



Europäische Ministerkonferenz  
der WHO zum Thema Gesundheitssysteme:  
„GESUNDHEITSSYSTEME,  
GESUNDHEIT UND WOHLSTAND“  
Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008

GESUNDHEITSSYSTEME UND POLITIKANALYSE

GRUNDSATZPAPIER

# Wann sind vertikale (eigenständige) Programme in Gesundheitssystemen sinnvoll?

Rifat A. Atun, Sara Bennett und Antonio Duran



Schlüssel Wörter:

DELIVERY OF HEALTH CARE - trends

PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION

HEALTH POLICY

EUROPE

Dieses Grundsatzpapier wurde für die Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme (25. bis 27. Juni 2008, Tallinn, Estland) verfasst. Es erscheint in einer neuen Reihe, die sich an politische Entscheidungsträger und Gesundheitssystemmanager wendet.

In ihrem Rahmen sollen zentrale Aussagen entwickelt werden, welche die Gestaltung von Politik auf der Grundlage von Erkenntnissen unterstützen. Die Herausgeber beabsichtigen, die Reihe durch kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Autoren auszubauen und die Berücksichtigung von Grundsatzoptionen und Umsetzungsfragen weiter zu verbessern.

© Weltgesundheitsorganisation 2008 bzw. Weltgesundheitsorganisation im Namen des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2008

---

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros für Europa richten Sie bitte an:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für Europa ein Online-Formular für Dokumentation/ Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/ Übersetzen aus (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

---

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse bedeutet nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden. Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren, Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

## Inhalt

	Seite
Zentrale Aussagen	
Kurzfassung	
Grundsatzpapier	
Das Thema	1
Worin unterscheiden sich vertikale von horizontalen Programmen?	3
Vertikale Programme – Das Für und Wider	6
Überblick über einschlägige Forschungsergebnisse	9
Integration in drei Programmbereiche: Einige Ergebnisse	13
Lehren und grundsätzliche Konsequenzen	16
Fazit	22
Literatur	24

## Autoren

**Rifat A. Atun**, Centre for Health Management, Imperial College London, Vereinigtes Königreich

**Sara Bennett**, Allianz für Gesundheitspolitik und Systemforschung, Gesundheitssysteme und Gesundheitsversorgung, Weltgesundheitsorganisation

**Antonio Duran**, Direktor, Técnicas de Salud, Sevilla, Spanien

## Herausgeber

**WHO-Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik**

## Redakteur

Govin Permanand

## Ko-Redaktion

Josep Figueras  
John Lavis  
David McDaid  
Elias Mossialos

## Redaktionsassistentz

Kate Willows  
Jonathan North

Die Autoren und Redakteure danken den Gutachtern für die Manuskriptdurchsicht und die vielen fachlich wertvollen Beiträge.

ISSN 1998-4219

## Zentrale Aussagen

- Über die relativen Vorteile einer vertikal organisierten gegenüber einer integrierten Gesundheitsversorgung liegen nur in geringem Umfang Erkenntnisse vor, die keine klaren Aussagen darüber zulassen, wann vertikale Konzepte sinnvoll sind.
- Diese begrenzten Erkenntnisse deuten darauf hin, dass integrierte Konzepte bei der Leistungserbringung im Vergleich zu vertikalen Konzepten in bestimmten Bereichen wie HIV und psychische Gesundheit sowie bei einigen übertragbaren Krankheiten zu besseren Ergebnissen führen. In einigen Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region etwa haben offenbar vertikal organisierte Programme eine effektive Bekämpfung von HIV, Tuberkulose, Substanzmissbrauch und psychischen Gesundheitsproblemen beeinträchtigt.
- Dennoch können vertikale Programme als vorübergehende Maßnahme sinnvoll sein, wenn das Gesundheitssystem (und die primäre Gesundheitsversorgung) schwach ist, wenn eine schnelle Reaktion erforderlich ist, oder um Skaleneffekte zu erzielen, den Bedürfnissen schwer zu erreichender Zielgruppen gerecht zu werden und bestimmte hochkomplexe Leistungen zu erbringen, für die gut ausgebildete Fachkräfte benötigt werden. In der Praxis werden in den meisten Gesundheitssystemen vertikale mit integrierten Elementen verknüpft – mit jeweils unterschiedlicher Gewichtung.
- Dort, wo sich möglicherweise vertikale Programme anbieten, stehen den politischen Entscheidungsträgern zwei Grundsatzoptionen zur Verfügung: 1) zeitlich begrenzte vertikale Programme mit klaren Strategien zur Vermeidung negativer Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und auf nicht anvisierte Bevölkerungsgruppen und 2) zeitlich unbefristete Programme mit Mechanismen sowohl auf der strategischen als auch der operativen Ebene zur Verstärkung der Verbindungen zwischen den vertikalen und den horizontalen Elementen des Gesundheitssystems.
- Der Grad der Integration wird von der politischen Ökonomie in einem bestimmten Kontext und von den für das Gesundheitssystem relevanten technischen Faktoren maßgeblich bestimmt. Da einer solchen Integration vertikaler Programme oft mächtige wirtschaftliche Interessen entgegenstehen, sollte die Politik geeignete Strategien entwickeln, um solche Widerstände zu überwinden.
- Wo es vertikale Strukturen, Finanzierung und Leistungserbringung gibt, ist die Integration schwierig, und Veränderungen an der Art der Leistungserbringung müssen durch gesetzliche und ordnungspolitische Anpassungen untermauert werden, die die Verwaltung, Organisation und Finanzierung

vertikaler Programme mit den allgemeinen Gesundheitssystemen verbinden sollen.

---

## Kurzfassung

Die Begriffe „vertikal“ und „integriert“ werden im Kontext der Gesundheitsversorgung häufig verwendet, wobei jeder von ihnen ein breites Spektrum von Phänomenen umfasst. In der Praxis ist die Dichotomie zwischen ihnen nicht so starr und der Grad der „Vertikalität“ bzw. Integriertheit von Programm zu Programm unterschiedlich; so gibt es: 1) vertikal finanzierte, verwaltete, durchgeführte und überwachte Programme; 2) Programme mit integrierter Finanzierung, Organisation und Verwaltung, jedoch mit separater Leistungserbringung; und 3) vollständig integrierte Konzepte, die eine umfassende primäre Gesundheitsversorgung beinhalten. Die meisten Gesundheitsdienste weisen sowohl vertikale als auch integrierte Elemente auf, doch die Gewichtung dieser Elemente innerhalb der Programme ist sehr unterschiedlich. Deshalb muss bei der vertikalen bzw. horizontalen Programmgestaltung Klarheit darüber herrschen, auf welches Programmelement Bezug genommen wird: 1) Verwaltungsmodalitäten, 2) Organisation, 3) Finanzierung oder 4) Leistungserbringung.

Die Diskussion über die komparative Effektivität von vertikalen gegenüber stärker systembezogenen Konzepten begann schon in den 1960er Jahren; Höhepunkte erreichte das Interesse an der Thematik jeweils aufgrund konkreter Veranstaltungen oder in Bezug auf bestimmte Themenbereiche, etwa nach der Erklärung von Alma-Ata von 1978<sup>1</sup>, in den 1980er Jahren nach dem Erfolg des Pockenausrottungsprogramms oder mit den im Weltentwicklungsbericht 1993: Investitionen in die Gesundheit vorgeschlagenen „wesentlichen Leistungspaketen“<sup>2</sup>. In jüngerer Zeit wurde die Diskussion aufgrund der Zunahme der Finanzmittel für die gezielte Bekämpfung einiger Krankheiten und für bestimmte Versorgungsleistungen aus Quellen wie dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria sowie der intensiven Anstrengungen der WHO zur Stärkung der Gesundheitssysteme und der primären Gesundheitsversorgung neu belebt. Die Argumente für vertikal organisierte Programme stützen sich im Wesentlichen auf die Annahme, dass die Konzentration auf einige gezielte Interventionen ein effektiverer Weg zur Maximierung der Wirkung und der Ansprechzeit der verfügbaren Ressourcen ist als ein Warten auf Veränderungen im Gesundheitssystem. Bei den Argumenten gegen vertikale

---

1 *Erklärung von Alma-Ata*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1978 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_1](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1), eingesehen am 1. Mai 2008).

2 *Weltentwicklungsbericht 1993: Investitionen in die Gesundheit*. Washington, DC, Weltbank, 1993 ([http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265\\_3970716142319](http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265_3970716142319), eingesehen am 1. Mai 2008).

Programme steht meist die Behauptung im Vordergrund, dass diese durch Wertvorstellungen bestimmt seien, oft nur eine geringe Chance auf Nachhaltigkeit böten und negative Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme und auf nicht anvisierte Bevölkerungsgruppen hätten.

Trotz weit reichender Diskussionen über die letzten fünf Jahrzehnte liegen nur begrenzte Erkenntnisse über die relativen Vorteile einer vertikalen gegenüber einer integrierten Leistungserbringung vor. Ein Großteil stammt aus Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen und lässt keine klaren Rückschlüsse darauf zu, wann vertikale Konzepte sinnvoll sind. Dennoch deuten die begrenzten Erkenntnisse darauf hin, dass horizontale oder integrierte Konzepte im Vergleich zu vertikalen Konzepten in bestimmten Bereichen wie HIV und psychische Gesundheit sowie bei einigen übertragbaren Krankheiten zu besseren Ergebnissen führen. In einigen Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region der WHO haben offenbar vertikal organisierte Programme eine effektive Bekämpfung von HIV, Tuberkulose, Substanzmissbrauch und psychischen Gesundheitsproblemen beeinträchtigt. Unter anderen Rahmenbedingungen haben sie zu Überschneidungen im Leistungsangebot und zu hohen Opportunitätskosten für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft insgesamt geführt und eine effektive Nutzung der Ressourcen erschwert. Gleichzeitig lassen die begrenzten Erkenntnisse vermuten, dass die vertikalen Programme positive Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme haben können, indem die Überwachungssysteme gestärkt und die Qualitätskontrollen in Labors verbessert werden und indem Führungskompetenz gefördert und die Abstimmung mit den Geldgebern verbessert wird. So können sie sinnvoll sein, wenn eine schnelle Reaktion erforderlich ist, oder als vorläufige Maßnahme, wenn ein Gesundheitssystem und seine primäre Gesundheitsversorgung zu schwach sind, oder um den Bedürfnissen von schwer zu erreichenden Bevölkerungsgruppen gerecht zu werden.

Bei ihren Bemühungen um eine optimale Nutzung vertikaler Programme können die Entscheidungsträger zwischen zwei Konzepten wählen: zeitlich begrenzte vertikale Programme und unbefristete Programme. Ist die Frage der Laufzeit geklärt, so bieten beide Ansätze jeweils mehrere konkretere Grundsatzoptionen, die gezielt ausgestaltet werden können. Bei den zeitlich begrenzten vertikalen Programmen müssen klare Strategien zur Vermeidung negativer Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und auf nicht anvisierte Bevölkerungsgruppen entwickelt werden; dazu gehören Pläne, die Wege zur Eingliederung der vertikalen Gesundheitsprogramme in den Kernbereich der Gesundheitsversorgung aufzeigen. Aus diesen Strategien sollte auch konkret ersichtlich sein, wie die vertikalen Programme zur Stärkung der Gesundheitssysteme und insbesondere der primären Gesundheitsversorgung herangezogen werden können. Trotzdem ist eine solche Eingliederung in vielen Situationen nicht möglich, so dass vertikale Programme auf unbestimmte Dauer fortbestehen müssen. Für solche

Programme sollten auf der strategischen und operativen Ebene Mechanismen existieren, die die Verknüpfungen zwischen den vertikalen und den horizontalen Elementen des Systems erweitern.

Auf der strukturellen Ebene wären dies: 1) gemeinsame Verwaltungsmodalitäten mit einer starken Steuerungsfunktion über den Überlappungsbereich zwischen vertikalen und horizontalen Programmen; 2) Systeme, die eine gemeinsame Planung, Überwachung und Evaluation mit dem allgemeinen Gesundheitssystem ermöglichen; und 3) Mechanismen, die eine Zusammenführung und gemeinsame Verwaltung der Finanzmittel erlauben. Auf der operativen Ebene wären es folgende Mechanismen: 1) Durchführung vertikaler Programme durch Anbieterstrukturen, die für die Erbringung allgemeiner Gesundheitsleistungen verwendet werden; 2) Aufbau klarer Mechanismen für einen kontinuierlichen Dialog zwischen den Verantwortlichen für vertikale und horizontale Programme; und 3) gemeinsame Entwicklung und Nutzung von Leitlinien für Kliniker.

In der Praxis dürften der Grad der Integration und damit die letztendliche Lösung von der Art der vorliegenden Erkenntnisse, der politischen Ökonomie in einem bestimmten Kontext und den auf das Gesundheitssystem bezogenen technischen Faktoren, aber auch vom politischen Gewicht der zuständigen Entscheidungsträger abhängen. Da einer solchen Integration vertikaler Programme oft mächtige wirtschaftliche Interessen entgegenstehen, sollte die Politik Strategien entwickeln, um solche Widerstände zu überwinden. Vertikale Strukturen, Finanzierung und Leistungserbringung erschweren die Integration, und Veränderungen an der Art der Leistungserbringung müssen durch gesetzliche und ordnungspolitische Anpassungen untermauert werden, die die Verwaltung, Organisation und Finanzierung vertikaler Programme mit den allgemeinen Gesundheitssystemen verbinden sollen. Diese gesetzlichen und ordnungspolitischen Veränderungen sollten auch das Fundament für die Verwaltungsmodalitäten bilden, die eine Integration fördern, die Zusammenführung von Finanzmitteln für verschiedene Programme ermöglichen und ein Umfeld schaffen, das der strukturellen und operativen Integration zuträglich ist, bei der nicht das Krankheitsbild an sich, sondern vielmehr die Nutzer der betreffenden Leistungen im Vordergrund stehen.

---



## Grundsatzpapier

### Das Thema

Nur wenige Sachfragen hinsichtlich der Organisation der Gesundheitssysteme und der Gesundheitsversorgung erregen so viel Aufmerksamkeit wie die Diskussion über vertikale und integrierte Gesundheitsprogramme. In der Literatur wird seit den 1960er Jahren hauptsächlich die Effektivität von vertikalen (krankheits- oder leistungsspezifischen) Konzepten mit der systembezogener Konzepte verglichen, und beide Ansätze wurden seitdem sowohl in Ländern mit niedrigem und mittlerem als auch in Ländern mit hohem Einkommen auf breiter Ebene umgesetzt. Bei vertikalen Konzepten (die auch als eigenständige Programme oder als Krankheitsbewältigungs- oder Krankheitsbekämpfungsprogramme bezeichnet werden) werden Interventionen durch Leistungssysteme bereitgestellt, die meist über eine eigene Verwaltung und ein eigenes Budget verfügen und deren strukturelle, finanzielle und operative Verflechtung mit dem allgemeinen Gesundheitssystem unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. Beim integrierten Modell (auch als horizontale Konzepte oder Programme bezeichnet) dagegen werden die Dienste nicht gesondert verwaltet oder finanziert; vielmehr werden die Leistungen meist durch Gesundheitseinrichtungen erbracht, die für routinemäßige oder allgemeine Gesundheitsleistungen zuständig sind.

In vielen Ländern haben sich die vertikalen Programme schon mehrfach als erfolgreich erwiesen, etwa bei der Ausrottung der Pocken und der Reduzierung der Zahl der von durch Impfung vermeidbare Krankheiten verursachten Todesfälle und Erkrankungen. Doch neben diesen Erfolgen hat die nur begrenzte Verflechtung dieser vertikalen Programme mit dem allgemeinen Gesundheitssystem in manchen Ländern zu Überschneidungen im Leistungsangebot, zu mangelnder Effizienz bei der Versorgung und zu einer Zersplitterung des Gesundheitssystems (1) geführt und gilt als Ursache dafür, dass eine Ausrottung der Malaria bisher nicht gelungen ist (Kasten 1).

#### **Kasten 1: Manchmal funktionieren vertikale Konzepte, manchmal nicht**

Die Eradikation der Pocken ist das am häufigsten zitierte Beispiel für den Erfolg eines vertikalen Programms, durch das das Funktionieren des Gesundheitssystems nicht beeinträchtigt wurde (2).

Es wird vielfach die Ansicht vertreten, dass das Programm zur Ausrottung der Malaria sein Ziel einer weltweiten Eradikation der Krankheit deshalb verfehlte, weil die aktive Fallüberwachung nicht in die allgemeine Gesundheitsversorgung integriert war (3), und dass Programme zur Bekämpfung von Malaria fester Bestandteil der primären Gesundheitsversorgung sein sollten (4).

Generell wird der Ruf nach einer integrierten Leistungserbringung immer lauter, wobei jedoch unter diesem Begriff sehr unterschiedliche Dinge verstanden werden. Darüber hinaus sind in Wirklichkeit nur wenige Programme vollständig vertikal organisiert. Die meisten Gesundheitsdienste weisen sowohl vertikale als auch integrierte Elemente auf, wenn auch in unterschiedlichem Maße. Warum also wird diese Thematik jetzt wieder diskutiert? In den vergangenen Jahren hat die beträchtliche Aufstockung der Finanzmittel für bestimmte Krankheitsbekämpfungsprogramme und Dienste durch Akteure wie den Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und die GAVI-Allianz (früher „Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung“) die Debatte über vertikale und horizontale Programme erneut entfacht (5). Überdies wächst die Einsicht, dass vertikale Programme nur mit starken Gesundheitssystemen ihre Ziele erreichen können (6). Die WHO hat erkannt, dass die Probleme der vertikalen Programme weniger auf ihre inhaltliche Ausrichtung als vielmehr auf die Defizite in den Gesundheitssystemen zurückzuführen sind (7), und hat daher zu einer Stärkung der Gesundheitssysteme als notwendigem Ausgangspunkt für eine erfolgreiche Ausweitung der Programme zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten aufgerufen (8).

Ein weiterer wesentlicher Grund für die Rückkehr vertikaler Programme liegt darin, dass das allgemeine Gesundheitswesen in Ländern mit niedrigem Einkommen es oft versäumt, prioritäre Interventionen bereitzustellen, und so viele multilaterale Organisationen, bilaterale internationale Organisationen, neue globale Partnerschaften (wie den Globalen Fonds) und gemeinnützige Organisationen dazu veranlassen, in krankheitsspezifische Gesundheitsprogramme zu investieren. Die von den Vereinten Nationen verabschiedeten Millenniums-Entwicklungsziele, die spezifische und an Bedingungen geknüpfte Indikatoren zu den acht Zielen enthalten, haben Entwicklung und Wachstum vieler vertikaler Programme weiter gefördert. Deshalb ist, um das erneute Interesse an der Debatte über horizontale und vertikale Programme verstehen zu können, auch unverzichtbar, die politische Ökonomie der neuen internationalen Gesundheitsarchitektur, aber auch das Argument bestimmter Geberorganisationen, dass vertikale Konzepte zu effizienteren und zielgenaueren Investitionen ohne Beeinträchtigung der Gesundheitssysteme führen, zu verstehen.

Dieses Grundsatzpapier verfolgt daher drei Ziele und ist dementsprechend gegliedert:

- Erläuterung der Begriffe „vertikale“ und „integrierte“ Programme;
- Bewertung der verfügbaren Erkenntnisse und Lehren darüber, wann vertikale Programme in einem Gesundheitssystem sinnvoll sind; und
- Erläuterung, unter welchen Umständen vertikale Programme in den Gesundheitssystemen empfehlenswert sind, und Hinweis auf die Faktoren,

die die Politik bei der Prüfung der Einführung vertikaler Programme berücksichtigen muss.

Beim Anstreben dieser Ziele ist zu beachten, dass es nur sehr wenig verwertbare Erkenntnisse über die Anwendbarkeit vertikaler Programme gibt. Eine wesentliche Frage bei dieser Thematik besteht nicht darin, ob ein vertikales Programm eine effektive Versorgung sicherstellen kann (dies wäre eher eine Fragestellung für eine Evaluation), sondern vielmehr darin, wann vertikale Programme in Gesundheitssystemen sinnvoll sind. Da dies schwierige und komplexe Fragestellungen sind, für die klare und belastbare Evidenz gewonnen werden muss, wird in diesem Papier der Versuch unternommen, mit Hilfe einer breiten Vielfalt an Material einige vorläufige Empfehlungen für politische Entscheidungsträger, die sich mit der Thematik befassen, herauszuarbeiten. Vor diesem Hintergrund ist dieses Grundsatzpapier vor allem für Politiker in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen, in denen die Gesundheitssysteme zahlreiche vertikale Merkmale aufweisen, sowie für Vertreter von Geberorganisationen aus wohlhabenderen Ländern von Interesse.

Es befasst sich auch mit der Umsetzung von Gesundheitsprogrammen auf nationaler, subnationaler oder Programmebene, jedoch nicht mit Interventionen außerhalb des Gesundheitssektors. Vertikale globale Hilfsinitiativen und die weltweite Hilfsarchitektur werden zwar erwähnt, doch gehören sie nicht zum Gegenstand dieses Grundsatzpapiers.

### **Worin unterscheiden sich vertikale von horizontalen Programmen?**

Für die Begriffe „vertikal“ und „integriert“ gibt es keine allgemein anerkannte Definition (s. Kasten 2). Für die Zwecke dieses Grundsatzpapiers werden sie jedoch folgendermaßen definiert: Vertikale Programme werden so genannt, weil sie vollständig oder größtenteils von einem spezialisierten Gesundheitsdienst mit entsprechend geschulten Fachkräften gesteuert, überwacht und durchgeführt werden (9). Dagegen ist ein integriertes Programm der Prozess der Zusammenarbeit gemeinsamer Funktionen innerhalb von bzw. zwischen Organisationen mit dem Ziel, gemeinsame Probleme zu lösen, ein Bekenntnis zu einer gemeinsamen Vision und gemeinsamen Zielen zu entwickeln und gemeinsam Technologien und Ressourcen zur Erreichung dieser Ziele einzusetzen (10).

In der Praxis können vertikale Programme in äußerst unterschiedlicher Form auftreten. So können sie beispielsweise nach der Art der zu erbringenden Dienstleistung (z. B. ein eigenständiges Programm für die Bereiche Reproduktionsgesundheit und sexuell übertragene Infektionen oder für psychische Gesundheit), nach der Zielgruppe in der Bevölkerung (etwa bei Programmen für Prostituierte, Strafgefangene oder intravenöse Drogenkonsumenten) oder anhand beider Kriterien (z. B. Programm zur Förderung der sexuellen Gesundheit von Prostituierten) definiert werden.

## Kasten 2: Definitionen

Vertikale Programme (auch als eigenständige Programme oder als „vertikale Konzepte“ bezeichnet) betreffen Fälle, in denen die Lösung eines bestimmten Gesundheitsproblems durch Anwendung spezifischer Maßnahmen im Rahmen einer „Einzweck-Maschine“ angestrebt wird (1).

Dagegen wird bei integrierten Programmen (auch als horizontale Programme, integrierte Gesundheitsversorgung oder horizontale Konzepte bezeichnet) angestrebt, die Gesundheitsprobleme insgesamt auf breiter Ebene und auf lange Sicht durch Schaffung eines Systems dauerhafter Institutionen unter der Bezeichnung „allgemeines Gesundheitswesen“ zu bewältigen (1); solche Programme weisen eine Vielzahl unternehmerischer oder operativer Veränderungen an den Gesundheitssystemen auf und vereinen in sich Inputs, Leistungserbringung, Management und Organisation hinsichtlich bestimmter Dienstleistungsfunktionen (11) oder werden als ein Prozess beschrieben, bei dem Krankheitsbekämpfungsmaßnahmen mit einer multifunktionalen Gesundheitsversorgung zusammengelegt oder eng abgestimmt werden (12).

In vielen Ländern werden eine Reihe von vertikalen Programmen gebündelt, um eine vorher festgelegte Zahl von Krankheiten zu bekämpfen, deren Prävention in einer klar definierten Bevölkerungsgruppe angestrebt wird (13), und die zusammen als ein Paket im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung angeboten werden. Beispiele hierfür sind Leistungspakete wie die IMCI-Strategie der WHO (integriertes Management von Kinderkrankheiten) (14) oder Schadensbegrenzungsprogramme für HIV, wo die Leistungen vertikal innerhalb der oder parallel zur allgemeinen Gesundheitsversorgung erbracht werden. In anderen Fällen geht diese Bündelung einen Schritt weiter; ein solcher Ansatz wird auch als selektive primäre Gesundheitsversorgung (oder minimales Leistungsangebot) bezeichnet (15), die die kosteneffektivsten medizinischen Interventionen umfasst und sie vertikal als Paket anbietet.

Darüber hinaus unterscheiden sich die Programme in hohem Maße hinsichtlich der Art und des Grades der Vertikalität. Die Führung, Finanzierung und Umsetzung eines Programms kann in eigenständiger Weise erfolgen. Beispielsweise haben in vielen Ländern der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten die Tuberkulose-Kliniken zweckgebundene Etats mit nur geringer Flexibilität und separaten Verwaltungs- und Dienstleistungsstrukturen (16). Andere Programme sind in mancher Hinsicht eigenständig, in anderer nicht. So sind in vielen Ländern die Impfsysteme einer gesonderten Verwaltungsstelle innerhalb der Gesundheitsministerien unterstellt und verfügen über ihre eigenen Finanzierungskanäle, bei denen sie sich weitgehend durch Spendengelder finanzieren. Dennoch werden sie über dasselbe Netz von Leistungsanbietern erbracht wie die meisten anderen Gesundheitsleistungen. In anderen Fällen werden die Impfdienste aus demselben Etat finanziert und durch dieselben Gesundheitseinrichtungen erbracht und verfügen über ähnliche Verwaltungsstrukturen, weisen aber dennoch ein vertikales Element auf und werden als spezialisierte

Leistungen von spezialisierten Teams zu bestimmten Zeiten (z. B. nur einmal wöchentlich) angeboten.

Die Integration solcher Leistungen kann bedeuten, dass sie auf breiterer Ebene bereitgestellt bzw. mit anderen Diensten verknüpft werden müssen. Diese Art der Integration von Leistungen kann beispielsweise bedeuten, dass Mütter bei Kinderimpfterminen in Bezug auf Familienplanung beraten werden oder dass – wie bei der IMCI-Strategie – eine Reihe von Behandlungen für verschiedene Kinderkrankheiten unter einem Behandlungsprotokoll zusammengefasst werden. In diesem Fall hat die Integration von Programmen nicht eine Zusammenlegung ihrer Finanzmittel oder eine Veränderung hinsichtlich der Einrichtungen, durch die sie erbracht werden, zur Folge. Stattdessen macht sie eine Prüfung der Modalitäten der Leistungserbringung innerhalb einer Gesundheitseinrichtung (Anwendung von Behandlungsprotokollen und Zeiten der Leistungserbringung) und die Bestimmung etwaiger Verbesserungsmöglichkeiten erforderlich.

In der Europäischen Region der WHO gibt es interessante Fälle, in denen bestimmte Angebote teilweise horizontal, teilweise vertikal organisiert sind, wobei manchmal gemeinsame Finanzierungs- und unterschiedliche Leistungserbringungsmechanismen vorhanden sind. So verfügen z. B. viele Länder im östlichen Teil der Europäischen Region über sanitär-epidemiologische Systeme, und die Gesundheitsdienste in den Niederlanden sind vertikal organisiert und von der primären Gesundheitsversorgung weitgehend getrennt.

Der Grad der Vertikalität ist von Programm zu Programm verschieden. Oliviera-Cruz et al. (17) sind der Ansicht, dass die Dichotomie zwischen vertikal und horizontal in der Praxis nicht so starr verläuft wie sie in der Theorie vielleicht aussieht. Vielmehr besteht nach ihrer Ansicht statt einer tiefen Kluft zwischen vertikal und horizontal ein Kontinuum, das von einem vertikal verwalteten und durchgeführten Programm wie der Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung über das Erweiterte Impfprogramm und die IMCI-Strategie bis zu einem vollständig integrierten Leistungskonzept wie der primären Gesundheitsversorgung reicht (17). Cairncross et al. (18) teilen diese Auffassung und merken an, dass die Weltweite Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung stärker vertikal strukturiert ist als das Erweiterte Impfprogramm, das wiederum als Mitglied einer Familie von Interventionen im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung angesehen werden kann.

Bei der Diskussion über vertikale und horizontale Anordnung und über Programmgestaltung muss man beachten, um welches Programmelement es sich jeweils handelt: 1) Verwaltungsmodalitäten, 2) Organisation, 3) Finanzierung oder 4) Leistungserbringung.

## Vertikale Programme – Das Für und Wider

In diesem Abschnitt werden die allgemein anerkannten Argumente für und gegen vertikale und horizontale Programme vorgestellt, anschließend folgt eine in zwei Teile gegliederte Zusammenfassung der vorliegenden Forschungserkenntnisse.

- Den ersten Teil bilden die systematischen Übersichtsarbeiten (die die Kriterien von Cochrane erfüllen und zu denen normalerweise randomisierte kontrollierte Studien, unterbrochene Zeitreihen und kontrollierte Vorher-Nachher-Studien gehören) und breiter angelegte Literatursichtungen, die nicht den Cochrane-Kriterien entsprechen.
- Den zweiten Teil bilden die Ergebnisse einer eigens für dieses Grundsatzpapier durchgeführten Schnelluntersuchung mit folgenden Schwerpunkten: 1) übertragbare Krankheiten; 2) psychische Gesundheit; und 3) Impfdienste (einschließlich des Erweiterten Impfprogramms im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung im Vergleich zu vertikal organisierten Massenimpfkampagnen). Die Literatur wurde mit dem Ziel analysiert, in groben Zügen die Vor- und Nachteile integrierter Programme und horizontaler Konzepte im Vergleich mit vertikalen Konzepten zu bewerten.

Die im Rahmen dieses Grundsatzpapiers vorgestellten Ergebnisse stammen aus einem breiten Spektrum verschiedener Studien und ergeben sich nicht nur aus der durch systematische Übersichtsarbeiten gewonnenen Evidenz. Dies geschah aus folgenden Gründen:

- Nur relativ wenige Studien befassen sich wirklich systematisch mit der Wirkung von Maßnahmen zur Veränderung der vertikalen oder horizontalen Ausrichtung eines Gesundheitsprogramms, und nur in einer systematischen Übersichtsarbeit wird die diesbezügliche Evidenz zusammengefasst; darin wurden ausschließlich integrierte Programme in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen untersucht, und auch ansonsten hatte die Studie eine engere inhaltliche Ausrichtung als unser Grundsatzpapier.
- Obwohl randomisierte kontrollierte Studien oder systematische Übersichtsarbeiten zu solchen Studien wohl der ideale Weg zur Bewertung der Wirkung von Interventionen sind, ist die Art der Intervention (wie vertikal bzw. horizontal ist das Programm organisiert?) doch sehr uneinheitlich, und es lohnt sich, solche Unterschiede zu beschreiben.
- Viele Fragen betreffen den Prozess und die politische Ökonomie von Reformen – Themen, die in hohem Maße kontextspezifisch sind und die sich im Rahmen systematischer Übersichtsarbeiten oder von Wirkungsstudien meist nicht gut untersuchen lassen.

Neben den streng systematischen Übersichtsarbeiten berücksichtigen wir deshalb auch unkontrollierte Vorher-Nachher-Untersuchungen, natürliche Experimente, ökonomische Evaluationen, qualitative Fallstudien und andere relevante Forschungsarbeiten, die wertvolle Informationen über die Vor- und Nachteile von vertikalen und horizontalen Programmen liefern können.

### ***Argumente für vertikale Programme***

#### *Größere Spezialisierung und Konzentration des Leistungsangebots*

Die wichtigste Existenzberechtigung für vertikale Programme ergibt sich aus der Annahme, dass eine Konzentration auf einige gezielte Interventionen ein effektiver Weg zur Maximierung der Wirkung und der Ansprechzeit der verfügbaren Ressourcen ist. Ein Warten auf Veränderungen im Gesundheitssystem, durch die ein höheres Leistungsniveau (etwa in den Bereichen Fachkräfteausbildung und effiziente Versorgungssysteme) aufrechterhalten werden kann, wäre in vielen Fällen schlichtweg unakzeptabel. Aus diesem Blickwinkel hätte der Ruf nach systembezogenen oder faktorübergreifenden Konzepten nur unnötige Verzögerungen bei der Erreichung der erwünschten Ergebnisse zur Folge.

#### *Schärferes Profil für Krankheiten bzw. Leistungen mit hoher Prioritätsstufe*

Die Unterstützung, die das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) mit seinen Partnerorganisationen in den 1980er und 1990er Jahren für allgemeine Impfungen im Kindesalter mobilisierte, konnte in jüngerer Zeit auch für die Bereiche HIV, Tuberkulose und Malaria gewonnen werden; den Höhepunkt bildeten die Schaffung des Globalen Fonds und eine Reihe von krankheits-spezifischen Initiativen wie der Partnerschaft zur Zurückdrängung der Malaria sowie Initiativen für vernachlässigte Krankheiten wie die Schistosomiasis.

#### *Verbesserung der Rechenschaftsablage*

Bei vertikalen Programmen ist die Frage geklärt, wer für welche Leistungen verantwortlich ist und welches Budget ihm dazu zur Verfügung steht. So entsteht eine Transparenz, die der Rechenschaftsablage zuträglich ist. Transparentere Verwaltungsverfahren und klarere Zuständigkeiten kommen bilateralen und internationalen Organisationen, die der Öffentlichkeit gegenüber rechenschaftspflichtig sind, entgegen.

#### *Schnellere Ergebnisse in schwachen Gesundheitssystemen*

Vertikale Programme dürften eher zu schnellen Ergebnissen führen als Strategien, die breiter angelegte Systeme als Plattform für die Leistungserbringung stärken wollen; dies gilt vor allem für schwache Gesundheitssysteme. Obwohl effektive gesundheitspolitische Interventionen, wenn sie mittel- und langfristig aufrechterhalten werden sollen, auf starke Gesundheitssysteme und insbesondere eine stärkere primäre Gesundheitsversorgung angewiesen sind, können zeitlich

befristete Programme mit konzentrierten Anstrengungen zur Vermeidung negativer Auswirkungen durchaus von Nutzen sein.

### *Bessere Chance auf Erfolg in schwachen Staaten*

In schwachen oder konfliktgeschüttelten Staaten, in denen die Gesundheitssysteme bereits marode sind, stellen vertikale Gesundheitsprogramme u. U. die einzige Möglichkeit dar, zumindest eine Reihe von als vorrangig eingestuften Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

### **Argumente gegen vertikale Programme**

#### *Orientierung an Wertvorstellungen*

Vertikale Programme werden oft für ihre Orientierung an Wertvorstellungen (19), für ihre fehlende empirische Grundlage (20) und für ihre übersteigerte Fixierung auf Effizienzgewinne (21) kritisiert. Viele vertikale Programme werden von externen Kräften gesteuert und verfolgen einen Top-down-Ansatz; beides hat eine unzureichende Einbindung der örtlichen Bevölkerung bei der Planung wie auch der Umsetzung zur Folge. So kann eine Verzerrung der Prioritäten entstehen und die lokale Kontrolle über die Gesundheitsversorgung und deren Bedarfsgerechtigkeit gegenüber den Anforderungen der Leistungsnutzer untergraben werden.

#### *Negative Auswirkungen*

Viele Kritiker sind der Ansicht, dass vertikale Programme negative Auswirkungen auf nicht beteiligte oder nicht anvisierte Bevölkerungsgruppen haben. Insbesondere werden vertikale Programme dafür kritisiert, dass sie zu einer Zersplitterung der Gesundheitsversorgung führen, den Zugang erschweren, Ressourcenverschwendung und Ineffizienz zur Folge haben, eine klinische, soziale und kulturelle Latrogenese fördern (22) und für die Mehrheit der Bevölkerung Krankheitsprävention sowie den Zugang zur allgemeinen Gesundheitsversorgung beeinträchtigen (23). Hier ist der Hinweis wichtig, dass solche Diskussionen sich primär mit den negativen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem und die nicht Beteiligten und nicht mit dem letztendlichen Nettoeffekt für das Gesundheitssystem und die Bevölkerung insgesamt befassen.

#### *Geringere Chance auf Nachhaltigkeit*

Es wird häufig behauptet, in vertikalen Programmen würden Ressourcen verschwendet, da sie Doppelarbeit und Ineffizienz förderten und oft zu einer Überlastung der Mitarbeiter führten, etwa durch eine Vielzahl von Berichtspflichten. Durch Schaffung nicht zu rechtfertigender Unterschiede in Bezug auf Bezahlung und Status, die zu Unzufriedenheit beim Gesundheitspersonal führen, und durch Verbrauch knapper Ressourcen, die anderswo sinnvoller eingesetzt werden könnten, verringern sie die Effektivität des Gesundheits-



systems, während gleichzeitig die Chancen auf Nachhaltigkeit nach Versiegen der zusätzlichen externen Geldquellen sinken (24).

#### *Gruppen, die eine Reformierung des Gesundheitssystems ablehnen*

Vertikale Programme können zur Bildung starker Interessengruppen führen, die einer späteren Reform mit dem Ziel ihrer Eingliederung entgegenwirken können, wenn dies den persönlichen Interessen der betroffenen Akteure in dem vertikalen Programm nicht dienlich erscheint.

#### *Behinderung umfassender Konzepte*

Vertikale Programme behindern die Entwicklung umfassender Konzepte, wie sie für den Abbau sozialer Benachteiligungen und die Bewältigung der Determinanten von Gesundheit im weiteren Sinne benötigt werden (25) – und wirken sich damit negativ auf den gesundheitspolitischen Entwicklungsprozess aus (26).

#### *Auf Krankheiten zugeschnitten und nicht auf Patientenbedürfnisse*

Vertikale Programme sind aufgrund ihres Charakters meist zuverlässig, wenn die Gesundheitsprobleme, die mit ihrer Hilfe bewältigt werden sollen, eine einzelne konkrete Ursache haben, und weniger wirksam im Hinblick auf Gesundheitsprobleme, die auf einer Vielzahl von Ursachen oder auf einer Komorbidität beruhen, etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Tuberkulose, HIV und Behinderungen. Dies ist ein wesentliches Defizit, da die einseitige Ausrichtung auf eine Krankheit die Einstellung auf die Bedürfnisse der Patienten sowie die Kontinuität der Versorgung beeinträchtigt; schließlich können Menschen, die unter Mehrfacherkrankungen leiden oder einer Vielzahl von Risikofaktoren ausgesetzt sind (etwa eine HIV-positive intravenöse Drogenkonsumentin mit Tuberkulose, die als Prostituierte arbeitet), an einem bestimmten Ort oder zu einer bestimmten Zeit nicht die volle Bandbreite an Leistungen in Anspruch nehmen. So müssten sie beispielsweise in manchen Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region für eine wirksame Behandlung und Prävention eine Tuberkuloseklinik, eine HIV-Klinik, eine Drogenklinik und eine Anlaufstelle für sexuell übertragbare Krankheiten aufsuchen – ein ziemlich komplexes Unterfangen. Somit können vertikale Programme also keine Ergebnisse erzielen, ohne andere Bereiche des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen – ein gewichtiges Argument gegen die Vertikalität. Es ist vielleicht nicht überraschend, dass die 13 Länder mit den weltweit höchsten Raten an multiresistenter Tuberkulose allesamt der Europäischen Region der WHO angehören (27).

### **Überblick über einschlägige Forschungsergebnisse**

Wir haben vier Übersichtsarbeiten identifiziert, in denen die Evidenz zur Effektivität horizontaler und vertikaler Programme untersucht wird. Dabei handelte es sich nur in einem Fall um eine systematische Übersichtsarbeit (11),

während die anderen Arbeiten von Mills (9), Unger et al. (12) und Oliviera-Cruz et al. (17) Studien analysieren, die mit einer großen Bandbreite verschiedener Forschungsmethoden durchgeführt wurden.

In ihrer systematischen Übersichtsarbeit nannten Briggs & Garner (11) nur fünf veröffentlichte Studien von angemessener Qualität, die den Cochrane-Kriterien gerecht wurden und in denen eine integrierte Versorgung evaluiert wurde. In diesen Studien wurden drei Arten von Vergleichen erstellt: 1) Integration der Versorgung durch Ergänzung eines bereits bestehenden Angebots durch eine weitere Leistung (Mütter wurden in einer Impfklinik ermutigt, sich in Bezug auf Familienplanung beraten zu lassen); 2) integrierte Angebote oder separate spezialisierte Angebote (Bereitstellung von medizinischer Versorgung bei sexuell übertragbaren Infektionen für Prostituierte in einer „normalen“ (integrierten) Klinik, in einer Nachtambulanz oder durch eine „spezielles“ (vertikales) Team; und Angebot von Familienplanungsberatung in einem Zentrum für Mütter- und Kindergesundheit oder separat in einer anderen Klinik); 3) Angebot von Paketen für eine erweiterte gesundheitliche Versorgung von Kindern (IMCI-Strategie) anstatt der vorher üblichen Routineversorgung. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass es in den Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen keine eindeutigen Anhaltspunkte dafür gebe, dass die Eingliederung vertikaler Programme in die primäre Gesundheitsversorgung zu einer Verbesserung der Leistungserbringung oder des Gesundheitszustands der Bevölkerung führe.

In ihrer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 1983 (9) konzentrierte sich Mills auf Afrika und analysierte die Evidenz unter ökonomischen Gesichtspunkten. Wenn auch in der Übersichtsarbeit ein Mangel an einschlägigen Erkenntnissen festgestellt und die Durchführung von Studien gefordert wird, die belastbarere Informationen zu Kosten und Kosteneffektivität dieser Programme ergeben, so steht am Schluss doch das Fazit, dass bestimmte Eigenschaften vertikaler Programme (z. B. Festlegung von Zielen, klare Planung, gut definierte Verfahren, zielgerichtete Maßnahmen und gezielte Überwachungs- und Evaluationsysteme) Effizienzgewinne ermöglichen. Umgekehrt werden integrierte Dienste durch den häufigen Mangel an Ressourcen (Fachkräfte, Finanzmittel, Geräte und Arzneimittel), die unzureichende Schulung des Gesundheitspersonals und generell schwache Kontrollen in ihrer Effizienz und Wirksamkeit beeinträchtigt.

In der Studie von Oliviera-Cruz et al. (17) werden die relativen Vorteile der vertikalen und der horizontalen Strukturen sowie die Auswirkungen vertikaler Programme auf die Gesundheitssysteme untersucht. Die Autoren präsentieren Evidenz und Argumente dafür, dass horizontale Programme einen ganzheitlicheren Ansatz in der Gesundheitsversorgung begünstigen, bei dem die Planung der Versorgung besser auf die Bedürfnisse vor Ort abgestimmt ist, und sprechen sich für die Bereitstellung eines breiten Spektrums von Leistungen nach Maßgabe nationaler Handlungskonzepte und lokaler Anforderungen aus (28). Gleichzeitig

wird aber auch die Kritik an horizontalen Programmen hervorgehoben, wonach diese die Effizienz und Wirksamkeit der auf schnelle Ergebnisse ausgerichteten vertikalen Programme untergraben.

Der Nutzen vertikaler Programme wird auf das Vorhandensein klarer Ziele und Pläne mit kurzen Zeitrahmen (9) zurückgeführt, die für zielgerichtete Anstrengungen zur Bewältigung eines Gesundheitsproblems innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums geeignet sind (29). Nach den in der Übersichtsarbeit von Oliviera-Cruz et al. (17) rezensierten Artikeln werden vertikale Programme als besonders geeignet angesehen, wenn die Leistungskapazitäten gering und die Interventionen komplex sind und von Routinemaßnahmen abweichen (18). Die Autoren erläutern die Kritik an vertikalen Programmen, wonach diese parallele Strukturen für die Leistungserbringung schaffen, Fachkräfte aus der allgemeinen Gesundheitsversorgung abziehen, keine Stärkung der Gesundheitssysteme bewirken (30), zu Doppelarbeit führen und Fachkräfte von ihren Routineaufgaben ablenken (31), die Eigenständigkeit der betroffenen Gemeinschaften nicht fördern (32) und erheblich Gefahr laufen, nach Rückzug von Geldgebern ihre Nachhaltigkeit einzubüßen (33). In Tabelle 1 geben die Autoren einen Überblick über die positiven und negativen Auswirkungen vertikaler Programme auf drei Ebenen (Bevölkerung und Haushalt, Erbringung von Gesundheitsleistungen und Gesundheitspolitik und strategisches Management) und schließen aufgrund der Prüfung der sehr begrenzten Erkenntnisse, dass vertikale Programme insgesamt eher eine Stärkung als eine Schwächung der Gesundheitssysteme bewirken.

Die Autoren weisen auf Bedenken hin, dass die Integration vertikaler Programme in die allgemeine Gesundheitsversorgung die Chancen einer Erreichung der Programmziele beeinträchtigen könnte (37), verweisen aber auch auf Beispiele für eine gelungene Integration mit positiven gesundheitlichen Auswirkungen, etwa die Eingliederung der Schistosomiasis-Programme in die primäre Gesundheitsversorgung in Saudi Arabien (38) und Brasilien (39), die zu einer wirksamen Bekämpfung der Epidemie führten, und die effektive Integration eines Tuberkuloseprogramms in die kommunalen Gesundheitssysteme in Südafrika (40).

Die vierte Übersichtsarbeit von Unger et al. (12) befasste sich mit der Frage, wie Programme umgesetzt werden müssen, um die Gesundheitssysteme zu stärken, sowie mit der Frage, ob eine Integration von Krankheitsbekämpfungsmaßnahmen die Erbringung von Gesundheitsleistungen beeinträchtigen kann. Die Autoren entwickeln einen Rahmen für die Kategorisierung von Programmen und unterscheiden dabei zwischen 1) vertikalen Programmen, die in keiner Weise integriert sind, 2) integrierten Programmen mit operativer und administrativer Integration (in das allgemeine Gesundheitswesen) und 3) indirekten Programmen, die operativ integriert, in administrativer Hinsicht

**Tabelle 1: Wirkung vertikaler Programme auf die Gesundheitssysteme**

Ebene	Positive Wirkung	Negative Wirkung
Bevölkerung und Haushalt	<p>Programm zur Eradikation der Drakunkulose (Guineawurm) führte zur Mobilisierung der Bevölkerung, insbesondere der benachteiligten Gruppen, und zur Schaffung eines Überwachungssystems (34)</p> <p>Die Weltweite Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung bemühte sich um Förderung der sozialen Mobilisierung in den Ländern Lateinamerikas mit mittlerem Einkommen (35) und in Indien (36), in denen ein wachsendes Maß an Vertrauen in die Gesundheitssysteme und eine steigende Nachfrage nach ihren Leistungen besteht</p>	<p>Hohe Abbruchrate bei Freiwilligen, begrenzte Einbeziehung des gesellschaftlichen Umfelds bei anderen Gesundheitsproblemen und Ineffizienz aufgrund des Einsatzes ausschließlich an einem Ort tätiger Fachkräfte (36)</p> <p>Problematische Interaktion zwischen dem Erweiterten Impfprogramm und der Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung in Benin und Niger aufgrund mangelnder Mobilisierung der Bevölkerung (36)</p> <p>Konflikte zwischen lokaler Nachfrage und Impfzielen und hohe Opportunitätskosten für Bevölkerung und Gesundheitsdienste (36)</p>
Erbringung von Gesundheitsleistungen	<p>Programm zur Ausrottung der Pocken konnte ohne Aufbau einer parallelen Struktur mit bereits vorhandenen Beschäftigten durchgeführt werden (35)</p> <p>Geografische Kartierung und Nummerierung von Haushalten für regelmäßige Besuche (aus dem Programm zur Ausrottung der Malaria), Organisation und Erbringung effektiver Impfdienste, Aufbau aktiver Kontrollsysteme, Qualitätskontrollen innerhalb von Labornetzen (aus dem Programm zur Ausrottung der Frambösie) (35)</p> <p>Verteilung von Vitamin A während der nationalen Impftage (37)</p>	<p>Ineffizienter Einsatz von Fachkräften, die zum gleichen Zweck mehrere Besuche ansetzen müssen (36)</p>
Gesundheitspolitik und strategisches Management	<p>Stärkung der Management-, Kontroll- und Laborkapazitäten und Förderung von Führungskompetenz (35)</p> <p>Verbesserte Abstimmung mit den Geldgebern (36)</p>	<p>Ineffiziente Verteilung von Ressourcen für die Routineleistungen des Erweiterten Impfprogramms und anderer Dienste (37)</p>

Quelle: Oliviera-Cruz et al. (17).

dagegen vertikal strukturiert und so gestaltet sind, dass administrative Engpässe vermieden werden, und die deshalb von den Geldgebern bevorzugt werden. In dem Artikel werden frühere Studien analysiert, in denen die negativen Effekte integrierter Programme auf die Beschäftigten in der primären Gesundheitsversorgung untersucht werden (41–43), und wird darauf hingewiesen, dass diese Studien sich mit „indirekten Programmen“ und nicht mit integrierten Programmen mit vollständiger operativer und administrativer Integration befassen. Die Autoren empfehlen, mit Ausnahme bestimmter hierfür gänzlich ungeeigneter Programme (etwa für schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen) die Integration vertikaler Programme grundsätzlich von zwei Bedingungen abhängig zu machen: 1) Das Programm sollte in die allgemeine oder hausärztliche Gesundheitsversorgung eingegliedert werden; daher muss das System über gewisse Kapazitäten zur Bereitstellung solcher Leistungen verfügen. 2) Die operative und die administrative Integration sollten gleichzeitig erfolgen. Sie schlagen einen Verhaltenskodex für Maßnahmen der Krankheitsbekämpfung mit folgenden Modalitäten vor: 1) Allgemein sollten die Maßnahmen in Gesundheitszentren angeboten, die eine patientenzentrierte Versorgung anbieten (außer in gewissen, genau definierten Situationen). 2) Außerdem sollten sie in gemeinnützige – und nicht in kommerzielle – Gesundheitseinrichtungen integriert werden, die vom Staat oder von nichtstaatlichen Organisationen betrieben werden. 3) Sie sollten lange im Voraus geplant werden und es sollte geprüft werden, wie sie sich mit den bestehenden Angeboten kombinieren bzw. in diese integrieren lassen. 4) Sie sollten so konzipiert und durchgeführt werden, dass sie der Stärkung der Gesundheitssysteme dienen (12).

## **Integration in drei Programmbereiche: Einige Ergebnisse**

### *Übertragbare Krankheiten*

In der Russischen Föderation konnte anhand verschiedener Fallstudien, die unterschiedliche Ansätze verwendeten, nachgewiesen werden, dass das Fortbestehen der vertikalen Programme für Tuberkulose (44) und Substanzmissbrauch (45) sich negativ auswirkt. Überhaupt scheint in einigen Ländern der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten das Fortbestehen vertikaler Programme für übertragbare Krankheiten die Zersplitterung der Gesundheitssysteme verschärft zu haben, was die Koordinierung der Versorgung besonders erschwert, ohne im Gegenzug Vorteile im Hinblick auf die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu bieten (46). Angesichts der negativen Auswirkungen dieser vertikalen Programme in den Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region ist es nicht verwunderlich, dass diese inzwischen bei HIV und multiresistenter Tuberkulose die sich am schnellsten ausbreitenden Epidemien weltweit haben (47,48).

Integrierte Programme spielen dort, wo eine Vielzahl miteinander verknüpfter Faktoren gleichzeitig im Spiel sind und die Ausbreitung von Epidemien

beeinflussen, eine bedeutende Rolle bei der Bekämpfung der Epidemien übertragbarer Krankheiten. Umfassende Gesundheitskonzepte, die einen ganzheitlichen und sektorübergreifenden Ansatz vertreten, haben deshalb bessere Chancen auf Erfolg als vertikale Programme (49,50). Vieles deutet darauf hin, dass integrierte Programme bei der Bewältigung vernachlässigter Tropenkrankheiten Positives bewirkt haben. So hat beispielsweise die Eingliederung von Maßnahmen zur Bekämpfung der Schistosomiasis in die primäre Gesundheitsversorgung zu positiven Ergebnissen geführt (39,51).

Eine ähnlich positive Wirkung entsteht dort, wo Maßnahmen zur Bekämpfung sexuell übertragbarer Krankheiten in die primäre Gesundheitsversorgung integriert werden. So hat etwa die Aufnahme der Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten in die primäre Gesundheitsversorgung in der Vereinigten Republik Tansania zu einem 40%-igen Rückgang der HIV-Inzidenz und zu einer kosteneffektiven Intervention (52) geführt, die von entscheidender Bedeutung für den Nachweis eines deutlichen Zusammenhangs zwischen sexuell übertragbaren Krankheiten und der HIV-Übertragung war (53). Die Integration von Aufklärungs-, Diagnose- und Behandlungsangeboten bei sexuell übertragbaren Krankheiten in die primäre Gesundheitsversorgung (im Gegensatz zu Spezialkliniken für sexuell übertragbare Krankheiten) hat auch zu einer signifikanten Senkung der Prävalenz sexuell übertragbarer Krankheiten bei Patienten der primären Gesundheitsversorgung sowie zu einer gleichzeitigen Abnahme der Inzidenz von HIV-1 geführt (54). In den Vereinigten Staaten hat eine wachsende Sensibilisierung für die verschiedenen Übertragungsarten von HIV unter Jugendlichen, die Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung aufsuchen, zu einer höheren Wahrscheinlichkeit des Kondomgebrauchs beim Geschlechtsverkehr geführt, während in der Kontrollgruppe seltener Kondome verwendet wurden und eine höhere Inzidenz sexuell übertragbarer Infektionen festzustellen war (55). Ähnlich haben integrierte Beratungsangebote in Bezug auf sexuell übertragbare Krankheiten und HIV im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung in wohlhabenderen Bevölkerungsgruppen gegenüber den zuvor angebotenen Leistungen bei den Patienten zu erheblichen Unterschieden in der Wahrnehmung von Risiken geführt, obwohl hinsichtlich der Ergebnisse keine Unterschiede festzustellen waren (56). Allerdings ist eine solche Integration keineswegs immer von Vorteil. Vielmehr hat sie in einigen Ländern Einbußen bei der Effizienz im Vergleich zu den vertikalen Angeboten in Bezug auf sexuell übertragbare Krankheiten (57), aber auch Überbehandlung (58) zur Folge. Trotz ermutigender Erkenntnisse gibt es in vielen Ländern, die ihre integrierten Angebote in den Bereichen Sexual- und Reproduktionsgesundheit, HIV und Aids ausbauen wollen, beträchtliche politische, finanzielle und verfahrensbedingte Hindernisse (59) sowie Sachzwänge, die auf schwache Gesundheitssysteme und mangelnde Ressourcen zurückzuführen sind (60).

### *Psychische Gesundheit*

Die Integration der psychischen Gesundheitsversorgung in die primäre Gesundheitsversorgung wird in Ländern mit hohem Einkommen stark empfohlen, da dort auf diesen Bereich rund 40% aller Arztbesuche entfallen und körperliche und psychische Gesundheitsprobleme (die häufig gleichzeitig auftreten) deshalb zeitgleich und mit langfristiger Nachbetreuung in Angriff genommen werden können (61).

Die verfügbaren Erkenntnisse aus einkommensstarken Ländern deuten auf den Nutzen von Integrationsmaßnahmen hin, der sich in einer erheblich höheren Nutzung der Angebote, weniger Behandlungen in der Notfallambulanz und einer insgesamt verbesserten körperlichen Gesundheit äußert (62). Diese Ergebnisse treffen auf eine ganze Reihe psychischer Gesundheitsprobleme zu. So wird beispielsweise durch Eingliederung der Therapie von Depressionen in die primäre Gesundheitsversorgung eine Verbesserung der akuten und langfristigen Resultate erreicht (63–68) – und das auf kosteneffektive Weise (69). Ähnlich führt bei Panikstörungen die Eingliederung der entsprechenden Angebote in die primäre Gesundheitsversorgung im Vergleich zu der zuvor üblichen primären Gesundheitsversorgung ohne Integration im Ergebnis zu mehr angstfreien Tagen, ohne dass insgesamt ein signifikanter Kostenanstieg zu verzeichnen ist (70). Eine Integration der Versorgung von Alzheimer-Patienten in die primäre Gesundheitsversorgung ergibt bei den Depressionen keine signifikante Veränderung, hat jedoch eine Verringerung der Belastung der Betreuungspersonen und eine insgesamt verringerte Zahl der Visiten durch Ärzte oder Pflegepersonal zur Folge (71).

In den meisten Ländern im östlichen Teil der Europäischen Region der WHO ist die psychische Gesundheitsversorgung vertikal organisiert und werden vom Gesundheitssystem Barrieren für eine wirksame Leistungserbringung geschaffen (72). Dabei könnte durch die Eingliederung der psychischen Gesundheitsversorgung in das allgemeine Gesundheits- und Sozialwesen der Umgang mit Menschen mit psychischen Störungen verbessert und der dadurch bedingte Bedarf an Krankenhausbetten gesenkt werden (73).

Allerdings kann der Nutzen einer Integration der psychischen Gesundheitsversorgung nicht durch alle einschlägigen Studien bestätigt werden. So ergab beispielsweise eine Studie aus den Vereinigten Staaten, dass eine Erweiterung der fachärztlichen Angebote bei Depressionen eine signifikant stärkere Reduzierung der Schwere der Depressionen bewirkte als eine Integration der Versorgung (74).

### *Erweitertes Impfprogramm*

Das Erweiterte Impfprogramm wurde von der WHO 1974 ins Leben gerufen, um die Mortalität und Morbidität aufgrund durch Impfung vermeidbarer Krankheiten zu senken. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten externe Geldgeber die

meisten Impfprogramme in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen als vertikale Programme (wie das Weltweite Programm zur Ausrottung der Kinderlähmung, Massenimpfkampagnen und Impfkampagnen gegen Kinderlähmung) durchgeführt, wobei weltweit weniger als 5% der Kinder während ihres ersten Lebensjahrs gegen sechs maßgebliche Krankheiten geimpft wurden: Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Poliomyelitis, Masern und Tuberkulose (75). Obwohl das Erweiterte Impfprogramm viele Eigenschaften vertikaler Programme aufweist, ist es weniger vertikal organisiert als die Weltweite Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung, Massenimpfkampagnen und Impfkampagnen gegen Kinderlähmung (17, 18), und es ist in zahlreichen Ländern in die primäre Gesundheitsversorgung integriert worden. Mit dem Konzept des Erweiterten Impfprogramms konnte die Zahl der Impfungen bei Kindern auf jährlich 500 Mio. erhöht und die Inzidenz durch Impfung vermeidbarer Krankheiten entsprechend gesenkt und die Kinderlähmung nahezu ausgerottet werden; gleichzeitig konnte in der WHO-Region Amerika (77), in Abu Dhabi (78), in Indonesien (79), der Ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien (80), in Nigeria (81, 82) und in Sierra Leone (83) die Kinderlähmung fast ausgerottet (76) und ein signifikanter Rückgang der gemeldeten Fallzahlen und Todesfälle erreicht werden, die auf von dem Programm anvisierte Krankheiten zurückzuführen waren.

In Studien, die sich mit der Weltweiten Initiative zur Ausrottung der Kinderlähmung befassten, um ihre Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme insgesamt zu bestimmen, konnten positive Effekte wie Kompetenzbildung durch Schulung von Personal, Investitionen in die Infrastruktur und kapitalintensive Geräte, eine Verbesserung der Beziehungen mit der Bevölkerung insgesamt, ein wachsendes Vertrauen der Bevölkerung in die Gesundheitsversorgung sowie soziale Mobilisierung und sektorübergreifende Zusammenarbeit nachgewiesen werden (1, 84–89).

### **Lehren und grundsätzliche Konsequenzen**

Das Fehlen von Studien, in denen horizontale und vertikale Konzepte miteinander verglichen werden, ist auffallend. Somit ist die Evidenzgrundlage, die die Vorzüge des einen Ansatzes gegenüber dem anderen unter Beweis stellt, begrenzt und wird durch die große Bandbreite an Begriffen, die für die Bezeichnung vertikaler bzw. integrierter Programme verwendet werden, noch zusätzlich kompliziert. Angesichts dieses Mangels an Evidenz wäre eine generelle Aussage, dass ein Ansatz dem anderem eindeutig überlegen sei, unangemessen. Stattdessen sollte bei der Prüfung der Frage, welcher Ansatz im Einzelfall vorzuziehen ist, pragmatisch vorgegangen werden. Im folgenden Abschnitt werden die maßgeblichen Kriterien erläutert, die im Hinblick auf die Prüfung der Eignung eines Ansatzes bzw. die Umstellung von einem vertikalen auf einen horizontalen Ansatz untersucht werden müssen.



### *Wann sind vertikale Programme in Gesundheitssystemen sinnvoll?*

Obwohl integrierte Angebote im Allgemeinen vorzuziehen sind, können vertikale Programme unter bestimmten Umständen durchaus sinnvoll sein. Solche Umstände wurden teilweise schon beschrieben und sollen im Folgenden im Lichte der bisher noch spärlichen Erkenntnisse näher erläutert werden.

#### *Erbringung von Dienstleistungen*

In der betriebswirtschaftlichen Theorie wie auch in der gegenwärtigen Praxis der Gesundheitsversorgung wird davon ausgegangen, dass bei bestimmten Leistungen, die eine geringe Variabilität hinsichtlich des Inhalts des Leistungspakets bzw. der Eigenschaften der Patienten aufweisen, die Erzielung von Zugewinnen im Rahmen einer Lernkurve durch Konzentration der Leistungserbringung in speziell geschulten Leistungsteams möglich sein sollte. Ein Beispiel für solche Leistungen in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen wie auch in wohlhabenderen Ländern sind schnell durchführbare fakultative Operationen wie Katarakt oder Leistenbruch. In anderen Bereichen können Skaleneffekte erzielt werden, etwa bei der psychischen Gesundheit und bei der Schlaganfallrehabilitation.

Da die Aspekte Kosten und Leistungserbringung von Land zu Land verschieden sind, werden auf lokaler Ebene gewonnene Erkenntnisse benötigt, um klare Schlussfolgerungen über die geeignete Form der Leistungserbringung ziehen zu können. Darüber hinaus ist erst ab einem gewissen Verbreitungsgrad der Leistungen mit Skaleneffekten zu rechnen. Dieser ist von der Art der Nachfrage, vom Durchsatz, vom Fallmix und von den angebotsseitigen Eigenschaften der leistungserbringenden Instanz abhängig. Außerdem zeigen die Erfahrungen aus zahlreichen wohlhabenden Ländern, dass bestimmte spezialisierte Angebote oder Interventionen in integrierten organisatorischen Strukturen konzentriert werden können, ohne dass dafür vertikale Programme benötigt werden. Deshalb gilt, dass sich die Erfahrungen aus einem Kontext nicht automatisch auf einen anderen übertragen lassen.

#### *Schnelle Reaktion*

In manchen Fällen erfordert die Bewältigung von Gesundheitskrisen, die durch Ereignisse wie Hitzeperioden, Überschwemmungen, Meningitis bei hoher Bevölkerungsdichte oder Vogelgrippe ausgelöst werden, eine schnelle Reaktion. Eine solche Situation kann durchaus einen vertikalisierten Ansatz, bei dem zweckgebundene Ressourcen aus dem allgemeinen Gesundheitssystem freigegeben werden, oder andere Notfalldienste erforderlich machen. In solchen Fällen sollte die vertikal orientierte Reaktion so lange aufrechterhalten werden, wie die Notsituation andauert, doch sollten gleichzeitig eindeutige Pläne für eine anschließende Wiedereingliederung der betroffenen Dienste in das reguläre Gesundheitssystem erstellt werden.

### *Leistungen, die nicht im Rahmen von Gesundheitssystemen erbracht werden können*

Vertikale Konzepte sind eher dann gefragt, wenn ein Dienst dringend benötigt wird, aber das Gesundheitssystem einfach zu schwach ist oder die normalerweise verwendeten Ressourcen zu bescheiden sind, um die erforderlichen Leistungen auf den regulären Wegen zu erbringen. Wenn es allerdings zu einer Häufung solcher vertikaler Konzepte kommt, kann so leicht ein Durcheinander aus mangelhaft aufeinander abgestimmten Diensten entstehen. Um eine solche Situation zu vermeiden, ist eine gleichzeitige und abgestimmte Stärkung des Gesundheitssystems erforderlich.

### *Nachfrageseitige Faktoren*

Bei manchen Programmen ist die beabsichtigte Zielgruppe für die Leistungsanbieter im Gesundheitssystem nicht ausreichend zugänglich. Dies kann mehrere Ursachen haben: Seltener Kontakt mit dem allgemeinen Gesundheitswesen; Zugangsprobleme aufgrund soziokultureller Faktoren (z. B. Stigmatisierung), die Ausweichverhalten auslösen, oder aufgrund geografischer Barrieren (z. B. in schwer zugänglichen Gebieten mit schlechter Verkehrsanbindung); Angst vor Strafverfolgung (z. B. intravenöse Drogenkonsumenten oder Prostituierte); mangelnde Fähigkeit, für die Leistungen zu zahlen (wie bei vielen Einkommensschwachen in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen). Für diese Gruppen sind gezielte Interventionen (auf fortlaufender Basis oder in Form kurzfristiger Kampagnen) besser geeignet, eine schnelle Verbreitung der Versorgung zu gewährleisten.

### *Fähigkeiten des Gesundheitspersonals*

Die Gestaltung der Gesundheitsversorgung wird durch die Verfügbarkeit von Fachkräften sowie durch ihre Fähigkeiten und ihre Arbeitsweise maßgeblich beeinflusst. Die Bereitstellung komplexer und integrierter Gesundheitsangebote im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung oder als ortsnahe Angebot (z. B. für den Bereich psychische Gesundheit) kann aus Kapazitätsgründen unmöglich sein, auch wenn die vorliegenden Erkenntnisse auf den Nutzen solcher Konzepte hindeuten. Außerdem finden es Gesundheitsfachkräfte, die in einer spezialisierten Umgebung gearbeitet haben, meist schwierig, in eine stärker von Integration geprägte Arbeitsumgebung zurückzukehren, so dass von ihnen oft ein starker Widerstand gegen eine solche Integration ausgeht.

### *Veränderungen an vertikalen und horizontalen Programmen*

Bei der Entscheidung, ob und wie eine Umstellung auf einen stärker integrierten Ansatz erfolgen soll, können die politischen Entscheidungsträger als Entscheidungshilfe sechs Schlüsselfragen prüfen (die ersten drei stammen von Criel et al. (90)).

- Ist die Integration wünschenswert (und mit einem Mehrwert verbunden)?
- Ist die Integration möglich (z. B. angesichts der bei den Fachkräften vorhandenen Fähigkeiten und der vorhandenen Infrastruktur)?
- Ist die Integration sinnvoll (zur Stärkung des Gesundheitssystems)?
- Gibt es ein klares Konzept dafür, wie die integrierte Versorgung gesteuert werden soll?
- Gibt es einen klar definierten Prozess für die Integration, bei dem Phasen und Abläufe erläutert werden? Wie können etwaige politische Widerstände überwunden werden?
- Stehen Überwachungs- und Evaluationsprozesse zur Verfügung, die die Entscheidungsträger ggf. auf Probleme aufmerksam machen?

Die Antworten auf diese Fragen sind natürlich immer von der jeweiligen Situation abhängig. Inwiefern die Integration gelingen kann, hängt insbesondere von der politischen Ökonomie der Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems und von den dazugehörigen technischen Faktoren ab; diese müssen deshalb sorgfältig geprüft werden. Im Folgenden werden sie einzeln erörtert.

### *Politische Ökonomie*

Obwohl es gute Argumente dafür gibt, dass vertikale Programme unter bestimmten Bedingungen sinnvoll sind, haben einige der schwierigsten Sachfragen, die die Politik in Verbindung mit vertikalen Programmen zu lösen hat, mit der politischen Ökonomie zu tun.

In manchen Situationen entsteht durch einen äußeren Schock – etwa einen Bürgerkrieg, eine Wirtschaftskrise, einen politischen Umbruch oder neue Gesetze – oder durch den Wunsch, einen „sauberen Schnitt“ von der Vergangenheit zu vollziehen, eine Chance, organisatorische Strukturen und Leistungserbringungsverfahren hin zu einer mehr integrierten Vorgehensweise zu verändern. In anderen Situationen wurde dies durch verschiedene einflussreiche Interessengruppen verhindert. So ist beispielsweise die politische Ökonomie der Debatte über vertikale und horizontale Konzepte in der Europäischen Region der WHO – und insbesondere im östlichen Teil der Region, wo die vertikalen Programme nach wie vor Bestand haben – komplex und stark von der Beziehung zwischen den Geberländern und den Empfängerländern geprägt (wobei die Geberländer die Vertikalität fördern). Noch zusätzlich erschwert wird die Situation durch die lange Geschichte der vertikalen Programme. In vielen der betroffenen Länder stehen jeder sinnvollen Reformierung von Organisation, Finanzierung und Realisierung des Gesundheitssystems mächtige Interessengruppen entgegen, die erhebliche Hindernisse aufgetürmt haben. Dies gilt vor allem für die Bereiche Tuberkulose, HIV und intravenöser Drogenkonsum (91), die von

einem starken Widerstand gegen horizontale Programme geprägt sind, die als realitätsfremd, naiv, idealistisch und unerreichbar bezeichnet werden (92,93). Hier müssten jegliche Veränderungen der Art der Leistungserbringung mit Veränderungen der Art der Verwaltung, Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme sowie mit ordnungspolitischen und gesetzlichen Reformen einhergehen, und dies führt zu Barrieren gegen Veränderungen.

### *Faktoren aus dem Gesundheitssystem*

Da die Finanzierung und Organisation eines Gesundheitssystems sich nach und nach entwickeln, haben sie erheblichen Einfluss darauf, inwiefern das System die Entwicklung einer integrierten Leistungserbringung begünstigt.

In vielen Gesundheitssystemen sind die Programme für öffentliche Gesundheitsinterventionen, übertragbare Krankheiten und psychische Gesundheit traditionell vertikal organisiert und verfügen über parallele organisatorische Strukturen für die direkte Berichterstattung an die Gesundheitsministerien, oft mit isolierten Finanzströmen, die keine Flexibilität ermöglichen, um Gelder zwischen Programmen zu verschieben. Dies trifft vor allem auf die Länder im östlichen Teil der Europäischen Region zu, die über parallele Programme für „Krankheiten von gesellschaftlicher Bedeutung“ (Tuberkulose, HIV, Substanzmissbrauch, sexuell übertragbare Krankheiten, Diabetes, psychische Gesundheit) verfügen. In diesen Ländern wirken auch dort, wo die Gesundheitsberufe oder die Gesundheitspolitiker eine operative Integration in das allgemeine Gesundheitssystem fordern und anstreben, die vorhandenen organisatorischen Strukturen und Finanzierungsmechanismen als Hindernisse (94). Dies gilt auch für einige Länder Lateinamerikas, die bestimmte Gesundheitsdienste speziell auf bestimmte Krankheiten oder Altersgruppen zugeschnitten haben (95).

Für viele Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen ist die Abhängigkeit der Gesundheitssysteme von externen Geldmitteln der wichtigste Faktor, der den Grad ihrer vertikalen Organisation bestimmt. Externe Finanzmittel von multilateralen und bilateralen Geldgeberorganisationen – und auch zunehmend von gemeinnützigen Organisationen – werden oft zweckgebunden zur Bekämpfung bestimmter Krankheiten oder zur Einrichtung bestimmter Dienste gespendet. Beispiele hierfür sind der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und das Engagement von UNICEF im Rahmen der IMCI-Strategie, die GAVI-Allianz im Bereich der Impfdienste und der Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA) auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit. Obwohl diese Organisationen auch auf die Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme Wert legen, können die von ihnen finanzierten Verwaltungs- und Berichterstattungsstrukturen der krankheits- und leistungsspezifischen Programme doch eine Vertikalisierung begünstigen und die Integration in das allgemeine Gesundheitssystem bzw. die primäre Gesundheitsversorgung behindern. Selbst in Ländern, in denen die externen

Finanzmittel durch sektorweite Konzepte bzw. „Haushaltsunterstützung“ zusammengeführt wurden, bestehen parallele vertikale Finanzierungs- und Berichterstattungsstrukturen fort. Obwohl diese Sachzwänge die Integration der Dienste klar erschweren, müssen die politischen Entscheidungsträger mit den Finanzierungsorganisationen, die vertikal orientierte Programme fördern, verhandeln und dafür sorgen, dass jegliche negativen Konsequenzen so gering wie möglich gehalten werden.

### ***Grundsatzüberlegungen für die Umsetzung vertikaler Programme***

So wie sich die fachlichen Überlegungen und die Aspekte der politischen Ökonomie in den verschiedenen Kontexten voneinander unterscheiden, so gibt es auch Unterschiede hinsichtlich der Art, in der vertikale Programme in das allgemeine Gesundheitswesen integriert sind. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die verfügbaren Grundsatzoptionen.

Die erste grundsätzliche Überlegung betrifft die Dauer des Programms, d. h. die Frage, ob das vertikale Programm zeitlich befristet oder unbefristet sein soll. Wenn diese Frage geklärt ist, gibt es für jeden Fall eine Reihe von Grundsatzoptionen.

#### *Zeitlich befristete Programme*

Im Idealfall sollten vertikale Programme zeitlich befristet sein und klare Strategien aufweisen, um negative Auswirkungen auf das Gesundheitssystem zu vermeiden und eine spätere Integration in das allgemeine Gesundheitswesen zu ermöglichen. Diese Strategien sollten auch konkret Aufschluss darüber geben, wie die vertikalen Programme zur Stärkung der Gesundheitssysteme und insbesondere der primären Gesundheitsversorgung herangezogen werden können.

Bei dieser Option sollten die Grundsatzüberlegungen auf die Entwicklung von Mechanismen gerichtet sein, die die Gefahr negativer Auswirkungen auf das Gesundheitssystem verringern und insbesondere die vertikalen Programme davor bewahren:

- Arbeitskräfte aus dem allgemeinen Gesundheitswesen abzuziehen;
- unzureichend vorhandene Führungskräfte und medizinische Fachkräfte für die Führung des Programms in Anspruch zu nehmen;
- die Beschaffungs- und Versorgungssysteme zu überlasten;
- durch Duplizierung von Strukturen die Systeme zur Überwachung und Evaluation der Gesundheitssysteme zu zersplittern;
- eine Inflation bei den Gehältern herbeizuführen und allzu ausdifferenzierte Lohn- und Anreizstrukturen zu schaffen, die sich negativ auf die Motivation der Beschäftigten im allgemeinen Gesundheitssystem auswirken könnten;

- die regulären Finanzmittel zu reduzieren und die Chance auf Nachhaltigkeit nach Auslaufen des Programms zu verringern;
- das Vertrauen zwischen den Leistungsanbietern und -nutzern zu untergraben und bürgernahe Initiativen durch Auferlegung extern konzipierter Top-down-Lösungen im Keim zu ersticken.

### *Unbefristete Programme*

In vielen Fällen kann die Integration von Programmen aufgrund der mangelnden Stabilität des Staates, der begrenzten Kapazitäten des Gesundheitssystems und der Schwäche der primären Gesundheitsversorgung kaum funktionieren, so dass vertikale Programme auf unbestimmte Zeit fortgesetzt werden müssen. Ist dies der Fall, so können Verknüpfungen zwischen den vertikalen Programmen und dem allgemeinen Gesundheitssystem sowohl auf der strategischen als auch auf der operativen Ebene auf verschiedene Weise erweitert werden.

Verknüpfungen auf der strategischen Ebene lassen sich durch gemeinsame Verwaltungsstrukturen mit einer starken Steuerungsfunktion über den Schnittbereich zwischen vertikalen und horizontalen Programmen, durch Aufbau von Mechanismen, die eine gemeinsame Planung, Beschaffung, Überwachung und Evaluation mit dem allgemeinen Gesundheitssystem gestatten, sowie durch Mechanismen wie sektorweite Konzepte, die eine Zusammenführung von Finanzmitteln und deren gemeinsame Verwaltung ermöglichen, erweitern.

Verknüpfungen auf operativer Ebene lassen sich folgendermaßen verbessern: durch Gewährleistung, dass vertikale Programme nicht durch separate Strukturen, sondern über allgemeine Leistungsanbieter betrieben werden (um den Patienten die Chance zu geben, gleichzeitig die allgemeine Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen); durch Einrichtung klarer Verfahren für einen regulären Dialog zwischen den Verantwortlichen für die vertikalen und die horizontalen Programme; und durch gemeinsame Entwicklung gemeinsamer Leitlinien, die den Patientenbezug hervorheben und eine zeitige Verlagerung von Patienten zwischen den vertikalen Programmen und dem allgemeinen Gesundheitswesen ermöglichen.

### **Fazit**

Die begrenzten Erkenntnisse deuten darauf hin, dass je nach Kontext sowohl vertikale als auch horizontale Programme von Nutzen sein können. Obwohl vertikale Programme in bestimmten Situationen eine wirksame Bekämpfung der Malaria-, Tuberkulose- und HIV-Epidemie beeinträchtigt haben, haben horizontale Programme in anderen Situationen für verschiedene Krankheiten (z. B. durch Impfung vermeidbarer Krankheiten, HIV, psychische Gesundheit, Schistosomiasis) nachweisbaren Nutzen gebracht. Angesichts des Mangels an Evidenz wäre eine generelle Aussage, dass ein Ansatz dem anderem überlegen sei, nicht ratsam.

Beide Ansätze weisen Stärken und Schwächen auf, die je nach Krankheit(en) und Umständen unterschiedlich ausgeprägt sind. Die Krankheit, die Zielgruppe, die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems, die Merkmale der Leistungserbringung und die Kontextfaktoren, aber auch die Notwendigkeit der Bereitstellung von Leistungen müssen allesamt berücksichtigt werden, wenn es darum geht, welcher Ansatz im Einzelfall sinnvoll ist. Die Vorteile vertikaler Programme bestehen darin, dass sie den Bedarf der Bevölkerung in Bezug auf die Behandlung einer bestimmten Krankheit in den Vordergrund stellen, speziell geschulte Fachkräfte beschäftigen (die sich i.d.R. nur mit einer Krankheit befassen), über zweckgebundene Mittel verfügen und im Rahmen eines Projektes operieren, bei dem klare Ziele in zuvor festgelegten – und oft kurzen – Zeiträumen erreicht werden sollen. Deshalb wird hier die Auffassung vertreten, dass sie bei der Verwirklichung konkreter Ziele meist effizienter sind als horizontale Konzepte. Dagegen wird bei horizontalen Konzepten das Hauptaugenmerk auf den einzelnen Patienten gelegt, und es werden allgemeinmedizinisch ausgebildete Fachkräfte beschäftigt, die sich mit einer Vielzahl von Symptomen und Gesundheitsproblemen befassen, auf die konkreten Bedürfnisse und Anforderungen der Patienten reagieren und in ihrer Arbeit generell einen eher ganzheitlichen Ansatz verfolgen, oft mit inter- bzw. innerdisziplinären Verknüpfungen untereinander. Leider jedoch lassen sich die Vorteile beider Ansätze dann am ehesten ausschöpfen, wenn eine Auseinandersetzung mit ihren jeweiligen inhärenten Schwächen stattfindet und eine sorgfältige Abstimmung auf die Situation und das betreffende Gesundheitssystem erfolgt.

Ansonsten gibt es keinen Grund, warum vertikale und horizontale Konzepte nicht nebeneinander existieren sollten. Ein vertikales Programm kann als vorläufige Strategie für eine effiziente Auseinandersetzung mit einem bestimmten Gesundheitsproblem dienen, bei der aber gleichzeitig Anstrengungen unternommen werden, das Gesundheitssystem so zu stärken, dass das vertikale Programm letztendlich darin eingegliedert werden kann. Bei einem solchen Ansatz wäre gewährleistet, dass kurzfristige Programmziele und Effizienz nicht beeinträchtigt werden, während der Tätigkeitsbereich insgesamt durch ein gestärktes Gesundheitssystem allmählich erweitert wird, dessen Kapazitäten auch auf die Erfüllung anderer Bedürfnisse ausgeweitet werden.

Kurzfristig ist angesichts der begrenzten Evidenzgrundlage und der beträchtlichen Unterschiede hinsichtlich der generellen Rahmenbedingungen wie auch der Kapazitäten der Gesundheitssysteme eher Pragmatismus gefragt als durch Wertvorstellungen oder Dogmatismus geprägte Konzepte. Wie dieses Grundsatzzapier verdeutlicht, gilt es eine solide Evidenzbasis aufzubauen, die als Grundlage für Entscheidungen zugunsten von geeigneten Handlungskonzepten für eine effiziente und wirksame Bewältigung neu entstehender gesundheitspolitischer Herausforderungen dienen kann.

## Literatur

1. Msuya J. *Horizontal and vertical delivery of health services: what are the tradeoffs?* Washington, DC, World Bank, 2005.
2. Gounder C. The progress of the Polio Eradication Initiative: what prospects for eradicating measles? *Health Policy and Planning*, 1998, 13:212–233.
3. Bradley DJ. The particular and the general. Issues of specificity and verticality in the history of malaria control. *Parassitologia*, 1998, 40:5–10.
4. Gish O. Malaria eradication and the selective approach to health care: some lessons from Ethiopia. *International Journal of Health Services*, 1992, 22:179–192.
5. Travis P et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 2004, 364:900–906.
6. *The world health report 2003 – shaping the future*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/whr/2003/en>, eingesehen am 1. Mai 2008).
7. Raviglione MC, Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948–2001. *Lancet*, 2002, 359:775–780.
8. Jong-wook L. Global health improvement and WHO: shaping the future. *Lancet*, 2003, 362: 2083–2088.
9. Mills A. Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science and Medicine*, 1983, 17:1971–1981.
10. *Integration of health care delivery. Report of a WHO study group*. Geneva, World Health Organization, 1996 (Technical Report Series, No. 861; [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_861.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_861.pdf), eingesehen am 1. Mai 2008).
11. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD003318.
12. Unger J-P, Paepe P, Green A. A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, 18:S27–S39.
13. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health-care – Interim strategy for disease control in developing-countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967–974.
14. Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet*, 1999, 354(Suppl. II):16–20.



15. *Better health in Africa: experience and lessons learned*. Washington, DC, World Bank, 1994.
16. Coker RJ et al. Tuberculosis control in Samara Oblast, Russia: institutional and regulatory environment. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2003, 7:920–932.
17. Oliviera-Cruz V, Kurowski C, Mills A. Delivery of health interventions: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*, 2003, 15:67–86.
18. Cairncross S, Peries H, Cutts F. Vertical health programmes. *Lancet*, 1997, 349(Suppl. III):20–22.
19. Eddy DM. What care is essential? What services are basic? *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265:786–788.
20. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Social Science and Medicine*, 1986, 22:1001–1013.
21. Berman PA. Selective primary health care: is efficient sufficient? *Social Science and Medicine*, 1982, 16:1054–1094.
22. McKeown T. *The role of medicine: dream mirage or nemesis?* Oxford, Blackwell, 1979.
23. Bryant JH. *Health and the developing world*. Ithaca, NY, Cornell University Press, 1969.
24. Brown TM, Cueto M, Fee E. *The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health*. Cape Town, Global Health Trust, 2004 (<http://www.ghwatch.org/2005report/ghw.pdf>, eingesehen am 1. Mai 2008).
25. Gish O. Selective primary health care: old wine in new bottles. *Social Science and Medicine*, 1982, 16:1049–1053.
26. Sen K, Koivusalo M. Health care reforms in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13:199–215.
27. *Plan to stop TB in 18 high-priority countries in the WHO European Region, 2007–2015*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/document/E91049.pdf>, eingesehen am 1. Mai 2008).
28. Segall M, Vienonen M. Haikko Declaration on actions for primary health care. *Health Policy and Planning*, 1987, 2:258–265.
29. Nicoll A. Integrated management of childhood illness in resource-poor countries: an initiative from the World Health Organization. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2000, 94:9–11.

30. Conn CP, Jenkins P, Touray SO. Strengthening health management: experience of district teams in The Gambia. *Health Policy and Planning*, 1996, 11:64–71.
31. Smith DL, Bryant JH. Building the infrastructure for primary health care: an overview of vertical and integrated approaches. *Social Science and Medicine*, 1988, 26:909–917.
32. Banerji D. Political context of the work of international agencies – a fundamental shift in the approach to international health by WHO, UNICEF, and the World Bank: instances of the practice of “intellectual fascism” and totalitarianism in some Asian countries. *International Journal of Health Services*, 1999, 29:227–259.
33. Stefanini A, Ruck N. Managing externally-assisted health projects for sustainability in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 1992, 7:199–210.
34. Cochi SL et al. Group report: what are the societal and political criteria for disease eradication? In: Dowdle WR, Hopkins DR, eds. *The eradication of infectious diseases. Report of the Dahlem Workshop on the Eradication of Infectious Diseases, Berlin, March 16–22*. Chichester, John Wiley & Sons, 1998:157–176.
35. Taylor CE, Cutts F, Taylor ME. Ethical dilemmas in current planning for polio eradication. *American Journal of Public Health*, 1997, 87:922–925.
36. Loevinsohn B et al. Impact of targeted programmes on health systems: a case study of the polio eradication initiative. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:19–23.
37. Weil DEC. Advancing tuberculosis control within reforming health systems. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2000, 4:597–605.
38. Ageel ARM, Amin MA. Integration of schistosomiasis control activities into the primary health care system in the Gizan region, Saudi Arabia. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 1997, 91:907–915.
39. Coura Filho P et al. A municipal level approach to the management of schistosomiasis control in Peri-Peri, MG, Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical São Paulo*, 1992, 34:543–548.
40. Wilkinson D. Tuberculosis and health sector reform: experience of integrating tuberculosis services into the district health system in rural South Africa. *International Journal of Lung Diseases*, 1999, 3:938–943.
41. Bachmann MO, Maken B. Salary inequality and primary care integration in South Africa. *Social Science and Medicine*, 1997, 45:723–729.
42. Lush L et al. Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:771–777.

43. Unger J et al. A plea for an initiative to strengthen family medicine in public health care services of developing countries. *International Journal of Health Services*, 2002, 32:799–815.
44. Atun RA et al. Barriers to sustainable tuberculosis control in the Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:217–223.
45. Atun RA et al. Analysis of how health system context influences HIV control: case studies from the Russian Federation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:730–738.
46. Atun RA et al. Health systems' responses to 25 years of HIV in Europe and central Asia: inequities persist and challenges remain. *Health Policy*, 2008, 85:162–171.
47. Mounier S et al. HIV/AIDS in central Asia. In: Twigg JL, ed. *HIV/AIDS in Russia and Eurasia*. Vol. II. New York, Palgrave McMillan, 2007.
48. Drobniowski F, Atun RA, Coker R. Bear trap: the colliding epidemics of multi-drug resistant tuberculosis and HIV in Russia. *International Journal of STD and AIDS*, 2004, 15:641–646.
49. Atun RA et al. Impact of an effective multidrug resistant tuberculosis control programmes in the setting of an immature HIV epidemic: system dynamics simulation model. *International Journal of STD and AIDS*, 2005, 16:560–570.
50. Atun RA et al. Impact of joined-up HIV harm reduction and multidrug resistant tuberculosis control programmes in Estonia: system dynamics simulation model. *Health Policy*, 2007, 81:207–217.
51. Gunderson SG et al. Control of *Schistosoma mansoni* in the Blue Nile Valley of western Ethiopia by mass chemotherapy and focal snail control: a primary health care experience. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1990, 84:819–825.
52. Gilson L et al. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania. *Lancet*, 1997, 350:1805–1809.
53. Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *Lancet*, 1998, 351(Suppl. 3):5–7.
54. Mayaud P et al. Improved treatment services significantly reduce the prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: results of a randomized controlled trial. *AIDS*, 1997, 11:1873–1880.
55. Boekeloo BO et al. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. *Pediatrics*, 1999, 103:107–115.

56. Proude EM, D'Este C, Ward JE. Randomized trial in family practice of a brief intervention to reduce STI risk in young adults. *Family Practice*, 2004, 21:537–544.
57. Lush L et al. Defining integrated reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:771–777.
58. Dallabetta GA, Gerbase AC, Holmes KK. Problems, solutions and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S1–S11.
59. Druce N et al. *Strengthening linkages for sexual and reproductive health, HIV and AIDS: progress, barriers, and opportunities for scaling up*. London, Department for International Development Health Resource Centre, 2006 ([www.dfidhealthrc.org/publications/HIV\\_SRH\\_strengthening\\_responses\\_06.pdf](http://www.dfidhealthrc.org/publications/HIV_SRH_strengthening_responses_06.pdf), eingesehen am 1. Mai 2008).
60. Lush L. Service integration: an overview of policy developments. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:71–75.
61. Jenkins R, Strathdee G. The integration of mental health care with primary care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2000, 23:277–291.
62. Druss BG et al. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:861–868.
63. Badamgarav E et al. Effectiveness of disease management programs in depression. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160:2080–2090.
64. Sherbourne CD et al. Long-term effectiveness of disseminating quality improvement for depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:696–703.
65. Unützer J et al. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Archives of General Psychiatry*, 2001, 58:935–942.
66. Williams JW et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized controlled trial in older adults. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:1519–1526.
67. Fleming MF et al. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277:1039–1045.
68. Unützer J et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:2836–2845.
69. Simon GE et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158:1638–1644.

70. Katon WJ et al. Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59:1098–1104.
71. Callahan MC et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 295:2148–2157.
72. McDaid D et al. Health system factors impacting on delivery of mental health services in Russia: multi-methods study. *Health Policy*, 2006, 79:144–152.
73. Jenkins R et al. Mental health reform in Russia – an integrated approach to achieve social inclusion and recovery. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:858–866.
74. Krahn DD et al. PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral models in depression outcomes. *Psychiatric Services*, 2006, 57:946–953.
75. Santoni F. Le programme élargi de vaccination: 25 ans demain. *Médecine Tropicale*, 2001, 61:177–185.
76. Guerin ND, Antona EA. Le programme élargi de vaccination. Resultats et perspectives. *Annales de Médecine Interne*, 1998, 149:372–378.
77. Valenzuela MT et al. Achievements and challenges of the expanded immunization program in the Americas. *Revista Medica de Chile*, 2000, 128:911–922.
78. Akef ZA, Radwan M. Evaluation of expanded program on immunization during the first year of life in Abu Dhabi. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 1995, 70:57–83.
79. Kim-Farley R et al. Assessing the impact of the expanded programme on immunization: the example of Indonesia. *Bulletin of the World Health Organization*, 1987, 65:203–206.
80. Koop DG, Jackson BM. Results of the expanded program on immunization in the Macedonian refugee camps. *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1656–1659.
81. Bondi FS, Alhaji MA. The EPI in Borno State, Nigeria: impact on routine disease notifications and hospital admissions. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1992, 95:373–381.
82. Babayiniyi O. A ten year review of morbidity from childhood preventable diseases in Nigeria: how successful is the Expanded Programme on Immunization (EPI)? An update. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1990, 36:306–313.
83. Amin R. Immunization coverage and child mortality in two rural districts of Sierra Leone. *Social Science and Medicine*, 1996, 42:1599–1604.

84. Levin A, Ram S, Kaddar M. The impact of the Global Polio Eradication Initiative on the financing of routine immunization: case studies in Bangladesh, Cote d'Ivoire, and Morocco. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:822–828.
85. Bonu S, Rani M, Razum O. Global public health mandates in a diverse world: the polio eradication initiative and the expanded programme on immunization in sub-Saharan Africa and South Asia. *Health Policy*, 2004, 70:327–345.
86. Bonu S, Rani M, Baker TD. The impact of the national polio immunization campaign on levels and equity in immunization coverage: evidence from rural North India. *Social Science and Medicine*, 2003, 57:1807–1819.
87. Loevinsohn BP, Ayward B. Impact of targeted programs on health systems: a case study of the Polio Eradication Initiative. *American Journal of Public Health*, 2002, 92:19–23.
88. Adachi M. *A review of a mass immunization campaign in polio eradication initiative and Tanzania case in 1996*. Boston, Takemi Program in International Health, Harvard School of Public Health, 1999.
89. Levin A et al. *Impact of the Polio Eradication Initiative on donor contributions to routine immunization*. Bethesda, MD, Abt Associates Inc., 2001 (Partnership for Health Reform Special Initiatives Report No. 36).
90. Criel B, Kegels G, Van der Stuyft P. A framework for analysing the relationship between disease control programmes and basic health care. *Tropical Medicine and International Health*, 2004, 9(Suppl.):A1–A4.
91. Atun R, Olynik I. Resistance to implementing policy change: the case of Ukraine. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86:147–154.
92. Tkatchenko-Schmidt E et al. Prevention of HIV among injecting drug users in Russia: opportunities and barriers to scaling-up of harm reduction programmes. *Health Policy*, 2008, 85:162–171.
93. Atun RA et al. Implementing WHO DOTS strategy in the Russian Federation: stakeholder attitudes. *Health Policy*, 2005, 74:122–132.
94. Coker R, Atun RA, McKee M, eds. *Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America*. Maidenhead, Open University Press, 2008.
95. Marquez P. Health system reforms and communicable diseases in Latin America and the Caribbean. In: Coker R, Atun RA, McKee M, eds. *Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America*. Maidenhead, Open University Press, 2008.

Weltgesundheitsorganisation  
Regionalbüro für Europa  
Scherfigsvej 8,  
DK-2100 Kopenhagen Ø,  
Dänemark  
Tel.: +45 39 17 17 17.  
Fax: +45 39 17 18 18.  
E-Mail: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

Diese Publikation ist Teil einer gemeinschaftlich von Health Evidence Network und Europäischem Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik herausgegebenen Serie von Grundsatzpapieren. Die Serie richtet sich in erster Linie an pragmatisch orientierte politische Entscheidungsträger und behandelt Fragen wie: Ob oder warum ein Thema relevant ist, welche Konsequenzen bestimmte Strategien zu seiner Bewältigung erwarten lassen und wie sich die Strategien unter angemessener Berücksichtigung ihrer Durchführbarkeit zu tragfähigen Grundsatzoptionen kombinieren lassen.

Die Serie baut auf Berichten des Netzwerks und Hintergrundpapieren des Observatoriums auf und fußt auf einer rigorosen Durchsicht und Bewertung der verfügbaren Forschungserkenntnisse sowie der Abschätzung ihrer Relevanz in einem Kontext der Europäischen Region. Die Grundsatzpapiere bezwecken nicht die Vorgabe eines Idealtyps oder einer empfehlenswerten Herangehensweise. Vielmehr sollen sie durch die Synthese zentraler Forschungserkenntnisse und die Deutung ihrer grundsätzlichen Relevanz über mögliche Handlungsoptionen informieren.

Das **Health Evidence Network** (HEN) des WHO-Regionalbüros für Europa ist für die politischen Entscheidungsträger in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO eine glaubwürdige Quelle von Erkenntnissen. Das HEN bietet durch seine evidenzbasierten Berichte, Hintergrundpapiere, Kurzfassungen und Notizen zeitgemäße Antworten auf Grundsatzfragen im Bereich Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung und Gesundheitssysteme und seine Website ermöglicht den leichten Zugang zu den Erkenntnissen und Informationen aus einer Reihe von vernetzten Seiten, Datenbanken und Dokumenten.

Das **Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik** unterstützt und fördert durch seine umfassenden und gründlichen Analysen von Gesundheitssystemen in Europa eine wissenschaftlich fundierte Gesundheitspolitik. Politische Entscheidungsträger, Akademiker und Praktikern aus einem breiten Spektrum analysieren hier gemeinschaftlich Entwicklungen in der Gesundheitsreform und nutzen dabei Erfahrungen aus der ganzen Region zur Erhellung der grundsätzlichen Fragen. Die Texte des Observatoriums sind auch auf seiner Website erhältlich (<http://www.euro.who.int/observatory>).