



**Evidenzgestützte Strategieentwicklung
in der Prävention und Gesundheitsförderung**
Eine praxisorientierte Einführung

Evidenzgestützte Strategieentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung

Das vorliegende Heft soll eine Hilfestellung beim Einstieg in das Themengebiet Evidenz und Prävention/Gesundheitsförderung geben: Wie ist der aktuelle Stand der Diskussion? Welches sind evidenzgestützte Empfehlungen für die Praxis? Welche Beispiele können diese veranschaulichen?

Die Literaturliste und Zusammenstellung interessanter Internetressourcen am Ende des Dokuments sollen Anregungen geben zur Vertiefung des Themas.

Günther Kerscher, Rolf Weitkunat, Joseph Kuhn und Herbert Zöllner danken wir für wertvolle Anregungen.

Weitergehende Informationen, die natürlich ständig aktualisiert werden, finden Sie in unserem Internetauftritt unter **www.lgl.bayern.de**.

Herausgeber:

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Eggenreuther Weg 43
91058 Erlangen

Telefon: 09131/764-0
Telefax: 09131/764-102

E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de

Autorinnen und Autoren des Berichts:

Dr. med. Birgit Laubereau, Dipl. Soz. Päd. Patricia Ehrensperger,
PD Dr. med. Manfred Wildner

Bei fachlichen Fragen wenden Sie sich bitte an:

Patricia Ehrensperger
Tel.: 089/31560-304
patricia.ehrensperger@lgl.bayern.de

Stand:

September 2004

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Publikation wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Druckschrift wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Theoretische Grundlagen	7
2.1	<i>Modelle zur Entstehung von Krankheit und zum Erhalt von Gesundheit.....</i>	<i>7</i>
2.1.1	Der Begriff Gesundheit.....	7
2.1.2	Einflussfaktoren auf die Gesundheit.....	7
2.1.3	Multiple Ursachen von Erkrankungen (Multikausalität)	10
2.2	<i>Klassifizierungssysteme von präventiven Maßnahmen.....</i>	<i>11</i>
2.2.1	Begriffsklärung Gesundheitsförderung	11
2.2.2	Begriffsklärung Prävention	12
2.2.3	Prävention und Gesundheitsförderung als sich ergänzende Ansätze ..	12
2.2.4	Verhaltens- und Verhältnisprävention	14
2.2.5	Zielgruppen	15
2.2.6	Kontextbezug: Lebens(um)welten (Settings)	17
2.2.7	Resultierende Handlungsfelder	18
3	Strategieentwicklung	19
3.1	<i>Priorisierung von Gesundheitsproblemen</i>	<i>19</i>
3.1.1	Vermeidbare und attributable Krankheitslast	20
3.1.2	Zusammenhang relatives Risiko-Prävalenz-Krankheitslast	22
3.1.3	Ökonomische Aspekte	24
3.2	<i>Hochrisiko-Ansatz und bevölkerungsbezogener Ansatz</i>	<i>26</i>
3.3	<i>Evidenz und Effektivität von Maßnahmen</i>	<i>29</i>
3.3.1	Begriffsklärung Evidenz	29
3.3.2	Die wichtigsten aktuellen Gesundheitsprobleme.....	31
3.3.3	Erfolgreiche Programme und Interventionen.....	32
3.3.4	Kosteneffektivität.....	34
3.3.5	Ein Beispiel: das Nord Karelrien Projekt in Finnland	35
3.3.6	Limitationen des evidenzbasierten Ansatzes	36
3.4	<i>Evaluation</i>	<i>37</i>
3.4.1	Begriffsklärung Evaluation	37
3.4.2	Evaluation in der Prävention und Gesundheitsforschung.....	39
4	Zusammenfassung: Schritte der Entwicklung einer Präventionsstrategie	41
5	Literatur.....	45
6	Anhang	48
6.1	<i>Internetressourcen (Auswahl)</i>	<i>48</i>
6.2	<i>Evidenzklassen-Evidence based Medicine</i>	<i>52</i>
6.3	<i>Charakteristika erfolgreicher gemeindebasierter Interventionen</i>	<i>55</i>
6.4	<i>Auswahl evidenzbasierter Empfehlungen für Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität der Task Force on Community Preventive Services</i>	<i>56</i>
6.5	<i>Effektive Interventionen für die Primärprävention von nicht-übertragbaren Krankheiten</i>	<i>57</i>

Abbildungen und Tabellen

Abb. 1: Verteilung des diastolischen Blutdrucks in einer Population	8
Abb. 2: Beispiele von kontinuierlichem Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Erkrankung.....	9
Abb. 3: Multikausalität bei der Entstehung von Krankheiten	10
Abb. 4: Prävention und Gesundheitsförderung als sich ergänzende Ansätze	14
Abb. 5: Systematik von Interventionsansätzen in der Prävention und Gesundheitsförderung.....	18
Abb. 6: Vermeidbare und attributable Krankheitslast	21
Abb. 7: Zuschreibbare Krankheitslast und Prävalenz und relatives Risiko	23
Abb. 8: Die Verteilung eines Risikofaktors in einer Bevölkerung und die Anzahl von Komplikationen.....	27
Abb. 9: Krankheitslast in den westlichen Industrieländern.....	31
Abb. 10: Nordkarelien Projekt: Mortalität infolge koronarer Herzkrankheit in Finnland 1969-1995	36
Abb. 11: Regelkreis der Gesundheitsplanung	38
Tab. 1: Vorschlag zu Evidenzklassen in den sozialen Gesundheitswissenschaften	30

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:

“Prävention ist eine politische Querschnittsaufgabe, die weit über die etablierten Ansätze und Institutionen der Gesundheitssicherung und erst recht über das gewachsene System der Krankenversicherung und -versorgung hinausweist. Wesentliche Ansatzebenen der Krankheitsverhütung liegen außerhalb dessen, was bis heute üblicherweise als Gesundheitspolitik verstanden wird: Ein erheblicher Teil der Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung ist auf soziale, wissens- und bildungsabhängige und auf Hygieneeffekte zurückzuführen, auf das Wohlstandsniveau, die Einkommensverteilung, die Verfügbarkeit von Arbeit sowie die Arbeitsbedingungen, Erholungsmöglichkeiten, Verkehr, physische und technische Umwelt. Mortalität und Morbidität sind also auch im gesellschaftlichen Sinne beeinflussbare Größen.“ (SVR 2001)

1 Einleitung

In den industrialisierten Ländern dominieren chronische Erkrankungen heute weitgehend das Krankheits- und Sterbegeschehen. Trotz des medizinischen Fortschritts sind diese in der Mehrzahl der Fälle nicht heilbar. Jedoch sind chronische Erkrankungen beeinflussbar durch persönliches Verhalten sowie durch die Rahmenbedingungen der sozialen und physischen Umwelt (SVR 2001). Daher wird der Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend eine wichtige Bedeutung zugemessen. International sind die zentralen Dokumente zu diesem Thema die Ottawa-Charta (WHO 1986), das Rahmenprogramm "Gesundheit 21" (WHO 1998) und die Jakarta-Deklaration (WHO 1997). Besonders betont wird die Förderung von evidenzbasierten Modellen der „best practice“.

In Deutschland besteht Einigkeit darüber, dass Prävention neben der kurativen Medizin, der Rehabilitation und Pflege zu einer vierten Säule im Gesundheitswesen ausgebaut werden soll. Ungeklärt ist derzeit noch, wie dieses Ziel erreicht werden soll.

Das vorliegende Konzept soll aktuelle grundlegende Strategien zur Prävention und Gesundheitsförderung identifizieren. Kriterien und Grundsätze für die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung sollen umrissen werden.

Es richtet sich sowohl an staatliche Entscheidungsträger wie auch an interessierte Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung. Es werden ausdrücklich nicht nur im Gesundheitsbereich Tätige angesprochen, da Prävention und Gesundheitsförderung als Querschnittsthemen verstanden werden, die alle Bereiche der Gesellschaft betreffen.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Modelle zur Entstehung von Krankheit und zum Erhalt von Gesundheit

2.1.1 Der Begriff Gesundheit

1947 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als einen Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. In späteren Deklarationen der WHO wird der Prozesscharakter der Gesundheit stärker betont (siehe Anhang). Gesundheit und Krankheit sind nicht als sich ausschließende statische Zustände, sondern als dynamische Prozesse mit fließenden Übergängen zu sehen (Antonovsky 1987, Bengel 2001; vgl. auch Abb. 2). Gesundheit ist damit eine immer wieder neu herzustellende Balance zwischen Belastungen und Ressourcen.

Gesundheit und Krankheit sind dynamische Prozesse mit fließenden Übergängen.

2.1.2 Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Einflussfaktoren auf die Gesundheit liegen auf individuellem, Gruppen- oder Bevölkerungsniveau. Dabei kann der Effekt eines Faktors deutlich davon abhängen, in welchem Kontext (Lebensumwelt, das so genannte „setting“) dieser Faktor wirkt (WHO 2002). Der Settingansatz wird unten weiter ausgeführt.

Einflussfaktoren sind in ihrem Effekt kontextabhängig („Settingansatz“).

Für Prävention und Gesundheitsförderung stehen die Einflussfaktoren Lebensstil sowie die physische und soziale Umwelt im Vordergrund. Der Lebensstil zeigt sich in der täglichen Lebensführung und prägt das Gesundheitsverhalten z. B. bezüglich Ernährung, Suchtmittelkonsum, Bewegungsmangel und Stressbelastung. Der Lebensstil ist jedoch nicht unabhängig von Umwelteinflüssen zu sehen. Physische Umwelt bezieht sich sowohl auf relativ naturnahe Räume als auch auf die Siedlungsflächen und insbesondere auf Emissionen aller Art (Abgase, Lärm, Strahlungen etc.). Soziale Umwelt umfasst die Wirtschaft, das politische System, die soziodemografischen Gegebenheiten, die Gesellschaft mit ihrer Struktur, Rechtsnormen und die Kultur im engeren Sinne.

Lebensstil und Umwelt im weiteren Sinne sind relevante Faktoren für Prävention und Gesundheitsförderung.

Alle diese Faktoren sind mit ganz unterschiedlichen Ressourcen und Risiken für die Gesundheit verbunden. Viele Gesundheitsrisiken sind in der Bevölkerung weit verbreitet, wobei jedoch zwischen den Individuen deutliche Unterschiede in der Ausprägung bestehen. Abbildung 1 zeigt als Beispiel die Häufigkeitsverteilung von Messwerten des diastolischen Blutdrucks in der Bevölkerung. Es wird deutlich, dass die Unterscheidung „gesund“ und „krank“ – in diesem Falle „Bluthochdruck“ – mit einer gewissen Willkür festgelegt werden muss.

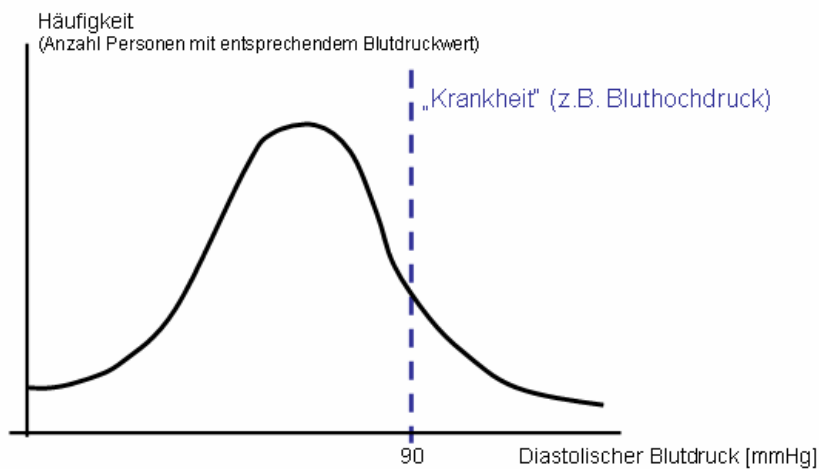


Abb. 1: Verteilung des diastolischen Blutdrucks in einer Population

Gesundheitsrisiken sind nicht als sich ausschließende Kategorien „vorhanden – nicht vorhanden“ zu sehen, sondern als Kontinuum. Dabei hängt das Risiko für eine Erkrankung in der Regel von der Ausprägung ab im Sinne von „je ausgeprägter der Risikofaktor, desto höher ist das Risiko für eine Erkrankung“ (Abb. 2).

Weitverbreitete Gesundheitsrisiken können in ihrer Ausprägung zwischen Individuen deutlich variieren.

Häufig: Je ausgeprägter ein Risikofaktor desto höher ist das Risiko einer Erkrankung.

Figure 4.4 Nine examples of continuous associations between risks and disease

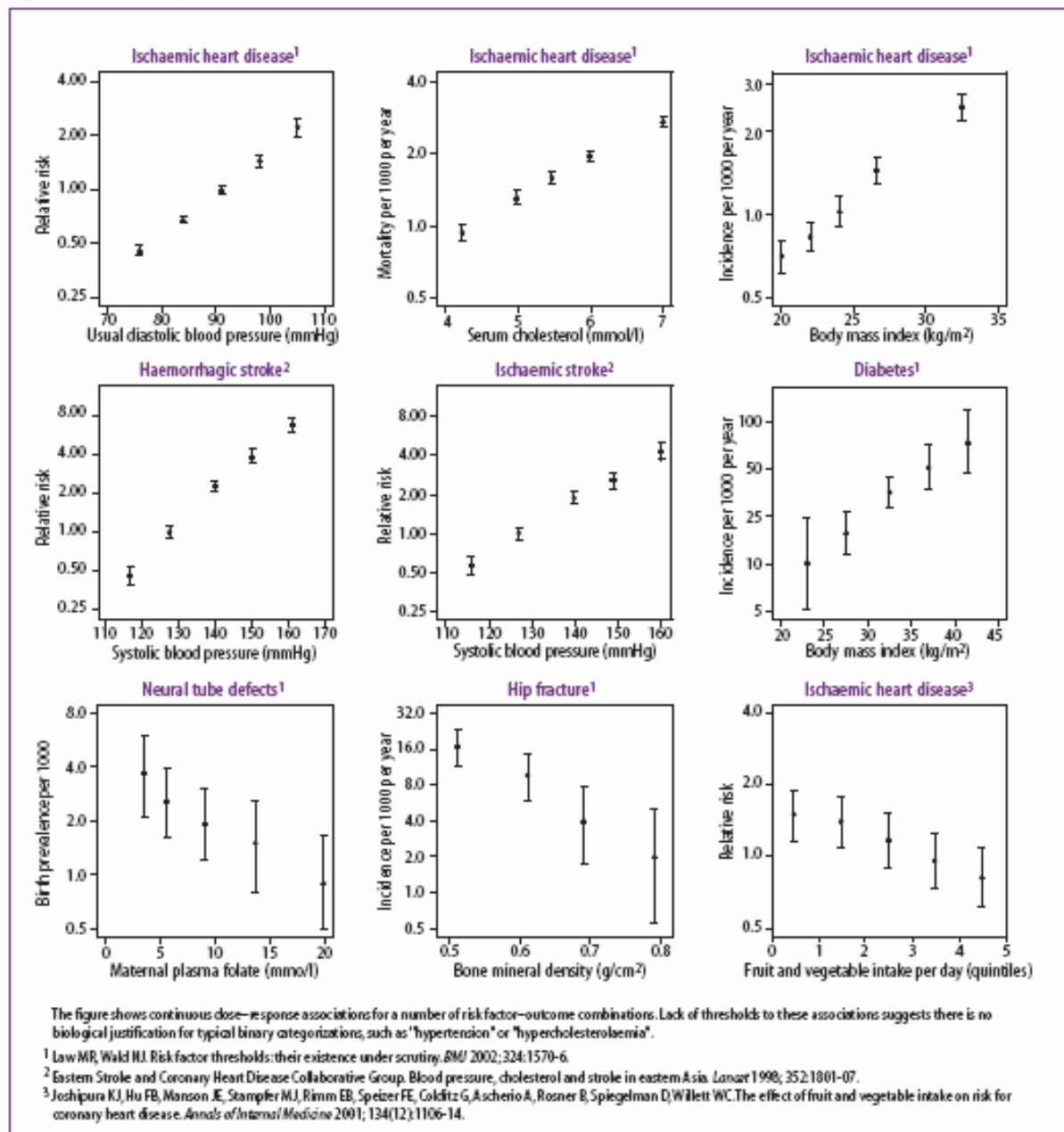


Abb. 2: Beispiele von kontinuierlichem Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Erkrankung

Quelle: WHO 2002, S. 59

Die Häufigkeit von Gesundheitsrisiken kann regional sehr verschieden sein. Die Beziehung zwischen Risiko und einer Erkrankung ist jedoch im Allgemeinen auch in verschiedenen Regionen konsistent (WHO 2002). Allerdings ist zu beachten, dass die Wahrnehmung von Risiken und die Bewertung ihrer Bedeutung sehr variabel sein können. Dabei spielen neben geographischer Region und Klima auch das Geschlecht, das Alter, die soziale Lage, religiöse Einstellung und die Kultur eine Rolle (WHO 2002).

2.1.3 Multiple Ursachen von Erkrankungen (Multikausalität)

Gesundheitsrisiken sind in der Regel keine isolierten Phänomene, sondern meist mehrere Ereignisse, die zu einer Erkrankung führen. Gleichzeitig kann ein Gesundheitsrisiko oder -potenzial verschiedene Krankheiten zur Folge haben.

Bei weiter entfernten, so genannten distalen, Ursachen in einer Kette von Ereignissen ist ein breiterer Effekt auf verschiedene Erkrankungen zu erwarten als bei unmittelbaren, so genannten proximalen, Ursachen (Abb. 3).

**mehrere Faktoren
→ Erkrankung**

**ein Faktor
→ verschiedene Erkrankungen**

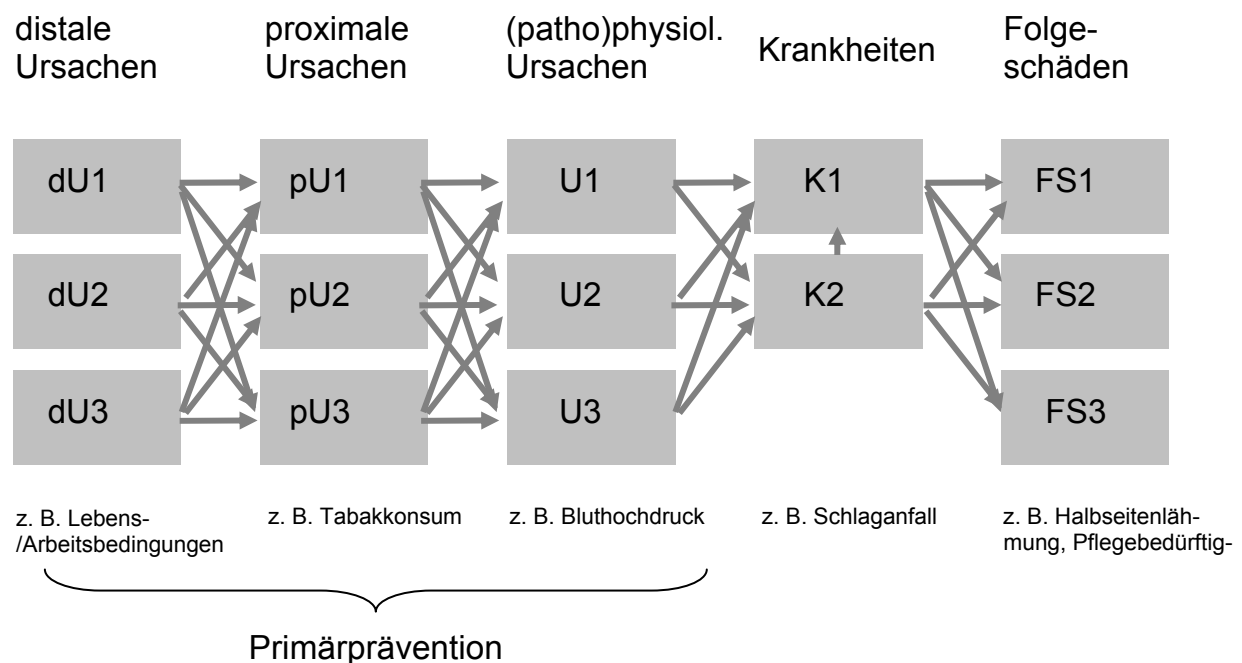


Abb. 3: Multikausalität bei der Entstehung von Krankheiten

Quelle: Leicht modifizierte Darstellung nach WHO 2002, S.14

Die meisten Erkrankungen werden von mehr als einem Risikofaktor beeinflusst und diese Faktoren können gleichzeitig bei einer betroffenen Person vorliegen (z. B. Alkohol und Tabakkonsum bei Kehlkopfkrebs). Die Multikausalität von Erkrankungen führt dazu, dass verschiedene Interventionsansätze zum Erreichen desselben Ziels möglich sind.

Verschiedene Interventionsansätze können zum gleichen Ziel führen.

2.2 Klassifizierungssysteme von präventiven Maßnahmen

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich nach einer Vielzahl von Gesichtspunkten ordnen. Es erweist sich dabei als schwierig, trennscharfe Unterscheidungen zu treffen.

Im Sprachgebrauch, in der Literatur und in den Gesetzestexten finden sich eine Vielzahl von Definitionen der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung, die zum Teil unscharf voneinander abgegrenzt sind oder sich sogar widersprechen (Rosenbrock 2003, Walter 2003, SVR 2001). Im Bewusstsein dieser Vielfalt werden im Folgenden zentrale Definitionen vorgestellt und der Sprachgebrauch für das vorliegende Dokument festgelegt.

2.2.1 Begriffsklärung Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wird definiert als die Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen von Individuen oder Zielgruppen. Zu den Ressourcen zählen z. B. Selbstbewusstsein, Information, Bildung, Einkommen und Unterstützung durch soziale Netze. Ziele der Gesundheitsförderung sind die Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen, der Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens und die Entwicklung von Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken (SVR 2001). Das zentrale Dokument zum Konzept der Gesundheitsförderung ist die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986), die folgende Handlungsstrategien und Schwerpunkte beschreibt:

- gesundheitsfördernde Gesamtpolitik
- gesundheitsförderliche Lebenswelten
- Förderung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen

Der Begriff **Gesundheitsförderung** bezieht sich auf die Stärkung der individuellen und kollektiven Gesundheitsressourcen im Sinne des Erwerbs von Kompetenzen (salutogenetischer Ansatz).

**Gesundheitsförderung:
Stärkung von Ressourcen**

2.2.2 Begriffsklärung Prävention

Einteilung nach Caplan (Interventionszeitpunkte) und Prävention im engeren Sinne

Die älteste und bekannteste Einteilung von präventiven Interventionen in *primär*, *sekundär* und *tertiär* stammt ursprünglich aus der (Individual-)Medizin. Eingeführt wurde sie durch den Psychiater Caplan (Caplan 1964), der damit vorbeugende Maßnahmen hinsichtlich des Interventionszeitpunktes ordnete:

- *primär*: Das Auftreten einer Krankheit soll verhindert werden.
- *sekundär*: Die Krankheit ist ansatzweise aufgetreten und eine Chronifizierung dieser Anzeichen, resp. das Ausbrechen der Krankheit soll verhindert werden.
- *tertiär*: Die Krankheit ist voll ausgebrochen und Folgeschäden sollen verhindert bzw. minimiert werden.

Einteilung nach Caplan:
→ *primäre*
→ *sekundäre*
→ *tertiäre*
Prävention

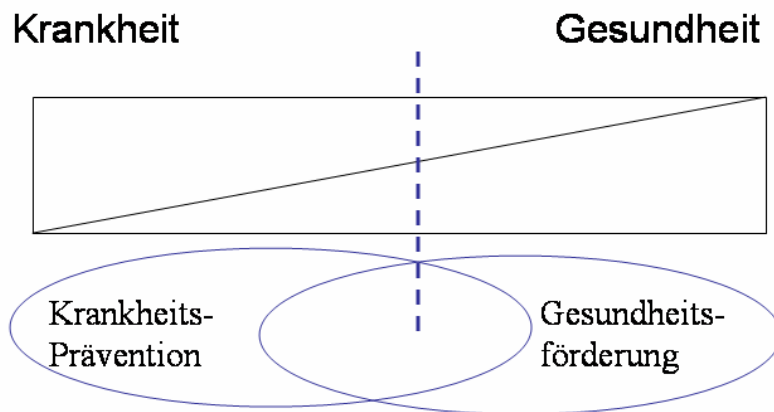
Prävention im engeren Sinn bedeutet Belastungssenkung bzw. Verringerung des Risikos des Eintritts einer Erkrankung (pathogenetischer Ansatz).

Prävention:
Senkung von Belastungen

2.2.3 Prävention und Gesundheitsförderung als sich ergänzende Ansätze

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weist in seinem Gutachten von 2000/2001 explizit auf den sich ergänzenden Charakter der beiden Ansätze hin und folgert:

„Prävention im Sinne des § 20 SGB V soll demnach nicht nur der gezielten Krankheitsvermeidung, sondern auch der allgemeinen Gesundheitsverbesserung dienen. Bei der Entwicklung von Präventionsstrategien, -programmen und -maßnahmen sollte immer nach beiden Aspekten gefragt werden: Welche Belastungen können im Hinblick auf Krankheitsvermeidung gesenkt werden und welche Ressourcen können gestärkt werden?“ (SVR 2001, S. 71).



Prävention und Gesundheitsförderung:

- ergänzen sich

- beide relevant für Interventionsstrategien

Abb. 4: Prävention und Gesundheitsförderung als sich ergänzende Ansätze

Sinngemäß entsprechend setzt sich eine *gesundheitswissenschaftlich fundierte Primärprävention* aus einer Kombination von Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne einer Belastungssenkung zusammen (Rosenbrock 2003).

Im Folgenden werden die beiden Begriffe *Prävention und Gesundheitsförderung* durchwegs zusammen verwendet um dem sich ergänzenden Charakter der beiden Komponenten Belastungssenkung und Ressourcenstärkung Rechnung zu tragen.

2.2.4 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Traditionellerweise können Interventionsmaßnahmen grundsätzlich als *verhaltenspräventiver* Ansatz (z. B. Raucherentwöhnung), *verhältnispräventiver* Ansatz (z. B. Tabaksteuer) oder auch als *biomedizinische* Intervention (z. B. Nikotinpflaster) durchgeführt werden.

Bei den verhaltensbezogenen Interventionen wird auch von *individuumbezogenen* Maßnahmen gesprochen. Diese haben den Ausbau personaler Ressourcen (z. B. Problemlösekompe-

**Verhaltensprävention =
individuumbezogen
→ Lebensstil**

tenzen) oder den Abbau gesundheitsriskanten Verhaltens (z. B. Suchtprävention) zum Ziel.

Bei den verhältnisbezogenen Interventionen wird auch von *kontextbezogenen* Maßnahmen gesprochen. Diese setzen an der sozialen, biologischen und materiellen Umwelt an, um gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu schaffen (z. B. Verbot von Tabakwerbung, Schaffung gesundheitsförderlicher Lernumwelten).

In der Praxis lassen sich die beiden Ansätze oft nicht klar trennen. So ist bei verhaltenspräventiven Maßnahmen insbesondere dem Kontextaspekt ein hoher Stellenwert einzuräumen:

"It makes little sense to expect individuals to behave differently from their peers; it is more appropriate to seek a general change in behavioural norms and in the circumstances which facilitate their adoption."
– Geoffrey Rose, 1992.

**Verhältnisprävention =
kontextbezogen → Um-
welt**

**In der Praxis: Kontext-
bezug ist sehr wichtig
um Verhaltensänderun-
gen zu bewirken.**

2.2.5 Zielgruppen

Eine konsequente Zielgruppenorientierung hat den Vorteil, dass die jeweiligen Belastungen und Ressourcen einer Gruppe genauer bestimmt werden können. Zudem können Zugangsweg und die Art der Intervention angemessen geplant werden (SVR 2001). Hilfreich erweist sich eine Einteilung von möglichen Zielgruppen nach einem Schema des US-amerikanischen Institutes of Medicine (Institute of Medicine 1994).

Diese Einteilung von Maßnahmen bezieht sich auf drei verschiedene Arten von Zielgruppen:

- *universeller* Ansatz: die Zielgruppe ist die allgemeine Bevölkerung
- *selektiver* Ansatz: es handelt sich um bestimmte Zielgruppen mit besonderen gemeinsamen Charakteristika z. B. Alter und Geschlecht
- *indizierter* Ansatz: die Zielgruppe sind Individuen mit einem besonders hohen Risiko für bestimmte Erkrankungen

Generell sind als besonders wichtige Zielgruppen Kinder und Jugendliche und sozial benachteiligte Gruppen anzusehen. Gesundheitliche Belastungen und gesundheitsdienliche Ressourcen sind auch in einem wohlhabenden Land wie Deutschland sozial ungleich verteilt, Gesundheitsrisiken und Gesundheitserwartungen weisen in der Regel erhebliche inverse Gradienten entlang der sozialen Schichtung der Gesellschaft auf (SVR 2001). Das bedeutet, dass bei den unteren sozialen Schichtungen die Häufigkeit von Gesundheitsrisiken steigt und die Gesundheitserwartung sinkt.

Es gilt als Konsens, dass Interventionen grundsätzlich geschlechtersensibel angelegt sein sollten bzw. darauf geprüft werden müssen.

Zielgruppen:

→ *universell (allgemein)*

→ *selektiv (bestimmte Untergruppen)*

→ *indiziert (Hochrisikogruppen)*

Besonders wichtig:

→ *Kinder/Jugendliche*

→ *Sozial benachteiligte Gruppen*

Geschlechtersensibilität beachten

“gender mainstreaming“

2.2.6 Kontextbezug: Lebens(um)welten (Settings)

Der WHO-Ansatz der Gesundheitsförderung betont die Bedeutung eines Kontextbezugs von Maßnahmen im Sinne von sogenannten Settings (WHO 1986) und ist inzwischen allgemein anerkannt als zentrales Konzept in der Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheit solle für die Menschen „in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt [werden], dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO 1986). Der Begriff „Setting“ wird im Allgemeinen mit „Lebens(um)welt“ übersetzt.

Zentrale Settings sind:

- Arbeitsplatz
- Schule, Kindergarten etc.
- Soziales Wohnumfeld, z. B. Gemeinde
- Primäre Gesundheitsversorgung und Krankenhäuser (Naidoo 2003).

Der Settingansatz impliziert einen langfristigen Prozess, der durch systematisch angelegte Interventionen die Schaffung gesunder Arbeits- und Lebensbedingungen anstrebt. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert eine noch stärkere Konzentration auf Interventionen nach dem Setting-Ansatz in Deutschland, wobei insbesondere Betriebe und Schulen einbezogen werden sollen (SVR 2001).

Settingansatz: Zentrales Konzept (WHO)

→ Kontextbezug: Lebens(um)welt d.h. z. B. Arbeitsplatz, Schule, Gemeinde

→ langfristig und systematisch angelegt

Besonders wichtige Settings:

→ Schule

→ Betriebe

2.2.7 Resultierende Handlungsfelder

Aus den skizzierten Klassifizierungen ergibt sich grundsätzlich ein dreidimensionaler Raum an Handlungsoptionen mit 27 Handlungsfeldern (Abbildung 5), welche wiederum in verschiedenen Settings zum Tragen kommen können.

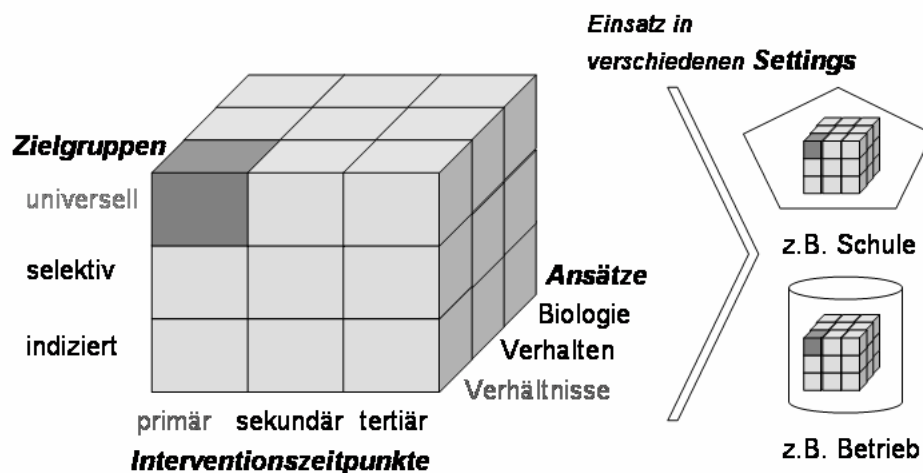


Abb. 5: Systematik von Interventionsansätzen in der Prävention und Gesundheitsförderung

Quelle: Eigene Darstellung nach Institute of Medicine 1994, Caplan 1964.

In der Abbildung herausgehoben ist eine primäre, verhältnisbezogene Intervention, die sich an eine universelle Zielgruppe richtet. Beispiele hierfür in den Settings Schule/Betrieb wären die „rauchfreie Schule“ oder der „rauchfreie Arbeitsplatz“.

3 Strategieentwicklung

3.1 Priorisierung von Gesundheitsproblemen

Die Zahl möglicher Gesundheitsrisiken ist beinahe endlos. Daher ist ein systematischer Ansatz für die Auswahl von Handlungsfeldern sehr wichtig. Wichtige Faktoren zur Priorisierung von Strategien in der Prävention und Gesundheitsförderung in einer Gesellschaft sind:

- die Bedeutung verschiedener Gesundheitsprobleme
- die Verfügbarkeit von kosten-effektiven Interventionen
- gesellschaftliche Wertvorstellungen und Präferenzen .

Für die Beurteilung dieser Punkte ist wesentlich, welche Perspektive und welche Gewichtung gewählt werden. Die Bedeutung eines Gesundheitsproblems kann z. B. anhand seines Anteils an der Sterblichkeit, der Morbidität oder der Arbeitsunfähigkeit, des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung, der volkswirtschaftlichen Kosten u.a.m. beurteilt werden. Je nach Wahl der gesundheitlichen Zielgröße („health outcome“, z. B. Sterblichkeit, Kosten) kann die Bedeutung eines Faktors stärker oder schwächer in Erscheinung treten. Das führt bei verschiedenen Perspektiven (ethisch, volkswirtschaftlich u.a.m.) zu unterschiedlichen prioritären Zielen.

Priorisierung nach:

Bedeutung eines Gesundheitsproblems

Verfügbarkeit von effektiven Interventionen

Gesellschaftlichem Kontext

maßgeblich für die Bestimmung der prioritären Ziele:

Wahl der Perspektive und Gewichtung von Outcomes

Die WHO schlägt folgende **Kriterien zur Auswahl und Definition von Gesundheitsrisiken** vor (WHO 2002):

- starke potentielle gesundheitliche Auswirkungen eines Faktors (gemessen an der Krankheitslast)
- ursächlicher Zusammenhang mit wichtigen Erkrankungen sehr wahrscheinlich (Kausalität)
- mögliche Beeinflussbarkeit
- ausreichende Abgrenzung des Faktors von anderen Ursachen und gleichzeitig von allgemeiner Bedeutung
- Verfügbarkeit von Daten zur Häufigkeit und Verteilung des Risikofaktors in der Bevölkerung und zur Beziehung Risikofaktor-Erkrankung

Auswahl und Definition von Gesundheitsrisiken nach Vorschlag der WHO

3.1.1 Vermeidbare und attributable Krankheitslast

Die Krankheitslast („burden of disease“) ist ein Maß für die Bedeutung eines Risikofaktors in einer Bevölkerung. Sie ist beeinflusst von der verursachten Krankheitshäufigkeit und -schwere. Die WHO drückt diese in DALYs¹ aus, um die Bedeutung verschiedener Gesundheitsprobleme zu vergleichen. Die zuschreibbare (attributable) Krankheitslast beschreibt die Bedeutung eines Risikofaktors in der Vergangenheit. Bei der Planung von Strategien im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ist jedoch die Frage nach den zu erwartenden zukünftigen Effekten, wenn die aktuelle Exposition mit diesem Risikofaktor reduziert wird, maßgeblich (vermeidbare Krankheitslast). Zur Abschätzung der vermeidbaren Krankheitslast sind hingegen viele Annahmen nötig. Diese betreffen z. B. die Höhe der Krankheitslast, die Verteilung des Gesundheitsrisikos in der Bevölkerung, ob und in welchem Zeitraum das Risiko nach Reduktion/Elimination einer Exposition aufgehoben

**Vermeidbare Krankheitslast:
Zu erwartende Effekte in der Zukunft**

**Attributable Krankheitslast:
Effekte in der Vergangenheit**

¹ Ein DALY (disability-adjusted life year) = ein verlorenes gesundes Lebensjahr. DALY drückt die Anzahl der durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre aus sowie die Anzahl der mit einer Behinderung von spezifizierter Schwere und Dauer gelebten Jahre. Bei Verwendung von DALY als Maß für die Krankheitslast werden schwerwiegende Ursachen von Behinderung als maßgeblich für die Größe der Krankheitslast erkennbar, etwa psychische Störungen, Verlust des Gehörs oder Osteoarthritis, wenngleich diese Leiden normalerweise nur eine geringe Sterblichkeit zur Folge haben.

werden kann und mögliche „time-lags“ (Zeitverzögerungen) zwischen Exposition und Erkrankung.

Abbildung 6 zeigt schematisch die verschiedenen Aspekte der Krankheitslast eines Risikofaktors beziehungsweise einer Erkrankung. Es gibt immer einen Anteil von Erkrankungen, der nicht durch Änderung des Risikofaktors beeinflusst werden kann („nicht beeinflussbare Krankheitslast“).

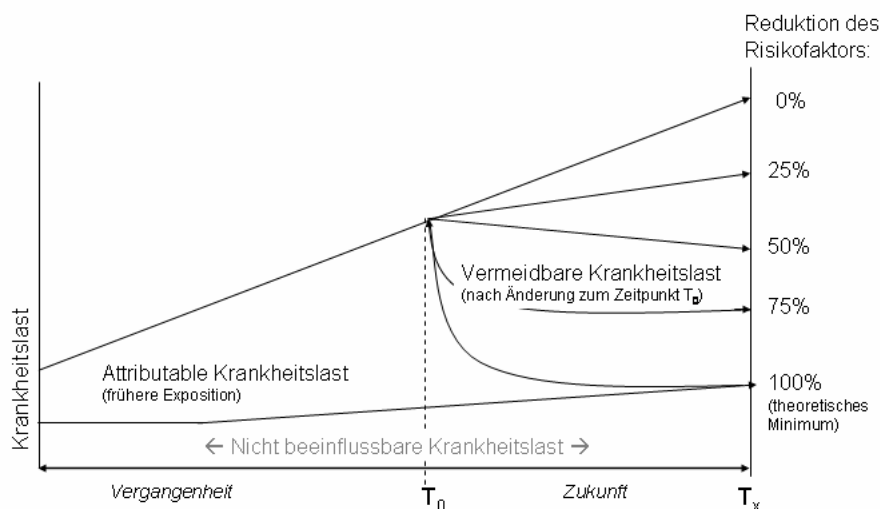


Abb. 6: Vermeidbare und attributable Krankheitslast

Quelle: vereinfachte Darstellung nach WHO 2002, S.19

Vom Zeitpunkt T_0 aus gesehen, kann die bisherige, zuschreibbare (attributable) Krankheitslast eines Risikofaktors beurteilt werden. Dies entspricht einer 0%-Reduktion dieses Risikofaktors. Vom Zeitpunkt T_0 in die Zukunft gesehen, werden verschiedene Szenarien einer Reduktion des Risikofaktors und dementsprechend geschätzte Reduktion der Krankheitslast dargestellt. Die vermeidbare Krankheitslast ist die Fläche zwischen der 0%-Reduktionslinie und der jeweiligen Reduktionskurve. Die maximale 100%-Reduktion des Risikofaktors resultiert in der nicht (durch diesen Risikofaktor) beeinflussbaren Krankheitslast.

3.1.2 Zusammenhang relatives Risiko-Prävalenz-Krankheitslast

Das relative Risiko (RR) gibt an, um wie viel höher das Risiko zu erkranken ist für eine Person mit einem Risikofaktor im Vergleich zu einer Person ohne diesen Risikofaktor (z. B. RR=2 bedeutet ein doppeltes Risiko zu erkranken). Zur Beurteilung der Bedeutung eines Risikofaktors, z. B. zur Abschätzung der Krankheitslast dieses Faktors, ist auch die Verbreitung eines Risikofaktors und der Erkrankung in einer Bevölkerung zu beachten (Prävalenz p).

Die zuschreibbare Krankheitslast eines Risikofaktors gibt den Anteil dieses Faktors an den Erkrankungsfällen in der Bevölkerung an. Diese Größe wird auch populationsbezogene attributable Risiko Proportion (PARP) [engl. population attributable risk proportion oder fraction (PAR oder PAF)] genannt und berechnet sich aus dem relativen Risiko und der Prävalenz des Risikofaktors².

Risikofaktoren mit einem geringen relativen Risiko, die aber häufig sind oder häufige Erkrankungen betreffen, können eine größere Krankheitslast bewirken, als seltene Risikofaktoren, die ein wesentlich höheres relatives Risiko haben (Abb. 7).

Die Prävalenz eines Risikofaktors und das relative Risiko bestimmen in Kombination die Krankheitslast dieses Risikofaktors.

² PAF oder PAR = $[p_{RF} \times (RR - 1)] / [1 + p_{RF} \times (RR - 1)]$ (Heller 2004)

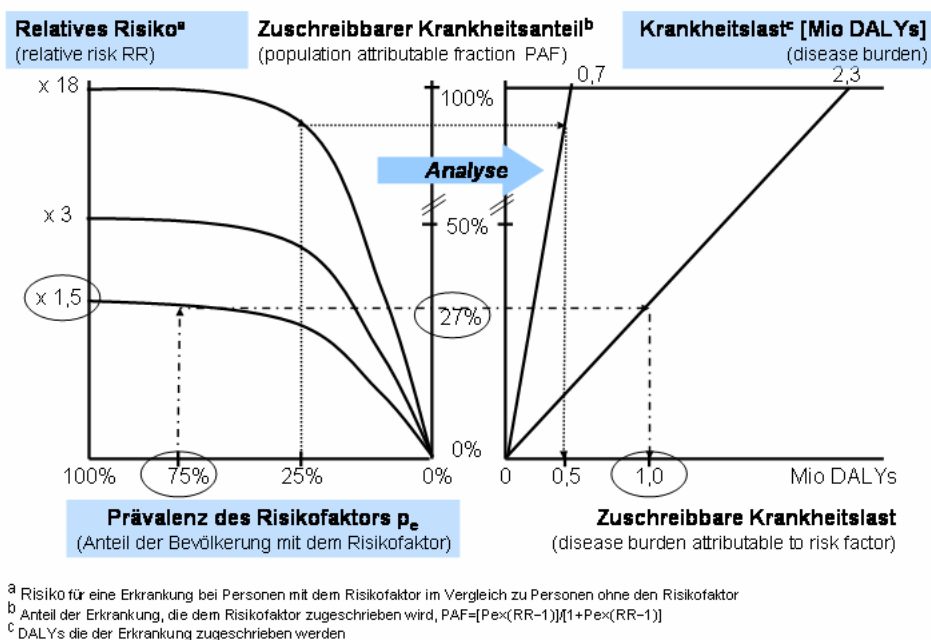


Abb. 7: Zuschreibbare Krankheitslast und Prävalenz und relatives Risiko

Quelle: modifizierte Darstellung der Abbildung 2.6. WHO 2002, S.21

Abbildung 7 veranschaulicht beispielhaft den Einfluss auf die zuschreibbare Krankheitslast eines Risikofaktors, den die Bedeutung der korrespondierenden Erkrankung (Krankheitslast), der Zusammenhang Risikofaktor-Erkrankung (relatives Risiko, RR) und die Verbreitung des Risikofaktors (Prävalenz p) haben. Gezeigt ist einerseits ein häufiger Risikofaktor ($p = 75\%$) mit relativ geringer Risikoerhöhung für die Erkrankung ($RR = 1,5$)³, die wiederum aber eine relativ hohe Krankheitslast hat (2,3 Mio DALYs). Dem Risikofaktor kann demnach eine Krankheitslast von 1,0 Mio DALYs zugeschrieben werden. Diese zuschreibbare Krankheitslast beschreibt das maximale präventive Potenzial bei 100%er Reduktion des Risikofaktors. Zum Vergleich ist dargestellt ein Risikofaktor mit nur 25 % Verbreitung aber einem 18-fach erhöhten Risiko für eine Erkrankung⁴, die eine Krankheitslast von 0,7 Mio DALYs hat. Diesem Risiko-

³ der zuschreibbare Krankheitsanteil PAF des Risikofaktors beträgt hier 27 %

⁴ PAF beträgt hier 81%

faktor kann eine Krankheitslast von 0,5 Mio DALYs zugeschrieben werden.

Zur Abschätzung der maximalen Größe des Effekts von Präventionsprogrammen, welche eine Reduzierung der jeweiligen Risikofaktoren zum Ziel haben, können auch die zuschreibbaren Krankheitsanteile der Risikofaktoren (PAF) betrachtet werden. Allerdings wird dabei die Bedeutung der jeweiligen Erkrankung für die Bevölkerung nicht berücksichtigt.

3.1.3 Ökonomische Aspekte

In Anbetracht der begrenzten finanziellen Ressourcen sollten Präventionsmaßnahmen ökonomisch vertretbar sein, d. h. ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen⁵. Dieses zu bestimmen ist im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention problematisch und entwickelt sich derzeit zu einem eigenen Feld. Problematisch bei der Planung von Studien und Interpretation von Ergebnissen in diesem Bereich sind z. B. folgende Aspekte (Hoffman 2003):

- Die kausalen Mechanismen bei vielen chronischen Erkrankungen sind noch nicht letztendlich geklärt. Es scheint, als seien bisher Lebensstilfaktoren überschätzt und sozioökonomische Faktoren unterschätzt worden
- Die Maßnahmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung sind Langzeitprojekte, die Jahre bis zum Erreichen möglicher Effekte brauchen. Daher ist der Nutzen solcher Maßnahmen schwierig zu berechnen.
- Viele Kosteneffektivitätsstudien haben ein experimentelles Design. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf „das wirkliche Leben“ wird daher in Frage gestellt.

Inwieweit Konzepte aus anderen ökonomischen Bereichen auf Maßnahmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung übertragbar sind, ist derzeit Gegenstand von Diskussion und Forschung.

Kosten-Nutzen-Berechnungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung: schwierig und wenig erforscht – ein Feld in der Entwicklung

Spezifische Probleme für Kosten-Nutzen-Berechnungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

⁵ siehe z. B. aktuelle Diskussion im British Medical Journal vom Mai 2004: „Public Health programmes will have to prove they are cost effective“ BMJ 2004;328:1222 (22 May), doi:10.1136/bmj.328.7450.1222-c

Im Weiteren wird im Rahmen des vorliegenden Konzepts nur kurz auf einige theoretische Überlegungen eingegangen. Als weiterführende Literatur in Hinblick auf bereits durchgeführte Kosten-Effektivitätsstudien sei auf den Weltgesundheitsbericht 2002 der WHO (WHO 2002) und einen kürzlich fertig gestellten Übersichtsbericht für die Weltbank (Hoffman 2003) verwiesen. Übliche gesundheitsökonomische Kennzahlen zur Beurteilung von Maßnahmen sind die so genannten DALYs (Disability Adjusted Years of Life) oder DALE (Disability Adjusted Life Expectancy) oder auch die HALE (Healthy Life Expectancy). Die Kennzahlen messen die Lebenserwartung bzw. Jahre bei guter Gesundheit. Man korrigiert die Lebenserwartung um die Gesundheitsqualität, in der die zu erwartenden Lebensjahre verbracht werden. Zehn Jahre bei schlechter Gesundheit sind weniger als zehn DALE bzw. HALE wert.

Im Rahmen von Kosten-Nutzenrechnungen im Gesundheitswesen werden gerne auch QUALYs (Quality Adjusted Life Years) als Zielgrößen verwendet, da diese prinzipiell den Vergleich über verschiedene Maßnahmen (z. B. Therapien) ermöglichen (WHO 2002).

Diese Kennzahlen erfordern viele Annahmen oder detaillierte Daten, auf die zurückgegriffen werden kann. Teilweise sind sie noch keine vollwertigen ökonomischen Maßzahlen, d. h. nicht direkt als monetäre Kosten oder Nutzwerte einsetzbar. Bei der Bewertung ökonomischer Maßzahlen sollten zusätzlich ethische Prinzipien und Wertvorstellungen zum Tragen kommen.

Kennzahlen:

**DALE
DALYs
HALE
QUALYs**

Bei der Bewertung ökonomischer Maßzahlen sollten zusätzlich ethische Prinzipien und Wertvorstellungen zum Tragen kommen

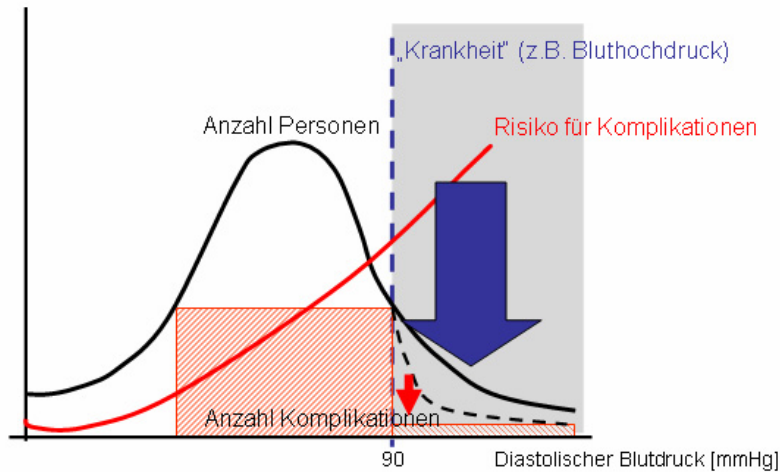
Grundsätzlich gilt auch, dass eine kosteneffektive Intervention abhängig von der Häufigkeit eines Gesundheitsproblems nur einen geringen Effekt auf die Bevölkerungsgesundheit haben kann (WHO 2002).

Die Kosteneffektivität einer Intervention alleine sagt noch nichts über ihre Einsetzbarkeit auf Bevölkerungsebene aus.

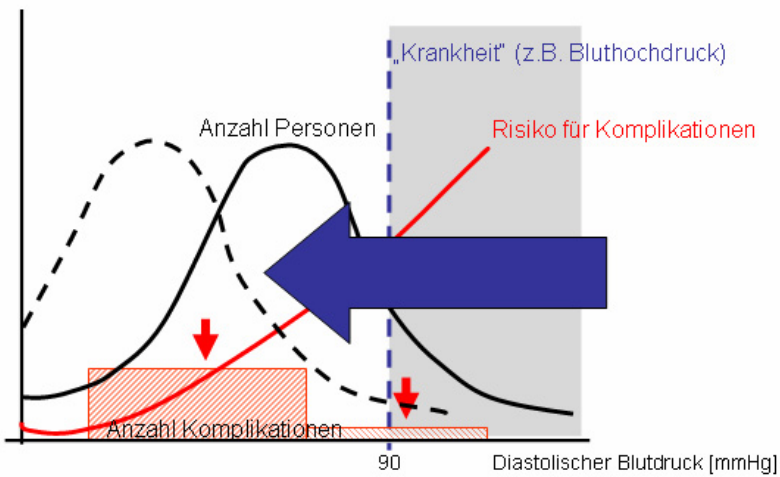
3.2 Hochrisiko-Ansatz und bevölkerungsbezogener Ansatz

Die Ausrichtung einer Intervention auf eine Hochrisikogruppe, die voraussichtlich am meisten davon profitieren wird, kann Kosten sparen dadurch, dass weniger Menschen der Intervention unterzogen werden. Allerdings kann die Identifizierung der Hochrisikogruppe kostenintensiv sein.

Aus Bevölkerungssicht lohnt sich eine solche Maßnahme nur, wenn relativ viele Personen betroffen sind. Der Hochrisiko-Ansatz zielt nur auf einen bestimmten Bereich einer Risikofaktor-Verteilungskurve. Alternativ kann versucht werden, die gesamte Kurve zu verschieben (Abb. 8). Dies verbessert unter Umständen die Bevölkerungsgesundheit wesentlich stärker und spart die Kosten für die Identifikation der Risikogruppe. Allerdings werden wegen der größeren Zahl der Zielpersonen mehr Kosten bei der Umsetzung der Intervention anfallen. Welcher Ansatz der kosteneffektivere ist, hängt von der Größe der Hochrisikogruppe, den Kosten diese zu identifizieren und den Kosten der Intervention an sich ab.



Hochrisiko-Ansatz



Bevölkerungs-Ansatz

Abb. 8: Die Verteilung eines Risikofaktors in einer Bevölkerung und die Anzahl von Komplikationen:

Auswirkungen von Maßnahmen zur Reduktion des diastolischen Blutdrucks nach dem Hochrisiko-Ansatz und nach dem Bevölkerungs-Ansatz.

Quelle: Eigene Darstellung nach Rose 1992.

Um einen hohen Effekt auf die Bevölkerungsgesundheit zu haben, sollten Präventionsansätze mit Bevölkerungsbezug durchgeführt werden (bevölkerungsbezogene Strategie). Die oft unbefriedigende Effektivität einer ausschließlichen Fokussierung auf so genannte Hochrisikogruppen ist durch verschiedene Beispiele in der Vergangenheit belegt (z. B. Hepatitis-B Impfung von so genannten Risikogruppen). Andererseits steht eine zusätzliche oder spezifische Ausrichtung von Präventionsansätzen auf Zielgruppen, die besonders gefährdet sind (Hochrisikostategie), nicht im Widerspruch zu einem bevölkerungsbezogenen Ansatz, sondern sichert die effektive Umsetzung des Bevölkerungsbezugs.

Hochrisiko- und Populationsstrategie ergänzen sich also.

Bevölkerungsbezogene Strategie:
→ Gesamtbevölkerung

Hochrisikostategie:
→ Individuen mit hohem Erkrankungsrisiko

Hochrisiko- und Populationsstrategie ergänzen sich.

Präventions-Paradoxon: „Eine präventive Maßnahme, die der Gesellschaft viel Nutzen bringt, kann dem einzelnen Individuum unter Umständen nur relativ wenig Vorteile [...] bringen“. (WHO 2002, Rose 1992)

Präventions- Paradoxon

3.3 Evidenz und Effektivität von Maßnahmen

3.3.1 Begriffsklärung Evidenz

In der aktuellen Diskussion zu Strategien und Umsetzungsmöglichkeiten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ist der Begriff der Evidenzbasierung vielbemüht. Evidenzbasierte Public-Health-Maßnahmen werden definiert als das informierte, bewusste und umsichtige Nutzen von plausiblen Wissen aus systematischer Wissenschaft und Evaluationen⁶. Der Begriff der Evidenzbasierung hat seine Ursprünge in der klinischen Medizin, in der der Begriff der „Evidence based Medicine“ inzwischen etabliert ist. Die Bewertung von Wissen erfolgt dabei nach verschiedenen so genannten Evidenzklassen (siehe Anhang), denen eine unterschiedliche Wertigkeit zugemessen wird.

Evidenzklassen aus der klinischen Medizin nicht unesehen anwendbar

Die Anwendung dieser Methoden auf den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ist jedoch problematisch, vor allem was den Bereich Gesundheitsförderung betrifft. Die Probleme sind bedingt durch (Noack 2002, Kolip 2003):

- die hohe Komplexität und daher geringe Standardisierbarkeit der Interventionen.
- die indirekte Wirkungsweise über Veränderung von Lebensstilen und Lebensweisen und die daher erschwerte Erfassung von Effekten (Morbidität und Mortalität nur sehr bedingt geeignet).
- die langfristige Ausrichtung (Effekte erst nach geraumer Zeit zu erwarten).
- Die Entwicklung/Entstehung von Gesundheit durch Interaktion Person-Umwelt → Randomisierung unter kontrollierten Bedingungen ist kontraproduktiv, da die Interaktionseffekte ausgeschaltet werden (Noack 2002).

⁶ „Evidence based public health can be defined as a public health endeavour in which there is an informed, explicit and judicious use of evidence that has been derived from any of a variety of science and social science research and evaluation methods.“ (Rychetnik 2004, p.538)

Daher wurde 2002 von Noack eine modifizierte Klassifizierung vorgeschlagen (Tabelle 1). Die Diskussion zu diesem Thema ist jedoch noch nicht abgeschlossen.

Tab. 1 : Vorschlag zu Evidenzklassen in den sozialen Gesundheitswissenschaften

Evidenz (Wissensqualität)	Quantitative Studien	Qualitative Studien
Hoch	Hochwertige prospektive vergleichende Beobachtungsstudien an mehreren großen Bevölkerungskollektiven oder Kohorten (Randomisierung nur in besonderen Fällen)	Umfassende differenzierte Fallanalyse eines „großen“ Falles z. B. (Bevölkerungsgruppe oder großes soziales Setting) bzw. mehrerer „kleiner“ Fälle
Mittel	Mindestens eine große oder mehrere kleine Beobachtungsstudien an kleineren Bevölkerungskollektiven	
Niedrig	Meinungen und Überzeugungen von Autoritäten und Expertenkommissionen (ohne Belege)	Fallanalysen eines „größeren“ Einzelfalles oder einiger weniger kleiner Fälle

Quelle: Noack 2002

Im Rahmen des vorliegenden Dokumentes wird der Ausdruck Evidenz, sofern nicht anders erwähnt, im Sinne von „datenbasiert“ oder „in Studien gezeigt“ verwendet.

**Hier:
Evidenz = datenbasiert,
in Studien gezeigt**

3.3.2 Die wichtigsten aktuellen Gesundheitsprobleme

Es besteht weitgehend Konsens, dass die so genannten großen Volkskrankheiten einen beträchtlichen Anteil an der Morbidität und Sterblichkeit in den Industrieländern haben. Dazu zählen im Wesentlichen die Herz-Kreislauferkrankungen, obstruktive Lungenerkrankungen, psychische Erkrankungen und Krebs. Gemeinsam sind diesen und den ebenfalls relevanten Unfällen einige wenige Risikofaktoren (Abb. 9).

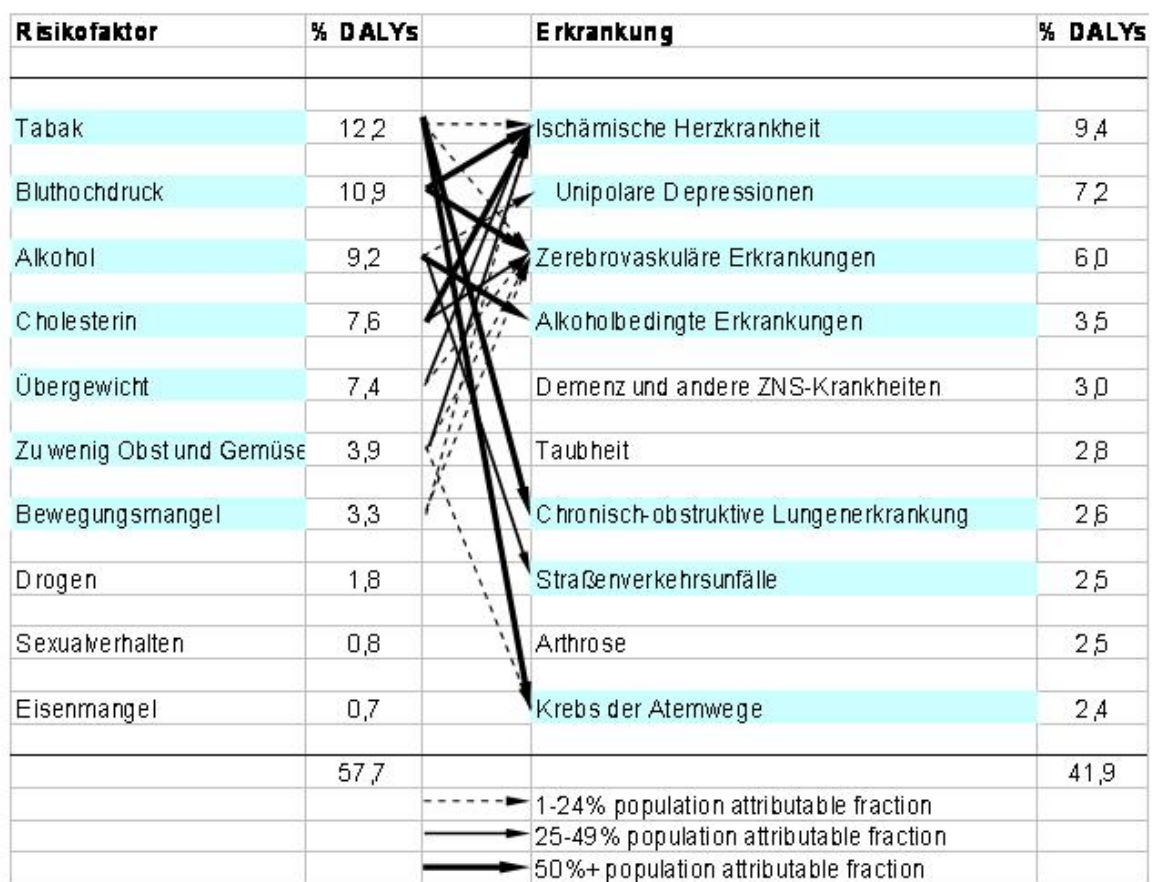


Abb. 9: Krankheitslast in den westlichen Industrieländern

Dargestellt sind die 10 führenden Erkrankungen und Verletzungen und die 10 führenden Risikofaktoren

Quelle: WHO 2002, Annex 16

Daher empfiehlt die WHO, sich bei der Prävention und Gesundheitsförderung auf den überschaubaren Bereich dieser sehr wichtigen Risikofaktoren zu konzentrieren. Dazu zählen in den westlichen Industrienationen insbesondere (WHO 2002, Ezzati 2002):

- Bluthochdruck
- Tabak
- Alkohol
- ungenügender Obst- und Gemüseverzehr
- Bewegungsmangel
- Unfälle

WHO: in den Industrieländern wenige aber häufige Gesundheitsprobleme

Von der Weltgesundheitsorganisation wurde berechnet, dass eine gleichzeitige, mäßige bevölkerungsweite Reduktion von Bluthochdruck, Fettsucht, Cholesterin und Tabakkonsum z. B. die Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen halbieren würde (WHO 2002).

Die Industrieländer sehen sich vor allem einigen wenigen, häufigen, bedeutenden und bekannten Gesundheitsrisiken gegenüber. Es müssen daher keine weiteren Ursachen für die wichtigen Erkrankungen aufgedeckt werden. Laut WHO können bereits bei Berücksichtigung des derzeitigen Wissens durch relativ bescheidene Ausgaben substantielle Gesundheitsverbesserungen („health gains“) erzielt werden (WHO 2002).

**WHO:
Reduktion bekannter
Risikofaktoren
→ Aussicht auf beträchtliche Erfolge**

3.3.3 Erfolgreiche Programme und Interventionen

Die Messung der Wirksamkeit von Programmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ist schwierig, was in Deutschland derzeit zunehmend als Problematik mit resultierendem Handlungsbedarf thematisiert wird (Kolip 2004, Bau 2004, Luber 2004). Es liegen jedoch bereits zahlreiche, vor allem internationale Studien vor, die zeigen, dass auch in diesem Feld ein Wirksamkeitsnachweis geführt werden kann (Kolip 2004). So hat der australische Forscher Nutbeam ein Modell entwickelt, mit dessen Hilfe Effekte typisiert werden können und mit dem in der Schweiz bereits guten Erfahrungen gemacht wurden (Nutbeam 1998, Ruckstuhl 2001). Zudem liegt aus Nordamerika und Europa eine Reihe von Untersuchungen zur

Bewertung der Wirksamkeit von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu verschiedenen Themenschwerpunkten vor.

Eine Übersicht über die Evidenz zu konkreten, effektiven Maßnahmen bieten an:

- der Report für die Weltbank zur *Evidenz für die Wirksamkeit und Kosten von Interventionen zur Verringerung der Krankheitslast nicht-übertragbarer Erkrankungen* (Hoffmann 2003). Diesem Bericht liegen systematische Recherchen in der Cochrane Collaboration Datenbank (www.cochrane.org), der National Health Service Economic Evaluations Database⁷ mit Schlüsselwortsuche nach nichtübertragbare Krankheiten (cerebrovascular disease, COPD, diabetes mellitus, ischaemic heart disease) und deren Risikofaktoren (hypertension [Bluthochdruck], smoking [Rauchen], obesity [Adipositas], physical inactivity [Bewegungsmangel], hypercholesterolemia [Hypercholesterinämie], low fruit and vegetable intake [niedriger Konsum von Obst und Gemüse], airborne particulates [Feinstäube], indoor smoke [Passivrauchen]) zugrunde. Der Bericht basiert hauptsächlich auf systematischen Reviews und Expertenmeinungen und verweist an vielen Stellen auf das CDC, Health Canada und die WHO und deren Empfehlungen. Eine tabellarische Übersicht über erfolgreiche Interventionen findet sich im Anhang.
- der Weltgesundheitsreport der WHO 2002 (WHO 2002)⁸.
- für den europäischen Raum der IUPHE-Report (IUPHE 1999)

Datenquellen zu Effektivität von einzelnen Interventionen

⁷ <http://agatha.york.ac.uk/welcome.htm>

⁸ Eine deutsche Zusammenfassung des Berichts findet sich unter http://www.lgl.bayern.de/de/left/fachinformationen/gesundheit/docs/gbe/zusammenfassung_whoreport_2002.pdf [download 29.07.2004]

Eine Liste mit Charakteristika erfolgreicher gemeindebasierter Interventionen wurde von Nissinen zusammengestellt (Nissinen 2001, siehe Anhang).

Für Deutschland gibt es zum derzeitigen Zeitpunkt keinen Überblick über effiziente Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Ein Reader der BZgA zu „Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention“ fasst die im deutschsprachigen Raum vereinzelt vorliegender Ansätze zusammen. Dort werden auch Beispiele aus der Praxis detaillierter behandelt, allerdings fehlen eine systematische Bewertung sowie eine Empfehlung zur Effizienz, wie sie in den internationalen Quellen wie z. B. des CDC oder HHS (siehe Anhang) zu finden sind (BZgA 2001).

3.3.4 Kosteneffektivität

In Anbetracht der begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen gewinnt der Aspekt der Kosten-Effektivität von Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zunehmend an Bedeutung. Allerdings ist die Methodologie für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung noch nicht sehr weit entwickelt und die Evidenz in diesem Bereich derzeit noch relativ spärlich. Dieses Thema wird im Rahmen eines eigenen Berichts des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zu Evaluation von präventiven Maßnahmen genauer behandelt werden.

Festgehalten werden kann, dass Kosten-Nutzen-Analysen grundsätzlich lediglich eines von mehreren Entscheidungskriterien darstellen können und sollen.

Datenlage zur Kosten-Effektivität von Interventionen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung spärlich

3.3.5 Ein Beispiel: Das Nordkarelien-Projekt in Finnland

Anfang der 70er Jahre war in Finnland die Mortalitätsrate der Männer mittleren Alters die höchste der Welt. Daher wurde in der Region Nordkarelien mit Unterstützung der WHO eine Public Health Strategie erarbeitet, die allgemein als sehr erfolgreich gilt. Zunächst wurden Hauptrisikofaktoren ermittelt: erhöhte Cholesterinspiegel, Bluthochdruck und Rauchen. Dann wurde 1972 ein breit angelegtes Präventionsprojekt in der Region Nordkarelien mit dem Ziel gestartet, die hohe Sterblichkeitsrate durch kardiovaskuläre Krankheiten zu senken. Unter Einbeziehung der Gemeinden, des Gesundheitswesens, der Lebensmittelindustrie und der Medien wurden verschiedene Initiativen gegründet, um die Ernährung gesünder zu gestalten, den Tabakkonsum zu senken und körperliche Bewegung zu fördern. Auf nationaler Ebene wurden Expertenleitlinien erarbeitet, Programme finanziert und eine Beteiligung der Wirtschaft gefördert. Im Parlament wurden auf das Ziel abgestimmte Gesetze verabschiedet. In der nächsten Phase wurden Detailprogramme zu einzelnen Risikofaktoren implementiert. Das Projekt begann 1972 und wurde wegen seines Erfolges 1977 auf ganz Finnland ausgedehnt.

In 25 Jahren wurde die altersangepasste Sterberate der 25- bis 64-jährigen Männer durch kardiovaskuläre Krankheiten um 73%, durch Lungenkrebs um 71% und insgesamt um 49% gesenkt (Puska 2004, Pietinen 2001).

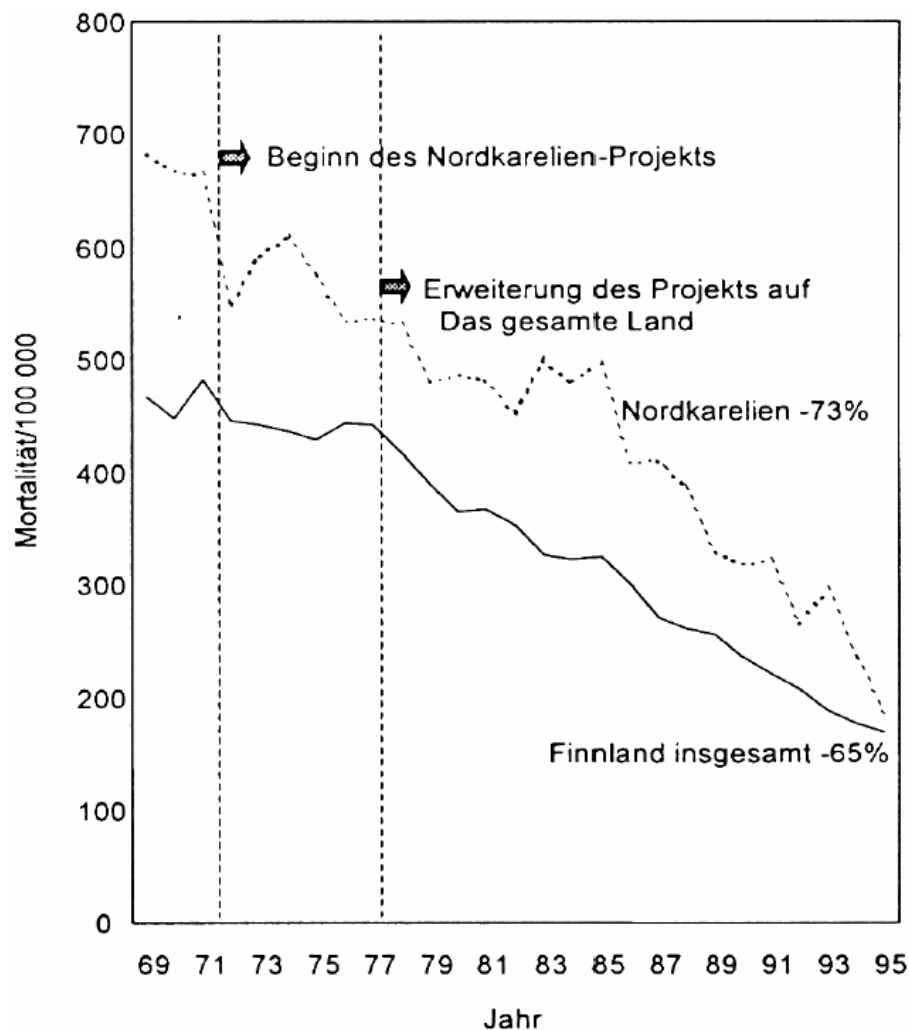


Abb. 10: Nordkarelien Projekt: Mortalität infolge koronarer Herzkrankheit in Finnland 1969-1995

(Männer der Altersgruppe 35-64)

Quelle: Noack 2002

Auch wenn jedes Land eigene Präventionsprojekte durchführen muss, kann das Nordkarelien-Projekt bezüglich der Schlüsselfaktoren und Empfehlungen als Vorbild dienen (Puska 2004).

In Europa wird derzeit in Zusammenarbeit mit der WHO an adaptionsfähigen Modellen für andere Länder gearbeitet (CINDI= Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Initiatives, WHO 2004)⁹.

3.3.6 Limitationen des evidenzbasierten Ansatzes

Auch bei Vorliegen evidenzbasierter Empfehlungen zu Interventionen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, wie z. B. der US-amerikanische „Task Force on Community Preven-

⁹ <http://www.euro.who.int/CINDI>

tive Services“ zu Interventionen, die auf Verbesserung von körperlicher Aktivität abzielen (siehe Tabelle im Anhang), ist zu beachten, dass diese Empfehlungen auf einer beschränkten Anzahl Studien in spezifischen Settings mit bestimmten Zielpopulationen basieren. Deshalb sollten die Implementierung und die Effektivität eines Programms bei jedem neuen Einsatz zunächst evaluiert werden.

Zudem birgt eine strikte Anwendung der Kriterien von Evidence based Medicine auf die Prävention und Gesundheitsförderung die Gefahr der Bevorzugung besser untersuchter und in der Regel weniger komplexer Interventionen. Eine evidenzgestützte Strategieentwicklung bedeutet jedoch nicht, dass Bereiche und Maßnahmen, in denen keine oder nur wenig Evidenz existiert, vernachlässigt werden sollten. Im Bewusstsein bestehender Wissenslücken haben eine gut geplante ergebnisorientierte Evaluation und ein ständiges Qualitätsmanagement solcher „innovativer“ Interventionen einen besonders hohen Stellenwert.

vielversprechende innovative Interventionen :

→ Mangelnde Evidenz kein Hinderungsgrund

→ ergebnisorientierte Evaluation besonders wichtig

3.4 Evaluation

3.4.1 Begriffsklärung Evaluation

Evaluation ist das systematische Sammeln, Analysieren und Bewerten von Informationen über Aktivitäten, Eigenschaften und Ergebnisse von Projekten, Personen und Produkten. Ziel ist die Reduktion von Unsicherheiten, die Erhöhung der Effektivität und die Schaffung von Entscheidungsgrundlagen. Der Fokus kann auf der Überprüfung der Abläufe (Prozessevaluation) wie auch der Ergebnisse und Wirkungen der Maßnahmen (Ergebnisevaluation) liegen¹⁰.

Die Evaluation ist ein wichtiger Bestandteil bei der Strategieentwicklung im Bereich öffentliche Gesundheit (Abb. 11) und kann unterschiedlichen Zwecken dienen, z. B.:

- Legitimation der Verwendung öffentlicher Gelder
- Entscheidungshilfe bezüglich Weiterführung von Projekten

- Verbesserung von Strategien und Maßnahmen
- Projektsteuerung
- Untersuchung einer wissenschaftlichen Fragestellung

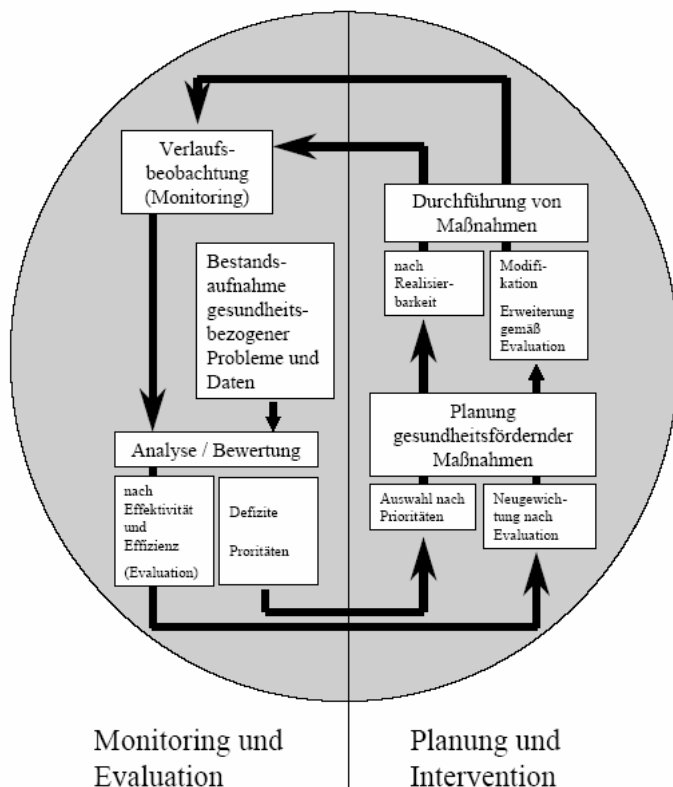


Abb. 11: Regelkreis der Gesundheitsplanung

Quelle: Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und GBE im Kinder- und Jugendalter, Rhein-Kreis Neuss

Die jeweilige Zielsetzung bedingt unterschiedliche Vorgehensweisen und Methoden. Je nach Zweck der Evaluation drängen sich unterschiedliche Evaluationsformen (Selbst- oder Fremdevaluation, formative oder summative Evaluation, Mischformen) und Evaluationstypen (Planungs-, Prozess- oder Ergebnisevaluation) auf.

¹⁰ Gesundheitsförderung Schweiz, <http://www.quintessenz.ch/de/introduction/150> Letzte Änderung: 30.11.2003

3.4.2 Evaluation in der Prävention und Gesundheitsforschung

Im Rahmen der Forderungen nach evidenzbasierten Entscheidungen steigt der Bedarf an ergebnisorientierten Evaluationen von Maßnahmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung (SVR 2001). Bisher war das Hauptaugenmerk in diesem Bereich vor allem auf die Entwicklung und die Implementation der Maßnahmen selber gerichtet. Wurden Evaluationen vorgenommen, zielten sie häufig lediglich auf die Erfassung der Zahl der erreichten Personen, eventuell auch deren Zufriedenheit mit dem Angebot, das verbesserte Wissen im angesprochenen Themenbereich und organisatorische Aspekte. Aspekte im Hinblick auf den konkreten Nutzen der Initiativen – ob die anvisierten gesundheitlichen Effekte erfolgten und die spezifische Zielgruppe tatsächlich erreicht wurde – wurden vielfach nicht weiter hinterfragt (BZgA 2001). Zum Teil lag dies auch an methodischen Schwierigkeiten bei der Durchführung einer ergebnisorientierten Evaluation. Als problematisch erwies sich die Tatsache, dass die Maßnahmen häufig sehr komplex sind und Indikatoren zur Erfassung der Effekte sehr schwierig zu bestimmen sind. Zum Beispiel kann der Erfolg einer Maßnahme häufig nicht direkt an einer Veränderung der Morbidität oder der Risiken abgelesen werden.

Zudem sind Erfolg versprechende Maßnahmen meist auf langfristige und nachhaltige Veränderungen ausgelegt, wohingegen Evaluationen häufig einen kurzfristigeren Zeithorizont beschreiben (Kolip 2004).

Trotz dieser Schwierigkeiten liegen bereits zahlreiche, vor allem internationale Ansätze vor, die zeigen, dass sich auch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung evaluieren lassen. Die Europäische Kommission hat eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema unterstützt¹¹, wozu

¹¹ thematische Übersicht über geförderte Projekte:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/promotion_project_thematic_en.htm#2

auch eine deutsche Expertise zur Evaluation als Mittel der Qualitätssicherung zählt (BZgA 2000). Diese Studie beschreibt ein qualitätsorientiertes Evaluationskonzept, das darauf gerichtet ist, von Beginn eines Projektes an Informationen über die Leistungsfähigkeit der jeweils abgelaufenen Projektaktivitäten zu sammeln und rückzukoppeln. Dadurch soll die Wirksamkeit der nachfolgenden Projektphasen sichergestellt oder verbessert werden. Die WHO Europe hat eine eigene Arbeitsgruppe gegründet, die sich mit dem Thema Evaluation und Gesundheitsförderung beschäftigt (WHO 1998, 2001). Sie hat gezeigt, wie sich Gesundheitsförderungsprogramme, die auf eine Veränderung soziokultureller und umweltbezogener Einflussfaktoren abzielen, evaluieren lassen. Als Voraussetzungen werden genannt, dass die Maßnahmen eine theoretische Grundlage haben, dass das methodische Repertoire qualitative und quantitative Methoden umfasst und die Methoden unter Rückgriff auf ein interdisziplinäres Know-how entwickelt werden (Kolip 2004). Die Expertise zu technischen und methodischen Fragen der Evaluation im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention nimmt weltweit zu (z. B. Briss 2004, Mc Queen 2001¹²).

¹² siehe auch Übersicht im Newsletter No. 16, der Health Promoting Hospitals <http://www.univie.ac.at/hph/nl16.pdf>

4 Zusammenfassung: Schritte der Entwicklung einer Präventionsstrategie

Aus der bestehenden Evidenz können Empfehlungen zur Entwicklung einer bevölkerungsbezogenen Strategie zur Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet werden. Folgende Schritte bestimmen demnach die Entwicklung einer Präventionsstrategie:

1. Definition der relevanten Gesundheitsprobleme und Priorisierung

Die Gesundheitsprobleme im Fokus sollten eine angemessene Häufigkeit aufweisen (Inzidenz/Prävalenz), von medizinischer und volkswirtschaftlicher Relevanz sein (Krankheitsschwere, direkte und indirekte Kosten). Wirksame Maßnahmen ohne unververtretbare unerwünschte Wirkungen sollten verfügbar sein. Diese sollten möglichst eine akzeptable Wirksamkeits-Kosten-Relation aufweisen. Da die Zahl möglicher Gesundheitsrisiken und Gesundheitsprobleme scheinbar endlos ist, ist ein quantitativer Ansatz für die Auswahl von Handlungsfeldern sehr wichtig.

Priorisierung:

→ **Wie bedeutsam ist die Erkrankung?**

→ **Wie bedeutsam ist der Risikofaktor?**

→ **Können Risikofaktoren zuverlässig identifiziert werden?**

→ **Ist die Maßnahme effektiv?**

2. Identifikation von entsprechenden Zielgruppen

Grundsätzlich sollte ein bevölkerungsbezogener Ansatz bevorzugt werden, der durch Identifikation spezifischer Zielgruppen effektiv gestaltet wird. Zielgruppen können regional, sozial, biologisch oder nach anderen gemeinsamen Merkmalen definiert werden. Gegebenenfalls ist ergänzend die Identifikation von besonders gefährdeten Personen (Hochrisiko-Ansatz) sinnvoll. Besonders wichtige Zielgruppen sind Kinder- und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien.

3. Partizipation der Zielgruppen

Ziele, Zugangswege und Interventionstypen sollten in Zusammenarbeit mit Repräsentanten der Zielgruppen festgelegt werden.

4. Setting-Ansatz

Die Empfehlung, Maßnahmen kontextbezogen („setting“) auszurichten, geht auf die WHO zurück und gilt allgemein als anerkannt. Besonderer Wert sollte auf das Setting Schule und Betrieb gelegt werden. Der Setting-Ansatz ermöglicht, dass in einem sozialen Kontext gleichzeitig unterschiedliche Zielgruppen und Akteure erreicht werden können (z. B. Schule: Schüler, Eltern, Lehrer, Personal). Zudem können verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen kombiniert und Synergien genutzt werden.

5. Geschlechtersensibilität

Es gilt als Konsens, dass Interventionen grundsätzlich geschlechtersensibel angelegt sein sollten bzw. darauf geprüft werden müssen.

6. Umfassende Ansätze

Der Komplexität von Prävention und Gesundheitsförderung entsprechend sollten Maßnahmen umfassend angelegt sein, so dass sowohl Verhaltensänderungen als auch die Änderung der Lebensverhältnisse anvisiert werden. Dabei sollten multiple Zugangswege gewählt werden, die sowohl Information und Aufklärung als auch politische Maßnahmen und Initiativen in verschiedenen Settings, über alle Altersgruppen und auch fokussiert in bestimmten Bevölkerungsgruppen umfassen. Verschiedene Risikoverhaltensmuster und Ungleichheiten müssen berücksichtigt werden. Die Zusammenarbeit von Individuen, Gemeinden und Regierungen auf verschiedenen Ebenen und Bereichen ist erforderlich (gesamtgesellschaftliche Quer-

schnittsaufgabe). Dabei kommt der kommunalen Ebene eine besonders wichtige Rolle zu.

7. Nachhaltigkeit der Maßnahmen

Nachhaltigkeit bedeutet, dass Wirkungen einer Maßnahme nach Ablauf derselben weiterhin bestehen oder eine Maßnahme Wirkungen über ihre begrenzte Dauer hinaus erzeugt. Dies bedeutet unter anderem, dass genügend monetäre und personelle Ressourcen vorgesehen sind und Konzepte zum Erzielen von nachhaltigen Wirkungen vorliegen.

8. Transparenz und Evaluation

Der gesamte Prozess der Maßnahmen sollte in seinen zentralen Elementen von Anfang an nachvollziehbar dokumentiert sein und von einer prozess- und ergebnisorientierten Evaluation begleitet werden.

9. Präsentation und Verbreitung der Ergebnisse als Basis für weitere Entscheidungen

Eine Bekanntmachung und ein Austausch über Ergebnisse, Probleme und Erfolge von Studien und Maßnahmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung erlauben den Akteuren voneinander zu lernen, Zeit und Kosten zu sparen. Datengestützte Information der Entscheidungsträger ist hilfreich bei der Identifikation von best-practice Modellen, die sich für einen breiteren Einsatz eignen.

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:

„Insgesamt sieht der Rat Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung in den nächsten Jahren vor der schwierigen Herausforderung der Entwicklung von Methoden, Instrumenten und Verfahren, die einerseits die Qualität von Interventionen immer besser in Richtung auf das Ziel der Evidenzbasierung abbilden und beeinflussen, ohne andererseits zur Fessel der notwendigen kreativen Weiterentwicklung von populations- und setting-bezogenen Interventionen zu werden“ (SVR 2001).

5 Literatur

Antonovsky, A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco, 1987.

Apitz R, Winter SF. Potenziale und Ansätze der Prävention. Aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Der Internist 2004; 45(2): 139 – 147.

<http://www.bmgs.bund.de/downloads/artikelpraevention.pdf>

[download am 22.07.2004]

Bau AM. Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis. Was ist Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung. impu!se, 42/2004, 17.

<http://www.gesundheit-nds.de/veroeffentlichungen/newsletterimpuse/> [download 27.7.04]

Bengel J. Was erhält den Menschen gesund? : Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. IN: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. BZG (Hrsg.). Köln, 2001.

Beske F. Prävention – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das andere Konzept. Pressemitteilung des Fritz-Beske Instituts für Gesundheitssystemforschung Kiel, 26.08.2003.

<http://www.bvgesundheits.de/dokumente/IGSF260803PM.pdf> [download am 30.07.04]

Briss PA, Brownson RC, Fielding JE, Zaza S. Developing and using the Guide to Community Preventive Services: lessons learned about evidence-based public health. Annu Rev Public Health. 2004;25:281-302.

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V (BfGe, Hrsg.). Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen. Leitfragen zur Umsetzung. Basiskonzept der Landesvereinigungen und der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. 2. aktualisierte Neuauflage, Bonn März 2000.

<http://www.bvgesundheits.de/themen/qm.pdf> [download am 03.05.04]

BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung und Prävention, Grundsätze, Methoden und Anforderungen, Köln 2001.

BZgA. Evaluation – ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung; eine Expertise / von Gerhard Christiansen. Im Auftr. der Europäischen Kommission, GD Gesundheit und Verbraucherschutz– 2. Aufl. – Köln, 2000.

http://www.bzga.de/bzga_stat/fachpubl/pdf-datei/dfh08.pdf [download am 30.07.04]

Centers for Disease Control and Prevention. Increasing Physical Activity: A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR 2001;50(No. RR-18):1–16.

Colman R. The Cost of Chronic Disease in Nova Scotia, Halifax NS: GPI Atlantic, 2002.

<http://gov.ns.ca/health/downloads/chronic.pdf> [download am 29.07.04]

Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ; Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002;360:1347-60.

Ezzati M, Hoorn SV, Rodgers A, Lopez AD, Mathers CD, Murray CJ; Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. Lancet 2003;362:271-80.

Glaeske G, Francke R, Kirschner K, Kolip P, Mühlenbruch S. Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) Bonn, 2003.

GMK. 76. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder am 02. und 03. Juli 2003 in Chemnitz. TOP 7.6: Prävention und Gesundheitsförderung als prioritäre Aufgabe des Gesundheitswesens.
<http://www.bvgesundheit.de/dokumente/gmkbeschluss.pdf> [download am 23.04.04]

Heller RF, Buchan I, Edwards R, Lyratzopoulos G, McElduff P, St Leger S.
Communicating risks at the population level: application of population impact numbers. BMJ. 2003 Nov 15;327(7424):1162-5. and Erratum in:
BMJ. 2004 Jan 3;328(7430):35.

Hoffman K, Jackson S. A review of the evidence for the effectiveness and costs of interventions preventing the burden of non-communicable diseases: how can health systems respond ? Report for the World Bank. Ottawa, 2003.
<http://www.utoronto.ca/chp/download/ResourcesandPubs/RptsandPresents/effectiveness.pdf> [download 14.07.2004]

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich No. 3. Zürich, 1994.

IUPHE (eds.). The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. Part one: Core Document. Part two: Evidence Book. European Commission, Brussels, Luxembourg 1999.

Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung und GBE im Kinder- und Jugendalter, Rhein-Kreis Neuss. Antrag zur Aufnahme als Kompetenzzentrum im Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. [http://www.rhein-kreis-neuss.de/kommunen/kreisneuss/cms_formulare.nsf/files/mb_ges_kompetenzzentrum.pdf/\\$file/mb_ges_kompetenzzentrum.pdf](http://www.rhein-kreis-neuss.de/kommunen/kreisneuss/cms_formulare.nsf/files/mb_ges_kompetenzzentrum.pdf/$file/mb_ges_kompetenzzentrum.pdf) [download 20.04.2004]

Kolip P. Ressourcen für Gesundheit- Potenziale und ihre Ausschöpfung. Gesundheitswesen 2003; 155-162.

Kolip P. Was bewirkt Gesundheitsförderung? Zur Ermittlung der Evidenz in einem komplexen Interventionsfeld. impu!se, 42/2004, 11-12.
<http://www.gesundheit-nds.de/veroeffentlichungen/newsletterimpuse/> [download 27.7.04]

McQueen D. Strengthening the Evidence Base for Health Promotion. Health Promotion International, 2001; 16, 261-268.

Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. BZgA (Hrsg.). Hamburg, 2003.

Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones.
Bull World Health Organ. 2001; 79(10):963-70. Epub 2001 Nov 01.

Noack H. Evidenzbasierte Gesundheitsförderung als Strategie einer QM-gestützten kommunalen Gesundheitspolitik. Vortrag Akademie-Forum 2002, Düsseldorf, 20. 11. 2002.
http://www.afoeg-nrw.de/Akademie/Die%20Akademie/Downloads/PPP_Noack.pdf [download 20.07.2004]

Nutbeam D. Evaluating Health Promotion – Progress, Problems and Solutions. Health Promotion International 1998; 13, 27-44.

Pietinen P, Lahti-Koski M, Vartiainen E, Puska P. Nutrition and cardiovascular disease in Finland since the early 1970s: a success story. J Nutr Health Aging. 2001;5(3):150-4. (review)

Puska P, Keller L. Primärprävention von nicht übertragbaren Krankheiten.
Erfahrungen von bevölkerungsbasierten Interventionen in Finnland bis zur globalen Arbeit der WHO. Z Kardiol. 2004;93 Suppl 2:II37-42.

Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford, Oxford University Press 1992.

Rosenbrock R. Prävention und Gesundheitsförderung aus gesundheitspolitischer Sicht. Verhaltens-therapie und psychosoziale Praxis, 2003; 35:876-883.

Ruckstuhl B, Abel T. Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung. Präven-tion 2001; 24, 35-38.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001 – Kurzfassung. Bundestags-Drucksachen 14-5660.

<http://dip.bundestag.de/btd/14/056/1405660.pdf> [21.03.2001, download am 05.05.04]

US Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services. Washington, AHCQR 1996.

US Department of Health and Human Services (HHS). Physical Activity Evaluation Handbook. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2002.

<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/handbook/pdf/handbook.pdf> [download 29.07.2004]

Walter, U., Schwartz, F.W. u. Hoepner-Stamos, F. Zielorientiertes Qualitätsmanagement in der Präven-tion und Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg), Qualitäts-management in der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln, 2000.

Walter U. Babylon im SGB? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbü-chern. Zeitschrift Sozialer Fortschritt 2003; 52(10):253-61.

<http://www.dgvt.de/index.html?artikel.php?cID=368~Main> [12.11.2003, download am 21.04.04]

WHO (World Health Organization). Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1. Genf, 1986.

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [download am 23.04.04]. WHO-authorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986.

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 [Letzte Änderung: 26.03.2004 ; download am 23.04.04]

WHO. The Jakarta Declaration on Leading Health Promoting into the 21st Century. Genf, 1997a.

www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf [download am 23.04.04]

WHO Europe. Health promotion evaluation: Recommendations to policy-makers. Report of the WHO European Working Group on Health promotion Evaluation. Kopenhagen 1998.

<http://www.who.dk/document/e60706.pdf> [download 13.07.2004]

WHO Europe. Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. in: Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ ; Nr. 6. Kopenhagen, 1999.

<http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> [download am 23.04.04]

WHO Europe. Rootman I. et al. (eds). Evaluation in health promotion: principles and perspectives. WHO regional publications. European series No. 92. Kopenhagen, 2001.

<http://www.euro.who.int/Document/E73455a.pdf> [download 30.07.2004]

WHO. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Genf, 2002.

<http://www.who.int/whr/2002/en/>

WHO Europe. Der Europäische Gesundheitsbericht 2002. Regionale Veröffentlichungen der WHO. Europäische Schriftenreihe Nr. 97. Kopenhagen, 2002.

WHO Europe. A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision. Kopenhagen, 2004.

<http://www.euro.who.int/document/E83057.pdf> [download 29.07.2004]

Woolf S, Jonas S, Lawrence RS. Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice. Balti-more, Md: Williams and Wilkins; 1996.

6 Anhang

6.1 Internetressourcen (Auswahl)

Themenbereich Evidenzbasierung/ Effektivität in Gesundheitsförderung und Prävention:

<http://www.thecommunityguide.org/>

CDC's Guide to Community Preventive Services

<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/about.htm>

CDC's Nutrition and Physical Activity Program

<http://www.preventioninstitute.org/tools.html>

Prevention Institute

<http://www.ctfphc.org/>

Canadian Task Force on Preventive Health Care

<http://www.utoronto.ca/chp/bestp.html>

Center for Health Promotion University of Toronto.

http://www.who.int/noncommunicable_diseases/about/chp/en/

WHO Department of Chronic Diseases and Health Promotion (CHP)

<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence&language=english>

WHO Evidence and Information for Policy

<http://www.who.dk/HEN>

Health Evidence Network (HEN)

<http://www.euro.who.int/observatory>

„The European Observatory on Health Systems and Policies

<http://www.hda-online.org.uk/>

NHS: Supporting evidence-based working for better health

<http://www.ucl.ac.uk/openlearning/uebpp/uebpp.htm>

The Unit for Evidence-Based Practice and Policy at University College London

http://www.doh.wa.gov/here/HERENews/files/sources_eb.doc

Sources of Evidence-Based Recommendations in Public Health

<http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/core.html>

Core Library for Evidence Based Practice.

<http://www.thecommunityguide.org/IDB/Q.Total.asp>

Datenbank zu Interventionen (USA)

<http://www.healthproject.ch/>

Datenbank für Projekte aus Gesundheitsförderung und Prävention (Schweiz)

http://www.bzga.de/bzga_stat/markt/LGAbw/index.html

Datenbank zu Angeboten des ÖGD in Baden-Württemberg

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/crddatabases.htm>

The Centre for Reviews and Dissemination Databases (UK)

<http://www.herts.ac.uk/lis/subjects/health/ebm.htm>

Learning and Information services at the University of Herfordshire

<http://www.nlm.nih.gov/nichsr/hsrsites.html>

Themenbereich Gesundheitsförderung und Prävention allgemein:

<http://www.bvgesundheit.de/themen/themen.html>

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

<http://www.forumpraevention.de>

Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung

<http://www.bzga.de>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Website enthält auch Datenbank zu Gesundheitsprojekten

<http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/>

Deutsches Gesunde Städte Netzwerk

<http://www.svr-gesundheit.de/>

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

<http://www.gesundheitsziele.de/>

Forum Gesundheitsziele Deutschland

<http://www.gesundheitsfoerderung.ch/>

Gesundheitsförderung Schweiz

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10035665/842359/>

Gesundheitsserver Steiermark, website zu Gesundheitsförderung

<http://www.hp-source.net/>

The Health Promotion Discovery Tool: The Comprehensive Database of Health Promotion Policies, Infrastructures and Practices.

<http://www.iuhpe.org/>

International Union for Health promotion and Education

Die 21 WHO-Ziele: „Gesundheit für alle“ (GFA)

GESUNDHEIT21 – GFA-Rahmenkonzept für die Europäische Region der WHO – 21 Ziele	Strategien zur Erreichung der Ziele (nur Highlights)	GFA im 21. Jahrhundert – 10 globale Ziele
1. Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region	Eine gemeinsame Vision, Aufteilung der Ressourcen, Wissens- und Erfahrungsaustausch in Europa Mehr und besser koordinierte externe Hilfe für bedürftige Länder, in Einklang mit ihren auf der GFA basierenden Entwicklungsplänen	1. Mehr gesundheitliche Chancengleichheit
2. Gesundheitliche Chancengleichheit	Konzepte, gesetzgeberische und anderweitige Maßnahmen zur Verringerung von sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten zwischen Gruppen	
3. Ein gesunder Lebensanfang	Investition in das soziale und wirtschaftliche Wohlergehen von Eltern und Familien Zugang zu guten Diensten für reproduktive Gesundheit, gesundheitliche Versorgung von Kindern	2. Verbesserung der Überlebenschancen und der Lebensqualität
4. Gesundheit junger Menschen	Schaffung eines förderlichen und sicheren physischen, sozialen und wirtschaftlichen Umfelds Kooperation der Gesundheits-, Bildungs- und Sozialdienste	
5. Altern in Gesundheit	Wohnen, Einkommen und Maßnahmen zur Verbesserung der Eigenständigkeit und gesellschaftlichen Produktivität Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz während des gesamten Lebens	
6. Verbesserung der psychischen Gesundheit	Lebens- und Arbeitsbedingungen, die das Zusammengehörigkeitsgefühl schärfen und soziale Kontakte Gute Dienste für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen	3. Umkehr der globalen Trends bei fünf wichtigen Pandemien
7. Verringerung übertragbarer Krankheiten	Eradikation/Eliminierung von Poliomyelitis, Masern und Neugeborenen-Tetanus International abgestimmte Strategien zur Überwachung, Immunisierung und Krankheitsbekämpfung	4. Eradikation und Eliminierung bestimmter Krankheiten
8. Verringerung nichtübertragbarer Krankheiten	Prävention und Bekämpfung allgemeiner Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, einschließlich einer europaweiten Bewegung für gesunde Lebensweisen	3. Umkehr der globalen Trends von fünf wichtigen Pandemien
9. Verringerung von auf Gewalt einwirkenden und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen	Höhere Priorität für Sicherheit und sozialen Zusammenhalt in der Lebensumwelt und im Arbeitsumfeld	
10. Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt	Nationale und lokale Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit Gesetzgeberische und ökonomische Instrumente zur Verringerung des Abfallaufkommens und der Umweltverschmutzung	5. Verbesserung der Wasserversorgung, Abwasserentsorgung, Nahrungsmittelversorgung und der Wohnunterkünfte
11. Gesünder leben	Maßnahmen zur Erleichterung gesundheitsbewusster Entscheidungen in Bezug auf die Ernährung, körperliche Betätigung und Sexualität	6. Förderung gesunder und Eindämmung gesundheitsschädigender Lebensweisen
12. Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden	Breitgefächerte Strategien zur Suchtprävention und -behandlung	

GESUNDHEIT21 – GFA-Rahmenkonzept für die Europäische Region der WHO – 21 Ziele	Strategien zur Erreichung der Ziele (nur Highlights)	GFA im 21. Jahrhundert – 10 globale Ziele
13. Settings zur Förderung der Gesundheit	Multisektorale Mechanismen, um das häusliche Umfeld, Schulen, Arbeitsplätze und Städte gesünder zu machen	
14. Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit	Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, um zu erreichen, daß alle Sektoren Verantwortung für die gesundheitlichen Auswirkungen ihres Handelns übernehmen	
15. Ein integrierter Gesundheitssektor	Primäre Gesundheitsversorgung für Familien und Gemeinschaften, mit flexiblen Systemen für Krankenhauseinweisungen	8. Verbesserung des Zugangs zu einer guten umfassenden Basisgesundheitsversorgung
16. Qualitätsbewusstes Management der Versorgung	Gesundheitliche Resultate – Orientierung der Gesundheitsentwicklungsprogramme und Patientenversorgung	
17. Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenverteilung	Finanzierungssysteme, die die universelle Versorgung, Solidarität und Nachhaltigkeit fördern Angemessene finanzielle Ressourcen für prioritäre Gesundheitsbedürfnisse	
18. Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben	Ausbildung unter Zugrundelegung der GFA-Prinzipien Befähigung der Public-Health-Fachkräfte, eine Schlüsselrolle in Gesundheitsangelegenheiten auf allen Ebenen der Gesellschaft zu spielen	
19. Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit	Ausrichtung der Forschungspolitik auf GFA-Erfordernisse Mechanismen für die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis	10. Förderung der Gesundheitsforschung 9. Verwirklichung globaler und nationaler Gesundheitsinformations- und Überwachungssysteme
20. Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange	Engagement, Koalitionen und gemeinsame Aktionen für die Gesundheit Sektoren und Akteure verdeutlichen den gemeinsamen Nutzen von Investitionen in Gesundheit	7. Entwicklung, Umsetzung und Monitoring nationaler GFA-Konzepte
21. Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“	Formulierung und Umsetzung von GFA-Konzepten (mit Zielen und Indikatoren) auf allen Ebenen eines Landes, unter Einbeziehung relevanter Sektoren und Organisationen	

Anmerkungen :

ZIELE:

- Regionalziele müssen realistisch und erreichbar sein, dabei jedoch nicht imperativ („ein Mix aus den Realitäten von heute und den Träumen von morgen“)
- Im Allgemeinen beziehen sich die Vorschläge auf die gesamte Europäische Region der WHO. Allerdings sollten die Ziele nicht als gleichermaßen anwendbar auf jedes einzelne Land der Region angesehen werden (mit Ausnahme der Ziele zur Eradikation und Eliminierung bestimmter Krankheiten)
- keine Liste von Verordnungen sondern Anregung, eigene länderspezifische Ziele zu setzen. Da bei der Formulierung von Zielen die jeweilige gesundheitliche Lage und andere Gegebenheiten in den verschiedenen Teilen der Region zu beachten sind, werden die Länder ermutigt, erforderlichenfalls die Konzepte und Ziele maßgerecht auf ihre jeweiligen Verhältnisse zuzuschneiden.

STRATEGIEVORSCHLÄGE:

Alle Mitgliedstaaten der Region sollten sicherstellen, dass ihre Gesundheitspolitik weitgehend in Einklang mit den GFA-Prinzipien und -Strategien steht

- die hinsichtlich der Behandlung der Bereiche Lebensweisen, Umwelt und Gesundheit beschriebenen Strategien sollten angepasst werden
- das Konzept von Partnerschaften für die Planung und Umsetzung, mit Akzept auf den wichtigsten Settings/Ebenen für Handlungsansätze zu eigen zu machen

Die GFA-Strategien und -Ziele auf europäischer Regionalebene sollten die länderspezifischen Zielvorgaben inspirieren, und die Länderziele sollten ihrerseits zur Formulierung von entsprechenden Zielen auf der lokalen Ebene anregen.

Quelle: WHO 1999

6.2 Evidenzklassen – Evidence based Medicine

Medizinische Handlungsempfehlungen werden seit einiger Zeit im Rahmen des Ansatzes der „Evidence based Medicine“ danach bewertet, welche Studientypen in welcher Qualität ihnen zugrunde liegen. Dazu werden „Evidenzklassen“ gebildet. Es gibt verschiedene Formen der Einteilung der Evidenzstärke in Evidenzklassen. Die folgende Einteilung nach Evidenzklassen stammt vom Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) und wird auch von der Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft für Qualitätssicherung in der Medizin (eine gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) angewandt.

Evidenzklassen

1 ⁺⁺	Hochwertige Metaanalysen, systematische Reviews zu RCTs oder RCTs mit einem sehr geringen Risiko von Verzerrungen (Bias)
1 ⁺	Gut durchgeführte Metaanalysen, systematische Reviews zu RCTs oder RCTs mit einem geringen Risiko von Verzerrungen (Bias)
1 ⁻	Metaanalysen, systematische Reviews zu RCTs oder RCTs mit einem hohen Risiko von Verzerrungen (Bias)
2 ⁺⁺	Hochwertige systematische Reviews zu Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien Hochwertige Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit einem sehr geringen Risiko von Verzerrungen (Confounder, Bias) oder Zufall und einer hohen Wahrscheinlichkeit, dass Kausalität besteht
2 ⁺	Gut durchgeführte Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit einem geringen Risiko von Verzerrungen (Confounder, Bias) oder Zufall und einer mittleren Wahrscheinlichkeit, dass Kausalität besteht
2 ⁻	Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit einem hohen Risiko von Verzerrungen (Confounding, Bias) oder Zufall und einem signifikanten Risiko, dass keine Kausalität besteht
3	Nicht-analytische Studien, z. B. Fallberichte, Fallserien
4	Expertenmeinung
Quelle: http://www.leitlinien.de/versorgungsleitlinien/VLEvidenz/view , Download vom 30.1.2004.	

Solche Evidenzklasseneinteilungen sind hilfreich, wenn damit z. B. Behandlungsleitlinien oder Präventionsmaßnahmen bewertet werden. Es geht dabei im Kern immer um die Beurteilung der Kausalität von Zusammenhängen beziehungsweise der Wirksamkeit von Interventionen.

Auszug aus: GBE-Praxis-Handlungshilfen für die Gesundheitsberichterstattung, Stand Mai 2004, Herausgeber: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Autor: Joseph Kuhn
http://www.lgl.bayern.de/de/left/fachinformationen/gesundheit/docs/_gbe/handlungshilfe_2.pdf

Wesentliche Konferenzen und Beschlüsse der Weltgesundheitsorganisation

1986

I. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa

Auf der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (Kanada) verabschiedeten die Mitgliedstaaten der WHO die "Ottawa-Charta" zur Gesundheitsförderung als Umsetzungsstrategie für "Gesundheit für alle". In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde Gesundheitsförderung so definiert: "Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont, wie die körperlichen Fähigkeiten." (Empowerment-Ansatz)

Dort werden auch die Bedingungen benannt, die für Gesundheitsförderung maßgebend sind:

"Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente der Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Behandlung der vorhandenen Energiequellen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung der Gesundheit kann nur von einer solchen Basis aus erreicht werden." Zur Erreichung dieses Zieles werden fünf Handlungsbereiche unterschieden:

- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
- Förderung persönlicher Kompetenzen zur gesunden Lebensweise
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste
- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

Mit dieser Charta wird die Gesundheitsförderung als weitreichendes, gesundheits-, sozial- und umweltpolitisches Handlungsfeld etabliert.

1988

II. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide

In dieser zweiten Konferenz wurde insbesondere die Notwendigkeit von Gesundheitspolitik betont.

Konsequenterweise wird in den Handlungsstrategien der Adelaide - Empfehlungen eine Politik gefordert, die die Kluft zwischen sozial und bildungsmäßig Benachteiligten und den Bevorzugten schließt.

"Eine solche Politik würde hohe Priorität einräumen für unterprivilegierte und schutzlose Gruppen der Bevölkerung."

Diese Konferenz hat die Relevanz und Bedeutung von Schlüsselstrategien zur Gesundheitsförderung, wie die der Entwicklung einer "Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik" (Adelaide / Australien 1988) weiter ausgeführt.

1997

VI. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta

Die 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung "Neue Akteure für eine neue Ära - Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert", in Jakarta, Indonesien wurde zu einem entscheidenden Zeitpunkt in der Entwicklung internationaler Gesundheitsstrategien durchgeführt.

Diese Konferenz zur Gesundheitsförderung ist die erste, die in einem Entwicklungsland durchgeführt wurde, und die erste, die den privaten Sektor zur Unterstützung der Gesundheitsförderung mit einbezogen hat. Sie bot die Möglichkeit aufzuzeigen, was wir über effektive Gesundheitsförderung gelernt haben, welche Einflussfaktoren der Gesundheit neu bewertet werden müssen und welche Konzepte und Strategien wir kennen, um die Herausforderungen an die Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert aufgreifen zu können.

Die Jakarta Erklärung bietet eine Perspektive und Zielorientierung für die Gesundheitsförderung auf dem Weg ins nächste Jahrhundert. Sie zeigt den festen Willen der Teilnehmer dieser 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, unter Einsatz eines breiten Spektrums an Ressourcen und Maßnahmen, die Gesundheitsdeterminanten im nächsten Jahrhundert positiv zu beeinflussen.

1998

"Gesundheit 21 " Das Rahmenkonzept "Gesundheit für die europäische Region der WHO"

Die WHO verabschiedet mit ihren Mitgliedstaaten bei der Weltgesundheitsversammlung im Mai 1998 eine Weltgesundheitserklärung und beschloss die Erneuerung der Zielstrategie unter dem Titel "Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert". Die WHO-EURO beschloss daraufhin mit ihren Mitgliedstaaten im September 1998 die neue Strategie "Gesundheit 21 Rahmenkonzept 'Gesundheit für alle' für die Europäische Region der WHO". Die Grundgedanken der erneuerten Ziele "Gesundheit für alle" bestehen in:

- Gesundheit gilt als ein fundamentales Menschenrecht. Menschen haben das Recht, sich eines bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen und dadurch ein Gesundheitspotential zu erleben, um ein sozial, wirtschaftlich und geistig erfülltes Leben führen zu können.

- Die "Gesundheit für alle" Ziele sind in Aufruf an die Regierungen, die Gesundheit der Bevölkerung zu einem wesentlichen Focus der politischen, wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungen zu machen. Gesundheit soll als Motor der sozialen Entwicklung begriffen werden, um Chancengleichheit und Solidarität in sozialen Systemen zu fördern.

- Investitionen in Gesundheit und in eine effektive Gesundheitsförderung sind demnach kostensparende Investitionen für günstige soziale und wirtschaftliche Entwicklungen.

Quelle: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 [download 04.08.2004]

6.3 Charakteristika erfolgreicher gemeindebasierter Interventionen

- Gute Analyse der regionalen Situation und Kooperation mit den regionalen Akteuren
- Kombination von gut geplanten Medien/Aufklärungskampagnen und einem breiten Spektrum von regionalen Aktivitäten, die verschiedene Elemente umfassen wie das Gesundheitswesen, Freiwilligenorganisationen, Nahrungsmittelindustrie und -vertrieb, Arbeitsplätze, Schulen und die lokalen Medien
- Um ein nennenswertes Ergebnis zu erzielen ist eine wirksame „Dosis“ an Intervention nötig. Kosten-effektive Modalitäten der Interventionen sollten entwickelt werden.
- Die Stärke eines gemeindebasierten Interventionprogramms basiert auf der Betonung der Veränderung der sozialen und physikalischen Umwelt durch die Anwendung von gesundem Lebensstil. Unterstützende politische Maßnahmen sind hierfür sehr wichtig.
- Eine wesentliche Komponente von gemeindebasierten Interventionsprogrammen, insbesondere wenn diese als nationale Demonstrationsprojekte dienen sollen, ist ein gutes und verlässliches Monitoring- und Evaluationssystem. Dies dient sowohl einem kontinuierlichen Monitoring des Änderungsprozesses, als auch umfassenden Bewertungsprozessen.
- Gute gemeindebasierte Interventionsprogramme dienen nicht nur der Zielgemeinde sondern können auch, als beispielhaftes Modell, einen breiten Einfluss auf nationaler Ebene haben. Deshalb sollten die Ergebnisse weitverbreitet werden.
- Nachdem nicht übertragbare Erkrankungen ein globales Problem darstellen, ist internationale Zusammenarbeit geboten. Netzwerke, die gemeinsame Leitlinien erarbeiten und teilen, die flexibel den kulturellen Eigenheiten angepasst werden können, haben sich als sehr hilfreich erwiesen.

Quelle: Nissinen 2001

6.4 Auswahl evidenzbasierter Empfehlungen für Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität der Task Force on Community Preventive Services

Intervention	Intervention Description	Task Force Recommendation for Use	Indicators Measured in Reviewed Studies
Informational Approaches			
Community-wide campaigns	Large-scale, high-intensity, community-wide campaigns with sustained high visibility. Messages regarding physical activity behavior are promoted through television, radio, newspaper columns and inserts, and trailers in movie theaters.	Strongly recommended	Percentage of persons active. Estimated energy expenditure. Time spent in physical activity. Scaled activity scores.
Point-of-decision prompts	Motivational signs placed close to elevators and escalators encouraging use of nearby stairs for health benefits of weight loss.	Recommended	Percentage of persons taking stairs instead of elevators or escalators (settings included train, subway, and bus stations; shopping malls; and university libraries).
Behavioral and Social Approaches			
Individually adapted health behavior change programs	Programs tailored to the person's readiness for change or specific interests. Designed to help participants incorporate physical activity into their daily routines by teaching them behavioral skills, including goal-setting and self-monitoring, building social support, behavioral reinforcement (self-reward and positive self-talk), structured problem-solving, and relapse prevention. May be delivered in group settings or by mail, telephone, or directed media.	Strongly recommended	Minutes spent in physical activity. Energy expenditure.
School-based physical education (PE)	Modified curricula and policies to increase the amount of moderate or vigorous activity, the amount of time spent in PE class, or the amount of time students are active during PE class. Interventions included changing the activities taught or modifying the rules of the game so that students are more active.	Strongly recommended	Minutes per week spent in moderate to vigorous physical activity (MVPA). Percentage of class time spent in MVPA. Estimated energy expenditure.
Social support interventions in community settings (does not include family settings)	Focus is on changing physical activity behavior through building, strengthening, and maintaining social networks that provide supportive relationships for behavior change. Strategies include creating new social networks or working within preexisting networks in a social setting (e.g., the workplace), setting up a buddy system, contracting with another person to complete specified levels of physical activity, or establishing walking groups or other groups to provide friendship and support.	Strongly recommended	Minutes spent in activity. Frequency of exercise episodes.
Environmental and Policy Approaches			
Creation of or enhanced access to places for physical activity combined with informational outreach activities	Access to places for physical activity can be created or enhanced by building trails or facilities or by reducing barriers to such places. Certain programs also provide training in using equipment and incentives (e.g., risk factor screening and counseling or other health education activities). Work site programs were also included in this category.	Strongly recommended	Percentage of persons exercising on X days per week. Self-reported exercise scores. Energy expenditure.

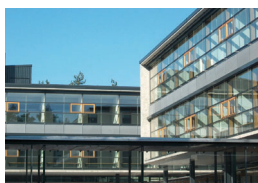
Quelle: US Department of Human Health Services 2002, Appendix 2

6.5 Effektive Interventionen für die Primärprävention von nicht-übertragbaren Krankheiten

Risk Factor/Disease	Effective interventions	Comment/References
Smoking	The most effective interventions have been shown to be comprehensive tobacco control programs that focus on the population as a whole. Comprehensive programs include elements such as: taxation, legislation (e.g. to control smoking in workplaces and public places), enforcement (e.g. of limiting sales to minors), mass media, community-based prevention, school health and youth programs	Strong evidence of population-based approaches . (Ontario Ministry of Health, 1999, citing the following studies: Massachusetts Dept. of Public Health, 1998; Pierce et al, 1998; Pizacani et al, 1999)
Environmental Tobacco Smoke	Restricting smoking in public places Restricting smoking in workplaces Public education about smoking in the home and risks for children and fetal development	Most research has been related to the question of the impact of restricting smoking on workplaces and the hospitality industry. There is strong evidence that strategies mentioned can be effective in addressing ETS. (Ontario Tobacco Research Unit, 2001, citing: The United Kingdom Special Committee on Tobacco and Health (1998), National Cancer Institute (1999), the WHO International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health (1999), and the Expert Panel to Advise the Minister of Health of Ontario (1999))
Indoor Air Quality	Aside from limiting smoking, the most effective strategies are: - increasing access to improved cooking stoves where fuel is cheap; - increasing access to cleaner fuel where wood is expensive; modifying the home environment to improve ventilation; and - education programs to improve the understanding of the link between pollution and ill health.	Most research has related to the development and introduction of improved cooking stoves. Effectiveness of this strategy has been well-documented. (Heltberg, 2002; OECD, 2003)
Obesity	See Physical Activity and Food/Nutrition	
Physical activity	The most effective interventions are directed at multiple levels on the downstream-upstream continuum, and consider factors such as individual dispositions, culture, family support, school programs, community programs, neighbourhood facilities and physical environment. Particular strategies that have been shown to be effective include: - community-wide campaigns; - "point of decision" prompts to encourage stair use; - mass media campaigns; - school-based physical health education; - non-family social support; - individually-adapted health behaviour change (as part of a comprehensive program); - creation of and/or enhanced access to places for physical activity combined with informational outreach activities	Strong evidence of efficacy; more limited evidence of effectiveness in community settings. (Spence, 2001, citing: review by CDC, 2001)
Cardiovascular disease (includes risk factors such as hypercholesterolemia, high blood pressure, smoking, sedentary lifestyle)	Effective community – wide programs used a combination of three primary categories of interventions: - mass media; - education/skill-building for health behaviour modification in multiple settings; - environmental support through policy development and site-based program development The successful community-based programs incorporated extensive community involvement (through trained lay volunteers and partnerships with community organizations such as schools, workplaces and religious organizations). Strong association has been established between incidence of cardiovascular disease and low socio-economic status.	Strong evidence based on community-wide trials in Stanford (3 and 5 City Projects), North Karelia, Minnesota Heart Health Program, Pawtucket Heart Health Program. (Harvey et al, 2002, citing: Farquhar, 1978; Puska et al, 1995; Farquhar, 1990; Luepker et al, 1994 ; Carleton et al, 1995) (Harvey et al, 2002, citing Puska, 1986) See Poverty section
Diabetes (risk factors diet and physical activity)	Combinations of dietary treatment and/or an increase in physical activity. Strong association has been established between incidence of diabetes mellitus and low socio-economic status.	Strong evidence. (Harvey et al, 2002, citing: Tuomilehto et al, 2001; Eriksson and Lindgarde, 1991; Pan et al, 1997) See poverty section.
Food/Nutrition	Effective strategies to address issue of food insecurity include:	Most of this literature is agricultural and was not reviewed extensively for this report. The high degree

	- support for family and community gardens - increasing access to food (through increasing access to employment and credit) - increasing nutritional content of food - increasing nutritional quality of the diet - increasing consumption of an adequate diet (e.g. programs to promote nutritious eating habits within an appropriate cultural context)	of appropriateness of these strategies for developing countries strongly suggests they merit further investigation. (recommendations from FAO, 2001b)
Poverty/Income inequalities	Association between low socio-economic status and cardiovascular disease and diabetes mellitus is stronger than for most lifestyle factors. The strongest association is seen in areas where the highest income inequality exists. Research is now concluding that income inequality is but one of a combination of social and environmental factors that impacts health status. Changing rates of coronary heart disease in different populations did not appear to relate well to the change in the standard risk factors, considered one by one, or in a risk factor score. Efforts to reduce CVD mortality through lifestyle change and cholesterol reduction have had limited efficacy. Interventions that only target risk factors without recognizing issues associated with SES status of the community have been shown to be unsuccessful. Effective interventions proposed include:	Strong evidence. (Rafael and Farrell, 2002; Brunner and Marmot, 1999, cited in Rafael et al, 2003) Research evolving. (Judge and Patterson, 2001) Conclusions from the WHO MONICA study (WHO, 1998) (Raphael, 2002, citing O'Loughlin et al, 1999; Fitzpatrick, 2001) Good examples in the literature. (O'Loughlin et al, 1999) Lack of good research on the impact of policies in these areas.
	- reducing the incidence of poverty and low income - reducing incidence of social exclusion - restoring traditional supports (from family, community and government)	(Oliver and Exworth, 2003)
Adherence	Effectiveness of any prevention or treatment intervention will be strongly influenced by adherence. Overall adherence to long-term therapies for chronic diseases is approximately 50% in developed countries, and tends to be much lower for developing countries. Interventions are more effective when they are designed in consideration of the social, cultural and economic realities of the client, the capacity of the health care system to support the intervention, the characteristics of the disease, and when they have the support of family members and community organizations.	Strong evidence. (WHO, 2003b) (WHO, 2003b)

Quelle: Hoffmann 2003 – Appendix



91058 **Erlangen**
Eggenreuther Weg 43
Tel.: 09131/764-0



85764 **Oberschleißheim**
Veterinärstr. 2
Tel.: 089/31560-0



97082 **Würzburg**
Luitpoldstr. 1
Tel.: 0931/41993-0

www.lgl.bayern.de

**Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit**
Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen

Telefon: 09131/764-0
Telefax: 09131/764-102

Internet: www.lgl.bayern.de
E-Mail: poststelle@lgl.bayern.de

Druck: Print Com, Erlangen