

Klassifikationsmodelle in der Gesundheitsförderung und Prävention

Möglichkeiten und Grenzen für die Konzeption und Evaluation von Projekten und Programmen

Beim Einsatz von Programmen und Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention sind Fragen nach deren „Zielerreichung“ sowie der „Effektivität“ und „Wirkung“ wichtige Qualitätsmerkmale. Die Planung und insbesondere die Evaluation von Maßnahmen im Gesundheitsbereich sind allerdings aufgrund der Komplexität zwischen Maßnahme und feststellbarem Ergebnis mit Schwierigkeiten verbunden. Die Herstellung einfacher Kausalverbindungen ist aufgrund der vielfältigen Einflussmöglichkeiten nicht möglich und es kann nur mit Mühe eruiert werden, inwiefern ein erzielt Ergebnis in der Gesundheitsförderung oder Prävention tatsächlich auf eine spezifische Maßnahme zurückzuführen ist. Des Weiteren werden Ergebnisse oft ausschließlich am Ziel eines veränderten Gesundheitsstatus oder -indikators gemessen, sodass nur dann von einem Erfolg eines Gesundheitsprojekts oder -programms gesprochen wird, wenn Änderungen im Gesundheitsverhalten oder -status einer Bevölkerung feststellbar sind [7, 15].

Vor diesem Hintergrund wird auf der Basis unterschiedlicher Klassifikationsmodelle versucht, die diversen Zwischenstufen und vielfältigen Einflussbereiche im Prozess zum Fernziel „Gesundheit“ zu verdeutlichen und durch diese Strukturierung eine adäquate Evaluation von Projekten und Programmen zu unterstützen.

Gleichzeitig werden solche Modelle für die Projektplanung eingesetzt, indem sie eine klare Unterscheidung zwischen Zielen, Maßnahmen und Ergebnissen anstreben sowie komplexe Gesundheitssysteme auf einige wenige, inhaltlich abgrenzbare Kategorien reduzieren.

Die Nutzung solcher Modelle in der Gesundheitsförderung und Prävention ist in deutschsprachigen Ländern vergleichsweise wenig verbreitet. Im Gegensatz dazu findet man insbesondere im angelsächsischen Raum nicht nur verschiedene Typen von Klassifikationsmodellen, sondern auch eine breite Literatur über die praktische Anwendung dieser Instrumente für die Planung und Evaluation komplexer Gesundheitsprojekte und -programme. Hier seien etwa das „Precede-Procede-Phasenmodell“ von Green u. Kreuter [12] sowie die verschiedenen Varianten von „Program Logic“ und anderen Modellen [5, 11, 13, 18, 19] genannt.

Fragestellung

Im vorliegenden Artikel fokussieren wir uns auf den Vergleich zweier Modelle, die in verschiedenen gesundheitspolitischen Institutionen der Schweiz als Instrumente für die Planung und Evaluation von Gesundheitsprojekten bzw. -programmen eingesetzt werden. Am Beispiel des Ergebnismodells von Gesund-

heitsförderung Schweiz gehen wir der Frage nach, inwiefern solche Klassifikationsmodelle für Projekte und Programme der Gesundheitsförderung und Prävention relevant sein können. Durch einen Vergleich mit dem „Program-Logic-Modell“ von Sue Funnell von 1997 sollen die Möglichkeiten und Grenzen derartiger Planungs- und Evaluationsinstrumente in einem komplexen und vielschichtigen Gebiet wie Gesundheit analysiert werden. Die vorgestellten Ergebnisse basieren auf einer Studie, die im Auftrag des schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit (BAG) mit dem Ziel durchgeführt wurde, die möglichen Anwendungsbereiche des Ergebnismodells von Gesundheitsförderung Schweiz für das Bundesamt zu prüfen. Mit dem Artikel möchten wir einen Beitrag zur Diskussion über die Anwendung solcher Instrumente im Gesundheitsbereich leisten.

Methoden

Für unsere Analysen explizierten wir den begrifflichen und konzeptionellen Rahmen der zur Diskussion stehenden Modelle und verglichen die beiden Klassifikationstypen miteinander. Im Anschluss untersuchten wir die praktische Anwendung der beiden Modelle. Ein erster empirischer Befund resultiert aus der Teilnahme an 2 Workshops von Gesundheitsför-

derung Schweiz, bei welchen wir die Übertragung des Ergebnismodells auf Projekte der Gesundheitsförderung beobachten konnten. In einer weiteren empirischen Untersuchung haben wir das Ergebnismodell und das „Program-Logic-Modell“ auf die Dokumente von 2 nationalen Präventionsprogrammen übertragen (Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008 und Nationales Programm zur Tabakprävention 2001–2005), um den Nutzen der Modelle als Planungs- und Evaluationsinstrumente insbesondere für die Prävention sowie komplex aufgebaute nationale Programme zu untersuchen. Unsere Befunde konnten wir durch Gespräche mit den für die Konzeption und Umsetzung des Ergebnismodells zuständigen Expertinnen und Experten unterstützen.

Klassifikation und Gesundheit

Klassifikationsmodelle erhalten durch die Kategorisierung eine spezifische Sinnzuschreibung. Wie alle Klassifikationssysteme sind deshalb auch die Modelle im Gesundheitswesen nicht neutral, sondern spiegeln die unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen wieder. Entsprechend werden Klassifikationen im Gesundheitsbereich zu gesundheitspolitischen und ideologischen Diskussionsgegenständen mit einer besonderen gesellschaftlichen und politischen Bedeutung [2]. Gleichzeitig basieren die Modelle wie alle Klassifikationssysteme auf mehreren Voraussetzungen, von denen man meist implizit annimmt, dass sie durch die Modellkonzeption erfüllt sind.

Klassifizieren und Klassifikationssysteme

Das Einteilen und Zuordnen von Phänomenen ist die Grundlage menschlichen Denkens und ein zentraler Bestandteil der Sozialwissenschaften – und zwar sowohl als Untersuchungsgegenstand als auch als Methode der Datensammlung [8, 9]. Im Gesundheitsbereich findet man von medizinischen Diagnostikinstrumenten über Nomenklaturen bis hin zu spezifischen Gruppen von Patientinnen und Patienten eine ganze Reihe von Kategorisierungen, die nach implizit oder explizit geäußerten Kriterien erfolgen. Nicht sel-

ten werden diese Kategorien zu einem Klassifikationssystem verbunden, welches Bowker u. Star ([2], S. 10) folgendermaßen definieren: „A ‚classification system‘ is a set of boxes (metaphorical or literal) into which things can be put to then do some kind of work – bureaucratic or knowledge production“.

Die beiden hier präsentierten Modelle stellen Beispiele dar, wie mit Hilfe eines spezifischen Klassifikationssystems ein vielschichtiger Gegenstand systematisiert und in eine bestimmte Ordnung gebracht wird. Bei der Konzeption solcher Modelle geht man dabei von 4 meist impliziten Annahmen aus [2, 9]:

- **Vollständigkeit des Kategoriensystems:** Die gewählten Kategorien sind für die einzuordnenden Elemente vollständig, sodass eine Zuweisung aller mit dem Klassifikationssystem verbundenen Phänomene möglich ist.
- **Abgrenzung gegenüber anderen Kategorien:** Die gewählten Kategorien sind inhaltlich derart voneinander differenziert und gegenüber anderen Kategorien abgrenzbar, dass eine eindeutige Zuordnung von Phänomenen erfolgen kann.
- **Adäquate Bezeichnung der Kategorien:** Die Kategorien sind so benannt, dass die Komplexität der vorgefundenen Phänomene erfasst und gleichzeitig eine eindeutige Zuweisung ermöglicht wird.
- **Adäquate Anordnung der Kategorien:** Die Kategorien sind so angeordnet, dass sie die komplexe Logik der wahrgenommenen Beobachtungen wiedergeben. Die Kategorien innerhalb des Klassifikationssystems werden deshalb in Relation und Abhängigkeit sowie in Wirkungszusammenhängen zueinander gedacht und in eine spezifische Ordnung gestellt. Mit dieser Anordnung verbunden sind oft Annahmen einer Kausalität, die häufig nicht explizit dargestellt wird, sondern impliziter Bestandteil des Klassifikationssystems ist.

Diese Annahmen verdeutlichen ein Dilemma, welches allen Klassifikationssystemen gemeinsam ist: Mit den Modellen wird einerseits versucht, komplexe und vielschichtige Phänomene zu systemati-

sieren und auf wenige Kategorien zu reduzieren. Andererseits will man mit der Konzeption eines solchen Modells ein adäquates Abbild der vorgefundenen Komplexität und Vielschichtigkeit wiedergeben. Kategorisierungen und Klassifizierungen sind demnach keine natürlichen Vorgänge, sondern komplexe soziale, politische und ideologische Vereinbarungen [2, 17]. Durch die Zuordnung von Phänomenen in bestimmte Kategorien, die spezifische Benennung und Bezeichnung sowie die kausale Verbindung derselben werden Sinn und Bedeutung kreiert sowie bestimmte Logiken, Hierarchien und Abhängigkeiten konstruiert.

Klassifikationsmodelle in der Gesundheitsförderung und Prävention

Die hier untersuchten Modelle sind Vertreter solcher Klassifikationssysteme. Durch sie wird versucht, Ziele, Ergebnisse und Maßnahmen für die Planung und Evaluation von Projekten und Programmen in eine systematische Ordnung zu bringen sowie mögliche Implikationen von geplanten oder getroffenen Interventionen zu verdeutlichen [1, 7, 11]. Das 2004 publizierte Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz [6] basiert auf dem so genannten Outcome-Modell, welches D. Nutbeam [14, 15] in den 1990er Jahren erstmals beschrieben hat. Im Ergebnismodell sind die nicht operationalisierten Kategorien des Outcome-Modells durch diverse Unterkategorien differenziert worden (■ **Abb. 1**).

Außerdem soll das Ergebnismodell durch die Einführung von neuen Kategorien nicht nur in der Gesundheitsförderung anwendbar sein, sondern auch auf Präventionsprojekte und -programme übertragen werden können. Wie die Übersicht verdeutlicht (■ **Abb. 2**), orientieren sich die Kategorien und Logik beider Modelle am begrifflichen sowie konzeptionellen Referenzrahmen der WHO-Gesundheitsdefinition von 1948 und an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 [16, 20].

Durch diesen Bezug wird eine spezifische Vorstellung von Gesundheit sowie der zu erreichenden Gesundheitsziele ausgedrückt. Dabei wird von der Grund-

Hier steht eine Anzeige.



Konzepte der Gesundheitsförderung

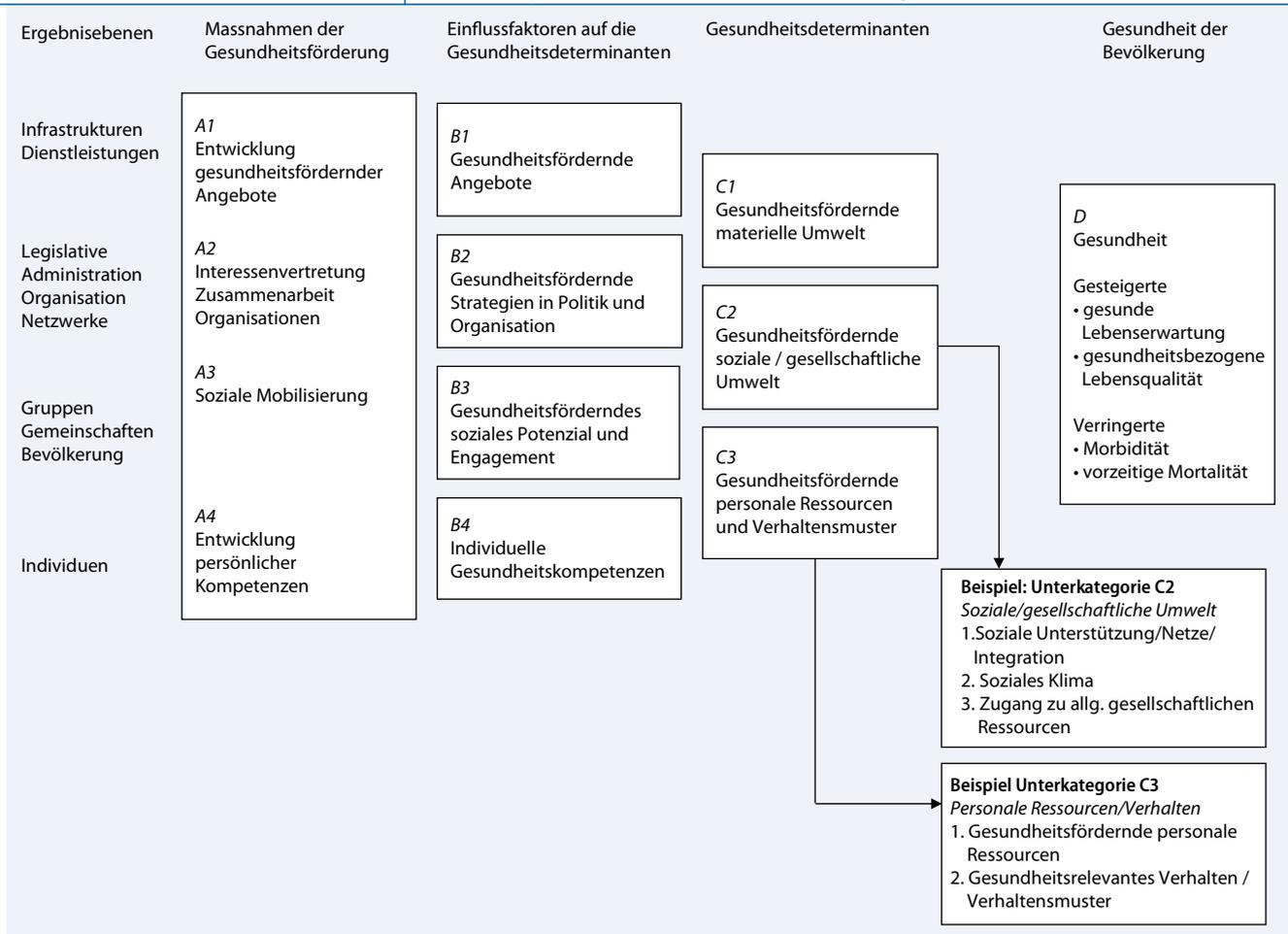


Abb. 1 ▲ Das Ergebnismodell mit Kategorien und Beispielen von Unterkategorien. (Nach [6])

annahme ausgegangen, „dass Gesundheit als Endziel von Prävention und Gesundheitsförderung nicht direkt, sondern über Zwischenstufen erreicht wird“ ([6], S. 3). Die Struktur der Modelle ist deshalb durch die Auswahl und Anordnung der Kategorien so angelegt, dass über Stufen das Fernziel „Gesundheit“ erreicht werden soll (■ **Abb. 1**). Auf der Basis dieser gestuften Kategorien sollen mögliche Wirkungszusammenhänge von Interventionen aufgezeigt werden können [1, 6, 14, 15].

Im Gegensatz zum Ergebnismodell repräsentiert das „Program-Logic-Modell“ von Sue Funnell (■ **Abb. 3**) einen offenen Klassifikationstypus. Das Modell ist Mitte der 1980er Jahre in Australien entstanden und seither in Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen weiterentwickelt worden ([10, 11]; vgl. auch [5, 18, 19]).

Es basiert auf einer Matrix, welche aus einer horizontalen und vertikalen Fließrichtung besteht. Von Bedeutung ist die

erste vertikale Kolonne mit einer kausal voneinander abhängigen Ergebnishierarchie. Die Bezeichnung dieser Spalte weist auf den zentralen Gedanken dieses Modells hin: Über die Stufen „Outputs“, „Impacts“ und „Outcomes“ wird ein Projekt oder Programm in verschiedene Zielebenen unterteilt. Für jede Zielstufe werden die dabei eingesetzten Mittel (Inputs) sowie die spezifischen Maßnahmen zur Zielerreichung (processes and activities) aufgeführt. In Kombination mit den diversen, in der horizontalen Fließrichtung der Matrix festgehaltenen Faktoren soll ein Gesundheitsprogramm nicht nur in logisch voneinander abhängige Schritte unterteilt werden, vielmehr soll auch ein Set an Informationen entstehen, die es – in jeweils unterschiedlichem Maß – bei der Planung und Evaluation von Projekten zu berücksichtigen gilt. Mit dieser Matrix wird lediglich ein struktureller Rahmen konzipiert, ohne inhaltlich auf Bereiche wie Gesundheit, Ge-

sundheitsförderung oder Prävention einzugehen. Während durch die Kategorien des Ergebnismodells eine spezifische Logik präsentiert wird, wie Gesundheitsziele erreicht werden können und sollen, wird „Gesundheit“ im „Program-Logic-Modell“ als ein Begriff aufgefasst, welcher keine vorgefertigten Kategorien enthält und erst in der konkreten Anwendung des Modells durch die Stakeholder mit Inhalt gefüllt wird.

Resultate

Klassifikationssysteme wie die hier vorgestellten Modelle können im Gesundheitsbereich nützliche Instrumente darstellen, mit Hilfe deren eine komplexe und immer wieder wechselnde Struktur von interagierenden Phänomenen zu einem konzeptuell und empirisch fassbaren Modell verdichtet werden. Um die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen solcher Modelle erkennen zu können, müssen aller-

C. Heinzmann · M.M. Bergman · M. Läubli-Loud

Klassifikationsmodelle in der Gesundheitsförderung und Prävention. Möglichkeiten und Grenzen für die Konzeption und Evaluation von Projekten und Programmen

Zusammenfassung

Hintergrund. Um die komplexe Planung und Evaluation von Projekten und Programmen im Gesundheitsbereich zu unterstützen, kommen heute v. a. im angelsächsischen Raum unterschiedliche Klassifikationsmodelle zum Einsatz. In diesem Artikel geht es um eine kritische Prüfung von 2 Klassifikationsmodellen, die derzeit in diversen Institutionen der Schweiz angewendet werden.

Methode. Das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz sowie das „Program-Logic-Modell“ von Sue Funnell werden als 2 Typen von Klassifikationsmodellen verglichen und auf ihre Einsatzmöglichkeiten in der Planungs- und Evaluationsphase von Gesundheitsprojekten untersucht. Dazu verdeutlichen wir die vielfältigen Implikationen von Klassifikationssystemen im Gesundheitsbereich und zeigen anhand von 2 Fallstudien die Problematiken bei der praktischen Umsetzung der Modelle.

Ergebnisse. Die Modelle basieren auf unterschiedlichen, impliziten Annahmen und unterscheiden sich im Strukturierungsgrad der Kategorien sowie im Grad der Explizierung von Kausalitäten. Bei der Nutzung der Modelle ergeben sich dadurch spezifische Vor- und Nachteile.

Schlussfolgerungen. Unter Berücksichtigung ihrer Grenzen und inhärenten Logik sind Klassifikationsmodelle nützliche Instrumente, um die Komplexität in der Planung und Evaluation von Gesundheitsprojekten zu reduzieren. Darüber hinaus erzwingen sie einen Austausch der Stakeholder über Gesundheitsvorstellungen und Ziele im Gesundheitsbereich.

Schlüsselwörter

Gesundheitsprävention · Gesundheitsförderung · Klassifikationsmodelle · Planung · Evaluation

dings bei der Planung und Umsetzung dieser Modelle die Modellkonzepte und die mit ihnen verbundenen Annahmen expliziert werden. Dies lässt sich exemplarisch anhand unserer beiden nachfolgenden Fallbeispiele verdeutlichen: Durch den unterschiedlichen Strukturierungsgrad und Grad der Explikation von Kausalitäten ergeben sich in der praktischen Nutzung des Ergebnismodells und des „Program-Logic-Modells“ spezifische Vor- und Nachteile.

Fallstudie 1: Anwendung des Ergebnismodells durch Gesundheitsexpertinnen und -experten

Durch die Teilnahme an 2 Workshops an der 8. Nationale Konferenz von Gesundheitsförderung Schweiz 2006 konnten wir Aufschluss darüber gewinnen, wie die Umsetzung des Ergebnismodells in die Praxis erfolgt. Die anwesenden Gesundheitsexpertinnen und -experten arbeiteten dabei anhand von fiktiven Projektbeispielen, die verschiedenen Gesundheitsberichten entnommen wurden.

Unsere Beobachtungen zeigen, dass aufgrund der vergleichsweise genauen Bestimmung der Kategorien die impliziten Annahmen der Vollständigkeit des Kategoriensystems, der Abgrenzung gegenüber anderen Kategorien sowie der adäquaten Bezeichnung und Anordnung der Kategorien in der praktischen Nutzung des Ergebnismodells besonders zum Tragen kommen.

Durch die detaillierten Kategorien und Unterkategorien sowie die Bezugnahme zur WHO Gesundheitsdefinition und Ottawa-Charta wird einerseits ein gemeinsamer Referenzrahmen geschaffen, wie die Klassifizierung im Sinne der Logik des Modells vorgenommen werden soll. Dieser kann durch die Stakeholder nicht nur für die Einordnung von Zielen und Ergebnissen bei der Projektplanung und Evaluation genutzt werden, sondern auch als gemeinsame Basis zur Diskussion von möglichen Wirkungszusammenhängen.

Die Vielfalt der Kategorien, die im Hinblick auf das angestrebte Ziel „Gesundheit“ berücksichtigt werden müssen, verdeutlicht dabei die Komplexität des Begriffs. Andererseits generieren diese Präzisierung und restriktiver vorgege-

Classification models in health promotion and prevention. Possibilities and limits for conceptualising and evaluating projects and programs

Abstract

Background. Various health classification models are used, particularly in the English-speaking world, to plan and evaluate projects and programs in the health sector. In this article, we critically examine two such models, which are currently being used in Switzerland.

Methods. We use the Model for Results Classification (by Health Promotion Switzerland) and the Program Logic Model (by Sue Funnell) as two types of classification models in order to examine their application for planning and evaluating health projects and programs. In addition, we clarify the various implications of classification systems within the health field and show, on the basis of two case studies, problems arising from their application.

Results. The models differ in their implicit assumptions and the extent to which they

structure health-related categories, as well as in the degree of explication of causal reasoning with regard to health outcomes. An application of one or the other model will bring with it different advantages and disadvantages.

Conclusion. With regard to their limitations and inherent logic, classification models are nevertheless useful instruments to reduce complexity in planning and evaluating health projects and programs. Beyond that, they impose a negotiation between stakeholders with regard to making explicit health-related assumptions and goals.

Keywords

Health prevention · Health promotion · Classification models · Planning · Evaluation

WHO/OTTAWA CHARTER 1986	Categories of the OUTCOME-MODEL (Don Nutbeam)	Categories of the MODEL FOR RESULTS CLASSIFICATION (Health Promotion Switzerland)
<p>WHO Health: "A state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity" [16, S. 351].</p> <p>OTTAWA CHARTER for Health Promotion 1986 Concept of health as a fundamental human right. The Charter emphasizes certain prerequisites for health such as: "(...) peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice and equity. Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites"[20].</p> <p>Health promotion action means:</p>	<p>Health and social outcomes</p> <p>(1) Quality of life, functional independence, equity</p> <p>(2) Mortality, morbidity, disability</p>	<p>Health</p> <ul style="list-style-type: none"> • Increased healthy life expectancy • Increased quality of life in terms of health • Lower morbidity • Lower premature mortality
Create supportive environments	Healthy environments	Health promoting physical environment
Build healthy public policy	Healthy public policy and organizational practice	Health promoting public policy and organizational practice
Strengthen community action	Social influence and actions	<p>Health promoting social/societal environment</p> <p>Health promoting social potential and commitment</p>
Develop personal skills	<p>Healthy lifestyles</p> <p>Health literacy</p>	<p>Health promoting individual resources and behavioural patterns</p> <p>Health-related life skills</p>
Reorient health services	Effective health services	Health promoting services

Abb. 2 ◀ Gegenüberstellung der WHO-Gesundheitsdefinition/Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 mit den Kategorien des Outcome-Modells von D. Nutbeam und des Ergebnismodells von Gesundheitsförderung Schweiz. (Nach [6, 14, 15, 16, 20])

bene Modelllogik einen Erklärungsbedarf, wie die Strukturierung der Zielsetzungen und Resultate im Sinne dieser Logik zu erfolgen hat. Dazu tragen 2 Aspekte maßgeblich bei: Zum einen die Komplexität und individuellen Vorstellungen darüber, was „Gesundheit“ ist, zum anderen die vielfältigen Interpretationsmöglichkeiten von Projektzielen und -ergebnissen. Diese Verschiedenheit in der begrifflichen Auslegung lässt sich nur mit Mühe in ein stark strukturiertes Modell übertragen und erschwert eine einfache, eindeutige Einordnung der vorgefundenen Phänomene in die verschiedenen Kategorien.

Hier wird ein allgemeines Phänomen von Klassifikationssystemen ersichtlich: Je detaillierter ein solches ist, desto besser versteht man scheinbar dessen inhärente

Logik, desto schwieriger wird es aber auch, in der praktischen Anwendung die verschiedenen Phänomene dieser Logik entsprechend zuzuordnen. So bedurfte es einer umfassenden Anleitung eines Vertreters von Gesundheitsförderung Schweiz und einer intensiven Diskussion unter den Workshopteilnehmenden, damit diese sich auf eine der Logik des Modells entsprechende Zuweisung einigen konnten. In verschiedenen Fällen war es die Workshopleitung, welche letztlich durch Hinweise und Erklärungen bestimmte, zu welcher Kategorie die vorgefundenen Phänomene gehörten.

Letzteres verweist darauf, dass die Zuordnung von Zielen und Ergebnissen zumindest teilweise von der Zusammensetzung und Dynamik der Planungs- und

Evaluationsgruppe abhängt. Die Gruppenkonstellation spielte nach unseren Beobachtungen auch in Bezug auf die Entscheidung über mögliche Wirkungszusammenhänge zwischen den verschiedenen Kategorien eine Rolle. Obwohl das Ergebnismodell nicht für die Evaluation von Prozessen konzipiert worden ist [1, 6], wird auf zweifache Weise mit Kausalverbindungen gearbeitet. Zum einen sind die Kategorien und Unterkategorien durch deren Auswahl und Anordnung bereits bei der Modellkonzeption in einer Wirkungslinie zueinander gedacht. Damit werden Kausalitäten impliziert, die ihrerseits Auswirkungen darauf haben, wie und welche Wirkungszusammenhänge von Interventionen mit Hilfe des Modells dargestellt werden. Zum an-

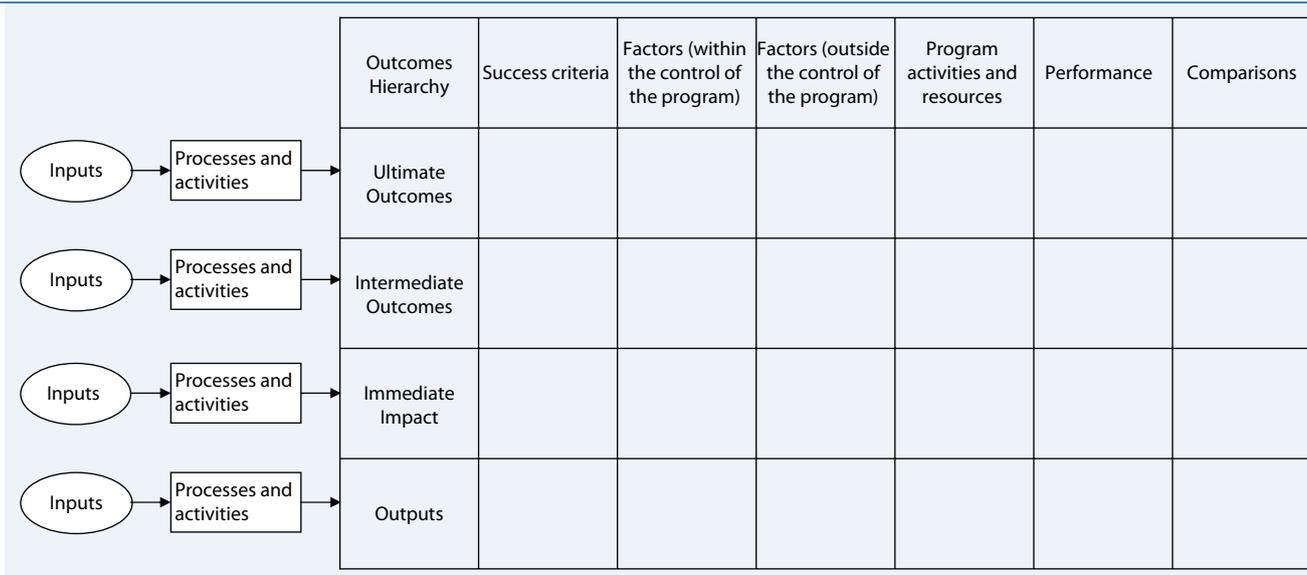


Abb. 3 ▲ „Program-Logic-Modell“ von Sue Funnell. (Nach [11])

deren haben die Diskussionen und Aussagen der Gesundheitsexpertinnen und -experten gezeigt, dass bei der Anwendung des Ergebnismodells schnell Kausalitäten über Ursachen und Folgen von Gesundheitsproblemen hergestellt werden. Diese werden mit empirischen, aber oft begründungsbedürftigen, ambivalenten oder gegensätzlichen Beweisen belegt, deren Auswahl jedenfalls teilweise von den Entscheidungen der jeweiligen Expertinnen- und Expertengruppen abhängig waren und damit einen gewissermaßen arbiträren Charakter erhielten.

Fallstudie 2: Anwendung des Ergebnismodells und des „Program-Logic-Modells“ auf nationale Aids- und Tabakpräventionsprogramme

Für die Übertragung des Ergebnismodells und des „Program-Logic-Modells“ standen uns verschiedene Dokumentationen von 2 nationalen Aids- und Tabakpräventionsprogrammen zur Verfügung [3, 4]. Auf der Basis dieser Dokumente sollten Einsatzmöglichkeiten und Grenzen des Ergebnismodells als Planungs- und Evaluationsinstrument insbesondere für Präventionsprogramme ausgearbeitet und mit dem Modell von S. Funnell verglichen werden.

Hierzu lassen sich zwei Resultate festhalten:

- Erstens kann eine solche externe Evaluation der Modelle auf der Basis vor-

gegebener Dokumente nur erfolgen, wenn die Dokumentation entsprechend der Logik des jeweiligen Modells aufgebaut ist. Aufgrund dieser Prämissen und Grenzen ist die Übertragung beider Modelle auf den uns zur Verfügung gestellten Datenkorpus insgesamt limitiert gewesen.

- Zweitens hat sich gezeigt, dass die Anwendung der Modelle auf die relativ komplex aufgebauten nationalen Programme nur eingeschränkt möglich ist.

Als Strategiepapiere bringen Programme nicht nur eine umfangreiche Dokumentation mit sich, sondern enthalten auch eine Vielzahl von Visionen, Zielsetzungen und Aufgaben. Damit sind sie allgemeiner formuliert als konkret ausgestaltete Einzelprojekte, was eine Zuordnung zu den spezifischen Kategorien für externe Evaluierende zusätzlich erschweren und noch diskussionsbedürftiger machen kann. Als problematisch bei der Anwendung des Ergebnismodells auf die HIV/Aids- und Tabakprogramme hat sich insbesondere erwiesen, dass die einzelnen Zielsetzungen der Programme in sich verschiedene Zielformulierungen enthalten. So heißt es im Nationalen HIV/Aids-Programm 2004–2008:

Alle in der Schweiz lebenden Personen sind in der für sie geeigneten Form über die Übertragungswege von HIV informiert. Sie kennen die Risikosituationen

und schützen sich adäquat. Die an die Bevölkerung gerichteten Präventionsbotschaften berücksichtigen die Pluralität der Gesellschaft ([3], S. 62).

Die Formulierung beinhaltet mehrere Zielsetzungen, welche verschiedenen Kategorien und Unterkategorien des Ergebnismodells zugeordnet werden können. Aufgrund dieser Möglichkeiten müsste die Entscheidung über eine entsprechende Zuordnung am besten durch eine Gruppe von Programmverantwortlichen vorgenommen werden, da nur sie letztlich begründen können, aufgrund welcher Kriterien eine spezifische Zuordnung in die einzelnen Kategorien erfolgte.

Die komplexe Gestaltung eines Nationalen Programms bringt des Weiteren Zielsetzungen mit sich, die durch die Kategorien und Unterkategorien des Ergebnismodells nicht oder nur schwer erfasst werden. Dazu gehören Ziele, die nicht zum so genannten „Kerngeschäftsfeld Prävention“ gehören, sondern als „Globalziel“ und als „Unterstützungsziel“ aufgeführt sind [3]. Hierzu ein Beispiel:

In der internationalen Zusammenarbeit wird die Umsetzung der Vorgaben der Vereinten Nationen gefördert. Dies beinhaltet insbesondere den Zugang zu Prävention, Diagnostik, Therapie, Betreuung und Pflege sowie die Gleichstellung von Menschen mit HIV/Aids mit Nicht-Infizierten ([3], S. 58).

Ein weiteres Beispiel lässt sich exemplarisch in Bezug auf eine Zielsetzung in

der Tabakprävention zeigen: „Im Laufe der nächsten fünf Jahre wird eine nationale Tabakpolitik entwickelt“ ([4], S. 35). Die Tabakpolitik soll dabei technische (Zusammensetzung, Deklaration), wirtschaftliche (Verkauf, Besteuerung, Werbung, Promotion etc.) sowie präventive und gesundheitliche Aspekte berücksichtigen (ebd.). Dieser technisch-wirtschaftliche Bereich lässt sich nur ansatzweise auf das Ergebnismodell übertragen, da keine entsprechenden Kategorien oder Unterkategorien vorgesehen sind. So sind es v. a. gesundheitlich-präventive Zielsetzungen, auf die sich das Modell anwenden lässt.

Die Kategorien und Unterkategorien des Ergebnismodells sind innerhalb eines spezifischen begrifflichen und konzeptionellen Rahmens entstanden. Phänomene, die außerhalb dieses Referenzsystems liegen, können nur mit Mühe oder überhaupt nicht auf die einzelnen Kategorien übertragen werden. Hier bietet das „Program-Logic-Modell“ mit seinen vergleichsweise unspezifischen Kategorien einen Vorteil. Vollständigkeit und Ausschließlichkeit sowie klare Differenzierung als Schlüsselemente eines idealen Kategoriensystems, die beim Ergebnismodell berücksichtigt werden müssen, fallen bei den wenig differenzierten Kategorien des „Program-Logic-Modells“ weitgehend weg. Das Modell hat durch seine offene Strukturierung nicht nur einen breiteren Einsatzbereich auch außerhalb von Bereichen wie Gesundheitsförderung und Prävention. Eine Zuweisung von Zielen und Ergebnissen ist aufgrund der flexiblen Einsetzbarkeit des Modells auch für diverse Projekt- und Programmtypen im Gesundheitsbereich denkbar. Es sind die verschiedenen Gesundheitsexpertinnen und -experten, die in jedem Projekt oder Programm neu über die inhaltliche Präzisierung der Kategorien entscheiden. Gleichzeitig reduziert der explizit kausale Aufbau der Outcome-Hierarchie die Komplexität des Untersuchungsgegenstandes mehr als das Ergebnismodell auf eine logisch aufgebaute Ergebniskette. Diese Vereinfachung kann in einem derart vielschichtigen Gebiet wie Gesundheit von Vorteil sein.

Durch seine Flexibilität kann das „Program-Logic-Modell“ aber andererseits nicht als inhaltlicher Referenzrahmen für

die Stakeholder gelten. Im Gegensatz zum präziser formulierten Ergebnismodell fällt damit eine mögliche gemeinsame Ausgangs- und Diskussionsbasis über Konzepte wie „Gesundheit“ oder „Krankheit“ weg. Bei der Verwendung des „Program-Logic-Modells“ muss diese insbesondere bei der Planung von komplexen übergeordneten Programmen, bei denen Experten und Expertinnen aus verschiedenen Gesundheitsbereichen involviert sind, zunächst geschaffen werden, damit die diversen Teilprojekte, Ziele und Visionen eines Nationalen Programms koordiniert werden können. Die Vereinfachung durch die vertikale Outcome-Hierarchie und explizite Kausalität kann des Weiteren dazu führen, dass eine vereinfachte Argumentationskette zwischen Maßnahmen und Ziel hergestellt wird. Die Komplexität von Gesundheitsförderung und Prävention würde dadurch auf ein einfaches Input-Outcome-Modell reduziert, bei welchem die vielfältigen Einflussfaktoren, die insbesondere bei der Planung und Evaluation von Fernzielen reflektiert werden müssen, unbeachtet blieben.

Beim Einsatz von Klassifikationsmodellen müssen die Nutzerinnen und Nutzer also entscheiden, ob sie mit einem offenen oder stärker strukturierten Modell arbeiten wollen. Ebenso müssen sie sich vergegenwärtigen, dass jedes Modell eine Limitierung der möglichen verschiedenartigen Konzepte von Gesundheit und Krankheit und damit eine spezifische Interpretation dieser komplexen Begriffe darstellt. Inwiefern die Modelle in der Planungs- und Evaluationsphase von Projekten oder Programmen eingesetzt werden können, ist davon abhängig, ob es den Stakeholdern gelingt, ein gemeinsames Verständnis über die Logik und Vorgaben eines Modells zu entwickeln und Phänomene der Gesundheitsförderung oder Prävention entsprechend einzuordnen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Modelle für einen längerfristigen Vergleich von Zielsetzungen und Resultaten von Projekten oder Programmen eingesetzt werden sollen.

Schlussfolgerungen

Klassifikationsmodelle können nützliche Instrumente sein, mit deren Hilfe kom-

plexe Strukturen von interagierenden Phänomenen im Gesundheitsbereich verdichtet werden. Für einen sinnvollen Einsatz von Modellen zur Planung und Evaluation von Projekten oder Programmen im Gesundheitsbereich muss man sich der Grenzen und inhärenten Logik der verschiedenen Modelle bewusst werden und sich vergegenwärtigen, dass sie keine eigentliche Wirklichkeit abbilden. Anhand von 2 Klassifikationsmodellen konnten wir exemplarisch zeigen, dass durch die notwendige Reduktion bestimmte Phänomene besonders betont, andere weggelassen und manche explizit mitgedacht werden. Durch das Einteilen, Klassifizieren sowie die Einbettung von Phänomenen in ein bestimmtes Klassifikationssystem werden spezifische Bedeutungen generiert, die teilweise im Gegenstand selbst enthalten sind, aber auch auf der verwendeten Systematik und Logik des Klassifikationssystems beruhen, nach welchem die Einteilung erfolgt. Die beiden vorgestellten Modelle bilden deshalb eine Schablone für unterschiedliche Vorstellungen dessen, was Gesundheit ist und wie dieser Zustand erreicht werden kann.

Fazit für die Praxis

Durch Klassifikationsmodelle wird ein gemeinsamer Rahmen geschaffen, in welchem sich die verschiedenen Stakeholder einerseits über die Planung, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitsprojekten und -programmen austauschen können. Andererseits bilden solche Modelle auch eine Plattform zur Explizierung von impliziten Annahmen sowie Vorstellungen über Konzepte und Verläufe von Gesundheit und Krankheit, wodurch eine systematische Reflexion über mögliche Implikationen für die Gesundheitsförderung und Prävention erfolgen kann. Beim Einsatz dieser Instrumente müssen sich die Stakeholder jedoch vergegenwärtigen, dass Gesundheit und Krankheit sowie deren Ursachen und Konsequenzen durch die den jeweiligen Modellen inhärente Logik unterschiedlich konzipiert werden.

Korrespondenzadresse

C. Heinzmann



Institut für Soziologie,
Universität, Petersgraben 27,
4051 Basel, Schweiz
claudia.heinzmann@unibas.ch

Danksagung. Wir bedanken uns bei Markus Weber (Bundesamt für Gesundheit), Brenda Spencer (Institut für Sozial- und Präventivmedizin Lausanne) und Günter Ackermann (Gesundheitsförderung Schweiz) sowie den anonymen Gutachterinnen und Gutachtern für ihre wertvollen Kommentare.

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Ackermann G (2005) Das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz: Ein Wegweiser zur guten Praxis. *Focus* 24: 14–17
- Bowker G C, Star S L (2000) *Sorting things out: Classification and its consequences*. MIT Press, Cambridge (MA)
- Bundesamt für Gesundheit (2003) HIV/Aids Programm 2004–2008. Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Bundesamt für Gesundheit (2001) Nationales Programm zur Tabakprävention 2001–2005. Bundesamt für Gesundheit, Bern
- Cheadle A, Beery W L, Greenwald HP et al. (2003) Evaluating the California Wellness Foundation's health improvement initiative: A logic model approach. *Health Promotion Practice* 2: 146–156
- Cloetta B, Spörri A, Spencer B et al. (2005) Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz (2. überarbeitete Fassung). Gesundheitsförderung Schweiz, Bern; Dezember 2005 (<http://www.gesundheitsförderung.ch/de/knowhow/tools/model.asp>)
- Cloetta B, Spencer B, Spörri A et al. (2004) Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. *Prävention* 3: 67–72
- Coxon A P M (1999) *Sorting data: Collection and analysis*. Sage, Thousand Oaks
- Festinger L, Katz D (1965) (eds) *Research methods in the behavioral sciences*. Holt, Rinehart & Winston, New York
- Funnell S (2000) Developing and using a program theory matrix for program evaluation and performance monitoring. *New Directions for Evaluation* 87: 91–101
- Funnell S (1997) Program Logic: An adaptable tool for designing and evaluation programs. *Evaluation News and Comment* 1: 5–17
- Green LW, Kreuter MW (1991) *Health promotion planning: An educational and environmental approach*, 2nd edn. Mayfield Publishing Company, Mountain View (CA)
- McKenzie JF, Smeltzer JL (2001) *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: A primer*, 3rd edn. Allyn & Bacon, Boston (MA)
- Nutbeam D (2000) Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion Intern* 3: 259–267
- Nutbeam D (1998) Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion Intern* 1: 27–44
- Nutbeam D (1998) Health promotion glossary. *Health Promotion Intern* 4: 349–364
- Potter J, Wetherell M (1987) *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. Sage, London
- U.S. Department of Health and Human Services (2005) *Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide*. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (GA); Oktober 2007 (<http://www.cdc.gov>)
- Van Marris B, King B (2007) Evaluating health promotion programs. *The Health Communication Unit, University of Toronto*; Oktober 2007 (<http://www.thcu.ca>)
- World Health Organization (2006) *Ottawa Charter for Health Promotion 1986*. WHO, Genf; Februar 2006 (<http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy>)

Hier steht eine Anzeige.