



Ergebnisevaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Leitfaden Selbstevaluation für Praktikerinnen und Praktiker.

Gesundheitsförderung

Infektionsschutz

Gesundheitsdaten

Pharmazie

Gesundheitswirtschaft

Versorgung

Ergebnisevaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Ein Leitfaden zur Selbstevaluation für Praktikerinnen
und Praktiker.

Impressum

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen
Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

Autorin
Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
E-Mail: petra.kolip@uni-bielefeld.de

Bearbeitung
Svenja Budde, LZG.NRW Bielefeld

Namensbeiträge geben die Meinungen der Verfasser wieder. Sie entsprechen nicht unbedingt der Auffassung des Herausgebers.

Layout und Verlag
LZG.NRW

Bildnachweis
Titelbild: © Mirko Raatz - Fotolia

Das LZG.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nordrhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Bielefeld, Februar 2016

ISBN 978-3-88139-201-3

Inhalt

1. Einführung	5
1.1 Philosophie des Leitfadens.....	5
1.2 Was ist Evaluation?.....	6
1.3 Prozess- und Ergebnisevaluation.....	6
1.4 Selbstevaluation und Fremdevaluation.....	7
2. Überblick: Ablauf einer Ergebnisevaluation	9
3. Grundlagen	13
3.1 Der Public Health Action Cycle als Rahmenmodell für die Prävention und Gesundheitsförderung.....	13
3.2 Qualitätsdimensionen der Gesundheitsförderung.....	15
4. Planungsqualität als Voraussetzung für Ergebnisqualität	17
4.1 Zur Notwendigkeit einer klaren Zieldefinition.....	17
4.2 Ergebnismodell zur Unterscheidung von Zielebenen.....	18
4.3 Die Unterscheidung von Zielen und Maßnahmen.....	20
4.4 Die Formulierung „smarter“ Ziele.....	21
4.5 Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling) als Instrument spezifischer und abgestufter Zieldefinition.....	22
5. „Was ist denn herausgekommen?“ – Ergebnisqualität	25
5.1 Das Messbarmachen von Zielen: Indikatoren.....	25
5.2 Vom Indikator zum Erhebungsinstrument.....	27
5.2.1 Wo finde ich vorhandene Fragebögen?.....	28
5.2.2 Wie erstelle ich einen Fragebogen?.....	29
5.2.3 Schriftlich, mündlich oder online?.....	30
5.2.4 Muss immer alles gezählt werden? Qualitative Ansätze der Ergebnisevaluation.....	31
5.3 Methodik der Ergebnisevaluation: Forschungsdesigns.....	32
5.4 Auswertung und Interpretation.....	34
6. Ablauf einer Ergebnisevaluation – Beispiel Rauchstopp in der Schwangerschaft	37
7. Literatur	41
8. Anhang	42
8.1 Glossar.....	42
8.2 Beispiele für Frage- und Antwortmöglichkeiten in einem Fragebogen.....	45
8.3 Beispiele für Fragebögen.....	46
8.4 Checkliste zur Planung einer Studie zur Ergebnisevaluation.....	53
8.5 Die Arbeit mit dem Ergebnismodell und Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling).....	53
8.6 Abbildungsverzeichnis.....	60

Hinweise



Inhalte, die mit diesem Symbol versehen sind, enthalten wichtige oder zentrale Aussagen oder Hinweise.



Dieses Symbol bietet Ihnen die Möglichkeit, weitere Informationen im Internet zu finden.



Über dieses Symbol erhalten Sie ergänzende oder weiterführende Literaturhinweise.

Glossar

Wir möchten mit diesem Leitfaden möglichst viele Akteurinnen und Akteure aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen und Branchen erreichen. Je nach Fachgebiet sind sie mit anderen Begrifflichkeiten vertraut, weshalb wir zum leichteren Verständnis ein Glossar angefertigt haben. Begriffe, die im Glossar erklärt werden, sind unterstrichen.

Der Text ist ursprünglich als Online-Leitfaden konzipiert worden, um mittels audiovisueller Dateien Möglichkeiten zur Vertiefung zu bieten (jeweils zwei Dateien: Audio-PDF und Handout). Diese Dateien finden Sie auf der Webseite des LZG.NRW im Themenfeld „Gesundheit schützen und fördern“ mit den Stichworten „Leitfaden Selbstevaluation“.

Der vorliegende Leitfaden wird in einem Modellversuch durch ein Beratungsangebot seitens des Landesentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) begleitet. Dieses Angebot baut auf den Inhalten des Leitfadens auf und richtet sich an alle kommunalen Akteurinnen und Akteure in NRW, die sich mit dem Leitfaden eingehend befasst haben. Wenn nach der Auseinandersetzung mit dieser Arbeitshilfe weiterer Klärungsbedarf besteht, versucht das LZG.NRW beim Einstieg in die Selbstevaluation Unterstützung zu leisten.

Kontakt

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
Fachgruppe Prävention und Gesundheitsförderung
Svenja Budde
Westerfeldstraße 35/37
33611 Bielefeld
Telefon: 0521 8007-3130
E-Mail: svenja.budde@lzg.nrw.de

Wir danken Frau Prof. Dr. Kolip von der Universität Bielefeld für die Erstellung der Texte und Präsentationen zu diesem Leitfaden.

1. Einführung

1.1 Philosophie des Leitfadens

Qualitätsentwicklung hat seit langem Einzug in die Gesundheitsförderung und Prävention gehalten. Eine sorgfältige Projektplanung, die Dokumentation der Aktivitäten oder eine Kontrolle des Budgets sind selbstverständliche Bestandteile der Arbeit von Institutionen und Einrichtungen, die im Feld der Gesundheitsförderung aktiv sind. Zahlreiche größere Einrichtungen arbeiten zudem bereits seit vielen Jahren mit einem Qualitätsmanagement. Diese Ansätze haben das Bewusstsein dafür geschärft, dass die Umsetzung geplanter Aktivitäten nicht automatisch gut gelingt, sondern eine systematische Planung und Reflexion des Prozesses erfordert.

In den letzten Jahren wird zunehmend das Bedürfnis formuliert, nicht nur die Prozesse zu reflektieren und die Aktivitäten zu dokumentieren, sondern darüber hinaus auch die Effekte und Wirkungen zu erfassen. Wurde die Zielgruppe erreicht? Hat die Zielgruppe das Angebot angenommen? Konnte das Verhalten der Zielgruppe verändert werden? Konnten Strukturen wie geplant verändert werden? Diese Fragen verweisen auf die Wirkung der Interventionen sowohl auf Verhaltens- als auch auf Verhältnisebene. Zahlreiche Institutionen und Projekte sind nicht mehr damit zufrieden, bloß darzustellen, was sie tun, sondern sie wollen auch die mit den Aktivitäten erzielten Wirkungen abbilden. Um Fragen wie die oben genannten zu beantworten, reicht eine bloße Dokumentation der Projektaktivitäten deshalb nicht mehr aus, vielmehr ist es hierzu notwendig, mit Hilfe sozialwissenschaftlicher Methoden die Wirkung zu erfassen – eine Evaluation durchzuführen.

Viele Praxiseinrichtungen zögern, diesen Schritt zu gehen, weil ihnen die Evaluation wie ein Buch mit sieben Siegeln vorkommt.



Kleinere Evaluationsstudien lassen sich durchaus in Eigenregie durchführen. Das methodische Wissen, das hierzu benötigt wird, lässt sich leicht aneignen.

Die Scheu vor einer Ergebnisevaluation rührt sicherlich auch daher, dass eine Evaluation sehr aufwändig sein und auf wissenschaftlich hohem Niveau durchgeführt werden kann. So wurden in den vergangenen Jahren vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in insgesamt vier Förderrunden Projekte finanziert, die sich mit der Evaluation von Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung befasst haben. Diese Projekte haben mit zum Teil hoch komplexen Forschungsdesigns das Wissen über die Wirkung von Interventionen erweitert. Die Projekte sind auf einer Internetplattform „Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ (KNP) dokumentiert, die die Spannweite der Projekte aufzeigt.

Für Praxiseinrichtungen sind solche Forschungsprojekte aber in der Regel nicht umsetzbar, weil sie viel zu aufwändig sind und eine große Methodenexpertise erfordern. Dies bedeutet aber nicht, dass in der Praxis keine Evaluationen durchgeführt werden können. Im Gegenteil! Dieser Leitfaden will Sie dazu ermuntern und Sie mit methodischem Hintergrundwissen vertraut machen. Er soll Sie in die Lage versetzen, entweder selber eine Evaluation zur Erfassung der Wirkung Ihrer Intervention durchzuführen (Selbstevaluation) oder die Angebote von externen Evaluatoren zu beurteilen (und in den Gesprächen die „richtigen“ Fragen zu stellen), wenn Sie eine Fremdevaluation durchführen wollen. Der Leitfaden will Akteurinnen und Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung sowie aus dem Bildungs- und Sozialbereich in die Grundlagen der Ergebnisevaluation einführen. Auch wenn an der einen oder anderen Stelle methodische Abstriche gemacht werden müssen: Kleinere Studien können durchaus mit „Bordmitteln“ durchgeführt werden und geben Antwort auf die Frage, was die eigenen Aktivitäten eigentlich bringen. Der vorliegende Leitfaden vermittelt Grundkenntnisse über Evaluation im Allgemeinen, befasst sich dabei aber vertiefend mit der Ergebnisevaluation.



Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung (KNP):

www.knp-forschung.de (Abruf: 01.06.2015).

In der Projektdatenbank der KNP sind die Projekte des BMBF dokumentiert.

Informationen zu Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention am Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen finden Sie auf der Webseite des LZG.NRW im Themenfeld „Gesundheit schützen und fördern“ mit den Stichworten „Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention“.

In dem Themenbereich finden Sie zahlreiche Materialien, unter anderem den Leitfaden „Qualitätsinstrumente in Gesundheitsförderung und Prävention“ und andere themenspezifische Leitfäden und Planungshilfen.

Evaluationstools.de im Themenbereich „Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention“:

www.lzg.nrw.de/qualitaet (Abruf: 01.06.2015).

Die Seite bietet eine Übersicht über Erhebungsinstrumente, die sich in der Evaluation einsetzen lassen.

1.2 Was ist Evaluation?

Was aber ist überhaupt „Evaluation“? Bei einer Evaluation geht es darum, ein Projekt oder eine Maßnahme systematisch zu bewerten: Oft ist der Eindruck, den man von den eigenen Aktivitäten hat, eher gefühlt als gemessen – Evaluation versucht, diesen Eindruck zu objektivieren. Sie nutzt dabei sozialwissenschaftliche Methoden: Fragebögen, Interviews, Beobachtungsbögen und andere Verfahren. Im Zentrum einer Evaluation stehen dabei Interventionsprogramme. Das können Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, aber zum Beispiel auch Bildungsinitiativen oder therapeutische Interventionen sein.



Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval):

www.degeval.de (Abruf: 01.06.2015).

Die DeGEval hat Standards für die Evaluation formuliert und in einem Leitfaden publiziert.

1.3 Prozess- und Ergebnisevaluation

In der wissenschaftlichen Literatur wird zwischen Prozessevaluation (auch „formative Evaluation“) und Ergebnisevaluation (auch „summative Evaluation“) unterschieden. Bortz und Döring (2006) erläutern den Unterschied wie folgt:



„Die summative Evaluation beurteilt zusammenfassend die Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention, während die formative Evaluation regelmäßig Zwischenergebnisse erstellt mit dem Ziel, die laufende Intervention zu modifizieren oder zu verbessern.“ (Bortz & Döring, 2006, S. 110).

Die Ergebnisevaluation versucht, nach Abschluss einer Intervention abzuschätzen, welche Wirkung diese hatte. Hierzu werden die beabsichtigten Ziele den erreichten Zielen gegenüber gestellt und es wird Bilanz gezogen, ob die intendierten Ziele erreicht wurden. Diese Evaluationsform steht im Zentrum dieses Leitfadens, denn die Frage, ob das erreicht wurde, was erreicht werden sollte, ist für viele Projekte und Einrichtungen von hohem Interesse.

Beispiel: Netzwerk „Gesund ins Leben“

Mit dem Nationalen Aktionsplan für gesunde Ernährung und mehr Bewegung IN FORM haben die Bundesministerien für Gesundheit sowie für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sich das Ziel gesetzt, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Bevölkerung zu verändern. Zahlreiche Projekte und Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen wurden unter diesem Dach entwickelt und durchgeführt (www.inform.de). So wurde unter anderem das Netzwerk „Gesund ins Leben – Kommunikationsnetzwerk Junge Familie“ eingerichtet. Das Netzwerk, das vom aid Infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz in Bonn koordiniert wird, wurde mit dem Ziel gegründet, die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern zu verbessern, insbesondere unter der Perspektive der Allergieprävention. Das Netzwerk „Gesund ins Leben“ arbeitet auf verschiedenen Ebenen und will unter anderem konsentrierte, evidenzbasierte Informationen zur ausgewogenen Ernährung und zu wirksamen Maßnahmen der Allergieprävention erarbeiten und verbreiten. Hierzu wird ein breites Spektrum von Maßnahmen angeboten, das die Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Hebammen, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater) ebenso umfasst wie die Erstellung von niedrigschwelligen Informationsmedien sowie Öffentlichkeitsarbeit.

Selbstverständlich wird in dem Projekt dokumentiert, wer zum Beispiel die Informationsmaterialien bestellt – über den Einsatz der Materialien und ihre Bewertung gibt diese Art der Dokumentation aber keine Auskunft. Auch gibt eine Übersicht über die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Fortbildungen, eventuell aufgeschlüsselt nach Berufsgruppen, noch keine Information darüber, ob durch die Fortbildungen ein (subjektiver und objektiver) Wissenszuwachs erreicht wurde und ob die Teilnehmenden die Inhalte in ihre berufliche Praxis (Beratung von Schwangeren und jungen Müttern) umgesetzt haben. Zur Beantwortung dieser Fragen sind andere Methoden als eine bloße Dokumentation notwendig.

Für die Evaluation des Projektes wurden Ideen sowohl zur Ergebnis- als auch zur Prozessevaluation generiert.

Ideen zur Ergebnisevaluation im Netzwerk „Gesund ins Leben“

Eine wichtige Maßnahme im Netzwerk ist die Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Im Rahmen der Ergebnisevaluation kann überprüft werden, ob es durch die Fortbildung tatsächlich zu einem Wissenszuwachs kommt und ob es gelingt, das in der Fortbildung Gelernte auch in den beruflichen Alltag umzusetzen.

Ideen zur Prozessevaluation im Netzwerk „Gesund ins Leben“

Die Fortbildungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurden neu konzipiert, deshalb ist es für die Projektverantwortlichen wichtig zu wissen, welche Fortbildungselemente gut gelungen und welche verbesserungsbedürftig sind. Eine fortlaufende Dokumentation der Fortbildungen dient der Prozessevaluation. So können die Kursleitungen nach jeder Fortbildung einen Bogen ausfüllen, in dem systematisch dokumentiert wird, wie sie abgelaufen ist, welche Ansätze sich gut, welche sich weniger gut bewährt haben und welche Anregungen von den Teilnehmenden zur Verbesserung der Fortbildung formuliert werden. Auch eine Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Ende der Fortbildung dient der kontinuierlichen Weiterentwicklung.

Die Prozessevaluation versteht sich eher als Prozessbegleitung. Im Kontext der Gesundheitsförderung hat sie große Nähe zur Qualitätsentwicklung, denn hier geht es um die systematische Reflexion des Prozesses während der Umsetzung (Kolip et al., 2012). Ein Mittel hierzu sind zum Beispiel Zwischenerhebungen (zum Beispiel bei Fortbildungen zur Bewertung einzelner Sitzungen).

1.4 Selbstevaluation und Fremdevaluation

In der Literatur wird eine weitere Unterscheidung getroffen, die sich daran orientiert, wer die Evaluation vornimmt. Bei der Selbstevaluation werden die Daten durch die Akteurinnen und Akteure selbst (zum Beispiel Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeiter) erhoben und ausgewertet, bei der Fremdevaluation werden mit der Evaluation Personen beauftragt, die weder zur Institution gehören noch anderweitig an der Durchführung der Maßnahme beteiligt sind. Die Vorteile der Selbstevaluation liegen darin, dass die Akteurinnen und Akteure umfangreiches Hintergrundwissen über die Intervention haben und auch die Institution gut kennen. Dadurch entfällt die Wissensvermittlung gegenüber externen Evaluatoren, die mitunter zeitaufwändig und frustrierend sein kann, wenn Externe nicht verstehen, wie eine Institution „tickt“. Bei der Selbstevaluation besteht aber – und das ist die Kehrseite der Medaille – die Gefahr der „blinden Flecken“: Vieles ist vielleicht so geläufig, dass es schwer fällt, das eigene Vorgehen genau zu beschreiben und kritisch zu

bewerten. Ein weiterer Vorteil der Selbstevaluation liegt darin, dass sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Fragen der Evaluation qualifizieren können.

Evaluationen durch Externe (Fremdevaluation) sind meist mit Kosten verbunden. Auch wenn der Aufwand und die Kosten für eine Selbstevaluation nicht unterschätzt werden dürfen – die Datenerhebung und Auswertung müssen ja zusätzlich übernommen werden – so sind die Kosten für Fremdevaluation meist höher.

Eine gute Alternative zur kostenpflichtigen Fremdevaluation kann in der Kooperation mit einer Hochschule oder Forschungseinrichtung liegen, etwa indem die Evaluation im Kontext von Qualifikationsarbeiten durchgeführt wird – eine Win-Win-Situation, denn Ihre Einrichtung erhält wissenschaftliche Expertise, die Hochschule wiederum hat einen interessanten Praxiskontakt mit der Möglichkeit, dass eine Studentin oder ein Student ein praxisrelevantes Thema im Rahmen einer Bachelor- oder Masterarbeit bearbeiten kann. Wichtig ist, die gegenseitigen Erwartungen vorab genau zu klären und Verantwortlichkeiten festzulegen:

Wer ist in der Einrichtung, wer in der Hochschule oder Forschungseinrichtung Ansprechperson und für die Betreuung zuständig?

Der Leitfaden Selbstevaluation will Sie in die Lage versetzen, eine Selbstevaluation durchzuführen. Er liefert Ihnen aber auch die Grundlagen, um bei einer Fremdevaluation die wichtigsten Punkte ansprechen zu können. So können Sie zum Beispiel die Checkliste zum Ablauf einer Evaluation (siehe Anhang „8.4 Checkliste zur Planung einer Studie zur Ergebnisevaluation“) nutzen, um die Verantwortlichkeiten für die verschiedenen Evaluationsschritte festzulegen.

2. Überblick: Ablauf einer Ergebnisevaluation

Der folgende Überblick gibt Ihnen einen Eindruck davon, in welchen Schritten eine Evaluation abläuft und welche Punkte zu klären und umzusetzen sind. Einige Punkte werden dann in den folgenden Abschnitten vertieft. Ein Beispiel für eine Evaluation, die sich an diesem Ablauf orientiert, finden Sie in Kapitel „6. Ablauf einer Ergebnisevaluation – Beispiel Rauchstopp in der Schwangerschaft“.

Die folgenden Schritte laufen teils nacheinander, teils greifen sie ineinander und laufen parallel. Mitunter müssen Sie auch einzelne Schritte wiederholen, etwa wenn Sie feststellen, dass das Budget für den Umfang Ihrer Forschungsinteressen nicht ausreicht. Lassen Sie sich davon nicht irritieren. Ein Evaluationsprojekt läuft selten linear und ohne Hürden.

1. Schritt: Klären Sie, weshalb Sie eine Evaluation durchführen wollen.

Eine Evaluation ist immer mit Aufwand verbunden. Sie sollten sich deshalb vorher vergewissern, weshalb Sie die Evaluation durchführen wollen. Nur wenn Ihre Motivation hoch ist (und sei es, weil ein Geldgeber das verlangt), sollten Sie die weiteren Schritte gehen.

2. Schritt: Legen Sie fest, was Sie evaluieren wollen.

Sie sollten sich Klarheit darüber verschaffen, was Sie ins Zentrum der Evaluation rücken, welche Fragen Sie beantwortet wissen wollen und welche Ziele Sie mit der Intervention erreichen wollen (siehe auch Kapitel „4.1 Zur Notwendigkeit einer klaren Zieldefinition“). Oftmals sind Interventionen sehr komplex und wenn man einmal beginnt, will man gerne möglichst viel abdecken.

Es empfiehlt sich aber, die Fragestellung einzugrenzen und gegebenenfalls nur Teilaspekte zu erfassen. Wie umfangreich Ihre Evaluation ausfallen kann, wird nicht zuletzt von den zur Verfügung stehenden Ressourcen bestimmt (siehe 4. Schritt).

In diesem Schritt sollten Sie auch festlegen, auf welchem Qualitätsaspekt der Fokus liegt (siehe Kapitel „3.2 Qualitätsdimensionen der Gesundheitsförderung“). Planen Sie eine Prozessevaluation, in der die Umsetzung des Programms im Vordergrund steht oder die Frage, ob die Zielgruppe erreicht wurde? Oder interessieren Sie sich für die Wirkung Ihrer Intervention, stellen also die Ergebnisqualität in das Zentrum Ihres Interesses?

3. Schritt: Legen Sie fest, wer evaluieren soll.

Planen Sie eine Fremdevaluation? Dann sollten Sie ausführliche Gespräche mit den potenziellen Auftragnehmenden führen, damit diese ein gutes Gespür für Ihre Institution und Ihre Fragen bekommen. Planen Sie eine Selbstevaluation? Dann sollten Sie klären, welche Ressourcen Sie dafür zur Verfügung haben, wer die Evaluation übernimmt und wie Ihre Projektstruktur aussieht (zu den Vor- und Nachteilen einer Selbst- gegenüber einer Fremdevaluation siehe Kapitel „1.4 Selbstevaluation und Fremdevaluation“).

4. Schritt: Klären Sie, welche Ressourcen zur Verfügung stehen.

Sowohl eine Fremd- als auch eine Selbstevaluation benötigen Ressourcen. Sie sollten kritisch prüfen, welches Budget und welche Personalkapazitäten Sie für die Evaluation zur Verfügung haben. Dieser Klärungsprozess ist nicht zuletzt deshalb relevant, weil die Ressourcen darüber mitbestimmen, wie aufwändig Sie Ihre Evaluation gestalten können. Als Faustregel gilt, dass etwa 10 % der Kosten der Intervention in die Evaluation gesteckt werden sollten, wenn Sie Aussagen zur Wirkung ihrer Intervention machen wollen.

5. Schritt: Formulieren Sie das Ziel oder die Ziele Ihrer Maßnahme oder Intervention.

Eine klare Zieldefinition ist essentiell für die Evaluation! Denn nur wenn klar ist, was Sie erreichen wollen, können Sie eine Studie zur Erfassung der Ergebnisqualität angemessen planen. Nehmen Sie sich Zeit für die Definition der Ziele und diskutieren Sie sie im Team und mit Ihren Kooperationspartnern, denn der Klärungsprozess kann hilfreich sein, um unterschiedliche Erwartungen und Ansprüche aufzudecken. Nehmen Sie für die Zieldefinition gegebenenfalls das Modell von Nutbeam zur Hilfe (siehe Kapitel „4.2 Ergebnismodell zur Unterscheidung von Zielebenen“), differenzieren Sie kurz-, mittel- und langfristige Ziele und nutzen Sie die SMART-Kriterien als Formulierungshilfe (siehe Kapitel „4.4 Die Formulierung „smarter“ Ziele“). Die Unterscheidung von Zielen und Maßnahmen ist nicht immer einfach, für die Projektplanung ist sie aber essentiell. Die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. hat eine Broschüre aufgelegt, die in die Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention einführt (LVG HB, 2011). Der Differenzierung von Zielen und Maßnahmen ist eine Übungseinheit gewidmet. In der Publikation „Gesundheitsförderung mit System“ (Kolip et al., 2012) finden Sie ebenfalls ein Kapitel zur Projektplanung und zur Differenzierung von Zielen und Maßnahmen mit zahlreichen Hinweisen auf unterstützende Materialien.

6. Schritt: Bilden Sie Indikatoren.

Anknüpfend an die Ziele bilden Sie Indikatoren. Zu jedem Ziel sollten Sie mindestens einen Indikator benannt haben. Falls Sie eine große Liste möglicher Indikatoren haben, nutzen Sie die z.w.e.r.g.-Kriterien (siehe Kapitel „5.1 Das Messbarmachen von Zielen: Indikatoren“).

7. Schritt: Legen Sie das Evaluationsdesign fest.

Im nächsten Schritt legen Sie das Evaluationsdesign fest. Wie oft wollen Sie Ihre Indikatoren erheben? Können Sie vielleicht mehr als eine Nachher-Messung machen? Ist es möglich, eine Kontrollgruppe zu bilden? Können Sie Ihre Zielgruppe per Zufall auf die Interventions- und Kontrollgruppe aufteilen? Falls das nicht möglich ist: Welche Alternativen wollen Sie wählen und welche Faktoren könnten den Effekt der Intervention beeinflussen (siehe Kapitel „5.3 Methodik der Ergebnisevaluation: Forschungsdesigns“)?

8. Schritt: Wählen Sie Ihre Erhebungsinstrumente aus.

In Schritt 6 haben Sie die Indikatoren festgelegt, in Schritt 8 legen Sie fest, wie Sie diese erfassen wollen. Recherchieren Sie, wie andere Projekte die Indikatoren erhoben haben und klären Sie gegebenenfalls, ob Sie deren Instrumente (Fragebögen, Beobachtungsprotokolle etc.) nutzen können. Recherchieren Sie Fragebögen und Erhebungsinstrumente oder formulieren Sie eigene Fragen, die genau zu Ihren Bedürfnissen passen (siehe Kapitel „5.2 Vom Indikator zum Erhebungsinstrument“). Erproben Sie Ihr Instrument und passen Sie es gegebenenfalls an (Pretest).

9. Schritt: Erheben Sie Ihre Daten.

Schließlich erheben Sie Ihre Daten (Verteilen/Versand von Fragebögen, Ausfüllen von Beobachtungsprotokollen, Messen und Wiegen etc.). Halten Sie dabei unbedingt Ihr Evaluationsdesign ein, insbesondere, was die zeitlichen Abstände zwischen den Erhebungen angeht. Denken Sie daran, bei der zweiten, dritten, vierten Messung die gleichen Indikatoren und Erhebungsinstrumente zu verwenden, sonst können Sie keinen Vorher-Nachher-Vergleich durchführen.

10. Schritt: Werten Sie Ihre Daten aus, interpretieren und diskutieren Sie sie.

Der letzte Schritt ist oft der spannendste: die Datenauswertung. Hier bekommen Sie – endlich – Antwort auf die Frage, ob denn die Intervention auch Wirkung zeigt. Diskutieren Sie die Ergebnisse im Kollegenkreis und stellen Sie sie anderen vor. Nur dann können andere von Ihren Erfahrungen profitieren. Vielleicht ist es sogar möglich, eine kleine Veröffentlichung zu schreiben oder die Ergebnisse auf einer Tagung zu präsentieren?



Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. (LVG HB): von gefühlt zu gemessen. Einführung in Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. Bremen: Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. 2011.

Kolip P, Ackermann G, Ruckstuhl B, Studer H: Gesundheitsförderung mit System. quintessenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber 2012.

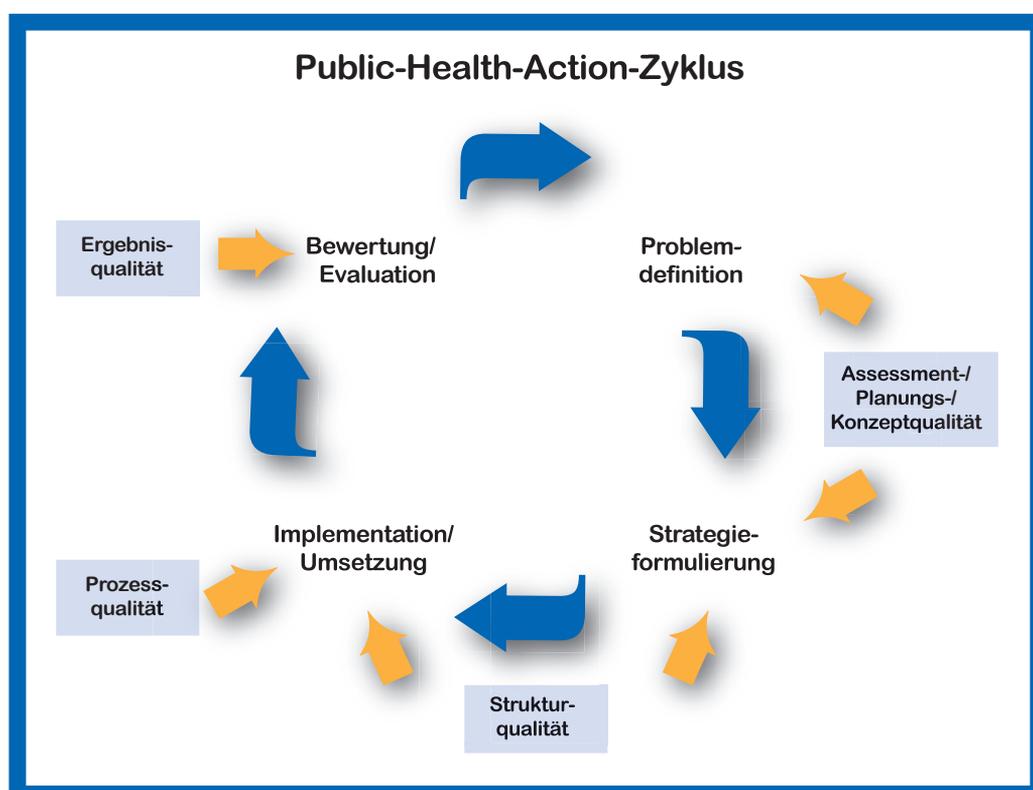
3. Grundlagen

3.1 Der Public Health Action Cycle als Rahmenmodell für die Prävention und Gesundheitsförderung

Ehe in die Prinzipien der Evaluation eingeführt wird, soll kurz auf die Logik von Interventionen in der Gesundheitsförderung und Prävention eingegangen werden, an denen sich die meisten Akteurinnen und Akteure implizit oder explizit orientieren.

Gesundheitsförderungsaktivitäten liegt meist ein Regelkreis zugrunde, der mit dem Begriff Public Health Action Cycle (Gesundheitspolitischer Aktionszyklus) (siehe Abb. 1) bezeichnet wird: Eine Problemanalyse, zum Beispiel auf der Basis vorhandener Daten der Gesundheitsberichterstattung, dient als Grundlage, um den Handlungsbedarf zu formulieren und eine Handlungsstrategie abzuleiten. Diese Strategie, seien es einzelne Maßnahmen oder ein ganzes Bündel von Maßnahmen, wird umgesetzt und im nächsten Schritt bewertet. Evaluation als bewertendes Element ist also elementarer Bestandteil dieses Aktionszyklus (Kolip et al., 2012).

Abbildung 1: Public Health Action Cycle. Eigene Darstellung in Anlehnung an Kolip, 2006.



Beispiel: Prävention von Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Am Beispiel des Themas Adipositas im Kindes- und Jugendalter sollen im Folgenden die verschiedenen Elemente des Public Health Action Cycles illustriert werden. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter gelten als zentrale gesundheitliche Problembereiche, denn Übergewicht und Adipositas wirken sich nicht nur auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen aus, sondern bleiben häufig auch im Erwachsenenalter bestehen. Sie sind damit wichtige Einflussfaktoren auf chronische Erkrankungen (zum Beispiel Diabetes mellitus). In A-Stadt entscheidet sich die kommunale Gesundheitskonferenz, das Thema zu bearbeiten. Die weitere Planung erfolgt auf der Basis des Public Health Action Cycle.

Im Rahmen der Problemdefinition/Problemanalyse sind unter anderem folgende Fragen zu beantworten:

- Wie viele Kinder und Jugendliche sind in welchem Alter betroffen?
- Gibt es spezifische Gruppen (zum Beispiel nach Geschlecht oder Bildungshintergrund), die besonders betroffen sind?
- Lassen sich in A-Stadt Stadtteile identifizieren, in denen besonders hohe Prävalenzraten zu beobachten sind (zum Beispiel auf der Basis der Daten der Schuleingangsuntersuchung)?
- Welche Einflussfaktoren auf Übergewicht und Adipositas sind bekannt?
- Gibt es theoretische Erklärungsmodelle für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas?

Grundlage für die Problemanalyse sind Literaturrecherchen zu den theoretischen Hintergründen und den Einflussfaktoren auf Übergewicht und Adipositas. Für die Planungen in A-Stadt können zudem die Daten der Schuleingangsuntersuchung und eventuell weitere Daten ausgewertet werden, um eine Grundlage für die örtliche Planung zu erhalten.

Als Ergebnis stellen Sie fest, dass Bewegungsmangel und Fehlernährung die Haupteinflussfaktoren sind, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas mit dem Lebensalter steigt und dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien, insbesondere aus Migrantenfamilien häufiger betroffen sind. Sie können auch zwei Stadtteile identifizieren, in denen Übergewicht und Adipositas bei Kindern besonders häufig vorkommen.

Als langfristiges Ziel wollen Sie die Adipositasprävalenz in diesen Stadtteilen senken (zur Unterscheidung zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Zielen siehe Kapitel „4.3 Die Unterscheidung von Zielen und Maßnahmen“).

Bei der Erarbeitung der Strategie recherchieren Sie zunächst Modelle guter Praxis. Hierzu nutzen Sie zum Beispiel die Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de sowie die Projektdatenbank der Initiative Gesundes Land NRW, unter www.lzg.nrw.de mit dem Stichwort „Projektdatenbank“. Hier stoßen Sie auf das Projekt „Hauptsache bewegt“, das in Kölner Hauptschulen durchgeführt wird und sich an Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren wendet. In den Schulen werden Gesundheitsteams gebildet (bestehend aus Lehrkräften, Schülerinnen und Schülern, Sozialarbeiterinnen beziehungsweise Sozialarbeitern und Eltern), die an der jeweiligen Schule Gesundheitsförderung langfristig verankern. Sie sind von diesem Ansatz überzeugt, weil er passgenau für die einzelnen Schulen durchgeführt wird und die lokalen Ressourcen und Bedarfe berücksichtigt. Sie entscheiden sich, diesen Ansatz in den beiden Stadtteilen umzusetzen, auch weil es dort lokale Akteurinnen und Akteure gibt, die die Umsetzung koordinieren können.

Für die Umsetzungsphase ist die Frage leitend, ob der Prozess wie geplant abläuft, ob die relevanten Akteurinnen und Akteure mitmachen und ob das Projekt mit vertretbarem Aufwand durchgeführt werden kann. Aus Qualitätsperspektive ist hier die Prozessqualität von besonderer Bedeutung.

Für die Bewertung der Intervention wird eine Evaluation durchgeführt, die sich auf die folgenden Fragen konzentriert:

- Hat sich das Bewegungsverhalten der Schülerinnen und Schüler in den beteiligten Schulen verändert?
- Hat sich das Ernährungsverhalten in den beteiligten Schulen verändert?
- Ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht in den beteiligten Schulen zurückgegangen?



Weitere Informationen zum Public Health Action Cycle auf der Internetseite Leitbegriffe der Gesundheitsförderung www.bzga.de/leitbegriffe/ unter der Überschrift „Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus“ (Abruf: 01.06.2015).

3.2 Qualitätsdimensionen der Gesundheitsförderung

Für die Gesundheitsförderung sind unterschiedliche Qualitätsdimensionen relevant. Im Rahmen dieses Leitfadens zur Selbstevaluation steht die Bewertung der Ergebnisqualität mit Hilfe von Evaluationsstudien im Zentrum des Interesses, also die Frage, welche Wirkungen eine Intervention oder eine Maßnahme hat. Im Public Health Action Cycle ist dies die letzte Etappe eines jeden Zyklus. Aber auch in den anderen Etappen spielen Qualitätsaspekte – namentlich die Planungs-, Struktur- und Prozessqualität – eine Rolle, die im Folgenden kurz skizziert werden (siehe Abb. 2).

Da Aspekte der Planungsqualität, insbesondere die Zieldefinition, für die Ergebnisqualität von besonderer Bedeutung sind (eine klare Zieldefinition ist Voraussetzung um bestimmen zu können, auf welche Parameter (Indikatoren) bei der Evaluation geachtet wird), wird in Kapitel „4.1 Zur Notwendigkeit einer klaren Zieldefinition“ ausführlicher darauf eingegangen.

Abbildung 2: Qualitätsdimensionen. Eigene Darstellung in Anlehnung an Ruckstuhl & Abel, 2001.



Die Planungs- oder Konzeptqualität (auch „Assessmentqualität“) bezieht sich auf die Konzeptionsphase und nimmt hier Ziele und Zielgruppen in den Blick. Sie lässt sich unter anderem mit den folgenden Fragen umreißen:

- Ist der Bedarf sachlich dargestellt?
- Ist die Zielgruppe richtig ausgewählt (zum Beispiel die Bevölkerungsgruppe, die von einem Gesundheitsproblem am häufigsten betroffen ist)?
- Sind die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst?
- Sind die Vorerfahrungen aus anderen Projekten angemessen berücksichtigt?
- Sind die wissenschaftlichen Grundlagen aufbereitet und wurde die Intervention theoriegestützt entwickelt?
- Ist die Maßnahme, die ausgewählt wurde, die geeignetste, um das Ziel oder die Ziele zu erreichen?

Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen eines Gesundheitsangebotes, also zum Beispiel auf die personelle, technische oder finanzielle Ausstattung. Auch räumliche Gegebenheiten sind wichtig. Zentrale Fragen sind hier:

- Sind der organisatorische und institutionelle Rahmen angemessen?
- Sind die personellen und finanziellen Ressourcen angemessen?
- Gibt es eindeutige Aufgabenzuordnungen und Verantwortlichkeiten?

Prozessqualität bezieht sich auf die Umsetzung einer Intervention oder eines Angebotes. Vorab ist festzulegen, wie eine Maßnahme implementiert werden soll – zum Beispiel in einem detaillierten Ablaufplan oder einem Handbuch. Auch der Umsetzungsprozess muss systematisch dokumentiert werden (bspw. mit Dokumentationsbögen). Typische Fragen sind hier:

- Wird das Projekt wie geplant umgesetzt?
- Gibt es Probleme mit der Kommunikation oder dem Informationsfluss?
- Gibt es andere Probleme, die die Umsetzung erschweren?
- Welche Hindernisse lassen sich identifizieren?
- Welche förderlichen Bedingungen lassen sich benennen?

Ergebnisqualität bezieht sich schließlich auf die Frage, ob mit der Intervention auch das erreicht wurde, was angestrebt war. Hierbei steht die Wirkung der Intervention im Vordergrund. Dieser Aspekt steht im vorliegenden Leitfaden im Zentrum des Interesses. Zentrale Fragen sind hier:

- Erreicht das Projekt die intendierten Ziele?
- In welchem Ausmaß werden die Ziele erreicht (Zielerreichungsgrad) und in welchen Bereichen?
- Sind die Ergebnisse nachhaltig?

Um die Ergebnisqualität zu überprüfen, ist es wichtig, eine hohe Planungsqualität zu erreichen. Man sollte sich vorab klar machen, welches das Ziel der Maßnahme ist und woran der Erfolg gemessen werden soll (siehe Kapitel „4.1 Zur Notwendigkeit einer klaren Zieldefinition“).

Für die verschiedenen Qualitätsdimensionen liegen mittlerweile zahlreiche Instrumente zur Qualitätsentwicklung vor. Auf der Internetseite des Landeszentrums Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) im Themenbereich Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention werden diese Instrumente in Form von Steckbriefen präsentiert.

Das wohl umfassendste Qualitätssystem ist quintessenz der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Dieses internetbasierte Qualitätssystem bietet zu allen Qualitätsdimensionen in allen Projektphasen praxistaugliche Materialien, die kostenlos genutzt und für die eigenen Bedürfnisse angepasst werden können (unter anderem Checklisten, Planungstabellen, Strukturpläne).



Kurzbeschreibungen von Instrumenten und Qualitätssystemen im Onlineleitfaden Qualitätsinstrumente in Gesundheitsförderung und Prävention finden Sie auf der Webseite des LZG.NRW mit den Stichworten „Instrumente Qualitätssysteme“.

quint-essenz, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz:
www.quint-essenz.ch (Abruf: 01.06.2015).

4. Planungsqualität als Voraussetzung für Ergebnisqualität

4.1 Zur Notwendigkeit einer klaren Zieldefinition

Auch wenn die Ergebnisevaluation am Ende einer Intervention steht: die Planungen beginnen bereits, wenn die Ziele der Maßnahmen festgelegt und spezifiziert werden.



Für die Evaluation ist es unerlässlich, dass die Ziele klar und mit Bezug auf die intendierten Wirkungen formuliert werden. Denn nur wenn benannt ist, welche Wirkungen mit einer Intervention überhaupt erzielt werden sollen, können Indikatoren gebildet werden, anhand derer sich ablesen lässt, ob das Ziel erreicht wurde beziehungsweise die Ziele erreicht wurden (siehe hierzu auch Kapitel „5.1 Das Messbarmachen von Zielen: Indikatoren“).

Was sich banal anhört, ist in der Praxis mitunter gar nicht so einfach. Häufig ist der Ausgangspunkt nicht ein Problem, sondern bereits die Maßnahme: Man hat vielleicht von einer Intervention gehört, die auch für den eigenen Kontext interessant scheint. Ohne eine sorgfältige Problemanalyse und daraus abgeleitete Strategien steht die Maßnahme dann schon fest und Problem und Ziel werden nachträglich formuliert, statt ausgehend von einer Problemanalyse Ziele abzuleiten und geeignete Maßnahmen festzulegen, mit denen das Ziel erreicht werden soll (siehe Kapitel „3.1 Der Public Health Action Cycle als Rahmenmodell für die Gesundheitsförderung“). In einem solchen Fall sind die Zielvorstellungen dann meist eher unkonkret. „Die Bewegungsfreude der Schülerinnen und Schüler stärken“ ist ein Beispiel für ein solch unkonkretes Ziel, das sich zum Beispiel auf die Einrichtung von freiwilligen Schnupperangeboten in Kooperation mit Sportvereinen beziehen könnte.

Bei der Definition von Zielen ist es wichtig, die angestrebte Wirkung zu benennen (und nicht die Aktivität), dabei möglichst spezifisch zu sein und eine Vorstellung davon zu haben, wie die Zielerreichung messbar gemacht werden kann.

Die „Bewegungsfreude“ ist schwer zu erfassen, besser wäre es hier, den Erfolg daran festzumachen, wie viele Schülerinnen und Schüler einer Jahrgangsstufe ein solches Angebot tatsächlich nutzen oder wie viele nach einem halben Jahr in einen Sportverein eintreten. Wichtig ist eine realistische Einschätzung. Es ist kaum zu erwarten, dass alle Schülerinnen und Schüler das Angebot annehmen. Hilfreich ist die Frage: Wann würden Sie am Ende den Daumen heben und sagen „Ja, die Maßnahme oder das Projekt waren ein Erfolg“? Auf dieser Grundlage lassen sich dann auch Zielerreichungsgrade bestimmen, wann eine Intervention ein „voller“ Erfolg war und wann nur ein „halber“. Möglicherweise streben Sie an, dass 30 % der Schülerinnen und Schüler das Angebot nutzen („voller Erfolg“); wenn es dann nur 20 % sind, ist es ein „halber“ Erfolg. Die erreichte Wirkung ist etwas geringer, dennoch würden Sie die Maßnahme sicherlich nicht als Misserfolg werten.

Beispiel: Zusammenarbeit mit Sportvereinen in der Schule

Im Rahmen der Einführung von Ganztagsunterricht sollen Sportvereine in Kontakt mit Sekundarschulen gebracht werden, damit einerseits die lokalen Sportvereine ein Bewegungsangebot für Schülerinnen und Schüler machen, andererseits aber auch die Sportvereine die Gelegenheit nutzen können, Mitglieder zu werben. Vielleicht gehen Sie als Initiatorin oder Initiator dieser Idee davon aus, dass es in jeder Schule zu einer dauerhaften Kooperation mit mindestens einem Sportverein kommt – ein Ziel, das sicherlich sehr hoch gesteckt ist. Nicht jeder Sportverein hat Kapazitäten für ehrenamtliches Engagement und einige Schulen haben vielleicht auf anderem Wege ein Sport- und Bewegungsangebot geplant oder scheuen die Zusammenarbeit mit Vereinen. Wenn Sie realistisch auf die Sport- und Schullandschaft in Ihrer Kommune sehen, können Sie vielleicht schon zufrieden sein, wenn es in 50 % der Schulen gelingt, eine Kooperation mit einem Sportverein zu etablieren. Sind es dann nach Ablauf Ihrer Projektphase 70 %, können Sie mehr als zufrieden sein, sind es nur 30 %, bleiben Sie mit dem Erreichten hinter dem Ziel zurück.

Die Methode des Goal Attainment Scaling (Zielerreichungsskalen) ist ein Mittel, Sie bei dieser abgestuften Zielformulierung zu unterstützen (siehe Kapitel „4.5 Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling) als Instrument spezifischer und abgestufter Zieldefinition“).

Wichtig ist bei der Zieldefinition eine Unterscheidung nach Zielebenen und nach dem zeitlichen Horizont: Was wollen Sie kurz- und mittelfristig, was wollen Sie langfristig erreichen? Beide Dimensionen – zeitlicher Horizont und Zielebene – hängen zusammen, wie die Abschnitte zu den Zielebenen (siehe Kapitel „4.2 Ergebnismodell zur Unterscheidung von Zielebenen“) und zur Unterscheidung zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Zielen zeigen (siehe Kapitel „4.3 Die Unterscheidung von Zielen und Maßnahmen“).

4.2 Ergebnismodell zur Unterscheidung von Zielebenen

Das langfristige Ziel von Gesundheitsförderung ist, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, Morbidität (Krankheitslast) und Mortalität (Sterblichkeit) zu verringern und die Lebensqualität zu erhöhen. Dieses sind aber eher Fernziele der meisten Aktivitäten, die zudem erst im Kontext anderer Maßnahmen Wirkung zeigen. Ein gesundes Frühstück, das einmal die Woche in der Grundschule angeboten wird, führt nicht unmittelbar dazu, dass die Übergewichtsprävalenz in einer Kommune sinkt – dazu wären viele andere begleitende Maßnahmen und ein abgestimmtes, langfristiges Vorgehen sinnvoll. Wird der Erfolg eines gesunden Frühstücks nun ausschließlich an der Übergewichtsprävalenz festgemacht, kann die Evaluation frustrierend enden. Deshalb ist es wichtig, sich darüber klar zu werden, auf welcher Ebene kurz- und mittelfristige Wirkungen und auf welcher Ebene langfristige Effekte erwartet werden (siehe Kapitel „4.3 Die Unterscheidung von Zielen und Maßnahmen“).

Auf den australischen Public Health-Professor Don Nutbeam geht eine Differenzierung der Zielebenen der Gesundheitsförderung zurück, die hilfreich dafür ist, die eigenen Ziele zu definieren und zu präzisieren. Nutbeam geht davon aus, dass sich folgende Interventionsansätze voneinander unterscheiden lassen:

- Förderung personaler Ressourcen, zum Beispiel über Wissensvermittlung, die Veränderung von Einstellungen oder eine Veränderung des Verhaltens. Nutbeam nennt diese Dimension „Bildung“.
- Förderung sozialer Aktivitäten und soziale Unterstützung, zum Beispiel über soziale Aktivierung und Unterstützung von Gruppen- und Gemeindeaktivitäten. Nutbeam nennt diese Dimension „Soziale Aktivierung“.
- Politische Einflussnahme, zum Beispiel über die Einführung gesetzlicher Regelungen. Nutbeam nennt diese Dimension „Interessensvertretung“.

Für die Gesundheitsförderung ist bedeutend, dass diese Aktivitäten selten direkt eine Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung zur Folge haben, sondern über verschiedene Zwischenschritte ihre Wirkung entfalten. Nutbeam empfiehlt, verschiedene Zielebenen voneinander zu unterscheiden.

Abbildung 3: Ergebnismodell der Gesundheitsförderung nach Nutbeam. Eigene Darstellung in Anlehnung an Ruckstuhl & Abel, 2001.

Zielebenen der Gesundheitsförderung			
Gesundheits- und Sozialindikatoren	Morbidity, Mortality, Quality of Life, Disability ...		
Determinanten der Gesundheit	Gesunder Lebensstil	Versorgung	Lebensbedingungen/gesundheitsförderliche Umwelt
Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten	Gesundheitskompetenz	Sozialer Einfluss, Partizipation	Politik- und Organisationsgestaltung
Interventionsebene (Maßnahmen der Gesundheitsförderung)	Bildung	Soziale Aktivierung	Interessenvertretung
	Individuum	Mikro-/Mesoebene	Makroebene

Liest man die Abbildung 3 von oben nach unten, so zeigt sich folgende Logik: Langfristiges Ziel aller Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten ist es, Morbidity und Mortality sowie Einschränkungen durch Behinderung zu verringern und Lebensqualität zu fördern. Diese Effekte lassen sich mit Gesundheits- und Sozialindikatoren abbilden und beziehen sich auf langfristige Ziele, die nicht mit einem einzelnen Projekt erreicht werden können.

Beeinflusst werden diese Indikatoren durch Determinanten der Gesundheit: Ein gesunder Lebensstil, eine gute gesundheitliche Versorgung und materielle und strukturelle Lebensbedingungen fördern Gesundheit und reduzieren Krankheitslast. Diese Determinanten werden wiederum von spezifischen Faktoren beeinflusst (in Abbildung 3 sind das die „Einflussfaktoren auf Gesundheitsdeterminanten“). So trägt eine hohe Gesundheitskompetenz dazu bei, dass Menschen sich gesund verhalten (gesunder Lebensstil).

Für die Beschreibung der Wirkung von Interventionen wird die Abbildung 3 von unten nach oben gelesen. Zunächst geht es darum, die unmittelbaren Auswirkungen der Intervention zu erfassen: Der Interventionsebene („Maßnahmen der Gesundheitsförderung“) mit den Bereichen Bildung, soziale Aktivierung und Interessensvertretung schließt sich die Ebene der Einflussfaktoren auf die Gesundheit an, auf der sich die unmittelbaren Auswirkungen der Intervention abbilden lassen:

- Mit Bildungsmaßnahmen wird die Gesundheitskompetenz erhöht;
- Maßnahmen der sozialen Aktivierung erhöhen den sozialen Einfluss der Zielgruppe und die Partizipation;
- Interessensvertretung gestaltet Politik und Organisationen.

Diese Einflussfaktoren wiederum wirken auf die Determinanten der Gesundheit:

- Gesundheitskompetenz trägt zu einem gesunden Lebensstil bei,
- der soziale Einfluss einer Zielgruppe trägt zu einer besseren Versorgung bei und
- Politikgestaltung fördert die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten.

Diese Determinanten der Gesundheit können schließlich einen Einfluss auf Gesundheits- und Sozialindikatoren haben: Morbidity, Mortality, Lebensqualität und Behinderung als die wichtigsten Gesundheits- und Sozialindikatoren.

Das von Nutbeam entwickelte Ergebnismodell wurde von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz übersetzt und adaptiert und in das Qualitätssystem quintessenz integriert. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz ermutigt Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung, sich mögliche Wirkungsketten der eigenen Aktivitäten vor Augen zu führen, um klarer bestimmen zu können, welche Effekte auf welcher Ebene erwartet werden können. Diese Definition von Wirkungsketten ist als Grundlage für die Evaluation hilfreich, denn sie macht die Zieldefinition einfacher und legt nahe, sich über die Wirkpfade Gedanken zu machen.



quint-essenz, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz:
www.quint-essenz.ch/de/tools/1011 (Abruf: 01.06.2015).

Auf der Seite finden Sie eine Anleitung zur Arbeit mit dem Ergebnismodell.

Ein vertiefendes Beispiel liefert ein Landkreis in Nordrhein-Westfalen. Hier wurde das Ergebnismodell genutzt, um für die Arbeit der Selbsthilfeberatung zeitgemäße, operationalisierte Ziele zu formulieren, mit zielführenden Maßnahmen zu hinterlegen und daran anknüpfend mit Kennzahlen die Qualität der Arbeit zu belegen (siehe Anhang „8.5 Die Arbeit mit dem Ergebnismodell und Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling)“). Das Beispiel der Selbsthilfeberatungsstellen im Landkreis L.“).

Das Ergebnismodell gibt Anregungen dafür, sich darüber klar zu werden, in welchen Bereichen und auf welchen Ebenen in welchem Zeitraum Veränderungen erwartet werden können und es entlastet von der Vorstellung, mit dem eigenen Projekt Morbidität und Mortalität verändern zu müssen.

4.3 Die Unterscheidung von Zielen und Maßnahmen

Es ist bei der Definition von Zielen sinnvoll, die verschiedenen Zielebenen auseinander zu halten (siehe Kapitel „4.2 Ergebnismodell zur Unterscheidung von Zielebenen“). Auch die zeitliche Dimension ist wichtig und es ist essentiell, Ziele von Maßnahmen zu differenzieren. In Bezug auf die zeitliche Dimension ist die Frage wichtig, was Sie langfristig erreichen wollen (im Sinne einer visionären Zustandsbeschreibung) und was Ihre kurz- und mittelfristigen Projektziele sind, die Sie mit Ihrer Maßnahme konkret erreichen können.

Langfristige Ziele weisen über die Projektlaufzeit hinaus. Sie beschreiben einen Zustand, der in der fernen Zukunft erreicht werden soll. Sie geben eine Orientierung für Akteurinnen und Akteure und können in der Regel nur mit einem Bündel von Maßnahmen erreicht werden.

Projektziele sind kurz- und mittelfristige Ziele, die realistisch in Bezug auf die vorhandenen Ressourcen und Rahmenbedingungen des Projektes formuliert werden. Diese Ziele beschreiben die Wirkung eines Projektes.

Von den Zielen sind Maßnahmen zu unterscheiden. Maßnahmen beschreiben Aktivitäten, um das Ziel zu erreichen, mit festgelegten Terminen und Verantwortlichkeiten. Diese Unterscheidung klingt banal, ist aber in der Praxis nicht immer einfach zu treffen.

Beispiel: Bewegungsfreundliches Quartier für Seniorinnen und Senioren

Das Quartier „Gartenstadt“ in K-Stadt ist von den Häusern einer Wohnungsbaugenossenschaft geprägt. In diesem recht grünen Stadtviertel leben viele Ältere. Im Quartierstreffpunkt, einem Pavillon mit angrenzendem Café, werden immer wieder Klagen von Seniorinnen und Senioren laut, dass sie kaum noch spazieren gehen. Das Quartiersmanagement nimmt sich des Themas an. Als langfristiges, in fernerer Zukunft liegendes Ziel wird formuliert, dass das Quartier von den Seniorinnen und Senioren als bewegungsfreundlich wahrgenommen wird und durch ein hohes Maß an Teilhabe aller Bewohnerinnen und Bewohner gekennzeichnet ist – ein wünschenswerter Zustand, der nur im Zusammenspiel mehrerer Akteurinnen und Akteure mit vielfältigen Initiativen zu erreichen ist.

Zur Problemanalyse wird in Kooperation mit der Fachhochschule eine Befragung aller Haushalte durchgeführt: Alle Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers, die in einer Wohnung der Genossenschaft leben und über 65 Jahre alt sind, werden befragt, wie häufig sie spazieren gehen und welche Faktoren sie daran hindern, sich gegebenenfalls öfter zu bewegen. Zwei Hinderungsgründe werden besonders häufig genannt: zu wenig Sitzgelegenheiten in den Grünanlagen und zu wenig öffentliche Toiletten.

Das Quartiersmanagement formuliert gemeinsam mit den weiteren Akteurinnen und Akteuren das kurzfristige Ziel, die Zahl der Seniorinnen und Senioren um 25 % zu erhöhen, die mindestens einmal die Woche im Quartier für 30 Minuten spazieren gehen. Ausgangswert für die Beurteilung bilden die Zahlen der Ausgangserhebung. Zwei Maßnahmen sollen umgesetzt werden, die der Erreichung des Ziels dienen: In den Grünzügen werden mehr Bänke aufgestellt (hierzu kann auch ein lokales Unternehmen zur Finanzierung gewonnen werden). Zudem werden Cafés und Läden gewonnen, Toiletten für Seniorinnen und Senioren zu öffnen. Geschäfte und Cafés, die sich daran beteiligen, werden an der Tür mit einem Aufkleber gekennzeichnet. Sie erhalten eine Entschädigung. Um die Maßnahme bekannt zu machen, wird ein Quartiersstadtplan aufgelegt, in dem alle Parkbänke und andere Sitzgelegenheiten sowie Toiletten eingezeichnet sind. Zudem werden Routenvorschläge ausgearbeitet, die in dem Stadtplan eingezeichnet sind. Über den Quartierstreff werden regelmäßig Spaziergänge durch Gartenstadt organisiert, die sich wachsender Beliebtheit erfreuen.

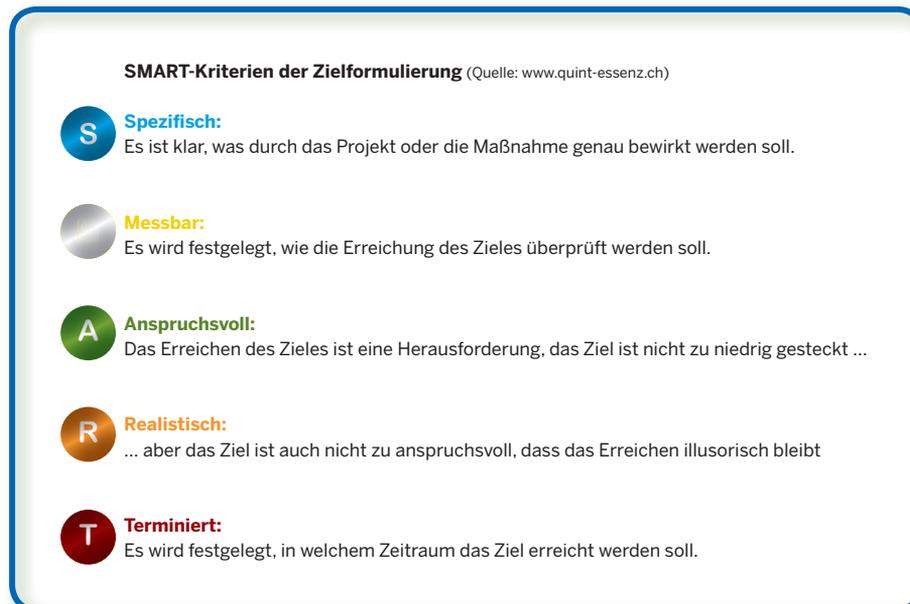
Die Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. hat eine Broschüre aufgelegt, in der in die Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention ein-

geführt wird (LVG HB, 2011). Der Differenzierung von Zielen und Maßnahmen ist eine Übungseinheit gewidmet. In der Publikation „Gesundheitsförderung mit System“ (Kolip et al., 2012) finden Sie ebenfalls einen Abschnitt zur Projektplanung und zur Differenzierung von Zielen und Maßnahmen mit zahlreichen Hinweisen auf unterstützende Materialien.

4.4 Die Formulierung „smarter“ Ziele

Wie aber müssen kurz- und mittelfristige Projektziele formuliert werden, damit sie im Rahmen von Evaluationsstudien überprüft werden können? Im Projektmanagement hat sich das Akronym „SMART“ etabliert (siehe Abb. 4). Die Buchstaben stehen dabei für die folgenden Aspekte:

Abbildung 4: Die SMART-Kriterien der Zielformulierung. Eigene Darstellung in Anlehnung an quint-essenz Gesundheitsförderung Schweiz für Qualitätsentwicklung und Projektmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention (2014) (<http://www.quint-essenz.ch/de/topics/1133>) (Abruf: 01.06.2015)



Die SMART-Kriterien sind eine Formulierungshilfe, um Ziele eindeutig und nachvollziehbar zu machen. Ziele, die unter Rückgriff auf die Kriterien formuliert werden, bezeichnen den angestrebten Endzustand und nehmen die Wirkung, nicht die Maßnahme in den Blick.

Je genauer und spezifischer das Ziel formuliert ist, desto einfacher ist es, eine Evaluation zu planen, weil die Wirkung benannt ist, die Ziele klar und Indikatoren leichter abzuleiten sind (siehe Kapitel „5.1 Das Messbar-machen von Zielen: Indikatoren“).

Die Definition „smarter“ Ziele im Projektteam dient auch der gemeinsamen Klärung und fördert ein gemeinsames Verständnis über das, was intendiert ist. Der Prozess mag etwas mühsam sein, es lohnt sich aber, hierin zu investieren, denn es wird eine gemeinsame Grundlage für das Projekt geschaffen. In der Broschüre der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. zu den Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention (LVG HB, 2011) findet sich auch eine Übungseinheit zur Formulierung „smarter“ Ziele.

Beispiel: Kletterwand

Sie möchten als Schulleiterin oder Schulleiter einer Hauptschule das Bewegungsverhalten der Schülerinnen und Schüler fördern. Sie planen, den Schulhof bewegungsfreundlicher zu gestalten und haben gemeinsam mit den Schülerinnen und Schülern und mit den Eltern einen Vorschlag erarbeitet: Auf dem Schulhof soll eine Kletterwand aufgestellt werden. Sie haben sogar einen Stifter gewonnen, der Ihnen hierfür die Mittel zur Verfügung stellt. Der Stifter knüpft Bedingungen an die Mittelvergabe, dass Sie spätestens nach 12 Monaten einen Bericht abliefern, aus dem hervor geht, ob das Bewegungsverhalten der Schülerinnen und Schüler gesteigert wurde.

In der Schulkonferenz machen Sie die Zielsetzung zum Thema. Woran soll der Erfolg gemessen werden? Wenn in jeder Pause 10 Kinder (20, 30?) die Kletterwand benutzen? Dürfen es immer dieselben Kinder sein? Sollen beide Geschlechter gleichermaßen die Kletterwand nutzen? Reicht es Ihnen, wenn einzelne Kinder die Kletterwand nur ausprobieren? Wollen Sie eher die „Bewegungsmuffel“ fokussieren? Wie wollen Sie die dann identifizieren?

Sie verständigen sich in der Schulkonferenz darauf, dass es Ihnen um zwei Aspekte geht:

- Die Hälfte aller Kinder soll die Kletterwand einmal ausprobiert haben.
- Davon soll wiederum die Hälfte die Kletterwand regelmäßig in den Pausen nutzen.

Diese Ziele sind spezifisch und aus Sicht der meisten Lehrerinnen und Lehrer realistisch, zugleich aber auch anspruchsvoll. Bereits in diesem Stadium werden Ideen entwickelt, wie die Zielerreichung unterstützt werden kann, zum Beispiel durch „Schnupperangebote“ am Nachmittag.

Als regelmäßige Nutzung definieren Sie, dass mindestens einmal pro Woche die Kletterwand genutzt wird (messbar). Die Zielerreichung wollen Sie sechs Monate nach Inbetriebnahme der Wand erfassen (terminiert). Hierzu wollen Sie in einer vorher festgelegten Woche eine Befragung in jeder Schulklasse durchführen (messbar). Bei der Auswertung gucken Sie genauer darauf, ob Jungen und Mädchen die Wand gleichermaßen benutzen, auch haben Sie ein Augenmerk darauf, ob die Kletterwand jüngere und ältere Schülerinnen und Schüler gleichermaßen anspricht. Diese Aspekte wollen Sie aber zunächst nur dokumentieren, ohne diese Fragen ins Zentrum Ihrer Evaluation zu rücken.

„Smart“ formuliert lauten Ihre Ziele also:

- Sechs Monate nach Inbetriebnahme der Kletterwand haben 50 % aller Schülerinnen und Schüler die Kletterwand mindestens einmal ausprobiert.
- Sechs Monate nach Inbetriebnahme der Kletterwand nutzen 25 % aller Schülerinnen und Schüler die Kletterwand regelmäßig, also mindestens einmal in der Woche.

Diese Ziele können Sie zum Beispiel durch eine Befragung der Schülerinnen und Schüler oder durch eine Beobachtung auf dem Schulhof erheben.

4.5 Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling) als Instrument spezifischer und abgestufter Zieldefinition

Es hört sich einfach an, Projektziele möglichst eindeutig und messbar zu formulieren, in der Praxis liegt die Tücke aber oft im Detail. Eine Herausforderung ist es, den Zielerreichungsgrad zu bestimmen. Die Arbeit mit Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling, GAS) kann hierbei unterstützen. Goal Attainment Scaling ist ein Instrument, das dazu dient, das Erreichen definierter Ziele zu überprüfen.

Es erfordert zunächst die Festlegung eines oder mehrerer „smarter“ Ziele. Für jedes Ziel werden dann Indikatoren festgelegt, mit deren Hilfe die Zielerreichung überprüft werden kann. Diese Indikatoren werden in eine 5-stufige Skala überführt, in deren Mitte das erwartete Ergebnis steht. Davon ausgehend werden je zwei Stufen nach oben („mehr als erwartet“ und „viel mehr als erwartet“) und zwei Stufen nach unten („weniger als erwartet“ und „viel weniger als erwartet“) gebildet. Zielerreichungsskalen werden in einem partizipativen Prozess festgelegt. Einerseits sollen möglichst alle Akteurinnen und Akteure, die sich für die Umsetzung des Ziels einsetzen, an der Formulierung der Zielerreichungsskala beteiligt werden. Andererseits sollen auch Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe eingebunden werden. Zielerreichungsskalen sind flexibel – sie können für unterschiedliche Ziele auf unterschiedlichen Ebenen in unterschiedlichen Kontexten gebildet werden. Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention verfolgen meist Ziele, die eine Veränderung im Verhalten der Zielgruppe und/oder Veränderungen im Lebensumfeld der Zielgruppe bewirken sollen. GAS kann auch in beiden Bereichen für unterschiedliche Ziele eines Interventionsvorhabens angewendet werden.

Ein Beispiel für die Anwendung finden Sie im Anhang „8.5 Die Arbeit mit dem Ergebnismodell und Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling). Das Beispiel der Selbsthilfeberatungsstellen im Landkreis L.“.



Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling – GAS) im Onlineleitfaden Qualitätsinstrumente in Gesundheitsförderung und Prävention finden Sie auf der Webseite des LZG.NRW mit dem Stichwort „Zielerreichungsskalen“.

Informationen zu Zielerreichungsskalen in den Evaluationstools finden Sie auf der Webseite des LZG.NRW mit den Stichworten „Übergreifende Instrumente“.

5. „Was ist denn herausgekommen?“ – Ergebnisqualität

5.1 Das Messbarmachen von Zielen: Indikatoren

Wenn die Frage beantwortet werden soll, ob ein Ziel erreicht wurde, muss das Erreichen des Zieles messbar gemacht werden. Dieser Schritt wird in der empirischen Sozialforschung „Operationalisieren“ genannt. Im Zuge der Operationalisierung werden Indikatoren gebildet, die den interessierenden Sachverhalt abbilden.



„Ein Indikator (lat.: indicare = auf etwas zeigen) ist ein Hilfsmittel, das Informationen zur Verfügung stellt, anhand derer die Veränderung bestimmter Sachverhalte angezeigt werden kann. Mit Hilfe von Indikatoren beziehungsweise Prüfkriterien kann somit sichtbar gemacht werden, ob zum Beispiel die in einem Programm angestrebten Ziele auch wirklich erreicht werden können. Folglich stellt ein Indikator eine Maßeinheit dar, an der der Grad der Erreichung eines Ziels abgelesen werden kann“ (Loss et al., 2010, S. 30).

Wie diese Indikatoren erfasst werden, wird Thema des nächsten Kapitels sein.

Beispiel: Obeldicks light¹

Das Programm Obeldicks light richtet sich an übergewichtige, aber nicht adipöse Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 8 und 16 Jahren. Es wurde von der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Reinehr entwickelt und gemeinsam mit der Universität Bielefeld in einem Projekt evaluiert, das vom Bundesforschungsministerium finanziert wurde (weitere Informationen unter www.knp-forschung.de, Suchbegriff Obeldicks light). Im Rahmen der Evaluationsstudie sollte die Wirkung der Intervention erfasst werden. Als wichtigstes Kriterium galt natürlich die Reduktion des Übergewichts, erfasst mittels Body Mass Index (BMI). Aber auch andere Erfolgsparameter waren wichtig, zum Beispiel das Wohlbefinden, die Bewegungsfreude und die Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen. Anders als den BMI, für den man das Gewicht und die Körpergröße erfasst, kommen für die anderen Erfolgsparameter andere Erhebungsmethoden zum Einsatz. So wurden Wohlbefinden, Lebensqualität und Bewegungsfreude mit einem Fragebogen erfasst.

Folgende Indikatoren wurden also zur Erfolgsbewertung von Obeldicks light unter anderem definiert:

- Übergewichtsreduktion,
- Wohlbefinden,
- Bewegungsfreude,
- Lebensqualität.

¹ In diesem Beispiel wurden mehr als die genannten Indikatoren definiert und erfasst. Aus Darstellungsgründen erfolgt hier lediglich eine Auswahl.

Beispiel: Kletterwand

In dem Beispiel der Kletterwand, die auf dem Schulhof aufgestellt wurde, wurden folgende Ziele „smart“ definiert:

- Sechs Monate nach Inbetriebnahme der Kletterwand haben 50 % aller Schülerinnen und Schüler die Kletterwand mindestens einmal ausprobiert.
- Sechs Monate nach Inbetriebnahme der Kletterwand nutzen 25 % aller Schülerinnen und Schüler die Kletterwand regelmäßig, also mindestens einmal in der Woche.

Hieraus lassen sich einfach die Indikatoren ableiten:

- Nutzung der Kletterwand (einmalig),
- Nutzung der Kletterwand (regelmäßig).

Mögliche Indikatoren lassen sich im Team im Brainstorming sammeln und in diesem ersten Schritt kann eine Vielzahl möglicher Parameter dokumentiert werden. Meist kommt schnell eine große Liste zusammen. Und wenn man schon eine Studie plant, sind vielleicht auch diese und jene zusätzlichen Aspekte interessant zu erfragen. Gleichwohl kommt irgendwann der Punkt, an dem man auswählen und sich beschränken muss. Hierfür eignen sich die z.w.e.r.g.-Kriterien, anhand derer sich die Liste der Indikatoren überprüfen lässt. Das Akronym steht für die folgenden Aspekte:

Die z.w.e.r.g.-Kriterien (mit Beispielen von Obeldicks light)

z	zentrale Bedeutung: Der Indikator sollte einen direkten Bezug zum Ziel aufweisen, quasi im Zentrum der Fragestellung stehen. Im Projekt Obeldicks light war das Übergewicht (erfasst über BMI) der wichtigste Indikator, weitere Indikatoren wurden theoriegeleitet festgelegt.
w	wirtschaftlich: Der Indikator sollte mit einem vertretbaren Aufwand erhoben werden können. Im Beispiel wurde ein Budget für die Datenerhebung vom Bundesforschungsministerium bewilligt. Dieses erlaubte, neben den oben aufgeführten Parametern eine ganze Reihe weiterer Indikatoren zu erfassen. So konnten unter anderem auch Schrittzähler (Pedometer) eingesetzt werden, um nicht nur subjektive Angaben der Kinder und der Eltern zum Bewegungsverhalten zu haben, sondern das Bewegungsverhalten auch objektiv zu erfassen. Da die Pedometer sehr teuer sind und die Auswertung kompliziert ist, wurden die Schrittzähler nur in einer kleinen Gruppe eingesetzt.
e	einfach: Der Indikator ist verständlich und nachvollziehbar. Die in Obeldicks light erfassten Parameter standen in einem engen Verhältnis zu dem, was in der Intervention vermittelt werden sollte (gesunde Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung).
r	rechtzeitig: Der Indikator lässt sich zu einem Zeitpunkt erheben, der eine Auswertung und Aufbereitung in der Projektlaufzeit möglich macht. In Obeldicks light wurde ein strenger Zeitplan ausgearbeitet, der für die Datenerhebung verbindlich war. Die Datenerhebung lag in den Händen des Forschungsteams, so dass dieses für die Einhaltung des Zeitplans auch zuständig war. In anderen Fällen wird auf Routinedaten zurückgegriffen, die in anderen Zusammenhängen erhoben werden (zum Beispiel Schuleingangsuntersuchungen). Dann muss sichergestellt sein, dass die Daten rechtzeitig zur Verfügung stehen.
g	genau: Die Erhebung ist verlässlich. Für die Erhebung müssen Instrumente, zum Beispiel Fragebögen, eingesetzt werden, die zuverlässig das erheben, was sie erheben sollen (also möglichst wenig anfällig sind für zum Beispiel Ausfüllfehler). In Obeldicks light wurde vor Projektbeginn ausführlich recherchiert, welche Instrumente sich in anderen Studien zu einem ähnlichen Thema bewährt haben.

5.2 Vom Indikator zum Erhebungsinstrument

Wenn Sie eine Liste der Indikatoren erstellt haben, stellt sich die nächste Frage, nämlich wie Sie diese erfassen wollen.

Hier gibt es zwei unterschiedliche Möglichkeiten:

- Sie nutzen vorhandene Daten (zum Beispiel in der Einrichtung bereits erhobene Statistiken, Schuleingangsuntersuchungen).
- Sie erheben eigene Daten (bspw. mithilfe von Fragebögen).

Das wohl häufigste Erhebungsinstrument ist der Fragebogen, deshalb legen wir in diesem Abschnitt auch den Schwerpunkt darauf. Es sind aber zahlreiche weitere Erhebungsinstrumente denkbar, etwa Protokoll- und Beobachtungsbögen (zum Beispiel ein Pausenbrotcheck zur Erhebung der in Kitas mitgebrachten Pausenverpflegung, Tests (zum Beispiel Sprachtests oder Motoriktests), objektive Erhebungsinstrumente (zum Beispiel Schrittzähler, Waage und Maßband) und weitere mehr.

Falls Sie sich für den Einsatz solcher Instrumente interessieren, sollten Sie Kontakt zu einer Fachhochschule, Universität oder Forschungseinrichtung suchen, die hiermit Erfahrung hat.

Der Schritt vom Indikator zum Erhebungsinstrument wird „Messen“ genannt. Damit sollen Ereignisse oder Phänomene quantifiziert werden. „Lebensqualität“, „Bewegungsfreude“ oder „Wissenszuwachs“ sollen in Zahlen ausgedrückt werden, damit Veränderungen (vor der Intervention – nach der Intervention) „messbar“ gemacht werden können.

Schauen wir uns noch einmal einige der Beispiele an. In allen Beispielen wird überwiegend mit Fragebögen gearbeitet.

Beispiel: Obeldicks light

In Obeldicks light wurden die Indikatoren auf unterschiedliche Weise erfasst:

- Übergewichtsreduktion: Für die an der Studie teilnehmenden Kinder wurden Größe und Gewicht erhoben (gemessen); aus diesen Daten wurde der Body Mass Index (m/kg^2) errechnet.
- Wohlbefinden: Zur Erfassung des Wohlbefindens entwickelte das Projektteam einen Fragebogen, der sowohl von den Kindern als auch von einem Elternteil ausgefüllt wurde.
- Bewegungsfreude: Die Bewegungsfreude wurde ebenfalls erfragt (Kind + Eltern).
- Lebensqualität: Auch die Erfassung der Lebensqualität erfolgte mit einem Fragebogen.

Beispiel: Netzwerk „Gesund ins Leben“

Im Netzwerk „Gesund ins Leben“ stehen drei Indikatoren im Zentrum des Interesses, die alle mit einem Fragebogen erfasst wurden:

- Subjektiver Wissenszuwachs: Dieser wurde mit einer fünfstufigen Skala („sehr groß“, „groß“, „mittel“, „gering“ und „kein Wissenszuwachs“) für sieben in der Fortbildung angesprochene Themenbereiche erfasst. Die Befragten gaben jeweils an, wie groß sie ihren subjektiven Wissenszuwachs einschätzen.
- Objektiver Wissenszuwachs: Hierzu wurde ein Wissensquiz erarbeitet, das vor und nach der Fortbildung eingesetzt wurde.
- Antizipierter Transfer in den Berufsalltag: Dieser wurde mit einer Frage erfasst, für wie hilfreich die Fortbildung für den Berufsalltag eingeschätzt wird (vier Antwortmöglichkeiten von „sehr hilfreich“, „etwas hilfreich“, „wenig hilfreich“ und „gar nicht hilfreich“), einer weiteren Frage nach der eingeschätzten Wahrscheinlichkeit, das Gelernte in den Alltag übertragen zu können (von 1 = „überhaupt nicht wahrscheinlich“ bis 5 = „sehr wahrscheinlich“) und einer offenen Frage nach den antizipierten Hinderungsgründen für die Umsetzung.

Beispiel: Kletterwand

Im Beispiel der Kletterwand, die auf einem Schulhof aufgestellt wurde, um das Bewegungsverhalten der Kinder zu fördern, wurden das Ausprobieren und die regelmäßige Nutzung der Kletterwand als Indikatoren formuliert.

In diesem Beispiel entschieden die Lehrerinnen und Lehrer, die Nutzung bei den Schülerinnen und Schülern mit einem Fragebogen zu erfassen, der eigens für die Studie konstruiert und an alle Schülerinnen und Schüler verteilt wurde. Dieser beinhaltete zwei Fragen:

- Hast Du schon einmal die Kletterwand benutzt (ja/nein)?
- Falls ja: Wie oft warst Du schon an der Kletterwand (nur ein- oder zweimal/ab und zu/ich bin da mindestens einmal in der Woche/ich bin da fast jeden Tag).

Meistens sind Fragebögen das Erhebungsinstrument der Wahl, aber mitunter kommen auch Beobachtungsbögen oder Auswertungsraster zum Einsatz.



Beispiele für Beobachtungsbögen und Auswertungsraster in den Evaluationstools finden Sie auf der Webseite des LZG.NRW mit dem Stichwort „Evaluationstools.de“.

Wenn Sie nur einige wenige Fragen stellen wollen, ist die Entwicklung eines eigenen Fragebogens eine gute Option (siehe Kapitel „5.2.2 Wie erstelle ich einen Fragebogen?“). Sobald Sie aber kompliziertere Indikatoren (zum Beispiel Einstellungsfragen) erfassen wollen, lohnt es sich, nach einem etablierten Instrument Ausschau zu halten.

5.2.1 Wo finde ich vorhandene Fragebögen?

In vielen Fällen bietet es sich an, einen etablierten Fragebogen zu verwenden, insbesondere dann, wenn es sich um Themen und Indikatoren handelt, die auch in anderen Projekten in der Evaluation verwendet wurden. Die Entwicklung valider und reliabler Fragebögen ist sehr aufwändig, deshalb lohnt es sich, die Erfahrung anderer zu nutzen. Aber wie finden Sie solche Fragebögen?

Hilfreich ist es, mit Projekten Kontakt aufzunehmen, die einen ähnlichen thematischen Schwerpunkt haben und bereits evaluiert wurden. Der Vorteil einer solchen Kooperation liegt nicht nur darin, dass Sie auf den Erfahrungen anderer aufbauen können und das Rad nicht neu erfinden müssen, sondern dass Sie Ihre Ergebnisse später auch mit denen Ihres Kooperationspartners vergleichen können.



Praxisdatenbank des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank (Abruf: 01.06.2015).

Für die Suche nach bereits evaluierten Projekten wählen Sie in der Rubrik „Erweiterte Recherche“ in der Zeile „Good Practice“ das Kriterium „Dokumentation und Evaluation“ aus.

Projekt-Datenbank zur Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen:

www.infoportal-praevention.nrw.de (Abruf: 01.06.2015).

Auf der Seite finden Sie qualitätsgesicherte Projekte, die in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurden und zahlreiche Qualitätskriterien erfüllen. Hier lohnt sich eine Kontaktaufnahme.

Steckbriefe zu Erhebungsinstrumenten in den Evaluationstools finden Sie auf der Webseite des LZG.NRW mit dem Stichwort „Evaluationstools.de“.

In den Evaluationstools finden Sie Steckbriefe zu Erhebungsinstrumenten (überwiegend Fragebögen), die bei Projekten mit Schwerpunkt Bewegungsförderung und/oder gesunde Ernährung in unterschiedlichen Settings und bei unterschiedlichen Zielgruppen eingesetzt werden können. Dort finden Sie auch den Pausenbrotcheck.

Für zahlreiche Fragestellungen, die in der Evaluation von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen relevant sind, bietet es sich an, Fragebögen einzusetzen, die vom Robert Koch-Institut (RKI) entwickelt wurden. Im Rahmen des Gesundheitsmonitorings werden Befragungen mit Erwachsenen zu gesundheitsrelevanten Themen durchgeführt (Gesundheit in Deutschland aktuell: www.geda-studie.de; Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland: www.degs-studie.de). Auszüge aus dem Fragebogen, die für die Evaluation mit Erlaubnis des RKI eingesetzt werden können, finden Sie im Anhang „8.3 Beispiele für Fragebögen“.



Achtung, Copyright: Klären Sie vor dem Einsatz des Fragebogens die Konditionen. Viele Fragebögen unterliegen dem Copyright, und insbesondere dann, wenn sie über einen Verlag bezogen werden (zum Beispiel psychologische Fragebögen und Tests im Hogrefe Verlag), müssen Sie eine Nutzungsg Gebühr entrichten. Bei etablierten Fragebögen ist es mitunter auch nicht möglich, einzelne Fragen wegzulassen oder auszuwählen. Klären Sie mit der Autorin oder dem Autor, ob die Verwendung einzelner Items möglich ist!

Anspruchsvollere Fragebögen, die allerdings nicht immer einfach auszuwerten sind, werden in einigen Handbüchern beschrieben. Zu empfehlen für den Gesundheitsförderungsbereich ist vor allem das folgende Handbuch:



Schumacher J, Klaiberg A & Brähler E (Hrsg.): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe 2003.

5.2.2 Wie erstelle ich einen Fragebogen?

Bei der Konstruktion eines eigenen Fragebogens sollten Sie folgendes beachten:

- Orientieren Sie die Fragen an den Indikatoren. Es ist immer sehr verlockend, noch weitere Fragen zu stellen, wenn man schon einmal die Gelegenheit hat, die Zielgruppe zu befragen. Aber bedenken Sie: Sie bitten die Befragten darum, Ihnen Zeit zu schenken. Sie sollten deshalb Ihre Zielgruppe nicht über Gebühr in Anspruch nehmen. Dies gilt insbesondere dann, wenn einige Personen der Zielgruppe über eine geringe Lese- und Schreibkompetenz verfügt. Sie riskieren dann, dass deren Meinung nicht in die Evaluation eingeht, weil sie durch den Fragebogen überfordert sind. Und: Je mehr Fragen Sie stellen, desto aufwändiger und vielleicht auch schwieriger wird die Auswertung. Konzentrieren Sie sich auf das Wesentlichste.
- Sie können sowohl Fragen als auch Aussagen formulieren, zu denen die Befragten zustimmen sollen:
 - Frageformat: Wie wichtig ist es Ihnen, sich nach Feierabend zu bewegen?
Antwortmöglichkeiten: sehr wichtig/wichtig/wenig wichtig/gar nicht wichtig.
 - Aussagenformat: Bitte geben Sie eine Schulnote für die heutige Fortbildung.
Antwortmöglichkeiten: sehr gut/gut/befriedigend/ausreichend/mangelhaft/ungenügend.
- Formulieren Sie Ihre Fragen oder Aussagen und die Antwortmöglichkeiten so einfach wie möglich. Beachten Sie das Bildungsniveau der Befragten. Holen Sie sich gegebenenfalls Anregungen beim Netzwerk Leichte Sprache (www.leichtesprache.org).
- Vermeiden Sie doppelte Verneinungen (Falsch: „Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu: Ich bin nicht zufrieden mit der Veranstaltung. Antwortmöglichkeiten stimme sehr zu / stimme etwas zu / stimme nicht zu / stimme überhaupt nicht zu“. Besser: „Wie zufrieden sind Sie mit der Veranstaltung? Bitte vergeben Sie eine Schulnote“).
- Vermeiden Sie Suggestivfragen (Falsch: „Sind Sie auch der Ansicht, dass die Veranstaltung ein voller Erfolg war?“ Besser: „Bitte kreuzen Sie die Aussage an, die Ihre Meinung am besten wiedergibt: Die Veranstaltung war ein sehr großer/großer/mittlerer/gar kein Erfolg“).
- Fragen Sie jeweils nur einen Sachverhalt ab (Falsch: „Beurteilen Sie die Veranstaltung als hilfreich und abwechslungsreich?“ Besser: Für wie hilfreich beurteilen Sie die Veranstaltung (für Ihren beruflichen Alltag)? Wie abwechslungsreich fanden Sie die Veranstaltung?“).

- Sie können offene oder geschlossene Antwortmöglichkeiten vorgeben. Bei geschlossenen Antwortvorgaben wählen die Befragten aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten durch Ankreuzen aus (ja/nein; stimme sehr/etwas/gar nicht zu). Hier kann auch die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ oder „keine Angabe“ vorgegeben werden.
Bei offenen Antwortmöglichkeiten können Befragte in einem Freiraum ihre Antwort in eigenen Worten formulieren. Durch diese offenen Antworten bekommen Sie häufig eine andere Perspektive präsentiert: Wenn 5 von 10 Teilnehmenden eines Seminars schreiben, dass die Fortbildung keinen roten Faden hatte, ist das oft eindrucksvoller als ein Durchschnittswert auf einer Skala „Stringenz der Fortbildung“. Aber: Offene Antworten sind oft aufwändig auszuwerten, wenn Sie sie zusammenfassen wollen. Je mehr Personen einen Fragebogen ausfüllen, desto aufwändiger ist die Auswertung.
- Wenn Sie geschlossene Antworten vorgeben, können Sie dies in unterschiedlicher Differenzierung machen, von einem zweistufigen Format (ja/nein) bis hin zu differenzierten Einschätzungen. Sie müssen inhaltlich entscheiden, welcher Differenzierungsgrad sinnvoll ist. Wenige Antwortmöglichkeiten machen es den Befragten einfach, sie gewinnen aber möglicherweise keine differenzierten Aussagen. Entscheiden Sie auch, ob Sie die Antwort „Weiß ich nicht“ oder „Kann ich nicht beurteilen“ als Antwortmöglichkeit vorgeben wollen. Beispiele für Frageformulierungen finden Sie im Anhang; siehe „8.3 Beispiele für Frage- und Antwortmöglichkeiten in einem Fragebogen“.
- Behalten Sie bei allen Fragen die Auswertungsmöglichkeiten im Auge. Je komplizierter Sie den Fragebogen konstruieren, desto aufwändiger kann sich die Auswertung gestalten (etwa wenn Sie mit komplizierten Algorithmen Skalenwerte bilden müssen). Einfacher ist es, wenn Sie lediglich Summen oder Durchschnittswerte bilden oder die einzelnen Items auswerten.
- Machen Sie sich Gedanken zum Aufbau. Eine Einleitung, in der Sinn und Zweck der Befragung erläutert, Anonymität und Freiwilligkeit zugesichert und Hinweise zum Ausfüllen gegeben werden, sind eine Selbstverständlichkeit. Ebenso ein Dank am Ende der Befragung, eventuell verbunden mit dem Hinweis, wo die Befragten nach Abschluss der Untersuchung die Ergebnisse erhalten oder lesen können.
- Erkundigen Sie sich, welche datenschutzrechtlichen Bestimmungen Sie einhalten müssen. Diese sind immer dann wichtig, wenn es um die Erhebung personenbezogener Daten geht. Auskunft erteilt der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen. Wenn Sie Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren befragen wollen, benötigen Sie immer das Einverständnis der Eltern.
- Machen Sie einen Probelauf mit Ihrem Fragebogen (Pretest). Befragen Sie Personen, die Ihrer Zielgruppe ähnlich sind und lassen Sie sich Rückmeldungen zum Fragebogen geben.



Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Evaluation in der Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer. Band 3 der Schriftenreihe Materialien zur Gesundheitsförderung des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften. Erlangen 2010.



Netzwerk Leichte Sprache:
www.leichtesprache.org (Abruf: 01.06.2015).

Landesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen:
www.lidi.nrw.de/ (Abruf: 01.06.2015).

5.2.3 Schriftlich, mündlich oder online?

Fragebögen können auf unterschiedliche Weise eingesetzt werden: Sie können in schriftlicher Form den Befragten ausgehändigt oder zugeschickt werden. Die Daten werden dann in eine Datenmatrix am Computer (zum Beispiel Excel oder SPSS) eingegeben oder – wenn es nicht zu viele Fragebögen sind und nur einfache Sachverhalte abgefragt wurden – von Hand ausgewertet.

Ein Fragebogen kann auch wie ein Interviewleitfaden benutzt werden: Die Fragen werden dann vorgelesen und der Interviewer beziehungsweise die Interviewerin füllt den Bogen anstelle der oder des Befragten aus. Dieses Vorgehen bietet sich dann an, wenn die Befragten ungeübt sind im Ausfüllen von Fragebögen oder in den Lese- und Schreibfähigkeiten eingeschränkt sind (zum Beispiel Personen mit Einschränkungen im Sehvermögen, funktionale Analphabeten, Migrantinnen und Migranten).

Bei größeren Stichproben werden immer häufiger auch Onlinebefragungen durchgeführt: Der Fragebogen liegt dann nicht in Papierform vor, sondern wird der oder dem Befragten am Bildschirm präsentiert. Die Zielgruppe kann zur Befragung mit einer E-Mail eingeladen werden, in der der Link zur Umfrage steht. Die Antworten werden per Mausklick gegeben oder darüber, dass freie Antworten in entsprechende Felder getippt werden. Die Datenübertragung in eine Datenmatrix entfällt in diesem Fall – ein großer Vorteil, wenn viele Personen befragt werden oder der Fragebogen sehr lang ist. Die Einarbeitung in ein solches Befragungstool braucht aber einige Zeit.

Einige Angebote für Online-Befragungen kann man kostenlos nutzen, für andere muss eine Lizenzgebühr bezahlt werden. Anbieter sind zum Beispiel:



GrafStat, das Fragebogenprogramm:
www.grafstat.de (Abruf: 01.06.2015).

Ein Programm, dessen Weiterentwicklung von der Bundeszentrale für politische Bildung finanziert wird und das unter bestimmten Voraussetzungen (Bildungseinrichtung) kostenlos genutzt werden kann.

SurveyMonkey:

www.surveymonkey.com (Abruf: 01.06.2015).

Ein beliebtes Tool für kleinere Umfragen. Für größere Umfragen muss ein kostenpflichtiges Upgrade gebucht werden.

Mit den Stichworten „Online Befragung kostenlos“ finden Sie mit einer Internetsuchmaschine weitere Angebote.

Zahlreiche Online-Befragungstools bieten die Möglichkeit einer Basisauswertung, zum Beispiel eine Häufigkeitsauszählung der Antworten. Wenn Sie weitergehende Auswertungen vornehmen wollen, können Sie die Daten herunterladen und mit einem Auswertungsprogramm (zum Beispiel Excel, SPSS) weiter verarbeiten (siehe Kapitel „5.4 Auswertung und Interpretation“).

5.2.4 Muss immer alles gezählt werden? Qualitative Ansätze der Ergebnisevaluation

Dieser Leitfaden fokussiert die Ergebnisevaluation und damit die Frage, wie sich die Effekte einer gesundheitsförderlichen Intervention messbar abbilden lassen. Das „Messen und Zählen“ ist eine wichtige Variante der Evaluation, aber längst nicht die einzige. Sie wird eingesetzt, wenn es um die Quantifizierung von Wirkungen geht. Häufig sind qualitative Effekte aber ebenso von Interesse, also zum Beispiel die Frage, wie Beteiligte eine Veränderung wahrnehmen und bewerten. Hier ist es in der Regel adäquater, auf Fragebögen zu verzichten und zum Beispiel Interviews oder Fokusgruppengespräche zu führen oder eine Beobachtungsstudie durchzuführen.

Mit einem Interview werden Personen der Zielgruppe mit einem mehr oder weniger standardisierten Leitfaden befragt. Die Interviews werden in der Regel aufgezeichnet, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet. An Fokusgruppen oder Gruppeninterviews nehmen in der Regel mehrere Personen teil (ca. 6-10).

Wenn Sie sich für die Methodik der qualitativen Evaluation interessieren, sind folgende beiden Bücher als Einstieg gut geeignet:



Flick U: Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbek: Rowohlt 2006.

Kuckartz U, Dresing T, Rädiker S, Stefer C: Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2007.

Beispiel: Fahrradkurse für Migrantinnen

Das Bürgerzentrum in C-Stadt liegt am Stadtrand, 6 km vom Stadtzentrum entfernt. Das Stadtzentrum ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln nur umständlich zu erreichen. Im Stadtteil lebt ein hoher Anteil von Bürgerinnen und Bürgern mit Migrationshintergrund.

Das Bürgerzentrum ist für seinen partizipativen Ansatz bekannt. Es engagiert sich stark in der Gesundheitsförderung, aber auch in der Bildungsarbeit. In mehreren Deutsch- und Alphabetisierungskursen für Migrantinnen wurde von den Frauen der Wunsch geäußert, das Radfahren zu lernen. Sie versprechen sich nicht nur davon, sich mehr zu bewegen, sondern auch, leichter das Stadtzentrum zu erreichen, da sie von anderen gehört haben, dass sie durch zahlreiche Grünzüge fahren können.

Die Leitung des Bürgerzentrums greift die Idee auf und kann auch einen Anbieter finden, der sich auf Radkurse für Erwachsene spezialisiert hat. Allerdings hat der Anbieter nur Erfahrung mit Kursen für Menschen, die ausreichend Deutsch sprechen. Für den ersten Kurs melden sich 10 Frauen aus 9 Nationen an, die alle aus dem Alphabetisierungskurs kommen und derzeit noch geringe Deutschkenntnisse haben.

Es kann auch ein Finanzier für den ersten Kursdurchlauf gefunden werden, der aber wissen will, ob der Kurs auch „etwas gebracht“ hat und ob sich das Kurskonzept auch in einer solchen Gruppe umsetzen lässt.

Es soll also sowohl eine Prozess-, als auch eine Ergebnisevaluation durchgeführt werden. Es ist allerdings von Beginn an klar, dass hier eine randomisierte, kontrollierte Studie nicht angemessen ist (siehe Kapitel „5.3 Methodik der Ergebnisevaluation: Forschungsdesigns“) und auch der Einsatz von Fragebögen wird als nicht sinnvoll beurteilt.

Als Ziele der Intervention werden formuliert:

- 80 % der Teilnehmerinnen können nach Abschluss des Kurses auf einem Parkplatz sicher einen Parcours abfahren.
- 50 % der Teilnehmerinnen können nach Abschluss des Kurses eine Strecke von 1 km im Straßenverkehr fahren.
- 25 % der Teilnehmerinnen fahren ein halbes Jahr nach Abschluss des Kurses mindestens einmal im Monat mit dem Rad in die Stadt.

Darüber hinaus soll im Rahmen der Prozessevaluation erfasst werden, wie die Teilnehmerinnen den Kurs bewerten und ob sich das Kurskonzept umsetzen lässt.

Die ersten beiden Indikatoren der Ergebnisevaluation lassen sich durch Beobachtung erfassen, der letzte Indikator muss erfragt werden. Die Befragung hierzu findet im Alphabetisierungskurs statt, so dass die Teilnehmerinnen die Frage gegebenenfalls wechselseitig übersetzen können.

Zur Prozessevaluation wird eine Beobachtungsstudie durchgeführt, indem eine unabhängige Person (zum Beispiel eine Studentin oder ein Student aus einem gesundheitswissenschaftlichen Studiengang) jede Kursstunde beobachtet und nach jeder Kursstunde die Kursleiterin mit einem vorab festgelegten Interviewleitfaden befragt.

5.3 Methodik der Ergebnisevaluation: Forschungsdesigns

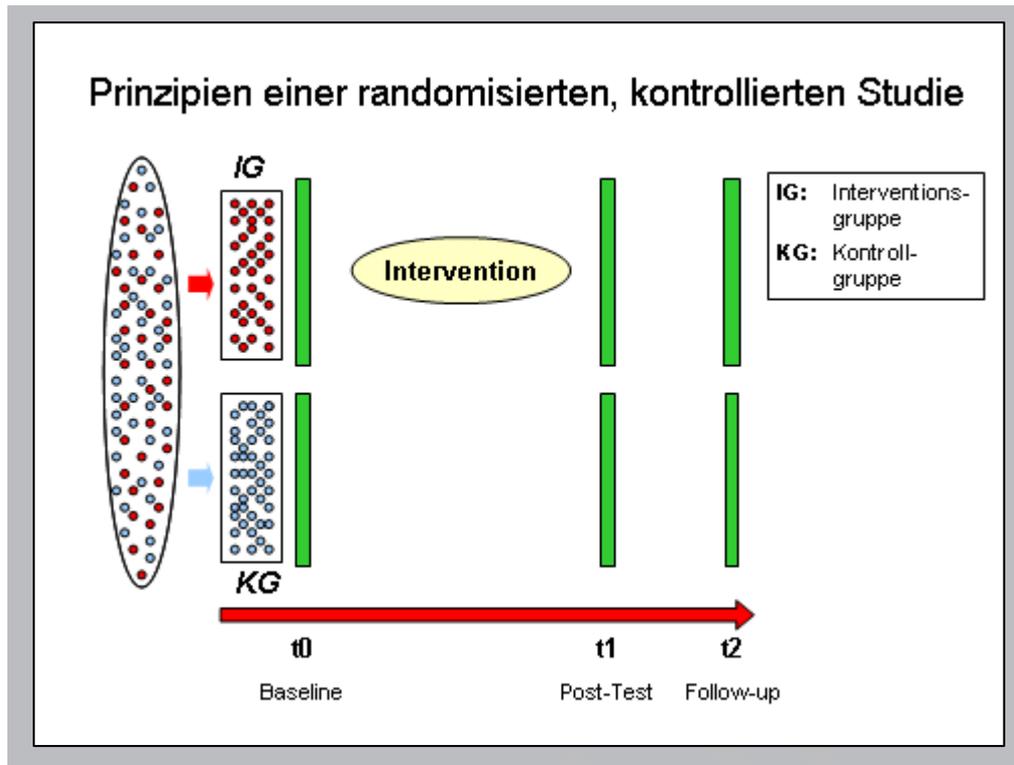
Im Rahmen einer quantitativ orientierten Evaluationsstudie, in der die Wirkung einer Intervention quantifizierbar gemacht wird, werden Indikatoren festgelegt (siehe Kapitel „5.1 Das Messbarmachen von Zielen: Indikatoren“) und es wird festgelegt, wie Sie die Indikatoren erheben wollen (siehe Kapitel „5.2 Vom Indikator zum Erhebungsinstrument“). Anschließend stellt sich die Frage, wie Sie die Erhebung durchführen, um möglichst aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

In vielen Studien werden zwei Gruppen miteinander verglichen: Diejenige, die die Intervention erhalten hat mit einer zweiten Gruppe, die die Intervention nicht erhalten hat. Häufig werden dazu „natürliche“ Gruppen miteinander verglichen, zum Beispiel Schulklassen, in denen sich die Lehrerin oder der Lehrer entschieden hat, ein Gesundheitsförderungsprogramm durchzuführen, mit Klassen, in denen die Lehrperson sich gegen ein Programm entschieden hat. Das Problem im Vergleich dieser natürlichen Gruppen liegt darin, dass mit Selektionseffekten gerechnet werden muss. Möglicherweise ist die Lehrkraft in der Klasse mit der Intervention gegenüber Gesundheitsförderung besonders aufgeschlossen, sie ist vielleicht den Schülerinnen und Schülern besonders zugewandt oder die Schülerinnen und Schüler der Kontrollklasse sind besonders unruhig, so dass die Lehrperson eine Intervention für hoffnungslos hält. Unterschiede in den beiden Gruppen am Ende der Intervention lassen sich deshalb nicht der Intervention selbst zuschreiben. Sie resultieren vielmehr auch aus der Unterschiedlichkeit der beiden Gruppen. Die Aussagefähigkeit ist also stark eingeschränkt.

Im Folgenden stellen wir Ihnen das Basismodell einer Evaluation vor – wissend, dass es sich in der Praxis nicht immer umsetzen lässt. Es soll Ihnen aber verdeutlichen, worauf es ankommt, wenn die Ergebnisse aussagekräftig und frei von Verzerrungen (zum Beispiel aufgrund eines Selektionseffekts) sein sollen.

In wissenschaftlichen Evaluationsstudien, bei denen die Effekte einer Intervention überprüft werden sollen, gilt die randomisierte, kontrollierte Studie als Goldstandard. Bei diesem Studiendesign werden zwei Gruppen miteinander verglichen: eine Interventionsgruppe, die die Maßnahme durchführt, und eine Kontrollgruppe, die an der Maßnahme nicht teilnimmt. Die Studienteilnehmenden werden, anders als im obigen Beispiel, per Zufall der einen oder anderen Gruppe zugeteilt („randomisiert“). Ein Beispiel soll das verdeutlichen.

Abbildung 5: Prinzipien einer randomisierten, kontrollierten Studie (Kolip, 2013)



Das Beispiel verdeutlicht die drei Grundprinzipien einer randomisierten, kontrollierten Studie:

- **Kontrollgruppe:** Um die Effekte in der Interventionsgruppe beurteilen zu können, ist der Vergleich mit einer Kontrollgruppe nötig, die diese Intervention nicht bekommen hat (oder ein alternatives Angebot erhalten hat, wenn zwei Interventionen miteinander verglichen werden sollen, zum Beispiel Yoga und Basteln).
- **Randomisierung:** Um Verzerrungen zu vermeiden (zum Beispiel Selektionseffekte), erfolgt die Aufteilung auf Interventions- und Kontrollgruppe per Zufall.
- Die Indikatoren (in der Abbildung grün) werden sowohl vor, als auch nach der Intervention erhoben, um Entwicklungen zu beobachten (Vorher-Nachher-Messung). Der erste Messzeitpunkt wird in der wissenschaftlichen Literatur mit „Baseline“ (t0) bezeichnete, der zweite mit „Post-Test-Erhebung“ (t1) (siehe Abbildung 5).

Falls möglich, erfolgen weitere Messungen, um die langfristigen Effekte erfassen zu können (t2, t3, als „Follow-up“ bezeichnet), denn möglicherweise wird zwar kurzfristig die Konzentrationsfähigkeit erhöht, dieser Effekt kann sich aber im Laufe der Zeit verlieren, wenn die Intervention beendet ist.

Beispiel: Yoga in der Grundschule

In einer vierzügigen Grundschule sollen Yogastunden (2 x eine Stunde wöchentlich für ein Schulhalbjahr) für die vierten Klassen eingeführt werden. Die Schulleitung stimmt dieser Maßnahme zu, weil sie vermutet (und hofft), dass dieses Angebot Auswirkungen hat auf die Konzentrationsfähigkeit, die Lautstärke im Unterricht, die Zufriedenheit der Lehrerinnen und Lehrer und die Schulleistungen. Als Erfolgsparameter dienen die folgenden Indikatoren:

- Konzentrationsfähigkeit (erfasst mit einem Konzentrationstest),
- Lärm im Klassenzimmer (erfasst mit einem dB-Messgerät),
- Zufriedenheit der Lehrpersonen (erfasst mit einem selbst konstruierten Fragebogen),
- Schulleistungen (erfasst über Schulnoten).

In einem randomisierten, kontrollierten Studiendesign werden die Zielpersonen der Intervention (also die Schülerinnen und Schüler) per Zufall in zwei Gruppen eingeteilt („randomisiert“). In beiden Gruppen erfolgt die Erhebung der Indikatoren zu einem festgelegten Zeitpunkt, bevor die Intervention startet (t₀, Baseline). Während die eine Gruppe dann ein Schulhalbjahr lang zweimal die Woche Yogastunden erhält („Interventionsgruppe“ – IG), bekommt die andere Gruppe den normalen Unterricht („Kontrollgruppe“ – KG). Nach Beendigung der Intervention werden die Indikatoren erneut erhoben („Vorher-Nachher-Messung“) und die Entwicklung der Werte (zum Beispiel im Konzentrationstest) wird verglichen (t₁, Post-Test). Da die Schule an der Frage interessiert ist, ob die Wirkung länger anhält, erfolgt eine weitere Erhebung drei Monate später (t₂, Follow-up).

Das Beispiel verdeutlicht auch, wo in der Praxis die Probleme mit einem solchen Design liegen können: Nicht immer ist es möglich zu randomisieren. So ist es unwahrscheinlich, dass es sich in den schulischen Alltag integrieren lässt, Klassen zweimal wöchentlich „auseinander zu reißen“, um Schülerinnen und Schüler für die Intervention neu zusammen zu würfeln. In diesem Fall (und bei einer vierzügigen Schule vielleicht auch möglich) wäre es sinnvoller, die Randomisierung auf der Ebene der Schulklassen durchzuführen, also die vier Klassen per Zufall einzuteilen (2 Interventionsklassen, 2 Kontrollklassen). Gleichwohl sollte reflektiert werden, ob sich die Klassen systematisch voneinander unterscheiden (also zum Beispiel die beiden leiseren Klassen die Intervention erhalten). Mitunter ist es auch gar nicht möglich, überhaupt eine Kontrollgruppe zu finden. Dann muss bei der Beurteilung der Ergebnisse kritisch reflektiert werden, ob noch andere Faktoren einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen haben könnten. In der Schule könnte es ja zum Beispiel sein, dass Bauarbeiten, die auf dem Gelände durchgeführt wurden, zeitgleich mit dem Beginn der Intervention beendet wurden. Die Konzentration der Schülerinnen und Schüler könnte sich allein deshalb verbessert haben, weil es nun keine Lärmbelästigung mehr gibt. Mit einer Kontrollgruppe lässt sich das auseinander dividieren, ohne Kontrollgruppe nicht (es wäre zu erwarten, dass sich die Konzentrationsfähigkeit in beiden Gruppen erhöht, in der Yoga-Gruppe aber mehr als in der Kontrollgruppe).

5.4 Auswertung und Interpretation

Wenn Sie die Daten erhoben haben, werten Sie diese aus. In der Regel nutzen Sie dazu Tabellen- oder Statistikprogramme wie Excel oder SPSS. Bei Online-Befragungen werden oftmals erste Auswertungen durch das Programm selbst gemacht.

Für eine eigene Evaluation reichen meist Häufigkeitsauszählungen mit Prozentangaben, die bei Vorher-Nachher-Messungen auch gut in Diagrammen (zum Beispiel Säulendiagrammen) dargestellt werden können (siehe hierfür Kapitel „6. Ablauf einer Ergebnisevaluation – Beispiel Rauchstopp in der Schwangerschaft“).

Wenn es aufwändiger wird und Sie zum Beispiel Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe statistisch absichern wollen, empfehlen wir Ihnen, sich Unterstützung zu suchen (etwa in der Kooperation mit einer Universität, einer Fachhochschule oder einer Forschungseinrichtung).

Die Ergebnisse sollten Sie zusammenfassen und dann im Kollegenkreis diskutieren: Welche Schlussfolgerungen ziehen Sie daraus? Lassen Sie andere an Ihren Erfahrungen teilhaben und veröffentlichen Sie die Ergebnisse (als Projektbericht auf Ihrer Homepage, als Poster oder Vortrag auf einem Kongress, als Publikation). Nur dann können andere auf Ihren Erfahrungen aufbauen!

6. Ablauf einer Ergebnisevaluation – Beispiel Rauchstopp in der Schwangerschaft

Ausgangspunkt (fiktives Beispiel)

Die kommunale Gesundheitskonferenz in D-Stadt hat sich als Themenschwerpunkt „Gesundes Aufwachsen“ gesetzt und fokussiert in der ersten Arbeitsphase die Lebensphasen Schwangerschaft und Stillzeit. Die Aktivitäten sind von der Vision getragen, allen Kindern zu ermöglichen, ihr Gesundheitspotenzial auszuschöpfen. Die kommunale Gesundheitskonferenz hat eine umfangreiche Problemanalyse vorgenommen und zahlreiche Problem- und Handlungsfelder identifiziert, darunter auch das Thema Rauchen in der Schwangerschaft.

Orientiert am Public Health Action Cycle (siehe Kapitel „3.1 Der Public Health Action Cycle als Rahmenmodell für die Prävention und Gesundheitsförderung“) erfolgt zunächst eine Problemanalyse. Die Schädlichkeit des Tabakkonsums in der Schwangerschaft lässt sich mit zahlreichen Studien belegen, unter anderem steigt das Risiko für eine Frühgeburt beziehungsweise für ein niedriges Geburtsgewicht. Bevölkerungsweite Studien zeigen, dass etwa jede dritte Frau zu Beginn der Schwangerschaft raucht. Die Daten der Perinatalerhebung belegen darüber hinaus, dass zwar ein Großteil rauchender Frauen den Tabakkonsum beendet oder den Konsum stark einschränkt, aber etwa 10 % der Schwangeren bis zur Geburt rauchen. Ein Gespräch mit den örtlichen Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie den Hebammen zeigt, dass das Thema zwar im Rahmen der Schwangerenvorsorge angesprochen wird, es aber selten strukturierte Ausstiegsangebote gibt. Viele Gynäkologinnen und Gynäkologen fühlen sich mit dem Thema unwohl, weil sie innerlich empört und zugleich hilflos sind, wenn Schwangere weiter rauchen. Das Interesse ist deshalb groß, das Thema systematisch in die Beratung Schwangerer einzubauen.

Vor der Strategieentwicklung erfolgt eine Recherche, welche Angebote es derzeit gibt. Dabei ist klar, dass die Angebote in den Praxisalltag passen müssen, also nicht zu aufwändig sein dürfen. Die Arbeitsgruppe stößt auf zwei Angebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:

- Die 32-seitige Broschüre „rauchfrei in der Schwangerschaft – Ich bekomme ein Baby“ wendet sich an werdende Eltern.
- Das Beratungsmanual „rauchfrei in der Schwangerschaft – Leitfaden für die Beratung von Schwangeren zum Rauchverzicht“ für Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hebammen vermittelt das Beratungskonzept der „Motivierenden Gesprächsführung“.

Es wird in der kommunalen Gesundheitskonferenz beschlossen, perspektivisch die Motivierende Gesprächsführung in der gynäkologischen Beratung in allen Praxen umzusetzen, vor der dauerhaften Implementation aber eine Evaluation durchzuführen, die die Frage beantworten soll, ob die Motivierende Gesprächsführung einer Broschüre tatsächlich überlegen ist.

1. Schritt: Klären Sie, weshalb Sie eine Evaluation durchführen wollen.

Die Motivation für die Evaluation resultiert in diesem Beispiel nicht daraus, dass Geldgeber nach einer Evaluation verlangen, sondern wird von dem inneren Interesse der Beteiligten gespeist. Da die Umsetzung eines

neuen Konzepts (Motivierende Gesprächsführung) mit Aufwand verbunden ist, sind die Beteiligten daran interessiert zu erfahren, ob sich der Aufwand tatsächlich lohnt.

2. Schritt: Legen Sie fest, was Sie evaluieren wollen.

In dem Beispiel liegt der Fokus auf der Ergebnisevaluation, nicht auf der Prozessevaluation. Es soll erfasst werden, ob die Motivierende Gesprächsführung besser in der Lage ist, rauchende Schwangere zum Rauchstopp zu bewegen als eine Broschüre. Zwar interessiert die Beteiligten auch, wie die Gynäkologinnen und Gynäkologen die Motivierende Gesprächsführung beurteilen und wie es ihnen gelingt, die Intervention in den Praxisalltag umzusetzen, diese Frage wird aber zurückgestellt, da für eine weitere Befragung nicht genügend Mittel vorhanden sind. Die Frage nach der Wirkung wird als deutlich wichtiger wahrgenommen.

3. Schritt: Legen Sie fest, wer evaluieren soll.

Zwar haben die beteiligten Gynäkologinnen und Gynäkologen ein großes Interesse an der Studie, sie können aber nicht die Planung der Evaluation übernehmen. Auch können sie zwar bei der Datenerhebung mitwirken, etwa indem sie den Tabakkonsum der Schwangeren auf einem separaten Datenblatt dokumentieren, die Datenauswertung soll aber durch andere erfolgen. Die Gesundheitskonferenz entscheidet sich deshalb, eine Fremdevaluation durchzuführen und kann dazu eine Mitarbeiterin der Fachhochschule gewinnen, die die Evaluation als studentisches Projekt durchführen will.

4. Schritt: Klären Sie, welche Ressourcen zur Verfügung stehen.

Für die Evaluation stehen nur geringe Ressourcen zur Verfügung. Die Mitarbeiterin der Fachhochschule erhält als Projektleiterin einen Werkvertrag, um das Evaluationsprojekt vertraglich absichern zu können. Darüber hinaus stehen keine weiteren Mittel zur Verfügung, so dass lediglich die wichtigste Fragestellung bearbeitet wird.

5. Schritt: Bilden Sie Indikatoren.

In der Projektgruppe wird zunächst eine kontroverse Diskussion darüber geführt, was als Erfolg der Intervention gewertet werden soll. Muss es ein kompletter Rauchstopp sein oder genügt es auch, wenn schwangere Frauen ihren Tabakkonsum reduzieren? Nach langer Diskussion wird als Indikator der absolute Rauchstopp festgelegt, unabhängig davon, wie viel die Frauen zu Beginn der Schwangerschaft rauchen.

Für die Abschätzung der Größenordnung des gewünschten Effekts werden folgende Überlegungen angestellt: Etwa 30 % der Schwangeren rauchen zu Beginn einer Schwangerschaft. Ohne Intervention rauchen noch etwa 10 % am Ende der Schwangerschaft. Anders formuliert: Von 100 rauchenden Schwangeren gelingt 67 der Ausstieg. In Bezug auf die Motivierende Gesprächsführung lautet vor diesem Hintergrund das Ziel:

Von 100 rauchenden Schwangeren, mit denen eine Beratung nach den Regeln der Motivierenden Gesprächsführung durchgeführt wird, geben im Projektzeitraum (18 Monate) 80 bis zum Ende der Schwangerschaft das Rauchen vollständig auf.

In Bezug auf die Broschüre, die zum Vergleich herangezogen wird, wird davon ausgegangen, dass sie keinen Effekt auf den Rauchstopp hat.

6. Schritt: Legen Sie das Evaluationsdesign fest.

Glücklicherweise erklären sich alle Gynäkologinnen und Gynäkologen der Kommune bereit, bei der Studie mitzumachen. Es fällt die Entscheidung, ein randomisiertes Studiendesign mit Kontrollgruppe umzusetzen: Einbezogen werden alle Frauen, die innerhalb eines Dreivierteljahres eine der gynäkologischen Praxen aufsuchen. Beim ersten Untersuchungstermin werden die Frauen gefragt, ob sie rauchen. Die Frauen, die die Frage bejahen, werden mit der Methode der Motivierenden Gesprächsführung beraten (Interventionsgruppe) oder sie erhalten die Broschüre der BZgA ohne ein vertiefendes Gespräch (Kontrollgruppe). Die beteiligten Gynäkologinnen und Gynäkologen gehen dabei streng abwechselnd vor: die erste Frau erhält die

Beratung, die zweite die Broschüre usw. Etwa in der 37. Schwangerschaftswoche werden die Frauen erneut befragt.

Nach spätestens 18 Monaten wird die Erhebungsphase abgeschlossen. Schwangere, die während der Schwangerschaft die Arztpraxis wechseln oder wegziehen, werden bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

7. Schritt: Wählen Sie Ihre Erhebungsinstrumente aus.

Das Rauchverhalten wird standardisiert erfasst und auf einem separaten Erhebungsbogen dokumentiert, der der Patientinnenakte beiliegt. Auf diesem Bogen wird auch festgehalten, ob die Frau beraten wurde (Interventionsgruppe) oder die Broschüre erhielt (Kontrollgruppe).

Zur Erfassung des Tabakkonsums werden die Fragenformulierungen genutzt, die auch das Robert Koch-Institut im Rahmen der Studie Gesundheit Erwachsener in Deutschland einsetzt (siehe Anhang „8.2 Beispiele für Fragebögen“):

Beispiel: Rauchen Sie zur Zeit?

- Ja, täglich.
- Ja, gelegentlich.
- Nein, nicht mehr.
- Habe noch nie geraucht.

Die Projektgruppe fände es zwar interessant, weitere Informationen in die Auswertung einbeziehen zu können (zum Beispiel soziale Lage der Schwangeren, Arztpraxis), verzichtet aber auf diese Angaben, um die Auswertung überschaubar zu halten. Außerdem wird befürchtet, dass einzelne Ärztinnen oder Ärzte „mogeln“, wenn die Arztpraxen miteinander verglichen werden, deshalb erfolgt keine Differenzierung nach Praxis.

8. Schritt: Erheben Sie Ihre Daten.

Die Erhebungsphase lief problemlos: Der Dokumentationsbogen war einfach zu handhaben. Die abwechselnde Intervention (Beratung, Broschüre) kam den Gynäkologinnen und Gynäkologen entgegen, um sich in die Intervention hinein zu finden. Problematisch war allenfalls, dass nicht immer präsent war, ob die letzte Intervention eine Beratung oder eine Broschüre war, so dass das System der Randomisierung nicht durchgehalten werden konnte. Dieses Problem wurde aber als unkritisch beurteilt.

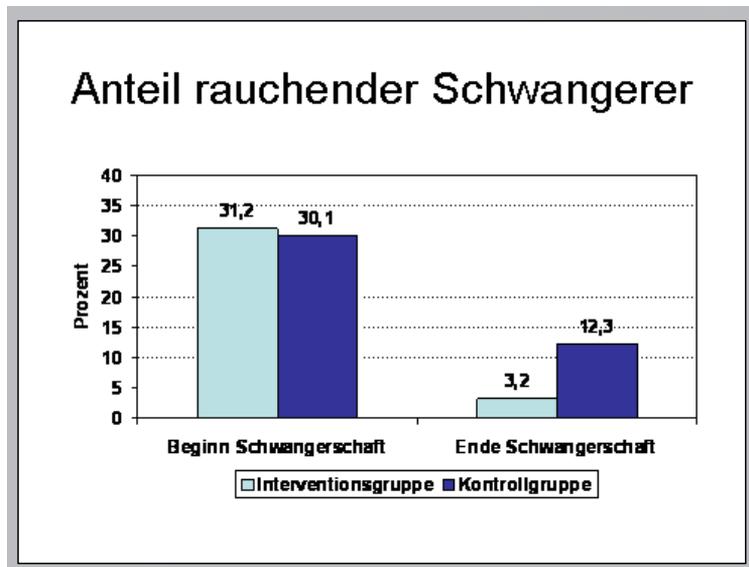
Nach 12 Monaten wurden die Fragebögen der Frauen, bei denen das Rauchverhalten zum zweiten Erhebungszeitpunkt bereits erfasst wurde, an die Fachhochschule weiter geleitet, so dass die Studierenden mit der Dateneingabe beginnen konnten. Hierzu wurde eine einfache Excel-Tabelle erstellt, in der fallweise die Angaben zum Rauchverhalten sowie zur Gruppenzuordnung (Interventions- vs. Kontrollgruppe) eingetragen wurden.

9. Schritt: Werten Sie Ihre Daten aus, interpretieren und diskutieren Sie sie.

Die Ergebnisse wurden in einem einfachen Diagramm ausgewertet. Zu Beginn der Schwangerschaft unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht: 31,2 % der Schwangeren, die später mit der Motivierenden Gesprächsführung beraten werden, rauchen zu Beginn der Schwangerschaft, in der Kontrollgruppe sind es etwas weniger, nämlich 30,1 %. Am Ende der Schwangerschaft rauchen in der Kontrollgruppe noch 12,3 % – das entspricht dem Wert, der in wissenschaftlichen Publikationen ausgegeben wird, wenn keine Intervention erfolgt. Dem stehen 3,2 % der Frauen gegenüber, die mit der Motivierenden Gesprächsführung beraten wurden (siehe Abb. 6). Der Unterschied ist deutlich. Die Studierenden der Fachhochschule bestätigen, dass es sich um einen signifikanten Unterschied handelt.

Auch in Bezug auf das definierte Ziel ist die Gruppe zufrieden (siehe Schritt 5): 80 % der rauchenden Schwangeren, die mit der Motivierenden Gesprächsführung beraten wurden, sollten am Ende der Schwangerschaft Nichtraucherinnen sein. Dieses Ziel wurde erreicht. Bei 31,2 % rauchender Schwangerer hätte am Ende eine Reduktion auf 6,2 % erreicht werden müssen ($31,2 \cdot 0,2$). Die Reduktion auf 3,2 % übertrifft die Erwartungen.

Abbildung 6: Effekte der Motivierenden Gesprächsführung (Interventionsgruppe) und der Abgabe einer Broschüre auf den Rauchstopp in der Schwangerschaft. Eigene Darstellung (Kolip 2013)



Die Projektgruppe ist sehr zufrieden mit den Ergebnissen und entscheidet sich, allen Gynäkologinnen und Gynäkologen die Motivierende Gesprächsführung als Intervention für rauchende Schwangere zu empfehlen. Gemeinsam mit den Studierenden der Fachhochschule wird ein Artikel für das Ärzteblatt verfasst.

7. Literatur

Literatur

- Bortz J, Döring N: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. Berlin: Springer 2006.
- Faller G: Mehr als nur Begriffe: Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement im betrieblichen Kontext. In Faller G (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber 2010.
- Faltermaier T: Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer 2005.
- Flick U: Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbek: Rowohlt 2006.
- Gesundheitsförderung Schweiz: Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention. 2. überarbeitete Version. 2005. Verfügbar unter: http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/1-grundlagen/wirkung/ergebnismodell/Anleitung_Ergebnismodell_Gesundheitsfoerderung_Schweiz.pdf (Abruf: 01.06.2015)
- Kirchhoff S, Kuhnt S, Lipp P, Schlawin S: Der Fragebogen: Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. 5. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010.
- Kolip P, Ackermann G, Ruckstuhl B, Studer H: Gesundheitsförderung mit System. quintessenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber 2012.
- Kuckartz U, Dresing T, Rädiker S, Stefer C: Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2007.
- Loss J, Seibold C, Eichhorn C, Nagel E: Evaluation in der Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer. Band 3 der Schriftenreihe Materialien zur Gesundheitsförderung des Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften. Herausgegeben vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2010. Verfügbar unter: www.lgl.bayern.de (Abruf: 01.06.2015).
- LVG HB - Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.: von gefühlt zu gemessen. Einführung in Grundtechniken des Projektmanagements und der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. Bremen: Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V. 2011.)
- Nutbeam D: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL. Oxford University Press. Vol.15 (2000), No. 3. S. 259-267. Verfügbar unter: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full.pdf+html> (Abruf: 01.06.2015)
- Peter R: Von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, Belohnungen und betrieblicher Gerechtigkeit: Die Modelle Demand-Control und berufliche Gratifikationskrisen. In Faller G (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber 2010. S. 59-69.
- Ruckstuhl B, Abel T: Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung. Prävention. 24 (2001), S. 35-38.
- Töppich J, Linden S: Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010. Verfügbar unter: www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=d3ed42800a5a4f7dd71ac31df16b492d&id=angebote&idx=199 (Abruf: 01.06.2015).
- World Health Organization (WHO) (1986). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: www.apug.de/archiv/pdf/ottawa_charta.pdf (Abruf: 01.06.2015).
- Quint-Essenz Gesundheitsförderung Schweiz für Qualitätsentwicklung und Projektmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention: Projektziele formulieren. 2014. Verfügbar unter <http://www.quint-essenz.ch/de/topics/1133> (Abruf: 01.06.2015)

8. Anhang

8.1 Glossar

Assessmentqualität	siehe Planungsqualität
Baseline-Erhebung	Erste Erhebung in einem randomisierten, kontrollierten Studiendesign vor der Intervention (Erhebung in Intervention und Kontrollgruppe); siehe auch Post-Test-Erhebung und Follow-up.
Ergebnisevaluation	Systematische Beurteilung der Ergebnisqualität unter Nutzung sozialwissenschaftlicher Methoden; Synonym: summative Evaluation.
Ergebnisqualität	Bezieht sich auf die Frage, ob das intendierte Ziel auch erreicht wurde.
Follow-up	Erhebung in einem randomisierten, kontrollierten Studiendesign einige Wochen oder Monate nach Abschluss der Intervention (Erhebung in Intervention und Kontrollgruppe), um langfristige Effekte zu erfassen (gegebenenfalls auch mehrfach); siehe auch Baseline-Erhebung und Post-Test.
Formative Evaluation	siehe Prozessevaluation
Fremdevaluation	Bewertung einer Maßnahme oder eines Projektes durch Außenstehende (zum Beispiel professionelle Evaluatorinnen und Evaluatoren).
Gesundheitsförderung	<p>Orientierung an dem salutogenetischen Ansatz von Antonovsky (1979). Dabei steht die Frage „Was erhält den Menschen gesund?“ im Vordergrund des Interesses. Dementsprechend zielt Gesundheitsförderung auf die Unterstützung der menschlichen Gesundheitsressourcen (vgl. Faller, 2010).</p> <p>Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheitsförderung wie folgt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (World Health Organization, 1996, S. 182).</p>
Indikator	Mithilfe eines Indikators können Veränderungen messbar gemacht werden; mit Hilfe eines Indikators kann erfasst werden, ob ein Ziel erreicht wurde. „Ein Indikator (lat.: indicare = auf etwas zeigen) ist ein Hilfsmittel, das Informationen zur Verfügung stellt, anhand derer die Veränderung bestimmter Sachverhalte angezeigt werden kann. Mit Hilfe von Indikatoren bzw. Prüfkriterien kann somit sichtbar gemacht werden, ob z. B. die in einem Programm angestrebten Ziele auch wirklich erreicht werden können. Folglich stellt ein Indikator eine Maßeinheit dar, an der der Grad der Erreichung eines Ziels abgelesen werden kann“ (Loss et al., 2010, S. 30).
Item	Ein Element in einem Fragebogen (Frage oder Aussage); häufig werden mehrere Items zu einer Skala zusammengefasst.
Konzeptqualität	siehe Planungsqualität

Messen	Messen ist die „Zuordnung von Zahlen zu Objekten oder Ereignissen“ (Bortz & Döring, 2006, S. 69); die „Übersetzung“ eines Indikators in ein Erhebungsinstrument.
Operationalisierung	Bildung von Indikatoren; Messbarmachen eines Sachverhaltes. „Eine operationale Definition standardisiert einen Begriff (...) durch Angabe von messbaren Ereignissen, die das Vorliegen dieses Sachverhaltes anzeigen (Indikatoren)“ (Bortz & Döring, 2006, S. 67).
Partizipation	Partizipation bedeutet, dass die Meinungen der beteiligten Bezugsgruppen (zum Beispiel Projektmitarbeiterinnen, Projektmitarbeiter, Zielgruppe) bei allen Schritten des Projektes Berücksichtigung finden. Sie gestalten den Prozess aktiv mit und ihnen wird so eine Teilhabe ermöglicht.
Planungsqualität	Bezieht sich auf die Fragen, ob die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst sind, die Zielgruppe klar bestimmt ist, das Ziel eindeutig formuliert ist, der Bedarf ermittelt wurde und die theoretischen Grundlagen gut aufgearbeitet wurden. Die Begriffe Planungsqualität, Konzeptqualität und Assessmentqualität werden synonym verwendet.
Post-Test	Erhebung in einem randomisierten, kontrollierten Studiendesign direkt nach Abschluss der Intervention (Erhebung in Intervention und Kontrollgruppe), um die Effekte der Intervention zu erfassen; siehe auch Baseline-Erhebung und Follow-up.
Prävention	Folgt dem pathogenen Ansatz und zielt auf die Verhütung von Krankheit. Hierbei wird zwischen drei Dimensionen, der primären, der sekundären und der tertiären Prävention, unterschieden (vgl. Faltermaier, 2005).
Pretest	Probelauf, bei dem die einzusetzenden Erhebungsinstrumente (meist Fragebögen) erprobt werden.
Prozessevaluation	Systematische Beurteilung der Prozessqualität unter Nutzung sozialwissenschaftlicher Methoden; hat in der Gesundheitsförderung große Bezüge zum Qualitätsmanagement. Die Begriffe Prozessevaluation und formative Evaluation werden synonym verwendet.
Prozessqualität	Bezieht sich auf die Umsetzung einer Intervention und beschreibt die Qualität von Verfahren und Abläufen.
Qualitätsentwicklung	Förderung von strukturellen Gegebenheiten, Prozessen sowie Konzeptionen, die zur Entwicklung von Qualität erforderlich sind. Qualitätsentwicklung beinhaltet also eine gezielte, schrittweise Entwicklung zu mehr Qualität (Töppich & Linden, 2010).
Qualitätsmanagement	Die Gesamtheit aller Aktivitäten einer Institution/Organisation, die sich auf Qualität beziehen, unter Einbezug sämtlicher Einzelaktivitäten der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (Töppich & Linden, 2010).
Randomisierung	Eine Einteilung in Interventions- und Kontrollgruppe, bei der die Gruppeneinteilung per Zufall erfolgt.
Reliabilität	Bezeichnet eines von drei Gütekriterien eines (psychologischen) Tests oder Fragebogens (neben Objektivität und Validität). Die Reliabilität bezeichnet die Genauigkeit eines Tests.
Selbstevaluation	Bewertung einer Maßnahme oder eines Projektes durch die Projektmitarbeiterinnen und Projektmitarbeiter.
Summative Evaluation	siehe Ergebnisevaluation
Strukturqualität	Bezieht sich auf die Rahmenbedingungen eines Gesundheitsangebotes, also zum Beispiel auf die personelle, technische oder finanzielle Ausstattung.
Validität	Bezeichnet eines von drei Gütekriterien eines (psychologischen) Tests oder Fragebogens (neben Objektivität und Reliabilität). Die Validität bezieht sich auf die Frage, ob das Instrument auch das misst, was es zu messen vorgibt.

Verhaltensebene	Verhaltensbezogene Maßnahmen (auch Verhaltensprävention genannt) setzen beim Individuum an und versuchen das Gesundheitsverhalten weitestgehend positiv zu beeinflussen. Es wird die Befähigung zu mehr gesundheitsbewusstem Verhalten sowie die Reduktion von riskanten Verhaltensweisen angestrebt (Peter, 2010). Bei Ansätzen der Verhaltensprävention kann zwischen Angeboten unterschieden werden, die sich auf das äußerlich sichtbare Gesundheitsverhalten beziehen und Angeboten, die internale Ressourcen zu beeinflussen versuchen.
Verhältnisebene	Ansätze der Verhältnisprävention setzen an den äußeren Rahmenbedingungen an.
Ziel	Erwünschter Zustand, der nach Ablauf einer Intervention erreicht werden soll.

8.3 Beispiele für Fragebögen

Das Robert Koch-Institut setzt im Rahmen des Gesundheitsmonitorings Fragebögen ein, mit denen unter anderem die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten der Bevölkerung erfasst werden (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – DEGS). Wenn Sie im Rahmen Ihrer Evaluationsstudie an solchen Sachverhalten interessiert sind, empfehlen wir Ihnen, sich an diesen Fragen zu orientieren, denn in die Entwicklung der Fragebögen ist viel methodisches Know-how eingegangen und Sie haben die Möglichkeit, Ihre Daten mit Daten aus repräsentativen Erwachsenenbefragungen zu vergleichen. Das LZG.NRW dankt dem Robert Koch-Institut dafür, dass die Fragen in diesem Leitfaden genutzt werden dürfen.

Falls Sie Fragen des Robert Koch-Instituts nutzen, weisen Sie bitte in Ihrem Bericht auf folgende Quelle hin: Robert Koch-Institut, Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS), Gesundheitsfragebogen 18 - 64 Jahre.

Falls Sie in einem oder mehreren Ihrer Projekte und Maßnahmen Fragebögen oder andere Erhebungsinstrumente einsetzen und diese anderen zur Verfügung stellen wollen, veröffentlichen wir das Instrument gerne auf dieser Internetseite. Bitte nehmen Sie Kontakt auf mit Svenja Budde, Tel. 0521 8007-3130, svenja.budde@lzg.nrw.de. Wir freuen uns darüber!

Die folgenden Fragen wurden dem „Gesundheitsfragebogen 18 - 64 Jahre“ der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) entnommen. Der Fragebogen wurde vom Robert Koch-Institut entwickelt und zwischen 2008 und 2011 (DEGS 1) eingesetzt (siehe auch www.rki.de/degs (Abruf: 01.06.2015); www.degs-studie.de (Abruf: 01.06.2015)). Ausgewählt wurden jene Fragen, die auch für Evaluationen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung relevant sein könnten.

Fragen zur Person

1 Wann sind Sie geboren?

X	X			1	9		
Tag		Monat		Jahr			

2 Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich Weiblich

Fragen zur Erfassung der körperlichen Aktivität

Bitte denken Sie bei den Fragen zur körperlichen Aktivität nur an die letzten 3 Monate.

65 An wie vielen Tagen in der Woche sind Sie körperlich so aktiv, dass Sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten?

Es geht um eine durchschnittliche Woche.

Anzahl der Tage

An keinem Tag

➔ Bitte weiter mit Frage 66



Und wie lange sind Sie an diesen Tagen, an denen Sie durch Ihre körperliche Aktivität ins Schwitzen oder außer Atem geraten, durchschnittlich körperlich aktiv?

Weniger als 10 Minuten

10 bis unter 30 Minuten

30 bis unter 60 Minuten

Mehr als 60 Minuten

66 Wie oft treiben Sie Sport?

Keine sportliche Betätigung

Weniger als 1 Stunde in der Woche

Regelmäßig, 1–2 Stunden in der Woche

Regelmäßig, 2–4 Stunden in der Woche

Regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche

67 Insgesamt gesehen, wie stark achten Sie auf ausreichend körperliche Bewegung?

Sehr stark

Stark

Teils/teils

Wenig

Gar nicht



Fragen zur Erfassung des Alkoholkonsums

Beispiele für Standardgetränke

Bier 0,33l Wein/Sekt 0,125l Schnaps/Spirituosen 4cl (= doppelter Schnaps)

Beispiele für weitere übliche Glasgrößen und ihre Umrechnung in Standardgetränke.

1 Maß Bier = 3 Standardgetränke 0,5l Bier = 1 ½ Standardgetränke

87 Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk, also z. B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör zu sich?

Nie ➔ Bitte weiter mit Frage 93

1 Mal pro Monat oder seltener

2–4 Mal im Monat

2–3 Mal pro Woche

4 Mal pro Woche oder öfter

88 Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?

Mit einem alkoholischen Getränk (= Standardgetränk) meinen wir eine kleine Flasche Bier (0,33l), ein kleines Glas Wein (0,125l), ein Glas Sekt oder einen doppelten Schnaps.

1–2 alkoholische Getränke

3–4 alkoholische Getränke

5–6 alkoholische Getränke

7–9 alkoholische Getränke

10 oder mehr alkoholische Getränke

Fragen zur Erfassung des Alkoholkonsums

89 Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit (z. B. beim Abendessen oder auf einer Party)?
Ein alkoholisches Getränk (= Standardgetränk) entspricht wieder einer kleinen Flasche Bier (0,33 l), einem kleinen Glas Wein (0,125 l), einem Glas Sekt oder einem doppelten Schnaps.

- Nie
- Seltener als einmal im Monat.....
- Jeden Monat
- Jede Woche
- Jeden Tag oder fast jeden Tag

Fragen zum Familienstand/zur Lebenssituation

119 Welchen Familienstand haben Sie?
Mit „Verheiratet“ meinen wir auch eingetragene Lebenspartnerschaften.

- Verheiratet, mit Ehepartner/in zusammen lebend ➔ Bitte weiter mit Frage 121
- Verheiratet, vom Ehepartner/in getrennt lebend
- Ledig
- Geschieden
- Verwitwet

120 Haben Sie einen festen Partner/eine feste Partnerin?

- Ja Nein

121 Wie viele Personen leben, wohnen und wirtschaften gemeinsam in Ihrem Haushalt?
Zählen Sie dabei bitte sich selbst und auch Kinder mit.

- 1 Person, d. h. nur Sie selbst ➔ Bitte weiter mit Frage 123
- Insgesamt Personen

Fragen zur Bildung

123 Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

- Haupt- oder Volksschulabschluss
- Realschulabschluss/Mittlere Reife/Fachschulreife
- POS (Polytechn. Oberschule) bzw. 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
- Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule
- Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife.....
- Anderen Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben)
- Schule beendet ohne Schulabschluss
- Noch keinen Schulabschluss

125 Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. Hochschulabschluss haben Sie?

- Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in, Berufsvorbereitungsjahr) ...
- Keinen Berufsabschluss und nicht in beruflicher Ausbildung.....
- Berufliche-betriebliche Ausbildung (Lehre) abgeschlossen
- Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule, Vorbereitungsdienst für den Mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung) abgeschlossen
- Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen
- Bachelor an (Fach-)Hochschule abgeschlossen
- Sonstigen Abschluss an einer Fachhochschule oder Ingenieurschule
- Sonstigen Abschluss an einer Universität oder Hochschule
- Anderen Ausbildungsabschluss

Fragen zur Herkunft

149 In welchem Land sind Sie geboren?

Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war. Zum Beispiel: „Tschechien“ statt „Tschechoslowakei“.

In Deutschland (in den heutigen Grenzen)

In einem anderen Land

und zwar:

150 Seit wann leben Sie auf dem heutigen Gebiet der Bundesrepublik Deutschland (einschließlich der ehemaligen DDR)?

Seit meiner Geburt

Seit

151 Wo haben Sie im Jahr 1988 gewohnt?

Auf dem Gebiet der ehemaligen DDR

Auf dem alten Gebiet der Bundesrepublik Deutschland

Weder noch

152 In welchem Land ist Ihre Mutter geboren?

Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war.

In Deutschland (in den heutigen Grenzen)

In einem anderen Land

und zwar:

154 In welchem Land ist Ihr Vater geboren?

Bitte verwenden Sie die heutige Staatsbezeichnung, auch wenn das Gebiet früher einem anderen Staat zugeordnet war.

In Deutschland (in den heutigen Grenzen)

In einem anderen Land

und zwar:

156 Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie?
Mehrfachantworten möglich.

Deutsche.....

Andere.....

und zwar:

➔ Bitte weiter mit Frage 158

157 Verfügen Sie über einen ...?

unbefristeten Aufenthalt

befristeten Aufenthalt

158 Welche Sprache ist Ihre Muttersprache?
Mehrfachantworten möglich.

Deutsch

Andere.....

und zwar:

159 Wenn Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Wenig	Schlecht
<input type="radio"/>				

8.4 Checkliste zur Planung einer Studie zur Ergebnisevaluation

✓
Klären Sie, weshalb Sie eine Evaluation durchführen wollen.
Legen Sie Ihren Evaluationsgegenstand fest.
Klären Sie, welche Fragen Sie beantwortet wissen wollen.
Klären Sie, welche Ressourcen Sie zur Verfügung haben.
Klären Sie, ob Sie eine Fremd- oder eine Selbstevaluation durchführen wollen. Klären Sie, wer wofür verantwortlich ist und wie Sie den Informationsfluss sicherstellen. Suchen Sie sich gegebenenfalls Kooperationspartner (zum Beispiel Universitäten, Forschungseinrichtungen).
Formulieren Sie „smarte“ Ziele Ihrer Intervention, so dass Sie im Rahmen einer Evaluation überprüft werden können.
Bilden Sie Indikatoren, die aus den „smarten“ Zielen abgeleitet werden.
Recherchieren Sie, mit welchen Erhebungsinstrumenten Sie Ihre Indikatoren erfassen wollen. Klären Sie wenn notwendig die Copyrightfrage. Entwickeln Sie gegebenenfalls eigene Fragen.
Erproben Sie den Fragebogen.
Legen Sie Ihr Evaluationsdesign fest (Zahl der Erhebungen, Erhebungszeitpunkte, Kontrollgruppe, Randomisierung). Klären Sie, in welcher Form Sie erheben wollen (schriftliche, mündliche Befragung, Online-Befragung).
Erheben Sie Ihre Daten.
Werten Sie die Daten aus, interpretieren Sie sie und diskutieren Sie sie. Stellen Sie Ihre Ergebnisse der Fachöffentlichkeit zur Verfügung (Artikel, Tagungsbeitrag), damit andere von Ihren Erfahrungen profitieren.

8.5 Die Arbeit mit dem Ergebnismodell und Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling). Das Beispiel der Selbsthilfeberatungsstellen im Landkreis L.

Hintergrund

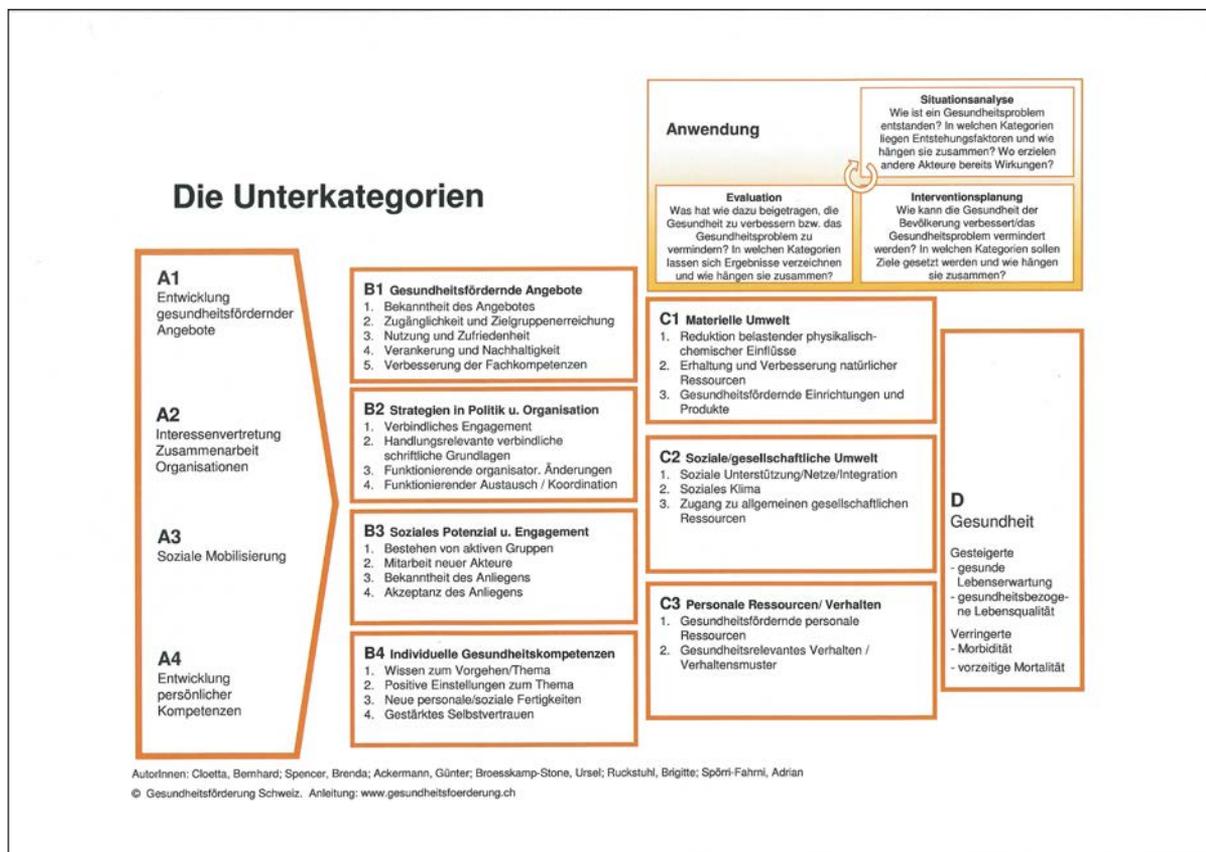
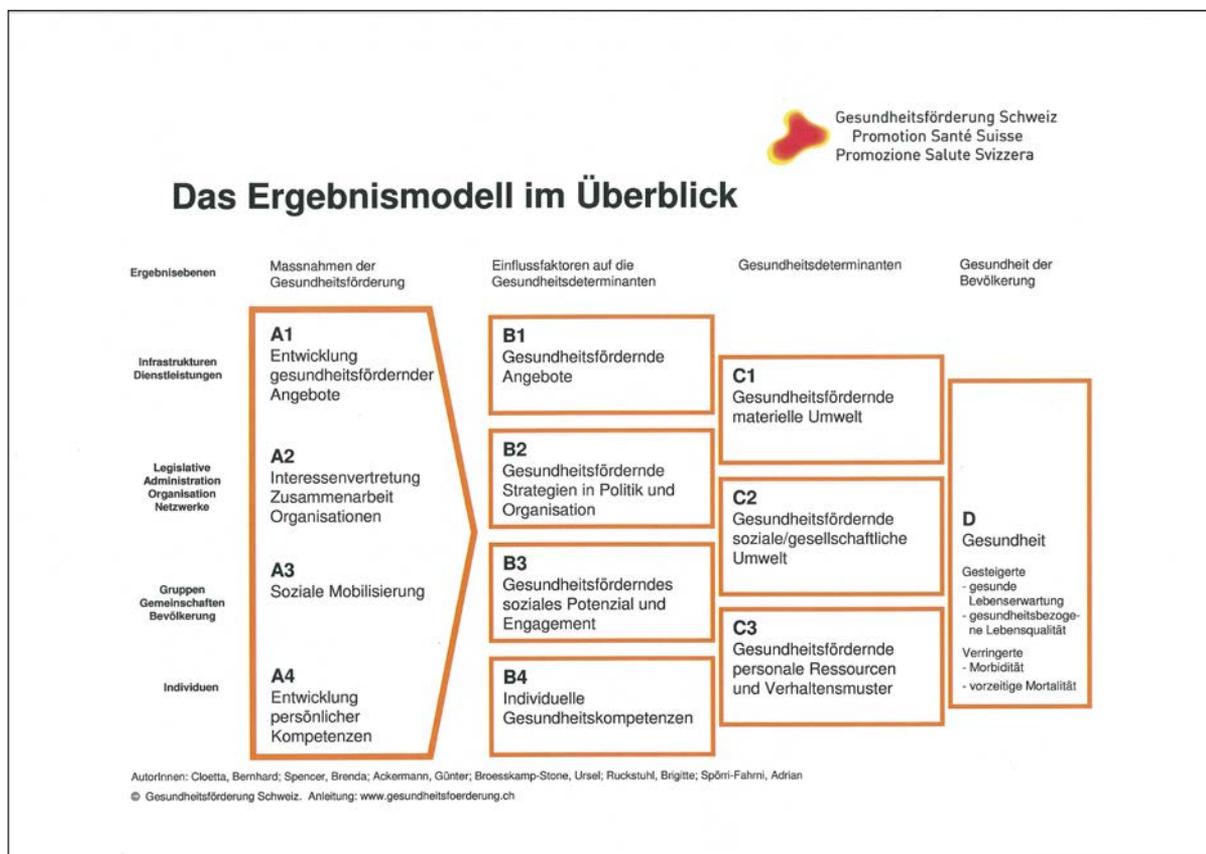
Hintergrund für die Arbeit mit dem Ergebnismodell und den Zielerreichungsskalen war der Auftrag des Kreistages, über die Arbeit der Selbsthilfeberatungsstellen im Kreis, insbesondere zur Notwendigkeit des Umfangs der bisherigen Aufgabenwahrnehmung, Stellung zu nehmen. Zudem sollten die Anforderungen an die Arbeit der Selbsthilfeberatungsstellen aus Sicht der Kunden beleuchtet werden. Diese Anfrage wurde zunächst unter Rückgriff auf die vorhandenen Leistungsdaten beantwortet, die eine steigende Inanspruchnahme belegen. Verwaltungintern wurde aber kritisch angemerkt und diskutiert, dass die genannten Daten nicht schlüssig die Zielerreichung oder den Erfolg beziehungsweise die Qualität der Leistungserbringung belegen konnten. Zeitgemäße, operationalisierte (messbare) Ziele mit einer Beschreibung von zielführenden Maßnahmen oder Kennzahlen zur Darstellung der Qualität der Arbeit lagen zum Zeitpunkt der Vorlagengenerierung nicht vor. Die Verwaltung wollte aber mit Blick auf eine zukunftsweisende Aufgabenerfüllung unter anderem die folgenden Fragen beantworten:

- Sind die Maßnahmen/die Dienstleistungen der Selbsthilfeberatungsstellen für die Gesundheitsförderung erforderlich?
- Welche Erfolgsfaktoren bestimmen die Arbeit der Selbsthilfeberatungsstellen?
- Welche Voraussetzungen müssen für eine wirksame/wirtschaftliche Aufgabenerfüllung erfüllt sein?
- Wie wird die Arbeit der Selbsthilfeberatungsstellen wahrgenommen?
- Ist unser Leistungsspektrum geeignet (Tun wir das Richtige)?
- Wie ist unser Angebot insgesamt zu bewerten?
- Welche Erwartungen haben die Kunden (Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger, Nutzerinnen und Nutzer)?

Vor diesem Hintergrund kam das Ergebnismodell (siehe Kapitel „4.2 Ergebnismodell zur Unterscheidung von Zielebenen“) zum Einsatz. Es eignet sich sowohl als Instrument zur Beantwortung der oben aufge-

fürten Fragen als auch als Qualitätsentwicklungsinstrument für den Wirkungsnachweis und damit auch zur Legitimation der eingesetzten Mittel sowie zur Positionierung der Aufgaben in einem übergeordneten Rahmen.

Abbildung 7: Das Ergebnismodell der Selbsthilfberatungsstellen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2005).



Das Ergebnismodell der Selbsthilfeberatungsstellen

Die Grundannahme dieses Modells ist, dass Gesundheit als Ziel Gesundheitsförderung nicht direkt, sondern über Zwischenstufen erreicht wird. Gesundheitsförderung zielt immer auf die Verbesserung der Gesundheit (Spalte D). Für die Zuordnung von geplanten und tatsächlich erreichten Ergebnissen von Gesundheitsförderungsprojekten sind in erster Linie die Gesundheitsdeterminanten und die darauf einflussnehmenden Faktoren (Spalten B und C) von Bedeutung.

Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung (Spalte D)

Das angestrebte Oberziel („Vision“) der Gesundheitsförderung ist eine erhöhte Lebenserwartung der Bevölkerung, eine erhöhte gesundheitsbezogene Lebensqualität oder eine gesunkene Rate an vermeidbarer (oder frühzeitiger) Morbidität. Das Erreichen dieser langfristigen Ziele hängt von vielen Faktoren auf Verhaltens- und Verhältnisebene ab, die komplex zusammenwirken. Ergebnisse auf dieser Ebene sind nur langfristig erreichbar. Das Erreichen dieser Ziele ist nur mit epidemiologischen Studien überprüfbar.

Veränderung der Gesundheitsdeterminanten (Spalte C)

Ein Ergebnis auf der Ebene der Gesundheitsdeterminanten ist eine nachgewiesene positive Veränderung einer anerkannten Gesundheitsdeterminante in einem Setting und/oder einer Bevölkerungsgruppe. Anerkannt ist eine Gesundheitsdeterminante, wenn sie empirisch und/oder theoretisch begründet ist, das heißt gute Studien, Evaluationen oder auch wissenschaftlich fundierte Modelle vorliegen, die auf relevante Zielgruppen und Verhältnisse im Landkreis L. übertragen werden können. Die in der Abbildung unter Spalte C aufgeführten Gesundheitsdeterminanten sind belegt.

Veränderung von Faktoren, die die Gesundheitsdeterminanten beeinflussen (Spalte B)

In Spalte B werden unmittelbare Ergebnisse der Gesundheitsförderungsmaßnahmen eingetragen. Die Kategorien und Unterkategorien bieten Raum für Indikatoren, welche die Gesundheitsdeterminanten potenziell positiv beeinflussen. Unmittelbare Ergebnisse der Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind der Spalte B zu entnehmen.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung (Spalte A)

Maßnahmen sind Handlungen, die auf die Erreichung der Projektziele gerichtet sind und damit das Projekt ermöglichen und vorwärts bringen. In der Abbildung in Spalte A sind denkbare Maßnahmen aufgeführt.

Ergebnisevaluation mit Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling)

Zur Definition von klaren Zielen wurde im weiteren Verlauf mit Zielerreichungsskalen gearbeitet. Die Festlegung klarer Ziele ist eine zentrale Voraussetzung für die Planungs-, aber auch die Prozess- und Ergebnisqualität. Ebenso wichtig ist, sich vor Beginn einer Maßnahme zu überlegen, wann ein Ziel genau erreicht wurde, wann sogar mehr erreicht wurde, als im Vorhinein erwartet wurde und wann das Ziel vielleicht punktuell verfehlt wurde (Festlegung des Zielerreichungsgrads).

Definition und Auswahl der Ziele der Selbsthilfeberatungsstellen (Programmziele)

In einem weiteren Schritt wurden deshalb die gesundheitsrelevanten (programmatischen) Ziele der Selbsthilfeberatungsstellen benannt. Jedes Ziel ist mindestens einer Unterkategorie des Ergebnismodells zugeordnet. Die Ziele, deren Zielerreichung überprüft werden soll, wurden präzise und realistisch formuliert und beziehen sich auf das Kalenderjahr 2011. Hierbei sind „SMART-Kriterien“ berücksichtigt worden (siehe Kapitel „4.4 Die Formulierung „smarter“ Ziele“).

Ziel	Zielbeschreibung	Kategorie
1	Die öffentliche Wahrnehmung der Selbsthilfeberatungsstelle ist erhöht	B1-1, B3-3
2	Die Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen ist erhöht	B1-2,3
3	Die Mitarbeit neuer Akteurinnen/Akteure ist erhöht	B3-2
4	Das Wissen zum Thema ist verbessert	C3; B4-1,2,3,4
5	Die Zielgruppenerreichung ist verbessert	B3-2
6	Die Fachkompetenz ist erhöht	B1-5
7	Der interkommunale Austausch ist verbessert	B2-4
8	Der intrakommunale Austausch ist verbessert	B2-4
9	Die handlungsrelevanten, schriftlichen Grundlagen sind verbessert	B2-2
10	Die Kundenzufriedenheit ist erhöht	B1-3; B3-1
11	Die Selbsthilfeberatungsstelle schafft und sichert ein nachhaltiges Angebot	B2-1; B3-1
12	Die Bekanntheit des Anliegens ist erhöht	B1-1, B3-3

Maßnahmen

Die einzelnen Maßnahmen können den Maßnahmenkategorien (Spalte A in der Abbildung 7) zugeordnet werden. Die in der Selbsthilfeberatungsstelle ergriffenen Maßnahmen und durchgeführten Programme und die Evaluation der Ergebnisse mit Zielerreichungsskalen sind dem übernächsten Abschnitt zu entnehmen.

Auswahl der Indikatoren und Skalierung

Für die Überprüfung der Zielerreichung ist es erforderlich, einen Indikator zu bestimmen, der das Erreichen des Ziels messbar macht (siehe Kapitel „5.1 Das Messbarmachen von Zielen: Indikatoren“). Die Basis für die Bewertung der Zielerreichung bildet eine 5-stufige Skala. Im Zentrum dieser Skala wird das „erwartete Ergebnis“ zu einem festgelegten Zeitpunkt (Stufe „0“) formuliert. Ausgehend von dieser Mitte reichen zwei Stufen (+1=„etwas mehr als erwartet“ und +2=„viel mehr als erwartet“) nach oben und zwei Stufen (-1=„etwas weniger als erwartet“ und -2=„viel weniger als erwartet“) nach unten. In einem gemeinsamen „Zieleprozess“ wurden innerhalb der Selbsthilfeberatungsstelle mehrere Ziele festgelegt, und es wurde erfasst, inwieweit diese Ziele erreicht wurden.

Die Ergebnisevaluation und Zielerreichungsskalen der Selbsthilfeberatungsstelle

Entsprechend der genannten Kriterien wurden in einer gemeinsamen Besprechung aller am Produkt Beteiligten für 9 der oben aufgeführten Ziele die nachfolgenden Skalen entwickelt.

Ziel 1: Die öffentliche Wahrnehmung der Selbsthilfeberatungsstelle ist erhöht	
Indikator	Anzahl der Veröffentlichungen/Pressemitteilungen im Jahr 2010.
2=viel mehr als erwartet	Die Selbsthilfeberatungsstelle veröffentlicht mehr als 90 Artikel in den Medien.
1=mehr als erwartet	Die Selbsthilfeberatungsstelle veröffentlicht 81 bis 90 Artikel in den Medien.
0=erwartetes Ergebnis	Die Selbsthilfeberatungsstelle veröffentlicht 70 bis 80 Artikel in den Medien.
-1=weniger als erwartet	Die Selbsthilfeberatungsstelle veröffentlicht 60 bis 69 Artikel in den Medien.
-2=viel weniger als erwartet	Die Selbsthilfeberatungsstelle veröffentlicht weniger als 60 Artikel in den Medien.

Ziel 2: Die Zufriedenheit der Selbsthilfegruppen ist erhöht	
Indikator	Nutzung der Hausdruckerei für SHG.
2=viel mehr als erwartet	mehr als 90 Druckaufträge werden im Jahr für SHG ausgeführt.
1=mehr als erwartet	81 bis 90 Druckaufträge werden im Jahr für SHG ausgeführt.
0=erwartetes Ergebnis	80 Druckaufträge werden im Jahr für SHG ausgeführt.
-1=weniger als erwartet	75 bis 79 Druckaufträge werden im Jahr für SHG ausgeführt.
-2=viel weniger als erwartet	weniger als 75 Druckaufträge werden im Jahr für SHG ausgeführt.

Ziel 3a: Die Mitarbeit neuer Akteurinnen/Akteure ist erhöht	
Indikator A	Anteil der Gruppengründungen im Jahr 2010 sind erfolgreich (Gruppen bestehen mind. ein Jahr).
2=viel mehr als erwartet	Mehr als 90 % der Gruppengründungen sind erfolgreich.
1=mehr als erwartet	81 bis 90 % der Gruppengründungen sind erfolgreich.
0=erwartetes Ergebnis	80 % der Gruppengründungen sind erfolgreich.
-1=weniger als erwartet	75 bis 79 % der Gruppengründungen sind erfolgreich.
-2=viel weniger als erwartet	Weniger als 75 % der Gruppengründungen sind erfolgreich.

Ziel 3b: Die Mitarbeit neuer Akteurinnen/Akteure ist erhöht	
Indikator B	Anteil der (gewünschten) Begleitung bei Gruppengründungen im Jahr 2010.
2=viel mehr als erwartet	Mehr als 70 % der Gruppengründungen werden begleitet.
1=mehr als erwartet	61 bis 70 % der Gruppengründungen werden begleitet.
0=erwartetes Ergebnis	50 bis 60 % der Gruppengründungen werden begleitet.
-1=weniger als erwartet	40 bis 59 % der Gruppengründungen werden begleitet.
-2=viel weniger als erwartet	Weniger als 40 % der Gruppengründungen werden begleitet.

Ziel 4: Das Wissen zum Thema ist verbessert	
Indikator	Anzahl der Fortbildungsveranstaltungen für Gruppen im Jahr 2010.
2=viel mehr als erwartet	Es wurden mehr als 4 Fortbildungsveranstaltungen mit Teilnehmerinnen/Teilnehmern aus mehr als 10 Gruppen durchgeführt.
1=mehr als erwartet	Es wurden mindestens 4 Fortbildungsveranstaltungen mit Teilnehmerinnen/Teilnehmern aus mehr als 5 Gruppen durchgeführt.
0=erwartetes Ergebnis	Es wurden 4 Fortbildungsveranstaltungen mit Teilnehmerinnen/Teilnehmern aus 5 Gruppen durchgeführt.
-1=weniger als erwartet	Es wurden 3-4 Fortbildungsveranstaltungen mit Teilnehmerinnen/Teilnehmern aus weniger als 5 Gruppen durchgeführt.
-2=viel weniger als erwartet	Es wurden weniger als 4 Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt.

Ziel 5: Die Zielgruppenerreichung ist verbessert	
Indikator	Anzahl der teilnehmenden SHG am kreisweiten Gesamttreffen.
2=viel mehr als erwartet	Am kreisweiten Gesamttreffen nehmen mehr als 35 SHG teil.
1=mehr als erwartet	Am kreisweiten Gesamttreffen nehmen 31 bis 35 SHG teil.
0=erwartetes Ergebnis	Am kreisweiten Gesamttreffen nehmen 25 bis 30 SHG teil.
-1=weniger als erwartet	Am kreisweiten Gesamttreffen nehmen 20 bis 24 SHG teil.
-2=viel weniger als erwartet	Am kreisweiten Gesamttreffen nehmen weniger als 20 SHG teil.

Ziel 6: Die Fachkompetenz der Selbsthilfeberatungsstelle ist erhöht	
Indikator	Mitarbeiterinnen nehmen pro Jahr an mind. einer Fortbildungsmaßnahmen teil.
2=viel mehr als erwartet	Mindestens eine Mitarbeiterin nimmt an einer Schulung mit erheblicher praktischer Relevanz und Ergebnisverbesserung inkl. Qualitätsnachweis oder Zusatzqualifikation teil.
1=mehr als erwartet	Mindestens eine Mitarbeiterin nimmt an einer Schulung mit erheblicher praktischer Relevanz und Ergebnisverbesserung teil.
0=erwartetes Ergebnis	Mindestens eine Mitarbeiterin nimmt an einer Schulung teil, deren praktische Relevanz nachweisbar ist.
-1=weniger als erwartet	Mindestens eine Mitarbeiterin nimmt an einer Schulung teil. Eine praktische Relevanz ist nicht nachweisbar.
-2=viel weniger als erwartet	Es erfolgt keine Fortbildung.

Ziel 7: Der interkommunale Austausch ist verbessert	
Indikator	Teilnahme an dem landesweiten Arbeitskreis.
2=viel mehr als erwartet	Die Selbsthilfeberatungsstelle nimmt an allen Sitzungen der AK teil. Eigene Standards finden landesweite Anerkennung.
1=mehr als erwartet	Die Selbsthilfeberatungsstelle nimmt an allen Sitzungen des AK teil und wendet die vereinbarten Standards an.
0=erwartetes Ergebnis	Die Selbsthilfeberatungsstelle nimmt an allen Sitzungen des AK teil.
-1=weniger als erwartet	Die Selbsthilfeberatungsstelle nimmt an weniger als 50 % Sitzungen des AK teil bzw. Standards werden nicht angewendet.
-2=viel weniger als erwartet	Die Selbsthilfeberatungsstelle nimmt an keiner Sitzung des AK teil.

Ziel 8: Der intrakommunale Austausch ist verbessert	
Indikator	Es finden regelmäßige Sprecherratssitzungen statt.
2=viel mehr als erwartet	Es findet pro Quartal mehr als eine Sprecherratssitzung statt und es werden zusätzliche Aktivitäten für den Sprecherrat angeboten.
1=mehr als erwartet	Es findet pro Quartal mehr als eine Sprecherratssitzung statt.
0=erwartetes Ergebnis	Es findet pro Quartal eine Sprecherratssitzung statt.
-1=weniger als erwartet	Es finden 1 bis 3 Sprecherratssitzungen/Jahr statt.
-2=viel weniger als erwartet	Es werden keine Sprecherratssitzungen durchgeführt.

Ziel 11: Die Selbsthilfeberatungsstelle schafft und sichert ein nachhaltiges Angebot	
Indikator	Beteiligung von Ehrenamtlichen im Projekt der Gruppenbegleitung in der Startphase.
2=viel mehr als erwartet	Im Projektzeitraum beteiligen sich mehr als 80 % der teilnehmenden Ehrenamtlichen.
1=mehr als erwartet	Im Projektzeitraum beteiligen sich noch 76 bis 80 % der teilnehmenden Ehrenamtlichen.
0=erwartetes Ergebnis	Im Projektzeitraum beteiligen sich noch 75 % der teilnehmenden Ehrenamtlichen.
-1=weniger als erwartet	Im Projektzeitraum beteiligen sich noch 70 bis 74 % der teilnehmenden Ehrenamtlichen.
-2=viel weniger als erwartet	Im Projektzeitraum beteiligen sich weniger als 70 % der teilnehmenden Ehrenamtlichen.

8.6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Public Health Action Cycle. Eigene Darstellung in Anlehnung an Kolip, 2006.	13
Abbildung 2: Qualitätsdimensionen. Eigene Darstellung in Anlehnung an Ruckstuhl & Abel, 2001.	15
Abbildung 3: Ergebnismodell der Gesundheitsförderung nach Nutbeam. Eigene Darstellung in Anlehnung an Ruckstuhl & Abel, 2001.	19
Abbildung 4: Die SMART-Kriterien der Zielformulierung (eigene Darstellung in Anlehnung an quint-essenz Gesundheitsförderung Schweiz für Qualitätsentwicklung und Projektmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention (2014))	21
Abbildung 5: Prinzipien einer randomisierten, kontrollierten Studie (Kolip 2013).....	33
Abbildung 6: Effekte der Motivierenden Gesprächsführung (Interventionsgruppe) und der Abgabe einer Broschüre auf den Rauchstopp in der Schwangerschaft (Kolip 2013).....	40
Abbildung 7: Das Ergebnismodell der Selbsthilfeberatungsstellen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2005).	54

Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

Gesundheitscampus-Süd 9
44801 Bochum
Telefon: 0234 91535-0
Telefax: 0234 91535-1999
poststelle@lzg.nrw.de
www.lzg.nrw.de

