



FORSCHUNGSBERICHTE DES  
INSTITUTS FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE UND KLINI-  
SCHE EPIDEMIOLOGIE DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN



## STUDIEN ZU GESUNDHEIT, MEDIZIN UND GESELLSCHAFT

NR. 08/ 2007 VOM 24.10.2007 \*\*\* ISSN 1862-7412 \*\*\* WWW.IGKE.DE/SGMG

---

# Internationale Übersicht über Ansätze in der Präventionspolitik in dreizehn ausgewählten Ländern

---

Autoren: Gerber A, Schröer MA, Klever-Deichert G, Plamper E

Korrespondierende Autorin: [milly.schroeer@uk-koeln.de](mailto:milly.schroeer@uk-koeln.de)

Die Reihe „Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft“ umfasst Arbeits- und Forschungsberichte des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln sowie kooperierender Wissenschaftler und Institutionen.

Die Berichte und weitere Informationen zu den Forschungsberichten können im Volltext abgerufen werden unter  
<http://www.igke.de/SGMG>

Bitte zitieren Sie vorliegenden Bericht als

*Gerber A, Schröer MA, Klever-Deichert G, Plamper E Internationale Übersicht über Ansätze in der Präventionspolitik in dreizehn ausgewählten Ländern. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2007; Köln: Ausgabe 08/2007 vom 24.10.2007.*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Allgemeine Daten zu Bevölkerung und Gesundheitsausgaben der ausgewählten Länder.....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Länderdarstellungen.....</b>	<b>9</b>
3.1	Australien.....	9
3.2	Dänemark.....	13
3.3	Finnland.....	17
3.4	Frankreich .....	21
3.5	Großbritannien.....	25
3.6	Kanada.....	29
3.7	Neuseeland.....	31
3.8	Niederlande.....	35
3.9	Norwegen.....	38
3.10	Österreich.....	41
3.11	Schweden.....	46
3.12	Schweiz.....	49
3.13	Vereinigte Staaten von Amerika (USA).....	52
<b>4</b>	<b>Zusammenfassung der Erfahrungen .....</b>	<b>57</b>
	<b>Literatur .....</b>	<b>59</b>

# 1 Einleitung

Die Diskussion um Prävention und Gesundheitsförderung hat sich in den vergangenen Jahren weltweit verstärkt. Der Grund lag in einer Zunahme chronischer Krankheiten, die zum großen Teil lebensstilbedingt sind. Über die Notwendigkeit einer Stärkung der Prävention besteht daher Einigkeit.

Zwischen den einzelnen Ländern bestehen große Unterschiede in der Vorstellung von Prävention und von Präventionspolitik. Somit ist ein direkter Vergleich von Ländern kaum möglich.

Die vorliegende Arbeit soll eine Zusammenfassung über aktuelle Ansätze in der Präventionspolitik, Präventionsprogramme und Evaluation geben.

Es wurde eine Auswahl von dreizehn Ländern getroffen: Australien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Norwegen, Schweden, Schweiz, USA, Großbritannien und Österreich.

Zunächst folgt eine Übersicht über die wesentlichen ökonomischen und demographischen Daten sowie die Ausgaben im Bereich Gesundheit in den ausgewählten Ländern. Im Kapitel 3 schließen sich die Einzeldarstellungen der Länder an. Abschließend werden die gesammelten Erfahrungen in Kapitel 4 noch einmal zusammengefasst.

## **2 Allgemeine Daten zu Bevölkerung und Gesundheitsausgaben der ausgewählten Länder**

Im Folgenden werden wichtige Kennzahlen zu den ausgewählten Ländern tabellarisch angefügt. Damit sollen Eckdaten zur Größe, Zusammensetzung der Bevölkerung und Ausgaben für Gesundheit wie Prävention im Überblick geliefert werden. Wie Tabelle 1 zeigt, handelt es sich bei den ausgewählten Ländern bezüglich der Größe um recht heterogene Länder mit zwischen drei und bis zu fast 300 Mio. Einwohnern. Grob lassen sich drei Gruppen bilden: Neben den sieben Ländern mit einer Einwohnerzahl bis zu 10 Mio. Einwohnern gibt es eine mittlere Gruppe der Deutschland zuzurechnen ist und mit großem Abstand die USA. Die kleinen Länder geben durchschnittlich 9,0% des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit bei einer Spanne von 7,3 bis 11,2% aus, die mittelgroßen 9,4% bei einer Spanne von 7,7 bis 10,9% und die USA 14,6%. Ebenso heterogen sind die Ausgaben pro Kopf. In der Gruppe der kleinen Länder reichen diese von minimal 1.255 US\$ Wechselkurs für Neuseeland bis zum 3,5fachen in der Schweiz mit 4.219 US\$. Im Bereich der mittelgroßen Länder reicht die Spannweite von 1.739 US\$ in Australien bis zu 2.631 US\$ in Deutschland. Die USA liegen mit 5.267 US\$ auch im Pro-Kopf-Verhältnis an der Spitze.

Tabelle 1: Daten zu den Ausgaben für Gesundheit sowie Prävention der ausgewählten Länder

2003	Allgemein Gesamtbevölkerung Tausend Personen	Gst.Gesund. Ausgaben Gsmt.Gesund Ausgaben % BIP	Gst.Gesund. Ausgaben Gsmt. Gesund Ausgaben /Kopf, US\$ Wechselkurs	Prävention& Volksgesdht Gsmt. Ausg. Prä&öff.G. % GGA	Prävention& Volksgesdht Gsmt. Ausg. Prä&öff.G. /Kopf, US\$ Wechselkurs
Australien	19 663 <sup>1</sup>	9,1 <sup>2</sup>	1 739 <sup>2</sup>	1,4 <sup>2</sup>	25 <sup>2</sup>
Deutschland	82 489 <sup>1</sup>	10,9 <sup>1</sup>	2 631 <sup>1</sup>	4,6 <sup>1</sup>	122 <sup>1</sup>
Dänemark	5 376 <sup>1</sup>	9,0	2 835 <sup>1</sup>		
Finnland	5 201 <sup>1</sup>	7,3 <sup>1</sup>	1 852 <sup>1</sup>	3,6 <sup>1</sup>	67 <sup>1</sup>
Frankreich	59 486 <sup>1</sup>	9,7 <sup>1</sup>	2 348 <sup>1</sup>	2,5 <sup>1</sup>	59 <sup>1</sup>
Kanada	31 414 <sup>1</sup>	9,6 <sup>1</sup>	2 222 <sup>1</sup>	7,3	163 <sup>1</sup>
Neuseeland	3 939 <sup>1</sup>	8,5 <sup>1</sup>	1 255 <sup>1</sup>		
Niederlande	16 149 <sup>1</sup>	9,1 <sup>1</sup>	2 369 <sup>1</sup>	4,8 <sup>1</sup>	114 <sup>1</sup>
Norwegen	4 538 <sup>1</sup>	10,0	4 033 <sup>1</sup>		
Schweden	8 925 <sup>1</sup>	9,2 <sup>1</sup>	2 494 <sup>1</sup>		
Schweiz	7 290 <sup>1</sup>	11,2 <sup>1</sup>	4 219 <sup>1</sup>	2,2 <sup>1</sup>	93 <sup>1</sup>
USA	288 369 <sup>1</sup>	14,6 <sup>1</sup>	5 267 <sup>1</sup>	3,9 <sup>1</sup>	207 <sup>1</sup>
Vereinigtes Königreich	59 232 <sup>1</sup>	7,7 <sup>1</sup>	2 031 <sup>1</sup>		
Österreich	8 053 <sup>1</sup>	7,7 <sup>1</sup>	1 969 <sup>1</sup>	1,6 <sup>1</sup>	32 <sup>1</sup>
Copyright OECD Gesundheitsdaten 2004, Version 3					

Legende: Die hochgestellten Zahlen verweisen darauf, dass die Daten aus unterschiedlich weit zurückliegenden Jahren stammen.

Die Gesamtausgaben für Prävention und öffentliche Gesundheit liegen als Anteil an den Gesamtausgaben für Gesundheit nur in wenigen Ländern vor. Sie reicht für die neun Länder, für die Zahlen vorliegen, von 1,4 bis zu 7,3% der gesamten Ausgaben. Pro Kopf bedeutet das zwischen 25 und 207 US\$ Wechselkurs.

Deutschland hat mit 17,3% den höchsten Anteil an über 65jährigen in der Bevölkerung, Neuseeland mit 11,9% den niedrigsten. In der Subgruppe der über 80jährigen liegt Schweden mit 5,2% weit vor allen anderen Ländern. Neuseeland ist mit 3,0% am unteren Ende.

Tabelle 2: Daten zum Bevölkerungsaufbau in den ausgewählten Ländern

2003					
	Allgemein Gesamt- bevölkerung Tausend Personen	Bevölkerung Bevölkerung 0-19 Jahre % der Gsmt. bevölkerung	Altersstruk Bevölkerung Bevölkerung 20-64 Jahre % der Gsmt. bevölkerung	Altersstruk Bevölkerung Bevölkerung > 65 Jahre % der Gsmt. bevölkerung	Altersstruk Bevölkerung Bevölkerung > 80 Jahre % der Gsmt. bevölkerung
Australien	19 663 <sup>1</sup>	27,2 <sup>1</sup>	60,1 <sup>1</sup>	12,7 <sup>1</sup>	3,2 <sup>1</sup>
Deutschland	82 489 <sup>1</sup>	20,8 <sup>1</sup>	61,9 <sup>1</sup>	17,3 <sup>1</sup>	4,0 <sup>1</sup>
Dänemark	5 376 <sup>1</sup>	24,1 <sup>1</sup>	61,1 <sup>1</sup>	14,8 <sup>1</sup>	4,0 <sup>1</sup>
Finnland	5 201 <sup>1</sup>	24,1 <sup>1</sup>	60,6 <sup>1</sup>	15,2 <sup>1</sup>	3,6 <sup>1</sup>
Frankreich	59 486 <sup>1</sup>	25,2 <sup>1</sup>	58,5 <sup>1</sup>	16,3 <sup>1</sup>	4,1 <sup>1</sup>
Kanada	31 414 <sup>1</sup>	25,2 <sup>1</sup>	62,1 <sup>1</sup>	12,7 <sup>1</sup>	3,2 <sup>1</sup>
Neuseeland	3 939 <sup>1</sup>	29,6 <sup>1</sup>	58,5 <sup>1</sup>	11,9 <sup>1</sup>	3,0 <sup>1</sup>
Niederlande	16 149 <sup>1</sup>	24,5 <sup>1</sup>	61,8 <sup>1</sup>	13,7 <sup>1</sup>	3,3 <sup>1</sup>
Norwegen	4 538 <sup>1</sup>	26,0 <sup>1</sup>	59,2 <sup>1</sup>	14,9 <sup>1</sup>	4,5 <sup>1</sup>
Schweden	8 925 <sup>1</sup>	24,0 <sup>1</sup>	58,8 <sup>1</sup>	17,2 <sup>1</sup>	5,2 <sup>1</sup>
Schweiz	7 290 <sup>1</sup>	22,8 <sup>1</sup>	61,7 <sup>1</sup>	15,5 <sup>1</sup>	4,2 <sup>1</sup>
USA	288 369 <sup>1</sup>	28,1 <sup>1</sup>	59,6 <sup>1</sup>	12,3 <sup>1</sup>	3,4 <sup>1</sup>
Vereinigtes Königreich	59 232 <sup>1</sup>	24,9 <sup>1</sup>	59,2 <sup>1</sup>	15,9 <sup>1</sup>	4,3 <sup>1</sup>
Österreich	8 053 <sup>1</sup>	22,6 <sup>1</sup>	61,9 <sup>1</sup>	15,5 <sup>1</sup>	3,8 <sup>1</sup>

Copyright OECD Gesundheitsdaten 2004, Version 3

Tabelle 3: Lebenserwartung in den ausgewählten Ländern

2003	Lebenserwartung			
	Frauen bei Geburt Jahre	Männer bei Geburt Jahre	Frauen, 65 Jahre Jahre	Männer, 65 Jahre Jahre
Australien	82,6 <sup>1</sup>	77,4 <sup>1</sup>	20,8 <sup>1</sup>	17,4 <sup>1</sup>
Deutschland	81,3 <sup>2</sup>	75,6 <sup>2</sup>	19,6 <sup>2</sup>	16,0 <sup>2</sup>
Dänemark	79,5 <sup>1</sup>	74,8 <sup>1</sup>	18,3 <sup>1</sup>	15,4 <sup>1</sup>
Finnland	81,5 <sup>1</sup>	74,9 <sup>1</sup>	19,6 <sup>1</sup>	15,8 <sup>1</sup>
Frankreich	82,9	75,9	21,3 <sup>2</sup>	16,9 <sup>2</sup>
Kanada	82,2 <sup>2</sup>	77,1 <sup>2</sup>	20,6 <sup>2</sup>	17,1 <sup>2</sup>
Neuseeland	80,9 <sup>2</sup>	76,0 <sup>2</sup>	19,8 <sup>2</sup>	16,5 <sup>2</sup>
Niederlande	80,7 <sup>1</sup>	76,0 <sup>1</sup>	19,3 <sup>1</sup>	15,6 <sup>1</sup>
Norwegen	81,5 <sup>1</sup>	76,4 <sup>1</sup>	19,7 <sup>1</sup>	16,2 <sup>1</sup>
Schweden	82,1 <sup>1</sup>	77,7 <sup>1</sup>	20,0 <sup>1</sup>	16,9 <sup>1</sup>
Schweiz	83,0 <sup>1</sup>	77,8 <sup>1</sup>	21,0 <sup>1</sup>	17,4 <sup>1</sup>
USA	79,8 <sup>2</sup>	74,4 <sup>2</sup>	19,4 <sup>2</sup>	16,4 <sup>2</sup>
Vereinigtes Königreich	80,4 <sup>2</sup>	75,7 <sup>2</sup>	18,9 <sup>3</sup>	15,7 <sup>3</sup>
Österreich	81,7 <sup>1</sup>	75,8 <sup>1</sup>	19,7 <sup>1</sup>	16,3 <sup>1</sup>

Copyright OECD Gesundheitsdaten 2004, Version 3

Die höchste Lebenserwartung hat mit 83 Jahren bei den Frauen und mit 77,8 Jahren bei den Männern die Schweiz. Die niedrigste Lebenserwartung bei den Frauen hat Dänemark

mit 79,5 Jahren, bei den Männern die USA mit 74,4 Jahren. Bei der Lebenserwartung der 65jährigen liegt Frankreich für die Frauen mit 21,3 Jahren an der Spitze, bei den Männern führen Australien und die Schweiz mit 17,4 Jahren. Am unteren Ende liegt bei beiden Geschlechtern Dänemark mit 18,3 bzw. 15,4 Jahren. Insbesondere die geringe Lebenserwartung Dänemarks erstaunt in Relation zu den skandinavischen Ländern. Dabei haben Schweden und Norwegen für beide Geschlechter eine wesentlich höhere Lebenserwartung.



## 3 Länderdarstellungen

In diesem Kapitel werden die Ansätze der Präventionspolitik und die Programme der einzelnen Länder dargestellt. Die Darstellungen sind wie folgt strukturiert:

- Grundsätzliches zum jeweiligen Gesundheitssystem (staatlich vs. Sozialversicherung vs. privat)
- Gesetzgebung im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung seit 1990
- Wesentliche Ziele und Programme im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung seit 1990
- (Nationale) Standards zur Evaluation von Interventionen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung seit 1990 sowie Kriterien zur Priorisierung effektiver Interventionen.

### 3.1 Australien

#### Gesundheitssystem

Im australischen Commonwealth sind sechs ehemals britische Kolonien zu einem föderalen Staat mit nationaler Regierung zusammengeschlossen. Gesetze werden zum Teil auf nationaler, zum Teil auf Ebene der sechs Bundesstaaten sowie der zwei Territorien erlassen. Die geographischen Gegebenheiten, die demographische Entwicklung aber auch kulturelle Unterschiede der Bevölkerung stellen eine Herausforderung für das australische Gesundheitssystem dar. Im Gesundheitszustand, im Zugang und der Inanspruchnahme bestehen große Unterschiede, zum einen zwischen verschiedenen Ethnien, zum anderen zwischen der Stadt- bzw. Landbevölkerung.

In Australien gibt es ein duales System von staatlicher und privater Krankenversicherung. Die staatliche Krankenversicherung, Medicare, wird über Beiträge finanziert, die automatisch in die (Einkommens-) Steuersätze mit eingerechnet werden. 68 % der gesamten Ge-

sundheitsausgaben werden aus Steuermitteln finanziert, die restlichen 32 % aus privaten Quellen (Healy et al. 2006). Die Beiträge sind niedrig (2003: 1,5% vom Bruttolohn), jedoch sind auch die Leistungen von Medicare stark eingeschränkt. Zahnarztbesuche und Krankentransporte sind z.B. nicht inbegriffen, bei anderen Leistungen müssen Zuzahlungen geleistet werden. Versichert sind alle australischen Bürger und jeder, der eine Dauer-aufenthaltsgenehmigung hat.

### **Präventionsgesetzgebung und -beschlüsse**

Zur politischen Linie Australiens gehört ein klares Plädoyer für die Förderung der Volksgesundheit und der sozialen Gerechtigkeit (Mannan 2004). 1988 wurden mit einem Bericht des „Health Targets and implementation Committees“ für den australischen Gesundheitsminister Zielsetzungen und Zielvorgaben gemacht, um Gesundheit für Alle (Health for All) zu erreichen. Das Komitee empfahl u.a., Präventionsstrategien zu entwickeln, um die gesetzten Ziele zu realisieren und eine Kostenabschätzung zu ermöglichen (Health for All Committee 1988). Auf der Basis des Berichtes wurde zwischen 1989 und 1992 ein nationales Gesundheitsprogramm umgesetzt (Mannan 2004, S. 196). Die Liste der Gesundheitsziele wurde unter Einbindung des Commonwealth, der Einzelstaaten und der territorialen Regierungen vereinbart und in den Folgejahren durch die National Health Priority Areas Initiative (NHPA) fortgeschrieben. Inzwischen gibt es Gesundheitsziele für die sieben Handlungsbereiche Kardiovaskuläre Gesundheit, Krebs, Unfallprävention und -kontrolle, Mentale Gesundheit, Diabetes mellitus, Asthma sowie Arthritis und Krankheiten des Bewegungsapparates (AIHW 2007).

Durch Gesetzgebung werden Zuständigkeiten und Standards der Gesundheitsfürsorge und der Kontrolle übertragbarer Krankheiten vorgegeben. Für Public-Health-Aktivitäten und entsprechende Gesetze sind in erster Linie die sechs Staaten und zwei Territorien verantwortlich. Lokale Regierungen kontrollieren die Einhaltung entsprechender Gesetze der Gesundheitspflege und sind durch Impfprogramme und die Unterstützung von Screeningmaßnahmen in die Prävention von Krankheiten eingebunden.

Die nationale Regierung hat zur Umsetzung des nationalen Gesundheitsprogramms zusammen mit den Einzelstaaten und unter Einbindung der lokalen Infrastruktur zahlreiche Aktivitäten unternommen. Angesichts der Vielzahl von Förderern und Anbietern präventiver Leistungen wurde eine nationale Public Health Partnerschaft eingeführt, um einen koordinierten Ansatz zur Lösung von Public Health Problemen zu entwickeln (Wise und Signal 2000).

### **Präventionsziele**

Die Nationale Partnerschaft in Public Health (NPHP) wurde 1996 zwischen dem Commonwealth und den Staaten gegründet (Healy et al. 2006; NPHP o.J. (a)). Zu ihren Aufgaben zählte die Entwicklung strategischer Ansätze zur Umsetzung nationaler Public Health Prioritäten. Diese umfassen bisher u.a. Fragen eines gesunden Körpergewichtes, der Kontrolle ansteckender Krankheiten, umweltbedingter Gesundheit, der Unfallprävention, Informations- und Personalentwicklung und der öffentlichen Gesundheitspflege bei Kindern (NPHP o.J. (b)).

Zum 30.06.2006 wurde das NPHP abgelöst durch das *Australian Health Protection Committee* (AHPC) und das *Australian Population Health Development Principal Committee* (APHDPC), die dem Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) angehören (NPHP (b)). Diese Komitees beziehen verschiedene Institutionen ein, z.B. die *Chronic Disease bzw. Injury Prevention Working Group* des NPHP. Ihre Aufgabe besteht darin, die nationalen Anstrengungen einer integrierten Gesundheitsstrategie zu koordinieren, welche neben der Grundversorgung u.a. Fragen chronischer Krankheiten, der primären und sekundären Prävention sowie der Gesundheit von Kindern berücksichtigt.

### **Präventionsprogramme**

In den letzten Jahren sind zu den prioritären Präventionszielen eine Reihe von nationalen Präventionsprogrammen aufgelegt worden, wobei eine Veränderung der Verhältnisse zunehmend Berücksichtigung fand (Wise und Signal 2000). Zur Realisierung angestrebter Gesundheitsziele werden ausgewählte Personengruppen wie z.B. Kinder oder ethnische

Gruppierungen besonders berücksichtigt (NPHP o.J. (c)). Die Programme reichen von der Unfallprävention über Sturzprävention bei älteren Menschen bis zu Aktivitäten zur Verbesserung der Ernährung. So wurde z.B. die *Strategic Inter-Governmental Nutrition Alliance* (SIGNAL) als Gremium der NPHP etabliert um die Aktivitäten für eine Verbesserung der ernährungsbedingten Gesundheit zu koordinieren (NPHP o.J. (d)). Dabei spielt SIGNAL eine entscheidende Rolle in der Umsetzung der nationalen Ernährungsstrategie „*Eat Well Australia: a national framework for action in public health nutrition, 2000–2010*“ (NPHP 2001). Ebenso wie das entsprechende Programm im Bereich Bewegung (*Strategic Inter-Government forum on Physical Activity and Health*, SIGPAH) (NPHP o.J. (a)) zielt SIGNAL auf die Vermeidung von Übergewicht und Adipositas und reagiert damit auf die Herausforderungen der prioritären nationalen Handlungsfelder koronare Herzkrankheit, Krebs und Diabetes.

## **Evaluation**

Public Health Programme werden sowohl von der Zentralregierung als auch über die Staaten finanziert. Das Commonwealth gewährt finanzielle Unterstützung für Public Health Aktivitäten über zweckgebundene Zuwendungen, die den Staaten jedoch große Flexibilität in der Umsetzung lassen. In sogenannten *Public Health Outcome Funding Agreements* (PHOFA) werden Details zu Grundprinzipien und Prozessen der Förderung geregelt (Department of Health and Aging 2006). Darüber hinaus werden über Messinstrumente Indikatoren wie z.B. Outcome, Impact und Prozessdurchführung erfragt. Die PHOFAs sind ergebnisorientierte Vereinbarungen, in denen die Zielerreichung überprüft wird, ohne die Staaten und Territorien in der Umsetzung an spezielle Aktivitäten zu binden. Dieser Ansatz wird unterstützt durch die Prinzipien Fairness und gleicher Zugang, Best Practice, Partizipation, Engagement der Regierung für die Infrastruktur sowie die Vernetzung der Aktivitäten mit der medizinischen Grundversorgung.

## 3.2 Dänemark<sup>1</sup>

### Gesundheitssystem

Dänemark hat seit 1973 ein staatliches Gesundheitssystem (Sygesikringen = National Health Security System = NHSS)<sup>2</sup>, das aus Steuern finanziert wird, die auf staatlicher und auf Gemeindeebene erhoben werden. Zwischen den Regionen findet ein Ausgleich der Steuerzahlungen statt, indem ähnlich einem Risikostrukturausgleich eine Umverteilung der Steuereinnahmen nach Kriterien wie Einkommen, Schicht, Arbeitslosigkeit, Migrationsstatus etc. vorgenommen wird (u. a. Vallgård et al. 2001).

Das Ministerium des Inneren und für Gesundheit (*Indenrigs- og Sundhedsministeriet*) legt auf nationaler Ebene durch Gesetze und Leitlinien den Rahmen der Gesundheitsversorgung sowie Strategien zur Verbesserung der „Volksgesundheit“ (folkesundhed) fest. Es gibt aber keine nationale Gesundheitsplanung. Seit 1994 haben die Kreise und Gemeinden weitgehende Planungshoheit über die Gesundheitsversorgung vor Ort. Der Staat legt z. B. die Zahl der Untersuchungen für Kinder und Schwangere fest; die Kreise verhandeln dann mit der Vereinigung der Allgemeinärzte über die Zahl von Ärzten, die für die entsprechende Versorgung in einem Kreis zugelassen werden sollen. Die Regionen bzw. Gemeinden sind aufgerufen, alle vier Jahre einen Plan aufzulegen, indem sie die Koordination der präventiven und der kurativen Versorgung darlegen. Die Pläne werden vom *Sundhedsstyrelsen* (Nationaler Gesundheitsrat) supervidiert und ggf. mit Rat kommentiert. Der Sektor der primären Gesundheitsversorgung wird durch selbstständige Ärzte und durch Einrichtungen der insgesamt 98 Gemeinden gestellt, die zu fünf Regionen zusammen gefasst sind.<sup>3</sup> Die Gemeinden planen die Gesundheitsversorgung durch Gemeindefachkräften, die Pflegeheime, die sog. aufsuchenden Gesundheitspfleger sowie die Schulgesundheitsdienste. Die Krankenhäuser sind bis auf wenige Ausnahmen in der Hand der Ge-

---

<sup>1</sup> Für weitere Hinweise zur Situation der Prävention und Gesundheitsförderung in Dänemark danken wir insbesondere auch Herrn Peter Arnt Nielsen vom dänischen Ministerium für Inneres und Gesundheit (*Indenrigs- og Sundhedsministeriet*).

<sup>2</sup> Alle Einrichtungen werden möglichst mit ihren nationalen Namen und mit deutscher Übersetzung angegeben.

<sup>3</sup> Mit der Kommunalreform wurde zum 1. Januar 2007 die Zahl der ehemals 269 Gemeinden in 13 sog. Kreisen (counties) auf 98 größere Gemeindeeinheiten in 5 Regionen reduziert (Vortrag Dorte Bukdahl, Kommunernes Landsforening).

meinden; die Planung der Krankenhausversorgung wie von Public Health erfolgt aber mit der Gemeindereform auf Ebene der fünf Regionen.

Im Bereich des *Statens Institut for Folkesundhed* (Nationales Institut für Öffentliche Gesundheit, National Institut for Public Health), das dem Ministerium für Inneres und Gesundheit zugeordnet ist, findet auch die Planung von Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention statt. Daneben werden Interventionen auch unter dem Dach des Sundhedsstyrelsen (= National Board of Health/ Nationaler Gesundheitsrat) im Center for Forebyggelse (National Centre for Health Promotion and Prevention/ Nationales Zentrum für Gesundheitsförderung und Prävention) geplant; insbesondere soll dieses Institut bei der Umsetzung von Interventionen die Verbindung der verschiedenen Ebenen (national, regional, lokal) gewährleisten.

### **Präventionsgesetzgebung**

Die Präventionsgesetzgebung fokussiert auf Tabak und Alkohol (s. auch Allin et al. 2004).

Die Tabakgesetzgebung beinhaltet folgende Gesetze:

- 1995 Schutz vor Passivrauchen im öffentlichen Verkehr, in Schulen, in Kindertagesstätten und -gärten, in Krankenhäusern, am Arbeitsplatz und an sonstigen öffentlichen Orten;
- 2000 Rauchverbot an Schulen;
- 2002 Werbeverbot.

### **Präventionsziele und -programme**

Mit dem Regierungswechsel im März 1998 wurde beschlossen, ein sektorenübergreifendes Präventionsprogramm aufzulegen, das zudem klare Ziele und Zielgruppen setzen und für einen Zeitraum von zehn Jahren gelten sollte (WHO Regional Office for Europe 1999). Damit soll der Erkenntnis Rechnung getragen werden, dass gesundheitliche Probleme nicht durch einfache Interventionen, sondern nur durch umfassende Programme in ihrer Genese verhindert werden können, die insbesondere auch die Reduktion von sozialer Ungleichheit in den Blick nehmen müssen. Ausgangspunkt ist die in Dänemark 1996 er-

hobene Lebenserwartung, die im Vergleich zu 1970 in der Entwicklung deutlich hinter die anderen europäischen Länder zurück gefallen ist (The Danish Ministry of Health 2000). Die Verantwortung des Individuums soll gestärkt werden, aber dazu braucht es Informationen (well-informed choices). Lebensstil kann nur im sozialen Kontext verändert werden, so dass zugleich die Zivilgesellschaft gefragt ist.

Weiterhin wurde mit „Sund hele livet“ („Das ganze Leben gesund“) von der dänischen Regierung ein nationales Gesundheits- und Vorsorgeprogramm (Regeringen 2002) mit Strategien und Gruppen von besonderer Schutzbedürftigkeit aufgelegt. In den Bereichen Bewegung und Ernährung sollen Programme zur Stärkung des Bewusstseins und zum Aufbau des Wissens initiiert werden (Informationskampagnen). Ein nationales Programm gegen Adipositas ist geplant.

Als Folge des Berichts der dänischen Regierung über die Präventionsziele hat das *Sundhedsstyrelsen* das Projekt zu den wichtigsten präventablen Erkrankungen aufgelegt. Ziel ist es, die Anstrengungen bei den acht wichtigen Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ II, koronare Herzkrankheit etc. systematisch zu entwickeln und zu stärken und dabei noch Prävention und Gesundheitsförderung systematisch in das Gesundheitssystem zu integrieren.

Der Bericht soll dabei konkret folgende drei Vorgaben erfüllen:

- Ein Katalog mit Vorschlägen für konkrete Maßnahmen soll entwickelt werden.
- Der Dialog mit Stakeholdern im Gesundheitswesen und Gesundheitsökonomien soll gestärkt werden.
- Ein National Board of Health soll sich aktiv bemühen um die Verhinderung wichtiger präventabler Krankheiten und Risiken.

## Evaluation

In Dänemark gibt es kein landesweit standardisiertes Evaluationsverfahren.<sup>4</sup> Viele Projekte werden zum Teil evaluiert, aber nicht so, dass ein Publikationsniveau erreicht wird.

Das *Sundhedsstyrelsen* hat einen Leitfaden erstellt, der die Gemeinden in der Evaluation von Projekten der Prävention und Gesundheitsförderung zu sozialer Ungleichheit unterstützt. Diese liegen nur auf Dänisch vor: Neben Anleitungen in Hinblick auf Projekte zur Reduktion sozialer Ungleichheit (Sundhedsstyrelsen 2006a) bzw. zur Reduktion von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen (Sundhedsstyrelsen 2006b) liegt eine allgemeine Einführung zur Evaluation vor (Sundhedsstyrelsen ohne Jahr).

Das Internethandbuch (Evalueringensredskab – online håndbog med tips og anbefalinger) mit Tipps und Ratschlägen gliedert sich in die Bereiche Vorbereitung/ Überblick, Planung und Evaluierung. Der Abschnitt Vorbereitung/ Überblick behandelt in zehn Punkten z.B. die Fragen, ob selbst oder extern evaluiert werden soll, nach Zielen der Evaluation, wie die Ressourcen adäquat im Hinblick auf die Anforderungen an die geplante Evaluation einzusetzen sind und was die passende Evaluationsmethode ist. Im Bereich Planung geht es um die Organisation, die Erstellung des Zeitplans, die Datensammlung, die Analyse der Daten etc. Im Bereich Evaluation wird auf die Formen von Prozess- sowie Ergebnisevaluation verwiesen, auf Problem, die auftreten können, auf finanzielle und zeitliche Voraussetzungen, die für eine gute Evaluation nötig sind, sowie auf Links zur weiterführenden Literatur (Mehlbye et al. 1993; Dahler Larsen 1998).

Auf der Seite der *Kommunernes Lansforening* (KL) (ohne Jahr), der Vereinigung der 98 dänischen Kommunen (= National Association of Municipalities), wird ebenfalls ein Instrument zur Dokumentation und Evaluierung der kommunalen „Gesundheitsarbeit“ vorgestellt (Kommunernes Lansforening 2007). Den Kommunen ist es frei gestellt, dieses oder das Instrument des Sundhedsstyrelsen zu wählen.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Schriftliche Auskunft per E-Schreiben von Katrine Finke und Sune Krarup-Pedersen von Sundhedsstyrelsen (National Board of Health).

<sup>5</sup> E-schreiben von Dorte Bukdahl.



### 3.3 Finnland<sup>6</sup>

#### Gesundheitssystem

Sowohl die Finanzierung als auch die Organisation des Gesundheitswesens gelten in Finnland als öffentliche Aufgabe. Dies bedeutet, dass die Gemeinden die Verantwortung für Bildung, Gesundheit und soziale Sicherheit tragen. In den insgesamt 448 finnischen Gemeinden mit Größen zwischen weniger als 1.000 und ca. 500.000 Einwohnern werden Steuern erhoben (= 43% der Gesundheitsausgaben im Jahr 1999). Dazu kommen staatliche Zuschüsse (= 18% der Gesundheitsausgaben im Jahr 1999). Die weiteren Finanzierungsquellen sind die Nationale Gesundheitsversicherung (= 15% der Gesundheitsausgaben im Jahr 1999) und die privaten Haushalte (= 24% der Gesundheitsausgaben im Jahr 1999 (u. a. Järvelin 2002).

Alle Einwohner Finnlands haben gleichermaßen das Recht auf Bildung, gesundheitliche Versorgung und die sozialen Leistungen. Mit dem Primary Health Act von 1972 wurden die Gemeinden beauftragt, Gesundheitsförderung und Prävention neben den im engeren Sinne medizinischen und zahnmedizinischen Leistungen und der Rehabilitation anzubieten. Diese können entweder von den Gesundheitszentren angeboten werden oder als Leistungen von privaten Anbietern eingekauft werden.

Im Jahr 1993 wurde die vormals strenge Regulierung des Gesundheitswesens (z. B. Fünf-Jahres-Pläne) abgeschafft. Es wurde auch eine bessere Koordination zwischen primärer und sekundärer Stufe der Versorgung angestoßen.

Gesundheitsleistungen werden vornehmlich von den ca. 270 Gesundheitszentren (*Terveyskeskus*) erbracht, in denen ärztliches und nichtärztliches medizinisches Personal interdisziplinär-integrativ zusammen arbeiten. Mit der Einführung des Hausarztmodells sank der Bedarf an stationären Leistungen, die Wartezeiten gingen ebenfalls zurück. Das Land ist für die sekundäre und tertiäre Versorgung, die ambulant wie stationär an Krankenhäu-

---

<sup>6</sup> Für weitere Hinweise zur Situation der Prävention und Gesundheitsförderung in Finnland danken wir insbesondere auch Frau Pirjo Koskinen-Ollonqvist, Frau Paula Saikonen, Herrn Mikka Reijonen und Herrn Mika Pyykkö vom finnischen Zentrum für Gesundheitsförderung (Terveyden edistämisen keskus, Finnish Center for Health Promotion = FCHP) sowie Frau Heidi Attila vom finnischen Büro für Health Technology Assessment (Terveydenhuollon mentelmien arviointiyksikkö).

ern erbracht wird, in 20 Krankenhausbezirke eingeteilt, die entweder ein Zentral- oder ein Universitätskrankenhaus haben. Daneben gibt es 40 kleinere Fachkrankenhäuser (u. a. Järvelin 2002).

### **Präventionsgesetz**

Nach Auffassung des Finnish Centre for Health Promotion ist Health Promotion in der finnischen Verfassung verankert (The Constitution of Finland). Im Kapitel Basic Rights and Liberties, heißt es: “The public authorities shall guarantee for everyone, as provided in more detail by an Act, adequate social, health and medical services and promote the health of the population.” Im Primary Health Care Act (The Ministry of Social Affairs and Health 1972): “(1) Municipalities shall perform the following primary health care functions: (746/1992) 1) maintain health counselling services, which cover health education services concerning primary health care, including advice on birth control , and general medical checks on their residents; ...”

### **Präventionsziele<sup>7</sup>**

Als zentrale Institution der Entwicklung, Qualitätssicherung und Bewertung von Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung kommt dem finnischen Zentrum für Gesundheitsförderung (= Terveyden Edistämisen Keskus/ Finnish Centre for Health Promotion/ Centret För Hälsöfrämjande) in Helsinki große Bedeutung zu. Dieses Institut hat in einer aktuellen Broschüre, die in einer englischen Übersetzung vorliegt, sein Ideal für die eigene Ausrichtung in den Jahren 2005 bis 2009 folgendermaßen formuliert: “The structures must be reinforced and developed, and the awareness of health-promoting choices increased.“ Es wird festgestellt, dass nicht alle Gruppen in der Bevölkerung gleichermaßen von der allgemeinen Verbesserung des Gesundheitszustands der finnischen Bevölkerung und der höheren Lebenserwartung profitieren. Ziel ist damit die Schaffung einer Umwelt, die regelmäßige Bewegung und die Wahl einer „gesunden“ Ernährung er-

---

<sup>7</sup> Eine umfangreiche Darstellung findet sich bei WHO Regional Office for Europe ohne Jahr.

möglichst, als integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung. Vordringlich als Grundlage für die Lösung aller weiteren inhaltlichen Probleme wie z. B. Alkohol, Rauchen, Übergewicht wird die Verringerung der sozialen Ungleichheit im Gesundheitsstatus angesehen. Als wichtiges Ziel wird die Alkoholprävention gesondert hervorgehoben. Denn als Folge des EU-Beitritts hat Finnland im März 2004 die Verbrauchssteuer auf alkoholhaltige Getränke deutlich gesenkt (Busse et al. 2006); das Verkaufsmonopol für Getränke mit einem Alkoholgehalt von mehr als 4,7% bleibt aber in staatlicher Hand. Um dem erwarteten Anstieg des Alkoholkonsums vorzubeugen, wurde vom finnischen Ministerium für Soziales und Gesundheit ein Programm Alkoholprävention für die Jahre 2004-2007 aufgelegt. In freiwilligen formalen Partnerschaften sollen verschiedene Akteure vornehmlich den Alkoholkonsum von Kindern und in Familien verhindern. Maßnahmen werden von Gemeinden, Unternehmen, der Industrie, Kirchen und Nichtregierungsorganisationen in Absprache und Zusammenarbeit durchgeführt. Eine erste Evaluation im Jahr 2006 (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006) zeigt, dass die Ziele des Alkoholprogramms (noch) nicht erreicht werden konnten.

## **Evaluation**

Finnland hat mit dem JÄRVI- Projekt und der Seminartour über Health Promotion in 19 Städten und Gemeinden von Januar bis März 2006 das Thema der Evaluation in den Mittelpunkt gestellt.

Das JÄRVI-Projekt<sup>8</sup> – der Begriff setzt sich zusammen aus den finnischen Wörtern für Organisation (järjestö) und Evaluation (arviointi) – wurde vom finnischen Zentrum für Gesundheitsförderung und der finnischen Föderation für Soziale Wohlfahrt und Gesundheit im März 2005 aus der Taufe gehoben. Dazu gehören mehr als 180 zumeist finnische nicht-staatliche Organisationen (NGOs). Es soll folgende Fragen erheben: Was sind die Ziele eines Projekts?, Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine Evaluation?, Wer sollte evaluieren?, Was ist der Fokus der Evaluation?, Welche Methoden sollten für die Evalua-

---

<sup>8</sup> Weitere Informationen zum Stand des JÄRVI-Projektes entstammen einem Poster von Frau Paula Saikkonen, das bei der IUHPE-Konferenz in Budapest vom 18.-21.10.2006 gezeigt wurde.

tion eingesetzt werden?, Was sind die wichtigsten Probleme bei der Evaluation? Damit soll die Fähigkeit zur Evaluation von Präventionsprojekten bei Nicht-Regierungs-Organisationen gestärkt werden.

Erste Ergebnisse werden gerade aufbereitet. Mehr als 100 der angeschriebenen 180 Organisationen haben den Fragebogen zur Evaluation beantwortet. Die Organisationen sind tendenziell einer Evaluation gegenüber aufgeschlossen. Es mangelt ihnen aber zumeist an den finanziellen Mitteln. Folgende inhaltliche Schwerpunkte wurden gebildet:

Evaluation von Projekten von der Planung bis zur Implementierung: Wie soll Wissen genutzt werden und was kann aus anderen Projekten und Prozessen gelernt werden?

Wie können die Zielgruppen oder die Multiplikatoren in die Evaluation integriert werden?

Wie können Netzwerke evaluiert und verbessert werden?

Wie kann die Evaluation auf lokaler Ebene verbessert werden? Es müssen einfache Methoden entwickelt werden.

Wie können externe und interne Kommunikationsprozesse evaluiert werden?

Welches Modell oder System kann entwickelt werden, das eine Evaluation der gesamten Intervention zulässt?

In Finnland wird so das Bewusstsein für die Evaluation von Interventionen gestärkt und eine Beteiligung aller Involvierten, also Teilnehmende wie Studiendurchführende, an der Evaluation bewirkt.

Das Zentrum für Gesundheitsförderung (FCHP) hat im Rahmen eines dreigliedrigen Prozesses mit Arbeitsgruppen, einer Delphibefragung und einer Serie von Workshops selbst ein Qualitätsinstrument entwickelt. Das Instrument war zunächst nur für die Priorisierung bei der Vergabe von Mitteln gedacht, wird aber mittlerweile auch von Planern und Durchführenden bei der Gestaltung von Projekten eingesetzt. Das Instrument wird vom Ministerium für soziale Wohlfahrt und Gesundheit zur Priorisierung der Finanzierung der Maßnahmen verwendet.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> So weit die Informationen aus einem E-schreiben von Frau Pirjo Koskinen-Ollonqvist (vgl. Fußnote 6).

Insgesamt werden 20 Kriterien den Bereichen 1) Rahmen, 2) Struktur, 3) Prozess, 4) Ergebnis und 5) Anwendung/ Umsetzung (in den Alltag) zugewiesen (Koskinen-Ollonqvist 2000). Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei den Kriterien um Mischkriterien aus eher präskriptiven Vorstellungen wie Gleichheit, Stärkung der Selbstwirksamkeit und aus eher empirisch gewonnenen Daten zur Durchführung und zu Effekten von Maßnahmen handelt.

### **3.4 Frankreich<sup>10</sup>**

#### **Gesundheitssystem**

Das französische Gesundheitssystem ist ein Sozialversicherungssystem, in welchem durch die Reformen unter Alain Juppé ein Übergang von der klassischen Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beitragszahlung zu einer hauptsächlich von Arbeitgebern und über Steuern (contribution sociale générale) getragenen Finanzierung der Krankenversicherung erfolgte.

Im Gesundheitssystem im engeren Sinne bieten sich wenige Anreize, präventive oder gesundheitsfördernde Elemente in den Patienten-Arzt-Kontakten umzusetzen.

Das französische Institut für Prävention und Gesundheitserziehung (INPES = Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) setzt Präventionsprogramme auf der nationalen Ebene um. Das Institut wurde mit dem Gesetz vom 4. März 2002 (Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) gegründet. Es soll die Präventionspolitik und die Gesundheitserziehung in Orientierung an den politischen Vorgaben zur öffentlichen Gesundheit umsetzen. Mit dem Gesetz vom August 2004 wurde dessen Befugnis ausgedehnt: In Situationen, in denen die Gesundheit der Bevölkerung akut bedroht ist, soll das Institut sich mit der Verteilung von entsprechenden Information beteiligen.

---

<sup>10</sup> Für weitere Hinweise zur Situation der Prävention und Gesundheitsförderung in Frankreich danken wir insbesondere auch Herrn Olivier Delmer vom französischen nationalen Institut für Prävention und Gesundheitserziehung (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

Auf Basis der Gesetze von 2002 und 2004 ist es Ziel der Maßnahmen des INPES, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, das Auftreten, die Entwicklung und die Verschlimmerung von Krankheiten oder Unfällen zu verhindern und individuelle wie kollektive Verhaltensweisen zu fördern, die zur Reduktion von Krankheits- und Unfallrisiken beitragen.

### **Präventionsgesetz**

Im August 2004 wurde zeitgleich mit einer Krankenversicherungsreform ein Gesetz mit dem Titel „Loi relative à la politique de santé publique“ verabschiedet (vgl. Busse et al. 2006). Darin werden die Rolle des Staates sowie die Zuständigkeit der Behörden, nicht-staatlicher Einrichtungen und Krankenkassen im Bereich Öffentliche Gesundheit (Public Health) neu geregelt. Weiterhin werden alle fünf Jahre Gesundheitsziele und Instrumente und Prozesse für deren Umsetzung fest gelegt. Die Umsetzung wird jährlich überprüft und nach fünf Jahren bewertet. Letzteres wird auch Gegenstand einer im gleichen Abstand zu führenden Parlamentsdebatte.

In einem Anhang werden in den fünf Interventionsbereichen 1) populationsrelevante und seltene Erkrankungen, 2) gesundheitsschädigendes Verhalten und Umweltbelastungen, 3) soziale Ungleichheit, 4) Versorgungsstrukturen und –prozesse, 5) Gesundheitsmonitoring und Förderung von Public-Health-Expertise 100 Ziele angeführt. Diese schließen Alkohol, Rauchen, Ernährung, Bewegung u. v. a. mehr ein und nennen jeweils quantifizierbare Zielvorgaben. So wird in einer Zielvorgabe zu Ernährung und Bewegung das Ziel gesetzt, die Adipositas von 2003 bis 2008 um 20% von einer Prävalenz von 42% auf 33% (BMI > 25kg/qm) in der über 18-jährigen Bevölkerung zu senken (Journal Officiel de la République Française).

Derzeit gibt es Probleme bei der Umsetzung. Da 90 der 158 Paragraphen des Gesetzes in Dekrete, ministerielle Anweisungen und Verwaltungsrundschreiben umgesetzt werden müssen, ist es fraglich, ob im Jahr 2009 die gesetzten Ziele erreicht werden können.

## Präventionsziele

Im Gesetz werden die Präventionsziele genannt. Darunter fallen Ziele in den Bereichen Alkohol, Rauchen, Ernährung und Bewegung, Gesundheit und Arbeit, Gesundheit und Umwelt, iatrogen hervorgerufene Schäden sowie viele andere Themen aus dem enger medizinischen Gebiet.

In den für die vorliegende Untersuchung interessierenden Gebieten werden nunmehr die Ziele dezidiert aufgeführt:

Tabelle 4a: Ziele 3 und 4 des Katalogs das Jahres 2004: Rauchen

	<b>Durchlaufende Nr. im Gesetz</b>	<b>Ziel</b>	<b>Vorbedingung</b>	<b>Indikator</b>
Quantifizierbares Ziel	3	Reduktion der Raucherquote von 33 auf 25% der Männer und von 26 auf 20% der Frauen bis 2008 (mit bes. Berücksichtigung der Jugendlichen und der Schichten, die stark rauchen)		Mittler. Alter bei Rauchbeginn, Prävalenz der Raucher nach Geschlecht, Alter, sozioökonom. Schicht, Prävalenz des Rauchens in der Schwangerschaft
	4	Reduktion des Passivrauchens in Schulen, bei der Freizeit und bei der Arbeit	Entwicklung einer Messgröße für die Rauchexposition an den Orten des Freizeitbereichs	Anteil der Freizeitbereiche (Restaurants etc.), in denen das Rauchen verboten ist oder nur in ausgewiesenen Bereichen gestattet, dasselbe im Bereich Arbeit

Tabelle 4b: Ziele 5-13 des Katalogs des Jahres 2004: Ernährung und Bewegung<sup>11</sup>

	<b>Durchlaufende Nr. im Gesetz</b>	<b>Ziel</b>	<b>Vorbedingung</b>	<b>Indikator</b>
Quantifizierbares Ziel	5	Reduktion der Prävalenz eines BMI > 25 kg/qm von 42% auf 33% der Bevölkerung		BMI in der Bevölkerung ab 18 Jahre
	9	Anheben des Teils der Bevölkerung, der mindestens 30 Min. Bewegung pro Tag hat, um 25% (Männer: 60 auf 75%, Frauen: 40 auf 50%)		Anteil der Personen, die an 5 Tagen mind. 30 Min. moderate Bewegung haben
	10	Reduktion des Anteils der Bevölkerung, der zu wenig Obst und Gemüse isst, um 25% (Ziel PNNS <sup>12</sup> : Anteil 60 auf 45% senken)	Aktuelle Prävalenz derjenigen, die zu wenig Obst und Gemüse essen	Prävalenz derjenigen, die zu wenig Obst und Gemüse essen
	11	Reduktion der Salzaufnahme		
	12	Anhalten des Anstiegs des Anteil von adipösen Kindern		

### **Präventionsprogramme**

Das Gesetz vom 9. August 2004 benennt folgende fünf nationale Pläne (Programme): 1) Kampf gegen den Krebs, 2) Begrenzung der Wirkung von Gewalt, von Risikoverhalten und von Suchtverhalten auf die Gesundheit, 3) Begrenzung der Wirkung von (schädlichen) Umwelteinflüssen auf die Gesundheit, 4) Verbesserung der Lebensqualität chronisch Kranker, 5) Berücksichtigung seltener Krankheiten. Dazu wird u. a. ein nationales Ernährungsprogramm (Programme national nutrition-santé = PNNS) aufgelegt.

<sup>11</sup> Die nicht weiter genannten Ziele, z. B. Nr. 6, beziehen sich auf Risikofaktoren wie z. B. Jodmangel, die nicht Gegenstand des vorliegenden Projekts sind, so dass sie genau so wenig wie alle weiteren Ziele ab Nr. 14 nicht weiter angeführt werden. Zwar beziehen sich die Ziele 14-17 auf den Arbeitsplatz, aber es handelt sich hier um allgemeine Arbeitsschutzmaßnahmen wie Lärmschutz, Expositionsschutz, die ebenfalls nicht Gegenstand der Untersuchung sind.

<sup>12</sup> PNNS= Programme National Nutrition-Santé.



Des Weiteren ist vorgesehen, dass ein Plan régional santé publique (= PRSP) die Umsetzung in den Regionen ermöglicht. Dieser wird in den Regionen für vier Jahre verbindlich festgeschrieben. Auf regionaler Ebene wurden groupements régionaux de santé publique gegründet: Die darin zusammengeschlossenen staatlichen Organe, Krankenhausgesellschaften und Krankenkassenverbände sind für die Umsetzung auf regionaler Ebene verantwortlich.

Ende Mai 2006 wurde eine Initiative von INPES gegen das Rauchen gestartet. Es werden Medienkampagnen über das Fernsehen und das Radio sowie über Plakate durch geführt.

### **Evaluation**

Das INPES verweist auf seinen Seiten auf das PREFFI-Instrument in der Version 2.0, das als Basis die Analyse der Effektivität von Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und der Gesundheitserziehung dienen soll.

## **3.5 Großbritannien**

### **Gesundheitssystem**

Das Gesundheitssystem Großbritanniens wird durch eine hierarchisch gegliederte, staatliche Organisation gesteuert, das National Health Service (NHS) (Lüngen und Stock 2006a). Das zentrale Prinzip des 1948 gegründeten NHS ist es, eine umfassende und kostenlose Gesundheitsversorgung aller Bürger durch den Staat bereitzustellen. D.h., unabhängig von Einkommen und sozialem Status soll der gleiche Zugang zu Gesundheitsleistungen gewährleistet werden. An der Spitze der Organisationsstruktur steht der Gesundheitsminister mit dem Gesundheitsministerium (Department of Health, DH). Sie haben Richtlinienkompetenz in der Gesundheitspolitik und geben nationale Qualitätsstandards für die Struktur der Leistungserbringung vor. Dies wird durch nachgeordnete Behörden bis auf lokale Ebenen operationalisiert.

Die Gesundheitsversorgung wird zu mehr als 80% über Steuern finanziert. Daneben werden Zuzahlungen z.B. für Medikamente und Zahnbehandlungen erhoben. Für die Gesundheitsversorgung wird ein Globalbudget bereitgestellt, das in der Vergangenheit durch den engen finanziellen Rahmen zu einer jahrelangen Unterfinanzierung mit Engpässen und Wartelisten insbesondere im stationären Sektor geführt hat. Seit dem Jahr 2000 wurden umfassende Reformen in Angriff genommen, deren Ziel die Ausweitung von Kapazitäten, der Abbau von Wartelisten und der Implementierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist. Das NHS ist innerhalb Großbritanniens in die Regionen England, Nordirland, Schottland und Wales gegliedert. Die folgenden Ausführungen beziehen sich in erster Linie auf England.

### **Präventionsgesetz**

Ein spezielles Präventionsgesetz gibt es in England nicht. Mit dem Regierungswechsel 1997 gab es jedoch einen Wechsel in der Präventions- bzw. Gesundheitsphilosophie von einem individuellen zu einem sozialen Modell von Gesundheit (Doyle 2001). Seit 1992 war „The Health of the Nation“ die zentrale Strategie der englischen Gesundheitspolitik. Dies war der erste strategische Ansatz einer Regierung, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. Der Fokus lag auf den fünf Handlungsfeldern: Koronare Herzkrankheiten und Schlaganfall, Krebs, Mentale Krankheiten, HIV/AIDS sowie Unfälle (DH (a)). Die neue Regierung räumte einem multidisziplinären Public-Health-Ansatz einen besonderen Stellenwert ein. Der Gesundheitsminister beauftragte eine Beratergruppe um Sir Donald Acheson, die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu analysieren und Vorschläge zu prioritären Handlungsfeldern zu unterbreiten. „Saving lives: Our Healthier Nation“ wurde als neuer Aktionsplan zur Verbesserung der Gesundheit vorgelegt (DH 1999). Insbesondere die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit soll durch diesen Aktionsplan bekämpft werden.

## **Präventionsziele**

Mit dem neuen Aktionsplan *Saving lives: Our Healthier Nation* wurden folgende Gesundheitsziele in prioritären Handlungsfeldern vereinbart (DH, (a)):

- Krebs: Reduktion der Sterblichkeit von Personen unter 75 Jahren um mindestens ein Fünftel,
- KHK und Schlaganfall: Reduktion der Sterblichkeit von Personen unter 75 Jahren um mindestens zwei Fünftel,
- Unfälle: Reduktion der Sterblichkeit um mindestens ein Fünftel und Reduktion schwerer Verletzungen um mindestens ein Zehntel,
- Mentale Krankheiten: Reduktion der Todesfälle durch Selbsttötung und nicht näher festgelegte Verletzungen um mindestens ein Fünftel.

Um diese Gesundheitsziele zu erreichen, sind präventive Anstrengungen unabdingbar, die auch Gegenstand in Public-Health-Leitlinien sind (s. Evaluation). Zudem wurde das Budget des NHS deutlich aufgestockt und eine koordinierte Zusammenarbeit der verschiedenen Regierungsebenen und Nicht-Regierungsorganisationen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung vereinbart.

## **Präventionsprogramme**

Der Risikofaktor Rauchen wurde als größte Einzelursache schlechter Gesundheit in Angriff genommen. So steht das Antiraucherprogramm der britischen Regierung „Smoking kills“ als Paradebeispiel für die Umsetzung von Präventionsprogrammen. Die auf diesem 1998 aufgelegten White-Paper basierenden Aktivitäten umfassen verschiedene Aktionen, um dem Rauchen zu begegnen und die Zahl von jährlich 106.000 Todesfällen auf Grund des Rauchens in Großbritannien (bzw. 86.500 in England) zu reduzieren (DH (b)). Insgesamt werden sechs Handlungsfelder unterschieden, die von Aktivitäten zur Reduktion des Passivrauchens, Medienkampagnen, Deklarationspflichten über Raucherentwöhnung und Nikotinersatztherapie bis hin zu Tabakwerbeverboten reichen. Damit zählen auch internationale Initiativen der Regierung zu dem Programm, was von der WHO als wegweisend hervorgehoben wird (Yach und LeGresley 1999). Andere Felder für

Präventionsprogramme sind z.B. Alkoholmissbrauch, Programme der Schulernährung, das Programm 5 A DAY, aber auch Programme zum Management einzelner Krankheiten wie z.B. koronare Herzkrankheiten oder Krebs. Darüber hinaus hat die Regierung nationale Programme zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit aufgelegt, die an den Lebensbedingungen spezieller Gruppen anknüpfen. Dazu zählt z.B. SURE-Start, welches entworfen wurde, um die Entwicklung von Vorschulkindern aus ärmeren Familien zu unterstützen (DH o.J. (b)).

### **Evaluation**

Eine zentrale Bedeutung im britischen Gesundheitswesen nimmt das National Institute of Clinical Excellence (NICE) ein, welches seit 1999 die Aufgabe hat, Empfehlungen für die Leistungserbringung abzugeben. Die Entscheidungen sind für die Leistungsanbieter verbindlich. NICE erstellt Leitlinien für die drei Gebiete „clinical practice“, „health technologies“ und „public health“. Differenziert werden Leitlinien zu public health interventions bzw. public health programmes. Während Leitlinien zu „Interventionen“ auf klar umrissene isolierte Aktionen zielen, die z.B. einen gesunden Lebensstil fördern sollen, sind unter „public health programmes“ komplexe soziale Interventionen zu verstehen, in denen verschiedene Maßnahmen durch unterschiedliche Akteure ausgeübt werden (NHS 2006). Zu *Public Health Interventions* liegen inzwischen mehrere Leitlinien vor (NICE), und zwar zu

- Rauchen (allgemein *und* am Arbeitsplatz),
- Substanzmissbrauch,
- Bewegung und zur
- Prävention sexuell übertragbarer Infektionen.

Zu *Public Health Programms* liegen derzeit keine Empfehlungen vor, Leitlinien zu Verhaltensänderungen, kommunalem Engagement, Gesundheitsförderung in Schulen sowie Bewegung und Umwelt sind zur Zeit in Entwicklung (NICE).

## 3.6 Kanada

### Gesundheitssystem

Kanada hat ein staatliches Gesundheitssystem (*Medicare*). Medicare wird in der Mehrzahl der Provinzen durch Steuern finanziert. Ausnahmen bilden Alberta und British Columbia, in denen Krankenversicherungsbeiträge bezahlt werden müssen (Career - contact).

Der „Canada Health Act“ hat zum Ziel, gleiche medizinische Behandlungen für jeden Bürger zu gewährleisten. Jede Provinz ist eigenverantwortlich für die Einhaltung der Behandlungsstandards (The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology). Nur Kanadier und Ausländer mit bewilligtem Einwanderungsantrag sind über Medicare versichert. Darüber hinaus sind die Leistungen des Gesundheitssystems begrenzt. Zahnärztliche Behandlungen und Medikamente z.B. müssen von den kanadischen Bürger selbst beglichen werden.

### Präventionsgesetz

Ein definiertes einheitliches nationales Präventionsgesetz gibt es in Kanada derzeit nicht. Aufgrund der SARS-Krise 2003 kam es zu einer Neuorganisation des Public-Health-Sektors. Die „Public Health Agency of Canada“ mit insgesamt sechs Abteilungen wurde neu gegründet und soll dem Parlament einen strukturierten Arbeitsplan im Bereich Prävention vorlegen. Die Public Health Agency diskutiert derzeit im partizipativen Verfahren die „Health Goals for Canada“ (BMG 2006, S.5).

### Gesundheitsziele „Health Goals for Canada“

2004 wurden durch den Minister die Health Goals for Canada ins Leben gerufen. Ziel soll es sein, den Gesundheitsstatus der Kanadier zu verbessern. Die Gesundheitsziele werden in vier Bereiche aufgeteilt:

- basic needs: Die Kinder sollen glücklich, gesund, sicher und behütet aufwachsen, um ihr Potenzial voll entfalten zu können.

- physical environment,
- healthy living: Jede Person erhält eine Unterstützung in Form von Informationen zu gesunden Lebensstilen,
- a system for health: Das Gesundheitssystem sichert jedem Bürger angemessene Versorgung (Health Goals for Canada).

### **Präventionsprogramme**

Die Public Health Agency ist zuständig für eine Reihe von Präventionsprogrammen wie z.B.:

- The Aboriginal Head Start Program,
- The Canada Prenatal Nutrition Program,
- The Healthy Living Strategy.

Ebenfalls führt die Regierung selbst noch zahlreiche Programme in den Bereichen Alkohol und Drogen, Ernährung und AIDS durch (Marchildon 2005, S. 90).

Im Rahmen der "Health Goals Canada" laufen zur Zeit im Land drei umfangreiche Projekte:

- Active kids are unstoppable: Das Projekt versucht durch zahlreiche Kampagnen Kinder zu ermuntern mehr Sport zu treiben.
- Healthy Eating can be as enjoyable as child's play: Mütter werden angehalten, ihre Kinder beim gesunden Kochen einzubinden.
- Make your Home and Car Smoke Free: Ziel dieser Aktion ist es, das Passivrauchen zu reduzieren (Healthy Canadians).

### **Evaluation**

Zu den Programmen bzw. Interventionen im Bereich der Prävention gibt es in Kanada eine Vielzahl von Leitlinien. Zu nennen sind hier unter anderem: The Physical Activity Guide oder Canadas Food Guide (Health Canada). Das Center for Chronic Disease Prevention and Control (CCDPC) bildet den nationalen Schwerpunkt für Prävention von

Chronischen Krankheiten. Ihre Aktivitäten fokussieren auf Kriterien des best practices (Public Health Agency of Canada).

## 3.7 Neuseeland

### Gesundheitssystem

Neuseeland ist ein Staat mit Zentralregierung und verschiedenen lokalen Regierungen. Die Gesamtverantwortung für die Bereitstellung der hauptsächlich aus Steuern finanzierten Gesundheitsversorgung liegt bei der Zentralregierung, wobei die Leistungserbringung durch eine Vielzahl öffentlicher, privater und ehrenamtlicher Einrichtungen erfolgt. Mit dem *New Zealand Public Health disability Act 2000* wurden 21 *District Health Board* (DHB) eingerichtet, die jeweils für die Bevölkerung einer bestimmten Region zuständig sind. Sie sind dem Gesundheitsminister verantwortlich. Vier Serviceagenturen wurden für die insgesamt 21 DHBs eingerichtet. Ihnen kommen die Aufgaben zu, den Gesundheitsbedarf abzuschätzen, Vertragsverhandlungen zu führen und die Verträge zu kontrollieren. Entweder erbringen sie selbst Gesundheitsleistungen oder finanzieren die Leistungsangebote anderer Anbieter (French et al. 2001).

### Präventionsgesetzgebung

Schon Ende der 90er Jahre wurde eine Weiterentwicklung der Public Health Gesetzgebung in Angriff genommen, die bisher aus verschiedenen Gesetzen wie z.B. dem veralteten *Health Act (1956)* und dem *Tuberculosis Act (1948)* besteht (Ministry of Health 2002; Ministry of Health 2004; Ministry of Health 2006). Ziel der Reform ist es, einen outcome-orientierten Rahmen zu schaffen, der die Akteure zu einem effektiven Management aller auftretenden Gesundheitsrisiken befähigt. Die bisherigen Gesetze berücksichtigen z.B. keine Strategien der Prävention und nur sehr begrenzt Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten. Vielmehr geht es in erster Linie um organisatorische Regelungen, Qua-

rantäneregelungen und Fragen der „Border health protection“ – wenn auch in veralteter Form.

Mit einem Regierungsbeschluss wurden 2001 die allgemeinen Grundzüge einer neuen, umfassenden Gesetzgebung festgelegt, die in den letzten Jahren um weitere Details ergänzt und weiterentwickelt wurden. Dazu wurde auf Basis des Regierungsbeschlusses eine zweite Konsultationsrunde durchgeführt, in der detaillierte Vorschläge zu Themen wie z.B. Gesundheitsinformationen, Screenings, Management ansteckender Krankheiten aber auch zu nicht-ansteckenden (chronischen) Krankheiten diskutiert wurden (Ministry of Health 2002). Die Vorschläge haben inzwischen verschiedenen Ministerien und Ämtern zur Stellungnahme vorgelegen. Im November 2006 traf das Kabinett weitere Entscheidungen zur Ausgestaltung des Public Health Gesetzes. Zum Beispiel wurden Fragen zu Risikofaktoren nicht-ansteckender Krankheiten explizit geregelt. Darüber hinaus konnten eine Reihe der seit 2001 erfolgten Ereignisse wie z.B. die Weiterentwicklung genetischer Screenings oder das Auftreten neuer Erkrankungen (z.B. SARS) berücksichtigt werden (Ministry of Health 2004). Laut Gesundheitsministerium wird für 2007 ein umfassendes Public Health Gesetz angestrebt, welches die nationale, regionale und lokale Ebene befähigt, den Herausforderungen für eine bessere und gerecht gestaltete Gesundheit der Bevölkerung mit adäquaten Strategien zu begegnen (Ministry of Health 2006). Die Themen sollen von der Informationsgewinnung zu gesundheitlichen Fragen (Register) über die Bekämpfung ansteckender sowie umweltbedingter Erkrankungen bis hin zur Förderung gesundheitsbewusster Lebensstile reichen (Ministry of Health o.J.). Auch organisatorische Zuständigkeiten sollen im Gesetz geregelt werden. Vorgesehen ist, dass Aufgaben auf lokaler Ebene in erster Linie durch per Gesetz eingesetzte Direktoren, auf regionaler Ebene durch die District Health Boards und auf nationaler Ebene durch das Gesundheitsministerium wahrgenommen werden (Ministry of Health 2006).

### **Präventionsziele**

Schon seit Ende der 80er Jahre hat Neuseeland Gesundheitsziele entwickelt, die seither von verschiedenen Regierungen überarbeitet wurden (Beaglehole und Davis 1992; Wise



und Signal 2000). Die im Dezember 2000 beschlossene *New Zealand Health Strategy* gibt den Rahmen und grundlegende Prinzipien für den Gesundheitssektor vor (Ministry of Health 2000). Die Strategie ist auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung bei gleichzeitiger Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit ausgerichtet. Durch ein Set von Gesundheitszielen und hieran ausgerichteter Maßnahmen und Interventionen soll die Umsetzung dieser Prinzipien unterstützt werden (Ministry of Health 2001). Dazu wurde ein Prozess zur Überarbeitung und Konkretisierung entsprechender Gesundheitsziele in Gang gesetzt. Ein mit verschiedenen Gruppierungen des Gesundheitswesens und der Regierung besetztes Gremium hat dazu – unterstützt durch Experten – 10 Gesundheitsziele entwickelt, die ihrerseits in 61 Teilziele untergliedert sind. Die Gesundheitsziele sollen durch präventive und gesundheitsfördernde, auf bestimmte Handlungsfelder ausgerichtete Interventionen realisiert werden. Die Regierung hat daraus dreizehn Handlungsfelder hervorgehoben, in denen kurz- und mittelfristig Verbesserungen angestrebt werden. Zu den Handlungsfeldern zählen u.a. die Reduktion des Rauchens, die Reduktion des Übergewichts, die Verbesserung der Ernährung, die Stärkung der körperlichen Bewegung, die Reduktion der Selbsttötung(sversuche) sowie die Reduktion der KHK-, Diabetes- bzw. Krebsinzidenz (Ministry of Health 2000; Ministry of Health 2001). Die Handlungsfelder „*Raucherentwöhnung*“ oder „*Verbesserte Ernährung*“ sind Beispiele, um das Oberziel „*gesunde Lebensstile*“ zu erreichen.

### **Präventionsprogramme**

Public Health Interventionen werden in Neuseeland in erster Linie durch die District Health Boards angeboten. Die Angebote reichen von Maßnahmen der Wasser- und Lebensmittelsicherheit bis hin zu Programmen der Gesundheitsförderung. Zur Durchführung beschäftigen die DHBs eigene Ärzte und andere Gesundheitsberufe ebenso wie Direktoren, welche die Einhaltung der Public Health Gesetzgebung wie z.B. den *Food Act* von 1981 oder den *Smokefree Environments Act* aus dem Jahre 1990 durchsetzen und kontrollieren (French et al. 2001).

Ein Beispiel für ein Präventionsprogramm, welches zur Realisierung der gesetzten Gesundheitsziele beitragen soll ist das Programm: „*Healthy Eating - Healthy Action Oranga Kai – Oranga Pūmau Strategy*“ (Ministry of Health 2007). Das Programm wurde 2003 als Beitrag zur Unterstützung der drei prioritären Handlungsfelder: Verbesserung der Ernährung, Steigerung körperlicher Bewegung und Reduktion von Übergewicht bzw. Adipositas eingeführt. Es bietet einen Rahmen, innerhalb dessen die DHBs und andere Gesundheitsorganisation Neuseelands agieren können. Die Strategie zielt auf kontextuelle und gesellschaftliche Unterstützung von Individuen und Populationen, um die angestrebten Ziele zu erreichen und ist – im Sinne der Ottawa Charta – auf verschiedene Ebenen und sektorübergreifend ausgerichtet. Innerhalb des Programms sind Interventionen zur Förderung des Stillens, Aktionen in den Settings Schule und Kindergarten und nationale Trainingsprogramme ebenso wie Kommunikationsstrategien vorgesehen. Im Herbst 2007 sollen maßenmediale Kampagnen durch TV, Radio und Printmedien anlaufen. Zudem sollen Netzwerke für Stakeholder entwickelt und unterstützt werden. Auch die Entwicklung von Leitlinien für das Management von Übergewicht und Adipositas zählt zu den Aktivitäten (Ministry of Health 2007).

### **Evaluation**

Evidence based Practice hat in Neuseeland zunehmend Aufmerksamkeit gewonnen. Als staatlich finanzierte Behörde ist das Health Research Council of New Zealand (HRC) verantwortlich für die Forschung zur öffentlichen Gesundheitspflege (Wise und Signal 2000). Die durch das HRC durchgeführten Evaluationen verfolgen den Zweck „to determine the efficacy and effectiveness of policies and programmes and assess the impact of the HRC's investment in health research“ (HRC). Durch die Evaluationen gewonnene Erkenntnisse werden in jährlichen Berichten veröffentlicht.

## 3.8 Niederlande

### Gesundheitssystem

Aufgrund einer Kostenexplosion bei den Krankenkassen beschloss die Regierung unter Premierminister Jan Peter Balkenende eine Gesundheitsreform. Zum 1. Januar 2006 wurde ein neues Krankenversicherungssystem, eingeführt, das eine Mischung aus Bürgerversicherung und Kopfpauschale ist. Es besteht eine allgemeine Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung. Vor 2006 war das niederländische Krankenversicherungssystem für die allgemeine medizinische Versorgung zersplittert. Ein Teil der Bevölkerung war gesetzlich, der andere privat krankenversichert (Lass 2006, S. 1ff.).

Die Kernpunkte der Reform sind:

- Eine Basisversicherung für alle.
- Die Versicherten haben die freie Kassenwahl und können jährlich wechseln.
- Der Basisschutz kann um freiwillige Zusatzversicherungen erweitert werden.
- Sozial Schwache erhalten einen Zuschuss.

In den Niederlanden gilt weiter das Primärarztssystem. Die ambulante ärztliche Versorgung wird durch freiberuflich praktizierende Allgemeinärzte sichergestellt. Die Patienten müssen sich für einen Arzt entscheiden und sich bei ihm registrieren lassen. Damit wird die freie Arztwahl eingeschränkt. Die fachärztliche Behandlung findet fast ausschließlich in Krankenhäusern statt (Lass 2006, S. 2f).

### Prävention in den Niederlanden

Die präventive Gesundheitspolitik der Niederlande bezieht sich auf die allgemeine niederländische Bevölkerung, die betroffenen Risikogruppen und einzelne Bürger.

Zu den Instrumenten der Präventionspolitik in den Niederlanden zählen Impfungen und zahlreiche Aufklärungskampagnen. Eingeführt wurde die nationale präventive Gesundheitspolitik Mitte des 19. Jahrhunderts (Ministry of Health, Welfare and Sport 1997, S. 2).

Das „National Institute of Public Health and Environment (RIVM)“ publiziert in einem Rhythmus von vier Jahren Forschungsergebnisse zum Gesundheitszustand der niederländischen Bevölkerung. Auf dieser Basis setzt das „Ministry of Health, Welfare and Sport“ Inhalte der Präventionspolitik fest. Die Regierung setzt im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung mit den Instrumenten „agreements with business community about self-regulation“, Anreize durch Präsente, nationale Präventionsprogramme und nationale öffentliche Informationsprogramme, die von den Health Promotion Agencies (Gezondheids Bevorderende Instituten, Gbis) ausgerichtet werden, an. Daneben traten sechs Präventionsgesetze in den letzten Jahren in Kraft, die im nächsten Abschnitt erläutert werden (Eurohealthnet). Zu den Health Promotion Agencies gehören unter anderem das National Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ), the Trim-bos Institute, STIVORO, das Nutrition Centre und das Consumer and Safety Foundation (Ministry of Health, Welfare and Sport, 1997, S. 2ff).

### **Präventionsprogramme und Zuständigkeiten**

Die Schwerpunkte der Präventionsprojekte liegen im Bereich:

- school health care,
- health education,
- the prevention of infectious diseases and
- the promotion of safety.

Die Projekte werden auf nationaler Ebene sowie auf Gemeindeebene in Settings wie Schule, Betrieb und Wohngebieten durchgeführt. Das Ministry of Health, Welfare and Sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) und das Health Insurance Funds Council und die Hauptakteure im Bereich Präventionsmaßnahmen und Präventionspolitik. Sie kooperieren mit den Forschungsstellen der Universitäten und des National Institute of Public Health and the Environment. Ebenfalls arbeiten sie eng mit privaten karitativen Einrichtungen zusammen, die im Bereich Prävention forschen, wie Netherlands Heart Foundation und Dutch Cancer Society. Besonderen Wert legt die Regierung auf eine ausreichende Bildung der health professionals. Institute wie Netherlands School

of Public and Occupational Health (NSPOH) und TNO Prevention and Health zählen zu den wichtigsten im Bereich Schulungen.

Gemeinden werden verpflichtet, Gesundheitsfragen durch „the Metropolitan Areas Policy Framework“ (2005-2009) in die Politik und in das aktuelle Handeln zu integrieren (Beleidskader grotestedenbeleid). Zu den aktuellen Programmen zählen (Ministry of Health, Welfare and Sport):

*Stopping smoking* (Public health and smoking foundation); *Healthy eating* (Bureau for Food and Nutrition Education, National Centre for Information on Food Allergies); *Sensible alcohol consumption*; *Physical exercise*; *Psychological problems* (The regional Institute for Outpatient Mental Health Care).

## **Präventionsgesetze**

Präventionsgesetze liegen in den Niederlanden für folgende vier Bereiche vor:

- Tobacco Act  
Ziel des Tabakgesetzes ist es, nicht nur Einfluss auf das Verhalten von Rauchern zu nehmen, sondern auch Nichtraucher zu schützen. Das Gesetz untersagt das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen. Gegenwärtig wird an einem neuen Gesetzesentwurf gearbeitet, der den Verkauf von Zigaretten an Jugendlichen unter 18 Jahren verbieten soll.
- Licensing and Catering Act  
Für den Verkauf von alkoholischen Getränken in der Catering Industrie ist eine offizielle Lizenz erforderlich. Dies gilt ebenfalls für den Verkauf von Alkohol in Shops.
- Medical Treatment Agreement Acts  
Patienten haben das Recht über ausführliche Information über ihre Krankheitsbilder, ihre Behandlungsmöglichkeiten und alle weiteren Risikofaktoren.
- Public Health Collective Prevention Act (1990)  
Örtliche Organisationen sind verpflichtet, Präventionsprogramme für ihre Bürger aufzustellen bzw. anzubieten (Ministry of Health, Welfare and Sport 1997, S. 1ff).

## Evaluation

Preffi ist ein Instrument des niederländischen Qualitätsmanagements im Bereich Gesundheitsförderung.

### 3.9 Norwegen<sup>13</sup>

#### Gesundheitssystem

Das Ministerium für Gesundheit und Gesundheitsversorgung (Helse- og omsorgsdepartementet) legt die gesundheitspolitischen Grundlinien des Gesundheitswesens fest, das staatlich organisiert ist. Unter seiner Leitung sind fünf Einrichtungen mit der öffentlichen Gesundheit (Public Health) befasst:

- Sosial- og helsedirektoratet (Shdir = Directorate for Health and Social Affairs),
- Statens helsetylsin (Helsetylsinet = Board of Health),
- Folkehelseinstituttet (Nationales Institut für Öffentliche Gesundheit = National Institute for Public Health),
- Statens legemiddelverk (= Norwegians Medicines Agency),
- Statens strålevern (= Norwegian Radiation Protection Agency, NRPA).

Die Gemeinden sind verantwortlich für die Gesundheitsförderung, die Prävention von Krankheiten und auch die Organisation der Gesundheitsversorgung in den Schulen, die Gesundheitszentren und die Kindergesundheitsversorgung (s. u. a. Johnsen 2006).

*Report No. 16 (2002-2003) to the Storting. Short Version*

Der Bericht des norwegischen Gesundheitsministerium (Helsedepartementet) No. 16 legt die Ziele und Schwerpunkte in Prävention und Gesundheitsförderung für das Jahrzehnt ab Erscheinen des Berichts fest und löst damit den Vorgängerbericht von 1992-1993 ab (Sosialdepartementet 1992-93). Es wird auf die neuen Entwicklungen Globalisierung, Ent-

---

<sup>13</sup> Für weitere Hinweise zur Situation der Prävention und Gesundheitsförderung in Norwegen danken wir insbesondere auch Frau Ellen M. Paulssen, Frau Janicke Fischer, Herrn Knut-Inge Klepp und Herrn Harald Siem von der norwegischen Behörde für Gesundheit und soziale Angelegenheiten (Sosial- og helsedirektoratet) sowie Frau Camilla Stoltenberg und Frau Cathrine S. Ikhani vom norwegischen Institut für Public Health (Folkehelseinstituttet).

stehen einer multikulturellen Gesellschaft, mehr und mehr Leistung fordernde Arbeitsumwelt und Drogen und Alkohol verwiesen. Der Fokus des Papiers von 2002-2003 liegt auf der Frage von Gesundheitsrisiken und dem Schutz davor und schließt ganz bewusst Präventionsmaßnahmen durch Medikamente und Screeningverfahren aus, da Screening als Teil der Therapiekette (treatment chain) gesehen wird.

Es werden grundsätzliche empirische Befunde dargestellt. So ist auch in Norwegen festzustellen, dass die sozioökonomische Disparität in den letzten 30 Jahren zugenommen hat. Es wird aber auch beklagt, dass es z. T. zu wenig epidemiologische Daten gibt zur Frage, wie viele Kinder und Jugendliche tatsächlich übergewichtig sind. Weiterhin wird betont, dass alle Ansätze bei Jugendlichen zunächst aus einer besten Kenntnis der Jugendkultur heraus gestartet werden sollten. Hervorgehoben wird auch, dass die nationalen Grenzen auf Basis der Globalisierung an Bedeutung verlieren. Gleichzeitig wird auch die Interaktion des Gesundheitssektors mit anderen Bereichen immer wichtiger. Schwerpunkt ist des Weiteren die psychische Gesundheit (mental health).

### **Präventionsziele der Jahre 2002-2012**

Anschließend werden in vier Problemkreisen die Ziele des Jahrzehnts 2002-2012 genannt: Maßnahmen starten, die bewusst auf die Interaktion von Verhalten und Umwelt setzen und die Verhaltensänderung durch Veränderung der Umwelt ermöglichen. Es wird das Beispiel genannt, die Kinder vom Computer wegzulocken und dazu zu animieren, in eigens dafür errichteten neuen Arenen (Hallen) die Bewegung zu fördern. Insbesondere sollen auch die Schulwege so sicher gemacht werden, dass Gehen und Fahrradfahren möglich sind.

Der Grundansatz auf Gemeindeebene soll gestärkt werden, weg von einem Sektorenansatz. Regionale Behörden planen auf Basis des Sachverstands, der beim Direktorat für Gesundheit und Soziale Wohlfahrt und beim Institut für Public Health (Öffentliche Gesundheit) gebündelt ist. Bei Wohnungsbau, Straßenbau und sozialer Städteplanung sollen Belange der Öffentlichen Gesundheit maßgeblich berücksichtigt werden. Vornehmlich soll beurteilt werden, ob eine Maßnahme die Ungleichheit in der Gesundheit verstärkt.

Die Regierung will insbesondere auch im Gesundheitssektor die Anreize zu mehr Prävention und Aufklärung zu Lebensstil setzen. Es wird konstatiert, dass die Ärzte derzeit keine finanziellen Anreize haben, anstatt ein Rezept auszustellen umfassend zur Lebensstiländerung zu beraten. Hier wird auch betont, dass vulnerable Kinder und Familien erreicht werden müssen um zu lernen, dass sie für ihre eigene Gesundheit Sorge tragen können. Neues Wissen soll durch Surveillance aufgebaut werden. Priorität auf Ernährungsverhalten, Bewegung, Frauen und Gesundheit, psychische Gesundheit, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Die Perspektive der Public Health Forschung soll in alle Bereiche integriert werden.

Gerade der Bereich der Frauengesundheit sei bisher wenig beachtet, so der Report No. 1999:13 Women's Health in Norway. Dies soll verändert werden und außerdem noch stärker auf zwei Gruppen fokussiert werden: ältere Frauen und Frauen aus einer Minderheit.

### **Frühere Präventionsziele**

Vom Sozialdepartementet wurde Anfang der 90er Jahre ein mehr als 100seitiger Bericht über Stand und Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung herausgegeben: Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.

Dort wurden landesweite Ziele formuliert: So sollte ein Rückgang der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 25% bei den über 65jährigen erreicht werden. Die Sterblichkeit an Krebs bei unter 65jährigen sollte bis 2000 um 15% reduziert werden. Insgesamt ist der Bericht stark von dem Zusammenhang von Gesundheit und Umwelt geprägt („Helse og miljø må sees i sammenhang ...“) und diskutiert auch ethische Fragen von Prävention und Gesundheitsförderung.

Frühere Strategien zur Prävention wurden u. a. im Bericht „Flere gode leveår for alle – Forebyggingsstrategier“ aus dem Jahr 1991 vorgelegt, der von einer Arbeitsgruppe des Sozialdepartementet und des Helsedirektoratet erarbeitet wurde.



## **Präventionsprogramme**

Mit dem Bericht „The Challenge of the Gradient“ legt das Sozial- og Helsedirektoratet im Jahr 2005 ein Programm zu Reduktion der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit auf. Zunächst soll das Wissen über die Situation durch die Erhebung konkreter Daten vertieft werden. Darauf aufbauend sollen Maßnahmen folgen zu: 1) eine Art Verträglichkeitsprüfung (impact assessment) soll als Instrument entwickelt werden, um die Wirkung von politischen Maßnahmen, Strategien, Programmen oder Projekten auf die soziale Ungleichheit und Gesundheit zu untersuchen, 2) Sicherstellen, dass die politische Vorschläge soziale Ungleichheit und Gesundheit berücksichtigen und 3) eine wissenschaftlich fundierte Basis herstellen, auf der eine nationales Vorgehen über alle Sektoren entwickelt werden kann.

## **3.10 Österreich<sup>14</sup>**

### **Gesundheitssystem**

Die Finanzierung und Organisation des österreichischen Gesundheitssystems liegt überwiegend in der Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung, Grundlage der obligatorischen Krankenversicherung ist das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG). Die Zugehörigkeit zu einem sozialen Krankenversicherungsträger erfolgt in einer Pflichtversicherung für alle unselbständig Erwerbstätigen aufgrund der Berufszugehörigkeit. Selbständig Erwerbstätige sind auch pflichtversichert, können aber den Versicherungsträger wählen.

### **Finanzierung**

Die Sozialversicherung trägt etwa 50% der Gesundheitsausgaben (€ 23 Mrd. im Jahr 2004). Hinzu kommen 25% aus Steuermitteln und 25% aus privaten Haushalten. Die

---

<sup>14</sup> Wir danken Hon.-Prof. Dr. Robert Schlögel und Dr. Johanna Geyer, BMGF, Österreich, für Informationen zu gesetzlichen Rahmenbedingungen, Maßnahmen und Evaluation.

Ausgaben für Prävention betragen 2001 rund 6,3% der Gesundheitsausgaben. Die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben liegen bei etwa € 127 (BMGF 2004).

### **Präventionsgesetz**

Gesundheitsförderung ist in Österreich gesetzlich verankert (siehe Tabelle 5). Mit der Gesundheitsreform 2005 wurde ein sektorenübergreifender Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) mit Planungshorizont bis 2010 eingeführt, der die Schnittstellen Gesundheitsförderung und Prävention besonders berücksichtigt.

Die Gesundheitsförderung ist seit 1992 teilweise Pflichtaufgabe der Krankenversicherung.

### **Präventionsziele**

Gesundheitsziele sind nicht bundesweit, sondern regional festgelegt. Zur Zielerreichung wurden nationale und regionale Gesundheitsprogramme entwickelt. dazu gehören Programme zur Zahngesundheit und Impfungen,. In den Arbeitsprogrammen des Fonds Gesundes Österreich werden als grundlegende Prinzipien genannt: Partizipative, bevölkerungsnaher Ausrichtung, Empowerment (Kompetenzsteigerung), Vernetzung (Kooperation) und möglichst die Sicherung einer nachhaltigen Wirkung.

Im Jahr 2007 werden die Schwerpunkte ausdrücklich weiter ausgestaltet unter Berücksichtigung der Prinzipien „Gender Mainstreaming“ und „sozialer Status“.

Tabelle 5: Übersicht über die Präventionsgesetze in Österreich

	<b>Gesetz</b>	<b>Inhalt</b>
1998 ab 8/2006	GFG Gesundheitsförderungs- gesetz Fonds Gesundes Öster- reich der Fonds Gesundes Österreich ist ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)	bundesweite Kontakt- und Förderstel- le für Gesundheitsförderung und Prä- vention zusätzliche Finanzmittel: € 7,27 Mio = Rechtsnachfolge des Österreichi- schen Bundesinstituts für Gesund- heitswesen
2005	Gesundheitsreformgesetz §2, 17  §59a, 8	Grundprinzipien der Gesundheitsför- derung bei allen Gesundheitsleistun- gen berücksichtigen Aufgabe der Bun- desgesundheitsagentur: Entwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung
2005- 2008	Vereinbarung (Art 15a B-VG) über Organisation und Finan- zierung des Gesundheitswesens	personen- und lebensweltorientiert Gesundheitsförderung stärken Maßnahmen zur GF unterstützen
2005	ASVG	GF als Leistung der sozialen Kran- kenversicherung, Aufklärung und Be- ratung zu Risiken und Krankheitsver- hütung, (Kosten)beteiligung an Ge- sundheitsförderungsangeboten Dritter, Gesundheitsförderung in Pflege- und Ärzteausbildung
Seit 2005	ASVG	Vorsorgeuntersuchungen (ab 1974) bundesweit erweitert (und ein Erinne- rungssystem implementiert)

### **Schwerpunkte der Gesundheitsförderung 2006 und 2007**

Aufgrund einer Sonderrichtlinie zur BMGF-Förderung für Gesundheitsförderung von 2005 werden jährlich Förderschwerpunkte festgelegt.

Im Jahr 2006 wurden folgende Programme gefördert:

Gesundheitsvorsorge und -prävention mit Schwerpunkt auf Frauengesundheit, psychische Gesundheit, HIV/AIDS, Alkohol und Nikotin und Hepatitis B und C

Maßnahmen zur Verbesserung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, insbesondere auch im Bereich Health Technology Assessment Maßnahmen im Bereich Evidence Based Medicine.

In der Sekundärprävention ist der Bund vor allem in die Finanzierung der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, der schulärztlichen Untersuchungen, der Jugendlichenuntersuchungen und der Vorsorgeuntersuchungen eingebunden.

Nach den nationalen und regionalen Programmen zur Zahngesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen und der Förderung einer gesunden Lebensweise unterstützt durch psychologische Beratung (damit verbunden ist die Förderung von Familienberatungsstellen, psychologischen Beratungsstellen für Studierende, die Förderung gemäß dem Bundes-Jugendförderungsgesetz, von Schulprojekten in Schulen, von Projekten für Eltern wie Stillberatung und Schwangerschaftsturnen) werden im Programm 2007 folgende Schwerpunkte genannt: Bewegung, Ernährung, seelische Gesundheit, Kinder- und Jugendliche, Menschen am Arbeitsplatz – betriebliche Gesundheitsförderung und ältere Menschen.

### **Präventionsprogramme und durchführende Institutionen**

Der „Fonds Gesundes Österreich“ wurde 1998 im Rahmen des Gesundheitsförderungsgesetzes ins Leben gerufen und betreut administrativ und inhaltlich Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und -förderung (>7 Mio € aus Mehrwertsteuereinnahmen). Priorisiert werden Praxis- und Forschungsprojekte, der Strukturaufbau Gesundheitsförderung, Fort- und Weiterbildung, Vernetzung, Information und Aufklärung. Die Vergabe von Fördermitteln ist abhängig von der Einhaltung durch den Fonds definierter Qualitätskriterien und einer Wirksamkeitsevaluation.

### **Institutionen in den Bundesländern**

Die Abwicklung der Maßnahmen für Gesundheitsvorsorge und -förderung ist in den Bundesländern unterschiedlich organisiert. Zumeist sind eigens dafür eingerichtete Institutionen tätig wie beispielsweise der BAKS (Burgenländischer Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin) oder der avos (Arbeitskreis für Vorsorgemedizin Salzburg), die mit den zuständigen Abteilungen der jeweiligen Landesregierung und anderen Institutionen im Bundesland (z. B. Gebietskrankenkassen) Präventionsmaßnahmen koordinieren.

Die GIVE – Servicestelle für Gesundheitsbildung liefert im Internet reichlich Material zur Gesundheitsbildung (<http://www.give.or.at>).

Trotz der grundsätzlich positiven Entwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich verzeichnen die Gemeinden einen Ausgabenrückgang um 37% zwischen 1996 bis 2001, während vor der Aufnahme in das „Gesunde Städte“-Netzwerk die Gemeinden sehr aktiv waren (BMGF 2004).

### **Evaluation**

Zur Qualitätssicherung der Prävention werden keine nationalen Standards, Richtlinien oder Qualitätskriterien herangezogen, ebenso sind keine nationalen Evaluationsstandards, -richtlinien oder -kriterien verabreitet. Allerdings verlangt der Fonds Gesundes Österreich von allen Förderprojekten Qualitätsstandards und Evaluation und wird selbst regelmäßig extern evaluiert (Kirschner et al. 2006).

Als Qualitätskriterien für Gender Mainstreaming Projekte werden genannt:

- Projektdesignentwicklung nach Kriterien professionellen Projektmanagements,
- wissensbasiertes beziehungsweise theoriegeleitetes Konzept,
- partizipative, bevölkerungsnahe Ausrichtung,
- Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte,
- Empowerment (Kompetenzsteigerung der Menschen),
- Innovationscharakter (z.B. Pilotprojekt),
- vernetzend angelegt (z.B. Kooperation relevanter Partner),
- Qualitätssicherung/Evaluation (intern und extern) vorgesehen,
- eine nachhaltige Wirkung ist angestrebt,
- Übertragbarkeit ist möglich (fgoe 2005).

## 3.11 Schweden<sup>15</sup>

### Gesundheitssystem

Die Finanzierung und Organisation des schwedischen Gesundheitssystems liegt überwiegend in der Verantwortung der selbstverwalteten Kreise. Es gibt 21 Landschaftsverbände (Provinzebene) und 290 Gemeinden/Städte. Die Kreistage entscheiden über die Art der Versorgung und der Leistungsanbieter auf der Grundlage der Prinzipien „Gleichheit des Zugangs, Bedarfsgerechtigkeit, Solidarität und Kosten-Effektivität der Versorgung“. Die Finanzierung erfolgt zu 72% über Steuern (auf Bundes- und Landesebene), zu 18% aus Bundeszuschüssen, 3% aus privaten Haushalten und 7% aus sonstigen Quellen. Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre werden zuzahlungsfrei in den Gesundheitszentren und Allgemeinkliniken versorgt. Sie erhalten Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen und Zahnbehandlungen.

Fast 3 % der gesamten Gesundheitsausgaben werden für Prävention ausgegeben. Mehr als in Deutschland wird Prävention auch in die Primärversorgung integriert. Ebenso ist die Betriebsmedizin bedeutsamer, und es gibt ein Schularztsystem, in dessen Rahmen allgemeine Gesundheitserziehung angeboten wird. Die Allgemeinärzte führen Ernährungsberatung durch und bieten Raucherentwöhnungsmaßnahmen für Gruppen an.

### Präventionsgesetz

Es gibt kein spezielles Gesetz zur Prävention oder Gesundheitsförderung. Die Regierung legt Gesundheitsziele mit Evaluation der Zielerreichung fest. Die Verwaltung muss die für die Umsetzung geeigneten Mittel und Durchsetzungsstrategien entwickeln. Die Landschaftsverbände und Gemeinden erstellen auf freiwilliger Basis Aktionspläne für die Gesundheitsförderung.

Zuletzt wurde im Jahr 2003 ein Gesetz zu nationalen Zielen der Gesundheitsförderung

---

<sup>15</sup> Wir danken Henrik Moberg, Swedish National Institute of Public Health, Stockholm für seine wertvollen Informationen.

verabschiedet. Unter dem Primat „gesellschaftliche Bedingungen zu schaffen, die eine gute Gesundheit nach gleichen Bedingungen für die ganze Bevölkerung gewährleisten“, ist seit 2000 die Verminderung sozialer Ungleichheit ein vorrangiges Public Health Ziel. Die Public Health Aktivitäten richten sich deshalb auch auf die strukturellen Determinanten der Gesundheit: Arbeitslosigkeit, Bildung, Umwelt. Soziale Errungenschaften wie beispielsweise der 18-monatige Elternurlaub mit Entgeltfortzahlung gelten als ebenso vorbildlich wie die soziale Unterstützung der Mütter durch Kinderbetreuung und flexible Arbeitszeiten.

### **Präventionsziele**

Nationale Gesundheitsziele wurden definiert: Im Hinblick auf zahlreiche Parameter wie Lebenserwartung, Tabakkonsum oder Herz-Kreislauf-Sterblichkeit gilt Schweden weltweit als Vorbild. Die Entwicklung von Gesundheitszielen begann in den 80er Jahren und orientiert sich am Konzept der gesundheitsrelevanten Determinanten. Auf der Grundlage des 1999 Green Paper zur „National Public Health Strategy for Sweden“ und der gesetzlichen Grundlage für regionale Aktionspläne von 2000 beschloss 2003 das schwedische Parlament die nationale Strategie für Public Health, die im wesentlichen auf die Verminderung sozialer Ungleichheit ("The creation of societal conditions which ensure good health, on equal terms, for the entire population") abzielt. Das National Institute of Public Health hat die Aufgabe, das Monitoring und die Evaluation der Bevölkerungsgesundheit und der Maßnahmen zu koordinieren sowie ab 2005 im 4-Jahres-Rhythmus zu berichten.

Für elf Arbeitsfelder wurden Ziele vereinbart (Management by objectives):

Tabelle 6: Arbeitsfelder und Ziele in der schwedischen Präventionspolitik

1) Teilnahme an und Einfluss auf die Gestaltung der Gesellschaft
2) Ökonomische und soziale Absicherung
3) Sichere und entwicklungsfördernde Umgebung in Kindheit und Jugend
4) „gesündere“ Arbeitswelt
5) „gesunde“ und sichere Umwelt und Produkte
6) ein eher auf Gesundheitsförderung ausgerichtetes Gesundheitssystem
7) effektiver Schutz vor Infektionskrankheiten
8) sichere Sexualität und Gesundheit der Reproduktion
9) verstärktes Bewegungsverhalten
10) gutes Essverhalten und sichere Nahrungsmittel
11) Verringerung des Rauchens, des Alkohols; Schaffen einer drogenfreien und dopingfreien Gesellschaft und eine Eindämmung der negativen Auswirkungen von Spielsucht

Legende: Nach Angaben des Statens folkhälsoinstitut

Zu den Arbeitsfeldern wurden 38 Schlüssel-Indikatoren festgelegt, die fortlaufend ergänzt werden sollen (Lundgren 2004).

### **Präventionsprogramme und durchführende Institutionen**

1992 wurde das Nationale Institut für Public Health (Statens folkhälsoinstitut) gegründet, das Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme auf der Bevölkerungsebene durchführt mit den Schwerpunkten Alkohol, Suchtmittel, Tabakkonsum, Unfallverhütung, Kinder und Jugendliche sowie Frauen mit besonderen Gesundheitsrisiken. Das Nationale Komitee für Gesundheit und Wohlfahrt übernimmt die Supervision und das Monitoring der Public Health-Aktivitäten, das Zentrum für Epidemiologie („Epidemiologiskt Centrum“) führt die nationalen Gesundheits- und Versorgungsstatistiken. Auch durch die



Funktion der Bezirkspflegefachfrau wird Prävention gestärkt; denn sie ist neben den anderen Akteuren ein wichtiger Kontakt zu Familien (Aufklärung über Umweltrisiken), zu Schulen und zu Arbeitgebern und zudem mit der Sozialhilfe gut vernetzt (Berger 2004). Einen guten Überblick über die Public Health Aktivitäten und den damit verbundenen politischen Prozess der Implementierung von Strategien und Maßnahmen verschafft der Public Health Report von 2005 (Statens folkhälsoinstitut 2005).

### **Evaluation**

Qualitätssicherung und Evaluation der Präventionsmaßnahmen sind gefordert. Der Public Health Report 2005 enthält ein erstes Follow up der Zielerreichung.

## **3.12 Schweiz**

### **Gesundheitssystem**

Das schweizerische Gesundheitssystem ist föderal gegliedert. Die Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen leiten die Gesundheitssysteme der 26 Kantone bzw. Halbkantone (äquivalent zu Gesundheitsministern) und sind in der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK zusammengeschlossen. Eine Steuerungsgruppe, in der Bund und Kantone paritätisch besetzt sind, gibt die Richtlinien nationaler Gesundheitspolitik vor. Das Bundesamt für Gesundheit BAG und die GDK beauftragen Fachinstitutionen beispielsweise mit der Formulierung nationaler Programme zur Krebsbekämpfung oder zur Drogen- und Suchtpolitik.

Während die gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz vergleichsweise hoch sind, liegt der Anteil für Prävention und Gesundheitsförderung mit 2,2 Prozent an den Gesamtausgaben gegenüber dem OECD-Schnitt von 2,7 Prozent niedrig. 1,13 Mrd. SFr wurden im Jahr 2004 für Prävention und Gesundheitsförderung ausgegeben (BAG 2006).

## **Präventionsgesetz**

Im Auftrag des Departement des Inneren hat das BAG in dem Projekt „Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung“ den Prozess des Stellungnahmeverfahrens koordiniert und die Ergebnisse in einem Fachbericht veröffentlicht. Zu folgenden Thesen gab es seitens der Kantone und in der Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Institutionen Stellungnahmen:

- Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung,
- Ausrichtung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen,
- Rechtliche Grundlagen,
- Zuständigkeiten und Kompetenzen,
- Gesundheitsziele,
- Finanzierung.

Zweckmäßigkeit und Wirksamkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Im Ergebnis ist kein Gesetzesentwurf zustande gekommen. (BAG 2006)

## **Präventionsziele**

Nationale Strategieentwicklung: Um die globale Strategie der Weltgesundheitsorganisation für Ernährung, Bewegung und Gesundheit auch in der Schweiz umzusetzen, wurde das Departement des Innern vom Bundesrat mit der nationalen Strategieentwicklung beauftragt. Das BAG erarbeitet ein an Schweizer Verhältnisse und unter Berücksichtigung effektiver, bereits bestehender Präventionsprojekte in der Schweiz angepasstes Maßnahmenpaket in Zusammenarbeit mit wichtigen Partnern im Bereich Ernährung und Bewegung, wie zum Beispiel dem BASPO, der Gesundheitsförderung Schweiz und den Kantonen.

Der «Aktionsplan Ernährung und Gesundheit: Eine Ernährungspolitik für die Schweiz» aus dem Jahr 2001 wird als Bestandteil der Strategie weiterentwickelt und um die Bereiche

Bewegung, Verhältnisse, Zielgruppenorientierung und Nachhaltigkeit ergänzt. Mit einer Einreichung des nationalen Maßnahmenpakets an den Bundesrat ist im 2007 zu rechnen.

### **Präventionsprogramme und durchführende Institutionen:**

#### *Die nationale Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz*

Gesundheitsförderung Schweiz wird von den Kantonen und Versicherern getragen. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Jede Person in der Schweiz leistet einen jährlichen von den Krankenversicherern eingezogenen Beitrag von CHF 2.40 zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz. Die drei Kernthemen sind die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundes Körpergewicht und Psychische Gesundheit/ Stress.

Das Bundesamt für Gesundheit unterstützt zusammen mit Gesundheitsförderung Schweiz das Programm Suisse Balance welches die Themen Bewegung und Ernährung besonders bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche in eigenen Projekten und Kooperationen aufgreift. Die Maßnahmen setzen sowohl bei dem individuellen Verhalten als auch bei den Verhältnissen an. Das Programm Suisse Balance wird wie auch die unterstützten Projekte umfassend evaluiert. Die Kampagne fördert den täglichen Früchte- und Gemüsekonsum (aus einem vielfältigen und frischen Sortiment 5 Mal am Tag eine Hand voll Früchte- und Gemüse essen).

Unter dem Motto «Gesundheit ist lernbar» bindet das Programm *bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz* Gesundheit und Prävention in die schulische Ausbildung ein. Ziel ist ein nationales Netzwerk, welches Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule zusammenfasst, vernetzt und koordiniert. Die Gesundheits- und Leistungsfähigkeit von jungen Menschen und Lehrpersonen im Bildungs- und Schulbereich sollen gefördert werden und Gesundheitsrisiken erkannt und vermieden werden.

Weitere Programme erstellt das Nationale Forum für betriebliche Gesundheitsförderung.

## **Evaluation**

Es liegen Instrumente für das Qualitätsmanagement der Gesundheitsförderung vor. „quint-essenz“ ist eine Wissensplattform für Institutionen, die Projekte in der Prävention und Gesundheitsförderung planen und durchführen. Sie unterstützt beim Projekt- und Qualitätsmanagement und bietet Instrumente für die Realisierung von Projekten. Gesundheitsförderung Schweiz hat in Zusammenarbeit mit den Instituten für Sozial- und Präventivmedizin in Bern und Lausanne ein Modell zur Ergebnismessung in der Gesundheitsförderung und Prävention ausgearbeitet. Das Ergebnismodell ist ein Evaluationsleitfaden zur Überprüfung der Zielerreichung und der Ergebnisse von GFProjekten. Das Ergebnismodell basiert auf dem Outcome-Modell von Don Nutbeam (Gesundheitsförderung Schweiz). Läubli und Brunold beschäftigen sich mit der Effektivität von Prävention und Gesundheitsförderung (BAG 2005). BAG und Gesundheitsförderung Schweiz veröffentlichen Evaluationsberichte wie beispielsweise zum Programm Suisse Balance.

### **3.13 Vereinigte Staaten von Amerika (USA)**

#### **Gesundheitssystem**

Als sogenanntes Marktmodell wird die USA zitiert, in der sowohl der Versicherungsmarkt als auch der Leistungserbringermarkt weitgehend nach den Spielregeln von Angebot und Nachfrage funktionieren (Ringger 2006). Das „Department of Health and Human Services“ (HHS) entspricht dem deutschen Gesundheitsministerium und ist zuständig für die Sicherstellung der Gesundheit der US-amerikanischen Bevölkerung. Das Department unterhält mehr als 300 Programme mit einer Vielzahl an Aktivitäten. Beispiele sind: „Substance abuse treatment and prevention“; „Prevention child abuse and domestic violence“ etc. Die größten staatlichen Versicherungsprogramme in den USA sind Medicare und Medicaid. Ein Großteil der US-amerikanischen Bevölkerung (Medicare 42. Mio. Medicaid 46 Mio.) sind über diese Versicherungsprogramme versichert. Diese werden über eine Einkommenssteuer von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie über staatliche Zuschüs-

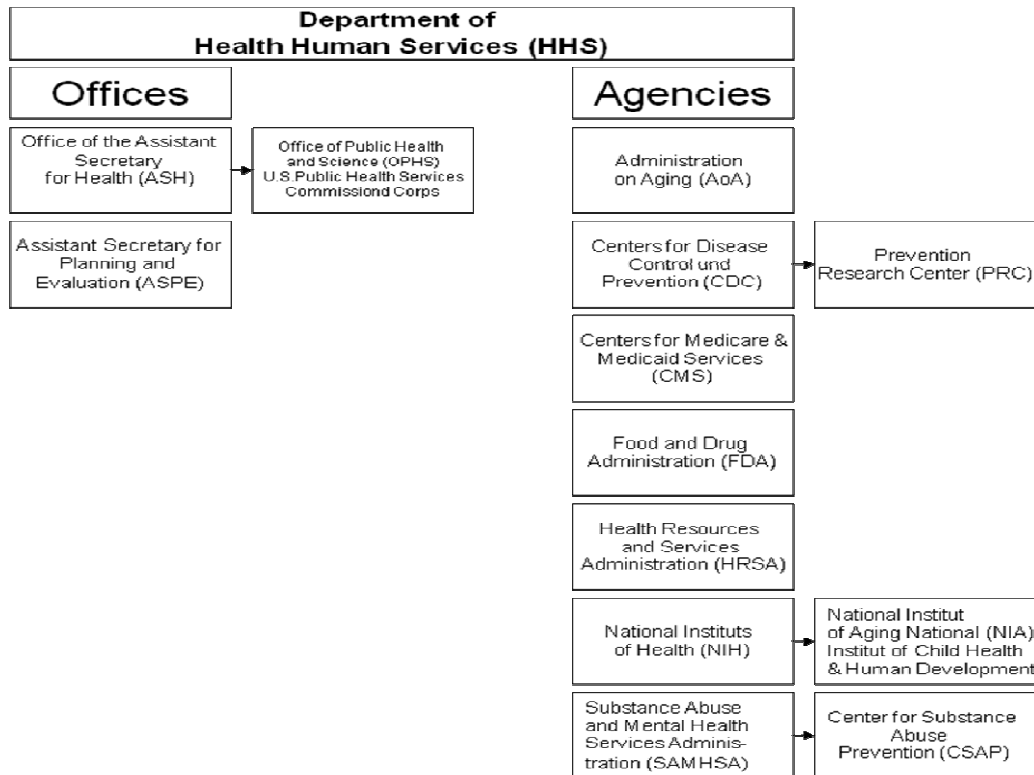
se finanziert (Lüngen und Stock 2006b). Medicare und Medicaid wurden 1965 durch Zusätze zur Social Security Gesetzgebung eingeführt. Medicare bezieht Bürger über 65 Jahre ein und wird wie eine klassische Krankenkasse betrieben. Medicaid, eine sozialhilfeartige Leistung, ist in jedem Bundesstaat anders organisiert. Es wird jedoch zentral von dem Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) überwacht. Das Programm Medicaid setzt als Kriterium für die Bedürftigkeit eine signifikant messbare Armut des Empfängers voraus (Ringger 2006).

Das HHS arbeitet sehr eng mit den einzelnen Staaten und den lokalen Regierungen zusammen. Das HHS-Programm wird von elf Einrichtungen (Agencies) verwaltet, wobei acht dieser Agencies dem Bereich Public Health angehören und drei dem Sektor „Human Services“ zuzuordnen sind.

### **Ämter (Agency) und Büros im Department of Health und Human Services**

Abbildung 1 zeigt eine Auflistung von allen Ämtern und Büros im HHS, die Präventionsprogramme organisieren, anbieten oder koordinieren. Ebenfalls zu erkennen ist, dass einige Büros und Ämter noch einmal in Unterbüros bzw. Unterämter gegliedert sind.

Abbildung 1: Struktur des US-amerikanischen Gesundheitsministeriums (Department of Health and Human Services) und seiner nachgeordneten Behörden



Im Folgenden werden einige Präventionsprogramme einzelner Institutionen des HHS dargestellt und näher erläutert.

### Präventionsprogramme mit den jeweiligen Gesundheitszielen

*Office of Public Health and Science (OPHS):*

- **Healthy People 2010:** Die Akteure des Projektes von *Healthy People 2010* versuchen bis zum Jahre 2010 die Gesundheit der Nation stetig zu verbessern. Ziele des Programmes sind es, die Lebensqualität zu steigern und die Lebenserwartung zu verlängern. Als drittes Ziel verfolgt das Projekt, Disparitäten im Gesundheitszustand der Bürger zu eliminieren. Schwerpunkte sind unter anderem: *Food Safety, HIV, Mental Health and Mental Disorders, Nutrition and Overweight, Occupational Safety*

*and Health, Physical Activity and Fitness, Tobacco Use* (Office of Public Health and Science).

- Das Präventionsprogramm HealthierUS Initiative:  
2002 rief Präsident G. W. Bush das Programm „*HealthierUS Initiative*“ ins Leben. Eine Zusammenarbeit von Geschäftsführern, Gemeinden, health care providers, Kirchen und bürgerlichen Organisationen wurde gefördert, um die Gesundheit der US-Amerikaner zu verbessern. Aufgrund dieser Herausforderung entwarf HHS das Programm „Steps to a Healthier US“. Es ist derzeit das größte und umfangreichste Präventionsprogramm in den USA und verfolgt vier Ziele: Verbesserung der körperlichen Aktivität, Verbesserung des Ernährungsverhaltens, Verbesserung von Screeningmaßnahmen, gesunder Umgang mit Alkohol, Zigaretten und Drogen (Healthier US).

HHS stellte aus seinen verschiedenen Ämtern und Büros fünf Arbeitsgruppen zusammen, die folgende Präventionsbereiche bearbeiten (teilweise in Kooperationen mit anderen Instituten, Behörden, etc. ) :

### **1) Präventionsbereich Diabetes**

„The Diabetes Prevention Program“ (Klinische Studie) wurde 2002 von NIDDK durchgeführt mit Unterstützung von NIH und CDC (NIDDK). Aufbauend startete das Programm „National Diabetes Education“ in Zusammenarbeit mit NIDDK, CDC und mehr als 200 öffentlichen und privaten Organisationen (die namentlich nicht genannt werden).

### **2) Präventionsbereich Übergewicht und Adipositas**

*NHI Obesity Research*: NIH veranlasste 2004 eine Task Force aufzustellen, um Bereiche zu identifizieren, die Handlungsbedarf aufweisen. Daraufhin wurde der Strategieplan NHI Obesity Research entwickelt. Food and Drug Administration (FDA) gründet eine Arbeitsgruppe die NHI beratend unterstützt (NIH Obesity Research).

*Dietary Guidelines for Americans*: HHS und U.S. Department of Agriculture veröffentlichten 2005 the Dietary Guidelines for Americans. Die Publikation enthält Ernährungsempfehlungen, Gesundheitsprogramme, etc.( USDA).

*5 A Day for Better Health Program* ist ein nationales Ernährungsprogramm. Es versucht, zum einen durch health care provider networks, und zum anderen durch das Internet und die Medien die Amerikaner zu bewegen wenigstens fünf Mal täglich Obst und Gemüse zu konsumieren (US Department of Health and Human services 2004, S. 35).

*Administration on Aging action* wird von folgenden Ämtern ausgeführt: Administration on Aging's (AoA) National Policy and Resource Center on Nutrition, Physical Activity and Aging, Senior Center. Inhalte des Programmes sind Gewichtsreduzierung, Bewegung, bessere Ernährung (spezielles Angebot in den Seniorenwohnheimen) (US Department of Health and Human services 2004, S. 36).

*VERB. It's what you do:* Jugendliche sollen animiert werden öfter Sport zu treiben ((US Department of Health and Human services 2004, S.36).

### **3) Präventionsbereich Raucherentwöhnung**

*Treating Tobacco Use and Dependence:* Klinische Leitlinie

*La guía para dejar de fumar:* Das National Cancer Institute (NCI) verfasst the smoking cessation guide in Spanisch (National Cancer Institute).

*Medicare Stop Smoking Program* versucht älteren Menschen das Rauchen abzugewöhnen.

Weiter sind folgende Programme zu nennen, die an dieser Stelle nicht ausführlicher erläutert werden: *Pregnant Smokers Quit, National Blueprint for Disseminating and Implementing Evidence-based Clinical and Community Strategies to Promote Tobacco use Cessation, Smoke-Free Kids, comprehensive adolescent and school health programs* (US Department of Health and Human services 2004,).

### **Evaluation**

Das Center for Disease Control and Prevention verweist auf verschiedene Leitlinien nach Best Practices Kriterien (CDC 2006).



## 4 Zusammenfassung der Erfahrungen

Bei aller Heterogenität der zugrunde liegenden Gesundheitssysteme (staatlich in Skandinavien, Großbritannien und den Commonwealth-Ländern; Sozialversicherung: Frankreich, Niederlande, Österreich; sog. privatwirtschaftlich: USA) sowie der politischen Systeme und der Kennzahlen der Gesundheitssysteme lassen sich Grundzüge erkennen:

- Ein Bewusstsein für Prävention hat sich in allen Ländern herausgebildet. Die Berücksichtigung in Gesetzen ist jedoch sehr heterogen.
- Soziale Ungleichheit als Grundproblem für Prävention bzw. Gesundheitsförderung ist in nahezu allen Ländern ins Bewusstsein gerückt und bestimmt die Ausrichtung von Prävention und/ bzw. Gesundheitsförderung. Erstaunlicherweise ist festzustellen, dass gerade auch die skandinavischen Länder, die gemessen mit dem sogenannten Gini-Koeffizienten das geringste Gefälle zwischen den sozialen Schichten haben, wenn man Lebenserwartung und/ oder unterschiedliche Gesundheit als Indikatoren heranzieht, sich auch recht stark auf die Beseitigung sozialer Ungleichheit ausrichten, insbesondere die aktuelle präventionspolitische Ausrichtung in Finnland und Norwegen.
- Landesweite Evaluation sowie klare Vorgaben zur Priorisierung auf nationaler Ebene lassen sich (bisher) nur in Finnland erkennen. Andere Länder wie die Niederlande haben Instrumente entwickelt, diese werden aber noch nicht flächendeckend eingesetzt. In Frankreich wurde das PREFFI-Instrument von der nationalen Behörde für Prävention zwar übernommen, aber nicht verbindlich festgeschrieben. In Dänemark beispielsweise wird den Projektträgern die Auswahl zwischen verschiedenen Instrumenten frei gestellt. Prävention und Gesundheitsförderung unterliegen somit (noch) geringerer Rationalität als kurative Bereiche des Gesundheitswesens. Wesentlich dafür kann sein, dass die methodischen Grundlagen für belastbare Studien noch nicht konsentiert sind. Anerkannte Standardricht- oder

leitlinien zur Bewertung von Studien bzw. Interventionen oder Programmen, wie sie für die evidenzbasierte Medizin, Kosten-Effektivitäts-Analysen oder auch Qualitätssicherung bestehen, finden sich noch nicht.

## Literatur

Allin, S., Mossialos, E., McKee, M., Holland, W. 2004: Making decisions on public health: a review of eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office, Copenhagen

Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Australian Government. National Health Priority Areas, <http://www.aihw.gov.au/nhpa/index.cfm> (am 12.06.2007)

Bathelt, J. 2004: Das schwedische Gesundheitssystem. In: Rheinisches Ärzteblatt, Jg. 2 (2004), S. 14

Beaglehole, R., Davis, P. 1992: Setting national health goals and targets in the context of a fiscal crisis: the politics of social choice in New Zealand. In: International Journal of Health Services. Planning, Administration, Evaluation, Jg. 22 (1992), H. 3, S. 417-428

Berger, Y. 2004: Die Grundversorgung in Schweden. In: Managed Care, Jg. 8 (2004), S. 10-12

BMGF 2004: Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001, <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0083&doc=CMS1131438517635> (am 12.07.2007)

BMGF, Gesundheitsförderung. Netzwerke in Österreich, <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0013&doc=CMS1038911709266> (am 03.06.2007)

BMGF, FGÖ. Innerer Schweinehund-Website, <http://www.isch.at> (am 03.06.2007)  
Fonds Gesundes Österreich 2007: Arbeitsprogramm 2007, <http://www.oebig.at/neuigkeiten/fgo-arbeitsprogramm-2007> (am 03.06.2007)

Bundesamt für Gesundheit (Hg.) 2000: Tabakprävention: Programm 2001-2005, <http://www.bag.admin.ch/shop/00031/00083/index.html?lang=de> (am 15.05.2007)

Bundesamt für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz. (Hrsg.), Bury, J., Boggio, Y., Lafuente, F. 2005: Evaluation des Programms Suisse Balance. Rapport final. Genève, [http://www.suissebalance.ch/client/suissebalance/file/Executive\\_summary\\_Evaluation\\_de.pdf](http://www.suissebalance.ch/client/suissebalance/file/Executive_summary_Evaluation_de.pdf) (am 15.05.2007)

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.), Läubli Loud, M., Brunold, H. 2005: Effectiveness of Disease Prevention and Health Promotion Activities and Interventions. Briefing Paper for the Swiss Federal Office of Public Health (SFOPH), Berne, <http://www.bag.admin.ch/evaluation/03124/index.html?lang=de> (am 15.05.2007)

Bundesamt für Gesundheit 2006: Internationale Übersicht ausgewählter Politiken zur Prävention und Gesundheitsförderung, <http://www.bag.admin.ch/.../8ull6Du36WenojQ1NTTjaXZnqWfVpzLhmfhnapmmc7Zi6rZnqCkkIV1gn17bKbXrZ6lhuDZz8mMps2gpKfo> (am 06.06.2007)

Bundesamt für Gesundheit 2006: Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht der Fachkommission „Prävention und Gesundheitsförderung“ zuhanden des EDI

Bundesamt für Sport BASPO (Hrsg.), Martin, B. 2007: Jahresbericht 2006 Ressort Bewegung und Gesundheit, [http://www.baspo.admin.ch/internet/baspo/de/home/ausbildung00/ausbildung00b/portrait.Par.0014.DownloadFile.tmp/Jahresbericht06\\_d.pdf](http://www.baspo.admin.ch/internet/baspo/de/home/ausbildung00/ausbildung00b/portrait.Par.0014.DownloadFile.tmp/Jahresbericht06_d.pdf) (am 29.05.2007)

Busse, R., Zentner, A., Schlette, S. 2006: Gesundheitspolitik in Industrieländern, Ausgabe 5. Im Blickpunkt: Privatisierungstrends, Patientensicherheit, Lebensstil. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung

Career – contact, Kranken und Sozialversicherung, [http://www.career-contact.de/laenderinfos/kanada/versicherung\\_kanada.php](http://www.career-contact.de/laenderinfos/kanada/versicherung_kanada.php) (am 12.12.2006)

CDC, Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs, August 1999, [http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco\\_control\\_programs/stateandcommunity/best\\_practices/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices/index.htm) (am 18.06.2007)

Centers for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov> (am 06.12.2006)

Centre for Epidemiology 2003: A finger on the pulse. Monitoring public health and social conditions in Sweden 1992–2002, <http://www.sos.se/fulltext/118/2003-118-16/2003-118-16.pdf> (am 04.06.2007)

Couffinhal, A., Paris, V. 2003: Cost Sharing in France. Working Paper. August 2003. CREDES (Kontakt: [couffinhal@credes.fr](mailto:couffinhal@credes.fr), [paris@credes.fr](mailto:paris@credes.fr))

Dahler-Larsen, P. 1998: Den rituelle reflektion - om evaluering i organisationer. Odense Universitetsforlag

Department of Health 1999: Saving Lives: Our Healthier Nation,  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4009287](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009287) (am 06.06.2007)

Department of Health (a): Executive Summary: The Health of the Nation – a policy assessed. (Commissioned for the Department of Health from the Universities of Leeds and Glamorgan and the London School of Hygiene and Tropical Medicine)

Department of Health (b): Health and social care topics: Tobacco,  
<http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Tobacco/index.htm> (am 06.06.2007)

Department of Health (c): Health and social care topics: Alcohol misuse,  
<http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Alcoholmisuse/index.htm> (am 06.06.2007)

Department of Health and Aging 2006: Public Health Funding Outcome Agreements,  
<http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/health-publth-about-phofa-phofa.htm> (am 14.07.2007)

Doyle, N. 2001: The Effectiveness of Policy in Health Promotion. In: Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion,  
<http://www.utoronto.ca/chp/Symposium.htm>  
(am 07.11.2006)

Eurohealthnet, Health in the Netherlands, <http://www.eurohealthnet.eu> (am 14.11. 2006)

European Observatory on Health Care Systems 2000: Switzerland. HIT health Care in Transition

European Observatory on Health Care Systems 2001: Sweden.  
<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>

Federal Office of Public Health 2005: Assessing the Effects of Public Health Policies and Actions. Evaluation Strategic Framework

French, S., Old, A., Healy, J. 2001: Health Care Systems in Transition. New Zealand. European Observatory Health Care Systems

Fonds Gesundes Österreich fgoe 2005: Gender Mainstreaming im Fonds Gesundes Österreich 2005, <http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/archiv/gender-mainstreaming-im-fonds-gesundes-osterreich> (am 12.07.2007)

Gesundheitsförderung Schweiz,  
<http://www.gesundheitsfoerderung.ch/d/knowhow/qualitaetsmanagement/default.asp>,  
(am 25.07.2007)

Health Canadians: [http://healthycanadians.ca/index\\_e.html](http://healthycanadians.ca/index_e.html) (am 08.06.2007)

Health Canada, Food and Nutrition, [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/evid-fond/evidence-fondements\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/context/evid-fond/evidence-fondements_e.html) (am 18.06.2007)

Health for all Committee 1988, Health Targets and Implementation. Health for all Australians. Summary of the report to the Australian Health Ministers' Advisory Council and the Australian Health Ministers' Conference. In: Health Promotion, Jg. 3 (1988), H .2, S. 219

Health Goals for Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/hgc-osc/new-1-eng.html> (am 05.06.2007)

Healthier US gov, <http://www.healthierus.gov/> (am 03.12.2006)

Healy, J., Sharman, E., Lokuge, B. 2006: Australia. Health system review, Health Systems in Transition, <http://www.euro.who.int/Document/E89731.pdf> (am 13.06.2007)

Heintze, C. 2007: Effektiv und effizient. Das Gesundheitssystem in Finnland. In: Dr. med. Mabuse, Nr. 165, S. 49-51

Helsedepartementet (Ministry of Social Affairs) Prescriptions for a Healthier Norway 2003: A broad policy for public health. Report No. 16 (2002-2003) to the Storting. Short Version

HiT summary Österreich 2006: <http://www.euro.who.int/document/e89021gsum.pdf>  
(am 03.06.2007)

Hogstedt, C., Lundgren, B., Moberg, H. et al. 2004: The Swedish public health policy and the National Institute of Public Health. In: Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Jg. 64 (2004), S. 6-64, [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_4835.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page____4835.aspx), (am 4.6.2007)

HRC: Evaluation at the HRC,  
[http://www.hrc.govt.nz/root/HRC%20Policy/Research%20Policy/Evaluation/Evaluation\\_at\\_the\\_HRC.html](http://www.hrc.govt.nz/root/HRC%20Policy/Research%20Policy/Evaluation/Evaluation_at_the_HRC.html) (am 14.06.2007)

INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) (ohne Jahr),  
<http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=70000/cp/04/cp040527.htm> (am 01.08.2007)

- Järvelin, J. 2002: Health care Systems in Transition. Finland. European Observatory on Health Care Systems. In: Rico, A., Cetani, T. (Hrsg.), Jg. 4 (2002), No. 1, <http://www.euro.who.int/document/e74071.pdf> (am 21.11.2006)
- Johnsen, J.R. 2006: Health Systems in Transition: Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006
- Journal Officiel de al République Française 11 août 2004 Texte 4 sur 94, S. 69-84, [http://www.inpes.sante.fr/INPES/pdf/loi\\_2004\\_08\\_09.pdf#page=63](http://www.inpes.sante.fr/INPES/pdf/loi_2004_08_09.pdf#page=63) (am 18.11.2006)
- Kirschner, W., Kirschner, R., Lenk, S. et al. 2006: Evaluation der Tätigkeit des Fonds Gesundes Österreich im Programmzeitraum 2002-2005. Zusammenfassung der Ergebnisse. Fonds Gesundes Österreich Eigenverlag. Wien 2006
- Kommunernes Lansforening (KL) (o. J.): Dokumentation på social- og sundhedsområdet, <http://www.kl.dk/ncms.aspx?id=a077f308-387a-4b49-a108-c82a28bcbab3> (am 01.08.2007)
- Kommunernes Lansforening (KL) 2007: Metoder til dokumentation og evaluering af de kommunale sundhedsopgave – en pragmatisk tilgang, [http://www.kl.dk/\\_bin/e58da6c3-2624-4ff1-9fee-336a3dbcf05e.pdf](http://www.kl.dk/_bin/e58da6c3-2624-4ff1-9fee-336a3dbcf05e.pdf) (am 01.08.2007)
- Koskinen-Ollonqvist, P. 2000: Developing quality criteria for health promotion programmes in Finland. In: Best Practices. A Selection of Papers on Quality and Effectiveness in Health Promotion. May 16-19, 1999. Helsinki, Finland, and Tallinn, Estonia. Presented at the 4<sup>th</sup> European IUHPE Conference on Effectiveness and Quality of Health Promotion. Tallinn, April 2000, S. 205-16, [http://www.health.fi/content/files/jul\\_laa\\_iuhpe-best-practices.pdf](http://www.health.fi/content/files/jul_laa_iuhpe-best-practices.pdf) (am 15.11.2006)
- Lass, K. 2006: Die Gesundheitsreform in den Niederlanden – ein Vorbild für Deutschland? In: Friedrich Ebert Stiftung, Internationale Politikanalyse Politik Info
- Lundgren, B. 2004: Indicators for Monitoring the New Swedish Public Health Policy, [http://www.fhi.se/upload/ar2005/seminarium/indicators\\_bl0501.pdf](http://www.fhi.se/upload/ar2005/seminarium/indicators_bl0501.pdf) (am 12.07.2007)
- Lüngen, M., Stock, S. 2006a: Vergleiche von Gesundheitssystemen, Großbritannien. In: Lauterbach, K.W., Stock, S., Brunner, H. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe, S. 247-256

Lüngen, M., Stock, S. 2006b: USA. In: Lauterbach, K.W., Stock, S., Brunner, H. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe, S. 257-266

Mannan, M.A. 2004: On food and nutrition Policy Activities in the USA, Australia, and Norway. In: Journal of Health, Population and Nutrition, Jg. 22 (2004), H. 2, S. 191-202

Marchildon, G.P. 2005: Health Systems in Transition: Canada. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Mehlbye, J., Rieper, O., Tøgeby, M. 1993: Håndbog i evaluering. AKF-Forlaget

Ministry of Health 2000: The New Zealand Health Strategy, Wellington,  
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/FB62475D5D911E88CC256D42007BD67E/\\$File/newzealandhealthstrategy.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/FB62475D5D911E88CC256D42007BD67E/$File/newzealandhealthstrategy.pdf) (am 14.06.2007)

Ministry of Health 2001: Evidence-based Health Objectives for the New Zealand Health Strategy, Wellington,  
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/5c33d8cdc26f8521cc256a25001a897a/\\$FILE/ebho1.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/ea6005dc347e7bd44c2566a40079ae6f/5c33d8cdc26f8521cc256a25001a897a/$FILE/ebho1.pdf) (am 14.06.2007)

Ministry of Health 2002: Public Health Legislation: Promoting Public Health, preventing ill health and managing communicable diseases,  
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/10b6c56858141ed9cc256c7c006f50d5/\\$FILE/public-health-discussion.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/10b6c56858141ed9cc256c7c006f50d5/$FILE/public-health-discussion.pdf) (am 18.06.2007)

Ministry of Health 2004: Summary of Submissions on Public Health Legislation, Promoting public health, preventing ill health and managing communicable diseases,  
<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/by+unid/3C7044662599404BCC25724700722C30?Open> (am 16.06.2007)

Ministry of Health 2006: Public Health Bill Summary,  
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5657/\\$File/public-health-bill-summary.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/5657/$File/public-health-bill-summary.pdf) (am 18.06.2007)

Ministry of Health 2007: Healthy Eating, Healthy Action oranga kai - oranga pumau: progress on implementing the HEHA Strategy 2007,  
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6010/\\$File/heha-progress-implementation-strategy-2007-v2.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/6010/$File/heha-progress-implementation-strategy-2007-v2.pdf) (am 14.06.2007)

Ministry of Health (o.J.), Regulatory Impact and Compliance Cost Statement. Statement of the Nature and Magnitude of the Problem and the Need for Government Action, Wel-



lington, <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/UnidPrint/MH5661?OpenDoc> (am 12.05.2007)

Ministry of Health, Welfare and Sport 1997: Preventive health policy in the Netherlands, [http://www.minvws.nl/en/folders/zzoude\\_directies/gzb/preventive\\_health\\_policy\\_in\\_the\\_netherlands.asp](http://www.minvws.nl/en/folders/zzoude_directies/gzb/preventive_health_policy_in_the_netherlands.asp) (am 14.11. 2006)

Ministry of Health, Welfare and Sport, <http://www.minvws.nl/en/> (am 08.01. 2007)

Ministry of the Interior and Health. Health care in Denmark, [http://www.im.dk/publikationer/healthcare\\_in\\_dk/healthcare.pdf](http://www.im.dk/publikationer/healthcare_in_dk/healthcare.pdf) (am 15.11.2006)

Ministry of the Interior and Health. Healthy throughout Life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002-2010. Translations of the Danish text published in September 2002 by David Breuer. Februar 2002, <http://www.folkesundhed.dk/media/healthythroughoutlife.pdf> (am 15.11.2006)

Ministry of Social Affairs and Health 1972: Primary Health Care Act (66/1972). Unofficial Translation, <http://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/1972/en19720066.pdf> (am 01.08.2007)

National Cancer Institute, Ayuda para dejar de fumar, <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tabaco> (am 03.12.2006)

NHS 2006: The Public Health Guidance Development Process. An overview for stakeholders including public health practitioners, policy makers and the public, London, [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) (am 12.12.2006)

NICE o.J. : Public Health Intervention Guidance, <http://guidance.nice.org.uk/PHP> (am 05.06.2007)

NIDDK, Diabetes Prevention Program, <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/preventionprogram/> (am 04.12.2006)

NIH Obesity Research, Strategic Plan for NIH Obesity Research, <http://obesityresearch.nih.gov/About/strategic-plan.htm> (am 03.12.2006)

NPHP o.J. (a): NPHP work program, <http://www.nphp.gov.au/workprog/index.htm> (am 14.06.2007)

NPHP o.J. (b): The National Public Health Partnership: News flash, <http://www.nphp.gov.au/> (am 14.06.2007)

NPHP o.J. (c): National Public Health Partnership Agenda 2002 – 2004,  
<http://www.nphg.gov.au/about/nphpaagenda.pdf> (am 14.06.2007)

NPHP o.J. (d): The National Public Health Partnership: What is SIGNAL?,  
<http://www.nphp.gov.au/workprog/signal/index.htm> (am 14.06.2007)

ÖBIG 2001: Präventionsausgaben. Öffentliche Ausgaben für Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich. In: Schriftenreihe des BMSG Originalarbeiten - Studien - Forschungsberichte, Wien

Public Health Agency of Canada, Health Promotion and Chronic Disease Prevention (HPCDP) Branch, [http://www.phac-aspc.gc.ca/about\\_apropos/index.html#ccdpc](http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/index.html#ccdpc) (am 18.06.2007)

Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. Ergebnismodell,  
<http://www.quint-essenz.ch> (am 13.06.2007)

Regeringen 2002: Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København, <http://www.folkesundhed.dk/media/sundhelelivet.pdf> (am 4.4.2007)

Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2006: Alcohol Issues in Finland after Accession to the EU. Consumption, Harm and Policy Framework 1990 – 2005. Helsinki 2006: 21,  
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/10/hl1160396479541/passthru.pdf> (am 07.11.2006)

Ringger, B. 2006: Das US-Gesundheitswesen: Ein Schrecken ohne Ende?, [www.vpod-ssp.ch/vpod/berufe/probleme\\_usa](http://www.vpod-ssp.ch/vpod/berufe/probleme_usa) (am 18.06.2007)

Rønningsen, G.E., Bergersen, R. Evaluering af forebyggende og helsefremmende tiltak. [www.forebygging.no](http://www.forebygging.no) (se under metode). Retningslinjer for evaluering af den forebyggende indsats på narkotikaområdet. IFT (Institut für Therapieforschung) [www.brugerforeningen.dk](http://www.brugerforeningen.dk). Beredningsstyrelsen (2004) Guide til evaluering af forebyggelsesindsatser. Dansk Evalueringselskab

Sandier, S., Polton, D., Paris, V. et al. 2002: France. In: Dixon, A., Mossialos, E. (Hrsg.): Health care systems in eight countries: trends and challenges, S. 31-45,  
(<http://www.euro.who.int/document/OBS/hcs8countries.pdf>) (am 3.5.2005)

Sandier, S., Paris, V., Polton, D. 2004: Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), Blozik, E., Meyer, K., Simmet, A. 2007: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter in der Schweiz. Arbeitsdokument 21

Sosialdepartementet. St. meld. Nr. 37 (1992-93) Utfordringer I helsefremmende og forebyggende arbeid

Sosial- og helsedirektoratet (Directorate for Health and Social Affairs) The Challenge of the Gradient. The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs` Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health. 2005-06.IS-1245

Statens folkhälsoinstitut 2005: The 2005 Public Health Policy Report – Summary. The Swedish National Institute of Public Health, Stockholm, [http://www.fhi.se/templates/Page\\_\\_\\_\\_6725.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page____6725.aspx) (am 04.06.2007)

Statens folkhälsoinstitut, (Seite auch auf Englisch unter: Swedish National Institute of Public Health (SNIPH), [http://www.fhi.se/default\\_\\_\\_\\_1417.aspx](http://www.fhi.se/default____1417.aspx) (am 04.06.2007)

Sundhedsstyrelsen 2006a: Vejviser til evaluering – Til projekterne under “Ligehd I sundhed”, <http://www.sst.dk/publ/publ2006/CFE/Vejviser/vejviseval.pdf> (am 01.08.2007)

Sundhedsstyrelsen 2006b: Drejebog til støtte for evaluering af projekterne. Forebyggelse og behandling af overvægt og fedme hos børn og unge, [http://www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/satspuljer/overvaegt/drejebog\\_stoeteval\\_saml\\_jun06.pdf](http://www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/satspuljer/overvaegt/drejebog_stoeteval_saml_jun06.pdf) (am 01.08.2007)

Sundhedsstyrelsen ohne Jahr: Evalueringsredskab – online handbog med tips og anbefalinger, <http://www.sst.dk/subsites/Evaluering.aspx> (am 01.08.2007)

Sundhedsstyrelsen (National Board of Health) 2005: Project on major noncommunicable diseases. Summary November 2004. Translation David Breuer, [http://www.sst.dk/publ/publ2004/Folkesygdom\\_Eng.pdf](http://www.sst.dk/publ/publ2004/Folkesygdom_Eng.pdf) (am 15.11.2006)

Swedish Institute 2003: Fact sheets on Sweden N°. 9, [http://www.Sweden.se/upload/Sweden\\_se/English/factsheets/SI/SI\\_FS76y\\_Health\\_Care\\_System\\_in\\_Sweden/FS76y.pdf](http://www.Sweden.se/upload/Sweden_se/English/factsheets/SI/SI_FS76y_Health_Care_System_in_Sweden/FS76y.pdf) (am 04.06.2007)

Terveyden Edistämisen Keskus/ Centret för Hälsofrämjande/ Finnish Centre for Health Promotion. Health Promotion Integrated Into Social Policy (Broschüre)

The Constitution of Finland. 11 June 1999, 731/1999,  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/1999/en19990731.pdf>, autorisierte englische  
Übersetzung (am 16.5.2006)

The Danish Ministry of Health. The Danish Government Programme on Public Health  
and Health Promotion 1999- 2008: An action oriented program for healthier settings in  
everyday life. Copenhagen 2000,  
[http://www.folkesundhed.dk/media/folkesundhed\\_engelsk.pdf](http://www.folkesundhed.dk/media/folkesundhed_engelsk.pdf) (am 06.04.2007)

The National Public Health Partnership 2001: Eat well Australia. A strategic Framework  
for public health Nutrition. 2000-2010,  
<http://www.nphp.gov.au/publications/signal/eatwell2.pdf> (am 14.06.2007)

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Reforming  
Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act,  
<https://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repfinnov03-e.htm> (am 04.05.2007)

United States Department of Agriculture (USDA) ohne Jahr: Dietary Guidelines for  
Americans, <http://www.health.gov/dietaryguidelines/> (am 13.12.2006)

United States Department of Health and Human Services ohne Jahr:  
<http://www.hhs.gov/> (am 07.12.2006)

US Department of Health and Human Services 2004: Prevention: A blueprint for Action,  
<http://aspe.hhs.gov/health/blueprint/> (am 18.12.2006)

United States Public Health Services Agencies ohne Jahr: <http://www.nih.gov> (am  
06.12.2006)

Vallgård, S., Krasnik, A., Vrangbæk, K. 2001: Health Care in Transitino. Denmark.  
Thomson, S., Mossialos, E. European Observatory on Health Care Systems (Hg.)  
<http://www.euro.who.int/document/e72967.pdf> (am 03.03.2007)

Vallgård, S., Thomas, S., Krasnik, A. et al. 2002: in eight countries (Hrsg.), Dixon, A.,  
Mossialos, E., Denmark, S. 17-30. In: Dixon, A., Mossialos, E. (Hrsg.): Health care sys-  
tems in eight countries: trends and challenges, S. 31-45,  
(<http://www.euro.who.int/document/OBS/hcs8countries.pdf> (am 3.5.2005)

WHO Regional Office for Europe 1999: The Danish government programme on public  
health and health promotion 1999-2008: an action-oriented programme for healthier set-  
tings in everyday life. Copenhagen. Policy Learning Curve Series No. 5

WHO Regional Office for Europe ohne Jahr: Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future.

Wise, M., Signal, L. 2000: Health promotion development in Australia and New Zealand. In: Health Promotion International, Jg. 15 (2000), No. 3, S. 237-248

Yach, D., LeGresley, E. 1999: White paper on tobacco takes a laudable stance In: British Medical Journal, Jg. 318 (1999), S. 604