

Evaluations-Forschung in Medizin und Gesundheitswesen

Biefang, Sibylle

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Biefang, S. (1981). Evaluations-Forschung in Medizin und Gesundheitswesen. In W. Schulte (Hrsg.), *Soziologie in der Gesellschaft: Referate aus den Veranstaltungen der Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, der Ad-hoc-Gruppen und des Berufsverbandes Deutscher Soziologen beim 20. Deutschen Soziologentag in Bremen 1980* (S. 215-221). Bremen: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-188685>

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.

Sibylle Biefang

1. Vorbemerkung

Die Bundesregierung hat Anfang 1978 ein "Programm zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978 - 1981" (BMFT, 1978) verkündet. Das Programm weist die Teilbereiche Gesundheitsforschung, Krankheitsforschung und Strukturforschung auf. Schwerpunkte im Teilbereich Krankheitsforschung sind die Entwicklung und Validierung von therapeutischen Konzepten und Rehabilitationswegen bei bösartigen Neubildungen, bei Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, bei rheumatischen und psychischen Krankheiten. In den einführenden Bemerkungen zum Programm wird klargestellt, daß die geplante Forschungsförderung nicht nur den Zweck verfolgt, neue Erkenntnisse zu gewinnen, sondern auch das jeweils vorhandene Wissen umzusetzen und wirkungsvoll einzusetzen. Hier ist die Evaluations-Forschung angesprochen.

Die Evaluations-Forschung in Medizin und Gesundheitswesen hat unter dem Stichwort "Programm-Evaluation" (HAGEDORN et.al., 1976) eine Reihe von konzeptionellen Ansätzen und methodischen Vorgehensweisen entwickelt, die in Betracht gezogen werden müssen, wenn die Zielsetzungen des Programms der Bundesregierung in den Schwerpunkten Therapie- und Rehabilitationsforschung eingelöst werden sollen :

- o Analyse der Effektivität von Programmen,
- o Bewertung der Effizienz von Programmen,
- o Beurteilung der Qualität der erbrachten Leistungen,
- o Ermittlung und Bewertung von Bedarf und Behandlungsbedürftigkeit und Analyse der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Einrichtungen.

2. Effektivität von Programmen

Die Bewertung der Wirksamkeit eines Programmes bzw. einzelner Programminterventionen setzt die Beantwortung von zwei Fragen voraus : erstens, ob der natürliche Krankheitsverlauf überhaupt beeinflußt wird, und

zweitens, ob die Intervention anderen alternativen Interventionen - z.B. der Standardbehandlung - überlegen ist. Die Beantwortung bei-der Fragen verlangt einen methodischen Vergleich von mindestens zwei Patienten/Probandengruppen. Eine Gruppe wird der zu bewertenden In-tervention (der neuen Behandlung), die andere weiterhin der Standard-behandlung (dies kann auch keine Behandlung bedeuten) zugeführt. Der Vergleich ist allerdings nur dann beweiskräftig, wenn es gelingt, die Vielzahl weiterer Einflußfaktoren (z.B. Zeiteinflüsse, Auswahlverzerrungen) auf das Behandlungsergebnis zu kontrollieren. Das wichtigste Verfahren zur Kontrolle von Einfluß- oder Störgrößen ist die Randomi-sation. Sie gilt als wesentliche Voraussetzung für Experimente im strengen Sinne mit den Möglichkeiten, Kausalitätsnachweise zu führen. In Fällen, in denen die Randomisation nicht durchgeführt werden kann, bieten sich quasi-experimentelle Ansätze an, wie sie insbesondere von CAMPBELL und STANLEY (1966) entwickelt wurden. Untersuchungen, denen weder eine experimentelle noch eine quasi-experimentelle Versuchsan-ordnung zugrundeliegt, werden als nicht-experimentelle bezeichnet. Ihr Erkenntnisgewinn beschränkt sich auf die Feststellung von Korre-lationen bzw. auf die Gewinnung erster Hypothesen.

Gegen das Experiment werden eine Reihe von Vorbehalten geäußert (MAYNTZ et.al., 1969, S. 168 - 188), die aber kaum dazu herangezogen werden können, der experimentellen Versuchsanordnung und damit dem Versuch, Wirkungsnachweise zu führen, eine prinzipielle Absage zu erteilen. Sind Experimente im strengen Sinne nicht durchführbar, dann sollte nach Möglichkeit der Versuch unternommen werden, quasi-experimentell vorzugehen. Die Beschreibung von Strukturen und Prozessen der Behand-lung und Versorgung, der angesichts der Schwierigkeiten der Wirkungs-forschung häufig der Vorzug gegeben wird, bietet keinen Ersatz für eine Wirkungsforschung. Deskriptive Analysen, z.B. über die Inanspruch-nahme von Versorgungsleistungen oder über die Qualität der erbrachten Leistungen tragen zwar dazu bei, die dem Stand des Wissens angemessene Behandlung und Versorgung umzusetzen bzw. Lücken der Umsetzung zu er-kennen. Sie führen jedoch nicht dazu, die Behandlungsverfahren selbst in Frage zu stellen bzw. zu Wissensgrundlagen, die Veränderungen und Verbesserungen von Behandlungsprogrammen einleiten können (McINNIS und KITSON, 1977).

3. Effizienz von Programmen

Für die Beurteilung der Effizienz von Programmen können im Prinzip zwei Verfahren, nämlich die Kosten-Nutzen- und die Kosten-Effektivitäts-Analyse herangezogen werden.

In der Kosten-Nutzen-Analyse wird den Kosten des Programms der monetär quantifizierte Nutzen gegenübergestellt. Die Entscheidungsregel lautet, daß das Programm durchzuführen ist, wenn der Nutzen die Kosten übersteigt (ROMANS, 1979). Die Anwendung der Kosten-Nutzen-Analyse auf Nicht-Marktsituationen, wie auf das System der Gesundheitsversorgung, stößt bekanntlich wegen der Forderung nach einer monetären Quantifizierung des Nutzens auf erhebliche Schwierigkeiten. Auch wenn die Wirkungen von Programminterventionen in Form von standardisierten Vorher-Nachher-Messungen quantifiziert werden können, bleibt ihr monetärer Wert unbestimmt (ROTHENBERG, 1975).

Für die Ermittlung der kostengünstigsten Alternative zur Lösung eines bestimmten Problems scheint die Methode der Kosten-Effektivitäts-Analyse angemessener, da sie auf die monetäre Quantifizierung des Nutzens verzichtet. Die wichtigsten Schritte der Kosten-Effektivitäts-Analyse sind (HAGEDORN et.al., 1976, S. 252 - 264) :

- o Klärung der Fragestellung der Studie und Festlegung der Behandlungsziele.
- o Festlegung der Behandlungsprogramme und der Behandlungsmodalitäten, die miteinander verglichen werden sollen.
- o Ermittlung der Kosten jedes Behandlungsprogrammes.
- o Ermittlung der Wirkungen der Intervention in den Behandlungsgruppen durch Vorher-Nachher-Messungen.
- o Darstellung der Kosten und der Wirkungen pro Patient. Der Nettoeffekt des jeweiligen Behandlungsprogramms ergibt sich aus der Zahl der verbesserten abzüglich der verschlechterten Fälle (bei Annahme, daß ein verschlechterter Fall einen verbesserten Fall aufwiegt). Der Betrag, der aufgewendet werden muß, um diesen Nettoeffekt zu erreichen, ergibt sich, wenn man den Nettoeffekt auf die Gesamtkosten pro Behandlungsgruppe bezieht.
- o Durchführung der Kosten-Effektivitäts-Analyse durch Vergleich der Kosten und der Wirkungen der alternativen Behandlungsprogramme. Bei diesem letzten Schritt gelangen die in der nachstehenden Kosten-Effektivitäts-Matrix skizzierten Entscheidungsregeln zur Anwendung.

		Cost of A relative to B		
		A is less costly	A is as costly	A is more costly
Effectiveness of A relative to B	A is less effective	11 ?	12 choose B	13 choose B
	A is as effective	21 choose A	22 no difference	23 choose B
	A is more effective	31 choose A	32 choose A	33 ?

Kosten-Effektivitäts-Matrix

(aus : FISHMAN, 1975)

In den Fällen 11 und 33 ist keine eindeutige Entscheidung möglich bzw. müssen weitere Informationen hinzugezogen werden; so hängt z.B. die Wahl von B im Fall 11 davon ab, ob genügend Ressourcen vorhanden bzw. ob die Mehrkosten vertretbar sind.

4. Qualität der Behandlung und Versorgung

Gegenstand der Qualitätsbeurteilung sind Strukturen (z.B. Ausbildung des medizinischen und paramedizinischen Personals, Art und Umfang der Sachmittelausstattung), Prozesse (Art und Ablauf der Behandlung) und Ergebnisse der Behandlung und Versorgung. Die Qualitätsbeurteilung prüft jeweils, ob die einzelnen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisvariablen bestimmten Standards genügen (DONABEDIAN, 1966).

Die Schwierigkeiten der Qualitätsbeurteilung liegen insbesondere darin, daß zufriedenstellende Strukturen und Prozesse nicht zwangsläufig auch ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnis bedingen, und daß umgekehrt das Vorliegen von guten Behandlungsergebnissen keinen eindeutigen Rückschluß auf die Qualität der erbrachten Maßnahmen erlaubt. Um Fehlschlüsse zu vermeiden, wird deshalb gefordert, qualitative Standards der Leistungserbringung möglichst auf der Basis von abgesichertem Wissen über die Wirkungen von Behandlungsmaßnahmen zu entwickeln und eine integrierte Betrachtung von Struktur-, Prozeß- und Outcomevariablen bei der Qualitätsbeurteilung vorzunehmen (WOY et. al., 1978).

Im Unterschied zum experimentellen Ansatz der Effektivitätsbeurteilung sieht der Ansatz der Qualitätsbeurteilung methodisch einen IST-SOLL-Vergleich vor. Der IST-Zustand der Behandlung und Versorgung wird einem von Experten definierten SOLL-Zustand gegenübergestellt. Die Beurteilung erfolgt mittels Peer Review - ein Verfahren, bei dem wiederum Experten darüber befinden, ob der IST-Zustand der Behandlung und Versorgung vom SOLL-Zustand abweicht. Für die Beschreibung des IST-Zustands ist keine gesonderte Datenerhebung erforderlich, sofern die vorhandenen Patientendokumente in systematischer Form angelegt und vollständig ausgefüllt wurden.

Regelmäßige Qualitätsbeurteilungen werden im Rahmen der "Professional Standard Review Organizations (PSRO's)" durchgeführt, die in den USA seit 1972 die Qualitätssicherstellung bei Krankenhäusern wahrnehmen, die Gelder von Medicare und Medicaid erhalten (BAKER und McPHEE, 1979).

5. Bedarf, Behandlungsbedürftigkeit und Inanspruchnahme

Ermittlung und Bewertung von Bedarf und Behandlungsbedürftigkeit liefern die Informationsbasis für eine Abstimmung zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot (FISHMAN und NEIGHER, 1979). Von den Methoden, die zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs eingesetzt werden, seien beispielhaft folgende genannt (HAGEDORN et.al., 1976, S. 99 - 122) :

- o Expertenbefragung (Ärzte, sonstige Helfer, Versorgungsträger etc.)
- o Umfragen bei repräsentativen Gruppen der Bevölkerung in einer Versorgungsregion
- o Schätzung auf der Grundlage behandelter Fälle
- o Analyse von Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken
- o Epidemiologische Untersuchungen, in denen eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung in der Versorgungsregion hinsichtlich ihrer Gesundheitsprobleme sowohl befragt als auch ärztlich untersucht wird.

Durch Untersuchungen über die Inanspruchnahme von Leistungen der gesundheitlichen Versorgung sollen insbesondere Barrieren der Inanspruchnahme seitens der Patienten aufgedeckt werden. Vier Typen von Barrieren sind in diesem Zusammenhang zu beachten (SORENSEN et.al., 1979, S. 69):

- o Akzeptanz von Maßnahmen und Einrichtungen bei den Klienten/Patienten

- o Vorhandensein von Maßnahmen und Einrichtungen in der Versorgungsregion
- o Zugang zu Einrichtungen (geographische, psychologische, kulturelle, zeitliche und finanzielle Barrieren)
- o Wahrnehmung von Maßnahmen und Einrichtungen (Kenntnisstand der Ärzte, sonstigen Helfer und der Klienten/Patienten über das Versorgungsangebot).

Kenntnisse über Bedarf, Behandlungsbedürftigkeit und Inanspruchnahme sind darüber hinaus wesentlich für die Beurteilung der Wirkungen von Programmen in der jeweiligen Versorgungsregion. Dabei steht die Frage im Vordergrund, ob das Programm die Inzidenz und Prävalenz verändert. Der bloße Nachweis der Effektivität unter experimentellen oder quasi-experimentellen Bedingungen reicht häufig nicht aus, um die langfristigen Effekte auf die Versorgungsregion richtig einzuschätzen.

5. Folgerungen

Eine nachhaltige Verbesserung der medizinischen Versorgung ist durch die wissenschaftliche Absicherung der Effektivität und Effizienz therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen allein nicht zu erwarten. Vielmehr muß auch die Umsetzung der Maßnahmen und ihr Effekt unter Feldbedingungen gewährleistet sein. Im letzten Fall handelt es sich um Fragestellungen, die ebenfalls der wissenschaftlichen Methoden bedürfen und im Konzept der Evaluationsforschung Berücksichtigung finden.

6. Literaturhinweise

- BAKER, F., C.B. MCPHEE : Approaches to Evaluating Quality of Health Care. In: H.C. SCHULBERG, F. BAKER (Eds.): Program Evaluation in the Health Fields, Vol. II. New York: Human Sciences Press 1979, 187 - 204
- BMFT (Hrsg.): Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978 - 1981. Bonn : Referat Presse und Öffentlichkeitsarbeit 1978
- CAMPBELL, D.T., J.G. STANLEY : Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research. Chicago: Rand McNally 1966
- DONABEDIAN, A.: Evaluating the Quality of Medical Care. Milbank Memorial Fund Quarterly 44 (1966) 166 - 206
- FISHMAN, D.B.: Suggested Guidelines for Utilizing the 2 % Evaluation Funds in the Emergent CMHC Legislation: A Cost-Effectiveness Approach. Paper Presented to the National Council of Community Mental Health Centers. Washington, D.C., February 23 - 26, 1975

- FISHMAN, D.B., W.D. NEIGHER: Needs Assessment. In: G. LANDSBERG, W.D. NEIGHER, R.J. HAMMER, Ch. WINDLE, J.R. WOY (Eds.): Evaluation in Practice. DHEW Publication No. (ADM) 78-763. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office 1979, 15 - 25
- HAGEDORN, H.J., K.J. BECK, St.F. NEUBERT, St.H. WERLYN : A Working Manual of Simple Program Evaluation Techniques for Community Mental Health Centers. DHEW Publication (ADM) 76-404. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office 1976
- MAYNTZ, R., K. HOLM, P. HÜBNER : Einführung in die Methoden der empirischen Soziologie. Köln: Westdeutscher Verlag 1969
- McINNIS, T., L. KITSON: Process Evaluation in Mental Health Systems. International Journal of Mental Health 5 (1977) 58 - 72
- ROMANS, J.T.: The Economic Evaluation of Mental Health Programs. In: H.C. SCHULBERG, F. BAKER (Eds.): Program Evaluation in the Health Fields, Vol. II. New York: Human Sciences Press 1979, 238 - 250
- ROTHENBERG, J.: Cost-Benefit Analysis: A Methodological Exposition. In: M. GUTTENTAG, E.L. STRUENING (Eds.): Handbook of Evaluation Research, Vol. II. London: Sage Publications 1975, 55 - 88
- SORENSEN, J.L., R. HAMMER, Ch. WINDLE: The four A's - Acceptability, Availability, Accessibility, Awareness. In: G. LANDSBERG, W.N. NEIGHER, R.J. HAMMER, Ch. WINDLE, J.R. WOY (Eds.): Evaluation in Practice. DHEW Publication No. (ADM) 78 - 763, Washington, D.C.: U.S. Printing Office 1979, 69 - 75
- WOY, J.R., D.A. LUND, C.C. ATTKISSON: Quality Assurance in Human Service Program Evaluation. In: C.C. ATTKISSON, W.A. HARGREAVES, M.J. HOROWITZ (Eds.): Evaluation of Human Service Programs. New York: Academic Press 1978, 411 - 443