



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

GESUNDHEITSSYSTEME UND POLITIKANALYSE

GRUNDSATZPAPIER

Wie können europäische Gesundheitssysteme Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung durch Investitionen und Umsetzungsmaßnahmen unterstützen?

David McDaid, Michael Drummond und
Marc Suhrcke



Schlüssel Wörter:

DELIVERY OF HEALTH CARE - trends

HEALTH PROMOTION

HEALTH ECONOMICS

HEALTH POLICY

POLICY MAKING

STRATEGIC PLANNING

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

Argumente für Investitionen in Strategien zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in der Europäischen Region 1

Grundsatzoptionen: Gewinnung und Verwendung von Erkenntnissen über die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung 7

Zukunftsweisende Grundsatzoptionen: Ausbau der Erkenntnisbasis und Analyse der institutionellen Gegebenheiten 12

Identifikation von Alternativen für die Herbeiführung von Veränderungen 21

Fazit 25

Literatur 27

Autoren

David McDaid, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, (London, Vereinigtes Königreich) und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Michael Drummond, Centre for Health Economics, University of York, Vereinigtes Königreich

Marc Suhrcke, Büro Venedig, WHO-Regionalbüro für Europa

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

Unser Anliegen und daraus folgende politische Herausforderungen

- Die Gesundheit der Bevölkerung wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst. Viele dieser Faktoren erfordern Maßnahmen, die außerhalb des Gesundheitssystems getroffen werden müssen.
- Die Kosten, die dem Gesundheitssystem und dem sozioökonomischen Bereich durch die Hauptursachen gesundheitlicher Probleme in der Europäischen Region entstehen, sind erheblich. Viele dieser gesundheitlichen Probleme können vermieden werden.
- Nicht nur über die Wirksamkeit, sondern auch über die Kosteneffektivität von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung sind zunehmend Informationen verfügbar.
- Politische Maßnahmen, die Investitionen in wirksame Interventionen fördern sollen, müssen ihren Schwerpunkt darin sehen, sowohl die Qualität der Erkenntnisse als auch deren Verwendung in den verschiedenen Sektoren zu verbessern.

Grundsatzoptionen

- Um die Erkenntnisbasis auszubauen, könnte man den Aufgabenbereich erweitern, der den vorhandenen Regierungsorganen für die Bewertung der Kosteneffektivität von Technologien der Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht.
- In denjenigen Teilen der Europäischen Region, in denen nur begrenzte Evaluierungskapazitäten verfügbar sind, könnte eine weitere Option darin bestehen, vorhandene Informationen an den lokalen Kontext anzupassen, um Investitionen zu begründen.
- Verschiedene institutionelle Gegebenheiten, einschließlich der Möglichkeit eines eigenen Ministeriums für die Bevölkerungsgesundheit, können die Koordinierung und sichere Finanzierung von Maßnahmen erleichtern; weitere ähnliche Optionen sind Gemeinschaftsbudgets oder die gegenseitige finanzielle Unterstützung zwischen verschiedenen Bereichen.

Förderung der Umsetzung

- Soweit neue Bewertungen vorgenommen werden, könnte der Schwerpunkt zunächst auf Maßnahmen liegen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit sehr wirksam, kosteneffizient und unumstritten sind. Dies kann neuen Institutionen dabei helfen, sich zu positionieren und ihre Glaubwürdigkeit zu untermauern.

- Eine verbesserte sektorenübergreifende Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern kann Veränderungen begünstigen; Wissensvermittler können als Bindeglied zwischen den verschiedenen beteiligten Gruppen eingesetzt werden.
 - Ein wachsendes Bewusstsein für die Auswirkungen der Interventionen auf gesundheitsrelevante, außergesundheitliche und wirtschaftliche Bereiche kann dazu beitragen, außerhalb des Gesundheitssektors etwaigen Widerstand gegenüber den Maßnahmen zu verringern. Bei diesem Prozess kann die Gesundheitsfolgenabschätzung eine wichtige Rolle einnehmen.
 - Mechanismen zum sektorenübergreifenden Monitoring des Umsetzungsverfahrens können ebenfalls einen Wandel begünstigen; die Festlegung ausdrücklicher und messbarer Zielvorgaben für die Gesundheit der Bevölkerung kann die Akteure sektorenübergreifend zusätzlich zum Handeln motivieren.
-

Kurzfassung

Gesundheitliche Probleme führen in der Europäischen Region zu erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem und den sozioökonomischen Bereich. Diese Belastung kann größtenteils vermieden werden, wenn sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssystems wirksame Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung umgesetzt werden. Zu einer umfassenden Förderung der Bevölkerungsgesundheit gehört eine Kombination von Maßnahmen, die einerseits vorgelagert und andererseits nachgelagert sein können. Vorgelagerte Maßnahmen sind Maßnahmen, die neben weiteren Zielen auch der Gesundheitsförderung dienen, z. B. steuerliche Umverteilung, Verbesserung der Wohnsituation und Einführung von Anreizen, die Lernende zur Fortführung ihrer Ausbildung motivieren. Zu den nachgelagerten Maßnahmen zählen Gesundheitsförderung und Maßnahmen zur primären Krankheitsprävention. Diese Maßnahmen sind häufig auf das Verhalten und die allgemeine Lebensführung von Einzelpersonen gerichtet.

Um Investitionen in Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zu unterstützen, müssen die Gesundheitssysteme nicht nur in der Lage sein, mögliche Lösungen und die mit ihnen verbundenen Kosten zu identifizieren, sondern sie müssen auch den Rahmen für diese Lösungen festlegen. Anschließend müssen Mechanismen bestimmt werden, die die Einbeziehung solcher Informationen in den Entscheidungsfindungsprozess ermöglichen und die Umsetzung der vereinbarten Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung erleichtern.

Gewinnung und Verwendung von Erkenntnissen über die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung

Systematische Übersichtsarbeiten

Systematische Übersichtsarbeiten, die die Wirksamkeit (und sonstige Erkenntnisse) für einen bestimmten Bereich systematisch identifizieren und bewerten, können besonders hilfreich sein, wenn die Wirksamkeit von Maßnahmen beurteilt werden soll. Durch den Vergleich und, soweit möglich, die statistische Zusammenführung von Untersuchungsdaten wird die Wahrscheinlichkeit verringert, dass eine einzelne, nicht repräsentative Untersuchung die Ergebnisse einer Wirksamkeitsanalyse verfälscht. Daten aus vorhandenen, qualitativ hochwertigen Übersichtsarbeiten können ebenfalls schnelle Informationen zum Stand der Erkenntnisse (bzw. zu fehlenden Erkenntnissen) im Hinblick auf eine spezielle Frage liefern. Auf diese Weise lässt sich vermeiden, dass zeitaufwändige und kostspielige Übersichtsarbeiten doppelt erstellt werden.

Wirtschaftlichkeitsevaluierungen

Auch anhand von Wirtschaftlichkeitsevaluierungen lassen sich Investitionen in Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung begründen. Wirtschaftlichkeitsevaluierungen werden in den Sektoren Gesundheitsversorgung, Umwelt und Verkehr häufig durchgeführt, um die Kosten und Wirkungen alternativer Maßnahmen zu vergleichen.

Zwar gibt es im Vergleich zur Evaluierung der Gesundheitsversorgung im engeren Sinne nur wenige Erkenntnisse zur Kosteneffektivität von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, doch ist der Erkenntnisstand schnell angewachsen, insbesondere für Screenings und Impfungen. Beispiele für komplexe kosteneffiziente Maßnahmen in spezifischen Umgebungen und Zusammenhängen sind zielgruppenorientierte Übungsprogramme für ältere Menschen, Maßnahmen zur Bekämpfung von Tabak-, Drogen- und Alkoholkonsum (einschließlich Besteuerung), Frühmaßnahmen zugunsten von Kindern und ihren Eltern sowie Verkehrsberuhigungs- und Verkehrssicherheitsmaßnahmen. Viele dieser Interventionen werden außerhalb des Gesundheitssystems finanziert und durchgeführt.

Zukunftsweisende Grundsatzoptionen: Ausbau der Erkenntnisbasis

Wie können die Länder Wirksamkeitsanalysen und Wirtschaftlichkeitsevaluierungen bei der Planung von Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung besser einbeziehen? Es können institutionelle und gesetzliche Voraussetzungen geschaffen werden, die die Bewertung der Erkenntnisse durch unabhängige Einrichtungen, die Gründung interner staatlicher Stellen und die Unterstützung von Wissensvermittlern ermöglichen.

Definition und/oder Erweiterung des Aufgabenbereichs von Institutionen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien

Eine Möglichkeit liegt in der Erweiterung des Aufgabenbereichs von Stellen, die bereits geschaffen wurden, um Gesundheitstechnologien zu bewerten. In England analysiert heute das National Institute for Health and Clinical Excellence die Erkenntnisse, die zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Maßnahmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit gewonnen werden. Die Evaluierung befasst sich mit Maßnahmen, die am Arbeitsplatz zugunsten der psychischen und physischen Gesundheit durchgeführt werden, sowie mit Aufklärungsstrategien zum Umgang mit Alkohol für Schüler. Dabei wird ein streng formalisiertes Verfahren mit einer Dauer von bis zu einem Jahr angewandt, das eine Einbeziehung der Akteure vorsieht und formal in den politischen Entscheidungsfindungsprozess eingebunden ist. Die wirtschaftliche Blickrichtung ist umfassender als bei dem Verfahren, das für Gesundheits-

versorgungsmaßnahmen angewandt wird, denn es werden auch Wirkungen erfasst, die außerhalb des Gesundheitssystems auftreten.

Anpassung von Ergebnissen aus vorhandenen Wirtschaftlichkeits-evaluierungen

Ein weiterer Lösungsansatz, der insbesondere bei beschränkten Ressourcen verfolgt werden kann, besteht in der Anpassung von Informationen, die aus vorhandenen Kosteneffektivitätsstudien gewonnen werden, z. B. unter Verwendung des CHOICE-Programms der WHO (CHOICE = Choosing Interventions that are Cost Effective). Eine Vielzahl von Maßnahmen, einschließlich Vorsorge-, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, können auf diese Weise einzeln und kombiniert verglichen werden, um den optimalen Ressourcenmix für ein Gesundheitssystem zu bestimmen. Die Ergebnisse werden dergestalt präsentiert, dass sich feststellen lässt, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Maßnahme in einem Umfeld mit geringen/mittleren/umfangreichen Ressourcen kosteneffizient sein wird. Sie können mit Hilfe ortsspezifischer Informationen an die besonderen Gegebenheiten eines Landes angepasst werden.

Reformierung institutioneller Gegebenheiten

Für die erfolgreiche Umsetzung von Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung sind auch die institutionellen Gegebenheiten und staatlichen Strukturen von Bedeutung. Da die Finanzmittel für die Gesundheit der Bevölkerung im Rahmen von Gesundheitsbudgets häufig äußerst begrenzt sind, könnte die Schaffung eines speziell hierfür zuständigen Ministeriums eine Lösung darstellen. Bislang wurde die Einrichtung solcher Institutionen nur selten angestrebt. Eines der wenigen Beispiele ist das Ministry of Health Promotion (Ministerium zur Förderung der Gesundheit) im kanadischen Ontario, das im Juni 2005 geschaffen wurde. Es ist noch zu früh, um die Wirksamkeit dieses Modells beurteilen zu können. Im Rahmen der schwierigen Aufgabe, Aktivitäten mit dem Gesundheitsministerium zu koordinieren, könnte es auch dazu kommen, dass die öffentliche Gesundheit von der allgemeinen Gesundheitspolitik noch stärker marginalisiert wird.

Weitere Optionen sind die Schaffung spezieller behördlicher Strukturen zur Förderung der Bevölkerungsgesundheit innerhalb eines Gesundheitsministeriums, einschließlich eines Ministerpostens, Partnerschaftsvereinbarungen zur Förderung sektorenübergreifender Kooperation auf nationaler wie auch lokaler Ebene sowie flexible Finanzierungsstrukturen, einschließlich obligatorischer oder freiwilliger Gemeinschaftsbudgets.

Identifikation von Alternativen für die Herbeiführung von Veränderungen

Mit welchen Instrumenten lässt sich sicherstellen, dass die Gesundheit der Bevölkerung in allen Politikbereichen und auf allen Ebenen auf der Agenda der politischen Entscheidungsträger steht und diesen bewusst wird, welche Auswirkungen ihre Entscheidungen auf die Gesundheit haben, und wie lässt sich bewirken, dass sich die politischen Entscheidungsträger für die Gesundheit verantwortlich fühlen? Wie können die Regierungen Anreize für Behörden schaffen, damit diese die nationale Politik zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung umsetzen?

Einfache Lösungen bevorzugen

Beim Aufbau einer landesspezifischen Erkenntnisbasis für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung ist es ratsam, zunächst einfache und nahe liegende Lösungen zu bevorzugen, d. h. Maßnahmen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit sehr wirksam, kosteneffizient und unumstritten sind. Dieses Vorgehen wurde von mehreren Einrichtungen, deren Auftrag die Bewertung von Gesundheitstechnologien ist, in der Anfangsphase befolgt. Es kann Organisationen dabei helfen, sich zu positionieren und ihre Glaubwürdigkeit zu untermauern.

Verbesserte Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern

Wissenschaftler und Politiker sprechen oft nicht dieselbe Sprache und misstrauen einander. Dieses Problem lässt sich durch Wissensvermittler, die die wissenschaftlichen Erkenntnisse verstehen und darüber hinaus problemlos in einem politischen Umfeld arbeiten können, bewältigen. Sie können dabei helfen, wissenschaftliche Berichte in kurze, politisch relevante Mitteilungen zu übersetzen, und sie können sich dafür einsetzen, dass politische Entscheidungsträger sinnvolle Studien in Auftrag geben. Durch angemessene Schulungsmaßnahmen können Mitarbeiter internationaler Einrichtungen wie der WHO in die Lage versetzt werden, als solche Wissensvermittler tätig zu werden.

Geschärftes Bewusstsein für gesundheitliche Folgen bei Entscheidungsträgern aus allen Politikbereichen

Oft fehlt es am Bewusstsein für die gesundheitlichen Folgen, die die außerhalb des Gesundheitssektors entwickelten und umgesetzten politischen Entscheidungen mit sich bringen. Ein solches Bewusstsein lässt sich mittels einer formalisierten Gesundheitsfolgenabschätzung erreichen, wie sie bereits in verschiedenen Ländern durchgeführt wurde, wobei jedoch unklar ist, inwieweit hiermit ein Umdenken herbeigeführt werden konnte.

Zielvorgaben, Überwachung und Evaluierung

Es kann hilfreich sein, in Systeme zu investieren, die die Umsetzung überwachen und evaluieren, sowie die längerfristigen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu untersuchen. Es können gemeinsame, ressortübergreifende Zielvorgaben festgelegt und deren schrittweises Erreichen überwacht werden. Ein drohender Gesichtsverlust in der Öffentlichkeit wegen des Verfehlens von Zielvorgaben kann einen wichtigen Handlungsanreiz darstellen.

Grundsatzpapier

Argumente für Investitionen in Strategien zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in der Europäischen Region

Bei der Ausarbeitung eines systematischen Konzeptes für Investitionen in Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Region stellen sich drei Kernfragen: 1. Wie sind die wichtigsten gesundheitlichen Probleme zu bewerten und welche breiten sozioökonomischen Folgen haben sie? 2. Gibt es wirksame Maßnahmen, mit denen gesundheitliche Probleme behoben werden können? Wie stehen diese Maßnahmen im Vergleich zu anderen alternativen Verwendungen der knappen Ressourcen da? Welche Auswirkungen hätten die Maßnahmen in den verschiedenen Bevölkerungssegmenten? Sind sie für die landesspezifischen Gegebenheiten geeignet? 3. Wie können die einschlägigen Erkenntnisse im Rahmen der politischen Entscheidungsfindung und bei der Umsetzung genutzt werden?

Stand der gesundheitlichen Probleme in der Europäischen Region

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hat sich in weiten Teilen der Europäischen Region der WHO verbessert, und im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt 74,5 Jahre. Dahinter verbergen sich jedoch erhebliche Unterschiede, da die Lebenserwartung zwischen nur 65,4 Jahren in der Russischen Föderation und 81,6 Jahren in Island schwankt. Allgemein ist der Gesundheitszustand in vielen Ländern im mittleren und östlichen Teil der Region schlechter. Im Jahr 2005 betrug die Lebenserwartung in den 15 Ländern, die vor Mai 2004 Mitglied der Europäischen Union (EU) waren, 79,7 Jahre gegenüber 74,0 Jahren in den 12 Ländern, die später der EU beigetreten sind, und nur 67,0 Jahren in den Ländern, die der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten angehören (1).

Nichtübertragbare Krankheiten machen 77% der gesamten Krankheitsbelastung aus, hinzu kommen äußere Verletzungen und Vergiftungen mit 14% und übertragbare Krankheiten mit 9% (Tabelle 1) (2). Frauen und Männer weisen hauptsächlich die folgenden gesundheitlichen Probleme auf: Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Männer 22,95%, Frauen 22,82%), neuropsychiatrische Erkrankungen (Männer 17,15%, Frauen 22,53%) und Krebs (Männer 11,25%, Frauen 11,63%). Unbeabsichtigte Verletzungen machen ebenfalls einen bedeutenden Anteil aus und betragen bei Männern 12,95% der Krankheitsbelastung.

Auch wenn viele Probleme in der gesamten Europäischen Region auftreten, haben die verschiedenen Teile der Region doch unterschiedliche Bedürfnisse. Im Vergleich zu den wohlhabenderen Eur-A-Ländern weisen die Eur-B- und

Tabelle 1: Prozentuale Verteilung der Krankheitsbelastung, ausgedrückt in DALY (disability adjusted life years – behinderbereinigter Lebensjahre) unter Berücksichtigung von Ursache, Geschlecht und Mortalitätsgruppe in der Europäischen Region der WHO (2002)

Ursache	Eur-A		Eur-B		Eur-C		Europäische Region					
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich				
Summe übertragbarer, mutterschaftsbedingter, perinataler und ernährungsbedingter Erkrankungen	4,40	5,53	4,93	15,34	17,72	16,44	9,24	7,86	8,68	9,14	9,59	9,34
Infektions- und Parasitenerkrankungen	1,76	1,68	1,72	5,53	5,28	5,41	5,54	2,95	4,49	4,30	3,09	3,77
Atemwegsinfektionen	1,32	1,35	1,33	4,05	4,03	4,04	1,79	1,02	1,48	2,18	1,93	2,07
Perinatale Krankheiten	1,00	0,93	0,97	4,42	3,99	4,22	1,04	1,13	1,08	1,85	1,80	1,83
Ernährungsmängel	0,32	0,89	0,59	1,34	2,29	1,78	0,88	1,66	1,20	0,81	1,54	1,13
Summe nichtübertragbarer Krankheiten	85,10	89,5	87,18	69,55	76,57	72,29	62,85	81,24	70,29	71,72	83,05	76,73
Neuropsychiatrische Erkrankungen	24,18	29,20	26,55	16,41	21,40	18,71	12,25	16,72	14,06	17,15	22,53	19,52
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	18,31	15,71	17,09	22,19	21,10	21,69	26,88	31,08	28,58	22,95	22,82	22,90

Bösartige Neoplasmen	17,19	15,78	16,53	9,02	8,38	8,72	8,02	9,80	8,74	11,25	11,63	11,42
Atemwegserkrankungen	6,65	6,51	6,59	4,15	4,05	4,10	2,87	3,00	2,93	4,41	4,56	4,48
Erkrankungen der Sinnesorgane	4,29	5,30	4,77	3,48	5,07	4,21	2,58	4,99	3,56	3,35	5,13	4,14
Erkrankungen des Verdauungsapparats	4,92	4,38	4,67	5,30	4,73	5,04	4,93	5,25	5,06	5,02	4,80	4,92
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	3,20	5,42	4,25	3,10	5,09	4,01	1,94	4,95	3,16	2,63	5,16	3,75
Diabetes mellitus	2,00	2,29	2,14	1,31	1,72	1,50	0,56	1,30	0,86	1,21	1,77	1,46
Summe Verletzungen	10,50	4,97	7,89	15,1	5,70	10,77	27,91	10,91	21,03	19,14	7,36	13,93
Unbeabsichtigte Verletzungen	7,67	3,88	5,88	11,52	4,51	8,29	17,74	7,66	13,66	12,95	5,45	9,63
Vorsätzliche Verletzungen	2,83	1,09	2,01	3,59	1,19	2,48	10,17	3,25	7,37	6,19	1,92	4,30

Quelle: *Global burden of disease estimates (2)*.

Eur-A: 27 Länder in der Europäischen Region der WHO mit sehr niedriger Kinder- und Erwachsenensterblichkeit;

Eur-B: 17 Länder in der Europäischen Region der WHO mit niedriger Kinder- und Erwachsenensterblichkeit;

Eur-C: 9 Länder in der Europäischen Region der WHO mit niedriger Kinder- und hoher Erwachsenensterblichkeit

Eur-C-Länder prozentual weit mehr Verletzungen und übertragbare Krankheiten auf. Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung könnten in diesem Zusammenhang auf unterschiedliche Themen abzielen: Beispielsweise könnten Selbstschädigungen und Leberzirrhose eine höhere Priorität beigemessen werden.

Welche wirtschaftlichen Auswirkungen haben gesundheitliche Probleme in der Europäischen Region?

Abgesehen von den tief greifenden Folgen, die gesundheitliche Probleme für die Betroffenen und deren Familien haben, legen die in Studien gewonnenen Erkenntnisse (die allerdings hauptsächlich aus Westeuropa stammen und bei deren Bewertung unterschiedliche Methoden zugrunde gelegt wurden) den Schluss nahe, dass gesundheitliche Probleme auch bedeutende sozioökonomische Auswirkungen haben. Herz-Kreislauf-Erkrankungen als wichtigste Ursache gesundheitlicher Probleme verursachen in den 25 Ländern, die 2005 der EU angehörten (EU-25), jährlich schätzungsweise über 168 Mrd. € Kosten, wobei die Gesundheitssysteme über 60% der Kosten übernehmen (3). Untersuchungen der wirtschaftlichen Auswirkungen allgemeiner Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und sonstige gesundheitliche Probleme haben ergeben, dass Krankheiten, die mit Adipositas verbunden sind, schätzungsweise zwischen 1,5% und 4,6% der Gesamtausgaben der Gesundheitsversorgung in Frankreich (4), 4,6% im Vereinigten Königreich (5) und 1,9% in Schweden (6) verursachen.

Depressionen sind ein großes Problem in der Europäischen Region. Die Kosten unipolarer Depressionen werden in den EU-25-Ländern auf jährlich 118 Mrd. € geschätzt. Aufgrund hoher beruflicher Fehlzeiten und vorzeitigen Eintritts in den Ruhestand fallen 64% der Kosten außerhalb des Gesundheitssystems an (7). Dabei kann es sich um eine konservative Schätzung handeln, denn Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten von Amerika schätzen die mit Depressionen verbundenen Kosten, die durch „Präsentismus“ (verringerte Arbeitsleistung) entstehen, fünfmal höher als die Kosten, die durch Fernbleiben vom Arbeitsplatz entstehen (8).

Nach konservativen Schätzungen entstehen den europäischen Wirtschaftssystemen durch alkoholbedingte Störungen, die ebenfalls eine wichtige Ursache für gesundheitliche Probleme in der Europäischen Region darstellen, Kosten in Höhe von 1% des Bruttoinlandsprodukts (9). Auch wenn man die präventiven Wirkungen von Alkohol berücksichtigt, verursacht Alkohol in den EU-25-Ländern jährlich schätzungsweise 115 000 Todesfälle und Kosten in Höhe von 125 Mrd. €. Ähnlich wie bei Depressionen fallen viele dieser Kosten außerhalb des Gesundheitssystems an. Sie sind durch Produktivitätseinbußen, Kriminalität und Gewalt bedingt (10).

Was unbeabsichtigte und vorsätzliche Verletzungen betrifft, so werden die Kosten von Straßenverkehrsunfällen in der Europäischen Region auf 2% des Bruttoinlandsprodukts der Mitgliedstaaten geschätzt. In der EU sind sie bei den unter 50-Jährigen die Hauptursache für Krankenhausaufenthalte und Todesfälle, und sie verursachen jährlich Kosten in Höhe von 180 Mrd. € (11). Auch wenn für diesen Bereich nur wenige Daten vorliegen, wird vermutet, dass die genannten Kosten im Osten der Europäischen Region aufgrund der höheren Unfallquote noch höher anzusetzen sind. Das Gleiche gilt auch für vorsätzliche Selbstschädigungen. Daten aus Westeuropa legen den Schluss nahe, dass der Gesellschaft durch jeden vollendeten Selbstmord Kosten in Höhe von 2 Mio. € entstehen (12).

Welche Konsequenzen sollten politische Entscheidungsträger in der Europäischen Region ziehen?

Angesichts der erwähnten sozioökonomischen Auswirkungen müssen sich politische Entscheidungsträger in der Europäischen Region die entscheidende Frage stellen, in welchem Umfang die Gesundheitssysteme Investitionen in Programme und Strategien unterstützen sollten, die den Gesundheitsversorgungsbedarf reduzieren, indem sie wirksame Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Gang setzen.

Zuverlässige Erkenntnisse deuten darauf hin, dass Präventivmaßnahmen, die innerhalb der Gesundheitssysteme ergriffen werden, z. B. Impfungen und Statine zur Verhinderung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Zahl der vermeidbaren Todesfälle erheblich senken könnten (13–15). Dennoch ist seit langem anerkannt, dass jedwede Strategie zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung breit angelegt sein muss und Maßnahmen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssystems beinhalten sollte (16).

Neben biologischen und genetischen Dispositionen kann auch das sozio-ökonomische Umfeld, in dem die Betroffenen leben, das Risiko eines frühzeitigen Todes oder einer vermeidbaren Erkrankung entscheidend beeinflussen (17).

Die umfassende Förderung der Gesundheit der Bevölkerung könnte eine Kombination von Maßnahmen beinhalten, die einerseits vorgelagert und andererseits nachgelagert sein können. Vorgelagerte Maßnahmen sind Maßnahmen, die neben weiteren Zielen auch der Gesundheitsförderung dienen können, z. B. steuerliche Umverteilung, qualitative Verbesserung der Wohnsituation und Einführung von Anreizen, die Lernende zur Fortführung ihrer Ausbildung motivieren. Zu den nachgelagerten Maßnahmen zählen Gesundheitsförderung und Maßnahmen zur primären Krankheitsprävention. Diese Maßnahmen sind häufig auf das Verhalten und die allgemeine Lebensführung von Einzelpersonen gerichtet. Die Strategien könnten z. B. Beratungs-

programme zu Ernährung und allgemeiner Lebensführung, Umsetzungsmaßnahmen zur Bekämpfung des Tabak- und Alkoholkonsums, Programme zur Überwachung der Wasser- und Luftqualität, Impfkampagnen und im Hinblick auf Unfälle und Verletzungen auch gesetzliche, regulatorische und sonstige Sicherheitsmaßnahmen beinhalten.

Interessenausgleich schaffen und Veränderungen bewirken

In welchem Verhältnis sollten nun Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung und Maßnahmen der Gesundheitsversorgung stehen? Wenn man diese Frage auf der Grundlage der vorliegenden Evidenz beantworten will, benötigt man Informationen sowohl zur Wirksamkeit als auch zur Kosteneffektivität. Verglichen mit Behandlungsmaßnahmen, bei denen Lizenzierungs- und Erstattungsverfahren oftmals eine Evaluierung sicherstellen, stehen für die Evaluierung von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung nur beschränkte Finanzmittel zur Verfügung. Doch die Erkenntnisbasis, auf die sich Aktivitäten stützen können, wird rapide ausgebaut, auch wenn sie derzeit noch begrenzt ist (18). Außerdem haben Suhrcke et al. (19) nachgewiesen, dass ein besserer Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Europäischen Region erhebliche und umfassende wirtschaftliche Vorteile mit sich bringen könnte. Wie kann also die vorhandene Erkenntnisbasis ausgebaut, an die unterschiedlichen Situationen angepasst und mit dem politischen Entscheidungsfindungsprozess verbunden werden?

Weiterhin ist zu untersuchen, welche institutionellen Mechanismen und Finanzierungsmöglichkeiten am besten geeignet sind, um Investitionen zu unterstützen, die auf der Grundlage von Erkenntnissen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems getätigt werden. Angesichts der potenziellen Verbesserungen des Gesundheitszustands, die durch Gesundheitsförderung und Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit bewirkt werden können, sind die hierfür zugewiesenen Mittel bescheiden. Die Bandbreite reicht von unter 1% (Italien und Dänemark) bis zu knapp 6% (Kanada) der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung (20). Hieran kann man u. a. den eingeschränkten Schutz und die niedrige budgetäre Priorität ablesen, die Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung eingeräumt werden. Eine Schwierigkeit liegt darin, zu verhindern, dass Gelder, die für Investitionen in wirksame Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung gedacht sind, für andere Zwecke umgeleitet werden. Ein weiteres Problem ist die Frage, wie „Finanzfestungen“ überwunden werden. Damit sind institutionelle und mentale Barrieren gemeint, die Investitionen in externen Sektoren begrenzen.

Welche Schritte können unternommen werden, um die Umsetzung zu fördern? Eine zentrale Maßnahme könnte in der Verbesserung der Kommunikationskanäle zwischen den Personen, die Erkenntnisse über die Wirksamkeit und

Kosten von Aktivitäten gewinnen, und den übrigen Akteuren liegen. Hierzu zählen nicht nur politische Entscheidungsträger aus dem Gesundheitsbereich und anderen Politikbereichen, z. B. der Finanzpolitik, sondern auch andere Gruppen, z. B. professionelle Dienstleister, die Privatwirtschaft und die breite Öffentlichkeit. In diesem Zusammenhang sollte man auch darüber nachdenken, wie die verschiedenen Zielgruppen anzusprechen sind. Es kann auch hilfreich sein, Erfolgsgeschichten zu veröffentlichen und Anreize zu bieten, z. B. Zielvorgaben für die Gesundheit der Bevölkerung.

Grundsatzoptionen: Gewinnung und Verwendung von Erkenntnissen über die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung

Systematische Übersichtsarbeiten

Bisweilen wird argumentiert, dass die Investitionen in Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung aufgrund der begrenzten Erkenntnisbasis ebenfalls begrenzt seien, da nicht immer auf randomisierte kontrollierte Studien zurückgegriffen werden könne, um die Wirkungen zu messen. Die verschiedenen Möglichkeiten der Erkenntnisgewinnung können hier nicht im Einzelnen erörtert werden, idealerweise lassen sich jedoch anhand vieler verschiedener – sowohl quantitativer als auch qualitativer – Erkenntnisarten Informationen für den politischen Entscheidungsfindungsprozess gewinnen.

Durch versuchsbasierte Studien kann bei speziellen Untersuchungen das Risiko der Voreingenommenheit minimiert werden, doch die kontrollierten Rahmenbedingungen, unter denen diese Studien durchgeführt werden, können dazu führen, dass sich die Ergebnisse nur schwer verallgemeinern lassen. Durch qualitative Forschung lässt sich beispielsweise identifizieren, welche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung von den Zielgruppen angenommen werden.

Systematische Übersichtsarbeiten, die die Wirksamkeit (und sonstige Erkenntnisse) für einen bestimmten Bereich systematisch identifizieren und bewerten, können besonders hilfreich sein, wenn die Wirksamkeit von Maßnahmen beurteilt werden soll. Der Vergleich und, soweit möglich, die statistische Zusammenführung von Daten aus verschiedenen Untersuchungen verringert die Wahrscheinlichkeit, dass eine einzelne, nicht repräsentative Untersuchung die Ergebnisse einer Wirksamkeitsanalyse verfälscht. Daten aus vorhandenen, qualitativ hochwertigen Übersichtsarbeiten können politischen Entscheidungsträgern rasch verfügbare Quellen zur Gewinnung von Erkenntnissen (und zur Aufdeckung von Erkenntnisdefiziten) im Hinblick auf eine spezielle Frage liefern. Dies kann den Bedarf an zeitaufwändigen und kostspieligen zusätzlichen Übersichtsarbeiten senken und gegebenenfalls den Umfang erforderlicher

neuer Übersichtsarbeiten beschränken, z. B. auf den Zeitraum nach Erstellung der bereits vorhandenen Übersichtsarbeiten.

Qualitativ hochwertige Übersichtsarbeiten werden von verschiedenen Institutionen erstellt, insbesondere der Cochrane Collaboration (Gesundheit) und der Campbell Collaboration (Bildung, Soziales und Kriminalität), der United States Preventive Services Task Force, die von der United States Agency for Healthcare Research and Quality finanziert wird, und der Task Force on Community Preventive Services, die von den United States Centers for Disease Control and Prevention finanziert wird (21). Derzeit wird die Cochrane Public Health Collaborative Group aufgebaut. Im Gegensatz zu den bisherigen Cochrane-Übersichtsarbeiten, deren Schwerpunkt vor allem auf Maßnahmen lag, die sich an Einzelpersonen richten, wird sich diese Arbeitsgruppe darauf konzentrieren, systematische Übersichtsarbeiten zu Maßnahmen und Programmen zu verfassen, die die vorgelagerten Gesundheitsfaktoren betreffen und deren Adressaten ganze Bevölkerungen oder spezifische Zielgruppen sind (22).

Politische Entscheidungsträger könnten festlegen, dass zunächst die Ergebnisse bereits vorhandener Übersichtsarbeiten geprüft werden, bevor sie die Finanzierung von Evidenzsynthesen bewilligen. Soweit neue Untersuchungen erforderlich sind, können die beauftragten Personen auf anerkannte Leitlinien zum Aufbau der Untersuchungen zurückgreifen (23). So können politische Entscheidungsträger ihre Aufmerksamkeit auf die Frage konzentrieren, ob die in einer Übersichtsarbeit identifizierten Maßnahmen für die Umsetzung in ihrem landesspezifischen Kontext angepasst werden müssen.

Wirtschaftlichkeitsevaluierungen

Ein weiterer Grund für die bisherige Zurückhaltung bei Investitionen in die öffentliche Gesundheit und in gesundheitsfördernde Maßnahmen kann in den fehlenden Informationen zur Kosteneffektivität der Maßnahmen liegen (24). Auch wenn durch Investitionen in Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors ein erheblicher Nutzen erzielt werden kann, lassen sich anhand von Wirtschaftlichkeitsevaluierungen weitere Argumente für derartige Investitionen ins Feld führen.

Jede Entscheidung für Investitionen in Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung muss die Personal- und Infrastrukturkosten berücksichtigen, die mit der Durchführung der Maßnahmen verbunden sind. Beispielsweise stellt sich die Frage, ob es wirklich kosteneffizienter ist, Präventivmaßnahmen zur Vermeidung gesundheitlicher Probleme zu ergreifen, als die kleinere Gruppe einzelner erkrankter Personen zu behandeln? Können Einsparungen erreicht werden, indem der Bedarf an künftigen Ressourcen für

die Gesundheitsversorgung reduziert oder hinausgezögert wird und die externen Kosten, die den Wirtschaftssystemen aufgrund beruflicher Fehlzeiten und vorzeitigen Eintritts in den Ruhestand entstehen, verringert werden? Welcher zusätzliche außergesundheitliche Nutzen kann erzielt werden, z. B. verbesserter gesellschaftlicher Zusammenhalt und höherer Bildungsstand sowie Senkung der Kriminalitätsrate (25)?

Der systematische Einsatz von Wirtschaftlichkeitsevaluierungen kann dabei helfen, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Gesundheitssysteme Prioritäten festzulegen. Wirtschaftlichkeitsevaluierungen werden in den Bereichen Gesundheitsversorgung, Umwelt und Verkehr häufig durchgeführt und gelten als vergleichende Analysen alternativer Handlungsmöglichkeiten im Hinblick auf Kosten und Auswirkungen (26–28). Eine Grundannahme ist die Tatsache, dass Ressourcenknappheit allen Gesellschaften gemeinsam ist und dass Investitionen in ein spezielles öffentliches Projekt dazu führen, dass diese Ressourcen für einen anderen Zweck nicht mehr zur Verfügung stehen. Auch wenn keine Daten zur langfristigen Wirksamkeit vorliegen, können Wirtschaftlichkeitsevaluierungen auf Modellierungstechniken zurückgreifen, um die langfristigen Kosten und Wirkungen zu bewerten bzw. den Wirksamkeitsgrad zu identifizieren, den eine Strategie benötigt, um als kosteneffizient zu gelten.

Ist eine neue Maßnahme sowohl kostengünstiger als auch wirksamer als das bisherige Verfahren, so liegt die Entscheidung normalerweise auf der Hand: Es sollte in die neue Maßnahme investiert werden. Ist eine Maßnahme wirksamer und kostspieliger, müssen die politischen Entscheidungsträger abwägen, ob sich die Maßnahme lohnt. Dabei spielen die verfügbaren Ressourcen und Infrastrukturen eine wichtige Rolle: Was in Irland oder Frankreich als kosteneffizient gilt, wird in Tadschikistan oder Georgien möglicherweise anders beurteilt.

Wirtschaftlichkeitsevaluierungen sollten nicht isoliert betrachtet werden. Die politischen Entscheidungsträger müssen weitere Faktoren berücksichtigen. Wird in die kosteneffizienteste Maßnahme investiert, kann dies mit den übrigen politischen Zielen kollidieren, z. B. im Hinblick auf eine Verringerung des Ungleichgewichts, das im gesundheitlichen oder außergesundheitlichen Bereich zwischen den gesellschaftlichen Gruppen herrscht. Weitere wichtige Aspekte sind die Sicherstellung eines ausgewogenen Zugangs zu Dienstleistungen und Beratungsangeboten, die Auswirkungen von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung auf die lokale Wirtschaft, z. B. bei Rauchverboten in Kneipen und Restaurants, sowie lokalpolitische Besonderheiten.

Lösungsansätze für Wirtschaftlichkeitsevaluierungen

Auch wenn die vorhandenen Methoden, mit denen die Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung evaluiert wird, bei der Begründung von Investitionen hilfreich sind, bereitet ihre Anwendung

praktische und methodische Schwierigkeiten (29,30). Die Leitlinien der Institutionen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien empfehlen vorwiegend die Verwendung von Kosten-Nutzen-Analysen, bei denen die Ergebnisse nach dem Nutzen bemessen werden. Der Nutzen orientiert sich am Wunsch des Betroffenen, ein bestimmtes Gesundheitsniveau oder -ergebnis zu erreichen, z. B. qualitätsbereinigte Lebensjahre. Mit diesem Lösungsansatz lassen sich Investitionsentscheidungen innerhalb des Gesundheitssystems vergleichen, doch die signifikanten Wirkungen, die Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung außerhalb des Gesundheitssystems haben können, werden nicht erfasst.

Es gibt Alternativen zu diesem Lösungsansatz, doch auch sie haben ihre Grenzen. In England sehen die Leitlinien zur öffentlichen Gesundheit, die vom National Institute for Health and Clinical Excellence entwickelt wurden, neben der Kosten-Nutzen-Analyse zusätzlich eine Kostenfolgenabschätzung vor. Mit dieser Lösung lassen sich eine Vielzahl normaler gesundheitlicher und außergesundheitlicher Ergebnisse darstellen, z. B. vermeidbare Herzinfarkte oder eine Verringerung der Kriminalitätsraten. Anschließend müssen die politischen Entscheidungsträger abschätzen, ob einem dieser Ergebnisse eine besonders hohe Bedeutung zukommt.

Auch wenn dieser Lösungsansatz hilfreich ist, bereitet er Schwierigkeiten, wenn die gesundheitlichen Ergebnisse relativ bescheiden, die außergesundheitlichen Wirkungen jedoch positiver sind. Beispielsweise wird ein kostenloses Frühstück in der Schule möglicherweise nur eine geringe Verbesserung der Ernährung bewirken, doch kann es zusätzliche Wirkungen für die soziale Entwicklung und die Erziehung entfalten (31,32).

Eine Lösung kann die Kosten-Nutzen-Analyse sein. Bei der Bewertung von Verkehrs- und Umweltmaßnahmen wird sie häufig eingesetzt. Dabei werden sowohl Kosten als auch Nutzen nach ihrem Geldwert bemessen, so dass Gesundheitsinvestitionen mit Investitionen in anderen Sektoren, z. B. im Bildungssektor, verglichen werden können. Auf diese Weise kann der Wert außergesundheitlicher und gesundheitlicher Erfolge nach den gleichen Maßstäben bemessen werden, was bei der Entscheidungsfindung sehr hilfreich ist. Soweit der Nettonutzen positiv ist, ist die Investition nach dieser Lösung gerechtfertigt.

Der Einsatz der Kosten-Nutzen-Analyse wird jedoch dadurch eingeschränkt, dass sich die Ergebnisse nur schwer exakten monetären Werten zuordnen lassen und die monetäre Erfassung von Gesundheitszuständen bei der Öffentlichkeit auf Ablehnung stößt. Anhand der Leitlinien, die das National Institute for Health and Clinical Excellence für die öffentliche Gesundheit entwickelt hat, lassen sich Kosten hingegen differenzierter betrachten als bei der konventionellen Analyse der Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem.

Beispielsweise lassen sich Programme zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz in Bezug auf ihre Auswirkungen auf berufliche Fehlzeiten und auf Produktivitätsquoten untersuchen.

Welche wirtschaftlichen Argumente sprechen für Investitionen in Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung?

Auch wenn die Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsevaluierungen sorgfältig interpretiert werden müssen, stellt sich die Frage, ob die Erkenntnisbasis tatsächlich so begrenzt ist, wie behauptet wird. Auch wenn hier nicht so viele Erkenntnisse vorliegen wie im Bereich der Gesundheitsversorgungsmaßnahmen, so ist die Erkenntnisbasis doch rapide ausgebaut worden. Mittlerweile lassen sich aus verschiedenen Quellen relevante Informationen zur Kosteneffektivität beziehen. Dazu zählen herkömmliche ökonomische Evaluierungsdatenbanken, wie z. B. die kostenlose National Health Service (NHS) Economic Evaluation Database im Vereinigten Königreich und WHO-CHOICE.

Die Fachliteratur wurde mehrfach geprüft (33,34). In einer Übersichtsarbeit (18) wurden über 1700 Evaluierungen genannt, die überwiegend in den vergangenen 10 Jahren erstellt wurden. Über 60% davon bezogen sich auf Impf- und Screening-Maßnahmen, die größtenteils innerhalb der Gesundheitssysteme erbracht werden konnten. Somit war es verhältnismäßig leicht, Ressourcenverwendung, Kosten und kurzfristige Ergebnisse auf der Grundlage tatsächlich nachgewiesener positiver Einzelfälle oder erfolgreich durchgeführter Immunisierungen zu quantifizieren. Langfristig wurde auch auf Modellierungsverfahren zurückgegriffen, um den Nutzen für die gesamte Lebensspanne zu bewerten. Auch wenn Impfungen allgemein kosteneffizient sind, werden sie häufig zurückhaltend bewertet, ohne dass der Nutzen einer Herdenimmunität oder die Bedeutung einer verringerten Ansteckungsfurcht aufgrund des niedrigeren Ansteckungsrisikos berücksichtigt werden (35). Dies ist besonders wichtig, wenn man bedenkt, dass die Impfstoffe der neuesten Generation teurer sind als herkömmliche kostengünstige Impfstoffe.

Komplexere Maßnahmen wurden weniger häufig evaluiert. Beispiele für kosteneffiziente Maßnahmen in spezifischen Umgebungen und Zusammenhängen sind zielgruppenorientierte körperliche Aktivitäten für ältere Menschen, Maßnahmen zur Bekämpfung von Tabak-, Drogen- und Alkoholkonsum sowie finanzielle Anreize und Maßnahmen im Bildungsbereich zur Förderung der Ernährungsumstellung. Eine Übersichtsarbeit über Maßnahmen zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (36) verwies auf umfangreiche Erkenntnisse zu klinischen Präventivmaßnahmen, überwiegend in Form lipidsenkender Medikamente; allerdings enthielt sie weniger Erkenntnisse zu eher vorgelagerten gesundheitsfördernden Maßnahmen. Eine andere Übersichtsarbeit zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Vermeidung psychischer Gesundheits-

probleme kam zu dem Schluss, dass zwingende Erkenntnisse Maßnahmen nahe legen, die bereits in jungen Jahren zugunsten von Kindern und ihren Eltern durchgeführt werden. Einige dieser Maßnahmen betreffen die primäre Prävention von Depressionen sowie Strategien zur Selbstmordprävention (37).

All diese Evaluierungen beschäftigen sich mit der Tatsache, dass viele Maßnahmen außerhalb des Gesundheitssystems finanziert und durchgeführt werden. Dies gilt insbesondere für Maßnahmen zur Vermeidung von Unfällen und Verletzungen. Diese sind häufig äußerst kosteneffizient. Beispielsweise scheinen die Durchführungsmaßnahmen, die in Neuseeland, einem Land mit einer hohen Verkehrsunfallquote, bei der Polizei und beim Transportsektor angesiedelt sind (Finanzierung von Öffentlichkeitskampagnen gegen Trunkenheit am Steuer und überhöhte Geschwindigkeit sowie für Gurtpflicht), äußerst kosteneffizient zu einer Verringerung der Zahl und Schwere von Verkehrsunfällen geführt zu haben (38).

Häufig werden auch Bewertungen von Programmen zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz durchgeführt. Dies trifft insbesondere auf die Vereinigten Staaten zu, in denen viele Arbeitgeber die Gesundheitsversorgung ihrer Arbeitnehmer bezahlen (39). Maßnahmen, die sich als kosteneffizient erwiesen haben, sind körperliche Aktivitäten, Beratungen zur allgemeinen Lebensführung, Screening-Programme zur Gesundheit am Arbeitsplatz und die Intensivbetreuung von Personen, die unter Depressionen oder Stress leiden (40).

Zukunftsweisende Grundsatzoptionen: Ausbau der Erkenntnisbasis und Analyse der institutionellen Gegebenheiten

Die Übersichtsarbeiten legen den Schluss nahe, dass unabhängig vom Umfeld bei vielen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung wirtschaftliche Gründe für eine Investition sprechen. Investitionen in zusätzliche Ressourcen können die Lebensqualität oft erheblich mehr verbessern als viele Maßnahmen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung. Außerdem profitiert der außergesundheitliche Sektor häufig erheblich von derartigen Investitionen. Anhand des schnellen Ausbaus der Erkenntnisbasis in den vergangenen Jahren und des zunehmenden Interesses der politischen Entscheidungsträger lässt sich die Bedeutung wirtschaftlicher Gründe für die öffentliche Gesundheit, einschließlich der Gesundheitsförderung, erkennen. Wie können die Länder bei der Planung von Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung Wirtschaftlichkeitsevaluierungen besser einbeziehen? Es können institutionelle und gesetzliche Voraussetzungen geschaffen werden, die die Bewertung der Erkenntnisse durch unabhängige Institutionen, die Gründung interner staatlicher Stellen und die Unterstützung von Wissensvermittlern ermöglichen.

Definition bzw. Erweiterung des Aufgabenbereichs von Institutionen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien

Eine Option besteht darin, den Aufgabenbereich zu erweitern, der die vorhandenen institutionellen Mechanismen begrenzt, wenn sie die Kosten und Wirkungen von Gesundheitstechnologien bewerten. Bislang lag der Schwerpunkt auf Medikamenten sowie auf medizinischen und chirurgischen Techniken. Derzeit ändert sich die Lage, was besonders am Beispiel des National Institute for Health and Clinical Excellence in England deutlich wird¹(41).

Als unabhängige Einrichtung hatte sich das National Institute for Health and Clinical Excellence ursprünglich ausschließlich auf Maßnahmen innerhalb des Gesundheitssystems konzentriert, doch 2005 hat das Institut seinen Aufgabenbereich erweitert und analysiert nun Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Maßnahmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit, einschließlich optimaler Durchführungsmethoden. Darunter fallen auch Maßnahmen, die außerhalb des Gesundheitssystems finanziert und durchgeführt werden, und bei den Evaluierungen werden auch Maßnahmen bewertet, die zur Förderung der psychischen und physischen Gesundheit am Arbeitsplatz durchgeführt werden, ebenso Strategien zur Alkoholaufklärung an Schulen.

Es wurde ein stark formalisiertes Verfahren mit einer Dauer von 9–12 Monaten entwickelt, das mit der Herausgabe von zwei verschiedenen Arten von Leitlinien auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit verbunden ist (Kasten 1). Die Leitlinien zu Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit legen den Schwerpunkt auf lokale, klar umrissene Aktivitäten, die das Risiko einer Erkrankung oder eines gesundheitlichen Problems verringern oder der Förderung oder Aufrechterhaltung einer gesunden Lebensweise dienen sollen. Die Maßnahmen werden normalerweise von Fachkräften aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheit durchgeführt und richten sich an spezifische Bevölkerungsschichten, Gemeinschaften oder Einzelpersonen. Beispielsweise kann es sich um Beratungen zu Sport und Bewegung handeln, die im Primärversorgungsumfeld angeboten werden. Eine zweite Art von Leitlinien betrifft Programme, die im Bereich der öffentlichen Gesundheit durchgeführt werden. Häufig sind mehrere Stellen an derartigen Programmen beteiligt, und es handelt sich um vielschichtige Lösungen, die sich aus Grundsatzentscheidungen, Dienstleistungsangeboten und Maßnahmen zusammensetzen. Sie beinhalten zahlreiche Aktivitäten, die sich am Sachthema, am Umfeld oder an der Bevölkerung orientieren und Änderungen der organisatorischen Infrastruktur beinhalten können. Die Sachthemen betreffen z. B. Rauchverbote

¹ Auch wenn der Aufgabenbereich des National Institute for Health and Clinical Excellence für Gesundheitstechnologien England und Wales erfasst, gelten die Leitlinien für die öffentliche Gesundheit nur für England.

Kasten 1: Die Rolle des National Institute for Health and Clinical Excellence als unabhängige Prüfstelle für öffentliche Gesundheit

Das National Institute for Health and Clinical Excellence gibt Leitlinien zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention heraus, die sich an Mitarbeiter des NHS, lokale Behörden und an den öffentlichen und den ehrenamtlichen Sektor insgesamt richten. Die Leitlinien beziehen sich auf spezifische Maßnahmen und umfassende Programme und können überarbeitet und aktualisiert werden (normalerweise nach drei Jahren).

Bei der Entwicklung der Leitlinien werden die betroffenen Akteure aktiv nach ihrer Meinung und ihren Erfahrungen befragt, damit die in den Leitlinien enthaltenen Empfehlungen realistisch und angemessen sind. Die Empfehlungen können sich an Bevölkerungen, Gemeinschaften, Organisationen, Gruppen, Familien oder Einzelpersonen richten. Sie können sowohl nachgelagerte Themen (z. B. allgemeine Lebensführung) als auch vorgelagerte Themen in Verbindung mit den Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinne (z. B. Wohnsituation und Umwelt) betreffen.

Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Evidenz werden nach eindeutig definierten Kriterien in Auftrag gegeben, analysiert und anschließend bewertet. Dabei werden verschiedene Arten qualitativer und quantitativer Erkenntnisse berücksichtigt.

Werden Leitlinien für individuelle Maßnahmen erarbeitet, prüft ein Sachverständigenausschuss, das Public Health Interventions Advisory Committee, die Erkenntnisse und anschließend werden Empfehlungen entworfen, Feldversuche durchgeführt und Leitlinien, einschließlich überarbeiteter Empfehlungen, entwickelt. Schließlich werden die Leitlinien auf der Website des National Institute for Health and Clinical Excellence veröffentlicht.

Werden Leitlinien für die Programmentwicklung erarbeitet, kommt ein Ausschuss innerhalb von neun Monaten fünf- oder sechsmal zusammen, um die Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Anschließend werden den maßgeblichen Akteuren Empfehlungsentwürfe zur Stellungnahme vorgelegt. Die Empfehlungen werden in Feldversuchen getestet, um Hindernisse und begünstigende Faktoren für die Umsetzung zu identifizieren. Daraufhin werden die Empfehlungen überarbeitet und am Ende werden die Leitlinien auf der Website veröffentlicht.

am Arbeitsplatz oder gemeindenahes Engagement und gesundheitsfördernde Gemeinschaftsentwicklung.

Auch dieses Verfahren stößt an Grenzen. Auch wenn ein breiterer wirtschaftlicher Blickwinkel die Grundlage bildet, kann es vorkommen, dass Erkenntnisse aus Wirtschaftlichkeitsevaluierungen, die sich auf Kosten-Nutzen-Analysen stützen, dennoch nicht in die für die Evaluierung entwickelten Wirtschaftlichkeitsmodelle einbezogen werden.

Selbst die Empfehlungen des National Institute for Health and Clinical Excellence werden nicht immer umgesetzt, auch wenn sie eindeutig in den politischen Entscheidungsfindungsprozess eingebunden sind. Es ist noch zu früh, um die

Auswirkungen dieses öffentlichen Gesundheitsprogramms beurteilen zu können. Gewisse Einblicke bieten jedoch die Erfahrungen mit den Leitlinien, die das National Institute for Health and Clinical Excellence für Gesundheitstechnologien und klinische Praxis herausgegeben hat. Auch wenn diese Leitlinien für den NHS verbindlich sind, wurden sie nur von der Hälfte der örtlichen NHS-Beauftragten eingehalten (42).

Bei der Bewertung der öffentlichen Gesundheit richten sich viele Empfehlungen an Akteure außerhalb des Gesundheitssystems, für die die Leitlinien nicht verbindlich sind. Obwohl diese Akteure in das Konsultationsverfahren einbezogen sind, muss auch im Anschluss laufend mit ihnen kommuniziert werden, um eine bessere Umsetzung zu ermöglichen.

Schließlich besteht eine weitere Einschränkung darin, dass das System des National Institute for Health and Clinical Excellence nicht in jedem europäischen Land praktikabel wäre. Zum einen ist (für alle Aktivitäten) ein Jahresbudget von insgesamt 35 Mio. £ erforderlich, damit Übersichtsarbeiten in Auftrag gegeben werden können, und zum anderen ist man auf das Engagement ehrenamtlicher Sachverständiger und anderer Akteure im Rahmen des Bewertungsverfahrens angewiesen. Das Vereinigte Königreich ist in der glücklichen Lage, über ausreichende Kapazitäten zu verfügen, so dass systematische Übersichtsarbeiten, Kosteneffektivitätsmodelle und Fachaufsichtsausschüsse eingesetzt werden können. In Fällen, in denen nur begrenzte Kapazitäten vorhanden sind, müssen gegebenenfalls alternative institutionelle Modelle eingesetzt werden.

Anpassung der Erkenntnisse aus vorhandenen Wirtschaftlichkeits-evaluierungen: WHO-CHOICE

Eine Möglichkeit könnte darin bestehen, die Ergebnisse spezifischer Evaluierungen, die vom National Institute for Health and Clinical Excellence und sonstigen Institutionen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien durchgeführt wurden, an die Bedürfnisse anderer Länder und Umfelder anzupassen. Solche Verallgemeinerungen sind jedoch nicht immer einfach, insbesondere bei Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit und angesichts der Tatsache, dass die Ressourcen und institutionellen Kapazitäten in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich ausgestaltet sind. Auch wenn dennoch Instrumente und Leitlinien für diesen Zweck entwickelt wurden, so wurde darin doch nie die ausgesprochene Kontextabhängigkeit vieler gesundheitsfördernder Maßnahmen eingehend untersucht (43).

Ein pragmatischer Lösungsansatz besteht in der Anpassung von Informationen über Kosteneffektivität, die im Rahmen des WHO-Programms CHOICE übermittelt werden. Gegenüber den eingeschränkteren Evaluierungen, die vom National Institute for Health and Clinical Excellence und anderen Institutionen zur

Bewertung von Gesundheitstechnologien erstellt werden, hat diese Lösung den Vorteil, dass hier der Wirtschaftlichkeitsevaluierung ein sektoraler Ansatz zugrunde gelegt werden kann: Alle alternativen Ressourcenverwendungen werden zusammen in einer einzigen Untersuchung evaluiert – unter ausdrücklicher Beschränkung der Ressourcen (44). Auf diese Weise kann eine Vielzahl von Maßnahmen, einschließlich Krankheitspräventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, einzeln und kombiniert verglichen werden, um den optimalen Ressourcenmix für ein Gesundheitssystem zu ermitteln. Sie werden einerseits mit Situationen, in denen derzeit keine Maßnahmen unternommen werden, sowie andererseits mit der gängigen Praxis verglichen. Die Ergebnisse zeigen, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Maßnahme in einem Umfeld mit geringen/mittleren/umfangreichen Ressourcen kosteneffizient sein wird, und sie können angepasst werden, um eine Erweiterung der vorhandenen Ressourcen zu berücksichtigen.

WHO-CHOICE hat im Laufe mehrerer Jahre eine Datenbank zur Kosteneffektivität von Maßnahmen aufgebaut, um einige der wichtigsten Aspekte der weltweiten Krankheitsbelastung anzugehen. Dies wurde mit einem Modell kombiniert, mit dem sich die Auswirkungen einer Krankheit bzw. Maßnahme auf verschiedene Bevölkerungen abschätzen lassen. Die Daten, die für die Umsetzung der Maßnahmen erforderlich sind, werden mit Hilfe eines standardisierten Tools erhoben. Die Ergebnisse werden für die WHO-Teilregionen angezeigt, sie können jedoch an einen landesspezifischen Kontext angepasst werden, z. B. Maßnahmen für alkohol- und tabakbedingte Probleme in Estland (Kasten 2).

Reformierung institutioneller Gegebenheiten zwecks verbesserter Umsetzung kosteneffizienter Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung

Für die erfolgreiche Umsetzung von Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung sind auch die landesspezifischen institutionellen Gegebenheiten und staatlichen Strukturen von Bedeutung. Es stellt sich die Frage, inwieweit dem Gesundheitssystem die Aufgabe obliegt, direkte Dienstleistungen zugunsten der Gesundheit der Bevölkerung zu erbringen, und welche Art von Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen denkbar wäre, um Investitionen in den Bereichen Verkehr, Arbeit und Bildung zu unterstützen.

Ein eigenes Ministerium für die Gesundheit der Bevölkerung

Da die Haushaltsmittel, die dem Gesundheitswesen für Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit zur Verfügung stehen, häufig äußerst begrenzt sind, könnte eine Lösung in der Schaffung eines speziell für diesen Bereich zuständigen Ministeriums liegen, das vom Gesundheitsministerium unabhängig ist. Bislang gab es erst sehr wenige Versuche, ein solches Ministerium einzurichten. Eines

Kasten 2: Einsatz allgemeiner Kosteneffektivitätsanalysen zur Bewertung von Investitionen in Programmen zur Bekämpfung des Alkohol- und Tabakkonsums in Estland

Ziel der Analyse war die Bewertung der auf der Bevölkerungsebene anzusetzenden Kosten, der Auswirkungen und der Kosteneffektivität verschiedener Strategien zur Bekämpfung des Alkohol- und Tabakkonsums in Estland. Lokale Daten zum Gesundheitsverhalten und zu den vorhandenen Gesundheitsrisiken wurden im Rahmen einer breiten Umfrage erhoben, die per Post an ethnische Haushalte verschickt wurde. Die Sterblichkeitsdaten wurden von Statistics Estonia geliefert, und die Krankheitsdaten wurden einer Untersuchung entnommen, die in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht wurde.

Die Kosten, die mit der Durchführung der Maßnahmen verbunden waren, wurden anhand lokaler Daten berechnet. Die Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkoholkonsums beinhalteten Verbrauchssteuern, Zugangsbeschränkungen für den Einzelhandelsverkauf, umfassende Werbeverbote, Atemtests im Straßenverkehr und Kurzmaßnahmen einschließlich ärztlicher Beratung in der Primärversorgung. Zu den Maßnahmen zur Bekämpfung des Tabakkonsums zählten Verbrauchssteuern, umfassende Werbeverbote, Einschränkung des Rauchens in öffentlichen geschlossenen Räumen sowie Nikotinersatztherapien.

Eine lokale Gruppe von Sachverständigen diskutierte mögliche Maßnahmen und ordnete sie in den spezifischen Kontext Estlands ein.

Die jährlichen Kosten, die mit der Umsetzung von gesetzlichen und steuerlichen Maßnahmen verbunden waren, erwiesen sich als deutlich niedriger als die Kosten von Kurztherapien und Nikotinersatztherapien. Die größte Kosteneffektivität ließ sich durch eine Anhebung der Verbrauchssteuern erzielen: 49 bzw. 14 € für jedes verhinderte DALY (d. h. für jedes nicht verlorene gesunde Lebensjahr) in Verbindung mit Alkohol- bzw. Tabakkonsum. Die entsprechenden Mehrkosten, die durch Werbeverbote entstehen, betragen 85 bzw. 19 €. Die Mehrkosten, die durch eine umfassende Kombination von Maßnahmen zur Bekämpfung des Alkohol- und Tabakkonsums entstanden, betragen 457 bzw. 238 € für jedes verhinderte DALY.

Daten der WHO-Kommission für Makroökonomie und Gesundheit legen den Schluss nahe, dass in Estland alle Maßnahmen, deren Kosten pro verhiertem DALY sich auf weniger als 90 454 EEK (5780 €) belaufen, kosteneffizient sind.

Quelle: Lai et al. (45).

der wenigen Beispiele ist das Ministry of Health Promotion (Ministerium für Gesundheitsförderung) in der kanadischen Provinz Ontario, das im Juni 2005 geschaffen wurde (Kasten 3). Es besteht gänzlich getrennt vom Gesundheitsministerium der Provinz, auch wenn dieses weiterhin für viele eher medizinisch orientierte Aufgaben der öffentlichen Gesundheit, z. B. Impfungen, zuständig ist.

Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich noch nicht beurteilen, wie wirksam sich durch dieses Modell Investitionen in wirksame Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, einschließlich erfolgreicher sektorenübergreifender Partnerschaften und Kooperationen, fördern lassen. Ebenfalls nur schwer beantworten

Kasten 3: Das Ministry of Health Promotion in Ontario (Kanada)

Aufgabe des Ministry of Health Promotion ist die Entwicklung umfassender Strategien, die die Prävention chronischer Erkrankungen, Bewegungsförderung, Teilnahme an sportlichen Aktivitäten, Verletzungsprävention und Förderung der psychischen Gesundheit beinhalten und eine integrierte Lösung zur Gewährleistung eines guten allgemeinen Gesundheitszustands darstellen. Grundlage ist die Erkenntnis, dass unterschiedliche komplexe Faktoren (z. B. Bildung, Wohn- und Arbeitssituation sowie Umwelt) einen Einfluss auf die Gesundheit haben und aus diesem Grund partnerschaftliche Lösungen erforderlich sind, die die maßgeblichen Akteure der genannten Bereiche sowie Interessenvertreter aus anderen Bereichen des öffentlichen und privaten Sektors einbeziehen. Die Gesamtausgaben des Ministeriums wurden für 2007/2008 auf 380 Mio. CAN\$ (235 Mio. €) bzw. knapp 30 CAN\$ (18,50 €) pro Kopf geschätzt.

Zu den Hauptprioritäten zählen die Umsetzung einer Strategie der Rauchfreiheit in der gesamten Provinz, die Förderung von Wohlbefinden durch Anregung zur Teilnahme an Sportveranstaltungen und körperlichen Aktivitäten, die Koordinierung von Initiativen zur Krankheits- und Verletzungsprävention sowie verbesserte gesundheitliche Ergebnisse durch Unterstützung des öffentlichen Gesundheitssystems (46). Im Rahmen der zuletzt genannten Priorität finanziert das Ministerium 75% der vier obligatorischen Gesundheitsprogramme (25% werden von den Städten und Gemeinden kofinanziert): Prävention chronischer Erkrankungen, Gesundheit von Kindern, reproduktive Gesundheit und Verletzungsprävention (einschließlich Prävention von Substanzenmissbrauch).

lässt sich die Frage, ob dadurch auch die Umleitung von Geldern zugunsten von eher vorgelagerten und die gesamte Bevölkerung betreffenden Maßnahmen zur Bewältigung einiger sozioökonomischer Risikofaktoren für gesundheitliche Probleme erleichtert wird, da die Prioritäten des Ministeriums für Gesundheitsförderung in der Anfangsphase offenbar vor allem auf Maßnahmen liegen, die das Verhalten von Einzelpersonen beeinflussen sollen.

Ein Risiko kann in der komplexen Aufgabe liegen, Aktivitäten mit dem Gesundheitsministerium zu koordinieren, da die Gefahr besteht, dass die öffentliche Gesundheit von der allgemeinen Gesundheitspolitik noch stärker marginalisiert wird. Darüber hinaus könnte es schwieriger werden, eine Erhöhung der finanziellen Mittel zu begründen, und es besteht die Gefahr, dass weniger Mittel zugewiesen werden, als für eine optimale Förderung der Bevölkerungsgesundheit benötigt werden. Durch die sorgfältige Prüfung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung lässt sich eine angemessene Finanzierung des vorrangigen Gesundheitsbedarfs der Bevölkerung sicherstellen.

Alternative institutionelle Strukturen

Eine bescheidenere Alternative könnte darin bestehen, im Gesundheitsministerium spezielle institutionelle Strukturen für die Gesundheit der

Bevölkerung einzurichten. Dies könnte einen Kabinettsposten für öffentliche Gesundheit beinhalten, wie es in Irland und Schweden der Fall ist. In Schottland gibt es einen Minister for Health and Wellbeing (Minister für Gesundheit und Wohlbefinden).

Eine weitere Option ist die Schaffung eines ressortübergreifenden Instruments zur Koordinierung von Maßnahmen. Diese könnte eventuell vom Finanzministerium oder vom Amt des Staats- oder Regierungschefs übernommen werden. In Dänemark waren beispielsweise das Ministerium für Inneres und Gesundheit sowie zehn weitere Ministerien an der Ausarbeitung der nationalen öffentlichen Gesundheitspolitik für 2002–2010 beteiligt (47,48).

Sektorenübergreifende Partnerschaften können auch auf lokaler Ebene gefördert werden. Viele Maßnahmen und Programme sind von Natur aus ortsbezogen (z. B. die Sicherung eines gerechten Zugangs zu qualitativ hochwertigen Bildungs- und Wohnungsangeboten sowie zu öffentlichen Verkehrsmitteln). Ortsbezogene Partnerschaften können vorteilhaft sein, weil sie lokales Engagement und eine federführende Beteiligung lokaler Akteure ermöglichen, was wiederum die Kooperation und Umsetzung erleichtert. Beispiele für sektorenübergreifende Kooperationen finden sich in mehreren Ländern, z. B. in England zwischen den lokalen Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung (Primary Care Trusts) und den kommunalen Behörden.

Förderung flexibler Finanzierungsmechanismen

Eine weitere wichtige Herausforderung besteht darin, budgetäre Barrieren zu überwinden und auf diese Weise Investitionen in Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zu ermöglichen. Die effiziente Mittelzuweisung, d. h. die Verteilung der verfügbaren Ressourcen im Sinne einer optimalen Deckung der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung, wird durch schlechte Koordinierung und Zusammenarbeit sowie Hindernisse bei der Verlagerung von Geldern zwischen gesundheitlichen und außergesundheitlichen Bereichen beeinträchtigt. Viele Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, die bedeutende gesundheitliche Erfolge erzielen, werden außerhalb des Gesundheitssektors durchgeführt. Beispielsweise erhärten sich zunehmend die Belege dafür, dass Maßnahmen, die in den ersten Lebensjahren sowie während der Schulausbildung von Kindern ergriffen werden, in hohem Maße zu einer Verringerung ihres Risikos beitragen, im späteren Leben körperlich oder psychisch zu erkranken (37). In manchen Ländern kann es schwierig sein, das Bildungsministerium von Investitionen in gesundheitsfördernde Maßnahmen im schulischen Bereich zu überzeugen, da diese scheinbar nur dem Gesundheitssektor von Nutzen sind.

Wie können politische Entscheidungsträger diese Hindernisse überwinden? Durch Instrumente, die flexible Finanzierungsmechanismen fördern, können den

Politikbereichen Anreize geboten werden, Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung umzusetzen. Eine Lösung kann in der Einrichtung obligatorischer oder freiwilliger Gemeinschaftsbudgets liegen, die sich Bereiche innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors für bestimmte Dienstleistungen teilen, z. B. für schulbasierte Dienste zur Förderung der Gesundheit. Bislang wurden die Erfahrungen mit Gemeinschaftsbudgets für speziell auf die Bevölkerungsgesundheit abzielende Angebote nur begrenzt evaluiert, doch Beispiele für Gemeinschaftsbudgets finden sich auch in anderen Bereichen (Kasten 4).

Eine Alternative zu Gemeinschaftsbudgets könnte ein Mechanismus sein, mit dem Finanzmittel zwischen den Politikbereichen verschoben werden können. Auf diese Weise könnten Politikbereiche entschädigt werden, die nicht unmittelbar von der Maßnahme profitieren und dennoch für deren Durchführung verantwortlich sind. Diese Lösung lässt sich anwenden, solange insgesamt entweder innerhalb oder außerhalb des Gesundheitssektors ein Nett Nutzen gegeben ist. Die finanzielle Entschädigung könnte zur Förderung von Investitionen eingesetzt werden (51). Bislang ist ein solcher Ansatz noch nicht in die Praxis umgesetzt worden. Es wird sich zeigen, ob sich erfolgreiche Mechanismen entwickeln lassen, mit denen sich die Höhe der notwendigen finanziellen Entschädigung bestimmen lässt.

Kasten 4: Sektorenübergreifende Gemeinschaftsbudgets in Schweden

In Schweden werden seit Mitte der 1990er Jahre Versuche zwecks Zusammenführung der Finanzmittel der Gesundheits- und Sozialdienste und der Krankenversicherungen unternommen. Mit diesen Bemühungen hat man auf das wachsende Problem längerfristiger Abwesenheitszeiten vom Arbeitsmarkt reagiert, das auf arbeitsplatzbedingte Gesundheitsprobleme zurückzuführen ist. Man hatte erkannt, dass die Betroffenen nur mit einer Kombination aus verschiedenen Dienstleistungen zurück in die Berufswelt gebracht werden könnten und dass für die Betroffenen die Gefahr bestand, durch die Maschen des Dienstleistungs- und Budgetnetzes zu fallen (49).

Nach dem SOCSAM-Programm aus dem Jahr 1994, das eine Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten vorsah, konnten bis zu 5% der Budgets, die für soziale Dienste und Krankenversicherung vorgesehen waren, mit einem gleich hohen Beitrag der Gesundheitsdienste zusammengeführt werden, um Personen wieder in die Berufswelt zu integrieren. Eine nationale Evaluierung kam zu dem Schluss, dass dieses vereinbarte Gemeinschaftsbudget die interdisziplinäre Koordination und Zusammenarbeit verbessert hatte. Die Vereinbarung sah darüber hinaus die Möglichkeit vor, Mitarbeiter aus verschiedenen Politikbereichen zusammenzuführen und eine gemeinsame politische Steuerung der Initiative zuzulassen. Hierdurch konnten die Bedenken der betroffenen Politikbereiche zerstreut werden, nachdem diese zunächst gezögert hatten, in Initiativen zu investieren, deren Auswirkungen sich wahrscheinlich an anderer Stelle bemerkbar machen würden (50). Nach der Evaluierung traten die endgültigen Gesetze im Jahr 2004 in Kraft.

Darüber hinaus kann es hilfreich sein, den gesundheitlichen und außergesundheitlichen Nutzen der Maßnahmen zu bestimmen. Lässt sich vermitteln, dass sowohl für den Gesundheitssektor als auch für andere Sektoren ein Nutzen entsteht, ist eine Entschädigung möglicherweise nicht mehr notwendig. Beispielsweise kann eine schulbasierte Gesundheitsmaßnahme Adipositas-Erkrankungen bei Kindern reduzieren und mit nachweisbar höherer Konzentration oder verbesserten Leistungen in der Schule verbunden sein. Wenn die zahlreichen Vorteile herausgestellt werden, kann dies andere Geldgeber überzeugen, in Präventivmaßnahmen zu investieren und auf diese Weise künftige vermeidbare Kosten, die ansonsten von ihnen zu tragen wären, zu reduzieren. So finanzieren einige private Krankenversicherungen in der Europäischen Region mittlerweile Programme zur Unterstützung von Arbeitnehmern zwecks Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz (52).

Identifikation von Alternativen für die Herbeiführung von Veränderungen

Ein weiteres zentrales Thema ist das Verfahren zur Umsetzung von Maßnahmen. Mit welchen Instrumenten lässt sich sicherstellen, dass die Gesundheit der Bevölkerung tatsächlich in allen Sektoren und auf allen Ebenen auf der Agenda der politischen Entscheidungsträger steht und diesen bewusst wird, welche Auswirkungen ihre Entscheidungen auf die Gesundheit haben, und wie lässt sich bewirken, dass sich die politischen Entscheidungsträger für die Gesundheit verantwortlich fühlen (16)? Wie können die Regierungen Anreize für Behörden schaffen, damit diese die nationale Politik zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung umsetzen?

Einfache Lösungen bevorzugen

Beim Aufbau einer Erkenntnisbasis zu Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung ist es ratsam, zunächst einfache und nahe liegende Lösungen zu bevorzugen. Damit sind Maßnahmen gemeint, die mit hoher Wahrscheinlichkeit sehr wirksam, kosteneffizient und unumstritten sind. Dieses Vorgehen wurde von mehreren Institutionen, die sich mit der Bewertung von Gesundheitstechnologien befassen, in der Anfangsphase befolgt. Es kann Organisationen dabei helfen, sich zu positionieren und ihre Glaubwürdigkeit zu untermauern. Sie können Beziehungen zu zahlreichen Akteuren aufbauen und fundierte Erkenntnisse zu Themen bieten, bei denen Einigkeit darüber herrscht, dass ein Eingreifen von Nutzen wäre. Als das National Institute for Health and Clinical Excellence seine ersten Leitlinien zu Maßnahmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit herausgab, befasste es sich mit Maßnahmen zur Bekämpfung des Tabakkonsums. Auf diesem Gebiet lagen gesicherte Erkenntnisse vor, aus denen sich solide Argumente für eine Durchführung der Maßnahmen ergaben.

Verbesserte Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern

Ein weiteres Thema betrifft die Frage, wie sich die Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern verbessern lässt (53). Dabei geht es nicht nur darum, dass die politischen Entscheidungsträger Zugang zu den neusten Erkenntnissen haben sollten. Eine passive Weitergabe von Leitlinien und Informationen zu Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung reicht nicht aus, um einen Wandel zu bewirken. Vielmehr ist ein vielschichtiger und laufender Austausch zwischen den Akteuren erforderlich. Außerdem müssen sich die Botschaften in die Praxis umsetzen lassen und in einer Sprache verfasst sein, die von unterschiedlichen Zielgruppen verstanden wird. Veränderungen brauchen ihre Zeit und in den seltensten Fällen wird frisch erworbenes Wissen einen sofortigen Wandel herbeiführen. Normalerweise entwickeln die Akteure schrittweise eine erhöhte Aufmerksamkeit und ein Interesse an neuen Ideen.

Leider sprechen Wissenschaftler und politische Entscheidungsträger oft nicht dieselbe Sprache. Darüber hinaus herrscht ein Klima gegenseitigen Misstrauens (54). Das Problem kann durch Beteiligung von Wissensvermittlern überwunden werden. Dabei handelt es sich um Personen, die die wissenschaftlichen Erkenntnisse verstehen und gleichzeitig problemlos in einem politischen Umfeld arbeiten können (55). Sie können dabei helfen, wissenschaftliche Berichte in kurze, politisch relevante Mitteilungen zu übersetzen, und sie können sich dafür einsetzen, dass politische Entscheidungsträger sinnvolle Studien in Auftrag geben. In diesem Bereich liegen nur wenige Auswertungen vor (56), es gibt jedoch Beispiele für einen politischen Wandel, an denen sich ablesen lässt, dass sich Veränderungen oft nur langsam durchsetzen, weil ein ständiger Dialog erforderlich ist (57).

Durch angemessene Schulungsmaßnahmen können Mitarbeiter internationaler Einrichtungen, z. B. der WHO, wirksam in die Lage versetzt werden, als Wissensvermittler tätig zu werden. Beispielsweise kann das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik einbezogen werden, indem es erfahrene politische Entscheidungsträger und Wissenschaftler zusammenbringt, um im Rahmen eines politischen Dialogs bestimmte Fragen zu diskutieren, und indem es seine Beratung und Unterstützung für die Umsetzung auf lokaler Ebene anbietet. Weitere internationale Netzwerke, eventuell im Falle seines Fortbestehens auch das European Network for Health Technology Assessment, könnten künftig ihre Aufgabenbereiche so erweitern, dass sie systematische Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität verschiedener Strategien in Auftrag geben, durchführen und verbreiten, damit im Falle begrenzter Kapazitäten der Bedarf der Länder gedeckt werden kann.

Aufbereitung von Informationen für politische Entscheidungsträger aus unterschiedlichen Sektoren

Oft fehlt es am Bewusstsein für die gesundheitlichen Folgen von politischen Entscheidungen, die außerhalb des Gesundheitssektors entwickelt und umgesetzt werden. Umfragen bei kanadischen und neuseeländischen Beamten haben ergeben, dass sich die Beteiligten praktische Informationen zu wirksamen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung wünschen (58,59). Obwohl wichtige politische Dokumente zu den sozio-ökonomischen Determinanten von Gesundheitsproblemen und zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung veröffentlicht worden waren, standen den Beamten nicht genügend Informationen zur Verfügung.

Die Finanzbeamten ließen sich wesentlich seltener von den gesundheitlichen anstatt von den wirtschaftlichen Auswirkungen politischer Programme beeinflussen. Dagegen maßen Beamte aus dem Gesundheitsbereich und anderen Sektoren den wirtschaftlichen Auswirkungen der politischen Programme keine Bedeutung bei. Eine Hervorhebung des makroökonomischen Nutzens kann neue Möglichkeiten eröffnen, sektorenübergreifende Investitionen in Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung zu unterstützen.

Die Sensibilisierung der Beteiligten lässt sich auch dadurch erreichen, dass in allen Politikbereichen Gesundheitsfolgenabschätzungen politischer Maßnahmen durchgeführt werden. Beispielsweise können Beamte angewiesen werden, beim Bau einer neuen Flughafenlandebahn, bei Verkehrsberuhigungsmaßnahmen oder bei der wirtschaftlichen Erneuerung die gesundheitlichen Folgen zu berücksichtigen. Ebenso sollten die politischen Entscheidungsträger, die Maßnahmen für die Gesundheit der Bevölkerung entwickeln, die wichtigsten außergesundheitlichen Folgen solcher Maßnahmen sorgfältig prüfen.

Gesundheitsfolgenabschätzungen sind in mehreren einkommensstarken europäischen Ländern vor allem auf lokaler Ebene durchgeführt worden. Dennoch ist unklar, inwieweit hiermit ein Umdenken herbeigeführt werden konnte. Eine Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit der Gesundheitsfolgenabschätzung (60) kommt zu dem Schluss, die Schwierigkeit liege darin, dass den Befürwortern der Gesundheitsfolgenabschätzung die Fragestellungen des außergesundheitlichen Sektors nicht vertraut seien. Da es keinen einvernehmlich festgelegten Standard für Gesundheitsfolgenabschätzungen gibt, liegt ein wichtiger Erfolgsfaktor darin, gute Verbindungen zu den Entscheidungsträgern herzustellen und das Verfahren der Gesundheitsfolgenabschätzung bei den entscheidungsbefugten Organisationen zu institutionalisieren.

Zielvorgaben, Monitoring und Evaluierung

Darüber hinaus kann es hilfreich sein, in Systeme zu investieren, die die Umsetzung überwachen und evaluieren, und die längerfristigen Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu untersuchen. Eine Option ist hier die ausdrückliche Verwendung von Benchmarks und Zielvorgaben in Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung. Es können gemeinsame, ressortübergreifende Zielvorgaben festgelegt und deren schrittweises Erreichen überwacht werden. Ein drohender Gesichtsverlust in der Öffentlichkeit wegen des Verfehlens von Zielvorgaben kann einen wichtigen Handlungsanreiz darstellen.

Beispielsweise hat in England das Finanzministerium ein Querschnittsgutachten zur Ungleichbehandlung im Gesundheitsbereich verfasst, an dem 18 Behörden und staatliche Stellen beteiligt waren. Ergebnis war ein ressortübergreifendes nationales Aktionsprogramm, das 12 Leitindikatoren und 82 Selbstverpflichtungen enthielt und mit dem die Beteiligten die Ungleichbehandlung im Gesundheitsbereich abbauen und die Gesundheit fördern wollten (61) (Kasten 5).

Die Evaluierung der Auswirkungen von Zielvorgaben findet nach wie vor nur in begrenztem Umfang statt. Zielvorgaben führen nur zum Erfolg, wenn sie konkret genug und somit messbar sind, und wenn sie realistisch genug sind, um in einer bestimmten Frist erreicht zu werden (62). Die Verwendung von Zielvorgaben diente in der Europäischen Region somit vor allem der

Kasten 5: Ressortübergreifende Leitindikatoren zum Abbau von Ungleichbehandlung im englischen Gesundheitssystem

Sterblichkeitsrate durch die beiden wichtigsten Todesursachen: Krebs und Herzkrankheit

Schwangerschaftsrate bei unter 18-Jährigen

Verkehrsunfallquote in benachteiligten Gemeinden

Zahl der Fachkräfte in der primären Gesundheitsversorgung

Inanspruchnahme von Grippeimpfungen

Rauchen bei Arbeitern und bei Schwangeren

Bildungsgrad

Obst- und Gemüseverzehr

Anteil unzumutbarer Wohnverhältnisse

Sportunterricht und Schulsport

Kinderarmut

Obdachlose Familien in Übergangsunterkünften

Formulierung von Wunschkonzeptionen und der Förderung der öffentlichen Debatte und weniger der Umsetzung politischer Programme zur Gesundheit der Bevölkerung (48).

Im Jahr 2003 veröffentlichte Schweden 11 Ziele für die öffentliche Gesundheit, die an die gesundheitsrelevanten Determinanten anknüpften. Sie waren jedoch nicht eindeutig genug, um sich messen zu lassen, und darüber hinaus wurde keine Frist festgelegt, innerhalb derer die Ziele erreicht werden sollten (63). Möglicherweise war es politisch schwierig, einen Konsens zu spezifischeren Zielvorgaben zu erzielen, da ein sektorenübergreifendes Handeln erforderlich war. Bei der Bewältigung dieses Problems könnten die 38 detaillierten Indikatoren hilfreich sein, die anschließend vom Nationalen Institut für öffentliche Gesundheit entwickelt wurden. Diese Einrichtung überwacht die Einhaltung von Zielvorgaben.

Fazit

Die Krankheitsbelastung verursacht in der Europäischen Region signifikante Kosten im Gesundheitsbereich und im sozioökonomischen Bereich. Dies kann zu einem erheblichen Teil vermieden werden, wenn wirksame Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung umgesetzt werden. Darüber hinaus deuten zunehmende Erkenntnisse darauf hin, dass viele solcher Maßnahmen in zahlreichen Staaten als äußerst kosteneffizient angesehen würden. Dennoch scheint nur wenig in Strategien zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung investiert zu werden.

Gesundheitsfördernde Strategien sollten vorgelagerte Maßnahmen beinhalten, die auf gesundheitliche Risikofaktoren abzielen. Die meisten derartigen Maßnahmen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit außerhalb des Gesundheitssystems finanziert und durchgeführt. Es ist wichtig, die vorhandenen systematischen Übersichtsarbeiten über die Erkenntnisse besser zu nutzen und Ressourcen so zu investieren, dass die Erkenntnisbasis ausgebaut werden kann. Insbesondere sollte geprüft werden, wie sich besser abschätzen lässt, welche Wirkungen durch vorgelagerte Maßnahmen erzielt werden können. Für die Begründung von Investitionen können wirtschaftliche Evaluierungen hilfreich sein, die die gesundheitlichen und außergesundheitlichen Erfolge von Maßnahmen mit den Ressourcen vergleichen, die zur Durchführung der Maßnahmen erforderlich sind.

Die Erweiterung des Aufgabenbereichs der Institutionen, denen derzeit die Bewertung von Gesundheitstechnologien obliegt, ist eine Option, mit der sich die Erkenntnisbasis ausbauen lässt. Ein solcher Ansatz ist nicht in jedem Umfeld praktikabel und hängt in hohem Maße von den örtlichen Forschungskapazitäten ab. Eine andere Lösung wäre die Zusammenarbeit mit internationalen Partnern, bei der vorhandene Evaluierungen an den länderspezifischen Kontext angepasst werden.

Durch verschiedene institutionelle Vorkehrungen lässt sich gewährleisten, dass der Bevölkerungsgesundheit Ressourcen zugeordnet und dass Maßnahmen sektorenübergreifend koordiniert werden. Zu den Optionen zählen ein eigenes Ministerium für die Gesundheit der Bevölkerung, interministerielle Arbeitsgremien und Mechanismen, die eine partnerschaftliche Zusammenarbeit und Gemeinschaftsbudgets ermöglichen.

Allein durch Investitionen in Maßnahmen, die dem Ausbau der Erkenntnisse über wirksame und kosteneffiziente Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung dienen, lässt sich jedoch noch kein Wandel bewirken. Um die wirksame Umsetzung zu verbessern, müssen Maßnahmen ergriffen werden, die die Kommunikation zwischen Forschern und politischen Entscheidungsträgern verbessern und die das Bewusstsein für die gesundheitlichen Auswirkungen aller politischen Maßnahmen schärfen. Bei diesem Prozess kann die Gesundheitsfolgenabschätzung eine wichtige Rolle einnehmen. Mechanismen zum sektorenübergreifenden Monitoring des Umsetzungsverfahrens können einen Wandel unterstützen; die Festlegung ausdrücklicher, sektorenübergreifender und messbarer Zielvorgaben für die Gesundheit der Bevölkerung würde zusätzliche Handlungsanreize schaffen.

Literatur

1. European Health for All Database [Online-Datenbank]. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2008 (<http://data.euro.who.int/hfadb>, abgerufen am 21. April 2008).
2. *Global burden of disease estimates*. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 2004 (<http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, abgerufen am 21. April 2008).
3. Leal J et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *European Heart Journal*, 2006, 27:1610–1619.
4. Emery C et al. [Cost of obesity in France.] *La Presse Médicale*, 2007, 36:832–840.
5. Allender S, Rayner M. The burden of overweight and obesity-related ill health in the UK. *Obesity Reviews*, 2007, 8:467–473.
6. Odegaard K et al. The Swedish cost burden of overweight and obesity – evaluated with the PAR approach and a statistical modelling approach. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2008, 3(Suppl 1):51–57.
7. Sobocki P et al. Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2006, 9:87–98.
8. Kessler RC, Frank RG. The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 1997, 27:861–873.
9. Jarl J et al. The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. *European Journal of Health Economics*, 2007 (Epub ahead of print).
10. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London, Institute of Alcohol Studies, 2006.
11. *Preventing road traffic injury: a public health perspective*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2004 (http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/TRT/injuries/20040326_2, abgerufen am 21. April 2008).
12. McDaid D, Kennelly B. The case for suicide prevention: an economic perspective. In: Wasserman D, Wasserman C, eds. *The Oxford textbook of suicidology – the five continents perspective*. Oxford, Oxford University Press, in press.
13. Korda RJ, Butler JR. Effect of healthcare on mortality: trends in avoidable mortality in Australia and comparisons with western Europe. *Public Health*, 2006, 120:95–105.

14. Treurniet HF, Boshuizen HC, Harteloh PP. Avoidable mortality in Europe (1980–1997): a comparison of trends. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:290–295.
15. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal*, 2003, 327:1129.
16. *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 1986 (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2, abgerufen am 21. April 2008).
17. Marmot M, Wilkinson R, eds. *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 2006.
18. McDaid D, Needle J. *Economic evaluation and public health: mapping the literature*. Cardiff, Welsh Assembly Government, 2006.
19. Suhrcke M et al. The contribution of health to the economy in the European Union. *Public Health*, 2006, 120:994–1001.
20. *OECD health data*. Paris, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2007.
21. Ockene JK et al. Integrating evidence-based clinical and community strategies to improve health. *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32:244–252.
22. Waters E et al. Evidence synthesis, upstream determinants and health inequalities: the role of a proposed new Cochrane Public Health Review Group. *European Journal of Public Health*, 2008:doi:10.1093/eurpub/ckm127.
23. Higgins JPT, Green S, eds. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.0.0*. Oxford, Cochrane Collaboration, 2008 (<http://www.cochrane.org/resources/handbook>, abgerufen am 21. April 2008).
24. Wanless D. *Securing good health for the whole population*. London, The Stationery Office, 2004.
25. Hills D et al. *The evaluation of the Big Lottery Fund Healthy Living Centres Programme*. London, Big Lottery Fund, 2007.
26. Drummond M et al. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 2005.
27. Briggs AH, Schulpher MJ, Claxton K. *Modelling methods for health economic evaluation*. Oxford, Oxford University Press, 2006.
28. Hale J. What contribution can health economics make to health promotion? *Health Promotion International*, 2000, 15:341–348.

29. Kelly MP et al. *Economic appraisal of public health interventions*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.
30. Drummond M et al. *Assessing the challenges of applying standard methods of economic evaluation to public health*. York, Public Health Research Consortium, University of York, 2007.
31. Shemilt I et al. A national evaluation of school breakfast clubs: evidence from a cluster randomized controlled trial and an observational analysis. *Child Care and Health Development*, 2004, 30:413–427.
32. Murphy JM. Breakfast and learning: an updated review. *Current Nutrition and Food Science*, 2007, 3:3–36.
33. Rush B, Shiell A, Hawe P. A census of economic evaluations in health promotion. *Health Education Research*, 2004, 19:707–719.
34. *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention*. Winterthur, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, 2004.
35. Drummond M, Chevat C, Lothgren M. Do we fully understand the economic value of vaccines? *Vaccine*, 2007, 25:5945–5957.
36. Schwappach DLB, Boluarte TA, Suhrcke M. The economics of primary prevention of cardiovascular disease – a systematic review of economic evaluations. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2007, 5:5.
37. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 2008, 8:20.
38. Guria J. An economic evaluation of incremental resources to road safety programmes in New Zealand. *Accident Analysis and Prevention*, 1999, 31:91–99.
39. Pelletier KR. A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: update VI 2000–2004. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2005, 47:1051–1058.
40. Wang PS et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:1401–1411.
41. *The public health guidance development process. An overview for stakeholders including public health practitioners, policy makers and the public*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006.

42. Sheldon TA et al. What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews. *British Medical Journal*, 2004, 329:999.
43. Boulenger S et al. Can economic evaluations be made more transferable? *European Journal of Health Economics*, 2005, 6:334–346.
44. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2003, 1:8.
45. Lai T et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy*, 2007, 84:75–88.
46. *Results-based plan briefing book*. Ottawa, Ministry of Health Promotion, 2008.
47. Government of Denmark. *Healthy throughout life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010*. Copenhagen, Ministry of the Interior and Health, 2002 (<http://www.folkesundhed.dk/page198.aspx>, abgerufen am 21. April 2008).
48. Allin SM et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050118_7, abgerufen am 21. April 2008).
49. Hultberg EL, Lonnroth K, Allebeck P. Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners. *Health Policy*, 2003, 64:143–152.
50. Hultberg EL et al. Using pooled budgets to integrate health and welfare services: a comparison of experiments in England and Sweden. *Health and Social Care in the Community*, 2005, 13:531–541.
51. Claxton KP, Schulpher MJ, Culyer AJ. *Mark versus Luke? Appropriate methods for the evaluation of public health interventions*. York, Centre for Health Economics, University of York, 2007 (CHE Research Paper 31).
52. Corporate healthcare: employee assistance programmes [Website]. Kent, AXA PPP Healthcare, 2008 (http://www.axapphealthcare.co.uk/body/html/corporate/products/employee_support/employee_assistance/employee_assistance.jhtml, abgerufen am 21. April 2008).
53. Lavis JN et al. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly*, 2003, 81:221–248.

54. Innvaer S et al. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2002, 7:232–244.
55. Lomas J. The in-between world of knowledge brokering. *British Medical Journal*, 2007, 334:129–132.
56. Mitton C et al. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Quarterly*, 2007, 85:729–768.
57. van Kammen J et al. Technology assessment and knowledge brokering: the case of assisted reproduction in the Netherlands. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2006, 22:302–306.
58. Lavis JN et al. Do Canadian civil servants care about the health of populations? *American Journal of Public Health*, 2003, 93:658–663.
59. Gauld R et al. Conceptions and uses of public health ideas by New Zealand government policymakers: report on a five-agency survey. *Public Health*, 2006, 120:283–289.
60. Davenport C, Mathers J, Parry J. Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:196–201.
61. Department of Health. *Tackling health inequalities: a programme for action*. London, Department of Health, 2003.
62. van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. I. Lessons learned. *Health Policy*, 2000, 53:1–11.
63. Lager A, Guldbbrandsson K, Fossum B. The chance of Sweden's public health targets making a difference. *Health Policy*, 2007, 80:413–421.

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
Website: 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>).