

Wirksamkeit, Qualität, Verhältnisprävention, Sozialrendite: Herausforderungen für lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung

Thomas Kliche
Hochschule Magdeburg-Stendal

Fachtagung *Umdenken und Umlenken:
Prävention – eine Investition in die Gesundheit.*
Erfurt, 23.5.17

Aufgaben sind neue Gestaltungsmacht

1. Governance: Das Präventionsgesetz als Vernetzungs-Hürdenlauf
2. Health in All Policies: Anforderungen und Strategien intersektoraler Kooperation
3. Verhältnisprävention
4. Qualitätsmanagement

Governance: partizipative fachlich-politische Feldsteuerung

Präventionsgesetz als Governance

- Sinnvoll, wo verschiedene staatliche und nichtstaatliche Akteure zur Zielerreichung aufeinander angewiesen sind:
 - Alle müssen sich abstimmen, die Vielschichtigkeit von Steuerung wächst.
 - Gemeinsame Zielbestimmung und sachgerechte Kooperation sind Schlüsselleistungen (Wissen teilen; Verständigung auf Planung, Zielkontrollen und Vorgehensweisen; Perspektivenwechsel).
- *Lebenswelt-Projekte sind ‚kleine Governance‘*

Felder lernen Governance über Jahre

Erfolgsfaktoren:

- Fachlichkeit wird systematisch eingebunden, es bilden sich übergreifende, fachlich ausgewiesene Ziele und Umsetzungsmaßstäbe.
 - Das Feld erhält Spielräume.
 - Wissenschaftlich-fachliche und politische Akteure bringen sich gegenseitig ins Grübeln.
 - Das Ergebnis gewinnt an Autorität.
- läuft oft gut, mitunter gar nicht (Bildung, AKW)

7 Erfolgsfaktoren für Kooperation

1. Handlungszusammenhang: gemeinsame Geschichte und Ziele, Rollen- und Selbstverständnis, Legitimität und Unterstützung im Umfeld.
2. Kompetente Mitglieder: komplementäre Kompetenzen und kooperationsfördernde Einstellungen der Mitglieder (gegenseitiger Respekt, Vertrauen, Kompromissfähigkeit), Präsenz der Schlüssel-Stakeholder zum Einbezug der Zielgruppen, positive Bewertung der Zusammenarbeit und Verantwortungsgefühl durch Mitwirkungsmöglichkeiten.
3. Klare, aber flexible Regeln: Gleichgewicht vielfältiger Partizipation und handlungsfähiger Entscheidungen, anpassungsfähiger Verfahren und Zielbezug.
4. Kommunikation: formale und informelle Abstimmung, klar, offen, regelmäßig, ergiebig und dadurch wirksam und befriedigend.
5. Nutzwert: Festlegung und Verankerung konsensfähiger Ziele, Bezug der Gemeinschaftsanliegen auf Mitgliedsinteresse, also Mehrwert für die Mitglieder.
6. finanzielle und personelle Ausstattung: kontinuierliche, fachlich hochwertige und abgestimmte Arbeit schafft Reziprozitätsspiralen, Rentabilität und Synergien.
7. Steuerung: kompetente strategische Leitung mit Organisations- und Sozialkompetenz erhöht das Problemlösungsvermögen, die Mitgliedschaft lohnt.

(Marek, Brock & Salva, 2015)

Führung für Governance: Kompetenzen

1. Unterschiedliche Erwartungen Beteiligter vereinbar halten
2. Tiefe Umweltveränderungen aufgreifen
3. „DaVinci-Denken“: übergreifend, interdisziplinär, originell
4. Vernetzte Teilvorhaben (statt klare Hierarchien)
5. Unabhängigkeit und gegenseitige Abhängigkeit verstehen
6. Erwarteten Nutzen von Kooperation abwägen
7. Individuen und ihre besonderen Beiträge sehen
8. Den Weg mit schwachen (oder konfusen) Daten finden
9. Theorie und Praxis verschmelzen

(O'Leary & Vij, 2012)

Zwischenfazit

- Institutionelle Veränderungen kann man festlegen, aber der erforderliche Wandel der Normen, Werte, Selbstverständnisse dauert Jahre. Das Präventionsgesetz ist Angebot und Aufgabe der professionellen Selbstentwicklung.
- Ressourcen sind wichtig – mal wieder: vor allem: Vorrang der Fachlichkeit!

Gesundheit überall und für alle!
Gesundheit über alles?
Health in all Policies

Viel Licht, auch viel Schatten

- Gesundheit ist für andere Politikfelder lebenswichtig:
 - Bsp. Regionalpolitik: demografischer Wandel – Mobilität, Unabhängigkeit und Teilhabe Älterer – Bewohnbarkeit kleiner Orte (Haefker & Tielking, 2017)
 - Bsp. Bildungswesen: Leistungsfähigkeit durch Gesundheit (Busch et al 2017, Rüppel et al 2015)
 - Bsp. Sozial- und Arbeitsmarktpolitik: wachsende Gesundheitliche Ungleichheit, verlorene Selbstwirksamkeit
- Folge: mal Kooperation, mal Gerangel (de Leeuw, 2017)

Intersektorale Präventionsbündnisse

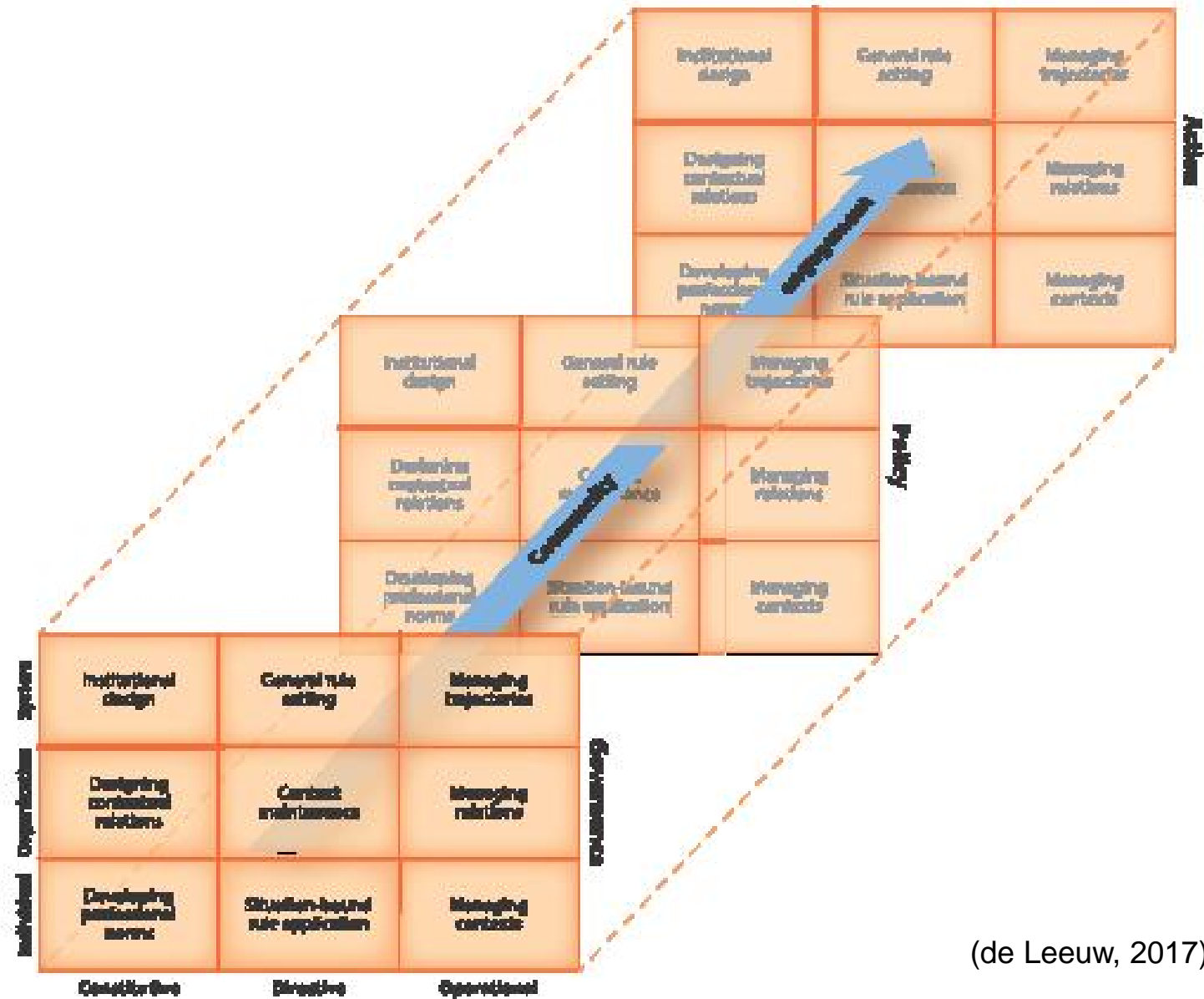
- Argumentationsstrategien: Gesundheit ist ...
 - (a) ein Wert,
 - (b) Erfolgsstrategie des jeweiligen Politikfelds,
 - (c) ein Ziel der Gesellschaft, das allen nützt,
 - (d) Rentabilität und Wachstum.
- Einbettungsbedarf
 - z.B. Konsultationen und AGs zwischen Ministerien und Fachbereichen, mit sozialen Gruppen und Akteuren (Verbänden), neue Partizipationsformen zur Gesundheitsplanung, Projektgruppen, Partnerschaften, gemeinsame Haushaltsplanungen mit Monitoring und Evaluation, querschnittliche Informationsangebote und Plattformen, Personalplanung, Gesetzgebung / Regulationen,

(de Leeuw, 2017)

Ansätze wirkungsvoller Evidenznutzung

1. Neue Verfahren: Regeln / Techniken der Wissensverbreitung
2. Nützliche Evidenz: Gewinnargumente für div. Zielgruppen.
3. Grenzauflösung: Rollenspiele zwischen Forschung, Politik, Praxis, z.B. Gremien / Aufgaben für Perspektivenwechsel.
4. Wissensagenten: neue Rollen zum Grenzübertritt.
5. Evidenz durch die Blume: zielgruppennahe Vermittlung von Gesundheit und Evidenz, z.B. durch Prominente, Gruppenvertreter, Huckepack in populären Sendungen.
6. Erzählung: der Politik griffige Geschichten liefern, denn die braucht sie zur Gewinnung von Unterstützung.
7. Wertegleichklang: Gesundheit in andere Denkmodelle mit strategischer Wertkommunikation einbetten, z.B. durch Betonung von Würde bei der Einführung von Euthanasie

(de Leeuw, 2017: aus 36 Handbüchern)



(de Leeuw, 2017)

Figure 6

Methods of engagement across levels (system-organization-individual), action logics (constitutive-directive-operational), and governance-policy-action presentations (37).

Zwischenfazit

- Viele Methoden, Wege, Widerstände: man kann viel falsch machen. Man kann auch alles richtig machen – und trotzdem läuft es zäh.
- Dabei ist der Zeit- und Arbeitsaufwand hoch. Es entstehen neue Rollen, das Arbeitsgefüge wird geschmeidiger – u.U. auch unzuverlässiger.
- Kooperation ist eine selbstverstärkende Spirale – wenn man sich darauf einlässt.
- Ressourcen sind wichtig (mal wieder): Geld, Zeit, Personal – bes. Fachlichkeit und Stetigkeit!

Herausforderung Verhältnisprävention

Nutzen

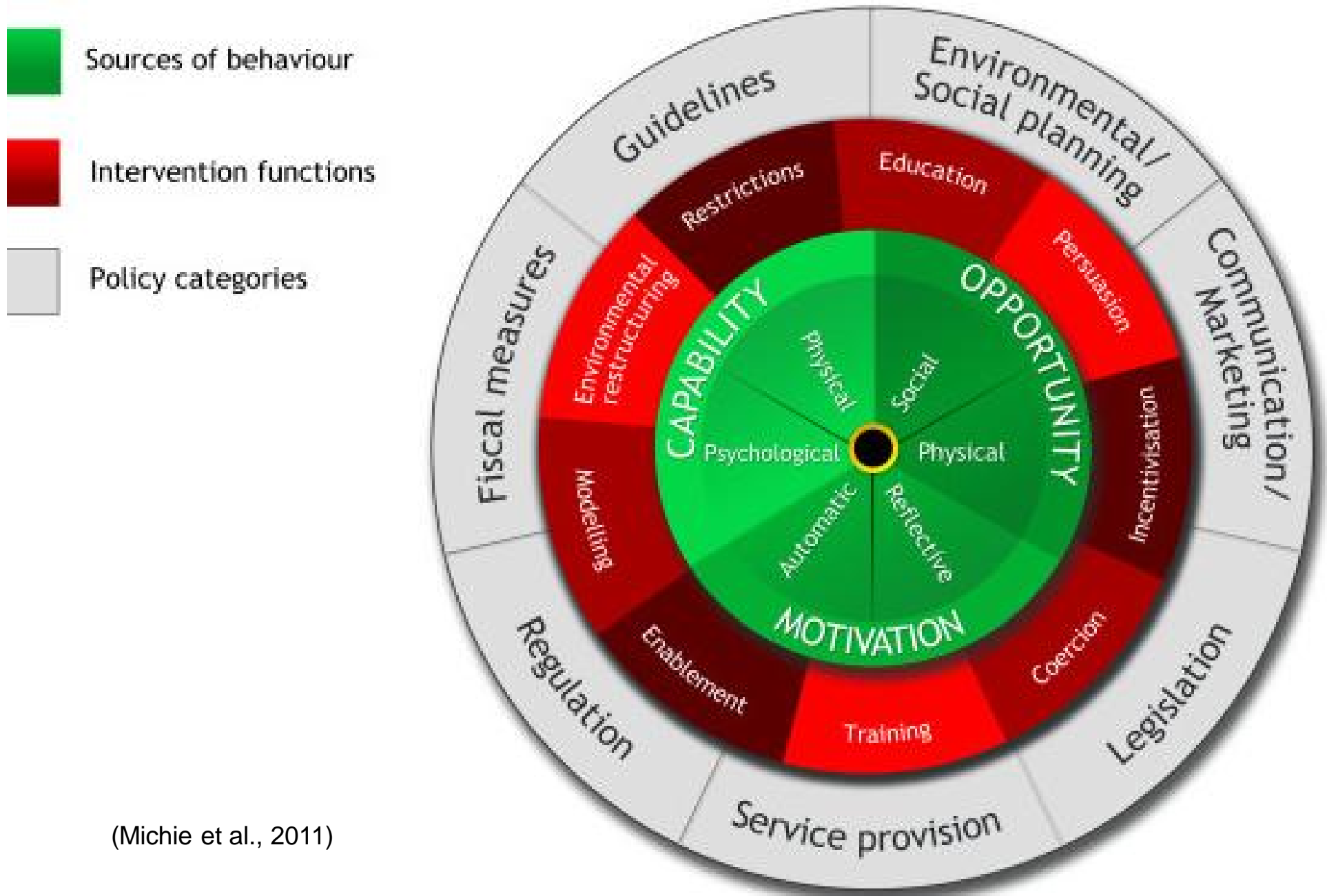
- Wirkungsverbesserung und Verstetigung verhaltensbezogener Ansätze, gerade für vielfältig determinierte, chronifizierte Verhalten (Meierjürgen, 2011; Müller & Plachta-Danielzik, 2015). So liegen die Gesamtkosten für Fehlernährung in Deutschland bei rd. 19 Milliarden Euro p.a. (Meier et al., 2015)
- Bunt, flexibel, weit über wirtschaftliche Motivierung hinaus, wobei auch über die noch nicht so viel bekannt ist - außer Wirksamkeit und nichtlinearen Effekten (Khan et al., 2016)
- Erfasst alle → kann gesundheitliche Ungleichheit mindern (Lorenc et al., 2013)
- unabdingbar zur Gestaltung des demografischen Wandels, der Gesundheits- und Lebensbedingungen Älterer, z.B. spezifische Risiken (Stürze, Demenz, Pflegefolgen), Teilhabechancen (Mobilität, Konsumorte) Gesundheitsinformation (Schriftgrößen, Inhalte, Quellen) (Pott, 2016)
- höhere Effizienz als individuelle Ansätze: breiter Exposition, z.T. geringe Kosten (Chokshi & Farley, 2012). Können Steuermittel vergrößern, z.B. 12 Milliarden Euro zur Übergewichtsprävention (Effertz & Adams, 2015)
- Unentdeckte Potentiale: individualisierte Verhältnisprävention, z.B. Anreize (Merrick et al., 2014)

Nachteile

- Kombinationsbedarf mit individuellen Programmen und gruppenspezifische Wirkungen ungeklärt, Evaluationen lückenhaft (wenig Outcomes, knappe Zeitfenster, Bausteine schwer zu unterscheiden)
- politischer Umsetzungsaufwand, Legitimationsbedarf: Akzeptanz für die Änderung von Einstellungen und Lebensbedingungen ist unterschiedlich je nach Gesundheitsproblem (z.B. Rauchen), Vorgehensweise (z.B. unauffällige, bereits eingeführte und KiJu-Interventionen), Einstellungen zu Restriktionen (z.B. bei Frauen und Älteren höher). Gesamtbild: die wirkungsvollsten Interventionen für die eigene Gruppe lösen am meisten Reaktanz aus.
- unterschiedliche Präventionskulturen in Europa (O-W, Protestanten)
- Komplexe Simulationsmodelle zur Bewertung erforderlich; z.B. 7.000 Tote p.a. weniger dank Tabakkontrolle in UK (Levy et al., 2013): gesellschaftliches Vertrauen in Wissenschaft oder Populismus?
(Diepeveen et al., 2013; Lieberman et al., 2013; Mackenbach & McKee, 2013; Tong & Lew, 2013)

Verhältnisprävention: Formen

Eine Fülle international erprobter Ansätze, z.B. Abgabebeschränkung, Altersgrenze, Ausstattung, Bauliche Maßnahmen, Besteuerung, Einschränkung von Verkaufszeiten oder Verkaufsstellen, Informationspflichten, Konsumorte, Konsumkontrollen, Kostenübernahme, Pflichten zur Gefahrenbeseitigung, Preisgestaltung bei eigenen Angeboten oder durch Vereinbarung von Handelsmargen, Qualifizierung oder Kompetenzvermittlung, Regulation von Inhaltsstoffen, Schutzvorschriften, Subventionen, Werbeverbote ...



(Michie et al., 2011)

Verhältnisprävention: grobe Einteilung

1. Ziel: Bedingungen des Gesundheitsverhaltens gestalten

- Verpflichtung (Gesundheitsverhalten erzwingen, z.B. Gurtpflicht)
- Bedingungen bereitstellen, Barrieren abbauen (Verhaltensbedingungen anbieten, z.B. Gemeinschaftsverpflegung, Radwegenetz)
- Zugangsregulation (Gelegenheiten für Risikoverhalten vermindern, z.B. Verkaufsverbote für bestimmte Orte, Zeiten oder Altersgruppen)

2. Ziel: zu Gesundheitsverhalten befähigen

- Wissensvermittlung (Gesundheitsinformation, d.h. Möglichkeiten und Konsequenzen aufzeigen, z.B. Schulfach Gesundheit)
- Gesundheitskompetenz unterstützen (Fähigkeit zur Selbststeuerung stärken, z.B. Warnhinweise)

3. Ziel: kollektive Motivation zur Verhaltensänderung

- Gesundheitsmotivation (Absicht zu Gesundheitsverhalten unterstützen, z.B. Kampagne)
- Anreize für Gesundheitsverhalten (z.B. Boni, Subventionen)
- Häßlichmachen oder Abschreckung von Risikoverhalten (z. B. Steuern, Werbeverbote)
- Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten, bes. Monitoring (z.B. U-Untersuchungen)

Zwischenfazit

- Verhältnisprävention bietet neue Ansätze wirkungsvoller Gesundheitsförderung. Dies bringt aber auch Anforderungen:
 - Taxonomie der Ansätze entwickeln, dann systematisch ihre Wirksamkeit aufbereiten
(Vorbild z.B.: Dt. Krebsforschungszentrum, Bornhäuser et al., 2002)
 - Kombinationsstrategien entwickeln und erproben
(z.B. Effertz et al., 2015)
 - das PräVG zur Entwicklung übergreifender präventionspolitischer Strategien nutzen – eine neue Gemeinschaftsaufgabe des Feldes.

Herausforderung Qualitätsmanagement

QM-Erfahrungen im Gesundheitswesen

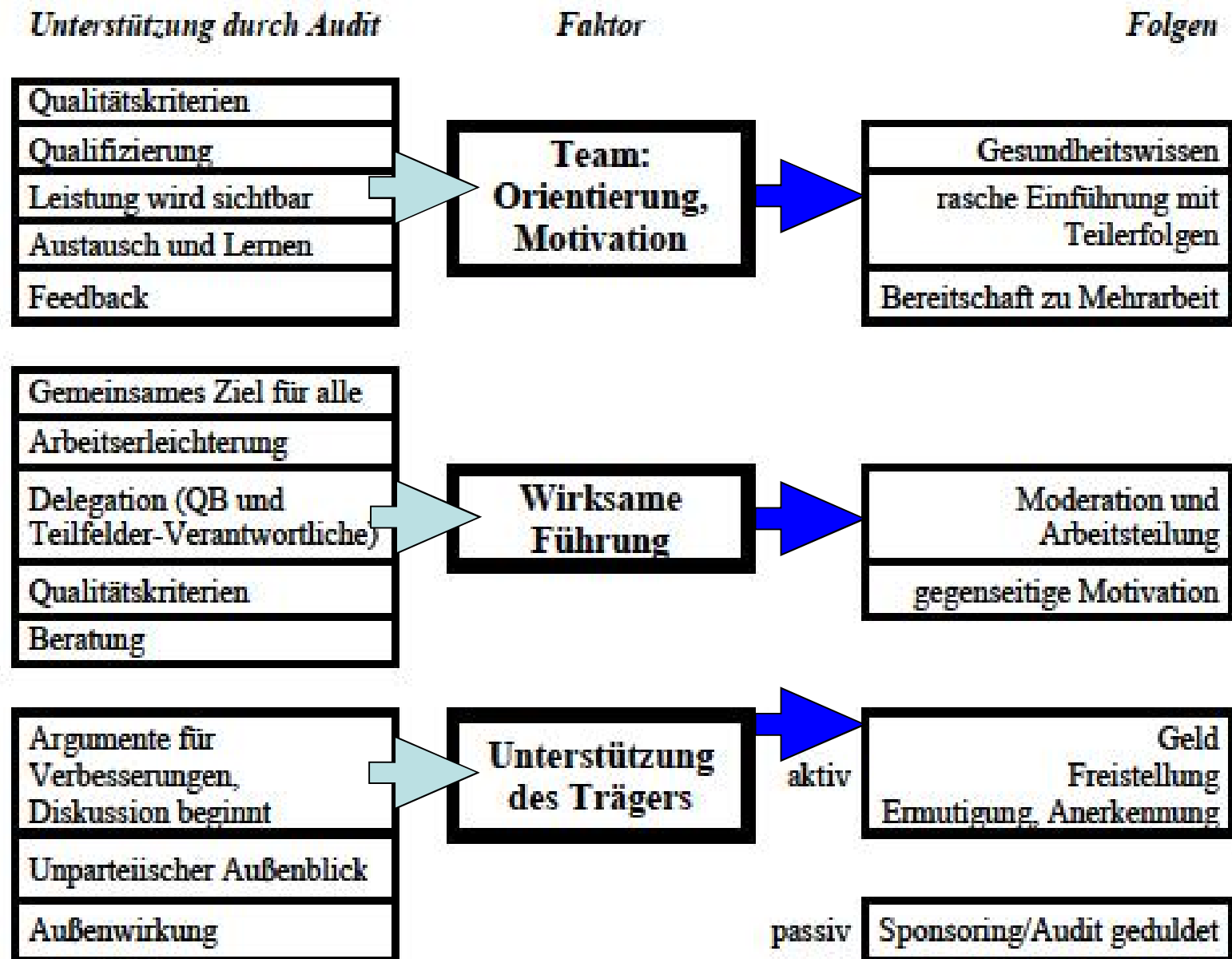
- PGF: aus 43.259 Funden (ca. 3.000 Studien) nichts. Kaum Evidenz, wenig Instrumente
- Qualitätsmanagement wirkt im Mittel schwach
- Verbesserungen betreffen meist Prozesse (Dokumentation o.ä.), kaum Ergebnisse (Gesundheit)
- Lückenhafte Daten (bes. zum Aufwand)
- angreifbare Indikatoren (aus Expertenmeinungen)
- Aber: gut belegte Beispiele solider Wirkungen bei Einsatz verschiedener Feedback-Strategien

(Glattacker & Jäckel, 2007; Groene et al., 2013; Khan & Ollenschläger, 2014; Yousefinezhadi et al., 2015)

Eingebautes Spannungsverhältnis

- Offene Aufgabe: Evidenz, Umsetzungs-qualität, Kontexteignung? UND / ODER?
 1. nachgewiesene Wirksamkeit
 2. hochwertige Durchführung (Programmtreue: Vollständigkeit, Genauigkeit, Qualifikation)
 3. Feldeignung (Magisches Dreieck: Vorgehen / Zielgruppen / Handlungsfeld)
- Hindernis A: Ängste vor Einschränkung, Kontrolle, Rückbau
- Hindernis B: unvollständiges Wissen, erhebliche Wirkungsunterschiede

Audit Gesunde Kita: Generalfaktoren



Qualitätssicherung der Qualitätssicherung

- ... ein Ansatz der BZgA (Harald Lehmann, Jürgen Töppich):
Wirksamkeit unter Beweis stellen, QM beforschen, Gütekriterien zeigen! Denn einerseits: Aussagekraft kann Akzeptanz mindern. Andererseits: Die konsensfähige Aufweichung von Anforderungen schafft Gelddruckmaschinen. Aufgaben:
 - ➔ Spannung verschiedener Anforderungen transparent machen, je Teilintervention abwägen
 - ➔ Taxonomien für Interventionen, bes. komplexe
 - ➔ Kriterien für komplexe Interventionen empirisch prüfen
 - ➔ erweiterte Evaluationen und Reviews: Wie wirken welche Elemente unter welchen Bedingungen?

Zwischenfazit: QM erfordert Ordnungen

1. Damit alle über das Gleiche reden: nützliche Klassifikation (Taxonomie) von Vorgehensweisen
2. Damit alle über die wichtigen Ergebnisse Erfahrungen sammeln: Liste zentraler Ergebnisse (Outputs, Outcomes) und ihrer Messungsmöglichkeiten (Indikatoren)
3. Damit wir Daten zur Versorgungssteuerung gewinnen: Forschungspläne (z.B. Stichproben von Befragten, Projekten oder Interventionen) für Felder, Vorgehensweisen und deren Teilelemente

Herausforderung Wirtschaftlichkeit

Ist Prävention rentabel?

Nr	Handlungsfeld	Setting	Rentabilität (ROI)	Quelle
1.	Gesundheitsförderung	Betrieb	Mean ROI ± standard deviation: 1.38 ± 1.97	(Baxter, Sanderson, Venn, Blizzard & Palmer, 2014)
2.	Übergewicht/ Fettleibigkeit	Betrieb	1 – 1.17	(Baker, Goetzel, Pei, Weiss, Bowen, Tabrizi, Nelson, Metz, Pelletier & Thompson, 2008)
3.	Cardiovaskuläre Risiken	Betrieb	3.27 – 6.00	(Arena, Guazzi, Briggs, Cahalin, Myers, Kaminsky, Forman, Cipriano, Borghi-Silva, Babu & Lavie, 2013)
4.	Population Health Management Programs	Betrieb	3	(Grossmeier, Terry, Anderson & Wright, 2012)
5.	Ernährung und körperliche Aktivität	Betrieb	Absenteeism benefits: NRS: ROI 325%, RCT: ROI -49% Medical benefits: NRS: ROI 95%, RCT: ROI -112% Both: NRS: ROI: 387%, RCT: ROI: -92%	(van Dongen, Proper, van Wier, van der Beek, Bongers, van Mechelen, van Tulder, 2011)
6.	Berufliche Sicherheit und Gesundheit	Betrieb	1.01 – 4.81	(Elsler, Treutlein, Rydlewska, Frusteri, Krüger, Veerman, Eckelaert, Roskams, Van Den Broek & Tailor, 2010)
7.	Gesundheit	Betrieb	1 - 13	(Rydlewska-Liszkowska, 2010)
8.	Gesundheitsförderung, kardiovaskuläre Risiken	Betrieb	1.88 - 3.92	(Cahalin, Myers, Kaminsky, Briggs, Forman, Patel, Pinkstaff & Arena, 2014)
9.	Wellness programs (risk or lifestyle management, behavioral health)	Betrieb	1.6 - 3.9	(Kaspin, Gorman & Miller, 2013)
10.	Gesundheitsförderung	Betrieb	1.4 - 8	(Cherniack, 2013)
11.	Disease prevention and wellness programs to improve health	Betrieb	Medical costs: 3.27 absenteeism costs: 2.73	(Baicker, Cutler & Song, 2010)
12.	Psychische Gesundheit	comparative	Betrieb: 6 – Schule 28 – Home: 2	(Mcdaid & Park, 2011)
13.	Child Health, Environmental Health, Health Care Management, Health Education, Health Promotion, Mental Health, Nutrition, Sexual Reproductive Health	comparative	Social return on investment SROI (min – max): Child Health: 1.85 – 65 Environmental Health: 26 Health Care Management: 1.98 – 7 Health Education: 7.25 Health Promotion: 1.1 – 11 Mental Health: 1.57 – 11.91 Nutrition: 2.05 – 5.28 Sexual Reproductive Health: 1.73 – 21.20	(Banke-Thomas, Madaj, Charles & van den Broek, 2015)
14.	Übergewicht/ Fettleibigkeit	Community Internet School Environment Worksite	(ICER < 50.000 = cost effective) Behavioral interventions: Diet/ nutrition and physical activity: mostly cost-effective Social support: cost-effective Individual behavior change: cost effective Community interventions, lifestyle: cost-effective Community, physical activity: mostly cost-effective School-based interventions: not cost-effective Worksite interventions: cost effective Advertisement regulation, food labelling and mass media campaign: cost effective or cost saving	(Lehnert, Sonntag, Konnopka, Riedel-Heller & König, 2012)

PGF lohnt sehr, aber schwankend

- Die Returns on Investment sind in fast allen Feldern günstig oder sehr günstig; Wirtschaftlichkeit ist damit ziemlich sicher gewährleistet.
- Hier liegen starke Argumente für die Einbindung aller gesellschaftlichen Akteure: langfristige Effekte für Steuern, Renten, Transfergelder usw.
- Die ROI variieren aber stark. Vorgehensweisen wirken feld- und kontextbezogen, aber bislang sind die Studien zu grob, um Ursachen einzugrenzen.

Langfristige Steuerungsaufgaben

- Wie können wir die Nutznießer (die *ganze* Gesellschaft) angemessen in Finanzierung und Durchführung einbinden?
- Wie nehmen wir Kosten / Nutzen vergleichsfähig für Lebenswelten und Teilfelder in den Blick? Wie können wir dabei den Aufwand erfassen? (Ist der Geheimsache der Durchführenden?)
- Was sind Wege zur Auswahl gesundheitsökonomisch günstiger Vorgehensweisen – Willkür, Verdrängung im Feld, dezentrale Entscheidung?

Mittel- und Langfristig

Gute Richtungen

- Vorrang der Fachlichkeit bei allen Akteuren (Governance funktioniert sonst nicht)!
- Geduld und Vertrauensvorschüsse in die Entwicklung der neuen Feldkultur stecken!
- Potentiale der Verhältnisprävention entfalten!
- Versorgungssteuerung auch unter Aspekten von Wirtschaftlichkeit betrachten! Prävention lohnt sich!
- fachliche Ordnungssysteme entwickeln (bes. Klassifikation von Vorgehensweisen), um komplexe Strategien zu entwickeln und zu prüfen

Schreiben Sie
(ab) heute gemeinsam
Gesundheitsgeschichte! Viel
Geduld und Neugier – und Hut
ab!

thomas.kliche@hs-magdeburg.de