

ROBERT KOCH INSTITUT



Originally published as:

Jordan, S.

Monitoring for prevention and health promotion. The contribution of monitoring and its reporting systems to prevention and health promotion [Monitoring für Prävention und Gesundheitsförderung. Der Beitrag des Monitorings und seiner Berichterstattungssysteme zu Prävention und Gesundheitsförderung]

(2012) Prävention und Gesundheitsförderung, 7 (2), pp. 155-160.

DOI: 10.1007/s11553-012-0333-6

This is an author manuscript.

The definitive version is available at: <http://link.springer.com/>

Monitoring für Prävention und Gesundheitsförderung

Der Beitrag des Monitorings und seiner Berichterstattungssysteme zu Prävention und Gesundheitsförderung

S. Jordan

Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut, General-Pape-Straße
62–66, 12101 Berlin

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Monitoring erhebt kontinuierlich Daten auf Bevölkerungsebene, die die Bedarfsermittlung und den Wirkungsnachweis von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen. Je nach Art der herangezogenen Daten lassen sich Gesundheits-, Interventions-, Medien- oder Politikmonitoring unterscheiden.

Ergebnisse: Mit dem Gesundheitsmonitoring lassen sich die Verbreitung von Erkrankungen, Risiko- und Schutzfaktoren sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens beobachten. Das Interventionsmonitoring führt Daten über die praktische Umsetzung und die Wirkung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zusammen. Mit Politikmonitoring lassen sich die Gesetzgebung und die von der Politik veranlassten Programme verfolgen. Das Medienmonitoring liefert eine Analyse der Berichterstattung zu gesundheitsrelevanten Themen in den Medien.

Schlussfolgerung: Der erweiterte „Public Health Action Cycle“ zeigt, auf welche Weise die Daten der verschiedenen Monitoringsysteme zur Entwicklung datengestützter und wissenschaftlicher Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung beitragen.

Hintergrund

Als Entscheidungsgrundlagen für Präventionsstrategien eignen sich konkrete Daten über den Bedarf, die Verteilung, die Qualität, die Wirksamkeit und die Kosten bisher eingesetzter Maßnahmen für Prävention und Gesundheitsförderung [19, 24]. Diese Informationen liefert am besten ein dauerhaftes Monitoring, d. h. gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „... the continuous follow-up of activities to ensure that they proceed to plan and that the policy aims are achieved“¹ [4]. Dieser Beitrag erläutert im Folgenden, wie das Monitoring und seine Berichterstattungssysteme die Entwicklung von evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen.

Aufgaben des Monitorings

Ausgehend von der Multikausalität der meisten Erkrankungen besteht die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung aufeinander abzustimmen und auf vielen Ebenen ansetzen zu lassen, damit sie bevölkerungsweit Wirkung zeigen. Nationale, regionale und kommunale Maßnahmen müssen mit individuumsbezogenen Interventionen oder Maßnahmen im Setting (Arbeitsplatz, Schule, Kita etc.) einhergehen. Für das Monitoring bedeutet dies, dass Indikatoren für alle verschiedenen Ebenen benötigt werden [27], um gesundheitliche Handlungsbedarfe zu erkennen und Handlungsstrategien zu bewerten.

Monitoring schafft die Voraussetzung, aktuell und regelmäßig detaillierte Daten über Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsverhalten und Rahmenbedingungen sowie über die Wahrnehmung von Gesundheitsleistungen in der Bevölkerung zu erfassen. Die Zusammenstellung dieser Informationen ermöglicht, Bedarf und Wirkung von Präventionsstrategien abzuschätzen. Dabei werden bereits vorhandene Datenquellen genutzt und Datenlücken durch neue Erhebungen geschlossen, so dass alle relevanten Datenquellen für ein umfassendes Bild des Gesundheitsproblems zusammengefügt werden [18]. In der Regel beinhalten die Daten des Monitorings relevante Maßzahlen (Indikatoren), die fortlaufend beobachtet werden, bspw. Prävalenzen von Erkrankungen oder die Häufigkeit der Inanspruchnahme einer Früherkennungsuntersuchung [1]. Je nach Art der herangezogenen Daten lassen sich Gesundheitsmonitoring, Interventionsmonitoring, Medienmonitoring oder Politikmonitoring unterscheiden.

Die Daten und Informationen des Monitorings stehen zumeist in Form von verschiedenen Berichten und Veröffentlichungen den politischen Entscheidungsträgern, der Fachöffentlichkeit und häufig ebenfalls

der Allgemeinbevölkerung zur Verfügung. Jedes Monitoringsystem liefert unterschiedliche Daten, die aus Studien, Surveys und Sekundäranalysen gewonnen werden und durch ein jeweils eigenes Berichterstattungssystem in Berichten so aufbereitet werden, dass sie zur Bewertung und weiteren Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen (Abb. 1). Die verschiedenen Berichterstattungssysteme sind je nach Präventionsfeld, Fragestellung und finanziellen Mitteln unterschiedlich relevant [1, 24].

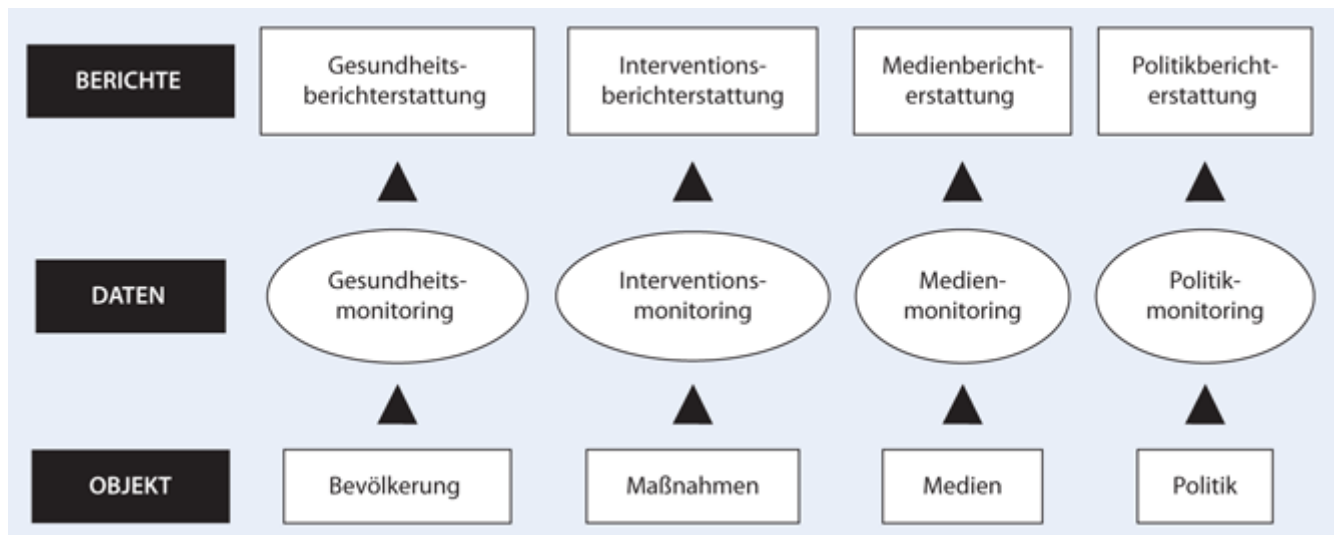


Abb. 1 Arten des Monitorings und der Berichterstattung (Quelle: eigene Darstellung)

Eine umfassende Monitoringstrategie legt die Art, die Erhebungsmethoden und die Datenhalter der benötigten Daten für aussagekräftige Indikatoren der Berichterstattung fest. Detailliert entwickelte Monitoringstrategien sind bspw. das Rahmenmodell der WHO zur Umsetzung nationaler Strategien für eine ausgewogene Ernährung und körperliche Aktivität [30] und das Modell des Wirkungsmanagements von „Gesundheitsförderung Schweiz“ [26], das zur Überprüfung des nationalen Gesundheitsziels „Gesundes Körpergewicht“ angewendet wird [1]. Beiden Modelle zeigen den Möglichkeitsraum auf, den die Zusammenführung verschiedener Monitoringsysteme für eine Berichterstattung von Prävention und Gesundheitsförderung bietet.

Arten des Monitorings

Gesundheitsmonitoring

Das Gesundheitsmonitoring stellt mit seinen kontinuierlich erhobenen Daten auf Bevölkerungsebene Informationen zur Bedarfsermittlung für Prävention und Gesundheitsförderung bereit. Durch die regelmäßige Beobachtung der Verbreitung von Erkrankungen, von Risiko- und Schutzfaktoren sowie der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens ermöglicht das Gesundheitsmonitoring, Trends zu erkennen. Diese lassen sich in Bezug zu bisherigen und zukünftigen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung setzen [18].

Im Folgenden wird der Begriff „Gesundheitsmonitoring“ in diesem engen Begriffsverständnis verwendet. In anderen Kontexten wird er darüber hinaus in einem breiteren Sinne eingesetzt und steht dann als Äquivalent für Monitoring im Allgemeinen. Die Informationen aus dem Gesundheitsmonitoring über Zustand und Bedingungen der Bevölkerungsgesundheit werden in der Gesundheitsberichterstattung (GBE) verfügbar gemacht. Die GBE, verstanden als „Berichtswesen über die Gesundheit der Bevölkerung“ [13], soll eine Grundlage für wissensbasiertes Handeln in Prävention und Gesundheitsförderung schaffen. Sie dient als ein Instrument zur generellen Ausrichtung der Aktivitäten im Gesundheits- und Sozialwesen auf der Grundlage von Gesundheitsdaten, die eine gesellschaftliche Diskussion über Präventions- und Gesundheitsziele ermöglichen. Mit ihren epidemiologischen Daten kann die GBE einen grundlegenden Beitrag zu einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik leisten [16].

Interventionsmonitoring

Die systematische Erhebung und Sammlung von Daten über die praktische Umsetzung, die Qualitätssicherung und die Evaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung erhebt das Interventionsmonitoring, dessen Informationen dann in die Interventionsberichterstattung (IVB) fließen [1]. Der Begriff „Intervention“ umfasst dabei die Vielzahl an unterschiedlichen Methoden des gezielten Eingreifens in den Krankheitsentstehungsprozess. Die IVB liefert Informationen über Verbreitung und Wirkung von Präventionsprojekten und Gesundheitsförderungsprogrammen. Sie fügt Daten über den Umfang, die Art und die Finanzierung von Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung zusammen, aber auch über die Qualität der umgesetzten Maßnahmen [24]. Darüber hinaus kann die IVB Informationen über die Rahmenbedingungen wie Strukturen an Schulen erfassen. Interventionsmonitoring und IVB können damit zu der immer stärker geforderten

Evidenzbasierung von Prävention und Gesundheitsförderung beitragen [2, 5].

Medienmonitoring

Die Analyse der Medien hinsichtlich ihrer Darstellung von gesundheitsrelevanten Themen übernimmt das Medienmonitoring. Mit Hilfe des Medienmonitorings wird erhoben, ob und wie die unterschiedlichen Medien (z. B. Fernsehen, Print- oder Onlinemedien) Präventionsbotschaften und -kampagnen aufgreifen, an die Bevölkerung vermitteln und wie präventionsrelevante Themen von der Bevölkerung wahrgenommen werden [1, 26]. Neben der Untersuchung, ob ein Präventionsthema überhaupt von den Medien aufgegriffen wird, lassen sich spezielle Aspekte erfassen, z. B. die Mediendarstellung von Ursachen spezieller Krankheiten und Präventionsansätze. Die Ergebnisse und Einschätzung des Medienmonitorings werden in der Medienberichterstattung dargestellt. Gelegentlich werden Studien des Medienmonitorings auch zum Interventionsmonitoring gezählt, wenn Informationen zur Medienrezeption und -wirkung von Präventionsbotschaften und -maßnahmen zusammengetragen werden [1].

Politikmonitoring

Mit Politikmonitoring lassen sich die Gesetzgebung und die von der Politik veranlassten Programme und Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen. Auf diese Weise ist zu erkennen, wann und in welcher Form relevante Präventionsthemen von der Politik aufgegriffen und mit Maßnahmen umgesetzt werden [1, 24]. Die Informationen aus dem Politikmonitoring münden in die Berichte der Politikberichterstattung, die dann aus politikwissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Perspektive Auskunft über die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen geben.

Monitoring im erweiterten „Public Health Action Cycle“

Aufgabe und Nutzen des Monitorings für Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich gut am „Public Health Action Cycle“ (PHAC) zeigen, einem Modell, das die strategische Planung von Maßnahmen zur Bevölkerungsgesundheit unterstützen soll. Dieses wurde erstmals 1988 vom US-amerikanischen „Institute of Medicine“, beruhend auf einer empirischen Studie, ausgearbeitet und für Deutschland in verschiedene Kontexte übertragen [9, 11, 15, 21, 28]. Der PHAC liefert eine idealtypische Übersicht über den gesamten, zirkulären Prozess zur Durchführung einer gesundheitspolitischen oder präventiven Maßnahme. Abb. 2 zeigt die Reihenfolge der vier

Prozessphasen im PHAC unter Integration des Monitorings, der Evidenzbasierung, der Partizipation und des Qualitätsmanagements (erweiterter PHAC).

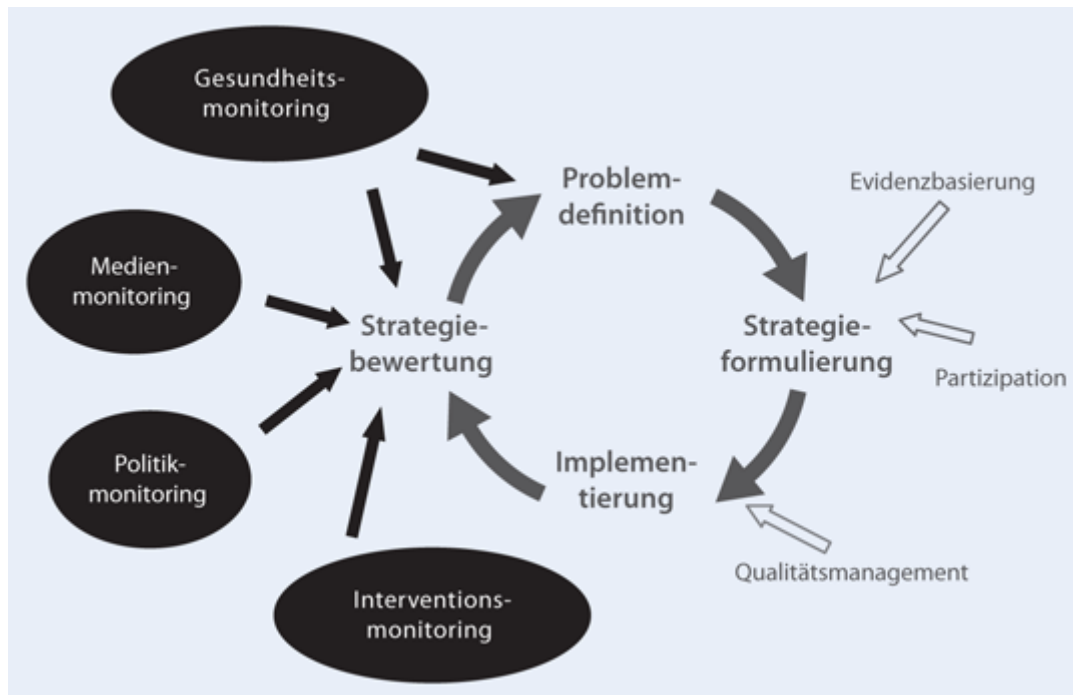


Abb. 2 Verortung der Elemente des Monitorings im erweiterten PHAC (Quelle: eigene Darstellung, weiterentwickelt auf der Grundlage von [16])

In dem erweiterten PHAC steht am Anfang einer präventiven Intervention oder einer gesundheitspolitischen Maßnahme idealtypisch die Problemdefinition, die die gesundheitlichen und sozialen Problemlagen der Bevölkerung oder einer Bevölkerungsgruppe formuliert. Die Problemdefinition erfolgt auf der Grundlage von Daten und Analysen des Gesundheitsmonitorings. Zur Formulierung einer Präventionsstrategie, die eine Verbesserung oder Lösung des identifizierten Gesundheitsproblems verspricht, sollten – falls vorhanden – Studien mit positiven Wirkungsnachweisen herangezogen werden. Dies geschieht am besten evidenzbasiert, das bedeutet aus Public-Health-Sicht, dass die Erkenntnisse auf der Grundlage von systematischen, transparenten und möglichst wissenschaftlichen Studien gewonnen wurden [9]. Optimalerweise wird die identifizierte Zielgruppe an dem Prozess der Strategieformulierung für eine oder mehrere Maßnahmen beteiligt (Partizipation), um Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe zu erfassen und Hindernisse in der Umsetzung von vorneherein zu minimieren [24].

In der darauf folgenden Phase der Implementierung wird die konzipierte Maßnahme in die Praxis umgesetzt, wobei die Qualität der Maßnahme durch ein Qualitätsmanagement sichergestellt werden sollte. Mit dem Qualitätsmanagement soll die an Prozess und Struktur ausgerichtete Verbesserung der

Qualität erhöht werden, um angestrebte Interventionsziele zu erreichen. Eine hohe Struktur- und Prozessqualität sollen die Angemessenheit der Rahmenbedingungen für die Maßnahme sicherstellen und gewährleisten, dass die Intervention entlang des entwickelten Konzepts der Maßnahme erfolgt [11]. Um die Wirkung und Akzeptanz der Intervention abzuschätzen, zu messen und zu bewerten, sollte in der Phase der Strategiebewertung eine Evaluation der eingesetzten Interventionen durchgeführt werden. Hierfür werden insbesondere Interventions-, Politik- und Medienmonitoring herangezogen. In der Evaluation von Prävention und Gesundheitsförderung geht es um die Messung von Effektivität und Effizienz von Interventionen durch den Vergleich der Ergebnisse der Maßnahme mit den geplanten Interventionszielen. Es lassen sich Prozess- und Ergebnisevaluation unterscheiden, wobei sich Evaluationsstudien oft auf die Bestimmung der Ergebnisqualität beschränken [11]. Dabei wird die Intervention wissenschaftlich überprüft im Hinblick auf die erwünschte Zielerreichung durch Wissens-, Verhaltens- und Wirkungsindikatoren, auf Prozesse, Strukturen, unerwünschte Nebenwirkungen oder das Kosten-Nutzen-Verhältnis. Aus Public-Health-Sicht darf der Fokus der Auswertung nicht nur auf Einzelpersonen liegen, sondern es sollten auch die direkten und indirekten Wirkungen auf Gemeinschaften und Bevölkerungsgruppen berücksichtigt werden [25].

Die Strategiebewertung kann je nach Maßnahmenumfang durch Daten des Gesundheitsmonitorings ergänzt werden. Insbesondere Präventionsstrategien auf der kommunalen, Landes- oder Bundesebene ziehen aus den ergänzenden Informationen des Gesundheitsmonitorings einen Nutzen [18], bspw. bei der Evaluation bundes- oder landesweiter Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums [12, 15]. Liegt die Strategiebewertung vor, kommt es gegebenenfalls zu einer neuen Definition des Gesundheitsproblems, und die formulierten Strategien und Maßnahmen werden angepasst oder beendet.

Der im erweiterten PHAC dargestellte Prozess wird in der Realität von weiteren Faktoren beeinflusst [16]. Gerade bei der Strategieformulierung und bei der Umsetzung können die Medien durch Aufgreifen bis hin zum Dramatisieren eines Public-Health-Problems einen Handlungsdruck bei den Entscheidungsträgern in der Politik auslösen. In der Folge veranlassen diese eher Maßnahmen, die in der öffentlichen Meinung gut vermittelbar sind.

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor sind die jeweils aktuell verfügbaren finanziellen Mittel für den Gesundheitsbereich. Sie können den Handlungsrahmen der Politik u. U. stark limitieren oder aber auch begünstigen. Beispielsweise wurden die Tabaksteuererhöhungen im Zeitraum von 2001–2005 auch durch den erhöhten Bedarf an Steuereinnahmen durchgesetzt. Des Weiteren muss die von den

Entscheidungssträgern in der Politik postulierte Public-Health-Strategie anschlussfähig sein, an andere im jeweiligen politischen Kontext relevanten politischen Prioritäten oder von einem gesellschaftlichen Konsens getragen werden. So gilt mittlerweile in allen Schulen Deutschlands ein Rauchverbot, dessen Einführung in den sechzehn Bundesländern wahrscheinlich auch durch die mittlerweile breite Zustimmung zum Nichtrauchen vorangebracht wurde [12]. Daher ist der im erweiterten PHAC dargestellte idealtypische Ablauf für eine Public-Health-Strategie nicht zwingend notwendig für die Gesundheitspolitik. Aber ein solches Vorgehen unter Einbeziehung zur Verfügungen stehender, am besten evidenzbasierter Informationen vor und nach der Implementierung einzelner Maßnahmen wie auch einer Gesamtstrategie verspricht einen höheren Erfolg, eine Weiterentwicklung und Transparenz der Gesundheitspolitik.

Schlussfolgerung

Mit Hilfe des Monitorings und seiner Berichterstattungssysteme können Prognosen über gesundheitliche Trends ermittelt sowie Zielgruppen und prioritäre präventive Handlungsfelder identifiziert werden [17]. Durch die langfristige und kontinuierliche Datenbereitstellung unterstützt das Monitoring mit seinen Informationen die Bewertung von Präventionsstrategien – wenngleich die Beurteilung einzelner Präventionsmaßnahmen nicht zu ihren originären Aufgaben gehört [14, 18]. Dabei sollte das Monitoring die Komplexität von Präventionsmaßnahmen [8, 23] und die vielschichtigen Einflussfaktoren widerspiegeln [25]. Dies ermöglicht eine systematische und umfassende GBE, IVB, Medien- und Politikberichterstattung. Leider werden Medien- und Politikberichterstattung bislang nur in Einzelfällen und ergänzend zur GBE oder IVB umgesetzt.

Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich die GBE in Deutschland weiter etabliert, wenngleich ihre Aufgaben nicht immer eindeutig festgelegt sind. Eine regionale GBE auf kommunaler oder Landesebene gestattet die Festlegung auf Handlungsfelder, für die lokal der größte Handlungsbedarf besteht; dies ist vielerorts bereits eine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdiensts [28]. Die GBE des Bundes liegt seit 1999 in der Verantwortung des Robert Koch-Instituts (RKI; [17]). Ihre Daten stammen teilweise aus einer Kooperation mit dem Statistischen Bundesamt, das die Daten aus der amtlichen Statistik sowie Register- und Prozessdaten des Gesundheitssystems bereitstellt (vgl. <http://www.gbe-bund.de>). Da aber nur wenige Aspekte der GBE mit den Routinedaten abgedeckt werden können, führt das RKI für das Gesundheitsmonitoring bevölkerungsbezogene, repräsentative Gesundheitssurveys durch. Mit der Beschreibung und Analyse der Routine- und Surveydaten der GBE des Bundes werden Informationen

für politische Entscheidungen bereitgestellt und die Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitszielen unterstützt [12, 17]. Darüber hinaus führen bspw. seit langem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bevölkerungsweite Studien zu ausgewählten gesundheitlichen Fragestellungen durch [7].

Ein umfassendes, bundesweites und regional aussagekräftiges System der IVB über Prävention und Gesundheitsförderung ist noch nicht aufgebaut. Für das Qualitätsmanagement in der Prävention und Gesundheitsförderung existieren mittlerweile verschiedene Instrumente [11]. Und in der Wissenschaft und Praxis gibt es eine Diskussion über die geeigneten Evaluationsmethoden zur Überprüfung der Wirksamkeit von Prävention und insbesondere von Maßnahmen der Gesundheitsförderung [2, 5, 8, 23], doch insgesamt lässt sich eine nur zögerliche Realisierung von Qualitätsmanagement und Evaluation beobachten [22, 24]. Die gesetzlichen Krankenkassen liefern regelmäßig Daten über ihre eigenen Aktivitäten im Rahmen des § 20 Sozialgesetzbuch V, insbesondere in ihren Präventionsberichten [20]. Außerdem stellen die statistischen Ämter in begrenztem Umfang Informationen v. a. zur Sekundär- und Tertiärprävention bereit. Die BZgA und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) erstellen themenspezifische Bestandsaufnahmen. Das sind z. B. die Mitgliederbefragung zum Nationalen Aktionsplan „IN FORM“ von der BVPG [6] oder die Beschreibung der Versorgungsqualität in bestimmten präventiven Handlungsfeldern von der BZgA [10, 29]. Der SVR forderte deshalb 2009 auf, die IVB auf allen Ebenen auszuweiten unter Berücksichtigung der bereits erfahrenen Akteure wie BZgA und BVPG [24].

Ein Beispiel aus der kommunalen GBE über den Gesundheitszustand bei Kindern und Jugendlichen zeigt, wie dies aussehen könnte: Neben quantitativen Daten von kleinräumig vorliegenden Schuleingangsuntersuchungen könnten zusätzlich weitere quantitative, aber auch qualitative Daten aus Interviews mit Mitarbeitern von Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen und Arztpraxen gewonnen werden. Sie könnten Auskunft geben über den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in den lokalen Einrichtungen. Darüber hinaus könnten sie Informationen liefern, z. B. ob die Kinder ohne wetterangepasste Kleidung und ohne Frühstück in die Schule gehen oder ob die Kinder zu Hause nicht ausreichend Essen erhalten [3].

Fazit für die Praxis

Mit dem Monitoring im Stadtteil, in der Kommune, in den Bundesländern und bundesweit könnte das Gesundheits- und Sozialsystem wirksam Prävention und Gesundheitsförderung steuern und weiterentwickeln. Präventive Maßnahmen könnten evidenzbasiert und zielgruppengenau auf den tatsächlichen Bedarf zugeschnitten werden [24]. Dafür bedarf es eines weiteren Ausbaus des Monitorings auf allen Ebenen und einer verstärkten Zusammenarbeit aller Akteure, die insbesondere die GBE und IVB zu ihren Aufgaben zählen.

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Ackermann G (2008) Konzept Wirkungsmanagement Gesundes Körpergewicht 2007–2010. Gesundheitsförderung Schweiz, Bern. <http://www.gesundheitsfoerderung.ch>
2. Bödeker W, Kreis J (Hrsg) (2006) Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven
3. Böhme C (2007) Gesundheitsförderung in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf. Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin
4. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T (Hrsg) (2007) The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response. World Health Organization Europe, Copenhagen, p 249
5. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM (2009) Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annu Rev Public Health* 30:175–201
6. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) (2009) BVPG-Mitgliederbefragung. <http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7209>
7. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009) Aids im öffentlichen Bewusstsein der Bundesrepublik Deutschland 2009. BZgA, Köln
8. Craig P, Dieppe P, Macintyre S et al (2008) Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council Guidance. *BMJ* 337:1655
9. Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O et al (Hrsg) (2010) Evidence-based Public Health. Huber, Bern
10. Kliche T, Gesell N, Nyenhuis J et al (2008) Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Juventa, Weinheim
11. Kolip P, Müller VE (2009) Evaluation und Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention: Zentrale Fragen, vielfältige Antworten. In: Kolip P, Müller VE (Hrsg) Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Huber, Bern, S 7–20
12. Kröger C, Mons U, Klärs G et al (2010) Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 53:91–102

13. Kuhn J (2008) Gesundheitsberichterstattung. Welche Theorie für welche Praxis? *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 43:404–408
14. Kuhn J (2006) Taten ohne Daten? Ein Kommentar zur Rolle der Gesundheitsberichterstattung in der Prävention. *Jahrb Krit Med* 43:25–39
15. Kuhn J, Bolte G, Kerscher G, Zapf A (2010) Tabakprävention auf Landesebene. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 53:152–158
16. Kurth B-M (2006) Epidemiologie und Gesundheitspolitik. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 49:637–647
17. Kurth B-M, Lange C, Kamtsiuris P, Hölling H (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 52:557–570
18. Kurth B-M, Ziese T, Tiemann F (2005) Gesundheitsmonitoring auf Bundesebene. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48:261–272
19. Lungen M, Passon AM (2011) Eine rationale Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung. *Präv Gesundheitsf* 6:6–10
20. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2010) Präventionsbericht 2010. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. GKV-Spitzenverband, Berlin
21. Rosenbrock R, Michel C (2007) Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
22. Ruckstuhl B (2009) Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip P, Müller VE (Hrsg) *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Huber, Bern, S 75–95
23. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A (2002) Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *J Epidemiol Community Health* 56:119–127
24. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. SVR, Berlin. <http://www.svr-gesundheit.de>
25. Smith RD, Petticrew M (2010) Public health evaluation in the twenty-first century: time to see the wood as well as the trees. *J Public Health (Oxf)* 32:2–7
26. Spencer B, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B et al (2008) Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss model for outcome classification in health promotion and prevention. *Health Promot Int* 23:86–97
27. Stamm H, Studer M, Lamprecht M (2008) Analyse von Monitoring-Projekten in den Themenbereichen Ernährung und Bewegung in der Schweiz. Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG, Zürich.
http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/05982/index.html?lang.de
28. Szagun B, Starke D (2005) Prävention und Gesundheitsberichterstattung im ÖGD. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 48:1125–1129
29. Töppich J, Lehmann H (2009) QIP – Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip P, Müller VE (Hrsg) *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Huber, Bern, S 223–238

30. World Health Organization (WHO) (2006) Global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. WHO, Geneva.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/pa/en/index.html>