Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften

Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen. Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Evaluation

Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

durch den

Promotionsausschuss Dr. rer. pol.

der Universität Bremen

vorgelegt von

Kai Huter

Bremen, Februar 2021

Betreuer der Dissertation:	Prof Dr. Heinz Rothgang
1. Gutachter:	Prof. Dr. Hajo Zeeb
2. Gutachter:	Prof. Dr. Wolf Rogowski

Datum des Kolloquiums: 21. Juli 2021

Inhaltsverzeichnis

Danksagung IV

Abkürzungsverzeichnis V

Tabellenverzeichnis VI

Zusammenfassung VII

Abstract VIII

Vorbemerkung X

1. Einleitung 1

1.1. Hintergrund: Warum gesundheitsökonomische Evaluation von Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen? 1

1.2. Aufbau der Arbeit und Forschungsfragen 2

2. Prävention, Gesundheitsförderung und Evidenzbasierung – zentrale Definitionen und Konzepte 4

3. Institutionelle Rahmenbedingungen der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland 7

3.1. Rechtliche Regelungen – Präventionsgesetz von 2015 8

3.2. Evidenzbasierung und Qualitätssicherung im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Deutschland 9

3.3. Institutionelle Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung Älterer 12

3.4. Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland 13

3.5. Umfang der Maßnahmen für Prävention und Gesundheitsförderung Älterer 17

4. Gesundheitsökonomische Evaluation von gesundheitsfördernden Interventionen für Ältere 19

4.1. Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation 19

4.2. Methodische Herausforderungen der gesundheitsökonomischen Evaluation gesundheitsfördernder Interventionen für Ältere (Einzelarbeit 1) 22

4.3. Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen (Einzelarbeit 2) 24

4.4. Wie wird in gesundheitsökonomischen Evaluationen mit den methodologischen Problemen und Herausforderungen umgegangen? (Einzelarbeit 3) 26

5. Gerechtigkeit in der gesundheitsökonomischen Evaluation von gesundheitsfördernden Interventionen für Ältere 28

5.1. Methoden zur Integration von Gerechtigkeit in die gesundheitsökonomische Evaluation (Einzelarbeit 4) 29

5.2. Ethische Positionen zur Altersdiskriminierung im Kontext der Gesundheitsökonomie. 31

5.3. Ältere Menschen, Gerechtigkeit und die gesundheitsökonomische Evaluation gesundheitsfördernder Interventionen 34

6. Möglichkeiten und Grenzen gesundheitsökonomischer Evaluation – Zusammenfassung und Diskussion 37

6.1. Methodologische Herausforderungen der gesundheitsökonomischen Evaluation..... 37

6.2. Gesundheitsökonomische Evidenz zu gesundheitsfördernden Interventionen für Ältere 40

6.3. Berücksichtigung gerechtigkeitsbezogener Fragestellungen 41

6.4. Möglichkeiten und Grenzen der gesundheitsökonomischen Evaluation. Schlussfolgerungen für den deutschen Kontext 41

6.5. Ausblick 44

7. Literatur 45

Anhang A Publikationen 53

A.1. Economic evaluation of health promotion for older people-methodological problems and challenges 53

A2. Economic evaluation of health promotion and primary prevention actions for older people - a systematic review 53

A3. Economic evaluation of health promotion interventions for older people: do applied economic studies meet the methodological challenges? 53

A4. Gerechtigkeit in der gesundheitsökonomischen Evaluation von Public Health – Überblicksartikel 53

Anhang B: Versicherung der eigenständigen Verfassung 54

Danksagung

Ich danke Heinz Rothgang für die Betreuung und stetige Ermutigung zur Realisierung dieser Dissertation. Hajo Zeeb und Wolf Rogowski danke ich herzlich für die Begutachtung der Arbeit.
Meinen Koautorinnen Ekaterina Dubas-Jakóbczyk, Ewa Kocot, Katarzyna Kissimova-Skarbek und Stanislawa Golinowska danke ich für die gute und überaus produktive Zusammenarbeit im Projekt „Pro Health 65+“. Mein Dank gilt auch allen anderen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern im Projekt der Uniwersytet Jagiellonski Collegium Medicum Kraków, der Università Cattolica del Sacro Cuore Roma und der Universiteit Maastricht, die mir die interessante Erfahrung eines sehr konstruktiven europäischen Kooperationsprojektes ermöglicht haben.
Ein besonderer Dank geht an Vicki May für sprachliches Lektorat und moralische Unterstützung sowie an meine Kolleginnen und Kollegen im SOCIUM, die für Fragen immer ein offenes Ohr haben und dafür sorgten, dass ich (bis Corona dies verhinderte) immer gerne ins Büro kam.
Meiner Familie – allen voran Sebastian – danke ich für ihre große Unterstützung und Geduld mit mir. Allen, die mit mir in den letzten Jahren getrommelt haben, für die Aufrechterhaltung meiner Moral – ihr wart unverzichtbar, um meine Batterien immer wieder aufzufüllen.

Abkürzungsverzeichnis

BMG:	Bundesministerium für Gesundheit
BVPG:	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
BZgA:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CBA:	Kosten-Nutzen-Analyse (Cost-Benefit Analysis)
CCA:	Kosten-Konsequenz-Analyse (Cost-Consequence Analysis)
CEA:	Kosten-Effektivitäts-Analyse (Cost-Effectiveness Analysis)
CUA:	Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility Analysis)
DALY:	Behinderungsbereinigtes Lebensjahr (Disablity Adjusted Life Year)
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband:	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
NPK:	Nationale Präventionskonferenz
RCT:	Randomisiert-kontrollierte Studie (Randomised Controlled Trial)
SGB:	Sozialgesetzbuch
QALE	Qualitätsadjustierte Lebenserwartung (Quality Adjusted Life Expectancy)
QALY:	Qualitätsadjustiertes Lebensjahr (Quality Adjusted Life Year)
WHO:	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte Einrichtungen, Strukturen, Finanzierungsquellen und -wege der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Deutschland von der nationalen zur kommunalen Ebene 14
Tabelle 2: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenart und Ausgabenträger von 1992 bis 2018 in Mio. Euro 15
Tabelle 3: Ausgabenentwicklung der GKV für ausgewählte Ausgaben (entsprechend Präventionsgesetz) von 2012 bis 2019 in Mio. Euro 16
Tabelle 4: Ausgabenentwicklung der sozialen Pflegeversicherung: Leistungen zur Primärprävention in der stationären Pflege in Mio. Euro 16
Tabelle 5: Inanspruchnahme der Kurse (individuelle verhaltensbezogene Prävention, GKV) und Bevölkerung nach Altersgruppen im Jahr 2019 17
Tabelle 6: Entwicklung der Anzahl der mit Aktivitäten der Primärprävention/Gesundheitsförderung von der GKV oder der Pflegekassen erreichten Personen von 2012 bis 2019 18

Zusammenfassung

Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen haben in den letzten Jahren mehr und mehr an Bedeutung gewonnen. Damit gewinnt auch die Frage, wie begrenzte Ressourcen im öffentlichen Gesundheitswesen optimal einzusetzen sind, um einen möglichst hohen Nutzen zu erzielen, an Relevanz. Die Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation zielen darauf, die Kosteneffektivität gesundheitsbezogener Interventionen zu erheben und damit Entscheidungen der Ressourcenallokation zu unterstützen. Die kumulative Dissertation arbeitet heraus, ob und in welcher Form gesundheitsökonomische Evaluationen ein angemessenes Mittel sind, um Entscheidungsträger:innen bei der Allokation von Ressourcen für Gesundheitsförderungsaktivitäten für ältere Menschen zu unterstützen. Im Fokus der vier einfließenden Fachartikel stehen (1.) die besonderen methodologischen Herausforderungen bei der ökonomischen Evaluation entsprechender Interventionen, (2.) ein systematisches Review zur bisher vorliegenden gesundheitsökonomischen Evidenz, (3.) die Analyse, wie in den vorliegenden Evaluationen mit den methodologischen Herausforderungen umgegangen wird, und (4.) die Möglichkeiten im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation gerechtigkeitsbezogene Fragen zu berücksichtigen. Im Rahmenpapier wird der Blick darüber hinaus auf ethische Positionen zur Altersdiskriminierung im Kontext der Gesundheitsökonomie erweitert. Konsequenzen für eine mögliche Entscheidungsunterstützung für die Ressourcenallokation werden sowohl in den Einzelarbeiten als auch zusammenfassend im Rahmenpapier diskutiert. Zudem werden Primärprävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen im deutschen Gesundheitssystem verortet und die Rolle, die der gesundheitsökonomischen Evaluation von Interventionen bisher zukommt, diskutiert.

Die Arbeit zeigt, dass es erhebliche Herausforderungen bei der gesundheitsökonomischen Evaluation von Gesundheitsförderung für Ältere gibt, die dazu führen, dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit kurativen Interventionen oder Interventionen für jüngere Altersgruppen erheblich eingeschränkt ist. Eine Nichtberücksichtigung kann zu einer methodenimmanenten Benachteiligung Älterer führen. Für den Vergleich unterschiedlicher Interventionen innerhalb einer Altersgruppe kann die gesundheitsökonomische Evaluation jedoch ein sehr hilfreiches Unterstützungsinstrument darstellen. Der Überblick vorliegender Evaluationen zeigt aber, dass die bisher durchgeführten Studien aufgrund großer methodischer Heterogenität und mangelnder Qualität bisher kaum vergleichbar sind. Zudem ist das Spektrum gesundheitsökonomisch evaluierter Interventionen sehr begrenzt. Die identifizierten Herausforderungen werden bisher selten reflektiert. Insofern besteht ein deutlicher Bedarf an hochwertigen Studien zu einem breiteren Spektrum – insbesondere auch komplexerer – Interventionen. Besonders großer konzeptioneller Forschungsbedarf besteht in Bezug auf die angemessene Erfassung und Bewertung informeller Pflege sowie der Effekte der Maßnahmen. Aufgezeigt wird auch, dass es ein sich gut entwickelndes Methodenrepertoire gibt, um gerechtigkeitsbezogene Fragestellungen in gesundheitsökonomischen Evaluationen zu adressieren.

In Deutschland werden Leistungen der Gesundheitsförderung gegenwärtig zu einem großen Anteil über die Sozialversicherungen finanziert, damit stehen sie grundsätzlich unter einem Wirtschaftlichkeitsgebot. Gleichzeitig sollen sie auf den Ausgleich gesundheitlicher Ungleichheiten zielen, insofern sind gerechtigkeitsbezogene Fragen zu berücksichtigen. Obwohl der Umfang gesundheitsfördernder Interventionen, die sich an Ältere richten, wächst, spielen gesundheitsökonomische Evaluationen dieser Interventionen jedoch bei der Ausgabensteuerung bisher keine Rolle. Das stark fragmentierte deutsche System der Gesundheitsförderung steht einer zielorientierten Ausgabensteuerung im Weg. Die durch das Präventionsgesetz geschaffenen Strukturen bieten jedoch erste Ansatzpunkte, den identifizierten Problemen entgegen zu arbeiten. Die Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation können – unter Berücksichtigung ihrer Grenzen – ein sinnvolles Hilfsmittel sein, um evidenzbasierte Entscheidungsprozesse zu unterstützen.

Abstract

Health promotion and disease prevention for older people have gained importance in recent years, and consequently, the question of how to best use limited resources in the public health system in order to achieve the highest possible benefit is also gaining relevance. The methods of health economic evaluation aim at assessing the cost-effectiveness of health-related interventions and thus support resource allocation decisions.

This cumulative dissertation investigates whether and in what way health economic evaluation is an appropriate tool to support decision makers in allocating resources to health promotion activities for older people. The four papers included focus on (1) specific methodological challenges of the economic evaluation of such interventions, (2) a systematic review of the available health economic evidence in this area of research, (3) an analysis as to how methodological challenges are dealt with in existing evaluations, and (4) possibilities for addressing health equity concerns in health economic evaluations. The framework paper expands on these perspectives and discusses ethical positions on age discrimination in health economic debates. Implications for decision support in resource allocation are discussed in the individual papers and summarised in the framework paper. In addition, the framework paper positions primary prevention and health promotion for older people within the German healthcare system and discusses the role that health economic evaluation of interventions has played so far in the German system.

The dissertation identifies considerable obstacles in the economic evaluation of health promotion for older people. These challenges lead to substantial limitations when comparing health promotion for older people with curative interventions or interventions for younger age groups. Disregarding these aspects may implicitly lead to discrimination against interventions for older people. Yet, to support the comparison of different interventions within an age group, health

economic evaluation can be a very helpful tool. An overview of existing evaluations shows, however, that studies conducted so far are hardly comparable due to significant methodological heterogeneity and a lack of quality. In addition, the scope of interventions evaluated is very limited, and the challenges identified have rarely been reflected upon. There is therefore a clear need for high-quality studies on a broader scope of interventions, especially more complex ones. From a methodological perspective, there is a strong need for research on the appropriate measurement and valuation of informal care and the effects of interventions. The dissertation also shows that there is an evolving repertoire of methods to address equity-related issues in health economic evaluations.

At present in Germany, health promotion activities are mainly financed by the social insurance system. In general, social insurance services have to comply with efficiency rules. At the same time, they should balance health inequities, which means that equity-related issues need to be addressed. Despite a growing number of health promotion interventions targeting older people, health economic evaluations of such interventions have not yet played a role in allocation decisions. The highly fragmented German system of health promotion stands in the way of target-oriented expenditure control. On the other hand, the new structures created by the Prevention Act offer initial starting points for addressing the problems identified here. The methods of health economic evaluation can be useful tools for supporting evidence-based decision-making processes, if their limitations are properly considered.

Vorbemerkung

Die kumulative Dissertation beruht auf den im Folgenden aufgelisteten peer-reviewed veröffentlichten Einzelarbeiten. Die Artikel sind mit Ausnahme von Artikel 4 im Kontext des europäischen Kooperationsprojektes „ProHealth 65+ Health promotion and prevention of risk - action for seniors“ entstanden. Die Artikel wurden im Rahmen des Arbeitspakets „Gesundheitsökonomische Evaluation“ in einem Projektteam in Zusammenarbeit zwischen der Universität Bremen und dem Uniwerytet Jagiellonski Collegium Medicum in Krakau geplant und erarbeitet. Das Arbeitspaket wurde von der Universität Bremen geleitet, hauptverantwortlich für die Arbeit im Bremer Team war Kai Huter.

1. **Huter, K**., E. Kocot, K. Kissimova-Skarbek, K. Dubas-Jakobczyk and H. Rothgang (2016): "Economic evaluation of health promotion for older people-methodological problems and challenges." BMC Health Services Research 16, Supplement 5: 328.
2. Dubas-Jakóbczyk, K., E. Kocot, K. Kissimova-Skarbek**, K. Huter** and H. Rothgang (2017): "Economic evaluation of health promotion and primary prevention actions for older people - a systematic review." European Journal of Public Health.
3. **Huter, K**., K. Dubas-Jakóbczyk, E. Kocot, K. Kissimova-Skarbek and H. Rothgang (2018): "Economic evaluation of health promotion interventions for older people: do applied economic studies meet the methodological challenges?" Cost Effectiveness and Resource Allocation 16(1): 14.
4. **Huter, K**. (2020): Gerechtigkeit in der gesundheitsökonomischen Evaluation von Public Health – Überblicksartikel, Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 150-152.

Darüber hinaus sind folgende nicht peer-reviewed veröffentlichte Beiträge in die Arbeit eingeflossen:

5. Golinowska, S., **K. Huter,** C. Sowada, M. Pavlova, A. Sowa and H. Rothgang (2017): "Healthy ageing in Germany – common care and insurance funding. Institutional and financial dimension of health promotion for older people." Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 15(1).
6. Golinowska, S., W. Ricciardi, A. Poscia, N. Magnavita, A. J. S. da Costa, A. Sowa, A. Collamati, G. Capelli, M. Rogaczewska, M. Pavlova, W. Groot, S. Sitko, **K. Huter,** I. Kowalska-Bobko, C. Sowada, A. Domagała, M. Rogala, M. Tambor (2017): Health Promotion for Older People in Europe. Health promoters and their activities. Knowledge for training, Warszaw: Scholar Publishing House Ltd.
7. Dubas-Jakóbczyk, K., E. Kocot, K. Kissimova-Skarbek, **K. Huter,** H. Rothgang (2016): Ekonomiczna ewaluacja programów z zakresu zdrowia publicznego - przegląd wytycznych międzynarodowych, in: Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 14 (4), 259 – 265.

Weitere Publikationen der Autorin im Dissertationszeitraum:

Peer reviewed

1. **Huter, K.**, T. Krick, D. Domhoff, K. Seibert, K. Wolf-Ostermann, H. Rothgang (2020). Effectiveness of digital technologies to support nursing care: results of a scoping review, Journal of Multidisciplinary Healthcare, 13, 1905-1926, doi:10.2147/JMDH.S286193
2. Seibert, K., D. Domhoff, **K. Huter**, T. Krick, H. Rothgang, K. Wolf-Ostermann (2020): Application of digital technologies in nursing practice – results of a mixed methods study on nurses' experiences, needs and perspectives, Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, doi: 10.1016/j.zefq.2020.10.010
3. Krick, T., **K. Huter,** K. Seibert, D. Domhoff, K. Wolf-Ostermann (2020): Measuring the effectiveness of digital nursing technologies: development of a comprehensive digital nursing technology outcome framework based on a scoping review, in: BMC Health Services Research, 20 (243), doi:10.1186/s12913-020-05106-8.
4. Krick, T., **K. Huter,** D. Domhoff, A. Schmidt, H. Rothgang, K. Wolf-Ostermann, (2019): Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies, in: BMC Health Services Research, 19 (400), doi:10.1186/s12913-019-4238-3.
5. Domhoff, D., T. Krick, **K. Huter,** A. El Ali, T. C. Stratmann, K. Wolf-Ostermann, H. Rothgang (2018): Digitale, automatisierte Analyse von Literaturdatenbanken in Public Health und Pflegewissenschaft - Quantitative Textanalyse großer Ergebnismengen mittels Topic Modeling. Eine Darstellung am Beispiel neuer Technologien in der Pflege, in: Boll, S.; A. Hein, W. Heuten, K. Wolf-Ostermann (Hg.): Zukunft der Pflege. Tagungsband der 1. Clusterkonferenz 2018 "Innovative Technologien für die Pflege", Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 190-95.
6. Kalwitzki, T., **K. Huter,** R. Runte, K. Breuninger, S. Janatzek, S. Gronemeyer, B. Gansweid, H. Rothgang (2017): Aus der Forschung ins Pflegestärkungsgesetz II. Das Projekt Reha XI zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs in der MDK-Pflegebegutachtung, in: Das Gesundheitswesen, 79 (03), e26 - e38, doi:10.1055/s-0042-103745.

Nicht peer reviewed

7. **Huter, K.,** T. Krick, D. Domhoff, K. Seibert, K. Wolf-Ostermann, H. Rothgang, (2021): Entwicklung eines Frameworks zur Unterstützung der Technikentwicklung und Evaluation für innovative Technologien in der Pflege, in: Konferenzband 3. Clusterkonferenz „Zukunft der Pflege", Sonderausgabe: Pflege Professionell, *im Erscheinen.*

Gutachten/Studien

8. **Huter, K.,** R. Runte, R. Müller, H. Rothgang (2017): Gesundheitsberufe-Monitoring und Bedarfsvorausschätzung für den Fachkräftebedarf in ausgewählten Gesundheitsberufen im Land Bremen, im Auftrag von: Senatorin für Bildung, Gesundheit und Verbraucherschutz, Bremen, Uni Bremen Campus GmbH; UBC Zentrum für Sozialpolitik, Bremen, 06.12.2017.
9. **Huter, K.,** R. Runte, H. Rothgang (2017): Hebammen im Land Bremen. Ergebnisse des Gesundheitsberufe-Monitorings und der Befragung der freiberuflichen Hebammen im

Land. Abschlussbericht, im Auftrag von: Senatorin für Bildung, Gesundheit und Verbraucherschutz in Bremen, Uni Bremen Campus GmbH; UBC-Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.

10. Fehre, R., **K. Huter,** P. Mehlis (2017): Entgrenzung von Arbeit und ihre Auswirkungen auf Familie und Gesundheit an Beispielen aus dem Lebensmitteleinzelhandel und dem Engineering aus Bremen. Studie, Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremen.

1. Einleitung

1.1. Hintergrund: Warum gesundheitsökonomische Evaluation von Prävention und Gesundheitsförderung bei älteren Menschen?

Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen haben seit Ende der 1990er Jahre politisch an Bedeutung gewonnen. In vielen OECD-Ländern ist der Anteil älterer Menschen in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen (OECD 2020). Mit dem steigenden Anteil älterer Menschen gewinnt das Anliegen an Bedeutung, dass gewonnene Lebensjahre mit hoher Lebensqualität verbracht werden sollen. Gleichzeitig steigt auch mit Blick auf steigende Kosten im Bereich der gesundheitlichen Versorgung und der Langzeitpflege das Bewusstsein, dass präventive Potenziale gerade auch für ältere Menschen stärker ausgeschöpft werden sollten (Swedish National Institute of Public Health 2007; Westerhout 2014). Sehr gut zum Ausdruck kommt die gestiegene Bedeutung der Gesundheit Älterer in dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2015 vorgelegten Bericht „World Report on Ageing and Health", der betont, dass möglichst gesundes Altern, der Erhalt von Wohlbefinden und Teilhabe älterer Menschen ein Grundrecht älterer Menschen in der Gesellschaft darstellt, das größerer politischer Aufmerksamkeit bedarf (WHO 2015). In Deutschland wurde „Gesund älter werden" im Jahr 2012 zu einem Nationalen Gesundheitsziel erklärt, mit dem Präventionsgesetz von 2015 gewinnt das Ziel verbindlichere Bedeutung für wesentliche Akteure des Gesundheitswesens im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 3.3).

Vor dem Hintergrund steigender Kosten und insgesamt begrenzter Ressourcen, die für das öffentliche Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, stellt sich auch für Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention grundsätzlich die Frage, wie diese Ressourcen optimalerweise eingesetzt werden sollten, um einen möglichst hohen Nutzen zu erreichen. Öffentliche Akteure im Gesundheitswesen, wie beispielsweise die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland, sind dazu verpflichtet, dass angebotene Leistungen zweckmäßig und wirtschaftlich sind[1] – insofern besteht hier prinzipiell eine rechtliche Notwendigkeit sicherzustellen, dass diese Leistungen effektiv und zu angemessenen Kosten erbracht werden.

Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation zielen grundsätzlich darauf, die Kosteneffektivität gesundheitsbezogener Interventionen zu erheben und damit Entscheidungen der Ressourcenallokation zu unterstützen (vgl. Kapitel 4.1). In vielen OECD-Ländern werden gesundheitsökonomische Evaluationen zunehmend zur Unterstützung allokativer Entscheidungsprozesse genutzt (McDaid et al. 2015: 27). Vor dem Hintergrund der steigenden Bedeutung gesundheitsfördernder Aktivitäten für ältere Menschen, stellt sich insofern auch in diesem Bereich die Frage, wie Entscheidungen für oder gegen bestimmte Aktivitäten begründet werden können.

[1] Für Deutschland basiert das Wirtschaftlichkeitsgebot auf §12, Absatz 1 des 5. Sozialgesetzbuches.

Die vorliegende Dissertation zielt darauf, herauszuarbeiten, *ob und in welcher Form gesundheitsökonomische Evaluationen ein angemessenes Mittel sind, um Entscheidungsträger:innen bei der Allokation von Ressourcen für Gesundheitsförderungsaktivitäten für ältere Menschen zu unterstützen*. Möglichkeiten und Grenzen der gesundheitsökonomischen Evaluation, die in dieser Arbeit vorgestellt und diskutiert werden, sind prinzipiell für jede Form der gesundheitsökonomischen Evaluation gesundheitsfördernder Interventionen für Ältere relevant. Die konkreten Auswirkungen sind jedoch stark von der spezifischen Umsetzung und insbesondere auch den jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen abhängig. Daher wird in diesem Rahmenpapier ein Fokus auf die Bedeutung und den Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung älterer Menschen im deutschen Gesundheitssystem gelegt.

1.2. Aufbau der Arbeit und Forschungsfragen

Zur Beantwortung der übergeordneten Forschungsfrage führt Kapitel 2 zunächst in grundlegende Konzepte und Begriffe im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ein. Kapitel 3 beschreibt detailliert die institutionellen Rahmenbedingungen der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland. Dies dient der grundsätzlichen Einordnung, welche Bedeutung gesundheitsökonomischen Evaluationen spezifisch im deutschen Gesundheitssystem zukommen kann. Dabei wird sowohl auf rechtliche Grundlagen und institutionelle Strukturen, als auch auf die Finanzierung und den bisherigen Stellenwert, den Evidenzbasierung in Bezug auf Kosteneffektivität bisher einnimmt, eingegangen.
Im Anschluss werden in Kapitel 4 nach einer allgemeinen Einführung in grundlegende Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation, die besonderen Herausforderungen und Schwierigkeiten dieser Ansätze bei der Übertragung auf gesundheitsfördernde oder präventive Interventionen für ältere Menschen zusammengefasst, die in Einzelarbeit 1 auf Basis der methodologischen Literatur herausgearbeitet wurden. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse eines systematischen Reviews über entsprechende Interventionen (Einzelarbeit 2), wird darauf aufbauend dargestellt, wie mit den Herausforderungen in praktisch durchgeführten Evaluationen der letzten Jahre umgegangen wurde. Dies basiert auf einer detaillierten diesbezüglichen Analyse der im systematischen Review eingeschlossenen Studien, die in Einzelarbeit 3 erfolgt ist.
Die Auseinandersetzung mit den besonderen Herausforderungen der gesundheitsökonomischen Evaluation von Interventionen für Ältere zeigt, dass eine methodenimmanente Benachteiligung älterer Menschen durch gesundheitsökonomische Methoden möglich ist. Es gibt in der Gesundheitsökonomie jedoch auch eine Debatte dazu, ob eine gewisse altersbezogene Diskriminierung nicht auch angemessen sein kann. Gleichzeitig wird die Berücksichtigung von Gerechtigkeitserwägungen als eine wichtige Herausforderung für die gesundheitsökonomische Evaluation von gesundheitsfördernden sowie anderen Public Health Interventionen herausgestellt (Cookson et al. 2009). Vor dem Hintergrund anhaltend bestehender sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten in modernen Wohlfahrtsstaaten (Bopp & Mackenbach 2019; Mackenbach 2012), ist es häufig ein erklärtes Ziel gesundheitsfördernder Interventionen, dass

diese zum Abbau derselben beitragen sollten. Auch für Altersgruppen über 65-Jahre – zeigen als Beispiel aktuelle deutsche Studien – dass deutliche Unterschiede im Gesundheitszustand, der Lebenserwartung und hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status bestehen (Lampert & Hoebel 2019a; b; von dem Knesebeck et al. 2015). Gerechtigkeitsbezogene Überlegungen können, wie sich hier zeigt, im Kontext der Bewertung gesundheitsfördernder Interventionen für Ältere in unterschiedlicher Hinsicht eine Rolle spielen. Wie diese Themen in der gesundheitsökonomischen Debatte diskutiert werden, wird daher in Kapitel 5 genauer ausgeführt. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Frage, welche Möglichkeiten es gibt, mit Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation gerechtigkeitsbezogene Fragestellungen zu analysieren und Entscheidungen über die Förderung spezifischer Interventionen zu unterstützen (Einzelarbeit 4). Ergänzend werden in der Gesundheitsökonomie intensiv diskutierte normative Positionen vorgestellt, mit denen eine gewisse Altersdiskriminierung – bzw. Rationierung von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Lebensalter – ethisch legitimiert werden könnte.
Kapitel 6 fasst die Ergebnisse zusammen und diskutiert sie im Hinblick auf die unten formulierten Teilfragen und mit spezifischem Fokus darauf, in welcher Weise gesundheitsökonomische Evaluationen geeignet sind, Entscheidungsprozesse für oder gegen spezifische Interventionen zu unterstützten. Dabei wird besonders auf die Bedeutung und Anwendbarkeit entsprechender Ansätze im deutschen Kontext eingegangen.

Zur Beantwortung der übergeordneten Forschungsfrage, *ob und in welcher Form gesundheitsökonomische Evaluationen ein angemessenes Mittel sind, um Entscheidungsträger:innen bei der Allokation von Ressourcen für Gesundheitsförderungsaktivitäten für ältere Menschen zu unterstützen*, tragen die Einzelarbeiten durch die Bearbeitung der folgenden Teilfragen bei:

1. Welche methodologischen Herausforderungen bestehen bei der ökonomischen Evaluation von Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen? (Einzelarbeit 1: K. Huter et al. 2016)
2. Welche gesundheitsökonomische Evidenz liegt vor, welche Studienergebnisse zur Kosteneffektivität von gesundheitsfördernden Interventionen für Ältere gibt es? (Einzelarbeit 2: Dubas-Jakóbczyk et al. 2017)
3. Wie gehen die bestehenden gesundheitsökonomischen Evaluationen mit den methodologischen Herausforderungen um? Werden diese berücksichtigt und wenn ja, wie werden sie berücksichtigt? (Einzelarbeit 3: Kai Huter et al. 2018)
4. Welche Möglichkeiten gibt es, Gerechtigkeit in der gesundheitsökonomischen Evaluation zu berücksichtigen? (Einzalarbeit 4: Kai Huter 2020)

Welche Konsequenzen aus den Ergebnissen jeweils für eine mögliche Entscheidungsunterstützung für die Ressourcenallokation resultieren, wird in jeder der Einzelarbeiten diskutiert. Im Rahmenpapier wird darüber hinaus die ergänzende Frage beantwortet:

5. Wie ist Primärprävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen im deutschen Gesundheitssystem verortet und welche Rolle spielt bisher die gesundheitsökonomische Evaluation der Interventionen?

2. Prävention, Gesundheitsförderung und Evidenzbasierung – zentrale Definitionen und Konzepte

Prävention – im Sinne von Krankheitsprävention – und Gesundheitsförderung sind einander ergänzende Perspektiven, die auf die Förderung und den Erhalt von Gesundheit zielen.

Prävention wird in der Regel als „allgemeine(r) Oberbegriff für alle Interventionen, die zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen beitragen" (Franzkowiak 2018: 776), verwendet. Üblicherweise wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. **Primärprävention** bezieht sich auf die Krankheitsverhütung, d.h. alle Aktivitäten die vor dem Eintreten einer Erkrankung das Auftreten einer selben verhindern sollen. **Sekundärprävention** bezeichnet die Krankheitsfrüherkennung, d.h. alle Aktivitäten, die darauf zielen eine Krankheit vor dem Auftreten manifester Symptome zu erkennen, um das Fortschreiten des Krankheitsverlaufs aufhalten oder verlangsamen zu können. Hierzu gehören insbesondere Screening-Interventionen. **Tertiärprävention** richtet sich an Personen, die bereits erkrankt sind und zielt darauf, eine Verschlimmerung der Krankheit sowie Folgeschäden und zunehmende Funktionsverluste zu vermeiden (vgl. Franzkowiak 2018; Hurrelmann et al. 2012).

Für Konzepte der **Gesundheitsförderung** ist die Ottawa Charta der WHO von 1986 ein zentraler Bezugspunkt, die auch die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland stark beeinflusst hat (Kaba-Schönstein & Trojan 2018: 308). Diese definiert Gesundheitsförderung als einen „Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen" (WHO 1986). Das Verständnis der WHO geht hier weit über den Blick auf das individuelle Gesundheitsverhalten hinaus und bezieht ein breites Spektrum von Einflussfaktoren in anderen gesellschaftlichen Sphären mit ein. Gesundheitsförderung kann in diesem Sinne sowohl allgemeine gesundheitspolitische Strategien als auch auf eine Veränderung der Umweltbedingungen zielende Interventionen in anderen Politikbereichen umfassen. Das Erreichen sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit (equity) im Bereich der Gesundheit nimmt in den programmatischen Publikationen der WHO seit 1986 einen wichtigen Stellenwert ein.

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf primärpräventiven Interventionen und Gesundheitsförderung.[2] Von der grundsätzlichen Perspektive her zielt Primärprävention auf die konkrete Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und Gesundheitsförderung auf die Stärkung gesundheitsschützender Ressourcen sowie gesundheitlicher Entfaltungsmöglichkeiten. In Bezug auf

[2] Nicht eingeschlossen sind in dieser Arbeit jedoch primärmedizinische Interventionen mit stark medizinischem Fokus, insbesondere der große Bereich der Impfungen. Diese wurden ausgeschlossen, da sich die methodologischen Ansätze für die Evaluation von Impfungen kaum von der Evaluation kurativer Interventionen unterscheiden.

konkrete Interventionen in der Praxis ist eine scharfe Abgrenzung jedoch nicht immer möglich und auch nicht sinnvoll. Primärpräventive Interventionen können die Verhinderung oder Verminderung verhaltensbedingter Risikofaktoren, die Erhöhung von Bewältigungskompetenzen (z.B. auch durch Schutzimpfungen) und die Veränderung ursächlicher oder an der Krankheitsentstehung beteiligter Umweltfaktoren mit einschließen (Franzkowiak 2018). Rosenbrock und Gerlinger sehen die Gesundheitsförderung mit dem Fokus der Ressourcenstärkung entsprechend auch als einen Teilbereich der Primärprävention (Rosenbrock & Gerlinger 2014: 87). Das Präventionsgesetz unterscheidet „Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken" als Primärprävention von Leistungen „zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns" als Gesundheitsförderung (§20, Abs.1, SGB V).
Neben medizinischen Interventionen, wie Impfungen, wird im Bereich der Primärprävention grundsätzlich zwischen verhaltensbezogenen und verhältnisbezogenen Interventionen unterschieden. Verhaltensbezogene Interventionen zielen auf die Veränderung der Verhaltensmuster von Einzelpersonen oder Gruppen, verhältnisbezogene Interventionen zielen auf eine Veränderung der Umwelt oder Umgebungsbedingungen, wie z.B. die Reduktion gesundheitsbelastender Faktoren (z.B. Lärm) oder auch die Verbesserung von Lebensbedingungen durch Sozial- oder Bildungspolitik.
Das damit angesprochene Spektrum möglicher Interventionen kann also insgesamt sehr breit sein. Es schließt sowohl auf Verhaltensveränderung zielende Interventionen, Strategien der gesundheitlichen Bildung und Aufklärung sowie gesundheits-, sozial- oder umweltpolitische Strategien mit ein. Die große Unterschiedlichkeit möglicher Interventionen führt jedoch auch dazu, dass generelle methodologische Probleme ökonomischer Evaluationen verstärkt werden – und zwar umso stärker, je komplexer und je weniger spezifisch die Ziele der betrachteten Interventionen sind. Für auch mit dem Ziel der Gesundheitsförderung initiierte Interventionen im Bereich der Bildungs- oder Sozialpolitik, die im Sinne der WHO auf eine Erhöhung der Selbstbestimmung bzw. auf eine Reduktion gesundheitsbeeinträchtigender Umweltfaktoren zielen, ist es deutlich schwieriger, klar zuzuordnende Ergebnisindikatoren zu definieren, mit denen die Wirksamkeit nachgewiesen werden kann. Die Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen kurativer Interventionen kann daher sehr beschränkt sein (vgl. Kapitel 4.2).
Dies verweist auf die grundsätzliche Frage der **Evidenzbasierung**, deren Bedeutung und Relevanz im Bereich Public Health und Gesundheitsförderung zum Teil kontrovers diskutiert wird. Grundsätzlich ist mit Evidenzbasierung „die abwägende, systematische Nutzung verlässlicher Befunde zur Wirksamkeitsprüfung von Versorgungsleistungen" (Kliche et al. 2006) gemeint. Im Bereich der Medizin werden randomisiert kontrollierten Studien (RCT) bzw. auf RCTs basierende systematische Übersichtsarbeiten als Goldstandard des Wirksamkeitsnachweises angesehen. Entsprechende Standards werden international auch als leitend für Wirksamkeitsnachweise im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung angesehen (Kliche et al. 2006). Die Durchführung von RCTs für zum Teil breit bevölkerungsbezogen oder settingorientiert angelegte, komplexe gesundheitsfördernde Interventionen wird jedoch häufig als schwierig bis nicht

realisierbar oder auch als nicht angemessen angesehen, da zum Beispiel spezifische Kontextbedingungen oder auf ethischen Werten basierende Entscheidungskriterien nicht ausreichend einbezogen werden könnten. Aus diesem Grund wurden an den medizinischen Standards angelehnte Methoden und Evidenzmaßstäbe insbesondere im bundesdeutschen Kontext vielfach kritisch diskutiert bzw. relativiert (Elkeles & Broesskamp-Stone 2018: 130; Kliche et al. 2006; Mühlhauser et al. 2011; Trojan & Kolip 2020). Als problematisch diskutiert wird in diesem Zusammenhang auch, dass die an der Medizin orientierten Maßstäbe der Evidenzbasierung dazu führen könnten, dass komplexere Interventionen benachteiligt werden, da die Evaluationsforschung die Evaluation solcher Interventionen bevorzugen würde, für die entwickelte Forschungs- und Bewertungsmethoden vorliegen, und komplexere Interventionen daher seltener wissenschaftlich fundiert evaluiert würden (Rosenbrock 2004: 73).

Für das 2015 eingeführte Präventionsgesetz kritisiert das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, dass eine wissenschaftlich fundierte Evaluation der geförderten Maßnahmen nicht ausreichend eingefordert wird (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. 2015). Laut Präventionsgesetz liegt die Verantwortung für die Festlegung von Kriterien bezüglich der Qualität der wissenschaftlichen Evaluation sowie der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele beim GKV-Spitzenverband (§20 (2) SGB V, §5 (1) SGB XI). Die diesbezüglichen Aktivitäten des GKV-Spitzenverbandes werden in Kapitel 3.2 ausgeführt. Zur Unterstützung der Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation von Interventionen in Lebenswelten von Kindern/Jugendlichen sowie älteren Menschen hat der GKV-Spitzenverband zudem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu beauftragen (§20a Abs. 3, SGB V). Ein Versuch, Kriterien der Evidenzbasierung für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung klarer zu definieren und damit eine stärkere Evidenzbasierung entsprechender Interventionen zu fördern, erfolgte in Deutschland erst jüngst durch die Publikation des Memorandums „Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im November 2020 (De Bock et al. 2020).

Während Evidenzbasierung in der Regel im Vorhinein eine Entscheidungsgrundlage für die Auswahl einer spezifischen Intervention sein sollte, zielt die **Qualitätssicherung** darauf, in einer laufenden Intervention sicherzustellen, dass die mit dieser Intervention zu erreichenden Qualitätsziele auch erreicht werden. Die Qualitätsziele können sich sowohl auf Ergebnisse als auch auf Prozesse beziehen (Kolip 2006; 2017). Die Auswahl evidenzbasierter Interventionen kann ein Qualitätsziel unter anderen sein. Die wissenschaftliche Evaluation durchgeführter Interventionen kann aufzeigen, inwieweit angestrebte gesundheitsbezogene Ziele bzw. Effekte erreicht wurden und somit mit Blick auf die Fortführung dieser Interventionen zur Evidenzbasierung beitragen.

Grundsätzlich sind fundierte Wirksamkeitsstudien eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung aussagekräftiger gesundheitsökonomischer Evaluationen. Erst wenn die durch eine Intervention erreichten Ziele bzw. Effekte quantitativ nachgewiesen wurden, können diese

sinnvoll zu den entstandenen Kosten in Relation gesetzt und dann auch mit anderen Interventionen verglichen werden (von der Schulenburg et al. 2007) (vgl. Kapitel 4.1).
Bevor die methodologischen Schwierigkeiten der gesundheitsökonomischen Evaluation ausführlicher diskutiert werden, soll im folgenden Abschnitt zunächst der Frage nachgegangen werden, wie die institutionellen Rahmenbedingungen für Primärprävention und Gesundheitsförderung in Deutschland im Allgemeinen – und spezifisch für die Älteren – sind und wie die finanziellen Rahmenbedingungen aussehen. Dies zielt darauf, den Stellenwert, den die Gesundheitsförderung Älterer in Deutschland einnimmt, sowohl in finanzieller Hinsicht als auch in Bezug auf seine institutionelle Verankerung zu verdeutlichen.

3. Institutionelle Rahmenbedingungen der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen in Deutschland

Verantwortlichkeiten für primäre Prävention und Gesundheitsförderung liegen in Deutschland bei einer Vielzahl unterschiedlicher Akteure. Aufgrund der föderalen Gliederung liegt die Hauptverantwortlichkeit für Gesundheits- und Gesundheitsförderpolitik auf Länderebene. Auf Bundesebene bestehen Einflussmöglichkeiten auf Gesundheitsförderung in erster Linie über die Sozialgesetzgebung. Dies betrifft vor allem die GKV (SGB V), die Pflegeversicherung (SGB XI), die gesetzliche Unfallversicherung bezüglich Sicherheit und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (SGB VII) und die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)[3] (Kaba-Schönstein & Trojan 2018: 309). Auf Länderebene liegt die Gesundheitsförderung je nach Land in der Zuständigkeit von Sozial-, Bildungs-, Umwelt-, Arbeits-, Kultur- und Gesundheitsministerien. Häufig sind die Verantwortlichkeiten auf die kommunale Ebene – z.B. getragen von öffentlichen Gesundheitsdiensten – delegiert. Auf kommunaler Ebene können neben den öffentlichen Gesundheitsdiensten sehr unterschiedliche Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung aktiv sein, so z.B. lokale Krankenversicherungen, Sportvereine, Bildungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen, kommunale Beratungsstellen und Gesundheitszentren.
Auf nationaler Ebene hat die BZgA als dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) untergeordnete Fachbehörde seit 1967 Aufgaben im Bereich der gesundheitlichen Information und Bildung – sowie mit den Jahren zunehmend in der Koordination, Evaluation und Qualitätssicherung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten. Darüber hinaus gibt es mehrere größere Netzwerkstrukturen, die koordinierende und vernetzende Aktivitäten übernommen haben. Dies sind insbesondere die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG, seit 2007), der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (seit 2000), der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (seit 2003, bzw. 2012)[4] und das Gesunde Städte Netzwerk (seit 1989).

[3] Dies sind neben der PKV die zentralen Ausgabenträger.
[4] 2003 als Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter“ gegründet, im Jahr 2012 umbenannt in „Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit“.

Insgesamt gibt es in Deutschland kaum durchgängige und einheitliche Gesundheitsförderungsstrukturen, die Situation ist sehr fragmentiert und durch eine große Heterogenität der Akteure und ihrer Interessen gekennzeichnet (Kaba-Schönstein & Trojan 2018: 309). Eine ausführlichere Darstellung der organisationalen und rechtlichen Strukturen der Gesundheitsförderung in Deutschland bis 2015 ist im Länderbericht von Golinowska, Huter et al. (2017) erfolgt, der als ergänzende Publikation in diese Dissertation einfließt.
Im Folgenden liegt der Fokus auf einer kurzen Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der relevantesten Akteure, die seit 2015 an Bedeutung gewonnen haben. Darüber hinaus werden die Anforderungen an Qualitätssicherung und Evaluation sowie die finanziellen Rahmenbedingungen von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland und der Umfang, den Interventionen für ältere Altersgruppen dabei einnehmen, aufgezeigt.

3.1. Rechtliche Regelungen – Präventionsgesetz von 2015

Gesetzlich verankert wurde die Gesundheitsförderung als offizielle Aufgabe der GKV erstmals 1989 mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG), das Gesundheitsförderung als Aufgabe der GKV festschrieb (§20 SGB V). Seit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz von 2000 ist hier zudem festgelegt, dass mit Prävention und Gesundheitsförderung ein Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen geleistet werden soll. Umfangreich neu reguliert wurde der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zuletzt mit dem 2015 verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz) (Golinowska et al. 2017; Kaba-Schönstein & Trojan 2018).[5] Nach mehreren gescheiterten Versuchen der Durchsetzung eines Präventionsgesetzes (in den Jahren 2005, 2007, 2013 und 2015) wurden Primärprävention und Gesundheitsförderung mit diesem Gesetz jedoch nicht, wie von vielen Seiten erhofft, als vierte Säule im Gesundheitswesen bzw. als gesamtgesellschaftliche Aufgabe institutionalisiert. Statt dessen beschränkt sich das Gesetz entsprechend der Regulierungskompetenzen des Bundes „auf ein vom Bundesrat zustimmungsfreies Artikel- und Leistungsgesetz der Sozialversicherungen“ (Walter 2018: 202f.), bezieht sich also fast ausschließlich auf die Sozialversicherungsträger und dabei in erster Linie die GKV.
Das Präventionsgesetz sieht insbesondere eine Erhöhung der für Primärprävention und Gesundheitsförderung von den Kassen aufgebrachten Mittel nach §20 und §§20a-c SGB V auf insgesamt etwa 500 Millionen Euro pro Jahr (Stand 2016) vor. Erhöht wurde der von den Krankenkassen je versicherter Person aufzubringende Betrag von bis dahin 3 Euro auf 7 Euro im Jahr 2016, dieser Betrag wird jährlich angepasst und liegt für 2019 bei 7,52 €.
Darüber hinaus zielt das Gesetz vor allem auf den Aufbau von Kooperations- und Koordinierungsstrukturen. Eingerichtet wurde insbesondere die Nationale Präventionskonferenz (NPK), die aus Vertretern der GKV, der sozialen Pflegeversicherung, der gesetzlichen Unfallversiche-

[5] Für eine detailliertere Darstellung der historischen Entwicklung, die hier sehr verkürzt dargestellt wird, siehe Kaba-Schönstein &Trojan (2018).

rung, der gesetzlichen Rentenversicherung und seit Februar 2017 auch dem Verband der Privaten Krankenversicherung besteht. Beratend sind vier Bundesministerien, die Länder (vertreten durch die Gesundheitsministerkonferenz, sowie die Arbeits- und Sozialministerkonferenz), kommunale Spitzenverbände (Deutscher Städtetag, Landkreistag, Städte- und Gemeindebund), die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialpartner, Patient:innen-Vertretungen und das einmal jährlich tagende Nationale Präventionsforum einbezogen. Die Nationalen Gesundheitsziele (siehe Abschnitt 3.3) sind im Präventionsgesetz als bei der Festlegung der relevanten Handlungsfelder der Prävention durch den GKV-Spitzenverband zu berücksichtigende Gesundheitsziele festgeschrieben.

Die NPK hat die Aufgabe eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben. Kernelemente der Präventionsstrategie sind Bundesrahmenempfehlungen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes und der alle vier Jahre zu erstellende Nationale Präventionsbericht. Basierend auf den Bundesrahmenempfehlungen wurden auf Länderebene Landesrahmenempfehlungen verabschiedet. Für die Entwicklung der Landesrahmenempfehlungen wurden neben den Sozialversicherungsträgern ebenfalls die zuständigen Landesbehörden und kommunale Spitzenverbände einbezogen. Mit diesen neu geschaffenen übergreifenden institutionellen Strukturen soll eine stärkere Zielorientierung und effektive Handlungskoordinierung im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung sichergestellt werden (Gerlinger 2016).

3.2. Evidenzbasierung und Qualitätssicherung im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Deutschland

Die GKV ist mit einem Ausgabenanteil von ca. 50 Prozent nicht nur im Bereich der Prävention, sondern auch im Teilbereich der Gesundheitsförderung bezogen auf die Gesundheitsausgaben in Deutschland der größte Ausgabenträger (vgl. Abschnitt 3.4). Wie oben ausgeführt wurde, liegt auch laut Präventionsgesetz die Verantwortlichkeit für die Festlegung von Qualitätskriterien, die wissenschaftliche Evaluation und die Überprüfung der mit den Leistungen erreichten Ziele beim GKV-Spitzenverband. Dieser hat für Teilbereiche dieser Aufgaben die BZgA hinzuzuziehen. Evaluationsergebnisse der BZgA zu aus Vorgaben des Präventionsgesetzes resultierenden Interventionen liegen jedoch nach Kenntnis der Autorin (im Dezember 2020) noch nicht vor. Insofern fokussiert die Darstellung hier in erster Linie auf die Aktivitäten und Berichte der GKV sowie den ersten Nationalen Präventionsbericht.

Grundsätzlich gilt für den GKV-Spitzenverband, dass Leistungen im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung, wie auch im kurativen Bereich „dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse (zu) entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots erbracht (zu) werden“ (GKV-Spitzenverband 2020b: 13) haben. Die GKV kommt ihrem Auftrag zur Qualitätssicherung und -entwicklung für Interventionen gemäß §20 und §20a SGB V seit 2000 durch die Festlegung gemeinsamer Handlungsfelder und Kriterien durch den regelmäßig aktualisierten „Leitfaden

Prävention“ nach. Seit 2018 wird dieser durch einen „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach §5 SGB XI“ (GKV-Spitzenverband 2018a) ergänzt. In diesem Leitfaden werden Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV, Leistungsarten, Handlungsfelder, Förder- und Ausschlusskriterien festgelegt. Zentrale Ziele, die mit einem Bezug auf ältere Menschen im Leitfaden 2020 formuliert werden, sind im Kontext „Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ die Erhöhung der Anzahl und des Anteils von Gesundheitsaktivitäten, die sich auf ältere Menschen in der Kommune richten (GKV-Spitzenverband 2020b: 17) und im Kontext „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ die Erhöhung der Anzahl der Einrichtungen, die Konzepte zur Prävention in definierten Handlungsfeldern aufweisen (GKV-Spitzenverband 2020a: 13).

Die Verantwortung für die konkrete Evaluation und Qualitätssicherung einzelner Projekte oder Interventionen lag bisher bei den Anbietern. Die Ergebnisse wurden nicht systematisch dokumentiert. Für primärpräventive Angebote nach dem „individuellen Ansatz“ (Gesundheitskurse) sollen grundsätzlich nur solche Interventionen gefördert werden, für die wissenschaftliche Evidenz vorliegt, dass sie für epidemiologisch als besonders bedeutsam identifizierte Krankheitsbilder präventiv wirksam sind, und sie „zu angemessenen Kosten“ (GKV-Spitzenverband 2020b: 54) erbracht werden können. Der Evidenznachweis erfolgt im Leitfaden Prävention der GKV für die einzelnen Handlungsfelder (z.B. Bewegungsgewohnheiten, Ernährungsgewohnheiten, Stressmanagement) jeweils durch den Verweis auf Publikationen von Fachgesellschaften oder einzelne Studien, die zum Teil beispielhaft eine positive Wirksamkeit bestimmter Interventionsformen belegen (GKV-Spitzenverband 2020a; b). Von Seiten der GKV werden die geförderten Maßnahmen, die erreichten Zielgruppen und das Ausmaß der Zielerreichung im jährlichen Präventionsbericht dokumentiert (vgl. Abschnitt 3.4 und 3.5). Für das Jahr 2020 hat der GKV-Spitzenverband die Implementierung eines kassenübergreifenden Systems zur Evaluation bzw. zur Messung der mit den Angeboten nach dem „individuellen Ansatz“ erfolgten Zielerreichung (über die Anzahl der einbezogenen Personen hinaus) auf Stichprobenbasis angekündigt (Bauer et al. 2019; GKV-Spitzenverband 2018b). Ergebnisse liegen jedoch bisher noch nicht vor (Stand Dezember 2020).

Mit dem Präventionsgesetz wurde der alle vier Jahre zu erstellende Nationale Präventionsbericht als zusätzliches Instrument der Qualitätssicherung eingeführt. Dieser soll entsprechend der Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz „der Dokumentation, der Erfolgskontrolle und der Evaluation der Präventionsstrategie im Zeitverlauf“ (Nationale Präventionskonferenz 2018: 41) dienen. Damit biete er „eine Basis für die qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der Leistungen hinsichtlich Effektivität und Effizienz, unter anderem auch unter dem Gesichtspunkt des Beitrags der NPK-Träger zu der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, die sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren“ (Nationale Präventionskonferenz 2018: 41). Das Präventionsgesetz formuliert hier jedoch deutlich zurückhaltender, dass der Präventionsbericht die gesammelten Erfahrungen mit der Anwendung und Umsetzung des Gesetzes, die erfolgten Ausgaben, die erreichten Personen,

die Erreichung der gemeinsamen Ziele und Zielgruppen, die Erfahrungen mit der Qualitätssicherung zu enthalten habe (Abs. 4 §20d SGB V). Eine explizite Evidenzbasierung wird im Präventionsgesetz nicht gefordert.

Der erste Präventionsbericht der NPK konstatiert entsprechend, dass bei den Erfolgskontrollen der durch die gesetzlichen Krankenkassen oder die soziale Pflegeversicherung geförderten Präventionsaktivitäten die Evaluation relativ einfach realisierbarer Aspekte überwiegt (z.B. Zugänglichkeit, Akzeptanz, Zufriedenheit). Gesundheitliche Wirkungen bei den erreichten Personen wurden selten evaluiert (Nationale Präventionskonferenz 2019: 123 u. 303), gesundheitsökonomische Analysen (inkl. Kostenerfassung) erfolgen so gut wie gar nicht (Nationale Präventionskonferenz 2019: 123). Insgesamt konstatiert der Bericht zu den bisherigen Erfahrungen mit Evaluation, dass die Evaluationsergebnisse überwiegend zur Verbesserung der Angebote genutzt werden. Die Einstellung von Aktivitäten aufgrund von schlechten Evaluationsergebnissen oder die Steuerung finanzieller Ressourcen stehe bisher weniger im Vordergrund. Insofern werde das Potenzial von Evaluationsergebnissen bisher noch nicht ausgeschöpft (Nationale Präventionskonferenz 2019: 303). Im von der BZgA im November 2020 vorgelegten Memorandum „Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung“ werden Evidenzkriterien definiert und ein strukturiertes Vorgehen zur Evidenzbewertung vorgeschlagen. Die ökonomische Bewertung spielt hier jedoch auch nur eine sehr untergeordnete Rolle (De Bock et al. 2020).

Der Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit hat spezielle Good Practice-Kriterien für die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung erstellt. Diese werden als Qualitätskriterien auch im GKV-Leitfaden zur Prävention besonders hervorgehoben. Die Erfassung des Kosten-Wirksamkeitsverhältnisses ist eines der zwölf Kriterien, die der Kooperationsverbund ausführt (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2017). In der Praxisdatenbank, die der Kooperationsverbund zur Verfügung stellt, weisen jedoch lediglich zwei von mehr als 3.000 dokumentierten Projekten Angaben zum Kriterium „Erfassung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses“ auf (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2020, abgerufen am 23.12.2020)[6].

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Effizienzbewertung in der Evaluation gesundheitsfördernder Interventionen in Deutschland bisher kaum eine Rolle spielt und Evidenzbasierung bisher nur bei der Festlegung der grundsätzlichen Handlungsfelder zum Tragen kommt. Qualitätssicherung im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention nutzt Evaluationen zur Angebotsverbesserung, dabei werden bisher der Umfang der Angebote und die erreichten Zielgruppen dokumentiert. Eine Evaluation der gesundheitsbezogenen Wirkungen der Aktivitäten erfolgte bisher kaum, eine Überprüfung von Effekten erfolgte einmalig in der Studie von Kliche et al. (2011). Die Ergebnisse des ab 2020 eingeführten Evaluationssystems bleiben

[6] Die beiden Projekte stammen aus den Jahren 2005 bzw. 2007 und weisen ebenfalls keine konkret erfolgte gesundheitsökonomische Analyse auf, sondern plausibilisieren lediglich, warum von einem guten Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis ausgegangen werden könnte (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2020).

abzuwarten. Eine Überprüfung, ob die Interventionen einen Beitrag zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten leisten, erfolgt bisher ebenfalls nicht. Gesundheitsökonomische Analysen werden nicht oder nur sehr selten durchgeführt und zur Ausgabensteuerung bisher nicht genutzt. Diese Arbeit trägt dazu bei, aufzuzeigen, welche Möglichkeiten der gesundheitsökonomischen Evaluation hier genutzt werden könnten, um die Qualitätssicherung, bzw. die Evaluation und Nutzenbewertung der Interventionen zu verbessern.

3.3. Institutionelle Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung Älterer

Im Fokus dieser Arbeit steht mit „den Älteren" die Altersgruppe der über 65-Jährigen, also Erwachsene nach Abschluss der Erwerbsphase. Von Seiten der WHO werden die Älteren erstmals in der Jakarta-Deklaration von 1997 als wichtige Zielgruppe von Gesundheitsförderung hervorgehoben (Kuhlmann & Koch 2009; WHO 1997). In Deutschland wird die besondere Relevanz der Prävention und Rehabilitation angesichts einer ständigen Zunahme chronischer Erkrankungen und einer steigenden Anzahl älterer Menschen bereits 2001 im dritten Altenbericht der Bundesregierung besonders herausgestellt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001: 18; Walter 2018). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen weist in seinem Gutachten 2001 auf unausgeschöpfte präventive Potenziale von älteren Menschen hin (Deutscher Bundestag 2001). Der vom BGM 2001 eingerichtete „Runde Tisch Prävention"[7] zielte neben dem Austausch zu Konzepten und Strategien der Prävention in den Handlungsfeldern Kindergarten/Schule und Betrieb auch auf das Handlungsfeld „Altern" (Walter 2018). Im Jahr 2000 begann auch der nationale Gesundheitszieleprozess gesundheitsziele.de, von dem ausgehend ab 2003 nationale Gesundheitsziele formuliert wurden. Im Jahr 2012 wurde das nationale Gesundheitsziel „Gesund älter werden" als siebtes Gesundheitsziel ergänzt. Größere Verbindlichkeit erhalten diese Ziele durch die explizite Bezugnahme im Präventionsgesetz von 2015. „Gesund im Alter" ist neben „Gesund leben und arbeiten" sowie „Gesund aufwachsen" eines der drei zentralen in den Bundesrahmenempfehlungen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes festgeschriebenen Handlungsfelder. Wie dies konkret umgesetzt wird, kann sich jedoch von Bundesland zu Bundesland unterscheiden.

Explizit festgeschrieben wurde im Präventionsgesetz mit der Beteiligung der Pflegekassen auch die Verpflichtung, gesundheitsfördernde Angebote in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen (§5, Abs.1, SGB XI).[8] Hierfür ist ab 2016 ein Betrag von mindestens 30 Cent jährlich pro versicherter Person aufzuwenden (jährlich anzupassender Betrag). Bezogen auf lebensweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele empfiehlt der GKV-Leitfaden zur Prävention von 2018 nun der Zielgruppe „ältere/alte Menschen" für Aktivitäten in der Lebenswelt

[7] Dieser wurde 2002 in das „Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung" überführt und ist 2007 in der BVPG aufgegangen (Golinowska et al. 2017).

[8] Diese sollen in erster Linie auf partizipative Organisationsentwicklungsprozesse zur Förderung der Prävention zielen. Damit sollen sie sich von der generellen Verpflichtung von Pflegeeinrichtungen zur Erbringung von Leistungen der aktivierenden Pflege (§11 SGB XI) abgrenzen, die davon unberührt bleibt (vgl. GKV-Spitzenverband 2018a: 6).

Kommune verstärkt Beachtung zu schenken. Bis 2014 lag in diesem Bereich ein besonderer Fokus auf der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen sowie der Berufstätigen (arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung). Seit 2018 werden diese Schwerpunkte nun dem Präventionsgesetz folgend durch Förderschwerpunkte ergänzt, die sich explizit auf „Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune“ und „Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen“ beziehen (GKV-Spitzenverband 2018b). In Bezug auf settingorientierte Interventionen, die speziell mit dem Fokus der Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen durchgeführt werden, waren Einrichtungen der Altenhilfe bzw. der (pflegerischen) Langzeitversorgung auch zuvor schon einbezogen. Der Anteil der in Pflegeheimen über diesen Weg erreichten Personen war jedoch verhältnismäßig gering (vgl. Tabelle 6 in Abschnitt 3.5).

Auf Bundesebene betreibt die BZgA seit 2014 das Präventionsprogramm „Älter werden in Balance“ und informiert über das Internetportal www.gesund-aktiv-aelter-werden.de zu gesundheitsrelevanten Themen für Ältere. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit benennt Ältere als eine seiner zentralen Zielgruppen. Im Rahmen des von 2008 bis 2020 laufenden Nationalen Aktionsplans IN FORM (Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung) betreibt die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren Organisationen e.V. (BAGSO) das Projekt „Im Alter IN FORM“ mit einer Laufzeit bis Mitte 2021, das bundesweit Fachtagungen, Schulungen und Beratung für Multiplikator:innen auf kommunaler Ebene anbietet (www.im-alter-inform.de).

Einem Bericht des Deutschen Instituts für Urbanistik zufolge, die im Auftrag der BZgA in den Jahren 2006 und 2015 bundesweit Kommunen zum Stellenwert und zur Ausgestaltung von Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen befragt haben, hat die Bedeutung, die diesen Aktivitäten auf kommunaler Ebene beigemessen wird, in diesem Zeitraum ebenfalls deutlich zugenommen. Inhaltlich erfolgen die meisten Angebote im Bereich Sport und Bewegungsförderung. (Hollbach-Grömig & Frölich von Bodelschwingh 2015).

Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere haben also in den letzten Jahren kontinuierlich an Bedeutung gewonnen. Das Feld der Förderung bleibt jedoch relativ unübersichtlich und ist in seinem tatsächlichen Stellenwert und Auswirkungen kaum systematisch zu erfassen.

Wie sich die Zahl der in den GKV-Präventionsberichten erfassten Interventionen bzw. erreichten älteren Personen in den letzten Jahren entwickelt hat, wird nach der Darstellung der Finanzierungswege für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland insgesamt im folgenden Abschnitt in Kapitel 3.5 vertiefend dargestellt.

3.4. Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland

Aufgrund der oben beschriebenen großen Heterogenität der Verantwortlichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung im föderalen deutschen Gesundheitssystem verteilt sich auch die Finanzierung der Aktivitäten auf eine große Anzahl von Akteuren. Andere Staaten mit

nichtstaatlichen Krankenversicherungssystemen, wie z.B. die Schweiz und Österreich, finanzieren demgegenüber gesundheitsfördernde Aktivitäten eher über übergreifende Stiftungen (Altgeld 2016: 140). Eine Übersicht der unterschiedlichen Finanzierungsquellen in Deutschland bietet die auf der Darstellung bei Altgeld (2016) basierende Tabelle 1.

Tabelle 1: Ausgewählte Einrichtungen, Strukturen, Finanzierungsquellen und -wege der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Deutschland von der nationalen zur kommunalen Ebene

	Staatliche Stellen	Öffentlich-rechtliche Körperschaften	Freie Träger/ Nicht-Regierungs-Organisationen[9]	Private Träger
Nationale Ebene	Haushaltsmittel der Bundesministerien für Gesundheit, Familie, Forschung, Inneres, Ernährung und Arbeit; BZgA; Bundesanstalt für Arbeitsschutz; Bundeszentrum für Ernährung in der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (ab 2017)	Mittel der GKV (§ 20, SGB V); Mittel der gesetzlichen Rentenversicherer (§ 31, SGB VI); Mittel der gesetzlichen Unfallversicherer (§ 14, SGB VII); Mittel der gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 5, SGB XI); Mittel der Körperschaften der Ärzteschaft auf Bundesebene	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung; Deutsche Gesellschaft für Ernährung; Deutscher Olympischer Sportbund; Stiftungsgelder, z. B. Robert Bosch Stiftung oder Auridis gGmbH	Großbetriebe, Investitionen nach dem Arbeitsschutzgesetz
Ebene der Bundesländer	Haushaltsmittel der Landesministerien für Gesundheit, Soziales, Inneres, Kultus und Frauen; Landesgesundheitsämter; Landesinstitute für Lehrerfortbildung	Landesverbände der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherer, Landesärztekammern	Landeszentralen/-vereinigungen für Gesundheit; Lotto-Stiftungen der Länder; Landessektionen der DGE; Landessportbünde	Großbetriebe; Spenden und Initiativen von Privatpersonen
Kommunale Ebene	Mittel aus kommunalen Haushalten; Gesundheitsämter; Schulverwaltungen	Mittel der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherer	Gesundheitszentren, lokale Gesundheitsinitiativen; lokale Stiftungen; Sportvereine	Klein- und Mittelbetriebe; Spenden und Initiativen von Privatpersonen; Bußgelder

Quelle: nach Altgeld 2016: 138

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung werden entsprechend der rechtlichen Zuständigkeit zum größten Teil von der GKV getragen. Seit den 1990er Jahren zeigt sich dabei eine deutliche Ausgabenverschiebung von den öffentlichen Haushalten zur GKV, wie die Ergebnisse der Gesundheitsausgabenrechnung in Tabelle 2 zeigen. Während der Finanzierungsanteil der öffentlichen Haushalte für Prävention und Gesundheitsschutz im Jahr 1992 noch knapp über dem der GKV lag und beide etwa für ein Drittel der Ausgaben verantwortlich waren, liegt der Ausgabenanteil der GKV im Jahr 2018 bei 47 Prozent (6,1 Mio. von 13,0 Mio. Euro). Der Anteil der öffentlichen Haushalte liegt demgegenüber nur noch bei 22 Prozent (2,8 Mio. Euro). In absoluten Zahlen hat sich der Beitrag der öffentlichen Haushalte in diesem Zeitraum um 42 Prozent erhöht, während sich der Beitrag der GKV mehr als verdreifacht hat. Noch deutlicher zeigt sich diese Verschiebung im Teilbereich der Gesundheitsförderung. Während die Ausgaben für diesen Bereich insgesamt von 1992 bis 2018 um 81 Prozent gestiegen sind, sind die Ausgaben der öffentlichen Haushalte mit nur 49 Prozent unterdurchschnittlich gewachsen,

[9] „Die nichtstaatlichen Einrichtungen erhalten zum Teil Fördergelder aus dem staatlichen und Sozialversicherungssektor. Sie akquirieren zudem weitere Gelder und setzen darüber hinaus Eigenmittel, Spenden und Mitgliedsbeiträge im erheblichen Umfang ein“ (Altgeld 2016).

gleichzeitig hat die GKV ihre Ausgaben um 449 Prozent erhöht. Der Finanzierungsanteil der GKV hat sich damit von 14 Prozent im Jahr 1992 auf 38 Prozent im Jahr 2018 gesteigert.

Tabelle 2: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenart und Ausgabenträger von 1992 bis 2018 in Mio. Euro

	Ausgaben pro Jahr in Mio. Euro					Prozentualer Anteil	Veränderung
Gesundheitsausgaben insgesamt	**1992**	**2000**	**2005**	**2010**	**2018**	**2018**	**1992-2018**
Ausgabenträger insgesamt	**159.468**	**214.651**	**242.015**	**291.084**	**390.628**	**100%**	**145%**
Öffentliche Haushalte	17.866	13.906	13.894	14.483	16.452	4%	-8%
Gesetzliche Krankenversicherung	98.339	123.417	135.320	165.138	222.090	57%	126%
Soziale Pflegeversicherung		16.639	17.805	21.428	39.529	10%	
Gesetzliche Rentenversicherung	3.525	3.525	3.596	4.052	4.880	1%	38%
Gesetzliche Unfallversicherung	2.800	3.637	3.929	4.610	6.004	2%	114%
Private Krankenversicherung	11.459	17.487	21.790	26.623	33.253	9%	190%
Arbeitgeber	6.959	8.697	10.193	12.141	16.363	4%	135%
Private Haushalte/ Private Organisationen ohne Erwerbszweck	18.521	27.343	35.488	42.609	52.057	13%	181%
davon Ausgaben für Prävention/Gesundheitsschutz							
Ausgabenträger insgesamt	**5.894**	**7.205**	**8.544**	**10.408**	**13.002**	**100%**	**121%**
Öffentliche Haushalte	1.982	1.970	2.147	2.397	2.806	22%	42%
Gesetzliche Krankenversicherung	1.801	2.786	3.493	4.613	6.132	47%	240%
Soziale Pflegeversicherung		244	278	309	453	3%	
Gesetzliche Rentenversicherung	178	171	178	188	138	1%	-22%
Gesetzliche Unfallversicherung	591	836	942	1.041	1.374	11%	132%
Private Krankenversicherung	105	181	214	240	363	3%	246%
Arbeitgeber	1.129	707	747	837	1.193	9%	6%
Private Haushalte/ Private Organisationen ohne Erwerbszweck	108	310	546	783	544	4%	404%
davon Ausgaben für Gesundheitsförderung							
Ausgabenträger insgesamt	**2.246**	**2.555**	**3.101**	**3.766**	**4.634**	**100%**	**106%**
Öffentliche Haushalte	689	694	769	858	1.025	22%	49%
Gesetzliche Krankenversicherung	325	814	1.005	1.234	1.784	38%	449%
Soziale Pflegeversicherung					9	0%	
Gesetzliche Rentenversicherung	0	2	9	16	38	1%	
Gesetzliche Unfallversicherung	5	18	23	34	66	1%	1220%
Private Krankenversicherung	49	90	94	107	159	3%	224%
Arbeitgeber	1.082	647	681	766	1.054	23%	-3%
Private Haushalte/ Private Organisationen ohne Erwerbszweck	96	289	520	752	499	11%	420%

Quelle: Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn: Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. € Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger (abgerufen am 23.06.2020)

Die Arbeitgeber als dritter großer Ausgabenträger im Bereich der Gesundheitsförderung hatten ihre Ausgaben in den 2000er Jahren im Vergleich zu 1992 deutlich reduziert, erst in den letzten Jahren nähern sich die Ausgaben wieder dem Stand von 1992 an. Ihr Ausgabenanteil liegt 2018 bei 23 Prozent, ist jedoch für die Zielgruppe dieser Arbeit nicht weiter relevant.

Über alle Ausgabenträger machen Ausgaben für Prävention- und Gesundheitsschutz 3,3 Prozent der Gesundheitsausgaben aus (13 Mrd. von 390 Mrd. Euro). Bezogen auf die GKV entsprechen die Ausgaben für Prävention- und Gesundheitsschutz einem Anteil von 2,8 Prozent der Gesamtausgaben. Dies waren 6,1 Mrd. Euro im Jahr 2018.

Der größte Anteil dieser Ausgaben entfällt laut Gesundheitsausgabenrechnung mit 2,1 Mrd. Euro auf die Früherkennung von Krankheiten (Sekundärprävention). 1,7 Mrd. entfallen laut GKV Rechnungsergebnissen im Jahr 2018 auf Schutzimpfungen, einen weiteren großen Budgetanteil machen stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (0,5 Mrd.) sowie die medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (0,4 Mrd.) aus (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Der Ausgabenanteil für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention jenseits von Impfungen ist also insgesamt nicht groß, wächst aber insbesondere innerhalb des Budgets der GKV deutlich stärker als die Ausgaben insgesamt. Die Kosten, die von der GKV für Leistungen entsprechend des Präventionsgesetzes nachgewiesen werden, umfassen:

- Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V - Individualansatz
- Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b /Prävention arbeitsbedingter Gefahren nach § 20c
- Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V - Nichtbetriebliche Lebenswelten

Die Entwicklung dieser Ausgaben seit 2012 ist in Tabelle 3 dargestellt. Die Ausgaben für diese Maßnahmen betrugen im Jahr 2019 insgesamt 630,8 Mio. Euro. Seit der Einführung des Präventionsgesetzes zeigt sich ein deutlicher Anstieg. Ebenfalls ausgeweitet wurden die Leistungen zur Primärprävention durch die soziale Pflegeversicherung. Deren Entwicklung wird in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 3: Ausgabenentwicklung der GKV für ausgewählte Ausgaben (entsprechend Präventionsgesetz) von 2012 bis 2019 in Mio. Euro

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Primäre Prävention (nach § 20 Abs. 1 SGB V) - Individualansatz (05110)	164,1	182,7	193,0	203,2	210,8	207,6	214,0	225,3
Betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention arbeitsbedingter Gefahren (05155)	46,1	54,5	67,8	76,2	146,9	158,1	172,2	239,9
Primäre Prävention nach (§ 20 Abs. 1 SGB V) - Nichtbetriebliche Lebenswelten (05170)	27,7	29,6	31,7	38,1	116,2	153,3	158,3	165,6
Gesamt	**238**	**266,8**	**292,5**	**317,5**	**473,9**	**519,0**	**544,5**	**630,8**

Quelle: Finanzergebnisse der GKV: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html (Abweichungen in der Gesamtsumme ergeben sich aus Rundungsdifferenzen)

Tabelle 4: Ausgabenentwicklung der sozialen Pflegeversicherung: Leistungen zur Primärprävention in der stationären Pflege in Mio. Euro

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Summe der Ausgaben	**o.A.**	**o.A.**	**o.A.**	**o.A.**	**4,56**	**8,51**	**9,9**	**17,55**

Quellen: Tabellenband zum Präventionsbericht 2018 (Römer 2018: 6), Tabellenband zum Präventionsbericht 2020 (Seidel et al. 2020: 2)

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf primärpräventiven und gesundheitsfördernden Interventionen für Ältere (Impfungen ausgenommen). Die für ältere Personen durch die GKV finanzierten Maßnahmen werden in erster Linie durch die hier dargestellten Budgets (Primärprävention nach Individualansatz und Primärprävention in nichtbetrieblichen Lebenswelten) finanziert. Gemessen an den oben dargestellten Gesamtbudgets sind diese Ausgaben klein, sie sind in den letzten Jahren jedoch als Folge der Regelungen des Präventionsgesetzes deutlich ausgeweitet worden. Hinzu kommen Public Health Interventionen, wie Informationskampagnen und die in Abschnitt 3.3 dargestellten Präventionsprogramme. Diese fallen (überwiegend) in den Bereich der öffentlichen Haushalte und damit in Budgets, die in den vergangenen Jahren insgesamt deutlich weniger ausgeweitet wurden. Wie in Abschnitt 2.3 aufgezeigt wurde, haben Angebot für ältere Menschen jedoch auch in diesen Bereichen in den letzten 15 bis 20 Jahren an Bedeutung gewonnen.

3.5. Umfang der Maßnahmen für Prävention und Gesundheitsförderung Älterer

Entsprechend der großen Heterogenität der Finanzierungswege ist der Finanzierungsumfang der Aktivitäten für einzelne Zielgruppen insgesamt nicht darstellbar. Übergreifend wird auch in den Ausgabenrechnungen der GKV nicht ausgewiesen, welche Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung für welche Altersgruppen erfolgen.

Für Teilbereiche der GKV-Ausgaben lassen sich jedoch zumindest Aussagen treffen, in welchem Umfang ältere Altersgruppen einbezogen sind. Den Präventionsberichten der gesetzlichen Kassen kann entnommen werden, welche Altersgruppen Angebote der Individualprävention annehmen – und welcher Anteil der settingbezogenen Ansätze in Schulen und Kindergärten, bzw. in Pflegeheimen durchgeführt wird.

Tabelle 5: Inanspruchnahme der Kurse (individuelle verhaltensbezogene Prävention, GKV) und Bevölkerung nach Altersgruppen im Jahr 2019

	Inanspruchnahme Kurse		Bevölkerung (in 1.000) im Jahr 2019	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Unter 20	44.772	2,5%	15.330,5	18,4%
20 bis unter30	119.953	6,7%	9.682,9	11,6%
30 bis unter40	253.406	14,1%	10.784,9	13,0%
40 bis unter 50	274.204	15,2%	10.182,4	12,2%
50 bis unter 60	457.201	25,4%	13.447,5	16,2%
60 bis unter 70	384.943	21,3%	10.506,8	12,6%
Ab 70 Jahre	269.123	14,9%	13.231,6	15,9%
Gesamt (gültige Angaben)	1.803.602	100%	83.166,7	100%

Quellen: Statistische Bundesamt (Destatis), 2019: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Stand 11.12.2020; Tabellenband zum Präventionsbericht 2020: Anzahl der Kursteilnahmen nach Alter und Geschlecht (Seidel et al. 2020: 82), Berechnung der Prozentwerte KH.

In Bezug auf die Altersstruktur der Teilnehmenden der durch die GKV finanzierten Gesundheitskurse (individuelle verhaltensbezogene Prävention) zeigt Tabelle 5, dass insbesondere die Altersgruppe der 50 bis unter 60-Jährigen, aber auch die Gruppe der 60 bis unter 70-Jährigen im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung in diesen Kursen überproportional vertreten ist. Die Altersgruppe ab 70 Jahre ist jedoch leicht unterproportional vertreten. Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Inanspruchnahme nach Geschlecht. Nur 19% der Teilnehmenden an den Kursen sind Männer, diese werden also grundsätzlich durch die Kursangebote nur schlecht erreicht (Bauer et al. 2020: 84).

Die Ausweitung der seit dem Präventionsgesetz durch den Setting-Ansatz erreichten Personen zeigt sich ab 2016 sehr deutlich, wie in Tabelle 6 zu sehen ist. Die Zahl der direkt erreichten Personen hat sich von 2015 bis 2018 um mehr als 80 Prozent erhöht. Die Werte für 2019 sind erneut deutlich höher, aufgrund einer geänderten Erhebungsmethoden jedoch nicht mehr direkt mit den vorangegangenen Werten vergleichbar. Der Anteil settingbezogener Aktivitäten mit der spezifischen Zielgruppe der über 68-Jährigen ist zwischen 2012 und 2017 relativ konstant geblieben. Settingbezogene Interventionen im Altenheim (bis 2015) bzw. in der stationären Pflege (ab 2017) erreichen im Verhältnis zu den anderen Lebenswelten nur eine kleine Gruppe, doch auch hier zeigt sich von 2017 bis 2019 ein deutlicher Anstieg.

Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention erfolgen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen seit 2016 auch basierend auf dem Präventionsgesetz durch die Pflegekassen

und sind seitdem von Jahr zu Jahr weiter ausgebaut worden. Im Jahr 2018 erbrachten dem Präventionsbericht der gesetzlichen Kassen zufolge ca. 9 Prozent der 14.480 Pflegeeinrichtungen in Deutschland Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung, im Jahr 2019 waren es bereits 14 Prozent (Bauer et al. 2020: 90). Die Ausgaben entsprechen im Jahr 2019 0,24 Euro pro Versicherten, d.h. die Vorgaben des Präventionsgesetzes sind hier noch nicht erreicht worden. (siehe ebd.: 133).

Tabelle 6: Entwicklung der Anzahl der mit Aktivitäten der Primärprävention/Gesundheitsförderung von der GKV oder der Pflegekassen erreichten Personen von 2012 bis 2019

	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Erreichte Personen Individuelle verhaltensbezogene Prävention	1 343 236	1 710 773	1 665 209	1 673 523	1 675 008	1 685 490	1 805 889
Erreichte Personen Setting-Ansatz/Lebenswelten (direkt)*	2 522 516	2 161 609	2 513 213	3 280 868	4 452 092	4 620 807	6 837 280**
Erreichte Personen betriebliche Gesundheitsförderung, direkt*	891 352	1 214 764	1 302 383	1 439 283	1 854 427	2 152 547	2 280 653
Erreichte Personen Altenheim direkt*	85.483	47.150	48.687	o.A.			
Soziale Pflegeversicherung: Prävention in stationärer Pflege: erreichte Personen	-	-	-	-	14 439	55 370	110 767
Setting-Ansatz/Lebenswelten: Aktivitäten mit Zielgruppe 68-80 Jahre	5% (60+)	4%	4%	5%	4%	5%	8%
Setting-Ansatz/Lebenswelten: Aktivitäten mit Zielgruppe über 80 Jahre		3%	1%	1%	1%	2%	4%

Quelle: Tabellenbände zu den Präventionsberichten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbandes (Abschnitt 1: Wichtige Kennziffern, Abschnitt 4: Settingansatz/Lebenswelten: Anzahl der in Settings/Lebenswelten erreichten Personen (Schätzung), Zielgruppen (Mehrfachnennungen möglich)): Tabellenband 2020 (Seidel et al. 2020: 1-2, 15), Tabellenband 2019 (Römer & Geiger 2019: 14), Tabellenband 2018 (Römer 2018: 14), Tabellenband 2017 (Schempp 2018: 1, 10), Tabellenband 2016 (Schempp 2016: 7, 10), Tabellenband 2015 (Schempp 2015: 7, 10) Tabellenband 2013 (Seidel 2013: 4, 12, 14)
*Schätzzahlen
** Geänderte Erhebungsmethode 2019, daher kein direkter Vergleich zu den Vorjahren möglich.

Während bei der Inanspruchnahme der Kurse entsprechend dem Individualansatz Ältere überproportional vertreten sind, nehmen ältere Zielgruppen bei den Aktivitäten entsprechend des Setting-Ansatzes nur einen sehr kleinen Anteil ein. Über den Setting-Ansatz und die betriebliche Gesundheitsförderung wurden 2019 mehr als 9 Millionen Personen erreicht, demgegenüber stehen nur 1,8 Millionen Personen, die über den Individual-Ansatz erreicht wurden. Neben der betrieblichen Gesundheitsförderung werden im Setting-Ansatz überwiegend Kinder und Jugendliche erreicht. Im Jahr 2019 zielten 34 Prozent der lebensweltbezogenen Aktivitäten auf Kindergärten/Kindertagesstätten, 27 Prozent auf Grundschulen und 22 Prozent auf weiterführende Schulen. Auf die Kommune (Gemeinde/Stadt(-teil)/Landkreis) oder „Andere Lebenswelten“ und damit Settings, über die potenziell ältere Menschen erreicht werden könnten, zielten drei bzw. sechs Prozent der Aktivitäten (Seidel et al. 2020: 8f.). Über die verschiedenen Förderbereiche hinweg sind Ältere bei den Präventionsaktivitäten der GKV entsprechend unterrepräsentiert.

Insgesamt ist im Vergleich zu den allgemeinen Gesundheitsausgaben der Ausgabenanteil für Primärprävention und Gesundheitsförderung gering. Deutlich zu sehen ist in den Daten die Stärkung der settingbezogenen Prävention durch das Präventionsgesetz. Maßnahmen spezifisch für Ältere machen nur einen relativ geringen Anteil aus. Die Ausgaben und die Anzahl der

erreichten Personen haben sich jedoch insbesondere über die Stärkung der Prävention in der stationären Pflege in den letzten Jahren erhöht.
Mit steigender Bedeutung und steigendem Finanzierungsumfang entsprechender Interventionen, sollte auch die Bewertung der Effizienz dieser Aktivitäten – und die Frage, wie die spezifischen Formen der Ressourcenallokation begründet bzw. legitimiert werden können, an Bedeutung gewinnen. Die Arbeit legt daher ihren Fokus genau auf diesen Bereich.

4. Gesundheitsökonomische Evaluation von gesundheitsfördernden Interventionen für Ältere

Um die zentrale Fragestellung der Dissertation, ob und in welcher Form gesundheitsökonomische Evaluationen ein angemessenes Mittel sind, um Entscheidungsträger:innen bei der Allokation von Ressourcen zu unterstützen, beantworten zu können, wurde in den Einzelarbeiten jeweils eine der eingangs genannten zentralen Teilfragen in den Fokus gestellt. Die erste Einzelarbeit fokussiert die Frage, welche besonderen methodologischen Herausforderungen bei der ökonomischen Evaluation von primärpräventiven oder gesundheitsfördernden Interventionen für ältere Menschen bestehen (K. Huter et al. 2016). Die zweite Arbeit geht der Frage nach, welche gesundheitsökonomische Evidenz zur Kosteneffektivität solcher Interventionen vorliegt (Dubas-Jakóbczyk et al. 2017). Die dritte Arbeit analysiert dezidiert, wie in den erfolgten gesundheitsökonomischen Evaluationen, die im zweiten Artikel einbezogen wurden, mit den im ersten Artikel identifizierten methodischen Herausforderungen umgegangen wurde, inwieweit sie also in der Praxis berücksichtigt werden (Kai Huter et al. 2018). Die Auseinandersetzung mit gerechtigkeitsbezogenen Fragen in der gesundheitsökonomischen Evaluation folgt mit der Darstellung der vierten Einzelarbeit in Kapitel 5. Bevor die zentralen Ergebnisse der Einzelarbeiten in den folgenden Kapiteln kurz zusammengefasst werden, werden zum besseren Verständnis zentrale Konzepte und methodische Ansätze der gesundheitsökonomischen Evaluation eingeführt.

4.1. Grundlagen der gesundheitsökonomischen Evaluation

Die ökonomische Evaluation wird der sehr verbreiteten Definition von Drummond folgend als vergleichende Analyse von Handlungsalternativen sowohl hinsichtlich der Kosten als auch der Folgen definiert (Michael F Drummond et al. 2005: 9). Vor diesem Hintergrund bestehen die zentralen Aufgaben der ökonomischen Evaluation in der Identifikation, dem Messen, Bewerten und Vergleichen sowohl der Kosten als auch der Folgen von mindestens zwei Handlungsoptionen (Michael F Drummond et al. 2005: 9). Die dahinterstehende Leitfrage ist immer die Frage, ob sich eine Intervention oder ein Verfahren – in diesem Fall im Gesundheitsbereich – im Vergleich zu anderen Dingen lohnt, die mit den gleichen Ressourcen finanziert werden könnten. Die alternative Intervention, mit der ein zu untersuchendes Verfahren verglichen wird, kann eine sonst übliche Intervention sein, die wirksamste Intervention, die bisher bekannt ist, oder im Bereich Public Health häufig die Alternative des Nichtstuns. Dabei wird das Konzept der

Opportunitätskosten angewendet. Diese bezeichnen allgemein den entgangenen Nutzen, d.h. den Nutzen, auf den man verzichtet, weil man die zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht für eine alternative Intervention verwendet.

Bei der gesundheitsökonomischen Evaluation von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Ältere könnte es also dementsprechend darum gehen herauszufinden, mit welcher Art der Intervention für Ältere ein höherer Nutzen erzeugt werden kann – zum Beispiel im Vergleich des Nutzens eines regelmäßigen Gymnastikkurses zur Sturzprävention mit einem Rollatortraining im öffentlichen Personennahverkehr. Es könnten jedoch auch zielgruppenübergreifend Interventionen für Senioren mit Maßnahmen für jüngere Menschen verglichen werden oder präventive Interventionen in einem direkten Vergleich mit kurativen Maßnahmen. Dies bringt Schwierigkeiten mit sich, die im folgenden Kapitel 4.2 ausgeführt werden.

Vor dem Hintergrund, dass die Ressourcen, die im Gesundheitssystem aufgewendet werden, begrenzt sind, geht es bei der gesundheitsökonomischen Evaluation grundsätzlich darum herauszufinden, wie Ressourcen ausgegeben bzw. verteilt werden sollten, um ein möglichst optimales Ergebnis zu erhalten. Das optimale Ergebnis wird in der klassischen Wohlfahrtsökonomie als Maximierung eines Gesamtnutzens gesehen, der sich aus der Summe des individuellen Nutzens der Einzelnen ergibt (Welfarismus). Der individuelle Nutzen kann – basierend auf dem Leitgedanken der individuellen Souveränität – nur auf Basis der individuellen Präferenzen der Beteiligten erhoben werden. Extra-welfaristische Ansätze weichen von dieser Prämisse ab und setzen die Maximierung von Gesundheit oder gesundheitsbezogenen Outcomes als von außen (d.h. nicht basierend auf individuellen Präferenzen) gesetztes Ziel der Optimierung. Wie in Kapitel 5 (Einzelarbeit 4: Kai Huter 2020) ausführlicher erläutert wird, kann das optimale Ergebnis auch durch gerechtigkeitsbezogene Ziele ergänzt werden.

Die wichtigsten Typen der gesundheitsökonomischen Evaluation unterscheiden sich entsprechend darin, wie die Folgen, d.h. die Effekte bzw. der Nutzen einer Intervention gemessen werden (vgl. Michael F Drummond et al. 2005). **Kosten-Effektivitäts-Analysen (cost effectiveness analyses, CEAs)** messen die Effekte in natürlichen Einheiten. Dies können physikalische Einheiten sein, wie z.B. der Grad der Senkung des Blutdrucks, eine Gewichtsabnahme oder auch die Anzahl verhinderter Krankheitsfälle, wie z.B. Herzinfarkte oder die Anzahl verhinderter Stürze. Sofern nicht sehr allgemeine Indikatoren verwendet werden, wie z.B. die durch eine Intervention gewonnenen Lebensjahre, können mit der CEA nur sehr indikationsspezifische Interventionen miteinander verglichen werden (Rothgang & Salomon 2009: 347). Die **Kosten-Nutzwert-Analyse (cost utility analyses, CUAs)** versucht diese Limitation zu überwinden, indem universelle Parameter entwickelt wurden, in denen unterschiedliche Effekte einer Intervention aggregiert werden. Der am häufigsten genutzte Parameter oder Index ist das qualitätsadjustierte Lebensjahr (quality-adjusted life year, QALY). Dieser erfasst die durch eine Intervention gewonnenen Lebensjahre und gewichtet sie entsprechend der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, in der diese Jahre verbracht werden. Die Lebensqualität wird auf einer Skala von 0 (entspricht dem Versterben) bis 1 (volle Gesundheit) bewertet und mit der Anzahl der

Lebensjahre multipliziert. CEA und CUA zählen zu den extra-welfaristischen Ansätzen. Ein Sonderfall der CEA (oder CUA) ist die **Kosten-Konsequenz-Analyse (cost-consequence analyses, CCAs).** Diese wird von einigen Autor:innen insbesondere für den Bereich der Gesundheitsförderung bzw. Public Health für Interventionen empfohlen, die eine Vielzahl von Effekten oder sowohl gesundheitliche als auch nicht-gesundheitliche Effekte haben, die sich schlecht bzw. nicht in einem Indikator aggregieren lassen (H. Weatherly et al. 2009). Charakteristisch für die CCA ist, dass verschiedene Kostenkomponenten und verschiedene Effekte einer Intervention separat präsentiert und berechnet werden. Diese Darstellung führt zu schwerer interpretierbaren Ergebnissen, ermöglicht es jedoch Entscheidungsträger:innen basierend auf einer differenzierenden Bewertung unterschiedlicher Effekte zwischen Interventionen zu entscheiden (Brouwer et al. 2008; Michael F Drummond et al. 2005).

Deutlich von den vorangegangenen Ansätzen zu unterscheiden ist die in der Regel dem Welfarismus zuzuordnende **Kosten-Nutzen-Analyse (cost-benefit analyses, CBAs).** In dieser werden nicht nur die Kosten, sondern auch die Effekte bzw. der Nutzen einer Intervention in monetären Einheiten ausgedrückt. Dies kann ohne subjektive Elemente erfolgen, indem allein die vermiedenen Gesundheitskosten bestimmt werden. Um auch dem Gesundheitsgewinn selbst einen Wert beizumessen, werden andere Verfahren benutzt. Der Effekt einer Intervention wird bewertet, indem die individuellen Präferenzen über die individuelle Zahlungsbereitschaft (willingness-to-pay) für einen solchen Effekt ermittelt werden. Auf diesem Weg können auch sehr unterschiedliche Effekte sowie nicht-gesundheitsbezogene Effekte einbezogen bzw. miteinander verglichen werden. Ein Vergleich von Interventionen in unterschiedlichen Politikfeldern ist ebenfalls möglich. CBAs basierend auf der Erfassung der individuellen Zahlungsbereitschaft werden im Bereich der Gesundheitsökonomie nur selten durchgeführt, da die Bewertung des gesundheitlichen Nutzens durch eine individualisierte monetäre Bewertung vielfach als unangemessen angesehen wird. Je nachdem, wie in extra-welfaristischen Ansätzen Lebensqualität gemessen wird, können jedoch auch in QALYs individuelle Präferenzen der Betroffenen einfließen, insofern wird also auch hier zum Teil an welfaristische Ideen angeknüpft (Brouwer et al. 2008).

Während aus einer CBA direkte Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können, können Handlungsempfehlungen basierend auf CEA oder CUA nur über einen direkten Vergleich zwischen zwei Interventionen mit vergleichbaren Effektparametern getroffen werden – oder es müssen extern Zahlungsgrenzwerte festgelegt werden, die als Ausdruck einer gesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft verstanden werden können.

Hinsichtlich der zu erfassenden Kosten unterscheiden sich die verschiedenen Ansätze wenig. Hier ist entscheidender, welche Analyse-Perspektive eingenommen wird. Für den Bereich Public Health und Gesundheitsförderung wird in der Regel empfohlen eine gesellschaftliche Perspektive einzunehmen, d.h. alle gesellschaftlichen Kosten- und Nutzendimensionen zu erfassen. Häufig wird jedoch in gesundheitsökonomischen Evaluationen eine Kostenträger-Perspektive eingenommen.

Welche besonderen Schwierigkeiten und Herausforderungen sich bei der gesundheitsökonomischen Evaluation von gesundheitsfördernden Interventionen für Ältere stellen und was dies für die Entscheidungsunterstützung bei der Ressourcenallokation bedeutet, fasst das folgende Kapitel zusammen.

4.2. Methodische Herausforderungen der gesundheitsökonomischen Evaluation gesundheitsfördernder Interventionen für Ältere (Einzelarbeit 1)

Die Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation wurden im Bereich der kurativen medizinischen Interventionen entwickelt. Werden sie auf die Evaluation von Interventionen im Bereich der Primärprävention oder Gesundheitsförderung übertragen, bestehen methodische und methodologische Herausforderungen, die dazu führen, dass Ergebnisse nur eingeschränkt mit den Evaluationsergebnissen kurativer Interventionen vergleichbar sind. Dies ist bei der Interpretation und Nutzung von Ergebnissen der gesundheitsökonomischen Evaluation zur Entscheidungsunterstützung zu berücksichtigen. Probleme ergeben sich auf drei Ebenen: Zum einen stehen hinter den Problemen allgemeine methodische Kontroversen innerhalb der Gesundheitsökonomie, zweitens bestehen generelle Probleme der Übertragbarkeit der gesundheitsökonomischen Methoden auf den Bereich der Gesundheitsförderung und drittens sind Besonderheiten der spezifischen Zielgruppe der Älteren zu berücksichtigen.
Ein Teil der Herausforderungen ist insbesondere damit verbunden, dass für die Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen generell die Einnahme einer gesellschaftlichen Analyseperspektive empfohlen wird. Weatherly et al. identifizieren für den Bereich Public Health, der auf den Bereich der Gesundheitsförderung übertragbar ist, vier zentrale Bereiche, in denen besondere Herausforderungen für die gesundheitsökonomische Evaluation bestehen: (1.) die Zuordnung bzw. Zuschreibung von Effekten, (2.) das Messen und Bewerten von Effekten, (3.) die Identifikation und das Messen der Kosten sowie (4.) Gerechtigkeitserwägungen bzw. die Auswirkungen auf gesundheitliche Chancengleichheit (H. Weatherly et al. 2009). Schaut man speziell auf die Älteren, dann lassen sich vier spezifischere Problemfelder identifizieren:
1. Die angemessene Messung und Bewertung des Aufwands für informelle Pflege: Dies kann sich sowohl auf den Aufwand für informelle Pflege beziehen, der als Effekt der Intervention nicht von anderen zu Versorgung der Zielperson der Intervention zu leisten ist (bezogen auf den Zeitaufwand, aber auch gesundheitliche Folgen für die betreuende Person), als auch auf informelle Arbeit, die von der Zielperson geleistet wird (als Teil der Produktivitätskosten, s.u.).
2. Die angemessene Messung und Bewertung von Produktivitätskosten (inklusive unbezahlter Arbeit): Diese Kosten beziehen sich auf die Produktivität, die einer Gesellschaft aufgrund von Krankheit oder Tod verloren geht. Ob diese einbezogen werden sollte ist in der Gesundheitsökonomie umstritten, sofern Sie jedoch einbezogen werden, wären Menschen jenseits des Rentenalters benachteiligt, wenn nicht auch die von ihnen geleistete unbezahlte Arbeit (z.B. für informelle Pflege, Kinderbetreuung etc.) berücksichtigt wird.

3. Nicht-interventionsassoziierte Kosten, die in gewonnen Lebensjahren entstehen: Dies sind medizinische oder auch nicht-medizinische Kosten, die durch lebenszeitverlängernde Maßnahmen entstehen (z.B. für die Langzeitpflege). Da in der Zukunft liegende Kosten üblicherweise diskontiert werden, würden Interventionen für ältere Menschen im Vergleich zu Interventionen für jüngere als weniger kosteneffektiv bewertet werden, weil die Kosten in näherer Zukunft anfallen und daher weniger diskontiert werden. Hier bestünde im Vergleich zu jüngeren also eine Benachteiligung.

4. Der Einschluss von über die Gesundheit hinausgehenden positiven Effekten bzw. die Berücksichtigung spezifischer Präferenzen älterer Menschen in Bezug auf soziale Bedürfnisse und die Bewertung ihrer Gesundheit: Gerade gesundheitsfördernde Interventionen zielen häufig nicht nur auf die gesundheitliche, sondern auch auf soziale Bedürfnisse älterer Menschen, dieser Aspekt wird vernachlässigt, wenn nur gesundheitliche Effekte bewertet werden. Hinzu kommt, dass sozialen Effekten im Vergleich zur körperlichen Gesundheit von älteren Menschen häufig ein größerer Wert beigemessen wird als von jüngeren Menschen. Dies ist insbesondere mit Blick auf das QALY relevant. Es gibt vier Gründe, aufgrund derer das QALY altersdiskriminierende Wirkungen haben kann. (1.) Ältere Menschen haben eine geringere verbleibende Lebenserwartung als jüngere Menschen, wenn das Ziel einer Intervention ist, QALYs zu maximieren, können ältere Menschen insgesamt nur weniger QALYs gewinnen als jüngere. (2.) Die Instrumente, mit denen Lebensqualität zur Berechnung der QALYs erfasst wird, fokussieren auf gesundheitsbezogene Lebensqualität, soziale Effekte spielen eine geringere Rolle, diese werden jedoch von Älteren in der Regel bezüglich ihrer Lebensqualität stärker gewichtet. (3.) Die Instrumente, die gesundheitsbezogene Lebensqualität messen, wie z.B. EQ-5D messen diese unabhängig vom Alter. Physische Funktionalitäten haben bei der Bewertung einen relativ großen Stellenwert, der Stellenwert der der physischen Funktionalität beigemessen wird, sinkt jedoch mit steigendem Alter. Sowohl in Bezug auf soziale Dimensionen als auch auf Aspekte der körperlichen Gesundheit werden also Präferenzen Älterer nur unzureichend abgebildet. (4.) Der durchschnittliche Gesundheitszustand Älterer ist schlechter als der Jüngerer. Gesundheitsgewinne, die Ältere realisieren können, sind entsprechend kleiner, da aufgrund von Komorbiditäten eine Intervention keine vollständige Gesundheit wiederherstellen kann, auch wenn sie erfolgreich ist (Edlin 2014; K. Huter et al. 2016).

Von den vier in diesem Kapitel dargestellten Herausforderungen betreffen die drei auf die Kosten bezogenen Aspekte im Prinzip jede gesundheitsökonomische Evaluation einer Intervention für Ältere, die eine gesellschaftliche Perspektive einnimmt. Hinsichtlich des Messens und der Bewertung von Effekten sind es die CBA und CUA, die das Problem haben, dass (ungewollt) implizite altersdiskriminierende Bewertungen in der Bewertung der Effekte enthalten sein können. Insbesondere das häufig genutzte QALY kann Ältere benachteiligen, sofern es genutzt wird, um Interventionen für Zielgruppen unterschiedlicher Altersklassen zu vergleichen.

In Hinblick auf die Frage, wie gesundheitsökonomische Evaluationen in diesem Bereich zur Entscheidungsunterstützung genutzt werden können, ist eine zentrale Schlussfolgerung, dass aufgrund der genannten Probleme sowohl die Vergleichbarkeit der Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen von gesundheitsfördernden Interventionen für ältere Menschen mit denen von kurativen Interventionen als auch mit denen von gesundheitsfördernden Interventionen für jüngere Menschen erheblich eingeschränkt ist. Werden diese Problembereiche nicht berücksichtigt, kann dies zu einer impliziten Diskriminierung von Interventionen für Ältere führen.
Ein ganz zentrales Problem betrifft die Auswahl geeigneter Ergebnisindikatoren. Insbesondere der international häufig genutzte aggregierte Indikator der qualitätskorrigierten Lebensjahre (QALY) sollte nicht zum Vergleich von Interventionen zwischen jüngeren und älteren Altersgruppen verwendet werden. Vielversprechend ist hier als Ausblick die zunehmende Forschung zu alternativen aggregierten Indikatoren, die altersspezifische Präferenzstrukturen stärker berücksichtigen, wie z.B. der ICECAP-O (ICEPop CAPability measure for Older people) oder der ASCOT (Coast et al. 2008; Grewal et al. 2006; Makai et al. 2014). Angesichts der komplexen oder vielschichtigen Effekte, die durch gesundheitsfördernde Interventionen erreicht werden können, kann es auch angemessener sein, nicht alle Effekte in einen gemeinsamen Indikator zu integrieren, sondern stärker auf eine disaggregierte Darstellung unterschiedlicher Effekte im Sinne einer CCA zu setzen.
Auch jenseits des QALYs ist ein Vergleich zwischen Interventionen für unterschiedliche Altersgruppen basierend auf den Ergebnissen gesundheitsökonomischer Evaluationen nicht empfehlenswert. Mit Blick auf die als problematisch identifizierten Kostenkategorien ist es sinnvoll, Sensitivitätsanalysen sowohl mit als auch ohne die umstrittenen Kostenkategorien durchzuführen, die Präsentation der Ergebnisse in Form einer CCA erhöht dabei Transparenz. Ressourcenallokationsentscheidungen in diesem Bereich werden letztendlich sozial oder politisch begründet von Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen zu treffen sein, eine Ausdifferenzierung der Ergebnisse im Sinne der CCA kann Entscheidungen sinnvoll vorbereiten und Transparenz über die Konsequenzen verschiedener Allokationsentscheidungen erhöhen.
Jenseits dieser Einschränkungen kann die gesundheitsökonomische Evaluation für den Vergleich unterschiedlicher Interventionen innerhalb einer Altersgruppe ein sehr hilfreiches Unterstützungsinstrument darstellen, um einen optimalen Ressourceneinsatz zu begründen (K. Huter et al. 2016).

4.3. Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen (Einzelarbeit 2)

Zur Bewertung des Stellenwerts, den gesundheitsökonomische Evaluationen aktuell zur Entscheidungsunterstützung einnehmen können, ist es sinnvoll in den Blick zu nehmen, welche gesundheitsökonomische Evidenz zur Kosteneffektivität von gesundheitsfördernden Interventionen bisher vorliegt, welche Art von Interventionen evaluiert wurde, welche Methoden verwendet wurden und wie die Qualität der Studien ist. Zur Beantwortung dieser Fragen wurde ein systematisches Review durchgeführt (Dubas-Jakóbczyk et al. 2017), dessen Ergebnisse hier

zusammengefasst vorgestellt werden. Eingeschlossen wurden volle gesundheitsökonomische Evaluationen, d.h. CEA, CUA, CCA oder CBA, im Zeitraum von 2000 bis 2015, die sich auf ein breites Spektrum an Interventionen der Primärprävention (ohne Impfungen) oder Gesundheitsförderung bezogen, entsprechend der WHO-Definition der Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 2) bzw. entsprechend einer der Typen der Gesundheitsförderung gemäß der Systematisierung von McKenzie et al. (McKenzie et al. 2012). Es wurden nur Studien eingeschlossen, die sie sich auf die Altersgruppe 65 Jahre und älter bezogen oder Ergebnisse für eine Altersgruppe über 65 Jahre separat ausgewiesen haben.

Von den 29 Studien, die in das Review einbezogen wurden, zielten 22 auf Sturzprävention, drei auf die Prävention von Behinderungen, zwei auf den allgemeinen Gesundheitszustand, eine auf den Mangel an physischer Aktivität und eine auf Mundgesundheit. Die meisten Studien sind CEAs und CUAs, einige kombinieren beides, nur drei Studien sind CBAs, zwei Studien sind CCAs. Nur zwölf Studien nehmen für ihre Analyse eine gesellschaftliche Perspektive ein, in zweien wird die eingenommene Perspektive nicht benannt. Bezogen auf die Qualität der Studien wurden elf als gut, 14 als moderat/mäßig und vier Studien als von geringer Qualität bewertet. Einer der häufigsten Qualitätsmängel bestand darin, dass nicht alle relevanten Kosten und Folgen der Intervention in die Analyse eingeschlossen wurden.

Im Bereich der Bewegungsinterventionen zur Fallprävention gibt es einige Studien von guter oder moderater Qualität, die eine Kosteneffektivität verschiedener Interventionen bestätigen – in Abhängigkeit von dem Grenzwert der jeweils angelegt wurde. Aufgrund der beschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurde in dem Review keine Meta-Analyse durchgeführt. Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse für das am häufigsten genutzte Kostenverhältnis, Kosten pro verhinderten Fall (kaufkraftbereinigt), zeigt eine sehr breite Varianz von 161 bis122.516 $PPP[10] pro verhindertem Fall.

Ein herausragendes Ergebnis dieses Reviews ist die große methodische Diversität der Studien. Sowohl die angewandten Methoden als auch die jeweils eingeschlossenen Kostenkategorien und die erfassten Effekte variieren stark. Neben der häufig nur moderaten Qualität der Studien führt dies dazu, dass die Ergebnisse kaum miteinander vergleichbar oder verallgemeinerbar sind. So zeigt sich auch als ein Beispiel, dass die Höhen der ermittelten Kostenverhältnisse für einen verhinderten Fall unabhängig davon sind, welche Qualität die Studie hat, welche Perspektive eingenommen wurde und ob jeder Fall oder nur Fälle, die zu mäßigen bis schweren Verletzungen führten, einbezogen wurden.

Stürze sind ein großes Risiko für ältere Menschen und eine häufige Ursache von Mobilitätseinschränkungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Es ist jedoch auffällig, dass die Prävention anderer relevanter Gesundheitsprobleme älterer Menschen, wie z.B. Lungenerkrankungen, Diabetes, depressive Störungen, Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (WHO 2015: 60f.) bisher so gut wie gar nicht gesundheitsökonomisch evaluiert werden. Im Vergleich zu dem sehr breiten

[10] Internationale Dollars, Purchasing Power Parity (kaufkraftbereinigt) für das Jahr 2014.

Spektrum möglicher Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung, das einleitend skizziert wurde, wird insofern nur ein sehr kleiner Ausschnitt bisher überhaupt in gesundheitsökonomische Evaluationen einbezogen (vgl. Kapitel 2).
Insgesamt ist festzuhalten, dass der Kenntnisstand zur ökonomischen Effizienz von primärpräventiven und gesundheitsfördernden Interventionen für Ältere bisher sehr begrenzt ist. Methodisch zeigt sich, dass methodische Standards häufig nicht eingehalten werden und die durchgeführten Studien aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen kaum vergleichbar sind. Es besteht also ein deutlicher Bedarf an qualitativ hochwertigen gesundheitsökonomischen Evaluationen zu einem breiten Spektrum unterschiedlicher gesundheitsfördernder oder primärpräventiver Projekte, um Entscheidungsträger:innen bei der Ressourcenallokation im Gesundheitssektor zu unterstützen. Notwendig ist neben der Orientierung an bestehenden fachlichen Standards aber auch eine gewisse Vereinheitlichung der Vorgehensweise insbesondere in Bezug auf für Ältere relevante Aspekte der Evaluation, wie das folgende Kapitel genauer ausführen wird.

4.4. Wie wird in gesundheitsökonomischen Evaluationen mit den methodologischen Problemen und Herausforderungen umgegangen? (Einzelarbeit 3)

Zur Bewertung der Aussagekraft vorliegender gesundheitsökonomischer Evaluationen von gesundheitsfördernden bzw. primärpräventiven Interventionen für ältere Menschen stellt sich, nachdem die besonderen methodologischen Herausforderungen an solche Studien herausgearbeitet wurden, die Frage, wie mit diesen in praktisch durchgeführten Studien umgegangen wird. Zur Beantwortung dieser Frage wurden die in das systematische Review (Dubas-Jakóbczyk et al. 2017) eingeschlossenen Studien speziell auf diese Frage hin untersucht (Kai Huter et al. 2018). Das ursprüngliche systematische Review wurde für die Auswertung aktualisiert, so dass Studien von 2000 bis 2018 eingeschlossen wurden. Dadurch hat sich die Zahl der eingeschlossenen Studien von 29 auf 37 erhöht.[11] Der Fokus der Analyse lag auf den Fragen, wie mit den Kosten informeller Arbeit, insbesondere Pflegearbeit umgegangen wurde (1.), ob und in welcher Form Produktivitätskosten (2.) und nichtinterventionsassoziierte Kosten in zusätzlichen Lebensjahren (3.) berücksichtigt wurden und inwieweit über die Gesundheit hinausgehende Effekte (4.) einbezogen wurden. Fragen der gesundheitlichen Ungleichheit bzw. gesundheitlicher Gerechtigkeit wurden in keiner der eingeschlossenen Studien thematisiert.
Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass nur etwa ein Drittel der Studien die für gesundheitsfördernde Interventionen empfohlene gesellschaftliche Perspektive eingenommen haben. Von diesen hat wiederum nur ein kleiner Teil informelle Arbeit oder Produktivitätskosten in irgendeiner Form berücksichtigt. Nur jeweils zwei der Studien bezogen nichtinterventionsassoziierte Kosten oder über die Gesundheit hinausgehende Effekte ein. Der Vergleich der verschiedenen Studien in Bezug auf die vier Kriterien zeigt zudem, dass der Umgang mit den verschiedenen

[11] Von den acht neu eingeschlossenen Studien bezogen sich drei auf Sturzprävention, eine auf psychische Gesundheit, die vier anderen auf die Vermeidung von (Mobilitäts-)beeinträchtigungen, oder Gebrechlichkeit im Allgemeinen.

Kosten- und Nutzenaspekten in verschiedenen gesundheitsökonomischen Evaluationen sehr uneinheitlich ist. Selten wird die Vorgehensweise hinsichtlich der vier benannten Aspekte kritisch reflektiert.

Die Studie zeigt damit, dass es keine etablierte Praxis gibt, wie gesundheitsökonomische Evaluationen für gesundheitsfördernde Interventionen für ältere Menschen durchgeführt werden. Es gibt keine klaren Leitlinien und die theoretischen Debatten über spezifische Anforderungen oder besonders kritische Aspekte der Evaluation bilden sich in den praktisch durchgeführten ökonomischen Evaluationen der letzten Jahre kaum ab. Die Arbeit zeigt, dass Forschung zur ökonomischen Einbeziehung und Bewertung **informeller Pflegearbeit** sich zwar in den letzten 15-20 Jahren intensiv entwickelt hat, aber bisher in gesundheitsökonomischen Studien zur Bewertung gesundheitsfördernder Interventionen für Ältere kaum berücksichtigt wird. Dabei ist der Erhalt von Selbständigkeit und die Vermeidung der Abhängigkeit älterer Menschen von formeller und informeller Pflegearbeit häufig ein erklärtes Ziel entsprechender Maßnahmen. Der Einschluss von **Produktivitätskosten** in gesundheitsökonomische Evaluationen wird kontrovers diskutiert und ist abhängig von der normativen Verortung einer Studie. Unterschiedliche nationale gesundheitsökonomische Leitlinien machen hier sehr unterschiedliche Empfehlungen. Es fehlen aber auch hier vielfach klare Leitlinien wie diese Kosten – insbesondere auch Kosten unbezahlter Arbeit einzubeziehen sind (Krol et al. 2013). Eine der eingeschlossenen Studien zeigt, dass der Ein- oder Ausschluss zukünftiger **indirekter medizinischer und pflegerischer Kosten** einen erheblichen Einfluss auf den Nettonutzen einer Intervention haben kann. Wie derartige Kosten einbezogen werden, ist bei der Bewertung von Studien explizit zu reflektieren. Werden diese Kosten einbezogen, können Interventionen, die auf Ältere zielen deutlich schlechter abschneiden als Interventionen für Jüngere. Ob ein solch diskriminierender Effekt als angemessen erachtet wird, ist letztlich eine normative Entscheidung, die nicht implizit auf Basis von nicht ausreichend transparenten Forschungsergebnissen, sondern explizit als politische Entscheidung getroffen werden sollte. Zu der Frage, wie **Effekte** einbezogen werden können, **die über gesundheitliche Effekte hinausgehen**, und wie insbesondere die Präferenzen älterer Menschen in aggregierten Ergebnisindikatoren besser abgebildet werden können, ist in den letzten Jahren viel geforscht worden. In den ökonomischen Evaluationen, die in diese Arbeit einbezogen wurden, bilden sich diese Debatten erst sehr wenig ab. Limitationen etablierter Ergebnisindikatoren werden kaum benannt. Da gesundheitsökonomische Methoden für den Vergleich stark gesundheitsbezogener Interventionen entwickelt wurden, ist die Forschung und mit ihr auch Leitlinien, die sich darauf beziehen, wie über die Gesundheit hinausgehender sozialer Nutzen im extra-welfaristischen Paradigma der CEAs oder CUAs integriert werden kann, relativ gesehen jedoch auch noch in den Anfängen.
Insgesamt wird in der Studie konstatiert, dass den methodischen Herausforderungen bisher in den durchgeführten Evaluationen nicht annähernd Rechnung getragen wird. Aufgrund der großen Unterschiede in der Vorgehensweise sind Ergebnisse verschiedener gesundheitsökonomischer Evaluationen sogar zu sehr ähnlichen Interventionen nur sehr begrenzt vergleichbar. Für

Entscheidungsträger:innen sind sie aus diesem Grund schwer angemessen interpretierbar. Jede einzelne Studie für sich bietet in Bezug auf die einbezogenen Interventionsalternativen im eingesetzten Kontext eine gewisse Orientierung. Welche Kosten-/Nutzenaspekte tatsächlich einbezogen wurden, ist im Einzelfall jedoch sehr genau zu betrachten, da ein erheblicher Einfluss auf die Ergebnisse zu erwarten ist (Kai Huter et al. 2018).

5. Gerechtigkeit in der gesundheitsökonomischen Evaluation von gesundheitsfördernden Interventionen für Ältere

Die bis zu diesem Punkt vorgestellte Auseinandersetzung mit Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen auf der einen und den gesundheitsökonomischen Methoden der Evaluation entsprechender Interventionen auf der anderen Seite hat bereits gezeigt, dass gerechtigkeitsbezogene Fragestellungen in unterschiedlicher Hinsicht eine Rolle spielen. Methodisch wird die Berücksichtigung von Gerechtigkeit (equity) als eine der zentralen Herausforderungen der gesundheitsökonomischen Evaluation beschrieben (Cookson et al. 2009; H. Weatherly et al. 2009). Von den in Kapitel 4 analysierten gesundheitsökonomischen Studien thematisiert jedoch keine einzige Fragen der Gerechtigkeit oder auch der gesundheitlichen Chancengleichheit.[12] Im Folgenden soll daher die Frage, wie gerechtigkeitsbezogene Fragestellungen relevant werden und berücksichtigt werden könnten, näher beleuchtet werden.

Mit Blick auf die Zielgruppe der Älteren sind Gerechtigkeitsfragen im Kontext der gesundheitsökonomischen Evaluation in drei grundsätzlichen Perspektiven relevant. Zum einen zielen Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung – in der Tradition der Ottawa Charta der WHO (WHO 1986) stehend – häufig auf die Reduktion **sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen**, so wie es auch im deutschen Sozialgesetzbuch seit dem Jahr 2000 vorgesehen ist (§20 SGB V). Hier ist die sozial bedingte Ungleichheit der Gesundheitschancen zwischen unterschiedlichen Gruppen älterer Menschen angesprochen, z.B. zwischen unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen oder Gruppen unterschiedlicher Nationalität bzw. Herkunft. Im Rahmen der Diskussion der methodischen Herausforderungen der gesundheitsökonomischen Evaluation von Interventionen, die sich an Ältere richten, wurde kritisiert, dass diese Ältere **implizit diskriminieren** könnten. Damit geht es also um methodenimmanente Benachteiligung, wie in Kapitel 4 dargestellt wurde. Es wird in der Debatte um methodenimmanente Diskriminierung jedoch auch immer wieder zur Diskussion gestellt, ob eine gewisse altersbegründete Diskriminierung (beziehungsweise eine niedrigere Gewichtung von Gesundheitsgewinnen für Ältere) aus Gerechtigkeitserwägungen durchaus gerechtfertigt sein könnte. Insofern spielen auch Fragen der **intergenerationalen Gerechtigkeit**, also der angemessenen Verteilung der Ressourcen zwischen jüngeren und älteren Altersgruppen eine Rolle (Tsuchiya 2000; Williams 1997).

[12] Der englische Begriff „equity“ wird in deutschen gesundheitsbezogenen Dokumenten teils mit „Gerechtigkeit“, teils mit „gesundheitlicher Chancengleichheit“ übersetzt, zur Begriffsklärung siehe auch Huter (2020: 81).

Die Frage, welche Möglichkeiten und Ansätze es grundsätzlich gibt, gerechtigkeitsbezogene Fragestellungen in gesundheitsökonomischen Evaluationen von gesundheitsfördernden oder anderen Public Health Interventionen zu berücksichtigen – und die Implikationen dieser Methoden im deutschen Kontext – wurden basierend auf einem Critical Review der einschlägigen Literatur in Huter (2020) ausführlich vorgestellt und diskutiert. Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse dieser Arbeit kurz zusammengefasst (5.1).

Da die Debatte um eine möglicherweise angemessene Diskriminierung älterer Menschen eine nicht unerhebliche Rolle spielt, werden im darauffolgenden Abschnitt die zentralen normativen Positionen dieser Debatte im Kontext der Gesundheitsökonomie vorgestellt (5.2).

Im Anschluss daran wird diskutiert, was diese Ergebnisse bezogen auf die drei oben genannten Perspektiven spezifisch für die gesundheitsökonomische Evaluation von gesundheitsfördernden Interventionen für Ältere bedeuten (5.3).

5.1. Methoden zur Integration von Gerechtigkeit in die gesundheitsökonomische Evaluation (Einzelarbeit 4)

Methodische Debatten darüber, welche Möglichkeiten und Methoden es gibt, gerechtigkeitsbezogene Fragestellungen in die gesundheitsökonomische Evaluation zu integrieren, sind in den letzten Jahren vor allem im englischsprachigen Raum geführt worden. Grundsätzlich kann in Anlehnung an Cookson zwischen drei Ansätzen unterschieden werden, wie Gerechtigkeitsfragen im Kontext der gesundheitsökonomischen Evaluation analysiert werden können (Cookson et al. 2009; Cookson et al. 2017):

1. Die einfachste Form der Integration von Gerechtigkeitsaspekten ist die **Equity Impact Analyse** oder Gerechtigkeitsfolgenabschätzung. Diese beschreibt Gerechtigkeitswirkungen deskriptiv, indem Effektivitäts- bzw. Kosteneffektivitätsunterschiede differenziert für verschiedene Subgruppen, z.B. differenziert nach Alter oder sozialem Status dargestellt werden.
2. Im Rahmen einer **Equity Constraint Analyse** kann Gerechtigkeit als ethische Beschränkung bei der Identifizierung einer kosteneffektiven Lösung betrachtet werden. Mathematisch wird Gerechtigkeit hier als eine einschränkende Bedingung in einem Optimierungsproblem mit quantifizierbaren Kosten behandelt. Die Kosten einer „gerechteren Lösung“ können somit als Trade-off zwischen der effizientesten (Gesundheitswirkungen maximierenden) und einer gerechteren Lösung quantifiziert werden. Im Gegensatz zur Equity Impact Analyse werden hier die Kosten des entgangenen Nutzens für verschiedene Optionen genau beziffert. Sowohl bei der Equity Constraint Analyse als auch bei der Equity Impact Analyse bleibt die letztlich bewertende Entscheidung den jeweiligen Entscheidungsträger:innen überlassen.
3. Der dritte Ansatz ist die **Equity Weighting Analyse**. Die Möglichkeit der Integration von Gerechtigkeitsgewichten (equity weights) wird seit den 1980er Jahren in der Gesundheitsökonomie intensiv diskutiert und beforscht. Ein starker Fokus liegt dabei auf der Frage, ob Gesundheitsgewinne für verschiedene Personengruppen unterschiedlich gewichtet werden sollten. Intensiv geforscht wurde insbesondere daran, normative Präferenzen der Bevölkerung in Bezug

auf die Ressourcenverteilung empirisch zu ermitteln. „Alter“ und „Schwere der Erkrankung“ wurden besonders häufig als mögliche Differenzierungskriterien untersucht (vgl. Kapitel 5.2). Grundsätzlich ist es jedoch auch möglich einen Gerechtigkeitsparameter, der eine gesellschaftliche Abneigung gegen gesundheitliche Ungleichheiten quantifiziert, als Korrekturfaktor in gesundheitsökonomische Analysen einzubeziehen. Genutzt werden Gewichtungsansätze auch in zwei in den letzten Jahren entwickelten konkreten methodischen Frameworks, der Multi-Criteria Decision Analysis (Baltussen & Niessen 2006) und der Distributional Cost-Effectiveness (Asaria et al. 2015), die in Huter (2020) genauer vorgestellt werden. Eine interessante Erweiterung der CEA stellt die Extended Cost-Effectiveness Analysis (Verguet et al. 2016) dar, die über die gesundheitsbezogenen Effekte hinaus auch finanzielle Auswirkungen von Interventionen in die Analyse einbezieht.

Die Umsetzung dieser verschiedenen Ansätze, d.h. die methodisch-praktische Einbeziehung gerechtigkeitsbezogener Aspekte über einfache Equity Impact Analysen hinaus in gesundheitsökonomischen Evaluationen, ist aktuell noch in den Anfängen. Insgesamt bestehen mit diesen Instrumentarien jedoch gute Möglichkeiten gerechtigkeitsbezogene distributive Auswirkungen von Allokationsentscheidungen transparent sichtbar zu machen.

Der Artikel gibt zu bedenken, dass entsprechende Methoden auch aufwändig umzusetzen sind und damit einen erheblichen zusätzlichen Kostenfaktor für entsprechende Interventionen darstellen. Bei Interventionen, die sehr gut begründet sind und von denen es plausibel ist anzunehmen, dass sie kosteneffektiv sind, kann auf entsprechende Belege gegebenenfalls verzichtet werden. Es stehen bisher jedoch insgesamt – auch international – erst sehr wenig Evidenznachweise zur Kosteneffektivität zur Verfügung, die für solch eine Beurteilung überhaupt herangezogen werden könnten.

Ob und inwieweit die seit dem deutschen Präventionsgesetz stärker geförderten settingbezogenen Interventionen tatsächlich dazu beitragen, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, wurde bisher noch nicht nachgewiesen. Ein Versuch, die gesundheitsbezogenen Effekte entsprechender Interventionen zu erfassen, erfolgt, wie auch der erste Nationale Präventionsbericht aufgezeigt hat, bisher kaum. Angesichts des hohen Aufwandes solcher Studien stehen die bisher sehr fragmentierten institutionellen Förder- und Entscheidungsstrukturen der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Deutschland einer strukturierten, gegebenenfalls auch projektübergreifenden umfassenderen Evaluation entsprechender Effekte bisher auch eher entgegen. Einige konkrete Ansatzpunkte für die Nutzung der dargestellten methodischen Ansätze werden im Artikel aufgezeigt und diskutiert. Zur Beantwortung der Frage, welche Ansätze am besten geeignet sind, um Entscheidungsträger:innen zu unterstützen, besteht angesichts der geringen bisherigen Nutzung des Instrumentariums jedoch noch Forschungsbedarf. Die Möglichkeiten, die die Methoden bieten, können und sollten aber genutzt werden, um aufzuzeigen, inwieweit mit den auf Basis des Präventionsgesetzes geförderten Interventionen das anvisierte Ziel – die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen – erreicht wird (Kai Huter 2020).

5.2. Ethische Positionen zur Altersdiskriminierung im Kontext der Gesundheitsökonomie

Grundsätzlich bieten die oben dargestellten methodischen Ansätze gute Möglichkeiten, gerechtigkeitsbezogene Fragestellungen auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive zu adressieren – in Abhängigkeit davon, welche Kriterien jeweils als gerechtigkeitsrelevant erachtet werden. Häufig im Fokus stehen sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten bezogen auf den sozioökonomischen Status, den ethnischen Hintergrund oder auch das Geschlecht (Cookson et al. 2017). Fragen der intergenerationalen Gerechtigkeit wurden im Kontext der Gesundheitsökonomie in den 1980er bis 1990er Jahren mit Schwerpunkt im angelsächsischen Sprachraum intensiv diskutiert, seitdem werden diese Debatten aber auf normativer Ebene kaum weitergeführt. Empirisch wurde jedoch kontinuierlich an Fragen der unterschiedlichen Gewichtung von Gesundheitsgewinnen in Abhängigkeit unterschiedlicher Kriterien geforscht; das Alter ist hier ein häufig berücksichtigtes Kriterium (z.B. Gu et al. 2015; Whitty et al. 2014). Im Kontext von Triage-Entscheidungen in der Corona-Pandemie hat die normative Diskussion um altersbezogene Entscheidungskriterien jedoch aktuell wieder deutlich an Bedeutung gewonnen (Joebges & Biller-Andorno 2020).

Die Debatte um den Stellenwert oder die Angemessenheit des Alters als ein mögliches Priorisierungs- bzw. Rationierungskriterium entwickelte sich ab Ende der 1980er Jahre um die Kritik an altersdiskriminierenden Aspekten der QALY-Maximierung als Ziel gesundheitsökonomischer Evaluationen (Harris 1987) und in Reaktion auf den „Biographical Life Span"-Ansatz Callahans. Dieser stellte 1987 zur Diskussion, dass ab einem bestimmten Cut-off Alter keine lebensverlängernden medizinischen Interventionen für ältere Menschen erfolgen sollten (Callahan 1995; Tsuchiya 2000). Zentrale Argumente in der Debatte um eine mögliche normative Legitimität von bestimmten Formen der Altersdiskriminierung sind das „Fair-innings-Argument", der „Prudential lifespan account", das „Produktivitäts-Argument" und die „empirisch begründete Priorisierung", die im Folgenden kurz dargestellt werden:

Das „Fair-innings"-Argument

Ein sehr prominentes, seit Ende der 1980er Jahre in verschiedenen Varianten im Kontext der Gesundheitsökonomie diskutiertes Konzept ist das Fair-innings-Argument. Dieses nimmt zum Ausgangspunkt, dass jeder Mensch Anspruch auf eine „normale" Lebenserwartung habe. In der ursprünglichen Fassung des Arguments legitimiert dies, dass jeder, der diese „fair-innings" noch nicht erreicht hat, gegenüber einer Person bevorzugt werden sollte, die diese schon erreicht hat (Tsuchiya 2000).

Das **erweiterte Fair-innings-Argument** von Williams (1997) ersetzt die normale Lebenserwartung durch eine qualitätsadjustierte Lebenserwartung (QALE), auf die jeder einen Anspruch habe. Gesundheitsgewinne, bzw. QALY seien entsprechend höher zu gewichten, wenn die zu erwartende QALE niedriger ist. Gesundheitsgewinne für eine Person, deren Lebensqualität auf-

grund einer Behinderung eingeschränkt ist, oder für Personen, die aufgrund ihres sozioökonomischen Status mit einer geringeren Lebenserwartung zu rechnen haben, wären entsprechend höher zu gewichten als Gesundheitsgewinne einer Person, die bereits ein hohes Alter erreicht hat oder mit sehr großer Wahrscheinlichkeit ein hohes Alter erreichen wird (Tsuchiya 2000; Williams 1997).

Eine praktische Anwendung finden die „fair-innings" in Verbindung mit dem Kriterium „Schwere der Erkrankung" im Konzept des „proportional shortfall", das als Priorisierungskriterium in den Niederlanden eingeführt wurde (Reckers-Droog et al. 2018). Demnach sind Personen zu priorisieren, die durch Nichtbehandlung einer Erkrankung den größeren Teil ihrer Lebenserwartung im Verhältnis zur ihrer ohne die Erkrankung zu erwartenden Lebenserwartung (in QALYs) verlieren würden. Dieser Ansatz bevorzugt – sofern die Lebenserwartung entsprechend differenziert erfasst wird – sozial Benachteiligte, die eine geringere Lebenserwartung haben. Da für präventive Interventionen die möglichen Gesundheitsgewinne relativ weit in der Zukunft liegen und nur ein Teil derer, die von der Intervention betroffen sind, auch profitieren, sind weitere normative Entscheidungen (bezüglich der einzubeziehenden Gruppe und des Zeitrahmens) notwendig, die einen erheblichen Einfluss auf das Ergebnis haben (Reckers-Droog et al. 2018; EJ Van de Wetering et al. 2013).

Prudential lifespan account – der Ansatz der klugen Lebensplanung

Ein anderer Ansatz die Rationierung von Gesundheitsressourcen für Ältere normativ zu legitimieren, stellt der „Prudential lifespan account von Norman Daniels dar. Aus der Perspektive einer kontraktualistischen Ethik an Rawls Konzept des „Schleier des Nichtwissens" (Rawls 1971) anknüpfend, argumentiert dieser Ansatz, dass Gesundheitsressourcen so über die Lebensspanne verteilt werden sollten, wie kluge Planende es realisieren würden, die nicht wissen, welches Alter sie in der Gesellschaft haben würden. Die Verteilung von gesundheitlichen Ressourcen wird hier nicht als ein Verteilungsproblem zwischen unterschiedlichen Altersgruppen gesehen, sondern als eine Frage der optimalen Verteilung innerhalb unterschiedlicher Phasen im Lebensverlauf. Aus dieser Perspektive kann es eine rationale Entscheidung sein, Gesundheitsressourcen eher in jüngeren Lebensjahren einzusetzen, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, ein hohes Alter zu erreichen, als sie in bereits erreichtem hohen Alter dafür einzusetzen, das Leben weiter zu verlängern. Dies impliziere keine altersbezogene Benachteiligung, da jeder die gleiche Chance habe, jedes Alter zu erreichen. Alter könne in diesem Sinne ein gerechtes bzw. egalitäres Rationierungskriterium der Ressourcenverteilung sein und eine Diskriminierung im Alter insofern akzeptabel, weil alle Älteren zuvor in gleicher Weise von der Bevorzugung als jüngerer Mensch profitiert hätten (Daniels 1983; 2007; Tsuchiya 2000).[13]

[13] In seinem späteren Werk „Just Health" relativiert Daniels seinen Ansatz in der Hinsicht, als dass eine solch kluge Verteilung von Ressourcen des Gesundheitssystems nicht universalistisch zu bestimmen sei, sondern dass es faire deliberative Prozesse geben müsse, in denen eine Gesellschaft unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie eine gerechte Verteilung auszusehen habe, aushandele (siehe Daniels 2007: 161-190).

Das Produktivitäts-Argument

In eher utilitaristischer Tradition stehen Ansätze, die Gesundheitsgewinne in Abhängigkeit davon gewichten, wie der (in erster Linie ökonomisch definierte) Nutzen gesamtgesellschaftlich zu optimieren ist. Bewertungsmaßstäbe hängen hier davon ab, welchen produktiven Beitrag eine Person leistet oder ob eine Person bzw. Altersgruppe andere unterstützt oder auf Unterstützung durch andere angewiesen ist (welfare interdependency). Diese Perspektive wird eingenommen, wenn Produktivitätskosten aus der gesellschaftlichen Perspektive in die gesundheitsökonomische Evaluation einbezogen werden (vgl. Kapitel 4.2). Anwendung fand dieser Ansatz zum Beispiel in der altersgewichteten Anwendung der DALYs (Disability adjusted life years) in Weltentwicklungsberichten der Weltbank und Global Burden of Disease Studien der WHO bis 2004, in denen die DALYs für Menschen im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter (also in ihrer „produktivsten Phase") höher gewichtet wurden als für Kinder oder ältere Menschen (Tsuchiya 2000; WHO 2017).

Empirisch begründete Priorisierung

Ein weiterer Ansatz zur Legitimierung der Angemessenheit einer gewissen Priorisierung bestimmter Gruppen versucht diese empirisch zu begründen. Er steht insofern in der welfaristischen Tradition der Gesundheitsökonomie, als von der Prämisse ausgegangen wird, dass eine gesellschaftliche Nutzenbestimmung auf Basis der Ermittlung der individuellen Präferenzen der Einzelnen erfolgen sollte. Daher wird hier mit unterschiedlichen Methoden (Discrete-Choice-Experimenten, Contingent Valuation- und Person Trade-Off-Ansätzen) empirisch ermittelt, welche Priorisierungen, bzw. welche Entscheidungskriterien für die Befragten besondere Relevanz haben, wenn es darum geht, knappe gesundheitliche Ressourcen zu verteilen. Neben dem zu erreichenden Gesundheitsgewinn werden das Alter und die Schwere der Erkrankung häufig als besonders relevante Kriterien herausgestellt. Zwei jüngere Übersichtsarbeiten über Studien, die Präferenzen in Bezug auf unterschiedliche Priorisierungsoptionen im Gesundheitsbereich untersuchen, resümieren jedoch auch, dass es bei der Priorisierung und vor allem im Ausmaß der Gewichtung des Kriteriums Alter erhebliche Inkonsistenzen gibt – und dass die Kontextbedingungen, so wie auch die Kombination unterschiedlicher Kriterien, die abgefragt werden, deutlichen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Insbesondere die wechselseitige Beeinflussung unterschiedlicher Kriterien ist bisher wenig erforscht (Gu et al. 2015; Whitty et al. 2014). Eine explizite Anwendung empirisch ermittelter Gerechtigkeits-Gewichte, die sich auf das Alter beziehen, wird daher vielfach kritisch gesehen, eine Übersetzung der Präferenzen in Gerechtigkeitsgewichte erfolgt selten (Liesbet van de Wetering et al. 2015) (vgl. „Equity Weighting" in Kapitel 5.1). Entsprechende Studien werden jedoch auch genutzt, um zu ermitteln, welche ethisch-normativ begründeten Positionen in der Gesellschaft die größte Akzeptanz finden bzw. gesellschaftlichen Präferenzen entsprechen (EJ Van de Wetering et al. 2016; Liesbet van de Wetering et al. 2015).

5.3. Ältere Menschen, Gerechtigkeit und die gesundheitsökonomische Evaluation gesundheitsfördernder Interventionen

Wie einleitend ausgeführt wurde, sind bei der Diskussion von Gerechtigkeitsaspekten bezogen auf ältere Menschen drei Perspektiven zu berücksichtigen. Implikationen, die sich aus den bisher dargestellten Ergebnissen für diese drei Perspektiven ergeben, sollen im Folgenden diskutiert werden.

Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen

Die erste Perspektive betrifft Fragen der intragenerationalen Gerechtigkeit bzw. sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen innerhalb der Gruppe der Älteren. Die Sozialepidemiologische Forschung der letzten 30 Jahre zeigt beständig deutliche gesundheitliche Ungleichheiten, d.h. Unterschiede im Gesundheitszustand und in der Lebenserwartung in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status auf. Sterberaten sind in den letzten Jahren zwar gesunken; da sozial besser gestellte Gruppen von dieser Verbesserung durchschnittlich stärker profitiert haben, haben sich die Unterschiede zwischen den Statusgruppen relativ gesehen in vielen europäischen Staaten in den letzten Jahren jedoch sogar vergrößert (Bopp & Mackenbach 2019; Huisman et al. 2013). Auch bezogen auf funktionale Einschränkungen älterer Menschen zeigen sich deutliche Unterschiede, die sich ebenfalls seit dem Jahr 2000 in vielen europäischen Ländern tendenziell vergrößert haben (von dem Knesebeck et al. 2017).

Eine repräsentative Wiederholungsbefragung der deutschen Kommunen und Landkreise durch das Deutsche Instituts für Urbanistik im Auftrag der BzGA hat im Jahr 2014 (wie schon für das Jahr 2006) aufgezeigt, dass besonders ältere Migrant:innen, nicht-mobile ältere Menschen und sozial benachteiligte/bildungsferne ältere Menschen nachhaltig schlecht von den kommunalen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention erreicht werden (Hollbach-Grömig & Frölich von Bodelschwingh 2015). In Bezug auf die settingorientierten Angebote der Krankenkassen liegen dazu keine Daten vor. Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“ hat jedoch ebenfalls aufgezeigt, dass sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen von verhaltenspräventiven Angeboten zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, zu denen auch die von den Krankenkassen nach dem Individualansatz geförderten Gesundheitskurse gehören, deutlich schlechter erreicht werden als andere Gruppen (Jordan et al. 2011; Robert-Koch-Institut 2015). Dies deckt sich mit der sonstigen, bisher jedoch noch relativ begrenzten Studienlage, die darauf hinweist, dass insbesondere individualistische auf die Verantwortung Einzelner zielende Interventionen dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten zu vergrößern, da sie tendenziell von Personen mit höherem sozioökonomischen Status besser angenommen werden (Lorenc & Oliver 2014; Lorenc et al. 2013; McGill et al. 2015).

Innerhalb der Gruppe der Älteren kann aus der Perspektive der gesundheitlichen Ungleichheit gut argumentiert werden, dass die Gruppe der Benachteiligten bei gesundheitsfördernden Interventionen im Vergleich zu den sozial Bessergestellten besondere Berücksichtigung finden

sollte. Das erweiterte „fair-innings"-Argument würde einer solchen Forderung zusätzliches Gewicht verleihen, da gerade ältere Benachteiligte relativ geringe Chancen haben, ihre „fair innings" zu erreichen. In eine ähnliche Richtung gehen politische Forderungen, dass Ungerechtigkeiten, die im Lebensverlauf erfahren wurden oder sich akkumuliert haben, im Alter noch ausgeglichen werden sollten (Sadana et al. 2016; Venkatapuram et al. 2017).

Auswirkungen von Interventionen auf unterschiedliche Personengruppen ähnlichen Alters können mit den aufgezeigten Methoden gesundheitsökonomisch gut ausgewertet werden. Gerechtigkeitswirkungen auf Gruppen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status können mit der Equity Impact Analyse gut aufgezeigt werden. Auch die weniger etablierten Methoden, also die Equity Constraint Analyse oder ein Equity Weighting, das Gerechtigkeitsgewichte integriert, können prinzipiell umgesetzt werden. Eine besondere Berücksichtigung erfahren entsprechende Fragestellungen in der gesundheitsökonomischen empirischen Praxis aber bisher nicht. Eine Intensivierung der Forschung dazu, wie benachteiligte Gruppen der Älteren sowohl in Bezug auf den Zugang als auch in Bezug auf möglichst effektive Angebote besser besonders effektiv erreicht werden könnten, ist aus dieser Perspektive dringend geboten.

Intergenerationale Gerechtigkeit

In Hinblick auf Fragen der intergenerationalen Gerechtigkeit wird in normativer Perspektive sehr kontrovers diskutiert, welchen Stellenwert Gesundheitsausgaben für Ältere im Verhältnis zu Gesundheitsausgaben für Jüngere haben sollten. Sofern nicht aufgezeigt werden kann, dass Interventionen explizit Kosten sparen können, gibt es unterschiedliche Positionen dazu, ob Lebenszeit- oder Lebensqualitätsgewinnen für Ältere der gleiche Wert beigemessen werden sollte, wie für Jüngere. Studien, die gesellschaftliche Präferenzen zu diesen Fragen empirisch ermitteln, können hier für politische Entscheidungen eine Orientierung bieten. Da die Forschungsergebnisse sehr kontextgebunden sind und auch in Abhängigkeit davon, wer gefragt, wird erheblich variieren, wird sehr deutlich, dass eine direkte politische Umsetzbarkeit nicht gegeben ist. Dass in entsprechenden Studien häufig auch das Kriterium „Schwere der Erkrankung" mit einbezogen wird, verweist darauf, dass präventive bzw. gesundheitsfördernde Interventionen hier einen anderen Stellenwert haben als kurative Maßnahmen.

Hinsichtlich kurativer Gesundheitsleistungen besteht in etablierten Wohlfahrtsstaaten ein relativ breiter Konsens, dass diese sich an einem Konzept der Bedarfsgerechtigkeit orientieren sollten, d.h. jede Person grundsätzlich ihrem Bedarf entsprechend versorgt werden sollte. So formuliert es z.B. der Sachverständigenrat Gesundheit in Deutschland (2014) oder ähnlich der Rat der europäischen Union, der bedarfsgerechten gleichen Zugang als grundlegenden universellen Wert für europäische Gesundheitssysteme benennt (Council of the European Union 2006).[14]

[14] „The overarching values of universality, access to good quality care, equity, and solidarity have been widely accepted in the work of the different EU institutions. Together they constitute a set of values that are shared across Europe. Universality means that no-one is barred access to health care; solidarity is closely linked to the financial arrangement of our national health systems and the need to ensure accessibility to all; **equity relates to equal access according to need,** regardless of ethnicity, gender, age, social status or ability to pay" (Council of the European Union 2006, Hervorhebung durch die Autorin).

Für bereits eingetretene Erkrankungen definiert – um hier beim deutschen Beispiel zu bleiben – das Sozialgesetzbuch (SGB V §27 (1)) einen expliziten Anspruch auf Behandlung. Grundsätzlich sind zur Verfügung stehende Budgets im deutschen Gesundheitssystem nicht von vornherein begrenzt, jede Person hat als Individuum Anspruch auf eine notwendige Behandlung.
Debatten um eine explizite Rationierung in Abhängigkeit vom Alter gibt es jedoch auch hier, sobald Ressourcen knapp sind (z.B. bei den für Transplantationen zur Verfügung stehenden Organen, akuten Versorgungsengpässen oder sehr hochpreisigen lebensverlängernden Therapien am Lebensende), und es ist auch davon auszugehen, dass indirekte und implizite Rationierung in konkreten Versorgungssituationen erfolgt (Breyer 2012; Remmers 2012; Walter & Krugmann 2013; Wyman et al. 2018).
Grundsätzlich unterscheidet sich der Bereich der Gesundheitsförderung von der kurativen Medizin jedoch in zweierlei Hinsicht. Zum einen besteht kein unmittelbar zu behandelnder Bedarf, sondern es werden langfristige Gesundheitsgewinne angestrebt, d.h. die Notwendigkeit einer Intervention ist weniger klar zu definieren als in einem konkreten Krankheitsfall. Zum anderen sind die zur Verfügung stehenden Budgets eher von vornherein begrenzt, so wie im Fall der GKV, der ein spezifisches für diesen Bereich aufzuwendendes Budget durch das Präventionsgesetz vorgegeben ist. Insofern finden hier in der Regel Allokationsentscheidungen stärker im Vorhinein statt – bei der Entscheidung, ob bestimmte Budgets grundsätzlich für Programme, die sich an spezifische Altersgruppen richten, verwendet werden sollten oder nicht. Grundsätzlich sollte auch hier eine möglichst effiziente Nutzung der Ressourcen angestrebt werden, d.h. Interventionen gefördert werden, die die angestrebten Ziele bestmöglich erreichen. Da eine direkte Vergleichbarkeit der Effekte von Interventionen für unterschiedliche Altersgruppen, wie in Kapitel 4.2 gezeigt wurde, nicht gegeben ist, sind Entscheidungen hier grundsätzlich auch auf Grundlage anderer Kriterien zu treffen. Allokationsentscheidungen zugunsten oder zuungunsten einzelner Altersgruppen können – zum Beispiel basierend auf einem der präsentierten Ansätze – ethisch legitimiert werden. Reflektiert werden sollte, dass es sich um Allokationsentscheidungen handelt, die eine Altersdiskriminierung beinhalten können – insofern sollten entsprechende Entscheidungen auch normativ reflektiert und begründet werden. Zudem sollte Transparenz über die Entscheidungsgrundlagen hergestellt werden.

Implizite Diskriminierung durch die genutzten Methoden

Transparenz ist auch notwendig in Bezug auf methodische Aspekte der gesundheitsökonomischen Evaluation, die zu einer impliziten Diskriminierung Älterer beitragen. Diese Aspekte sollten bei der Anwendung der Methoden kritisch reflektiert werden, damit entsprechende Effekte für Entscheidungsträger:innen auch transparent vorliegen. Für umstrittene Kostenkategorien bietet es sich an Sensitivitätsanalysen durchzuführen, die aufzeigen, welchen Einfluss die unterschiedliche Berücksichtigung dieser Kategorien auf das Ergebnis hat.
Aufgrund der methodischen Schwierigkeiten wird ein direkter Vergleich von Interventionen für unterschiedliche Altersgruppen immer schwierig sein, wie in Kapitel 4.2 ausgeführt wurde.

Ein Aufzeigen der Auswirkungen umstrittener Kategorien ist Voraussetzung, damit Entscheidungen, die Gerechtigkeitsfragen betreffen, zumindest transparent getroffen werden können. Dies ist jedoch bisher in der praktischen Anwendung der Methoden nur in sehr geringem Umfang der Fall.

6. Möglichkeiten und Grenzen gesundheitsökonomischer Evaluation – Zusammenfassung und Diskussion

Die zentrale Frage der Dissertation zielt darauf, ob und in welcher Form gesundheitsökonomische Evaluationen ein angemessenes Mittel sind, um Entscheidungsträger:innen bei der Allokation von Ressourcen für Gesundheitsförderungsaktivitäten für ältere Menschen zu unterstützen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem bundesdeutschen Kontext. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu den zentralen Forschungsfragen zusammengefasst und diskutiert. Wo besonderer zukünftiger Forschungsbedarf besteht, wird ebenfalls herausgestellt.

6.1. Methodologische Herausforderungen der gesundheitsökonomischen Evaluation

Hinsichtlich der ersten Forschungsfrage wurde aufgezeigt, dass ökonomische Evaluationen gesundheitsfördernder Interventionen für ältere Menschen vor erheblichen methodologischen Herausforderungen stehen. Von besonderer Bedeutung für die Bewertung dieser Interventionen sind die angemessene Messung und Bewertung des Aufwands für informelle Pflege, die angemessene Messung und Bewertung von Produktivitätskosten, die Berücksichtigung nicht-interventionsassoziierter Kosten, die in gewonnenen Lebensjahren entstehen und die angemessene Erfassung und Bewertung der Effekte. Bei den Effekten geht es insbesondere um die über Gesundheit im engeren Sinne hinausgehenden Effekte und um die Berücksichtigung der spezifischen Präferenzen älterer Menschen. In jedem dieser Bereiche müssen in gesundheitsökonomischen Evaluationen methodische Entscheidungen getroffen werden, die implizit eine Benachteiligung älterer Altersgruppen beinhalten können.
Zur Frage, wie gesundheitsökonomische Studien mit diesen Herausforderungen bisher umgegangen sind (Forschungsfrage 3), zeigt die Übersicht über durchgeführte Studien, dass diese bisher kaum reflektiert oder berücksichtigt wurden. Besonders großer, auch konzeptioneller Forschungsbedarf besteht in Bezug auf die angemessene Erfassung informeller Pflege und der Effekte der Maßnahmen.

Besondere Herausforderung: Informelle Pflege

Ein methodischer Dissens um die Notwendigkeit der Einbeziehung informeller Pflege besteht nicht nur für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, auch bei der ökonomischen Evaluation kurativer Interventionen wird informelle Pflege häufig vernachlässigt. Ein systematisches Review von Krol et al. zu gesundheitsökonomischen Evaluationen in vier Krankheits-

bereichen,[15] in denen informelle Pflege eine große Rolle spielt, stellte fest, dass in nur 23 Prozent der eingeschlossenen Studien Kosten oder Effekte informeller Pflege berücksichtigt wurden (Krol et al. 2015). Die Studie von Krol et al. berechnet darüber hinaus für 13 der eingeschlossenen Studien den Effekt des Einschlusses der informellen Pflege auf das Ergebnis und zeigt, dass dieser zum Teil erheblich ist. Dies unterstreicht, wie wichtig es ist, informelle Pflege einzuschließen. Das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bezieht den Zeitaufwand informell Pflegender und informelle Arbeit als Teil der Produktivitätskosten bisher nicht regelhaft in seine Auswertungen ein (IQWiG 2017: 96). Niederländische Richtlinien zur gesundheitsökonomischen Evaluation sehen demgegenüber den Einschluss beider Kostenanteile vor (Versteegh et al. 2016). Neben dem Zeitaufwand informeller Pflege gilt es jedoch auch gesundheitliche oder auf Lebensqualität bezogene Effekte auf informell Pflegende einzubeziehen (Hoefman et al. 2013; Van den Berg et al. 2004).
Über die Frage der grundsätzlichen Berücksichtigung hinaus zeigt die Analyse der durchgeführten Evaluationen, dass die Art der Einbeziehung, Erfassung und Bewertung informeller Pflege stark variiert, hier besteht Forschungsbedarf hinsichtlich des Ausmaßes der Effekte der unterschiedlichen Bewertungsansätze (Goodrich et al. 2012; Krol et al. 2015; Oliva-Moreno et al. 2017). Eine gewisse Vereinheitlichung der Berichts- und Forschungsstandards wäre wünschenswert, um zu einer größeren Vergleichbarkeit unterschiedlicher Studienergebnisse in diesem Bereich zu kommen (Helen Weatherly et al. 2017). Die Berücksichtigung der Kosten informeller Pflege – genau wie anderer umstrittener Kostenanteile – in Sensitivitätsanalysen würde es ermöglichen, deren Bedeutung für Entscheidungsträger:innen transparent aufzuzeigen.

Besondere Herausforderung: Erfassung der Effekte

Die angemessene Erfassung der Wirkungen der Interventionen stellt eine weitere besondere Herausforderung für die zukünftige Forschung dar. Zur Frage, wie über den gesundheitlichen Nutzen hinausgehende Effekte gesundheitsfördernder Interventionen erfasst und in gesundheitsökonomische Evaluationen einbezogen werden können – und wie insbesondere in aggregierten Outcome-Indikatoren die spezifischen Präferenzen Älterer zu integrieren sind (vgl. Ratcliffe et al. 2017), wurden in den letzten Jahren verschiedene Forschungsansätze entwickelt. Mehrere alternative Ergebnismaße wurden vorgeschlagen und werden derzeit in unterschiedlichen Kontexten getestet und validiert (z.B. Cleland et al. 2019; M. Q. N. Hackert et al. 2018; Helter et al. 2020; van Leeuwen et al. 2015). Insbesondere auf den Befähigungs-Ansatz (capability approach) rekurrierende Ansätze gewinnen hier an Bedeutung. In den Niederlanden wird mit dem WOOP (Well-being of Older People measure) derzeit ein weiterer aggregierter Indikator entwickelt, der stärker auf die konkreten Funktionsfähigkeiten (functionings) als die Handlungsmöglichkeiten bzw. die Befähigung abzielt (Mariska QN Hackert et al. 2020).

[15] Alzheimer-Krankheit, metastasierender Darmkrebs, Parkinson, rheumatoide Arthritis.

Auf gesundheitliche Lebensqualität zielende Ergebnismaße, wie das QALY oder auch auf weitere Aspekte des Wohlbefindens abzielende Maße, wie das ICECAP-O sind insbesondere dann sinnvoll, wenn in gesundheitsökonomischen Evaluationen nicht nur indikationsspezifische Effekte (wie z.B. die Anzahl vermiedener Stürze), sondern auch breitere oder indikationsübergreifende Effekte verglichen werden sollen. Anders als z.B. in England sind indikationsübergreifende Vergleiche in Bezug auf kurative Interventionen in der deutschen Sozialgesetzgebung nicht vorgesehen, eine vergleichende Kosten-Nutzen-Bewertung für unterschiedliche Indikationsbereiche erfolgt daher in den Bewertungen des IQWiG nicht, auch wenn eine Nutzung des QALY nicht kategorisch ausgeschlossen wird (IQWiG 2017). Gerade im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention für ältere Menschen zielen jedoch Interventionen häufig nicht spezifisch auf einzelne Indikationen, sondern auf ein breiteres Feld gesundheitlicher Beeinträchtigungen bzw. die allgemeine Verbesserung von Eigenständigkeit und Wohlbefinden. Deshalb kann es insbesondere in diesem Bereich sinnvoll sein, übergreifende Ergebnismaße zu nutzen, um eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen den Effekten unterschiedlicher Interventionen herzustellen. Ein systematisches Review über ökonomische Evaluationen im Bereich der gemeindenahen Altenpflege kommt zu ähnlichen Schlussfolgerungen (Bulamu, Kaambwa and Ratcliffe 2018). Welche der in den letzten Jahren entwickelten Maße hierzu am besten geeignet sind, muss sich zeigen, wenn die Instrumente zukünftig intensiver genutzt werden. Dabei ist auch zu reflektieren, welche Ziele angestrebt und welche Effekte erwartet werden. Je nachdem, ob beispielsweise Einsparpotenziale für die Sozialversicherungssysteme, konkrete gesundheitsbezogene Ziele, die allgemeine Verbesserung der Lebensqualität oder die Sicherstellung gesellschaftlicher Teilhabe im Fokus stehen, kann die Bewertung von Interventionen unterschiedlich ausfallen.

Für die Gesundheitsökonomie liegen weitere Potentiale im stärkeren Einsatz von CCAs, die auch intersektorale Effekte oder Effekte in sehr unterschiedlichen Dimensionen berücksichtigen und aufzeigen (vgl. Abschnitt 4.2). CCAs liefern keine einfach zu interpretierenden Ergebnisse, sondern erzeugen Transparenz bezüglich diverser Effekte. Eine Abwägung oder Gewichtung der verschiedenen Effekte liegt dann bei den Entscheidungsträger:innen (Michael Drummond et al. 2007). Auch im Bereich der Konzipierung sektorenübergreifender Evaluationskonzepte, die einem „Health in all Policies“-Konzept folgend auch gesundheitsbezogene Effekte anderer politischer Sektoren miteinbeziehen, besteht zukünftiger Forschungsbedarf.

Zusammenfassend zeigen die Artikel sowie dieser ergänzende Blick auf den aktuellen Forschungsstand, dass die Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation gute Möglichkeiten für eine zukünftig angemessenere Bewertung von an ältere Menschen gerichtete Interventionen bieten. Deutlich geworden sind anhand der Darstellung der methodischen Herausforderungen jedoch auch klare Grenzen: Zum einen sollte ein Vergleich der Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen zwischen unterschiedlichen Altersgruppen nicht direkt erfol-

gen. Insbesondere bei lebensqualitätsbezogenen Effekten, aber auch in Hinblick auf verschiedene Kostenaspekte ist die Vergleichbarkeit stark eingeschränkt bzw. besteht die Gefahr der methodenimmanenten Diskriminierung Älterer. Zum anderen ist auch der direkte Vergleich zwischen kurativen und präventiven bzw. gesundheitsfördernden Interventionen aufgrund der methodischen Schwierigkeiten nur sehr eingeschränkt möglich.

6.2. Gesundheitsökonomische Evidenz zu gesundheitsfördernden Interventionen für Ältere

Das systematische Review zu gesundheitsökonomischen Evaluationen von gesundheitsfördernden und primärpräventiven Interventionen für Ältere hat gezeigt, dass erst sehr wenig ökonomische Evidenz zu dieser Art von Interventionen vorliegt (Forschungsfrage 2). Dabei wurde auch deutlich, dass das Spektrum der Interventionen, die evaluiert wurden, sehr begrenzt ist. Nur im Bereich der Sturzprävention ist bisher eine umfangreichere Zahl empirischer Studien zu verzeichnen. Die Studien im Bereich der Sturzprävention sind methodisch so divers, dass eine Vergleichbarkeit kaum gegeben ist, zudem ist die Qualität der Studien häufig unbefriedigend. Eine Vereinheitlichung der Vorgehensweisen wäre hier wünschenswert. Ähnliches konstatieren Davis et al., die versucht haben, methodische Guidelines für den Bereich der Sturzprävention zu etablieren (Davis et al. 2011). Nichtsdestotrotz zeigen einige qualitativ hochwertige Studien, dass es hier eine Reihe von Interventionen gibt, die als kosteneffektiv bewertet werden.

Die bisher gesundheitsökonomisch evaluierten Interventionen sind selten komplex, die in den Studien einbezogenen Effekte beziehen sich in der Regel auf relativ einfach erfassbare gesundheitsbezogene Indikatoren oder gesundheitsbezogene Lebensqualität (QALY). Über direkte gesundheitliche Effekte hinausgehende Wirkungen wurden kaum erfasst. Für ein breites Feld möglicher Interventionsbereiche liegen noch keine gesundheitsökonomischen Evaluationen vor. Sollten aktuell Allokationsentscheidungen von vorliegender Evidenz zur Effizienz entsprechender Interventionen abhängig gemacht werden, würde dies zu einer erheblichen Benachteiligung eines breiten Feldes möglicher Interventionen führen, die bisher nicht oder kaum entsprechend evaluiert werden. Die Förderung entsprechender Evaluationen – trotz oder gerade angesichts der hier bestehenden großen methodischen Herausforderungen – wäre daher wichtig, um auch in diesen Bereichen einen effizienten Einsatz von Ressourcen zu befördern. Nicht zuletzt sind gesundheitsökonomische Evaluationen davon abhängig, dass überhaupt valide Nachweise zur Effektivität entsprechender Interventionen vorliegen (vgl. McDaid et al. 2015: 26). Dass komplexere Interventionen aufgrund der größeren methodischen Herausforderungen seltener in Studien mit hohem Evidenzniveau – auch bezogen auf Effektivität – evaluiert werden, ist ein Problem im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung bzw. Public Health im Allgemeinen, nicht nur in Bezug auf Ältere (Trojan & Kolip 2020; H. Weatherly et al. 2009) und es gibt intensive Debatten, inwieweit bestehende Forschungsstandards auch für komplexe Interventionen angemessen sind bzw. angepasst werden sollten (siehe beispielsweise Elkeles &

Broesskamp-Stone 2018; Mühlhauser et al. 2011; Raphael 2000; H. Weatherly et al. 2009). Es liegen inzwischen jedoch auch Konzepte vor, wie entsprechende Interventionen hochwertig zu evaluieren sind (Craig et al. 2008; Craig et al. 2017; Minary et al. 2019; Trojan & Kolip 2020). Das generelle Problem, dass gesundheitsfördernde Interventionen häufig schwer zu evaluieren sind, weil die angestrebten Wirkungen weit in der Zukunft liegen, ist bei auf die Älteren zielenden Interventionen etwas weniger relevant, weil der Wirkungszeitraum hier aufgrund der durchschnittlich kürzeren verbleibenden Lebenszeit deutlich niedriger ist.

6.3. Berücksichtigung gerechtigkeitsbezogener Fragestellungen

Die Darstellung der aktuellen Methodenentwicklungen zur Integration von gerechtigkeitsbezogenen Fragestellungen hat gezeigt, dass auch im Rahmen der gesundheitsökonomischen Methoden – abweichend von einer allein nutzenmaximierenden Perspektive – Möglichkeiten bestehen entsprechende Kriterien gerechtigkeitssensitiv oder auch gerechtigkeitsgewichtend in die Evaluation einzubeziehen (Forschungsfrage 4). Es gibt bereits gute Ansätze zur Entwicklung eines methodischen Instrumentariums, das weiterentwickelt werden sollte und mit dem mehr Transparenz über gerechtigkeitsbezogene Auswirkungen von gesundheitsfördernden oder präventiven Interventionen hergestellt werden kann. Insbesondere bei Interventionen, die nicht nur auf spezifische benachteiligte Zielgruppen gerichtet sind, ist es sinnvoll diese zielgruppenspezifisch auszuwerten, um Effekte auf sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten erheben zu können. Aber auch bei Interventionen, die explizit auf benachteiligte Gruppen zielen, ist zu überprüfen, inwieweit sie tatsächlich zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit beitragen.
Ob eine gewisse Altersdiskriminierung akzeptabel ist bzw. wie die Verteilung gesundheitsfördernder Ressourcen zwischen unterschiedlichen Altersgruppen erfolgen sollte, ist letztlich eine normativ zu entscheidende Frage. Vor dem Hintergrund, dass im deutschen SGB V festgeschrieben ist, dass mit Prävention und Gesundheitsförderung ein Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen geleistet werden soll, könnte zugunsten einer hohen Priorität für gesundheitsfördernde Interventionen insbesondere für sozial benachteiligte ältere Menschen argumentiert werden.
Wie für Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung stehende Ressourcen zwischen unterschiedlichen Altersgruppen verteilt werden sollten, ist eine normativ-politische Fragestellung. Entscheidungsgrundlagen sollten – nicht zuletzt aus Gründen der politischen Legitimierbarkeit solcher Verteilungsentscheidungen – transparent und offen verhandelt werden. Dies ist in jedem Fall einer impliziten methodenimmanenten oder stillschweigenden Priorisierung jüngerer Altersgruppen vorzuziehen.

6.4. Möglichkeiten und Grenzen der gesundheitsökonomischen Evaluation. Schlussfolgerungen für den deutschen Kontext

Um eine Einordnung des Stellenwerts gesundheitsökonomischer Evaluationen spezifisch im deutschen Gesundheitswesen zu ermöglichen, wurde in dieser Arbeit der Frage nachgegangen,

wie Primärprävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen im deutschen Gesundheitssystem verortet sind und welche Rolle eine ökonomische Bewertung bzw. Evaluation der Interventionen bisher spielt. Aufgezeigt wurden die sehr heterogenen Verantwortungsstrukturen und das breit aufgefächerte Feld, das sehr viele Akteure mit unterschiedlichen Interessen umfasst. Gleichzeitig haben Aktivitäten für Gesundheitsförderung und Prävention – insbesondere auch für ältere Menschen – in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Das Präventionsgesetz von 2015 markiert hier einen graduellen Einschnitt. Zum einen wurden zusätzliche übergreifende koordinierende Strukturen etabliert und bestehende koordinierende Strukturen gestärkt, zum anderen wurden die für Primärprävention und Gesundheitsförderung durch die GKV und die Pflegekassen aufzubringenden Mittel deutlich erhöht. Darüber hinaus wurde ein Fokus auf „Gesundes Altern" gesetzlich festgeschrieben. Ein Nachteil des Gesetzes bleibt jedoch, dass die Aktivitäten überwiegend auf die GKV und in geringerem Umfang die anderen Sozialversicherungsträger als Hauptakteure beschränkt bleiben. Die grundsätzlich breit gestreuten Verantwortlichkeiten bleiben bestehen. Dass gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten auch dazu beitragen sollen, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu reduzieren, ist seit 2000 gesetzlich festgeschrieben, damit haben entsprechende Aktivitäten auch a priori eine Gerechtigkeitsdimension.

Evidenzbasierung und Qualitätssicherung sind für präventive Aktivitäten der GKV zwar grundsätzlich vorgeschrieben, die Evidenzbasierung erfolgt aber bisher konzeptionell nur bei der Entscheidung über die grundsätzliche Förderungsfähigkeit bestimmter Aktivitäten, Erfolgskontrollen sind bisher auf sehr einfach erfassbare Indikatoren beschränkt. Eine explizite Erfassung der Effektivität bzw. des erreichten Nutzens der Interventionen erfolgt bisher kaum, eine gesundheitsökonomische Bewertung spielt praktisch keine Rolle. Es erfolgt eine gewisse Fokussierung der Aktivitäten auf Settings, in denen eine bessere Erreichbarkeit sozial benachteiligter Personen angenommen wird. Der mögliche Beitrag dieser Aktivitäten zur Reduktion sozial ungleicher Gesundheitschancen wird jedoch nicht erfasst. Hinzu kommt, dass offenbar implizit davon ausgegangen wird, dass jede Intervention positiv wirkt. Dieser Positiv-Bias äußert sich darin, dass Präventionsberichte als Erfolgsindikatoren bisher in erster Linie auf Teilnehmerzahlen fokussieren. Mögliche unerwünschte negative Wirkungen von Interventionen – wie z.B. negative Effekte der Stigmatisierung oder Etikettierung als Risikogruppe – werden so ebenfalls ausgeblendet (Kuhn 2020; Mühlhauser 2020).

Wie groß die finanziellen Aufwendungen für Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Primärprävention für Ältere sind, ist aufgrund der Fragmentierung und Unübersichtlichkeit des Feldes kaum nachvollziehbar. Die dazu vorliegenden Daten zeigen, dass der Gesamtbudgetanteil für Gesundheitsförderung im Verhältnis zum Gesundheitsbudget insgesamt klein ist. In Bezug auf die Aktivitäten der GKV ist die Zielgruppe der älteren Menschen bisher deutlich unterrepräsentiert. Die Aktivitäten wurden jedoch – insbesondere mit Blick auf die stationären Pflegeheime – in den letzten Jahren deutlich ausgeweitet.

Insgesamt steigen die Ausgaben in diesem Bereich. Um die Ressourcen möglichst sinnvoll einzusetzen, wäre daher eine Analyse, wie sich je nach Intervention Kosten- und Nutzen gegenüberstehen, sinnvoll. Gerade angesichts der Ausweitung der investierten Ressourcen wäre es sinnvoll vergleichend zu erheben, wo Ressourcen mit besonders hohem Nutzen eingesetzt werden können. Die stark fragmentierten Projekt- und Finanzierungsstrukturen stehen jedoch einer zielorientiert gesteuerten Ausgabenverteilung im Weg. Die einzelnen Akteure verfügen häufig jeweils nur über relativ kleine Teilbudgets. Ein umfassenderer Vergleich, wo Ressourcen am besten investiert werden, ist aus der Perspektive der lokalen Akteure nicht möglich und für diese auch kaum relevant und wird zudem wahrscheinlich stark von lokalen Gegebenheiten gesteuert. Die starke Dezentralisierung und Fragmentierung von Entscheidungsträger:innen wird dementsprechend immer wieder als wesentlicher Hemmfaktor für eine rationale bzw. evidenzbasierte Durchführung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung bemängelt (Altgeld 2012; De Bock et al. 2020; Lüngen & Passon 2011).

Die durch das Präventionsgesetz geschaffenen Strukturen bieten erste Ansatzpunkte, den hier identifizierten Problemen entgegen zu arbeiten. Die bisherige Evaluationspraxis, die im ersten Präventionsbericht dokumentiert wurde, geht jedoch bisher noch nicht weit genug und bleibt zu sehr an der Oberfläche. Eine stärkere Vereinheitlichung der Vorgehensweisen über verschiedene Träger und Anbieter hinweg, würde eine Möglichkeit bieten, mit größer angelegten Evaluationsstudien den Erkenntnisstand zur Effektivität und Effizienz perspektivisch zu erhöhen und damit auch eine Chance für strukturiertere und stärker evidenzbasierte Entscheidungsprozesse bieten. Mit dem vom GKV-Spitzenverband 2020 implementierten kassenübergreifenden System der Evaluation ist zukünftig eine Verbesserung der Evidenzlage zu erwarten. Wie detailliert diese Evaluationen sind, welche Ergebnisse sie bringen und inwieweit ökonomische Aspekte einfließen, bleibt abzuwarten.

Eine Vorbedingung für strukturiertere Entscheidungsprozesse wäre auch eine dezidiertere Verständigung über primär zu erreichende Ziele. Eine Abwägung der Wichtigkeit unterschiedlicher Ziele erfolgt aktuell kaum, eine Gewichtung der unterschiedlichen im Gesetz benannten Zielbereiche erfolgt damit dezentral und eher zufällig und nicht über transparente und explizite Entscheidungsprozesse.

Aktuell werden gesundheitsökonomische Evaluationen in Deutschland überhaupt nicht herangezogen, um Allokationsentscheidungen für oder gegen bestimmte gesundheitsfördernde Interventionen zu begründen. Damit können aktuell ältere Menschen zwar nicht auf Basis methodenimmanenter Probleme benachteiligt werden, allerdings werden Entscheidungen für die Ressourcenallokation so basierend auf anderen Entscheidungskriterien getroffen, die wenig transparent sind. Es gibt damit derzeit keine Möglichkeit zu bewerten, ob der Einsatz der Ressourcen, die derzeit für gesundheitsfördernde oder präventive Interventionen für Ältere zur Verfügung stehen, effizient erfolgt, ob Interventionen gefördert werden, die einen besonders großen Nutzen bringen bzw. wo besonders effiziente Ansatzpunkte liegen, um sozial bedingt ungleiche

Gesundheitschancen auszugleichen. Dabei wären Wirksamkeits- und Effizienznachweise wichtig, um sicherzustellen, dass tatsächlich möglichst wirksame Interventionen gefördert werden und ein größtmöglicher Nutzen mit den vorhandenen Ressourcen erreicht wird. Die Ausweitung von gesundheitsfördernden Interventionen in Pflegeeinrichtungen böte hier zum Beispiel gerade gute Möglichkeiten, die Effektivität und Effizienz unterschiedlicher Interventionen miteinander zu vergleichen.

6.5. Ausblick

Die Arbeit hat gezeigt, dass die bisher vorliegenden gesundheitsökonomischen Evaluationen gesundheitsfördernder oder präventiver Interventionen für ältere Menschen erst in sehr begrenztem Umfang geeignet sind, Entscheidungsträger:innen bei der Allokation von Ressourcen für an ältere Menschen gerichtete Gesundheitsförderungsaktivitäten zu unterstützen. Neben den ausführlich diskutierten methodischen Herausforderungen liegt jedoch ein zentrales Problem darin, dass für viele wichtige Interventionsformen bzw. Interventionsbereiche kaum oder keine ökonomischen Evaluationen vorliegen. Dort wo Studien vorliegen, sind die Ergebnisse einzelner Studien häufig wenig mit den Ergebnissen anderer Studien vergleichbar.

Mit der Ausweitung der für die Gesundheitsförderung von Älteren zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen sollte auch der Anspruch einher gehen, dass diese möglichst effizient eingesetzt werden. Gesundheitsökonomische Evaluationen sind zur Unterstützung transparenter Entscheidungen in diesem Bereich grundsätzlich ein hilfreiches Instrument, sofern die hier diskutierten Herausforderungen und die Grenzen der Vergleichbarkeit der Ergebnisse beachtet werden. Grundsätzlich zeigt die Auseinandersetzung mit den Gerechtigkeitsaspekte integrierenden Ansätzen, dass es möglich ist, gerechtigkeitsbezogene Ziele einzubeziehen, auch wenn die Forschung bzw. die praktische Umsetzung entsprechender Ansätze in gesundheitsökonomischen Evaluationen noch in den Anfängen ist.

Die Förderung und Durchführung entsprechender gesundheitsökonomischer Evaluationen wird die Voraussetzung sein, um für zukünftige Allokationsentscheidungen transparente Entscheidungsgrundlagen vorliegen zu haben. Wichtig ist jedoch auch zu vermeiden, dass komplexere Interventionen zukünftig weniger gefördert werden, weil die für diese notwendigen aufwändigeren Evaluationen fehlen.

Besondere Aufmerksamkeit sollte die aktuelle Förderung digitaler Angebote und Mittel der Prävention und Gesundheitsförderung erhalten. Da der Digitalisierungsgrad älterer Menschen – und insbesondere sozioökonomisch schlechter gestellter älterer Menschen – deutlich niedriger ist als der jüngerer Menschen (Huxhold & Otte 2019), bestehen hier besondere Risiken, dass sozial benachteiligte ältere Menschen von diesen besonders wenig profitieren und sich sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten damit weiter verschärfen könnten (Schüz & Urban 2020; Veinot et al. 2018).

7. Literatur

Altgeld T (2012): Prävention–eine Spielwiese für Einzelaktivitäten heterogener Akteure, *G+ G Wissenschaft* 2:7-15.

— (2016): Finanzierung der Gesundheitsförderung (letzte Aktualisierung am 05.12.2016), in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Ebook*, Köln, S. 136-43.

Asaria M, Griffin S, Cookson R, Whyte S, Tappenden P (2015): Distributional cost-effectiveness analysis of health care programmes--a methodological case study of the UK Bowel Cancer Screening Programme, *Health Econ* 24(6):742-54.

Baltussen R, Niessen L (2006): Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis, *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 4(1):14.

Bauer S, Geiger L, Niggemann R, Seidel J, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2020): Präventionsbericht 2020. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung, Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen, Berichtsjahr 2019, Essen & Berlin: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen eV (MDS) und GKV-Spitzenverband.

Bauer S, Römer K, Geiger L, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2019): Präventionsbericht 2019. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2018, Essen & Berlin: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen eV (MDS) und GKV-Spitzenverband.

Bopp M, Mackenbach JP (2019): Vor dem Tod sind alle ungleich: 30 Jahre Forschung zu Mortalitätsunterschieden nach Sozialstatus im europäischen Ländervergleich, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52(2):122-29.

Breyer F (2012): Implizite versus explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 55(5):652-59.

Brouwer WBF, Culyer AJ, van Exel NJA, Rutten FFH (2008): Welfarism vs. extra-welfarism, *Journal of Health Economics* 27(2):325-38.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft, Bonn: Deutscher Bundestag.

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Gesetzliche Krankenversicherung Endgültige Rechnungsergebnisse 2018, Stand 24. Juni 2019, Berlin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2018_Internet.pdf, abgerufen am 01.12.2020.

Callahan D (1995): *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society with "A Response to my Critics"*, Washington DC: Georgetown University Press.

Cleland J, Hutchinson C, Khadka J, Milte R, Ratcliffe J (2019): A review of the development and application of generic preference-based instruments with the older population, *Applied Health Economics and Health Policy*:1-21.

Coast J, Flynn TN, Natarajan L, Sproston K, Lewis J, Louviere JJ, Peters TJ (2008): Valuing the ICECAP capability index for older people, *Social Science & Medicine* 67(5):874-82.

Cookson R, Drummond M, Weatherly H (2009): Explicit incorporation of equity considerations into economic evaluation of public health interventions, *Health Econ Policy Law* 4(Pt 2):231-45.

Cookson R, Mirelman AJ, Griffin S, Asaria M, Dawkins B, Norheim OF, Verguet S, A JC (2017): Using Cost-Effectiveness Analysis to Address Health Equity Concerns, *Value Health* 20(2):206-12.

Council of the European Union (2006): Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems, *Official Journal of the European Union* C146(1).

Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M (2008): Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance, *BMJ* 337:a1655.

Craig P, Katikireddi SV, Leyland A, Popham F (2017): Natural experiments: an overview of methods, approaches, and contributions to public health intervention research, *Annual Review of Public Health* 38:39-56.

Daniels N (1983): Justice between age groups: am I my parents' keeper?, *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*:489-522.

— (2007): *Just health: meeting health needs fairly*, New York: Cambridge University Press.

De Bock F, Dietrich M, Rehfuess E (2020): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

Deutscher Bundestag (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 1: Zielbildung, Nutzerorientierung und Partizipation, Bonn.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (2015): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, Berlin, https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-20150210-praeventionsgesetz.pdf, abgerufen am 23.07.2020.

Drummond M, Weatherly H, Claxton K, Cookson R, Ferguson B, Godfrey C, Rice N, Sculpher M, Sowden A (2007): Assessing the challenges of applying standard methods of economic evaluation to public health interventions, York: Public Health Research Consortium, https://www.phrc.online/assets/uploads/files/PHRC_D1_05_Final_Report_1.pdf, abgerufen am 15.05.2020.

Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brian BJ, Stoddart GL (2005): *Methods for the economic evaluation of health care programmes*: Oxford university press.

Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Kissimova-Skarbek K, Huter K, Rothgang H (2017): Economic evaluation of health promotion and primary prevention actions for older people - a systematic review, *European Journal of Public Health*.

Edlin R (2014): Assessing the cost-effectiveness of therapies for older people, in: Harper S, Hamblin K (Hg.): *International handbook on ageing and public policy*, Cheltenham & Northampton: Edward Elgar, S. 167-77.

Elkeles T, Broesskamp-Stone U (2018): Evidenzbasierte Gesundheitsförderung (letzte Aktualisierung am 02.03.2015), in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Ebook*, Köln, S. 127-35.

Franzkowiak P (2018): Prävention und Krankheitsprävention, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Köln, S. 776-97.

Gerlinger T (2016): Präventionsgesetz, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Köln, S. 798-808.

GKV-Spitzenverband (2018a): Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI, Berlin.

— (2018b): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V, Berlin.
— (2020a): Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI, Berlin.
— (2020b): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V, Berlin.
Golinowska S, Huter K, Sowada C, Pavlova M, Sowa A, Rothgang HR (2017): Healthy ageing in Germany – common care and insurance funding. Institutional and financial dimension of health promotion for older people, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 15(1).
Goodrich K, Kaambwa B, Al-Janabi H (2012): The Inclusion of Informal Care in Applied Economic Evaluation: A Review, *Value in Health* 15(6):975-81.
Grewal I, Lewis J, Flynn T, Brown J, Bond J, Coast J (2006): Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities?, *Social Science & Medicine* 62(8):1891-901.
Gu Y, Lancsar E, Ghijben P, Butler JR, Donaldson C (2015): Attributes and weights in health care priority setting: a systematic review of what counts and to what extent, *Social Science & Medicine* 146:41-52.
Hackert MQ, van Exel J, Brouwer WB (2020): Well-being of Older People (WOOP): Quantitative Validation of a New Outcome Measure for Use in Economic Evaluations, *Social Science & Medicine*:113109.
Hackert MQN, van Exel J, Brouwer WBF (2018): Does the ICECAP-O cover the physical, mental and social functioning of older people in the UK?, *Qual Life Res*.
Harris J (1987): QALYfying the value of life, *Journal of medical ethics* 13(3):117-23.
Helter TM, Coast J, Łaszewska A, Stamm T, Simon J (2020): Capability instruments in economic evaluations of health-related interventions: a comparative review of the literature, *Quality of Life Research* 29:1433-64.
Hoefman RJ, van Exel J, Brouwer W (2013): How to include informal care in economic evaluations, *PharmacoEconomics* 31(12):1105-19.
Hollbach-Grömig B, Frölich von Bodelschwingh F (2015): Gesundheitsförderung und Prävention – Zugangswege älterer Menschen auf kommunaler Ebene. Wiederholungsbefragung des Deutschen Instituts für Urbanistik. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Sonderheft 02, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
Huisman M, Read S, Towriss CA, Deeg DJ, Grundy E (2013): Socioeconomic inequalities in mortality rates in old age in the World Health Organization Europe region, *Epidemiologic reviews* 35(1):84-97.
Hurrelmann K, Laaser U, Richter M (2012): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, in: Hurrelmann K, Razum O (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Weinheim & Basel: Beltz Juventa, S. 661-91.
Huter K (2020): Gerechtigkeit in der gesundheitsökonomischen Evaluation von Public Health–Überblicksartikel, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 150-152:80-87.
Huter K, Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Kissimova-Skarbek K, Rothgang H (2018): Economic evaluation of health promotion interventions for older people: do applied economic studies meet the methodological challenges?, *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 16(1):14.
Huter K, Kocot E, Kissimova-Skarbek K, Dubas-Jakobczyk K, Rothgang H (2016): Economic evaluation of health promotion for older people-methodological problems and challenges, *BMC Health Serv Res* 16 Suppl 5:328.
Huxhold O, Otte K (2019): Internetzugang und Internetnutzung in der zweiten Lebenshälfte. (dza-aktuell: Deutscher Alterssurvey, 01/2019), Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-65804-7.

IQWiG (2017): *Allgemeine Methoden. Version 5.0 vom 10.07.2017*, Köln: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Joebges S, Biller-Andorno N (2020): Ethics guidelines on COVID-19 triage-an emerging international consensus, *Critical Care* 24(1):201.

Jordan S, von der Lippe E, Hagen C (2011): Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung, in: Robert Koch-Institut (Hg.): *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009"*, Berlin, S. 23-33.

Kaba-Schönstein L, Trojan A (2018): Gesundheitsförderung 5: Deutschland (letzte Aktualisierung 15.06.2018), in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Ebook*, S. 308-44.

Kliche T, Koch U, Lehmann H, Töppich J (2006): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 49(2):141-50.

Kliche T, Schreiner-Kürten K, Wanek V, Koch U (2011): Gesundheitswirkungen von Prävention: Erprobung des Evaluationssystems der Krankenkassen im Individualansatz und erste Befunde aus 212 Gesundheitskursen, *Das Gesundheitswesen* 73(4):258-63.

Kolip P (2006): Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung, *Prävention und Gesundheitsförderung* 1(4):234-39.

— (2017): Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement (letzte Aktualisierung 27.02.2017), in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Ebook*, Köln, S. 836-40.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, Berlin, https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=cd82d07635b7a783faaba0d28430f8f9, abgerufen am 12.03.2020.

— (2020): Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit, https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/, abgerufen am 23.12.2020.

Krol M, Brouwer W, Rutten F (2013): Productivity costs in economic evaluations: past, present, future, *PharmacoEconomics* 31(7):537-49.

Krol M, Papenburg J, van Exel J (2015): Does including informal care in economic evaluations matter? A systematic review of inclusion and impact of informal care in cost-effectiveness studies, *PharmacoEconomics* 33(2):123-35.

Kuhlmann A, Koch K (2009): Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune. Kurz-Expertise, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Kuhn J (2020): Präventionsberichterstattung: Methodische Fragen, ethische Fragen – eine Nachbetrachtung, in: Robert Koch Institut & Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.): *Über Prävention berichten–aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes.*, Berlin: RKI, S. 125-31.

Lampert T, Hoebel J (2019a): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52(1):91-99.

— (2019b): Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 62(3):238-46.

Lorenc T, Oliver K (2014): Adverse effects of public health interventions: a conceptual framework, *Journal of Epidemiology and Community Health* 68(3):288-90.

Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P (2013): What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews: Table 1, *Journal of Epidemiology and Community Health* 67(2):190-93.

Lüngen M, Passon A (2011): Eine rationale Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung, *Prävention und Gesundheitsförderung* 6(1):6-10.

Mackenbach JP (2012): The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox, *Social Science & Medicine* 75(4):761-69.

Makai P, Brouwer WB, Koopmanschap MA, Stolk EA, Nieboer AP (2014): Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: a systematic review, *Social Science & Medicine* 102:83-93.

McDaid D, Sassi F, Merkur S (2015): Supporting effective and efficient policies: the role of economic analysis, in: McDaid D, Sassi F, Merkur S (Hg.): *Promoting Health, Preventing Disease: The economic case*, Maidenhead: Open University Press, S. 19-31.

McGill R, Anwar E, Orton L, Bromley H, Lloyd-Williams F, O'Flaherty M, Taylor-Robinson D, Guzman-Castillo M, Gillespie D, Moreira P, Allen K, Hyseni L, Calder N, Petticrew M, White M, Whitehead M, Capewell S (2015): Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact, *BMC Public Health* 15(1):457.

McKenzie JF, Neiger BL, Thackeray R (2012): *Planning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs: A Primer*, San Francisco: Pearson.

Minary L, Trompette J, Kivits J, Cambon L, Tarquinio C, Alla F (2019): Which design to evaluate complex interventions? Toward a methodological framework through a systematic review, *BMC Medical Research Methodology* 19(1):1-9.

Mühlhauser I (2020): Unerwünschte Wirkungen von Präventionsmaßnahmen – kein Thema der Präventionsberichterstattung? Ein kritischer Kommentar, in: Robert Koch Institut & Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hg.): *Über Prävention berichten–aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*, Berlin: RKI, S. 117-23.

Mühlhauser I, Lenz M, Meyer G (2011): Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen–eine methodische Herausforderung, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105(10):751-61.

Nationale Präventionskonferenz (2018): *Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V*, Berlin: Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz.

— (2019): *Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V*, Berlin: Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz.

OECD (2020): Elderly population (indicator), https://www.oecd-ilibrary.org/content/data/8d805ea1-en, abgerufen am 23.12.2020.

Oliva-Moreno J, Trapero-Bertran M, Peña-Longobardo LM, del Pozo-Rubio R (2017): The Valuation of Informal Care in Cost-of-Illness Studies: A Systematic Review, *PharmacoEconomics* 35(3):331-45.

Raphael D (2000): The question of evidence in health promotion*, *Health Promot Int* 15(4):355-67.

Ratcliffe J, Lancsar E, Flint T, Kaambwa B, Walker R, Lewin G, Luszcz M, Cameron ID (2017): Does one size fit all? Assessing the preferences of older and younger people for attributes of quality of life, *Quality of Life Research* 26(2):299-309.

Rawls J (1971): *A theory of justice*, Cambridge: Harvard University Press.

Reckers-Droog VT, van Exel NJA, Brouwer WBF (2018): Looking back and moving forward: On the application of proportional shortfall in healthcare priority setting in the Netherlands, *Health Policy* 122(6):621-29.

Remmers H (2012): Rationierung und Altersdiskriminierung, in: Berner F, Rossow J, Schwitzer K-P (Hg.): *Altersbilder in der Wirtschaft, im Gesundheitswesen und in der*

pflegerischen Versorgung: Expertisen zum Sechsten Altenbericht der Bundesregierung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 339-68.

Robert-Koch-Institut (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*, Berlin: RKI.

Römer K (2018): Tabellenband zum Präventionsbericht 2018. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2017: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

Römer K, Geiger L (2019): Tabellenband zum Präventionsbericht 2019. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2018: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

Rosenbrock R (2004): Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention, *Zeitschrift für Evaluation* 1:71-80.

Rosenbrock R, Gerlinger T (2014): *Stand und Perspektiven primärer Prävention, in: Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung*: Verlag Hans Huber.

Rothgang H, Salomon T (2009): Die gesundheitsökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention, in: Kolip P, Müller V (Hg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Göttingen: Huber, S. 344-62.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): *Bedarfsgerechte Versorgung-Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche: Gutachten 2014* Bonn/Berlin.

Sadana R, Blas E, Budhwani S, Koller T, Paraje G (2016): Healthy Ageing: Raising Awareness of Inequalities, Determinants, and What Could Be Done to Improve Health Equity, *Gerontologist* 56 Suppl 2:S178-93.

Schempp N (2015): Tabellenband zum Präventionsbericht 2015. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2014, Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

— (2016): Tabellenband zum Präventionsbericht 2016. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015, Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

— (2018): Tabellenband zum Präventionsbericht 2017. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2016, Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

Schüz B, Urban M (2020): Unerwünschte Effekte digitaler Gesundheitstechnologien: Eine Public-Health-Perspektive, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 63(2):192-98.

Seidel J (2013): Tabellenband zum Präventionsbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2012, Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

Seidel J, Niggemann R, Geiger L (2020): Tabellenband zum Präventionsbericht 2020. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in

stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
Swedish National Institute of Public Health (2007): Healthy ageing: a challenge for Europe: Swedish National Institute of Public Health.
Trojan A, Kolip P (2020): Evidenzbasierung in der Prävention und Gesundheitsförderung, in: Tiemann M, Mokhokum M (Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 1-24.
Tsuchiya A (2000): QALYs and ageism: philosophical theories and age weighting, *Health Economics* 9(1):57-68.
Van de Wetering E, Stolk E, van Exel J, Brouwer WB (2013): Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall, *The European journal of health economics* 14(1):107-15.
Van de Wetering E, Van Exel N, Rose JM, Hoefman R, Brouwer W (2016): Are some QALYs more equal than others?, *The European journal of health economics* 17(2):117-27.
van de Wetering L, van Exel J, Bobinac A, Brouwer WB (2015): Valuing QALYs in relation to equity considerations using a discrete choice experiment, *PharmacoEconomics* 33(12):1289-300.
Van den Berg B, Brouwer WB, Koopmanschap MA (2004): Economic valuation of informal care, *The European journal of health economics* 5(1):36-45.
van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen AP, Hoogendijk EO, van Tulder MW, van der Horst HE, Ostelo RW (2015): Comparing measurement properties of the EQ-5D-3L, ICECAP-O, and ASCOT in frail older adults, *Value Health* 18(1):35-43.
Veinot TC, Mitchell H, Ancker JS (2018): Good intentions are not enough: how informatics interventions can worsen inequality, *Journal of the American Medical Informatics Association* 25(8):1080-88.
Venkatapuram S, Ehni HJ, Saxena A (2017): Equity and healthy ageing, *Bull World Health Organ* 95(11):791-92.
Verguet S, Kim JJ, Jamison DT (2016): Extended cost-effectiveness analysis for health policy assessment: a tutorial, *PharmacoEconomics* 34(9):913-23.
Versteegh M, Knies S, Brouwer W (2016): From good to better: new Dutch guidelines for economic evaluations in healthcare, *PharmacoEconomics* 34:1071-74.
von dem Knesebeck O, Bickel H, Fuchs A, Gensichen J, Höfels S, Riedel-Heller SG, König H-H, Mergenthal K, Schön G, Wegscheider K (2015): Social inequalities in patient-reported outcomes among older multimorbid patients–results of the MultiCare cohort study, *Int J Equity Health* 14(1):17.
von dem Knesebeck O, Vonneilich N, Lüdecke D (2017): Income and functional limitations among the aged in Europe: a trend analysis in 16 countries, *Journal of Epidemiology & Community Health* 71(6):584-91.
von der Schulenburg J-MG, Greiner W, Jost F, Klusen N, Kubin M, Leidl R, Mittendorf T, Rebscher H, Schöffski O, Vauth C (2007): Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation-dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens, *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 12(05):285-90.
Walter U (2018): Der lange Weg zum Präventionsgesetz – Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, *Public Health Forum* 26(3):201-04.
Walter U, Krugmann CS (2013): Rationierung: Realität in der Versorgung älterer Menschen?, in: Bäcker G, Heinze R (Hg.): *Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung*, Wiesbaden: Springer VS, S. 269-83.
Weatherly H, Drummond M, Claxton K, Cookson R, Ferguson B, Godfrey C, Rice N, Sculpher M, Sowden A (2009): Methods for assessing the cost-effectiveness of public health interventions: key challenges and recommendations, *Health Policy* 93(2-3):85-92.

Weatherly H, Faria R, van den Berg B (2017): Quantifying Informal Care for Economic Evaluation in Mental Health, in: Razzouk D (Hg.): *Mental Health Economics: The Costs and Benefits of Psychiatric Care*, Cham: Springer International Publishing, S. 267-80.

Westerhout E (2014): Population ageing and health care expenditure growth, in: *International handbook on ageing and public policy*, Cheltenham & Northampton: Edward Elgar Publishing, S. 178-90.

Whitty JA, Lancsar E, Rixon K, Golenko X, Ratcliffe J (2014): A systematic review of stated preference studies reporting public preferences for healthcare priority setting, *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research* 7(4):365-86.

WHO (1986): *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Erste internationale Konferenz über Gesundheitsförderung am 17.-21. November*, Ottawa, Kanada.

— (1997): *Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century. Fourth International Conference on Health Promotion*, Jakarta.

— (2015): *World report on ageing and health*: World Health Organization.

— (2017): WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2015, Geneva.

Williams A (1997): Intergenerational Equity: An Exploration of the 'Fair Innings' Argument, *Health Economics* 6(2):117-32.

Wyman MF, Shiovitz-Ezra S, Bengel J (2018): Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems, in: Ayalon L, Tesch-Römer C (Hg.): *Contemporary perspectives on ageism*, Cham: Springer Open, S. 193-212.

Anhang A Publikationen

Hinweis: Anhang A ist in der Veröffentlichung dieser Dissertation nicht enthalten.
Die veröffentlichten Einzelarbeiten sind unter folgenden Links verfügbar:

A.1. Economic evaluation of health promotion for older people-methodological problems and challenges

Huter, K., E. Kocot, K. Kissimova-Skarbek, K. Dubas-Jakobczyk and H. Rothgang (2016): Economic evaluation of health promotion for older people-methodological problems and challenges, BMC Health Services Research 16, Supplement 5: 328. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1519-y

A2. Economic evaluation of health promotion and primary prevention actions for older people - a systematic review

Dubas-Jakóbczyk, K., E. Kocot, K. Kissimova-Skarbek**, K. Huter** and H. Rothgang (2017): Economic evaluation of health promotion and primary prevention actions for older people - a systematic review, European Journal of Public Health, 27(4), 670-679. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx030

A3. Economic evaluation of health promotion interventions for older people: do applied economic studies meet the methodological challenges?

Huter, K., K. Dubas-Jakóbczyk, E. Kocot, K. Kissimova-Skarbek and H. Rothgang (2018). Economic evaluation of health promotion interventions for older people: do applied economic studies meet the methodological challenges? Cost Effectiveness and Resource Allocation 16(1): 14. https://doi.org/10.1186/s12962-018-0100-4

A4. Gerechtigkeit in der gesundheitsökonomischen Evaluation von Public Health – Überblicksartikel

A. **Huter, K.** (2020): Gerechtigkeit in der gesundheitsökonomischen Evaluation von Public Health – Überblicksartikel, Zeitschrift für Evidenz Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 150-152: 80-87. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.03.003

Anhang B: Versicherung der eigenständigen Verfassung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die ich wörtlich oder inhaltlich aus anderen Werken entnommen habe, sind unter Angabe der Quellen als solche kenntlich gemacht.
Eine Überprüfung der Dissertation mit qualifizierter Software im Rahmen der Untersuchung von ist Plagiatsvorwürfen gestattet.

Bremen,

Kai Huter