

**Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Quartier**

## **Zur Wirksamkeit quartiersbezogener Gesundheitsförderung – ein systematischer Review**

HAW / 23.05.2018

Stefan Nickel, Olaf von dem Knesebeck

## Definition: Systematischer Review

‘... a review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to **identify, select, and critically appraise** relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies’ (Cochrane Collaboration, 2014).

- (1) Scoping
- (2) Planning
- (3) Identification (searching)
- (4) Screening
- (5) Eligibility
- (6) Synthesis

## Forschungsfragen

- **Welche Wirkungen zeigen Interventionen zur quartiersbezogenen Gesundheitsförderung in den vorliegenden nationalen und internationalen Studien?**
- In welchem Ausmaß folgen die Interventionen einem sozialökologischen Ansatz, der die individuelle, interpersonale und Quartiers-Ebene umfasst?
- Haben Aktivitäten zur Strukturbildung („capacity building“) einen förderlichen Effekt auf gesundheitsbezogene Outcomes?
- Wie lassen sich die Ergebnisse des Reviews inhaltlich und methodisch erklären?

## Suchstrategie (Title/Abstract)

(effect\* OR efficacy OR efficiency OR benefit\* OR outcome\*)

AND (neighbo\* OR district\* OR communit\* OR urban OR residential area\*)

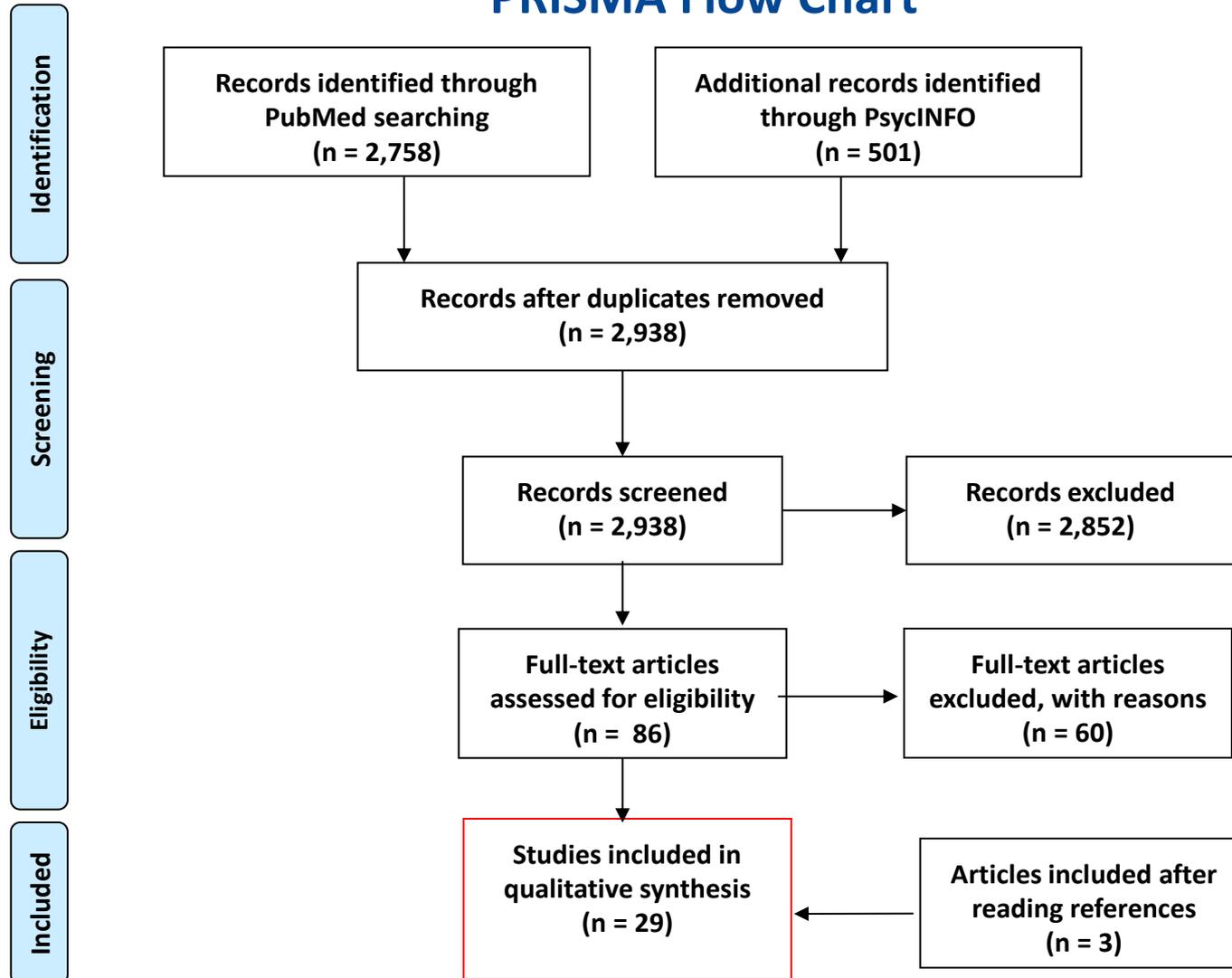
AND (health promot\* OR disease prevention)

- Management der Literaturstellen durch Literatur-Verwaltungssoftware (Zotero)
- Registrierung bei PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews)

## Ein- und Ausschlusskriterien

Einschluss	Ausschluss
Studien seit 2002	Studien bis 2001 (Merzel & D'Afflitti 2003)
Text in englischer oder deutscher Sprache	andere Sprachen
,Community' als geografisches oder politisch-administratives Gebiet	,Community' als ethnische Gruppe oder Subkultur ohne geografischen Bezug
städtischer Kontext	ländlicher Kontext
Originalarbeit in einer begutachteten Zeitschrift	Editorials, theoretische Artikel, Dissertationen etc.
Interventionsstudien	Beobachtungsstudien
Fokus auf Impact- oder Outcome-Evaluation	Fokus auf Prozessevaluation
multiple Interventionen, Organisationen und Outcomes (Gesundheitsförderung im Quartier = komplexe Intervention)	singuläre Interventionen, Organisationen, und Outcomes

## PRISMA Flow Chart



## Interventionstypen

- **Nutzeradressierte** Interventionen
  - Individuelle Ebene (z.B. Beratung, Übungen, Kurse)
  - Gruppenebene (z.B. Peer training, Nachbarschaftsfest)
  - Quartiersebene (z.B. Wohnumfeld, Zugang zu Obst/Gemüse)
  
- **Strukturbildende** Interventionen / Capacity building
  - Bewohnerbeteiligung
  - Führungskompetenz
  - Vernetzung/Kooperation
  - Ressourcenmobilisierung
  - Evaluation

## Outcomes

- Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Bewegung)
- Gesundheitskompetenz (z.B. Wissen, Einstellungen)
- Subjektive Gesundheit (z.B. psychische Gesundheit)
- Allgemeine Lebensqualität und Lebenszufriedenheit
- Klinische/anthropometrische Daten (z.B. BMI, Blutdruck)
- Psychosoziale Parameter (z.B. soziale Unterstützung)

Table: Studies analyzing community-based health promotion interventions in urban areas (extract)

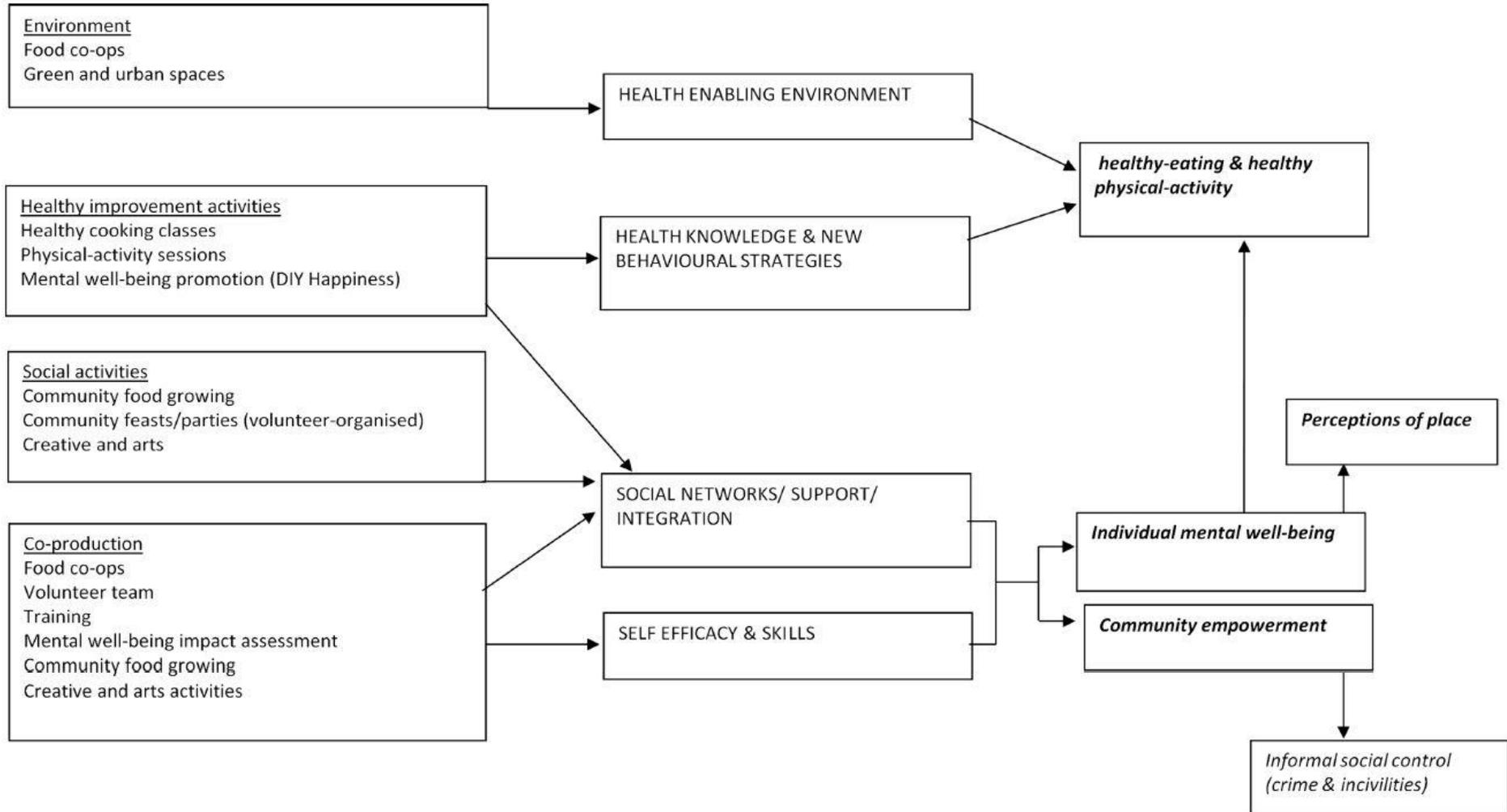
Author, Year	Study Design and Country	Individual-Level Intervention	Group-Level Intervention	Community-Level Intervention	Capacity building	Outcomes	Findings
Abbema EA et al., 2004	Quasi-experimental, Netherlands (n of experimental area: 323; control area I: 322; control area II: 342)	Course on coping with stress; physical exercises; traffic lessons in schools; childhood development courses for parents	Social skills training for adolescents; multicultural meetings; area parties; home visits for social activation of long-term unemployed	Mass media; speed controls; crime prevention project in schools; marking dog walking sites; refuse containers; fitting out children's playground	Survey data; public discussion meetings; professional networking; health action plan	Perceived area improvement or decline; perceived health; health problems (e.g. stress) and determinants	Of the total 47 effects with $p < .05$ , 14 were in favor of the experimental area; overall, the magnitudes of the effects were small (in %)
Balaji M et al., 2010	Cluster randomized, India (n of the urban intervention and control area: 1,860 youth)	Health information material	Peer education; teacher training	None	Interviews with youth, parents, teachers, heads of institutions	knowledge, attitudes, behavior related to emotional health; self-harm, substance use; RSH; violence; help seeking	Substantial reductions in several outcomes, e.g. depression (OR: .57, 95% CI: .41-.79), physical violence (OR: .59, 95% CI: .40-.87), substance use (OR: .63, 95% CI: .45-89)
Bazzano A et al., 2009	Pre-post-test (no control group), USA (n=85 adults with development disabilities)	Education and exercise sessions	Peer-mentors	None	Focus groups with clients	Changes in weight, BMI, abdominal girth, access to care, self-reported nutrition, physical activity, life satisfaction	Positive outcomes of significant weight loss, improved nutrition, exercise frequency, self-efficacy (in %)
Blair Y et al., 2006	Secondary analysis of child dental data, Scotland (n of pilot district 1: 285; pilot district 2: 539; control district: unknown)	parent workshops; 'Get Cooking' classes; weaning fair	Nurseries' staff training; 'training the trainers', consultation groups	Health snacks policies; dental health songbooks, events, decoration; free toothpaste and toothbrush distribution	Locality based questionnaires; oral health action teams	D <sub>3</sub> MFT index for decayed, missing and filled teeth	Mean D <sub>3</sub> MFT decreased from 5.5 to 3.6 (district 1) and from 6.0 to 3.6 (district 2); no indication of any background trend

## Beispiel 1: Well London (Phillips et al., 2017)

- Laufzeit: 10/2007-03/2011 (Phase I), seit 2013/2014 (Phase II)
- Big Lottery Well-being Fund: 9,46 Mio. £
- Gebietsauswahl: 20 Interventionsgebiete, 20 Kontrollgebiete mit sehr hoher sozialer Deprivation (cluster-randomisiert)
- Stichprobe: IG T0: 2.061 (T1: 1.938), KV T0: 2.046 (T1: 1.943)
- Datenanalyse:
  - Baseline: Deskriptive Statistik für Outcomes und Soziodemografie
  - Follow-up: Lineare und logistische Regressionen mit Kontrollfaktoren (Soziodemografie, Outcome-Messungen zu T0)
- Ergänzende qualitative Studie



Figure: Theory of change for the *Well London* program (Phillips et al., 2017)



## Portfolio der Well London-Projekte

(bis zu 14 pro Gebiet)

- Heart of the community (core) projects:
  - Community Engagement, Assessment, Design, Brokerage and Enterprise
  - Well London Delivery Team
  - Youth.com project
  - Training Communities project
  - Well London Learning Network (Wellnet)
  - Active Living Map project

Community  
Capacity Building,  
Aktivierung der  
Bewohnerschaft  
zur Teilnahme an  
thematischen  
Projekten

## Portfolio der Well London-Projekte

(bis zu 14 pro Gebiet)

- Themed projects:
  - Activate London Project
  - BuyWell project
  - EatWell project
  - Changing Minds project
  - DIY Happiness Project
  - Mental Wellbeing Impact Assessment project
  - Healthy Spaces project
  - Be Creative, Be Well project

Mehr Bewegung,  
gesundes Essen,  
psychisches  
Wohlbefinden,  
offene Räume,  
Kunst und Kultur

## Ergebnisse der Prozess- und Ergebnisevaluation

- 46.918 Teilnehmende an Projekten/Aktivitäten (17.108 Individuen, davon 5.069 aus den Interventionsgebieten)
- Unter den Befragten der quantitativen Studie waren doppelt so viele Frauen als Männer, Unter-19-Jährige gehörten zu mehr als 50% zu den Befragten
- 63-86% der Teilnehmenden berichten, dass die Projekte ihre Gesundheit und ihr psychisches Wohlbefinden verbessert haben
- Teilnehmende und lokale Akteure berichten von mehr sozialer Kohäsion sowie verbesserten Beziehungen zwischen Bewohnerschaft, kommunalen Entscheidungsträgern und Leistungsanbietern
- Aber: Keine Evidenz für populationsbezogenen Einfluss auf primäre Outcomes (gesundes Essverhalten, körperliche Aktivität, allgemeine Gesundheit, psychisches Wohlbefinden) (Risk Ratios: 1,01-1,15; p=n.s.)

## Beispiel 2: Hartslag Limburg (Schuit et al., 2006; Ronda et al., 2004)

- Laufzeit: 1998 bis 2003
- Gebietsauswahl: 8 Interventionsgebiete, 8 Kontrollgebiete (quasi-experimentell) in der Maastricht-Region der Provinz Limburg (50% mit niedrigem SES)
- Stichprobe: IG T0: 3.000 (T1: 2.414), KG T0: 895 (T1: 758)
- Datenanalyse:
  - Baseline: Physische Untersuchung (Blutdruck, Cholesterin, BMI u.a.) und Fragebogen zum Selbstausfüllen (Essverhalten, körperliche Aktivität, Rauchen u.a.)
  - 5-Jahres-Follow-up: Regressionsanalyse mit Gruppenzugehörigkeit und Kontrollfaktoren (Alter, Geschlecht, Rauchen) als unabhängige Variablen
- Ergänzende Prozessevaluation

Table: Conceptual framework of the community project and the evaluation study (Ronda et al., 2004)

A: Health	B: Risk behaviors	C: Psychosocial determinants	D: Prevention activities	E: Community principles	F: Project components
CVD	High fat intake	Attitudes	Number	Participation	Community analyses
	Smoking	Social influences	Reach	Intersectoral collaboration	Health Committees
	Not enough physical activity	Awareness	Effects	Link-up with current situation	Quality control
		Stage of change		Long-term continuation	
				Social network approach	
				Multi-media and multi- method strategy	
				Environmental strategy	
				Activities for different target groups	

## Ergebnisse der Prozess- und Ergebnisevaluation

- Für Nachweis der Reduktion von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurde der Zeitraum der Intervention als zu klein betrachtet; signifikanter Effekt auf BMI, Taillenumfang, Blutdruck (**Stufe A**).
- Die Ergebnisevaluation zeigte einige, aber nicht für jedes Risikoverhalten und seine Determinanten statistisch signifikante Effekte (z.B. Fettreduktion, Ernährungsbewusstsein, Absicht zu körperlicher Betätigung) (**Stufen B und C**).
- Die meisten der 590 Interventionen betrafen die körperlicher Aktivität, gefolgt von Ernährung und Rauchentwöhnung; Aktivitäten für Männer und Erwerbstätige wurden deutlich weniger angeboten (**Stufe D**).
- Die meisten Community-Prinzipien waren gegeben (z.B. soziale Vernetzung) und/oder in naher Zukunft zu erwarten (z.B. Bewohnerbeteiligung); allerdings mangelte es an Umweltorientierung und Langzeit-Perspektive (**Stufe E**).
- Die Quartiersanalyse und die nachfolgende Arbeitsorganisation in „Health Committees“ fiel zufriedenstellend aus; Verbesserungen betrafen die Qualität der Kommunikation, verfügbare Zeit, Arbeitsgruppen (**Stufe F**).

## Ergebnisse des Reviews (Synthese) I

- Von den 29 Studien wurden 11 in **Europa** durchgeführt, 8 in Asien, 6 in Nordamerika, 2 in Australien und jeweils 1 in Mittelamerika und Afrika.
  - Die Studien verwendeten sehr unterschiedliche **Designs**, darunter RCT (n=4), cluster-randomisierte Trials (n=5), quasi-experimentelle Designs (n=14), Pre-post-Tests ohne Kontrollgruppe (n=5) und Sekundäranalyse (n=1).
  - Die **Stichprobengrößen** in den Interventionsgruppen variierten von n=69 bis 16.228 mit einer großen Vielfalt an ethnischen, kulturellen, sozio-demografischen und sozioökonomischen Hintergründen.
  - 23 Studien zielten auf die Verbesserung des **Gesundheitsverhaltens**, 9 untersuchten den subjektiven Gesundheitszustand, 6 Gesundheitskompetenz und 15 zusätzlich klinische/anthropometrische Outcomes.
  - 14 Artikel berichteten von Interventionen auf **drei Ebenen** (Individuum, Gruppe, Quartier), 14 auf zwei Ebenen und nur 1 auf einer Ebene.
- **keine quantitative Synthese** (Meta-Analyse) möglich

## Ergebnisse des Reviews (Synthese) II

- In etwa drei Viertel der Studien (75,9%) wurden **positive Effekte** in mindestens einem Outcome-Parameter festgestellt; allerdings betrafen sie meist nicht alle Outcomes und hatten kleine bis mittlere Effektstärken.
- Relativ **erfolgreiche Interventionen** sind Bildungs- und Beratungsangebote (15), Peer-Education-Projekte (12), Bewegungsangebote (11), gesundheitsförderliche Umsetzungspolitiken (10), Medienkampagnen (6) und Walkability-Initiativen (5)
- Relativ beeinflussbare **Outcomes** sind körperliche Bewegung (10), klinische Merkmale (9), Ernährungsverhalten (6); zusammen mit psychischer Gesundheit gehören sie zugleich zu den Outcomes mit den wenigsten Effekten.
- Alle Studien, die nur eine spezifische **Risikogruppe** (z.B. Hochbetagte, Menschen mit Entwicklungsstörungen oder metabolischem Syndrom) zum Gegenstand hatten, wiesen substantielle Verbesserungen auf.
- In **größeren, universell** angelegten Programmen (z.B. IDEFICS, Well London) konnten für viele Outcomes keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgebieten festgestellt werden.

## Was sind Gründe für die moderate oder fehlende Wirksamkeit?

- **Methodische Probleme:** Stichprobengröße, Messprobleme, Studiendesign, Drittvariablen-Kontrolle
- **Kontexteinflüsse:** allgemeiner gesellschaftlicher Wandel, ‚Spill-over‘-Effekte durch andere Projekte/Programme
- **Größe der zu erwartenden Effekte:** strukturelle Problemursachen, Art der Intervention (selektiv/indiziert vs. universell)
- **Limitationen der Intervention:** geringe Zeitdauer, fehlende soziale und kulturelle Adaption, Menge der Angebote, Reichweite/Diffusionsgrad
- **Limitationen der Theoriebildung:** psychologische Verhaltenstheorien vs. sozialökologischer Ansatz, unrealistische Zielsetzungen

## Partizipation und intersektorale Kooperation

- **Allgemeine Probleme:** Freiwilligkeit des Engagements, Komplexität der Aufgaben, Interessenkonflikte, fehlende Ressourcen
- **Spezifische Probleme:** Partikularinteressen („schweigende Mehrheit“), früher Ausstieg aus dem Programm, wenig nachweisbare Ergebnisse
- **Stufen der ‚Community Readiness‘** (Goodman et al., 1996)
  1. Aktivierung von Bürgern und professionellen Akteuren sowie Aufbau eines Beteiligungsverfahrens (Beiräte, Runder Tisch, Konferenz etc.)
  2. Einbindung von Quartiersbewohnern und Praktikern in die Programmplanung und Implementation
  3. Weiterentwicklung und Institutionalisierung der Interventionen (erfordert Evaluation und Ressourcen!)

## Limitationen des Reviews

- Beschränkung der Suche auf Journals in zwei Datenbanken
- Viele gesundheitsfördernde Interventionen in städtischen Gebieten/Quartieren werden nicht oder in anderer Form publiziert („publication bias“)
- Unvollständige Darstellung von sozialen, politischen und kulturellen Kontextfaktoren
- Beschränkung der Wirkungsanalyse auf individuelle Ebene (fehlende organisatorische bzw. Meso-Ebene, intermediäre Outcomes)



Fin.