

Möglichkeiten und Grenzen der Programmevaluation: das Beispiel wohnortnaher Rheumaversorgung

Nolte, Burkhard; Freigang-Bauer, Ingra

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Nolte, B., & Freigang-Bauer, I. (1989). Möglichkeiten und Grenzen der Programmevaluation: das Beispiel wohnortnaher Rheumaversorgung. 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. 231-233). Zürich: Seismo Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-147699>

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.

litischen Kompetenzen: Ausgeprägter Föderalismus (weitgehende Gemeindeautonomie v.a. im Sozialwesen) und die Koexistenz staatlicher, gemeinnütziger und privatwirtschaftlicher Angebote prägen das bernische Gesundheits- und Fürsorgewesen und begrenzen den Bereich, innerhalb dessen die Zentralverwaltung unmittelbar intervenieren kann. 3. *Konkurrenz zu überlieferten Orientierungssystemen in der staatlichen Verwaltung:* Staatliche Bürokratien orientieren ihre Entscheidungen traditionell an juristischen und ökonomischen Rationalitätskriterien. Die systematische Berücksichtigung der gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen politischer Entscheidungen hat demgegenüber noch keinen etablierten Platz im Entscheidungsprozess der Verwaltung.

Die Institutionalisierung der Evaluation in der bernischen Gesundheits- und Fürsorgedirektion sollte jedoch nicht nur am harten Massstab direkt nachweisbarer Effekte gemessen werden. Ein Lernprozess ist in Gang gekommen: Das Bewusstsein, dass Massnahmen zu evaluieren sind, ist stark gewachsen. Dennoch sind Vorstellungen darüber sinnvoll, wie Evaluationen noch entscheidungsrelevanter werden könnten. 1. Wenn Evaluation mehr sein soll als Rechenschaftslegung, so muss das *Verwaltungshandeln stärker "output-bezogen" sein*: die beschlossenen Massnahmen müssten mit Zielen, die Institutionen mit präzisen Versorgungsaufträgen verknüpft werden. 2. Der Pilotcharakter eines Programms sollte nicht einziges *Selektionskriterium für eine Evaluation* sein. Auch die einem Programm oder einer Institution innerhalb des gesamten Gesundheitswesens zukommende Bedeutung müsste berücksichtigt werden. Wenn, wie dies heute der Fall ist, an Gesundheitsförderung und Sozialpsychiatrie strengere Massstäbe angelegt werden als an Akutspitäler oder High-Tech-Medizin, so wirkt Evaluation strukturbeahrend. 3. Die *Veränderungsbereitschaft* von Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen muss generell erhöht werden.

Möglichkeiten und Grenzen der Programmevaluation. Das Beispiel wohnortnaher Rheumaversorgung

Burkhard Nolte / Ingra Freigang-Bauer (Marburg)

Evaluation hat aus der Sichtweise der Träger und Mitarbeiter sozial engagierter Einrichtungen einen oft negativen Beigeschmack. Diese Einrichtungen handeln vor dem ethischen Hintergrund, dass das Wohlergehen der Klientel oberstes Gebot ist, dass es also auf qualifizierte Hilfe und Versorgung ankommt. Eine positive Aussendarstellung korrespondiert hier in der Regel mit dem Selbstbild der Institution. Der Zwang zur offiziellen Selbstdarstellung ist dadurch verschärft, dass bei begrenzten staatlichen Ressourcen sozial orientierte Institutionen immer stärker unter Legitimationszwängen stehen, wenn sie in der Konkurrenz um knappe staatliche Mittel bestehen wollen. Vor diesem Hintergrund ist es verständlich, dass Mitarbeiter sozialer Einrichtungen gegenüber der Evaluation zwangsläufig Kontrollängste äussern oder offene Ablehnung besteht. Politische Instanzen, die als Auftraggeber der Evaluation fungieren, beurteilen die Evaluation aus

einem anderen Blickwinkel. Es wird offiziell vorgegeben, Entscheidungen für den sozialstaatlichen Sicherungsauftrag zu fällen, die auf wissenschaftlich fundierter Basis gewonnen wurden. Die Relevanz der Evaluation beinhaltet so aus der Sicht administrativer Träger häufig den Anspruch auf unmittelbare Verfügbarkeit der Ergebnisse, womit die eindeutige Interpretierbarkeit der Resultate unterstellt wird. Ergebnisse, vor allem in den Sozialwissenschaften, sind aber immer mehrdeutig, da differenzierte Kriterienkataloge zur Bewertung angelegt werden können. Es ist von daher entscheidend, nach welchen Kriterien evaluiert wird.

Anhand der Verbundstudie "Modellevaluation zur wohnortnahen Versorgung von Rheumakranken" (gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Forschung und Technologie) lässt sich das Problem konkretisieren. Die Verlaufsuntersuchung hat unter anderem die Aufgabe, die Wirksamkeit von neueren Modellen zur Versorgung von Rheumapatienten zu überprüfen. Empirische Grundlage hierfür sind Outcome-Indikatoren, die auf das spezifische Krankheitsbild von Rheumapatienten zugeschnitten sind. Es handelt es sich dabei u.a. um Masse der Bewegungsbehinderung, der Schmerz Wahrnehmung, der psychischen Verfassung und der sozialen Integration. Das Krankheitsverständnis geht von einem Zusammenspiel körperlicher Einschränkungen und psychosozialer Merkmale aus. Hierbei stellen sich folgende für den Evaluator sehr grundsätzliche Fragen: 1. Welches der genannten Kriterien ist für die betroffenen Patienten relevant? 2. Steht die Sichtweise der Patienten mit der von Experten im Gesundheitswesen, vor allem der behandelnden Ärzte im Einklang? Gibt es eine Kriteriendiskrepanz bei der Beurteilung der Effektivität der Modellarbeit? Wenn ja, welche Folgen hat das für die Modellbewertung?

ad 1: Eine Regressionsanalyse der subjektiven Wertigkeiten von Symptommerkmalen anhand der Stichprobe, die in der genannten Verbundstudie gewonnen wurde, konnte zeigen, dass für die betroffenen Patienten die Schmerzintensität der bedeutsamste Prädiktor für ihr geäußertes Gesamtbefinden darstellt, gefolgt von der latenten Angstbereitschaft und den körperlichen Funktionseinbußen.

ad 2: In anderen Studien konnte weitergehend demonstriert werden, dass die behandelnden Ärzte im Gegensatz zu ihren Patienten rein somatischen Befunden einen höheren Beeinträchtigungswert zuwiesen als der Schmerzlage. Diese Ergebnisse vermitteln den Eindruck, dass Expertenurteile auch auf vermeintlich hohem objektivem Niveau keine Rückschlüsse auf die für die Patienten bedeutsamsten Dimensionen der Befindlichkeit erlauben. Welche weitreichenden Folgen solche Beurteilungsdifferenzen für die Bewertung von Ergebnissen haben, zeigt eine Zwischenauswertung aus der Verbundstudie.

In einer Interventionsgruppe liessen sich für ärztlich erhobene Parameter im Interventionsverlauf signifikante Verbesserungen feststellen, bei der Kontrollgruppe hingegen nicht. Demgegenüber ergaben sich für die Kontrollgruppe Verbesserungen hinsichtlich der Gesamtverfassung, der Schmerzen sowie der Funktionsbehinderung, allesamt Patientenurteile; die medizinischen Parameter wiesen keine bedeutenden Veränderungen auf.

Wären die gezeigten Befunde bereits Ergebnisse, stünde die Entscheidung zur Fortführung der Modelle vor einem Kriteriendilemma. Orientiert man sich am ärztlichen Urteil, so wäre die Modellintervention auf Grundlage dieser Ergebnisse ein voller Erfolg. Intervention wäre also in der Lage, den betreuten Patienten zu helfen. Geht man von den Angaben der Patienten aus, so müsste man resümieren, dass die Patienten von den Erfolgen nichts merken, d.h. wir hätten zufriedene Interventoren, z.B. Ärzte und weiterhin subjektiv stark beeinträchtigte Patienten. Eine Lösungsmöglichkeit - neben anderen, wie z.B. einem a priori definierten, verbindlichen Kriterienkatalog - wäre, dass alle beteiligten Interventionsgruppen für sich bestimmen, welche Kriterien sie für sinnvoll halten. Eine solche Kriterienvielfalt könnte allerdings einen Selbstbedienungsladen für Ergebnisinterpretation und -bewertung produzieren. Die Frage nach der Alibifunktion von Programmevaluation knüpft hier an.

Die von administrativer Seite betonte Relevanzfunktion von Evaluation im Sinne handlungsweisender Ergebnisbewertungen stösst angesichts eines Kriteriendilemmas eindeutig an ihre Grenzen. Hierbei ist es dann wahrscheinlich, dass die Evaluation Alibifunktionen bekommt, da Entscheidungen z.B. für eine Fortführung bzw. Übertragung von Programmelementen wissenschaftlich nicht eindeutig legitimiert werden können. Die Mehrdeutigkeit der Ergebnisse auf der einen Seite und der Entscheidungsdruck der Administration auf der anderen Seite können dazu führen, dass Evaluation eine reine Alibifunktion erhält und die politischen Entscheidungen letztendlich von anderen Kriterien beeinflusst werden. Suchmann hat einige Alibifunktionen von Evaluation formuliert: "eye wash", als Versuch, nur die positiven Effekte des Programms zu betonen; "submarine", als Versuch, ein Programm zu torpedieren durch einseitige Betonung der negativen Ergebnisse; "white wash", als Versuch, den Misserfolg eines Programms zu vertuschen; "postponement" als Verzögerungstaktik, z.B. durch die vermeintliche Notwendigkeit für weitere Untersuchungen und "posture" als Ignorierung der Evaluationsergebnisse durch die Auftraggeber, wenn die Erwartung nach eindeutigen und direkt umsetzbaren Ergebnissen nicht erfüllt werden kann.

Fazit: Die diskutierten Möglichkeiten anhand konkreter Felderfahrungen machen deutlich, dass Evaluation im Spannungsfeld zwischen Auftraggeber und Versorgungseinrichtungen 1.) durch Kriteriendefizite und 2.) durch Überschätzung ihrer Möglichkeiten zu leicht in die Rolle des Alibiträgers rutschen kann, die ausserhalb ihrer Kontrollmöglichkeiten liegt.