagement*. Münster: Waxmann.
- Stockmann, R., Meyer, W. & Schenke, H. (2011). Unabhängigkeit von Evaluationen. *Zeitschrift für Evaluation*, 10, 39–67.
- Töppich, J. (2008). Die Nutzung von Gesundheitsdaten in der Prävention und Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Statistik und Wirtschaft. Band 9* (S. 96–103). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Van Dongen, J., Strijk, J., Proper, K., Van Wier, M., Van Mechelen, W., Van Tulder, M. & van der Beek, A. J. (2013). A cost-effectiveness and return-on-investment analysis of a worksite vitality intervention among older hospital workers: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(3), 337–46.
- von Räden, U. (2014). HIV und Safer Sex. Konzept, Strategie und wissenschaftliche Grundlagen der HIV/AIDS-Prävention der BZgA. In Bundesärztekammer (Hrsg.), *Report Versorgungsforschung: Prävention – Wirksamkeit und Stellenwert in der Gesundheitsversorgung*, Band 9. Deutscher Ärzteverlag.
- Waldherr, K., Rohrauer-Näf, G., Simek, M., Braunegger-Kallinger, G. & Peinhaupt, C. (2013). Formative Evaluation der Fördertätigkeit des Fonds Gesundes Österreich. Ein systemischer Ansatz zur Evaluation eines komplexen Programms. *Prävention*, 36(1), 6–9.
- Waldherr, K., Rohrauer-Näf, G., Simek, M., Braunegger-Kallinger, G. & Peinhaupt, C. (2012). Evaluation der Fördertätigkeit des Fonds Gesundes Österreich. In Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (S. 135–144). Berlin: RKI.
- WHO – World Health Organization (1986; 17–21. November). *Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*. Ottawa, Geneva, Canada: World Health Organization.
- Wright, M. (Hrsg.). (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber.