

Konzepte und Ergebnisse der Prozeßevaluation der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)

Troschke, Jürgen von; Dirscherl, Clemens

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Troschke, J. v., & Dirscherl, C. (1989). Konzepte und Ergebnisse der Prozeßevaluation der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). In H.-J. Hoffmann-Nowotny (Hrsg.), *Kultur und Gesellschaft: gemeinsamer Kongreß der Deutschen, der Österreichischen und der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie, Zürich 1988 ; Beiträge der Forschungskomitees, Sektionen und Ad-hoc-Gruppen* (S. 223-227). Zürich: Seismo Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-147713>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

III Evaluation im Gesundheitswesen: kulturfunktionales Alibi oder gesellschaftspolitische Relevanz?

Konzepte und Ergebnisse der Prozessevaluation der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)

Jürgen von Troschke / Clemens Dirscherl (Freiburg)

1. Einleitung

Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) ist eine medizinische Interventionsstudie (1984-91), die auf eine stabile Verbesserung präventiver Versorgungsstrukturen für die Wohnbevölkerung einer Gemeinde zielt. Grundlage hierfür ist der Präventionsgedanke, der davon ausgeht, dass gesundheitsrelevante Lebensstile durch eine verbesserte präventive Angebotsstruktur auf Gemeindeebene beeinflusst werden können. Auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Wirksamkeit präventiver Massnahmen zur Senkung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren wird daher angenommen, dass durch solch veränderte präventive Versorgungsstrukturen auch die Herz-Kreislauf-Morbidität- und Mortalitätsrate der Zielpopulation der erwachsenen Bevölkerung zwischen 25 und 69 Jahren in einer Gemeinde mittel- und langfristig gesenkt werden kann.

Entsprechend dem Interventionskonzept unterscheidet auch die Evaluation, gerichtet auf ausgewählte Studiengemeinden, drei Zielebenen:

- die Senkung von Häufigkeitsverteilungen über Risikofaktoren und Herz-Kreislauf-Morbidität- bzw. Mortalitätsraten in der Bevölkerung;
- die Verbesserung gesundheitsrelevanter Lebensstile bei der Wohnbevölkerung;
- die Verbesserung präventionsrelevanter Versorgungsstrukturen auf Gemeindeebene.

Eine sozialwissenschaftliche Projektgruppe hat dabei den Auftrag, als soziostrukturelle Begleitforschung evaluativ die dritte Zielebene, den Prozess der Strukturveränderung in der Interventionsgemeinde, zu dokumentieren: sind tatsächlich Veränderungen feststellbar und wenn ja, in welchem Ausmass kommen sie im Sinne einer quantitativen und qualitativen Verbesserung der präventiven Versorgung der Gemeindebevölkerung zur Wirkung.

2. Das Modell der gemeindebezogenen Märkte für präventionsrelevante Informationen, Dienstleistungen und Waren

Obleich die DHP bereits in der Nachfolge ähnlicher Präventionsstudien, insbesondere aus den USA, Nord-Karelien und der Schweiz, konzipiert wurde, musste ein grundsätzliches Defizit an theoretischen Ordnungsrahmen zur Analyse und Bewertung präventiver Versorgungssysteme auf Gemeindeebene für eine Prozessevaluation konstatiert werden. Aus diesem Grund entwickelte die sozio-

strukturelle Begleitforschung das Modell einer (fiktiven) optimalen präventiven Versorgung von Bürgern in ihrer Wohngemeinde. Das unterscheidet zwischen Angeboten für:

- 1) präventionsrelevante Informationen, die in lokalen öffentlichen Medien sowie über öffentlichkeitswirksame, gesundheitsthematisierte Grossveranstaltungen auf Gemeindeebene gestreut werden;
- 2) präventionsrelevante Dienstleistungen, welche den Grundpfeiler für das kommunale Versorgungssystem darstellen, nämlich
 - allgemeine Gesundheitsaufklärung durch Erwachsenenbildungseinrichtungen,
 - Gesundheitserziehung durch Schulen und Kindergärten,
 - individuelle Gesundheitsberatung durch Ärzte, Apotheker und Beratungsstellen,
 - Kursangebote zur Änderung des konkreten Gesundheitsverhaltens (z.B. Bewegungstraining, Gewichtsreduktion, Raucherentwöhnung) durch verschiedene, präventivtätige Organisationen;
- 3) präventionsrelevante Waren, welche der Bürger im Lebensmittelhandel, Nahrungshandwerk, Restaurant und in Kantinen nachfragen kann.

Diese drei Sektoren werden schliesslich ergänzt durch einen übergeordneten vierten: die politische Gemeindeebene, welche von der ideellen Förderung und sozialen Bewertung von präventiven Massnahmen bis hin zur konkreten Unterstützung durch finanzielle Ressourcenverteilung das Präventionsklima einer Gemeinde wesentlich mitbestimmt und damit einen nicht zu unterschätzenden Ausstrahlungseffekt auf die drei marktbezogenen Sektoren hat.

Seit Beginn der Intervention werden in diesen vier Sektoren kontinuierlich Längsschnittdaten erhoben, die eine Dokumentation von Entwicklungsprozessen gemessen an den Angebotsveränderungen präventiver Versorgungsleistungen für die Gemeindebevölkerung ermöglichen.

3. Erste ausgewählte Zwischenergebnisse der Prozessevaluation

Nach drei Jahren Hauptstudienphase lassen sich erste vergleichende Ergebnisse zur Veränderung präventiver Versorgungssysteme zwischen den Studiengemeinden festhalten.

Der politische Sektor präventiver Meinungsbildung und Entscheidungsfindung weist je nach politischer Ausgangslage in den Studiengemeinden eine Bandbreite möglicher Konstellationen auf. Prävention ist als gemeindepolitisches Thema uninteressant, sobald eine entsprechende Versorgungsstruktur durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (z.B. die Etablierung eines "Haus der Gesundheit" oder einer "Gesundheitsberatungsstelle für Erwachsene") mit adäquaten Aufklärungs- und Kursprogrammangeboten weitgehend gewährleistet ist. Damit entziehen sich neue Präventionsprogramme nicht nur der politischen Auseinandersetzung, sondern auch konkreten finanziellen Unterstützungsleistungen über die rein ideelle Förderung hinaus. Man kommt quasi zu spät: es ist (nahezu) schon alles gelaufen,

was hinsichtlich einer Verbesserung präventiver Versorgungsangebote auf Gemeindeebene zu erreichen gewesen ist.

Gerade das Gegenteil lässt sich feststellen, wenn Prävention als neues, bisher noch nicht beachtetes Handlungsfeld entdeckt wird. Hier können wichtige Unterstützungsleistungen durch die politischen Meinungs- und Einflusträger mobilisiert werden. Vor allem öffnet sich quer durch die unterschiedlichen politischen Ebenen, Gruppen und Ressorts die Bereitschaft, Präventionsprogramme vielfältigster Art teils mittelbar zu fördern, teils unmittelbar an ihnen zu partizipieren.

Eine schwierigere Situation stellt sich ein, sobald Prävention berufspolitisch (vorwiegend durch die Ärzteschaft) vereinnahmt wird, eine breitere Ausstrahlung auf die Gemeindepolitik jedoch ausbleibt. Hier besteht die Gefahr einer zu engen interessensspezifischen Kanalisierung präventiver Programme, womit die Partizipation weiterer Bevölkerungsgruppen gefährdet ist.

Schliesslich ist ein weiterer Fall zu erwähnen, bei dem Prävention von keiner politischen Gruppierung in der Gemeinde als Thema erkannt wurde. Hier ist es Aufgabe der Intervention gewesen, auf die politische Relevanz von Prävention für die konkrete Daseinsbedingungen der Bevölkerung (Wohnen, Arbeit, Freizeit) aufmerksam zu machen.

Der *Sektor präventionsrelevanter Dienstleistungsangebote* erfuhr in allen Studiengemeinden eine quantitative und qualitative Verbesserung, jedoch mit unterschiedlicher Gewichtung der Trägerorganisationen. Dort, wo sich bereits im politischen Spektrum eine Dominanz ärztlicher Standesvertreter abgezeichnet hat, ist auch eine entsprechende Ausweitung des präventiven Engagements auf Verbandsebene festzustellen, die jedoch nicht unbedingt zu einer ähnlichen Aktivitätszunahme bei der niedergelassenen Ärzteschaft umschlägt. Generell zeigen sich die Ärzte zu einem herausgehobenen präventiven Engagement ausserhalb ihrer Praxen wenig bereit. Um so stärker ist das Interesse der Apothekerschaft, in die präventiven Programme eingebunden zu werden, womit ein gravierendes Konfliktfeld für die Gewinnung professioneller Multiplikatoren aus dem Gesundheitsbereich virulent wird: die standespolitisch motivierte Dinstanzwahrung der Ärzteschaft zu potentiell konkurrierenden Heilberufen, was jede Kooperation bei der Erweiterung präventiver Angebote erheblich erschwert.

Eine Ausweitung der Angebote zur Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung sowie zu gesundheitsfördernden Kursen (z.B. für Übergewichtige, Nichtraucher, Bewegungsentwöhnte) ist in allen Studiengemeinden bei Erwachsenenbildungseinrichtungen, Schulen, Krankenkassen, Selbsthilfegruppierungen und Vereinen zu verzeichnen. Jedoch erscheint eine qualitative Änderung der Angebotsstrukturen innerhalb eines schon weitgehend gut ausgestatteten Versorgungssystems schwieriger zu sein als die Initiierung neuer Angebot in noch nicht abgedecktem Terrain.

Der *Sektor präventionsrelevanter Warenangebote* zeigt sich insgesamt uneinheitlich hinsichtlich struktureller Veränderungen. Am stärksten schlagen sich die interventionistischen Massnahmen der Studie beim Bäckerhandwerk in konkreten

Realisierungen präventiven Engagements nieder. Generell weisen die Bäckereien eine grössere Innovationsfähigkeit als zum Beispiel das Metzgerhandwerk auf, wie die Vielzahl von Vollwertbackwaren nicht zuletzt auch als Ergebnis einer Anpassung an aktuelle Nachfrageänderungen der Konsumentenseite belegt. Bei Fleisch- und Wurstwaren sind hingegen nur erste, vorsichtige und punktuell vorgenommene Änderungen hin zu einer salz- und fettreduzierten Herstellung zu verzeichnen.

Für den Gastronomiesektor, sowohl der Restaurants als auch der Gemeinschaftsverpflegung in Kantinen, lassen sich in den Studiengemeinden unterschiedliche Entwicklungstrends zu einer gesundheitsbezogenen Nahrungszubereitung und -verteilung verfolgen. Hier kommt der Bereitschaft der Gemeindebevölkerung, ihre tradierten Ernährungsgewohnheiten zu ändern, die entscheidende Bedeutung zu, ob über die zeitweilige Annahme gesundheitsfördernder Speisen hinaus auch auf Dauer Veränderungen zu einer gesünderen Ernährungsweise möglich sind.

Als weniger erfolgreich müssen insgesamt die bisherigen Versuche bewertet werden, den Einzelhandel in das Präventionsfeld einer Gemeinde einzubeziehen. Insbesondere die Distributionsstufe für Nahrungsmittel ist über Zentralen, Lagerstellen und Filialgeschäfte zu vielgliedrig, als dass hier kurzfristige Veränderungen im Warenangebot hätten erreicht werden können.

Als grösstes Hemmnis breiter Strukturveränderungen erweisen sich für das präventive Warenangebot zahlreiche gesetzliche Restriktionen, insbesondere Lebensmittel- und wettbewerbsrechtlicher Art, sowie die eher abwartende Haltung der relevanten Organisationen, welche ihre präventionsfördernde Einstellung und Handlungsweise in erster Linie aufgrund von Marktbeobachtungen der Nachfrageseite vornehmen.

Im Sektor der präventionsrelevanten Informationen konnten in allen Studiengemeinden Veränderungen erzielt werden. Allerdings beziehen sich diese in der Berichterstattung der Medien noch hauptsächlich auf die unmittelbaren interventionistischen Massnahmen der Studie selbst. Eine Mobilisierung von Redaktionen oder einzelnen präventiv engagierten Organisationen auf Gemeindeebene zur eigenständigen Herausgabe oder Gestaltung eines Informationsforums mit präventiven Inhalten in Tages- oder Bürgerzeitungen, Vereinsnachrichten, Amts- oder Gemeindeblättern konnte bisher nicht erreicht werden.

Ähnliches gilt für die lokalen Rundfunk- und Fernsehsender, die eine ausschliesslich einzelveranstaltungsbezogene Berichterstattung verfolgen. Daher bieten sich regelmässig stattfindende, öffentlichkeitswirksame Grossveranstaltungen als Forum an, um die Versorgung der Gemeindebevölkerung mit präventionsrelevanten Informationen zu gewährleisten. In allen Studiengemeinden kann hier eine inhaltliche Erweiterung hinsichtlich gesundheitsfördernder Themenbereiche festgestellt werden, sei es explizit als "Gesundheitsfest" oder eher als Rahmenprogramm innerhalb von Sportveranstaltungen, Ernährungswochen, Stadtteil- oder Schulfesten.

Die bisherige Prozessevaluation hat gezeigt, dass die Zeitdauer der Studie hinsichtlich der Realisierung interventiver Massnahmen noch zu kurz ist, um eingeleitete Veränderungen der präventiven Versorgungssysteme auf Gemeindeebene bereits als verfestigt bewerten zu können. Daher wird für den verbleibenden Zeitrahmen der Interventionsphase von der soziostrukturellen Begleitforschung zu überprüfen sein, inwieweit sich die bisher bewirkten Veränderungen im präventionsrelevanten Waren- und Dienstleistungsangebot, in der lokalen Medienberichterstattung und auf der Ebene der politischen Gemeindeebene in deren Einstellung zur Primärprävention als stabil und dauerhaft erweisen, um tatsächlich im Sinne einer Implementation von einer strukturellen Verfestigung innerhalb präventiver Versorgungssysteme sprechen zu können. Erst danach kann eine endgültige Bewertung für die Studiengemeinden vergleichend vorgenommen werden.

(Die vollständige Fassung ist dem Projektbericht "Zwischenergebnisse der soziostrukturellen Begleitforschung zur Bewertung der erzielten Erfolge der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie nach 3 Jahren Hauptstudienphase" zu entnehmen. Unveröffentlichter Projektbericht, Freiburg 1988.)

Evaluation am Beispiel der psychotherapeutischen Versorgung in Österreich

Elizabeth Jandl-Jäger (Wien)

Evaluation ist die häufigste Forschungstätigkeit von Soziologen im Bereich der Medizinsoziologie. Gleichzeitig ist sie eine der am wenigsten theoriegeleiteten. Bei theoretischen Ausführungen über die verschiedenen Ansätze zur Evaluierung von Behandlungsmassnahmen im Medizin- und Gesundheitswesen werden folgende Bestimmungsstücke genannt:

Die erbrachte Leistung soll dokumentiert werden, und es soll in den Ablauf von Programmen bzw. einzelner Massnahmen Einsicht gegeben werden, damit klar wird, was mit den zur Verfügung gestellten Geldmitteln gemacht wurde.

Der Patientenkreis, für den die angebotenen Leistungen in Frage kommen, muss abgesteckt und dokumentiert werden.

Ausserdem ist festzustellen, bei welchen Patienten durch die angebotene Behandlung mit einer Reduktion der Beschwerden zu rechnen ist, wie hoch dieser Anteil an erfolgreichen Behandlungen im Vergleich zu weniger erfolgreichen Behandlungen ist. Outcome-Messungen erfordern aber, um überhaupt durchgeführt werden zu können, eine Reihe von Zusatzentscheidungen. Diese Zusatzentscheidungen können das Ergebnis allerdings bereits mitbeeinflussen.

Schliesslich ist anzuführen, dass es bei der Bewertung der durchgeführten Behandlungsmassnahmen um deren Erfolg bei den behandelten Patienten im Lichte der aufgewendeten Geldmittel geht. Dieser Ansatz greift in der Regel zu kurz bei einer systemischen Sicht der Dinge, in der neben dem rein medizinischen