

Die fortlaufende Evaluation gesundheitserzieherischer Aktionen in Aarau und Nyon

Schweizerisches Nationales Forschungsprogramm 1A. Autorengruppe¹

1. Abgrenzung der gesundheitserzieherischen Evaluation

Die gesundheitserzieherische Evaluation des NFP 1A stellt nur eine, wenn auch zentrale Kontrolle des Programms dar. Folgende fünf Typen lassen sich unterscheiden:

- Medizinische Evaluation: Erfassung und Auswertung der Daten der Grund- und Schlussuntersuchung (Test- und Kontrollgemeinden).
- Soziologische Evaluation: Institutionelle Analysen im Zusammenhang mit der Intervention, Untersuchungen über die Integration präventiver Praktiken und Massnahmen im sozialen Feld.
- Ökonomische Evaluation: Analyse des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der Aktionen im einzelnen, der Intervention im gesamten.
- Gesundheitserzieherische Evaluation: Erfassung der erreichten Personen und Gruppen, Analyse des Wirkungsgrades, der Wirkweise, Erarbeitung von Planungsunterlagen für den weiteren Ablauf der Intervention.
- Politische Evaluation: Entscheide von politischen Instanzen, welche die Etablierung und Weiterentwicklung des vorgezeichneten Interventionsmodells und Präventionskonzeptes betreffen.

2. Methodische Aspekte der gesundheitserzieherischen Evaluation

Mit der während dreier Jahre andauernden (1977–1980) gesundheitserzieherischen Intervention in den beiden Testgemeinden Aarau und Nyon wurden vielfältige und komplexe Prozesse ausgelöst. So gilt es, Veränderungen im Wissensstand der Bevölkerung, die Etablierung neuer Verhaltensweisen oder Einstellungen, das Entstehen neuer sozialer Konfigurationen und Kommunikationsnetze zu analysieren.

Die Einwohner der Interventionsgemeinden durften sich dabei unter dem Eindruck differenzierter Erhebungen keinesfalls als «Versuchskaninchen» fühlen.

Da ausserdem zu Beginn des Projektes die Interventionen und Aktionen im Detail noch nicht festgelegt werden konnten, erschien es besser, im Zusammen-

Im Rahmen der medizinischen, soziologischen und gesundheitsökonomischen Auswertung eines Interventionsprogrammes hat die gesundheitserzieherische Evaluation eine besondere Bedeutung. Im vorliegenden Artikel wird die Erfassung der erreichten Personen und Gruppen sowie die Messung kommunikativer Wirkungen von massenmedialen Aktionen dargestellt.

hang mit den einzelnen Aktionen fortlaufend geeignete Evaluationsdaten zu erheben. Dies bedingte allerdings die Konzipierung und den Einsatz ganz unterschiedlicher Instrumente; einzelne Aktionen konnten zudem aus organisatorischen Gründen detailliert gar nicht erfasst werden (z.B. Massenaktionen wie der Aargauer «Lauf um d Wält» mit Hunderten Teilnehmern). Zu den «Interventionen» und «Aktionen» im engeren Sinn zählen in der Evaluation auch Ereignisse, die zusätzliche Evaluationsdaten liefern, wie etwa Telefonanrufe, Besuche bei der Informationsstelle, spontane Leserbriefe in der Presse. Weitere wichtige Unterlagen, wie etwa phänomenologische Situationsberichte von Gruppenleitern, Versand- oder Verkaufstatistiken dienen vor allem der Interpretation und Verifizierung vorliegender Daten.

3. Erfassung der Teilnehmer einzelner Aktionen/Aktivitäten

Eines der Hauptziele der gesundheitserzieherischen Evaluation besteht darin, die wichtigsten sozioökonomischen Daten all jener Individuen zu erfassen, die sich an den verschiedenen Aktionen, Kursen usw. beteiligten. Die Angaben wurden grösstenteils von den in den Interventionsprozess involvierten Personen selbst gemacht, nur in Ausnahmefällen müssen andere Quellen (Einwohnerkontrolle) benützt werden oder sind die Daten aus organisatorischen Gründen nur stichprobenweise erhältlich (Grossveranstaltungen).

Soziokulturelle Einflüsse können die Datensammlung stark beeinflussen: In Nyon stiessen die Bemühungen teilweise auf Widerstand, dies sowohl bei den Teilnehmern als auch bei Gruppenleitern (animateurs), welche die Daten hätten aufnehmen sollen.

In der Analyse werden die gesammelten Daten erlauben, detaillierte Bezüge zwischen demographischen Werten einerseits, qualitativer und quantitativer Interventionsteilnahme andererseits, herzustellen. Tabelle 1 weist zum Beispiel geschlechtsspezifische Einflüsse auf die Teilnahme an sehr unterschiedlichen Aktivitäten in Nyon nach.

¹ Projektleiter: F. Gutzwiller, B. Junod. Wissenschaftlicher Experte: F. H. Epstein. Koordinatoren: A. Crisinel, K. Röthlisberger. Wissenschaftlicher Beirat: Th. Abelin, M. Bassand, L. Biland, H. R. Brunner, W. Bürgi, A. Delachaux, H. Howald, O. Jeanneret, H. Micheli, T. Moccetti, O. Oetliker, O. Ritter, G. Ritzel, J. L. Rivier, M. Schär, H. B. Stähelin, W. Vetter, L. K. Widmer. Statistik: A. Marazzi/M. Lejeune. Programmleiter: W. Schweizer. Manuskript verfasst durch: G. Bretscher. Kredit-Nr. 4.077.0.76.01, Schweizerischer Nationalfonds. Korrespondenz: F. Gutzwiller, Nationales Forschungsprogramm 1A, Kantonsspital, CH-4031 Basel, Schweiz.

Tab. 1. Nyon: Auszug aus der Teilnehmerstatistik (Stand Dez. 1979)

	Teilnahme an ...	Teilnahme an ...		
		1 Akti- vität	2-3 Akti- vitäten	4-9 Akti- vitäten
Teilnehmer	total 976	644	237	95
	100 %	100 %	100 %	100 %
Frauen, in Prozenten	68 %	65 %	73 %	78 %
Männer, in Prozenten	32 %	35 %	27 %	22 %

4. Erfassung gesundheitserzieherischer Einflüsse

So oft wie möglich wurden die Teilnehmer an Kursen, Seminaren, Sportveranstaltungen, die Empfänger gesundheitserzieherischer Informationen allgemein über ihre jeweils spezifisch interessierenden Verhaltensweisen (Änderungen!), Einstellungen und Meinungen befragt. Die so gewonnenen Daten sollten nicht nur der Schlussevaluation des Gesamtprogramms dienen. Sie trugen während der Interventionsphase wesentlich zur Reflexion der Befragten über ihr Tun bei, vor allem aber konnten mit der raschen Auswertung derartiger Angaben – verbunden mit anderen Unterlagen – die einzelnen Aktivitäten und Aktionen laufend optimiert werden. Zusätzlich waren Animatoren oder Geschäftsinhaber (bei Ladenaktionen) gehalten, ihre persönlichen Eindrücke jeweils auf einem genormten Erhebungsbogen schriftlich zu fixieren. Im Gegensatz zu Nyon – wo ein entschiedener Akzent auf die Arbeit in Gruppen gelegt wurde – lag das Schwergewicht der Aktivitäten in Aarau vor allem auf dem massenmedialen Sektor: Kanäle wie die Lokalpresse, Plakate, der breite Postversand in alle Haushalte, Kinowerbung spielten eine zentrale Rolle. Entsprechend mussten in Aarau auch verschiedentlich aktionsspezifische Repräsentativitätsumfragen (Telefon-Interviews) durchgeführt werden. Die Tabellen 2 und 3 geben am Beispiel der Nichtraucherkampagnen Aufschluss über die Art der erhaltenen Daten.

Tab. 2. Beachtungsgrad von Nichtraucherkampagnen in Aarau. «Haben Sie in letzter Zeit Werbung, Propaganda oder Artikel gesehen, welche sich gegen das Zigarettenrauchen wenden?»

Alter	«Ja», Juli 1979	«Ja», Dez. 1979
bis 24 Jahre	40 %	65 %
25-34 Jahre	52 %	66 %
ab 35 Jahre	40 %	71 %
Total	44 %	68 %

(N = 200)

Tabelle 2 zeigt, dass bei allen Subgruppen eine deutliche Sensibilisierung hinsichtlich des Beachtungsgrades der Nichtraucherwerbung festgestellt werden konnte, die in einem ausgeglichenen Informationsstand endete. Jugendliche und Personen über 35 Jahren

beachteten die 2. Kampagne (Dezember) gleich stark wie die mittlere Altersschicht. Letztere scheint a priori relativ stark sensibilisiert zu sein, von besonderer Bedeutung für die gesundheitserzieherische Zielsetzung ist der markante «Sprung» der bis 24-jährigen. Auch in Tabelle 3 zeigt sich ein markantes Ansteigen des allgemeinen Beachtungsgrades der Nichtraucherkampagne. Besonders ist auf den zunehmenden Erfolg der Plakate bei der jüngeren Altersgruppe hinzuweisen. Die Tabelle 3 zeigt auch, dass Inserate mit Antizigarettenwerbung weniger effizient sind.

Tab. 3. Beachtungsgrad der Medien zweier Nichtraucherkampagnen. «In letzter Zeit ist in Aarau eine Anti-Zigaretten-Werbekampagne gelaufen, haben Sie Plakate, Inserate ... davon gesehen?»

Alter	Plakate gesehen		Inserate gesehen		Gar nichts gesehen	
	Juli 1979	Dez. 1979	Juli 1979	Dez. 1979	Juli 1979	Dez. 1979
bis 24 Jahre	36 %	63 %	23 %	28 %	53 %	28 %
ab 25 Jahre	48 %	52 %	35 %	30 %	40 %	26 %
Total	45 %	54 %	32 %	30 %	43 %	27 %

(N = 200; Mehrfachnennungen)

5. Schlussfolgerungen

Die sehr heterogenen, weitläufigen und umfangreichen Datensammlungen im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 1A – von denen hier nur einige wenige Aspekte beleuchtet werden konnten – ermöglichen eine Analyse des Interventionsgeschehens, die dessen Komplexität gerecht zu werden versuchen. Die laufende Evaluation der einzelnen Aktivitäten trug während der drei Jahre der Intervention mit teilweise sehr unkonventionellen Mitteln wesentlich dazu bei, sämtlichen Programmverantwortlichen vertiefte Einsichten in ihre Tätigkeit zu vermitteln und die einzelnen Aktivitäten sukzessive zu optimieren.

Die wissenschaftliche Relevanz der gesundheitserzieherischen Evaluation im NFP 1A muss längerfristig – wie die anderen Evaluationstypen – auch durch die politische Evaluation ergänzt werden. In beiden Testgemeinden sind bereits erste erfolgreiche Schritte unternommen worden, die im kommunalen (Aarau) oder kantonalen Rahmen (Nyon) auf ein Weiterbestehen und eine Fortentwicklung des Modells einer lokalen Gesundheitsvorsorge abzielen.

Zusammenfassung

Die Evaluation gesundheitserzieherischer Intervention erfordert in einer relativ kleinen Testgemeinde bei sehr heterogenen Einzelaktivitäten eine entsprechende Vielfalt von Forschungsinstrumenten. Eine fortlaufende, sehr flexible Evaluationstechnik gestaltet sich zwar sehr arbeitsintensiv, bietet aber den entscheidenden Vorteil, die verschiedenen Aktionen und Aktivitäten laufend anhand gesicherter Daten verbessern zu können. Die gesundheitserzieherische Evaluation im NFP 1A konzentriert sich vor allem auf die statistische Erfassung der erreichten Personen im Zusammenhang mit allen Interventionsmassnahmen sowie auf die Messung kommunikativer

Wirkungen, gesundheitserzieherischer Einflüsse innerhalb von Einzelaktionen und Programmsegmenten.

Summary

The Continuing Evaluation of a Health-education Campaign in Aarau and Nyon

In view of the numerous and diverse health-education interventions within the NRP 1A, a comparably diverse set of evaluation

instruments had to be developed. The continuing evaluation of health-education technics is a complex and resource-consuming process. However, it has the advantage to deliver continuously the data base for the optimization of the different activities. The two main aspects of the continuing health-education evaluation system within the NRP 1A are the statistical documentation of all participating individuals and the measurement of the effects of mass-media campaigns.

Macht Fluglärm krank? (Corrigendum)

Im Artikel «Macht Fluglärm krank?» von Roland Müller (Sozial- und Präventivmedizin 25, 103–109, 1980) sind die Literaturhinweise auf die vegetativen Untersuchungen (Ref.-Nr. 1 und 2) inkorrekt. Wir bitten die Leser, sie durch die folgenden Referenzen zu ersetzen:

Bättig, K. und Buzzi, R., Psychophysiological effects of aircraft noise, *Activ. nerv. sup.* (Praha) 21, No. 4, 1979.

Bättig, K., Buzzi, R., Zeier, H. und Müller, R., Subjective and psychophysiological responses to aircraft noise, *Proceedings Congress IAHOH in Dubrovnik* (im Druck).

Bättig, K., A Field Study on Vegetative Effects of Aircraft Noise, *Archives of Environmental Health* (im Druck).

Die Redaktion

Mitteilungen / Communications

Sozial- und Präventivmedizin im Pharmaziestudium

Die von den eidgenössischen Räten verabschiedete revidierte Prüfungsordnung für Apotheker sieht neu auch den Unterricht in den Fächern «Sozial- und Präventivmedizin» und «Ernährungslehre/Diätetik» vor, für die insgesamt etwa 60 Unterrichtsstunden vorgesehen werden. Diese wichtige Neuerung erfolgte im Hinblick auf die vermehrte Beratertätigkeit des Apothekers, in der Prävention und Selbstbehandlung im Mittelpunkt stehen.

Définitions d'éducation et promotion de la santé

Le «Office of Health Information, Health Promotion and Physical Fitness and Sports Medicine» (OHP) du Gouvernement des Etats-Unis a récemment proposé de nouvelles définitions pour deux termes très à l'ordre du jour actuellement (définitions qui s'inspirent de celles utilisées dans le passé, tout en faisant preuve d'une concision appréciable). Ce sont:

Education pour la santé: Toute combinaison d'occasions/possibilités d'apprentissage (ou à but pédagogique – learning opportunities) conçues pour faciliter chez les individus, les groupes ou les collectivités des adaptations

volontaires de leur comportement dans un sens favorable à la santé.

Promotion de la santé: Toute combinaison d'actions d'éducation pour la santé et d'interventions y relatives de nature organisationnelle, politique ou économique, conçues pour faciliter des adaptations des comportements ou de l'environnement qui améliorent ou protègent la santé.

Ces définitions sont citées dans le numéro de juin 1980 de *Focal Points* (publié par le Bureau of Health Education, Center for Disease Control, Atlanta, Georgia 30333, USA). Toutes réactions à leur sujet seraient appréciées par la Direction de l'OHP (Hubert Humphrey Building, Room 721-B, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, USA).

J. M.

Arbeitslosenversicherung und Behinderte

Gr. In ihrer an das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Arbeitslosenversicherung gerichteten Vernehmlassung begrüst die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung von Behinderten, SAEB, für sich und mehrere weitere Organisationen die im Gesetzesentwurf gewählte

Neukonzeption der Arbeitslosenversicherung.

Als ihr Hauptanliegen bezeichnet die SAEB die Beseitigung der in der bisherigen Gesetzgebung teilweise noch enthaltenen Benachteiligung der Behinderten. Eine solche erblickt sie darin, dass seinerzeit einerseits die volle Beitragspflicht aller auch nur in geringem Masse erwerbstätigen Behinderten eingeführt wurde (Art. 1 der Übergangsordnung vom 8. Oktober 1976) und andererseits bei der Anspruchsberechtigung der Behinderten erhebliche, sachlich nicht begründete Einschränkungen vorgenommen worden sind. So gelten Bezüger einer ganzen IV-Rente sowie Behinderte, die ausschliesslich eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte ausüben können, nach bisherigem Recht zum vornherein als nicht anspruchsberechtigt (Art. 16 Abs. 5 der Verordnung vom 14. März 1977).

Nach Auffassung der SAEB sollen statt dessen die Behinderten wie alle andern Arbeitnehmer sowohl hinsichtlich der Beitragspflicht als auch der Anspruchsberechtigung prinzipiell gleichgestellt werden.

Ein anderes wichtiges Begehren der SAEB betrifft die herbeizuführende Harmonisierung auf dem Gebiete der Sozialversicherung, welche Gegenstand zahlreicher Eingaa-