Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Juli 2026



Arbeitspapier 68

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit in der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Die Geschäftsstelle besteht aus Büros in Bern und Lausanne. Jede Person in der Schweiz leistet einen jährlichen Beitrag von 4.80 CHF zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird.

Weitere Informationen: www.gesundheitsfoerderung.ch

In der Reihe **«Arbeitspapiere»** erscheinen von Gesundheitsförderung Schweiz erstellte oder in Auftrag gegebene Grundlagen, welche Fachleuten in der Umsetzung und Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Der Inhalt der Arbeitspapiere unterliegt der Verantwortung der Autor*innen. Die Arbeitspapiere von Gesundheitsförderung Schweiz liegen in der Regel in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeberin
Gesundheitsförderung Schweiz

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz
Dr. Giada Gianola, Wirkungsmanagement

Autor*innen
- Dr. Stefanie Ettelt, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS
- Kilian Künzi, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS

Zitierweise
Ettelt, S. & Künzi, K. (2026). *Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit in der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV).* Arbeitspapier 68. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.

Fotonachweis Titelbild
iStock

Reihe und Nummer
Gesundheitsförderung Schweiz, Arbeitspapier 68

Auskünfte/Informationen
Gesundheitsförderung Schweiz, Wankdorfallee 5, CH-3014 Bern, Tel. +41 31 350 04 04,
office.bern@promotionsante.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

Bestellnummer
04.0645.DE 07.2026

Diese Publikation ist auch in französischer und italienischer Sprache verfügbar (Bestellnummern 04.0645.FR 07.2026 und 04.0645.IT 07.2026).

Download PDF
www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

© Gesundheitsförderung Schweiz, Juli 2026

Inhaltsverzeichnis

1 Ausgangslage und Auftrag 4

2 Informationsgrundlagen und Vorgehen 5

3 WZW in der Krankenversicherung 6

4 Anwendung von WZW in der PGV 8
4.1 Methodische und praktische Herausforderungen 8
4.2 Grundsätze für die WZW-Anwendung im Bereich PGV 9

5 Indikatoren für WZW in der PGV-Projektförderung 16
5.1 Wirksamkeit 16
5.2 Zweckmässigkeit 19
5.3 Wirtschaftlichkeit 20

6 Schlussbemerkungen 22

7 Literaturverzeichnis 23

Anhang 25
A-1 Indikatorentabelle WZW-Kriterien in der PGV 25

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CBA	Cost-benefit analysis
CCA	Cost-consequences analysis
CEA	Cost-effectiveness analysis
CUA	Cost-utility analysis
DALY	Disability-adjusted life year
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
QALY	Quality-adjusted life year
RCT	Randomized controlled trial
ROI	Return on Investment
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

1 Ausgangslage und Auftrag

Die Überprüfung der Wirkungen und der Effizienz von geförderten Projekten und Massnahmen ist ein strategisches Ziel von Gesundheitsförderung Schweiz. Im Interventionsbereich Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) besteht der Anspruch, sämtliche Projekte zu evaluieren und dabei «Zielerreichung, Erfolgsfaktoren und Stolpersteine sowie die Wirksamkeit der Präventionsprojekte» zu prüfen (Schneider et al., 2021). Insbesondere externe Evaluationen sollen dabei die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit (WZW) der Förderprojekte untersuchen. Ein Wirkungsnachweis gemäss den WZW-Kriterien würde die Finanzierung von Leistungen über die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ermöglichen, wobei die Finanzierung durch die OKP nicht das primäre Ziel der Projektförderung PGV darstellt, sondern eine von mehreren Möglichkeiten einer hybriden Finanzierung von präventiven Leistungen bildet und für viele PGV-Projekte nicht relevant ist, da diese sehr unterschiedliche Massnahmen erproben.[1]

Wirkungen in den geförderten PGV-Projekten können häufig auf mehreren Ebenen erzielt werden: bei den mitwirkenden Multiplikator*innen (Fachpersonen, Freiwillige usw.), den endbegünstigten Zielgruppen, (Patient*innen) sowie hinsichtlich der Rahmenbedingungen, die sich förderlich oder hinderlich auf Präventionsbemühungen auswirken (Gesundheitsförderung Schweiz, 2024). Die Evaluation der Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz für die Jahre 2019 bis 2024 kam zu dem Schluss, dass im Bereich PGV «die hohen Erwartungen bezüglich der Wirkungsnachweise auf Ebene der Endbegünstigten [noch] nicht erfüllt werden konnten». Ausserdem verweist sie auf die Komplexität der Projekte und den hohen Aufwand, den das Nachweisen der Kostenwirksamkeit der PGV-Massnahmen darstellt (Zeyen & Egger, 2024, S. 92).

Die WZW-Kriterien stellen dabei für sich genommen keine Garantie für den Erfolg von Projekten dar. Sie können jedoch als strukturierendes Instrument dienen, das Projekte bei der systematischen Planung, Umsetzung und Reflexion unterstützt. In diesem Sinne können sie dazu beitragen, die Transparenz und die Nachvollziehbarkeit der erzielten Wirkungen zu erhöhen und damit die Voraussetzungen für den Zugang zu weiteren Finanzierungsquellen zu verbessern, ohne dass daraus automatisch ein Anspruch auf zusätzliche Finanzierung entsteht.

Das vorliegende Arbeitspapier soll dazu dienen, die WZW-Kriterien für den Bereich PGV anwendbar zu machen. Es soll Evaluationsteams und Projektverantwortlichen eine Wegleitung bieten, wie sie die WZW-Kriterien in die Evaluation von PGV-Projekten integrieren können.

1 Weitere Informationen finden sich auf der Themenseite «Nachhaltige Finanzierung von Projekten der Prävention in der Gesundheitsversorgung» von Gesundheitsförderung Schweiz.

2 Informationsgrundlagen und Vorgehen

Das Arbeitspapier baut auf Grundlagen auf, die Gesundheitsförderung Schweiz zur Wirkungsmessung in der Evaluation von PGV-Förderprojekten und zu den Qualitätskriterien für Förderprojekte publiziert hat. Ergänzend wurden relevante Dokumente zur WZW-Thematik recherchiert und ausgewertet.

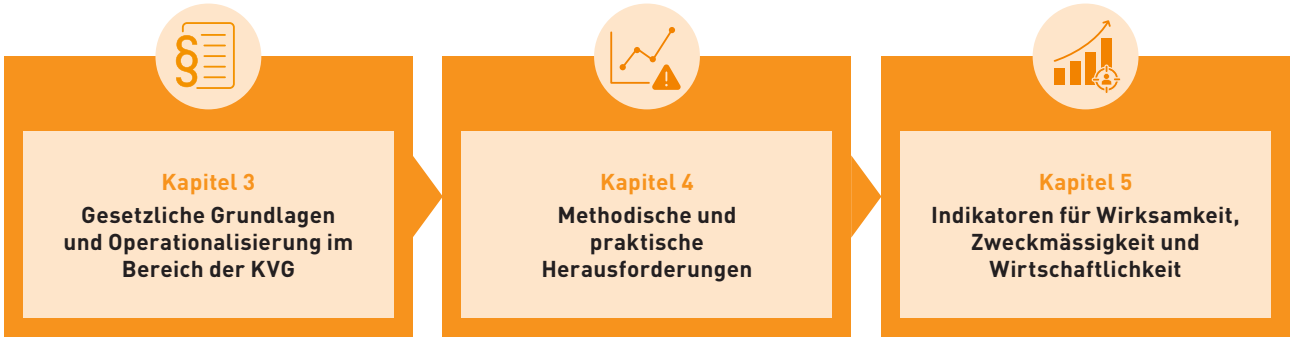
In einem ersten Schritt (Abbildung 1) lag der Fokus auf den gesetzlichen Grundlagen und der Operationalisierung der WZW-Kriterien im Bereich des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) (BAG, 2022). Kapitel 3 zeigt auf, auf welcher Grundlage im Bereich der OKP bewertet wird, ob eine Leistung «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» ist, und inwiefern Erwartungen formuliert werden, mit welchen Methoden ein solcher Nachweis erbracht werden kann.

Auf dieser Grundlage wurde anschliessend untersucht, welche methodischen und praktischen Herausforderungen bei Anwendung der WZW-Kriterien im Bereich der PGV bestehen, und aufgezeigt, wie die Berücksichtigung der WZW-Kriterien gestärkt werden kann (Kapitel 4).

Basierend auf diesen Überlegungen sowie unter Berücksichtigung zentraler Publikationen von Gesundheitsförderung Schweiz (Qualitätskriterien, Wirkungsmessung) wurden Indikatoren erarbeitet, anhand derer Aussagen zur Wirksamkeit, zur Zweckmässigkeit und zur Wirtschaftlichkeit von PGV-Projekten getroffen werden können (Kapitel 5).

ABBILDUNG 1

Überblick



3 WZW in der Krankenversicherung

Die WZW-Begrifflichkeiten sind in der Schweiz eng mit der Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) von 1994 verbunden. Das KVG legt wörtlich fest, dass Leistungen, die über die Grundversicherung (d. h. über die OKP) erstattet werden, «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich» sein müssen, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss (Art. 32 Abs. 1 KVG).[2] Seitdem sind die WZW-Kriterien in der Gesundheitsversorgung fest verankert. Allerdings sind sie als unbestimmte Rechtsbegriffe auslegungsbedürftig und oft Gegenstand von Diskussionen.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat zuletzt im Jahr 2022 eine Operationalisierung der WZW-Kriterien für die Vergütung von Leistungen durch die OKP vorgelegt. Tabelle 1 fasst die Ausführungen des BAG übersichtsartig zusammen.

Für den Bereich PGV sind die WZW-Vorgaben gemäss KVG unmittelbar dann von Relevanz, wenn ein gefördertes Projekt Massnahmen erprobt, die für eine Vergütung durch die OKP in Frage kommen. Bis anhin war das nur bei wenigen Projekten der Fall (Kaufmann et al., 2021, S. 8). Es gibt neben der Krankenversicherung auch andere Stellen, die für eine Folgefinanzierung von Projekten bzw. den von ihnen erprobten Massnahmen in Frage kommen.[3] Dazu gehören vor allem die kantonalen Gesundheitsbehörden, die zur Verstetigung von Massnahmen der Prävention beitragen können. Der Nachweis von WZW kann auch für sie wichtige Argumente liefern.

Wichtige Fakten zur OKP und zur WZW-Prüfung im Rahmen der OKP:

- **Leistungsumfang:** Die Leistungsbereiche sind im KVG festgelegt und bei allen Kassen identisch.
- **WZW-Prüfung:** Medizinische Leistungen werden auf ihre Wirksamkeit und Qualität geprüft, bevor sie in die Leistungspflicht aufgenommen werden.
- **Einzelfallprüfung:** Auch zugelassene Leistungen können im konkreten Fall als unzweckmässig abgelehnt werden.
- **MiGeL:** Mittel und Gegenstände (z. B. Verbandsmaterial) werden übernommen, wenn sie auf der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) stehen und WZW-konform sind.

2 Das im neuen KVG eingeführte Kriterium der «Wirksamkeit» als Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Versicherung löste damals den altrechtlichen Begriff der «wissenschaftlichen Anerkennung» ab (vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 1992 I 93).

3 Siehe auch die Themenseite «Nachhaltige Finanzierung von Projekten der Prävention in der Gesundheitsversorgung» von Gesundheitsförderung Schweiz.

TABELLE 1

Operationalisierung der WZW-Kriterien gemäss BAG (2022)

Kriterium	Beschrieb	Schlussfolgerungen
Wirksamkeit	«Die Wirksamkeit bezeichnet die kausale Verknüpfung von Ursache (medizinische Leistung) und Wirkung (medizinischer Erfolg). Massgebend zur Erfüllung des Wirksamkeitskriteriums ist, ob die Leistung objektiv geeignet ist, auf das angestrebte Ziel (diagnostisch, therapeutisch, präventiv, pflegerisch) hinzuwirken. Dabei sind nicht nur kurative, sondern auch für den Krankheitsverlauf stabilisierende, palliative oder präventive Ziele eingeschlossen. […] Der Nachweis der Wirksamkeit einer Leistung hat nach wissenschaftlichen Methoden zu erfolgen (Art. 32 Abs. 1 KVG). Je nach Art der Leistung können unterschiedliche wissenschaftliche Methoden zur Anwendung gelangen. […] Bei der Beurteilung des Wirksamkeitskriteriums ist zu beachten, dass unterschiedliche wissenschaftliche Methoden auch Unterschiede in der Verlässlichkeit respektive Aussagekraft haben. Nicht alle Methoden sind auf alle Leistungen anwendbar.» (BAG, 2022, S. 5–6)	• Wirksam ist eine Leistung, wenn sie Wirkungen erzielt, die mit der Leistung (bzw. Massnahme) kausal verknüpft sind. • Der Nachweis der kausalen Verknüpfung muss nach wissenschaftlichen Methoden erfolgen. • Die wissenschaftlichen Methoden unterscheiden sich im Hinblick auf ihre Verlässlichkeit und ihre Aussagekraft. • Das BAG weist darauf hin, dass es diese Unterschiede gibt, macht aber darüber hinaus keine Vorgaben im Hinblick auf die zu verwendenden wissenschaftlichen Methoden.
Zweckmässigkeit	«Eine Leistung ist zweckmässig, wenn: • sie im Vergleich zu alternativen Verfahren für die Patientenversorgung relevant und geeignet ist, • sie mit den rechtlichen Bedingungen, den ethischen und sozialen Aspekten oder Werten vereinbar ist und • die Qualität sowie die angemessene Anwendung in der Praxis gewährleistet sind.» (BAG, 2022, S. 6)	• Laut BAG ist zweckmässig, was «relevant und geeignet», mit den vorhandenen Rechts- und Wertesystemen kompatibel und in der Praxis umsetzbar ist. • Relevanz und Eignung sind relativ zu alternativen Verfahren zu betrachten und beziehen sich auf die Passung einer Leistung auf eine individuelle Diagnose. • Zweckmässigkeit setzt eine Einschätzung der Wirksamkeit voraus (d. h. was nicht wirksam ist, kann auch nicht zweckmässig sein), das BAG macht aber ansonsten keine Vorgaben im Hinblick auf Methode und Vorgehen.
Wirtschaftlichkeit	«Eine Leistung ist wirtschaftlich, wenn: • deren Tarife und Preise nachvollziehbar bemessen sind, • sie im Vergleich zu den alternativen Verfahren ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis bezogen auf die direkten Gesundheitskosten aufweist oder • den Mehrkosten ein entsprechender Mehrnutzen gegenübersteht und • die Kostenauswirkungen auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung tragbar sind.» (BAG, 2022, S. 6–7)	• Laut BAG gilt als wirtschaftlich, was nachvollziehbar bepreist, günstiger als alternative Verfahren sowie günstig im Hinblick auf die erwarteten Wirkungen ist und die Möglichkeiten der OKP nicht überfordert. • Das BAG gibt keine Methode vor, wie ein Kosten-Nutzen-Verhältnis errechnet oder der Mehrnutzen erfasst werden soll.

Quelle: BAG (2022), Darstellung: BASS

4 Anwendung von WZW in der PGV



Die Anwendung der WZW-Kriterien in der Evaluation von PGV-Projekten geht mit Herausforderungen einher. Diese ergeben sich zum einen aus der dargestellten Operationalisierung durch das BAG und zum anderen aus dem Evaluationsgegenstand der PGV-Projekte. Im Folgenden werden Herausforderungen beschrieben und in Anlehnung an grundlegende Überlegungen Lösungsmöglichkeiten diskutiert.

4.1 Methodische und praktische Herausforderungen

Im Gegensatz zu den Leistungen der OKP bestehen PGV-Projektleistungen im Regelfall aus mehreren Massnahmen und sind meist stark kontextabhängig. Methodische und praktische Herausforderungen stellen sich bei allen WZW-Kriterien. Der Begriff «Massnahmen» bezieht sich hier auf die Interventionen bzw. Teilprojekte, die sich (meist) direkt an Multiplikator*innen oder Patient*innen richten. Dieser Begriff der Massnahmen kann daher von den «Massnahmen» abweichen, die in der Projektbeschreibung in Promotion Digitale hinterlegt sind.

4.1.1 Wirkungen/Wirksamkeit

Der Nachweis der Wirksamkeit der Massnahmen, die in einem Projekt umgesetzt oder etabliert werden, ist nicht zuletzt deshalb zentral, weil die Wirksamkeit einer Massnahme die Voraussetzung dafür ist, dass sie zweckmässig und wirtschaftlich sein kann (vgl. SGAIM, 2024).

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, bestehen im KVG bzw. seitens BAG keine detaillierten Vorgaben dazu, wie Wirksamkeit konkret nachgewiesen werden soll und welche methodischen Anforderungen dabei beachtet werden sollten. Der Nachweis von Wirkungen von Präventionsprojekten ist methodisch anspruchsvoll. Dies auch deshalb, weil die Wirkungen nicht nur auf der Ebene der Patient*innen (Verhaltensebene) erzielt werden, sondern auch auf der Ebene der Multiplikator*innen und der Rahmenbedingungen (System-/Verhältnisebene). Viele Massnahmen entfalten erst nach längerer Zeit relevante Wirkungen. Wirkungsketten sind häufig komplex und interagieren auf unterschiedlichste Weise mit den Kontextfaktoren der Massnahmen. Die Messung der Wirkungen kann aufwändig und kostenintensiv sein, insbesondere wenn es gilt, eine aussagekräftige Anzahl an Multiplikator*innen und Patient*innen in die Wirkungsmessung einzubeziehen.

Im Hinblick auf einen WZW-Nachweis bei PGV-Projekten sind zu diesen Herausforderungen folgende Aspekte hervorzuheben:

Auch wenn sicher richtig ist, dass sich Wirkungen von PGV-Massnahmen oft erst über einen längeren **Zeitraum** vollständig entfalten, so darf doch angenommen werden, dass sich Wirkungen, zumindest auf Ebene Multiplikator*innen, schon kurz- bis mittelfristig einstellen müssen, damit Projekte ihre Wirkungsziele bei den Patient*innen erreichen. PGV-Projekte sind entsprechend zu planen und darauf auszurichten, dass im Rahmen einer Projektförderperiode von drei bis vier Jahren ein Wirkungsnachweis erfolgen kann.

Die Abhängigkeit der Wirkungen von ihren **Umgebungsbedingungen** erschwert den Nachweis von Kausalität von Ursache und Wirkung einer Massnahme (Balthasar, 2022, S. 172). Ohnehin stellt der Nachweis von **Kausalität** in einem Umfeld, das wenig kontrollgruppengeeignet ist, die grösste Herausforderung dar. Anders als etwa bei Arzneimitteln und anderen medizinischen Leistungen gibt es in der PGV-Projektförderung seltener die Möglichkeit, eine identische oder zumindest gleichartige Gruppe an Personen zu finden, die zwar nicht durch das Projekt erreicht wurden, aber dennoch für die Evaluation zur Verfügung stehen und hinsichtlich der interessierenden Wirkungen untersucht werden können. Eine Versuchsanordnung in Form randomisierter Interventions- und Kontrollgruppen, die im klinischen Kontext Standard ist, ist in PGV-Settings zumeist nicht herzustellen, es sei denn, es werden erheblich mehr Mittel für diese Art von Studie aufgewendet.

Der **Aufwand** der Wirkungsmessung hängt zudem massgeblich von den Akteurskonstellationen im Projekt und ihren Schnittstellen mit den Projektverantwortlichen ab. Die Gesamtevaluation PGV 2017–2023 weist darauf hin, dass viele Projekte Probleme mit der Rekrutierung von Multiplikator*innen sowie der Umsetzung durch Multiplikator*innen hatten (Laubereau et al., 2023, S. 33), was die Wirkungsmessung bei diesen Gruppen erschwert.

4.1.2 Zweckmässigkeit

Der Begriff der Zweckmässigkeit kommt unter anderem im Kontext der Aufsicht über die Tätigkeit von Behörden zur Anwendung.[4] Zweckmässigkeit bezeichnet dort **die Angemessenheit und die sachgerechte Eignung** einer Massnahme zur Erreichung eines bestimmten Ziels. Sie betrifft die Frage, ob eine (verwaltungs-)rechtliche Massnahme in Bezug auf (a) die Eignung des Mittels zur Zielerreichung, (b) die Angemessenheit im Verhältnis zum verfolgten Zweck und (c) die Abwägung von Alternativen **im Rahmen des Ermessens** optimal, praktikabel und sinnvoll gewählt wurde.

Im KVG bezieht sich Zweckmässigkeit laut BAG auf **die Relevanz und die Eignung** einer medizinischen Leistung für die Behandlung eines Gesundheitsproblems und ist grundsätzlich relativ zu alternativen Verfahren zu betrachten. Dies lässt sich eher schwer auf präventive Massnahmen anwenden, da sich diese meist an ein Bevölkerungskollektiv (Zielgruppe) richten und für sie aufgrund ihres innovativen Charakters häufig keine direkte Vergleichsintervention vorliegt.

Ein weiterer Aspekt der Zweckmässigkeit ist die grundsätzliche Kompatibilität einer Massnahme mit vorhandenen **Rechts- und Wertesystemen.** Für PGV-Projekte betrifft dies etwa die Auswahl der Zielgruppen und die Orientierung von Projektkonzeption und Projektumsetzung an der gesundheitlichen Chancengleichheit. Weitere rechtliche und ethische Aspekte sind von der Thematik und den Rahmenbedingungen des jeweiligen Projekts abhängig und nur schwer zu verallgemeinern.

4.1.3 Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit von PGV-Projekten wurde bisher noch wenig bis gar nicht betrachtet. Die Gesamtevaluation PGV 2017–2023 kommt zu dem Schluss, dass für eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der PGV-Förderung bislang die Grundlagen fehlten (Laubereau et al., 2023, S. 39). In den einzelnen Projektevaluationen ist bisher nur – und lediglich teilweise – eine deskriptive Beschreibung der Verwendung (z. B. Personalkosten, Sachkosten) und der Herkunft der finanziellen Mittel (Projektförderung, Dritt- und Eigenmittel) erfolgt. In einigen Projekteevaluationen wurde errechnet, welche Kosten pro erreichte Person (Nutzende) im Rahmen des Projekts aufgewendet wurden. Hierbei handelt es sich um eine Relation von Input zu Reichweite, nicht jedoch um eine Wirtschaftlichkeitsanalyse, die Kosten und Nutzen (vergleichend) ins Verhältnis setzen würde.

Die transparente Berichterstattung der Mittelverwendung bildet eine wichtige Voraussetzung für eine Kosten-Nutzen-Betrachtung. Die Wirtschaftlichkeit kann jedoch erst beurteilt werden, wenn die Wirkungen einer Massnahme mit ihren Kosten ins Verhältnis gesetzt werden. Das bedingt, dass die Wirkungen gemessen werden, Daten in hinreichender Zahl und Qualität vorliegen und die Wirkungen plausibel auf die Massnahme zurückgeführt werden können (Marti et al., 2022, S. 152). Die Herausforderungen für die Wirkungsmessungen gelten daher auch für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, nur dass hierfür zusätzlich eine Analyse der Kostendaten und entsprechende Vergleiche erforderlich sind.

4.2 Grundsätze für die WZW-Anwendung im Bereich PGV

Eine strenge Überprüfung von WZW-Kriterien, wie dies im KVG-Kontext gefordert wird, dürfte bei PGV-Projekten nur in seltenen Fällen möglich sein. Sinnvoll erscheint jedoch, die WZW-Kriterien des KVG als grundsätzlichen Orientierungspunkt zu verwenden und sich bei PGV-Projekten und -Massnahmen jeweils Näherungen an ein ideales Vorgehen zu überlegen und umzusetzen.

4 Vgl. zum Beispiel Parlamentsgesetz (Schweizerische Bundesversammlung, 2002): «Die Bundesversammlung übt die Oberaufsicht nach den folgenden Kriterien aus: a. Rechtmässigkeit; b. Ordnungsmässigkeit; c. Zweckmässigkeit; d. Wirksamkeit; e. Wirtschaftlichkeit» (Art. 26). «Die Geschäftsprüfungskommissionen (GPK) üben die Oberaufsicht über die Geschäftsführung […] aus. Sie legen den Schwerpunkt ihrer Prüftätigkeit auf die Kriterien der Rechtmässigkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit» (Art. 52).

4.2.1 Messung und Beurteilung der Wirksamkeit

Die Ausrichtung an den WZW-Kriterien bedeutet für die Projektentwicklung, die Förderentscheidung und die Evaluation, sich konsequent an den Wirkungen zu orientieren. Erforderlich ist der fundierte Nachweis von Wirkungen, die mit hoher Plausibilität durch die Massnahmen eines Projekts erzielt werden. Wichtig ist dabei aber auch, sich den Grenzen beim Wirkungsnachweis bei PGV-Projekten bewusst zu sein und richtig mit diesen Grenzen umzugehen.

Wirkungsketten definieren

Als zentrales Instrument zur Strukturierung eines Projekts, seiner Massnahmen und den angezielten Wirkungen dient eine **Ursache-Wirkungs-Modellierung,** die systematisch und detailliert die angestrebten Verbindungen zwischen Aktivitäten und Wirkungen beschreibt und in Form eines logischen Modells visualisiert. Durch logisch-theoretisch abgesicherte Argumentationen wird darin in Form von kausalen Wirkungsketten aufgezeigt, unter welchen Bedingungen und mit welchen Aktivitäten die empirisch messbaren Resultate erreicht werden sollen.[5] Im Wirkungsmodell werden gemeinhin zwischen projektspezifischen Wirkungen (Outcomes) und den oft langfristigen und auf der Systemebene verorteten Wirkungen (Impacts) unterschieden, was dem oben erwähnten Problem des langen Zeitraums Rechnung trägt.

Wirkungen bei Multiplikator*innen, Patient*innen und auf Systemebene evaluieren

In der Evaluation von PGV-Projekten haben sich zwei Wirkungsebenen etabliert: die Wirkungen bei den Multiplikator*innen und die Wirkungen bei den Patient*innen bzw. Endbegünstigten. Die Wirkungen auf die Multiplikator*innen gelten dabei meist als Voraussetzung dafür, dass Wirkungen bei den Patient*innen erzielt werden können. Prinzipiell sollten Wirkungen sowohl bei den Multiplikator*innen als auch bei den Patient*innen gemessen werden. Dabei sind die Multiplikator*innen häufig leichter erreichbar, da sie auf direktere Weise in die Projektaktivitäten involviert sind oder durch diese adressiert werden. Um die Patient*innen zu erreichen, braucht es oft die gezielte Vermittlung durch Multiplikator*innen. Dies kann zu Verzerrungen bei der Wirkungsmessung führen. Häufig ergeben sich je nach Projektanlage zum Teil nur geringe Personenzahlen, was eine statistische Datenanalyse erschwert.[6]

Wirkungen auf der Ebene des Versorgungssystems sind bislang nur als Wirkungen bei den Multiplikator*innen erfasst, auch weil sich viele systemische Veränderungen (z. B. die Verbesserung von Behandlungspfaden) nicht gut systematisieren und messen lassen. Sofern es Wirkungen auf der Systemebene (Verhältnisebene) gibt, sollten diese mitberücksichtigt werden. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn Wirkungen eine Organisation oder das Gesundheits- und Sozialsystem betreffen und diese für den Erfolg des Projekts aussagekräftig sind (z. B. die Verbesserung der Zusammenarbeit, des Versorgungsangebots, von Anreizstrukturen oder der Organisationskultur). Diese Wirkungen sollten bei der Erstellung des Evaluationsdesigns mitgedacht werden, sind bei der Vielfalt der PGV-Projekte jedoch schwer zu verallgemeinern.

Untersuchungsdesign

Den Kern der wirkungsorientierten Evaluation bildet die **sozialwissenschaftlich-empirische Analyse** der Wirkungen (und Nebenwirkungen) bezüglich eines oder mehrerer Erfolgskriterien. Geprüft wird eine Hypothese darüber, ob und inwieweit eine Massnahme X die Merkmale U, V, W … beeinflusst.[7] Um die WZW-Kriterien erfüllen zu können, ist ein theoretisch begründeter und empirisch geführter Nachweis oder Beleg erforderlich, dass Outcomes (oder Impacts) ursächlich auf eine durchgeführte Massnahme zurückzuführen sind. Überprüft wird, ob eine Massnahme wirksam ist bzw. so wirkt, wie man es theoretisch erwartet hat. Dazu gehört der Nachweis, dass registrierte Veränderungen oder Wir-

5 Hilfestellung zur Entwicklung von Wirkungsmodellen bietet der Leitfaden von Bieri und Schwegler (2024). Für verschiedene Begrifflichkeiten vgl. auch Beywl und Niestro (2009).

6 Die Gesamtevaluation PGV für die Jahre 2017 bis 2023 hält fest, dass der Nutzen der Projekte für die Patient*innen teilweise auch deshalb nicht beurteilt werden konnte, weil manche Projektevaluationen diese Wirkungen zu wenig konkret erfassten. Die Anzahl der Patient*innen, bei denen Wirkungen potenziell hätten gemessen werden können, schwankte je nach Projekt zwischen 14 und geschätzten 2000 (Laubereau et al., 2023, S. 37). Erforderlich ist, sich bereits bei der Projektkonzeption und der Planung der Evaluation Gedanken darüber zu machen, ob eine angemessene Anzahl an Patient*innen mit der Massnahme erreicht werden kann und wie die Wirkungsmessung bei ihnen durchgeführt werden soll.

7 Zu empirischer Sozialforschung allgemein und im Rahmen von Evaluation vgl. z. B. Diekmann (2023) und Döring (2023).

kungen ohne die Massnahme ausbleiben (oder ausgeblieben wären). Zu diesem Zweck müssen die intendierten Resultate in geeigneter Form (Kriterien, Indikatoren, Messgrössen) messbar gemacht werden. Ein Wirkungsnachweis setzt damit voraus, dass die Art der zu messenden Resultate bereits zum Zeitpunkt der Erstellung des Datenerhebungsplans bekannt ist.

Um zu einer Wirkungsbeurteilung zu gelangen, sind vergleichende Untersuchungsdesigns notwendig. Fässler und Studer (2019, S. 23f.) führen in ihrem Arbeitspapier zu Wirkungsevaluationen von Interventionen drei **Vergleichstypen** auf, die sich in ihrer Aussagekraft unterscheiden: (1) Soll-Ist, (2) Vorher-Nachher und (3) Vorher-Nachher mit Kontrollgruppe.

1. Ein **Soll-Ist-Vergleich** als schwächste Form setzt am Ende eines Projekts an und vergleicht den beobachteten Zustand der Zielgruppe (Ist) mit den angestrebten Outcome-Zielen des Projekts (Soll). Damit sind Aussagen zum Zielerreichungsgrad möglich, jedoch sind Soll-Ist-Vergleiche unzureichend, um Wirkungen effektiv zu beurteilen.
2. Der **Vorher-Nachher-Vergleich** beurteilt, wie sich der Zustand der Zielgruppe seit Beginn des Projekts bzw. seit der Umsetzung einer Massnahme verändert hat. Hier erfolgt mindestens zwei Mal eine Messung des Zustands der Zielgruppe: beim Projektstart bzw. vor der Umsetzung der Massnahme (Nullmessung) und am Projektende. Zusätzliche Messungen, insbesondere Follow-up-Untersuchungen einige Zeit nach dem Massnahmenende, erhöhen die Aussagekraft dieses Untersuchungsdesigns. Ein Vorher-Nachher-Vergleich ermöglicht eine Plausibilisierung von Wirkungen, wobei die Belastbarkeit auch von den Zielgruppengrössen (Anzahl Teilnehmende) abhängt.[8] Mit einem Vorher-Nachher-Vergleich bei Projekt- oder Massnahmenteilnehmenden allein lassen sich Wirkungen jedoch nicht belegen. Es kann sein, dass bei der Zielgruppe eine Verbesserung des Zustands im Vergleich zum Projektbeginn gemessen wird, die Veränderungen jedoch externen Einflüssen, gesellschaftlichen Entwicklungen oder anderen sogenannten Drittvariablen geschuldet sind und nicht der Projektintervention.
3. Um externe Einflüsse zu kontrollieren oder auszuschliessen, ist ein **Vorher-Nachher-Vergleich mit Kontrollgruppe** notwendig, bei welchem die Messungen beim Projektstart und beim Projektende (oder zu weiteren Zeitpunkten) jeweils bei der Zielgruppe und einer möglichst identischen Kontrollgruppe durchgeführt werden. Erst mit einem Kontrollgruppen-Design lassen sich Wirkungen bzw. die Wirksamkeit von Massnahmen belegen.

Der Nachweis, dass gemessene Resultate durch die Aktivitäten und die Massnahmen eines Projekts ausgelöst wurden, erfolgt idealerweise mit einem **(quasi-)experimentellen Untersuchungsdesign,** mit dem die Resultate von einer Interventionsgruppe (d. h. Personen, die mit den Massnahmen erreicht werden) und einer möglichst ähnlichen Kontroll- oder Vergleichsgruppe (d. h. Personen, die nicht am Projekt teilnehmen) verglichen werden. Wie bereits erwähnt, dürfte die streng experimentelle, zufällige Einteilung der Endbegünstigten von PGV-Massnahmen in Interventions- und Kontrollgruppen nur in seltenen Fällen möglich sein. In quasi-experimentellen Untersuchungen[9] werden zumeist «natürliche» Gruppen miteinander verglichen (z. B.: Personen in Abteilung A einer Gesundheitsinstitution erhalten eine besondere Schulung, jene in Abteilung B nicht; Gemeinde A bietet spezifische PGV-Angebote an, Gemeinde B nicht). Da quasi-experimentelle Untersuchungen als weniger aussagekräftig als experimentelle gelten, ist bei diesem Untersuchungstyp die Kontrolle von Drittvariablen oder personenbezogenen Störvariablen besonders wichtig. Auch eine sorgfältige Stichprobenauswahl (Zielpopulation, Umfang, Auswahlverfahren usw.)

8 Fässler und Studer (2019) nennen hier eine grobe Grösse von mindestens 100 Teilnehmenden.

9 Quasi-Experimente sind Versuchsanordnungen, die dem Vorbild des Experiments nahekommen und der experimentellen Logik folgen, jedoch nicht die strengen Anforderungen an experimentelle Designs erfüllen. Verletzt ist zumeist das zentrale Kriterium der Randomisierung. Eine (vorangehende) Randomisierung bei der Bildung der Interventions- und der Kontrollgruppe verhindert Selektionsverzerrungen. Falls ethisch und praktisch bzw. forschungsökonomisch vertretbar und umsetzbar, ist ein RCT-Design anderen Designs grundsätzlich vorzuziehen. Wissenschaftlich gelten RCT-Studien (Studien mit einer Kontrollgruppe aus zufällig zugeteilten Personen, die idealerweise nicht wissen, ob sie an einer Massnahme teilnehmen [Verblindung]) als das einzige Design, das eine Attribution (Zuordnung einer Wirkung auf eine Massnahme) zulässt und die übrigen Einflussfaktoren auf die Ergebnisse «kontrolliert».

ist sowohl für die Definition der Interventions- als auch der Vergleichsgruppen zentral.
Eine Ausrichtung an WZW-Kriterien im engeren Sinne erfordert demnach grundsätzlich ein (quasi-) experimentelles Untersuchungsdesign, auch wenn dieses kostenintensiv und die Umsetzung bei PGV-Projekten/Massnahmen aufgrund methodischer Herausforderungen (Verfügbarkeit einer möglichst identischen Vergleichsgruppe) schwierig ist. Bei Fehlen einer geeigneten Kontrollgruppe kann ggf. auf bestehende Statistiken zurückgegriffen werden (z. B. Schweizerische Gesundheitsbefragung, Medizinische Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik, BFS). Dabei handelt es sich jedoch immer nur um Annäherungen.

Datengrundlagen
In Bezug auf empirische Erhebungsverfahren und Daten lassen sich grundsätzlich zwei Hauptansätze unterscheiden:

a Erfassung von **qualitativen Daten** (z. B. Interviews, Inhaltsanalysen, Fallstudien);
b Erfassung von **quantitativen Daten** (z. B. Zählungen, Messungen, breite Befragungen, statistische Analysen).

Idealerweise werden bei der Wirkungsmessung sowohl quantitative als auch qualitative Methoden angewendet. Qualitative Verfahren dienen dem besseren Verständnis von (komplexen) Wirkungszusammenhängen, während für eine Beurteilung der WZW-Kriterien (mit Blick auf Übertragbarkeit, Repräsentativität und Reproduzierbarkeit von Wirkungsresultaten) quantitative Verfahren im Vordergrund stehen.
Die Aussagekraft gesammelter Wirkungsdaten hängt von deren Objektivität oder Subjektivität ab. Als schwächste – häufig jedoch einzig realisierbare – Form können **Einschätzungen** bezeichnet werden. Zielgruppenmitglieder, Expert*innen oder Stakeholder im Umfeld eines Projekts schätzen dessen Wirksamkeit auf Basis ihrer Erfahrung ein. Streng genommen handelt es sich hier um Meinungen, keine Messungen. Belastbarer sind Wirkungsdaten, die auf Messungen beruhen, beispielsweise auf während des Projekts erhobenen Kennzahlen, Testergebnissen (z. B. Wissenstests vor und nach Schulungen, validierten Skalen), biologischen Messwerten (z. B. Blutdruck, Stressmarker, Körpergewicht) oder Kennzahlen (z. B. Notfalleintritten).

Zusammenfassend lassen sich folgende Punkte festhalten, die die Ausrichtung an WZW-Kriterien von PGV-Projekten und deren Evaluation bei der Wirkungsmessung erhöhen können:

- Systematische Ursache-Wirkungs-Modellierung eines Projekts und seiner Massnahmen im Rahmen eines Wirkungsmodells. Logisch-theoretisch abgesicherte Argumentationen zu kausalen Wirkungsketten. Operationalisierung und Sicherstellen der Messbarkeit der Wirkungen/Resultate.
- Bezüglich des Wirkungsnachweises grundsätzliche Orientierung an einem (quasi-) experimentellen Design (Vorher-Nachher-Vergleich mit Kontrollgruppe) bzw. an einer möglichst weitgehenden Annäherung.
- Ergänzend oder ggf. substituierend für eine Kontrollgruppe: Beizug/Nutzung zusätzlicher Daten (Gesundheitsbefragung, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Institutionsdaten usw.).
- Stärkung quantitativer Methoden und Messverfahren (Analyse von Zeitverläufen, statistische Prüfungen; Messungen, Testungen vs. Einholen von Meinungen/Einschätzungen).

4.2.2 Beurteilung der Zweckmässigkeit

Während die Wirksamkeit zeigt, ob und in welchem Umfang Wirkungen erzielt wurden, bewertet die Zweckmässigkeit, wie gut das eingesetzte Vorgehen dafür geeignet ist, die angestrebten Wirkungen zu erreichen. Kurz: Wirksamkeit prüft das Ergebnis, Zweckmässigkeit bewertet die Eignung des Ansatzes. Im WZW-Rahmen gehen dabei die Prüfung und die Feststellung der Wirksamkeit der Beurteilung der Zweckmässigkeit voraus: Eine Massnahme, die nicht in die gewünschte Richtung wirkt, kann nicht als zweckmässig eingestuft werden.
Zentrale Elemente, um die Zweckmässigkeit eines Projekts zu beurteilen, sind:

a die logische Kohärenz zwischen Problem, Zielsetzung und Massnahme,
b die Plausibilität des Wirkungsmodells oder der Theory of Change,
c die Angemessenheit der eingesetzten Ressourcen (ökonomische, personelle, zeitliche) und

d der Vergleich mit alternativen, potenziell effizienteren oder passenderen Ansätzen (vgl. Widmer & Brunold, 2017).

Die Beurteilung der Zweckmässigkeit erfolgt gegenüber derjenigen der Wirksamkeit in der Regel stärker normativ, das heisst nach Abwägung und Ermessen der jeweiligen Entscheidungsträger*innen, wobei häufig ein Ermessensspielraum besteht.

Für die **Evaluation von PGV-Projekten** bezieht sich die Betrachtung der Zweckmässigkeit vor allem auf die Eignung des gewählten Projektansatzes (einschliesslich Wahl der Zielgruppen), die Relevanz der Massnahmen im Hinblick auf die Zielerreichung und die Eignung der Projektorganisation. Die Operationalisierung der Zweckmässigkeit schliesst damit an die **Qualitätskriterien** an, die im Rahmen der PGV entwickelt worden sind und bei der Bewertung des Projektantrags und der Umsetzung des Projekts beachtet werden sollen (Widmer Howald et al., 2024).

4.2.3 Messung und Beurteilung der Wirtschaftlichkeit

Um einen Wirtschaftlichkeitsnachweis im Sinne der WZW-Kriterien im KVG zu erbringen, müssen PGV-Projekte ein günstiges Verhältnis von Kosten und Nutzen der erprobten Massnahmen aufweisen.[10]

Kosten-Nutzen-Analysen

Zur Messung und zum Vergleich der Effizienz von Massnahmen in Bezug auf das Erreichen von gewünschten Ergebnissen lassen sich grundsätzlich drei Formen von Kosten-Nutzen-Analysen unterscheiden.[11] Die Ansätze unterscheiden sich in den Zielsetzungen und insbesondere im Monetarisierungsgrad der Kosten- und Nutzengrössen:

- Kosten-Nutzen-Analysen im klassischen Sinne (*Cost-benefit analysis*, CBA)
- Kosten-Wirksamkeits-Analysen (*Cost-effectiveness analysis*, CEA)
- Kosten-Nutzwert-Analysen (*Cost-utility analysis*, CUA)

In der klassischen **Kosten-Nutzen-Analyse (CBA)** wird ermittelt, welche Massnahmenalternative gegenüber anderen den grössten Nettonutzen (d. h. Gesamtnutzen abzüglich Gesamtkosten) erbringt. Hierzu werden sämtliche Kosten- und Nutzengrössen der untersuchten Alternativen monetarisiert, das heisst in Geldwerten ausgedrückt. Es resultieren einzelne Messgrössen wie Nettonutzen, Projektkosten im Verhältnis zum Nutzen oder Nutzen-Kosten-Verhältnis (ausgedrückt z. B. als Return on Investment (ROI): für jeden ins Projekt investierten Franken resultieren x Franken Nutzen bzw. x eingesparte Franken[12]). Ein Vorteil der CBA ist, dass diese auch auf ein einzelnes Projekt oder eine einzelne Massnahme angewendet werden kann, ohne dass vergleichende Berechnungen vorgenommen werden müssen, da sowohl Kosten als auch Nutzen in Geldeinheiten gemessen werden und sich somit ein Gewinn/Verlust direkt berechnen lässt. Bei PGV-Projekten ist der gewünschte Outcome oft ein Nichtereignis (das Nichtauftreten eines Gesundheitsproblems). Sofern Kostendaten zu diesem Gesundheitsproblem verfügbar sind, lässt sich der monetäre Gewinn bzw. Nutzen durch die Abwesenheit des Gesundheitsproblems in Form einer Kostenvermeidung ausdrücken. Die grösste Herausforderung bei klassischen CBA besteht in der Monetarisierung aller Nutzengrössen, was mit einer hohen Komplexität und grossem Aufwand verbunden ist.

Kosten-Effektivitäts-Analysen (CEA) sind etwas weniger anforderungsreich. Bei CEA werden nur die Kosten einer Massnahme in Geldeinheiten gemessen, die Wirksamkeit wird in nicht-monetären Parametern ausgegeben. Ziel dieser Analyse ist zu ermitteln, welche Massnahmenalternative für einen bestimmten Kostenaufwand das grösste Nutzenniveau aufweist oder bei einem gegebenen Nutzen-

10 Den ökonomisch-theoretischen Hintergrund bildet die Wohlfahrtstheorie mit dem Ausgangspunkt der grundsätzlichen Knappheit der Ressourcen und der Frage nach ihrem Einsatz, um ein gesellschaftliches Optimum zu erreichen. Als wirtschaftlich (effizient) bezeichnet man eine Versorgungsleistung, wenn sie mit dem geringstmöglichen Mitteleinsatz erstellt wird.

11 Zu ökonomischen Evaluationen vgl. Schug et al. (2006), König (2022) sowie Schöffski und Graf von der Schulenburg (2012).

12 SROI-Ansätze (Social Return on Investment) beschreiben den gesellschaftlichen Mehrwert/die Rendite von (sozialen) Projekten.

niveau mit den geringsten Kosten verbunden ist (Kosten-Minimierung). Das Resultat bzw. das Kosten-Nutzen-Verhältnis wird ausgedrückt als monetäre Einheit (Kosten) pro Einheit des gewünschten Ergebnisses: Die Massnahme A kostet x Franken pro verhindertem Krankheitsfall (pro vermiedener Notfallaufnahme, pro reduziertem Kilogramm Körpergewicht, pro abgeschlossenem Ausbildungsvertrag bei psychisch beeinträchtigen Jugendlichen usw.). Bei komplexen PGV-Projekten lässt sich die CEA mit ihrem Fokus auf eine eindimensionale Wirkungsmessung nur bedingt anwenden. Einen Ausweg kann hier die Kosten-Konsequenzen-Analyse (*Cost-consequences analysis,* CCA) bieten (vgl. Schug et al., 2006), bei der das Nutzenniveau nicht in Einheiten ausgedrückt und zu einem Outcome-Mass aggregiert wird, sondern die verschiedenen Outcomes deskriptiv beschrieben und den Kosten gegenübergestellt werden.

Kosten-Nutzwert-Analysen (CUA) können als Sonderform der CEA gesehen werden. Sie vergleichen die Kosteneffizienz verschiedener Interventionen, indem die Kosten in Geldeinheiten gemessen werden und der Nutzen mittels einer gemeinsamen (nichtmonetären) Masseinheit bzw. in einer vergleichbaren Metrik ausgedrückt wird. Häufig erfolgt dies mit Indikatoren zur Bemessung der Krankheitslast (verlorene gesunde Lebensjahre durch Krankheit: *Disability-adjusted life year,* DALY) oder zur gewonnenen Lebensqualität (Lebensjahre, die bei guter Gesundheit verbracht werden: *Quality-adjusted life year,* QALY). Die Herausforderungen bei CUA liegen in der komplizierten Messung und Bewertung von Gesundheitsnutzengrössen sowie in der Berücksichtigung von Grenzkosten/-nutzen-Überlegungen.

Die Auswahl und Anwendung eines Ansatzes zur Kosten-Nutzen-Analyse in PGV-Projektevaluationen hängt vom Erkenntnisinteresse und von den verfügbaren Outcome-Daten ab. Zur Beantwortung der Frage, ob sich die Umsetzung einer Massnahme insgesamt lohnt, wird grundsätzlich eine CBA benötigt. Die Frage, ob eine Massnahme zur Erreichung eines bestimmten Outcomes billiger (wirtschaftlicher) ist als eine andere, lässt sich mit einer CEA beantworten. Für die Frage, ob der erzielte Gesundheitsnutzen, ausgedrückt in QALYs, die Kosten einer eingesetzten Massnahme (gegenüber einer anderen) rechtfertigt, eignet sich eine CUA. Im Bereich PGV fehlen dabei häufig geeignete Vergleichsmassnahmen bzw. die entsprechenden Daten. Als Vergleichsbasis wird daher oft der Status quo bzw. die Nichtintervention herangezogen.

Wie bereits erwähnt, können für Public-Health-Interventionen auch Kosten-Konsequenzen-Analyse (CCA) durchgeführt werden. Da bei der CCA nur eine subjektive Gewichtung von Kosten und Nutzenergebnissen erfolgt, handelt es sich nicht um eine Wirtschaftlichkeitsanalyse im engeren Sinne. Dennoch eignet sie sich, um Entscheidungsträger*innen Informationen zur Wirtschaftlichkeit zu liefern und Prioritäten zu setzen. Es bietet sich auch an, bei einem komplexen PGV-Projekt auf der Basis einer CCA für einen Teilbereich eine CEA zu erstellen, indem einzelne Outcomes aus dem Rahmen der CCA herausgegriffen, monetarisiert und verglichen werden.

Datengrundlagen

Eine Wirtschaftlichkeitsanalyse setzt grundlegend voraus, dass die **Kosten eines Projekts/einer Massnahme** bzw. der Mitteleinsatz möglichst vollständig und transparent erfasst werden.[13] Die Kosten eines Projekts (im Wirkungsmodell auf Ebene Input angesiedelt) lassen sich typischerweise in Investitions- und Betriebskosten untergliedern sowie nach Personal- und Sachkosten differenzieren. Daneben muss ebenfalls der **Nutzen eines Projekts/einer Massnahme** möglichst vollständig erfasst werden (direkte und indirekte, tangible und intangible Nutzenelemente). Dabei ist – eingedenk der oben beschriebenen Herausforderungen – auf mess- und quantifizierbare Massnahmeneffekte (Wirkungen und Nebenwirkungen) zu achten. Teilweise können Nutzenwerte aus der Literatur abgeleitet werden. Bei komplexen Interventionen, die aus mehreren Massnahmen bestehen und deren Wirkungen stark kontextabhängig sind, wie es in PGV-Projekten meist der Fall ist, ist das jedoch häufig nicht realistisch (Laubereau et al., 2023; BAK, 2023). Werden die Wirkungen nicht gemessen oder sind sie nicht quantifizierbar, dann können Kosten und Nutzen nicht ins Verhältnis gesetzt werden.

13 In einer umfassenden Betrachtung würde dies direkte (interne) und indirekte (externe), tangible und intangible Kosten betreffen. Tangible und intangible Effekte werden nach dem Kriterium der Messbarkeit unterschieden: Tangible Wirkungen sind in monetären Grössen quantifizierbar, intangible Wirkungen lassen sich hingegen nur mit Hilfe qualitativer Angaben umschreiben. Im konkreten Fall ist oftmals umstritten, was als tangibel und was als intangibel anzusehen ist.

Vorstufen und Varianten der Wirtschaftlichkeitsanalyse

Für die Evaluation von **PGV-Projekten** können im Sinne einer graduellen Näherung an eine umfassende Wirtschaftlichkeitsanalyse folgende Grundsätze festgehalten werden:

- Minimal sollte eine **Input-Output-Relation** (Kosten pro generiertem Produkt) vorliegen. Dabei ist darzustellen, welche finanziellen Ressourcen eingesetzt wurden, um die gezählten Output-Elemente (z. B. Kurse, Flyer, Lernvideos, Workshops mit Betroffenen oder andere «Produkte») zu generieren.
- Wenn möglich ist eine Darstellung der **Input-Reichweite-Relation** (Kosten pro erreichter Person) vorzunehmen, indem die eingesetzten Ressourcen der Anzahl der erreichten Personen (Multiplikator*innen/Fachpersonen, Patient*innen) gegenübergestellt werden. Dabei dürften in Pilotprojekten die Kosten pro erreichter Person generell hoch ausfallen, da der Aufbau eines Projekts, die Testung der Massnahmen usw. mit grösseren Investitionen einhergehen als die Umsetzung bereits etablierter Massnahmen. Kostenbetrachtungen sollten sich daher möglichst auf den «laufenden Betrieb» ausrichten.[14]
- Für eine umfassendere Beurteilung der Wirtschaftlichkeit werden neben den Kosten auch die Nutzen bzw. die Outcomes in eine ökonomische Bewertung miteinbezogen. Im Rahmen der **Kosten-Konsequenzen-Analyse** (CCA) geschieht dies in Form einer systematischen Deskription der Outcome-Nutzenelemente in ihrer Vielzahl und einer (subjektiven) Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Die Analyse gewinnt an Belastbarkeit, wenn bei geeigneten Projektelementen der Nutzen parametrisch erfasst und den Kosten gegenübergestellt werden (CEA-Ansatz) und mit alternativen Massnahmen (bzw. der Nichtintervention) bezüglich Kosten-Effektivität oder Kosten-Nutzwert verglichen werden kann.
- In der Maximalvariante, einer umfassenden **Kosten-Nutzen-Analyse** (CBA), werden sämtliche Kosten und Nutzen eines Projekts oder einer Massnahme in monetären Einheiten erfasst und eine Gegenüberstellung des gesamten Ressourceneinsatzes (Kosten) und des gesamten erzielten Nutzens in Form einer Kosten-Nutzen-Bilanzierung (Nettonutzen, Return on Investment) vorgenommen.

Es versteht sich, dass die Qualität der Wirtschaftlichkeitsanalyse unmittelbar mit der Qualität der Wirksamkeitsmessung und den gesammelten Daten zusammenhängt. Benötigt werden grundsätzlich Kosten- und Nutzen-Daten, die mithilfe der in der empirischen Sozialforschung üblichen Erhebungstechniken gewonnen werden (Zählen, Messen, Beobachten, Testen, schwächer: Erfragen, Expertenmeinung einholen usw.).

Zusammenfassend lassen sich folgende Punkte festhalten, die die Ausrichtung an WZW-Kriterien von PGV-Projekten und deren Evaluation bei der Wirtschaftlichkeitsanalyse erhöhen können:

- Schaffen der nötigen Voraussetzungen: vollständiges und transparentes Erfassen des (monetären) Ressourceneinsatzes eines Projekts (Input, Kosten) sowie des erzielten (monetären) Nutzens der Massnahme (Output, Outcome). Datenverfügbarkeiten und die Modalitäten der Datensammlung müssen bereits in der Konzeptphase geklärt werden.
- Minimale Wirtschaftlichkeitsbetrachtung anhand Input-Output-Relation und Input-Reichweite-Relation (Kosten pro generierten Produkten; Kosten pro erreichten Zielpersonen, Multiplikator*innen, Patient*innen)
- Überprüfung und Belegen der Wirtschaftlichkeit in Form einer Kosten-Konsequenzen-Analyse, möglichst ergänzt mit Elementen der Kosten-Effektivitäts-Analyse
- Falls erforderlich und möglich: Konzeption und Durchführung einer umfassenden Kosten-Nutzen-Analyse mit der Erfassung und der Monetarisierung sämtlicher Kosten und Nutzen eines Projekts/einer Massnahme

14 In ökonomischen Analysen werden hier häufig Diskontierungen von Kosten (und auch Nutzeneffekten) angewendet.

5 Indikatoren für WZW in der PGV-Projektförderung



Im Folgenden werden die WZW-Kriterien im Einzelnen betrachtet und die für den Bereich PGV relevanten Kategorien und Indikatoren abgeleitet (ein Tabellenzusammenzug findet sich in Anhang A-1). Dabei ist zu beachten, dass bezogen auf die Kriterien Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht alle Kategorien bzw. Indikatoren für jedes Projekt relevant oder anwendbar sein werden. Bei der Zweckmässigkeit hingegen sollten alle Kategorien und Indikatoren bewertet werden können. Für jedes Kriterium werden mehrere Indikatoren vorgeschlagen, die zur Bewertung der Erfüllung des Kriteriums herangezogen werden sollten. Die Indikatoren sind als «Kennzahlen» und «Angaben» beschrieben: Eine Kennzahl zeigt an, dass ein quantitativer Wert benötigt wird, bei einer Angabe gehen wir von einem qualitativen (beschreibenden) Wert aus.

5.1 Wirksamkeit

Da die Wirksamkeit von Massnahmen eine Voraussetzung für ihre Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit ist, liegt bei der Anwendung der WZW-Kriterien ein Schwerpunkt auf der Wirkungsmessung. In den PGV-Projekten ist diese methodisch und praktisch herausfordernd. Es ist daher zunächst zu prüfen, ob ein experimentelles oder quasi-experimentelles Design (Vorher-Nachher-Vergleich mit Kontrollgruppe) umgesetzt werden kann. Falls das nicht möglich ist, sollten die Ergebnisse möglichst breit methodisch abgesichert und plausibiliert werden. Das bedeutet, dass Wirkungen zu mehr als zwei Zeitpunkten, mit unterschiedlichen Methoden (Methodenmix) und auf den verschiedenen Wirkungsebenen (Multiplikator*innen, Patient*innen) gemessen werden sollten.

Prinzipiell werden bei den meisten PGV-Projekten zwei Wirkungsebenen unterschieden und im Wirkungsmodell festgehalten: Wirkungen bei den Multiplikator*innen, das heisst bei den Projektpartnern und den beteiligten Fachpersonen, und bei den Endbegünstigten, also bei Patient*innen oder Personen mit erhöhten Risiken für nichtübertragbare Krankheiten, Suchtprobleme oder psychische Störungen sowie ihren Angehörigen.

5.1.1 Wirksamkeit bei den Multiplikator*innen

Tabelle 2 zeigt die Kategorien und Kennzahlen der Wirksamkeit bei Multiplikator*innen.

Die Erhebung der Reichweite eines Projekts gilt als Minimalanforderung der Wirkungsmessung. Angaben zur Inanspruchnahme einer Massnahme oder eines Angebots (z. B. die Zahl der Teilnehmenden an einer Schulung) werden meist den Outputs eines Projekts zugerechnet, das heisst, sie gelten nicht als Wirkungen, sondern als Indikatoren der Zielerreichung. Bei der Bewertung der Reichweite wird die Zahl der erreichten Personen mit den potenziell «Erreichbaren» (zumindest approximativ) ins Verhältnis gesetzt. Wenn ein Projekt eine geringe Reichweite hat, kann das daran liegen, dass die Zahl der Personen, die von einer Problemlage betroffen sind, grundsätzlich gering ist, aber auch daran, dass von einer grösseren Gruppe an potenziellen Empfänger*innen nur eine kleine Zahl erreicht werden konnte. Um die potenzielle Reichweite zu erfassen, braucht es einen Basiswert, mit dem die erreichte Reichweite verglichen werden kann. Dieser Wert ergibt sich aus den Angaben, die das Projektteam in seinem Projektantrag bzw. in Promotion Digitale hinterlegt haben, und kann gegebenenfalls vom Evaluationsteam begründet angepasst werden.

Auf der Wirkungsebene wird im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention meist zwischen Veränderungen in Bezug auf das Wissen, die Einstellung oder die Motivation zur Verhaltensänderung, den Kompetenzzuwachs und die Verhaltensänderung selbst unterschieden (Finne & Paul, 2025). Ziel ist die Veränderung des Verhaltens, die übrigen Aspekte gelten als Voraussetzungen bzw. Zwischenschritte.

Die Kennzahlen 2 bis 6 weisen auf verschiedene Möglichkeiten der Datenerhebung hin. In Variante (a) werden die Befragten gebeten, selbst einzuschätzen, ob sie aufgrund der Massnahme eine Veränderung bei sich selbst feststellen. In Variante (b) wird mit der Befragung direkt erhoben, inwiefern eine

TABELLE 2

Kategorien und Indikatoren der Wirksamkeit bei den Multiplikator*innen

Kategorie	Indikator
Inanspruchnahme der Massnahme bzw. Beteiligung an der Umsetzung der Massnahme (Reichweite)	**Kennzahl 1:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die die Massnahme kennen bzw. sich an der Umsetzung der Massnahme beteiligen, im Vergleich mit dem Potenzial an möglichen Multiplikator*innen
Wissenszuwachs	**Kennzahl 2:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die (a) berichten, durch die Massnahme einen Wissenszuwachs erhalten zu haben, und/oder bei denen (b) ein Wissenszuwachs gemessen werden kann
Veränderung von Einstellung und/oder Motivation	**Kennzahl 3:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die (a) berichten, durch die Massnahme ihre Einstellung/Motivation geändert zu haben, und/oder bei denen (b) eine Einstellungs-/Motivationsänderung gemessen werden kann
Zunahme der Handlungskompetenz	**Kennzahl 4:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die (a) berichten, sich aufgrund der Massnahme kompetent zu fühlen, ihr Verhalten / ihr Handeln zu ändern, und/oder bei denen (b) eine Zunahme an Handlungskompetenz gemessen werden kann
Verhaltensänderung	**Kennzahl 5:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die (a) berichten, aufgrund der Massnahme ihr Verhalten / ihr Handeln geändert zu haben, und/oder bei denen (b) eine Verhaltensänderung / ein geändertes Handeln gemessen/beobachtet werden kann
Verbesserungen, die sich aus der Thematik des Projekts ergeben	**Kennzahl 6:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die (a) aufgrund der Massnahme von projektspezifischen Verbesserungen berichten und/oder bei denen (b) entsprechende Verbesserungen gemessen werden können

Darstellung: BASS

Veränderung des Wissens, der Einstellungen und der Handlungskompetenzen oder des Verhaltens stattgefunden hat. Variante (b) gilt dabei als aussagekräftiger und belastbarer. Wirkungen bei den Multiplikator*innen können ergänzend auch mit einer «Aussenperspektive» überprüft werden, beispielsweise durch die Beurteilung einer fachkundigen Drittperson, inwiefern eine Verhaltensänderung im jeweiligen Kontext stattgefunden und welche Wirkungen sie ausgelöst hat. Bei Kennzahl 6 «Verbesserungen, die sich aus der Thematik des Projekts ergeben» handelt es sich um einen offenen Indikator, der dafür genutzt werden kann, projektspezifische Veränderungen sowie Veränderungen auf der System- und Verhältnisebene nachzuweisen. Hierbei können auch andere Formen der Datenerhebung in Betracht gezogen werden, zum Beispiel die Nutzung von (Routine-)Daten der beteiligten Organisationen (vgl. Kapitel 5.1.2).

5.1.2 Wirksamkeit bei den Patient*innen

Tabelle 3 zeigt die Kategorien und Kennzahlen der Wirksamkeit bei Patient*innen.

Auch bei den Patient*innen (einschliesslich der Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko und den Angehörigen) ist die Erhebung der Reichweite eine Minimalanforderung. Daneben ist die Zufriedenheit mit der Massnahme (dem Angebot, der Intervention) entscheidend dafür, dass diese gut angenommen wird und eine Wirkung entfalten kann. Weitere Indikatoren leiten sich aus den Zielen der Projektförderung PGV ab[15] oder sind auf die spezifischen Themen der Projekte und der Schwerpunktbereiche der Projektförderung bezogen (z. B. verbesserter Schlaf, nachhaltige Stabilisierung nach einem Suizidversuch).

Für die Wirkungsmessung bei Patient*innen können unterschiedliche Formen der Datenerhebung zur Anwendung kommen. Wie bei den Multiplikator*innen

15 Vgl. https://gesundheitsfoerderung.ch/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/projektfoerderung/grundlagen/ziele.

TABELLE 3

Kategorien und Indikatoren der Wirksamkeit bei den Patient*innen

Kategorie	Indikator
Reichweite der Massnahme	**Kennzahl 1:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die die Massnahme in Anspruch nehmen, im Vergleich mit dem Potenzial an möglichen Nutzenden
Zufriedenheit	**Kennzahl 2:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die angeben, mit der Massnahme zufrieden zu sein
PGV-Förderziele: Verbesserung von Selbstmanagementkompetenzen, Selbstwirksamkeit, Autonomie und/oder Lebensqualität	**Kennzahl 3:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die (a) aufgrund der Massnahme über verbesserte Selbstmanagementkompetenzen, Selbstwirksamkeit, Autonomie und/oder Lebensqualität berichten und/oder bei denen (b) entsprechende Verbesserungen gemessen werden können
Reduktion des Behandlungsbedarfs	**Kennzahl 4:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die (a) aufgrund der Massnahme von einem reduzierten Behandlungsbedarf berichten und/oder bei denen (b) eine entsprechende Reduktion gemessen werden kann
Verbesserung der Versorgung/Behandlung	**Kennzahl 5:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die (a) angeben, aufgrund der Massnahme eine verbesserte Versorgung erfahren zu haben, und/oder (b) bei denen eine Verbesserung der Versorgung gemessen werden kann
Weitere Verbesserungen, die sich aus der Thematik des Projekts ergeben[a]	**Kennzahl 6:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die (a) aufgrund der Massnahme von projektspezifischen Verbesserungen berichten und/oder bei denen (b) entsprechende Verbesserungen gemessen werden können

[a] Wirkungen, die sich aus dem spezifischen Thema des Projekts ableiten und nicht in den vorher genannten Kategorien enthalten sind (z. B. verbesserter Schlaf, verminderte Suizidalität).

Darstellung: BASS

handelt es sich dabei entweder um (a) selbst berichtete Wirkungseinschätzungen oder um (b) objektive Messgrössen. Auch hier gilt die Messung der Veränderung als aussagekräftiger als die reine Selbsteinschätzung, allerdings lassen sich die beiden Vorgehensweisen nicht immer klar voneinander trennen. Sofern vorhanden, sollte ein validiertes Befragungsinstrument eingesetzt werden, das für die Wirkungsmessung geeignet ist.[16]

Die Stabilisierung und/oder die Verbesserung des Gesundheitszustands sowie verbesserte Selbstmanagementkompetenzen können einen verminderten Behandlungsbedarf zur Folge haben, was für die Wirtschaftlichkeitsanalyse von Bedeutung ist (Berechnung von Sparpotenzialen, die durch die Reduktion medizinischer Leistungserbringung anfallen würden). Veränderungen beim Behandlungsbedarf können durch die Patient*innen prinzipiell selbst eingeschätzt werden. Sofern vorhanden sollten auch Daten zur Leistungserbringung verwendet werden, die auf eine Veränderung im Behandlungsbedarf hinweisen (etwa: Zahl der Spitaleintritte, Umfang der in Anspruch genommenen Behandlungen). Solche (Routine-)Daten liegen häufig für einen längeren Zeitraum vor, so dass die Entwicklung nach Einführung einer neuen Massnahme mit den Jahren vor der Massnahme verglichen werden kann *(Interrupted Time Series Analysis)*. Eine Berechnung von Sparpotenzialen setzt voraus, dass der Rückgang des Behandlungsbedarfs methodisch abgesichert gemessen und quantifiziert werden kann (vgl. Kapitel 5.3).

Routinedaten können, sofern vorhanden, auch bei der Messung von Wirkungen auf die Versorgung hinzugezogen werden. Dabei kommt es darauf an, welche Veränderungen bei der Versorgung für die Pati-

16 Das Arbeitspapier 67 «Wie erheben wir psychische Gesundheit?» von Gesundheitsförderung Schweiz bietet eine Übersicht über in der Schweiz verwendete validierte Erhebungsinstrumente im Bereich der psychischen Gesundheit, die zur Evaluation von PGV-Projekten eingesetzt werden können.

ent*innen relevant sind bzw. inwiefern diese den Gesundheitszustand der Patient*innen verbessern. Prinzipiell ist es möglich, dass Patient*innen von mehr, weniger oder einer anderen Behandlung profitieren können. Die Veränderung kann also quantitativ oder qualitativ (oder beides) sein. In manchen Fällen können Verbesserungen in der Versorgung von Patient*innen (oder auch Multiplikator*innen) eingeschätzt werden. In anderen Fällen können Veränderungen in den (Routine-)Daten der Leistungserbringer beobachtet werden, zum Beispiel wenn eine Leistung durch eine andere ersetzt wird. Auch diese Wirkungen können für die Berechnung von Sparpotenzialen relevant sein.

5.1.3 Wirksamkeit von digitalen Anwendungen

Ein Sonderfall für die Projektförderung PGV sind Projekte, die digitale Anwendungen entwickeln und in der Praxis testen. Diese entfalten ebenfalls Wirkungen auf Multiplikator*innen und Patient*innen. Bei den digitalen Anwendungen stehen die Nutzungsdaten häufig im Vordergrund. Diese lassen sich teilweise automatisiert erheben. Die Reichweite der Anwendung kann mit Hilfe verschiedener Indikatoren nachvollzogen werden (Tabelle 4), darunter die Zahl der Anmeldungen, Zahl der Nutzenden in einem bestimmten Zeitraum (Monat, Jahr, Projektlaufzeit) oder die Zahl der verwendeten Funktionen (z. B. Downloads). Allerdings sind solche Daten häufig nicht sehr aussagekräftig, weil sie keine Auskunft darüber geben, wer eine Website aufgerufen oder eine Anwendung heruntergeladen hat und inwiefern die Nutzenden sich tatsächlich mit den Inhalten auseinandergesetzt haben.

Sollten Nutzende einer Anwendung zusätzlich befragt werden, etwa im Rahmen einer Testphase, stehen die Zufriedenheit mit der Funktionalität der Anwendung und die projektspezifischen Wirkungen im Vordergrund.

5.2 Zweckmässigkeit

Für die Beurteilung der Zweckmässigkeit gibt es keine wissenschaftliche Methodik, sondern sie erfordert in erster Linie eine Einschätzung der Eignung und der Relevanz der Projekte. Wichtig ist daher die Frage, wessen Einschätzung bei der Anwendung der WZW-Kriterien zugrunde gelegt wird. Der Leitfaden Qualitätscheck sieht sowohl die Projektleitenden bei Gesundheitsförderung Schweiz als auch die Evaluation in der Pflicht (Widmer Howald et al., 2024).

TABELLE 4

Kategorien und Indikatoren der Wirksamkeit von digitalen Anwendungen

Kategorie	Indikator
Nutzung der digitalen Anwendung (Reichweite)	**Kennzahl 1:** Anzahl Anmeldungen im Vergleich mit dem Potenzial an möglichen Anmeldungen und/oder im Vergleich mit ähnlichen Anwendungen
	Kennzahl 2: Anzahl Nutzende pro Monat/Quartal/Jahr im Vergleich mit dem Potenzial an möglichen Nutzenden und/oder im Vergleich mit ähnlichen Anwendungen
	Kennzahl 3: Anzahl aufgerufene Funktionen, Website-Aufrufe, Downloads usw. im Vergleich mit dem Potenzial an möglichen Aufrufen und/oder im Vergleich mit ähnlichen Anwendungen
Zufriedenheit mit der Funktionalität der Anwendung	**Kennzahl 4:** Anzahl und Anteil der Nutzenden, die mit der Funktionalität der Anwendung zufrieden sind
Weitere projektspezifische Wirkungen[a]	**Kennzahl 5:** Anzahl und Anteil der Nutzenden, die eine projektspezifische Wirkung der digitalen Anwendung berichten

[a] Wirkungen, die sich aus dem spezifischen Thema des Projekts ableiten und nicht in den vorher genannten Kategorien enthalten sind.

Darstellung: BASS

Die Zweckmässigkeit der PGV-Projekte kann im Hinblick auf drei Kategorien bewertet werden: Die Zweckmässigkeit des Projektansatzes, der Massnahmen und der Projektorganisation (Tabelle 5). Die Indikatoren der Zweckmässigkeit sind an die Qualitätskriterien der PGV angelehnt, weil die Eignung des Projekts von der Qualität der Projektplanung und der Projektumsetzung abhängt und damit die Voraussetzungen schafft, dass das Projekt seine Ziele und Wirkungen erreichen kann (Widmer Howald et al., 2024). Hierbei handelt es sich um Einschätzungen und Bewertungen, die das Evaluationsteam gestützt auf seine Datenerhebung und die jährliche Berichterstattung der Projekte vornimmt. Diese sollen transparent und nachvollziehbar begründet sein, eine Quantifizierung der Ergebnisse ist jedoch nicht notwendig. Die Zweckmässigkeit des Projektansatzes, der Eignung der Massnahmen und der Projektorganisation kann auch im Hinblick auf das Verstetigungspotenzial eines Projekts betrachtet werden.
Alle Aspekte der Zweckmässigkeit können sowohl prospektiv (auf Grundlage des Projektantrags) als auch retrospektiv (nach der Projektumsetzung und basierend auf den Evaluationsergebnissen) beurteilt werden.

5.3 Wirtschaftlichkeit

Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der PGV-Projekte geht es darum, den Nutzen der durchgeführten Massnahmen ihren Kosten gegenüberzustellen. Wirtschaftlichkeits- bzw. Kosten-Nutzen-Betrachtungen helfen zu entscheiden, ob die erzielten Wirkungen die eingesetzten Ressourcen wert sind. Sie schaffen ein Bewusstsein für den Wert von PGV-Projektmassnahmen und liefern Informationen zur Nachhaltigkeit und für Entscheidungen bezüglich weiterer Finanzierung. Dabei ist festzulegen, welche Kosten welchen Nutzen gegenübergestellt werden und ob diese sich auf eine oder mehrere der erprobten Projektmassnahmen beziehen. Im Regelfall sollten Wirkungen bei den Patient*innen als Grundlage für die Kostenanalysen im Fokus stehen. Es sind jedoch auch Szenarien denkbar, bei denen die Wirkungen bei den Multiplikator*innen die Grundlage einer Kosten-Nutzen-Analyse bilden können (z. B. wenn die Patient*innen im Projektzeitraum noch nicht erreicht werden und sich die Massnahmen nur an Fachpersonen richten).

TABELLE 5

Kategorien und Indikatoren der Zweckmässigkeit

Kategorie	Indikator
Projektansatz	**Angabe 1:** Die Auswahl der endbegünstigten Zielgruppen, der Multiplikator*innen, der Massnahmen und der Settings ist geeignet, um die PGV-Förderziele zu erreichen.
	Angabe 2: Der Handlungsbedarf bei den endbegünstigten Zielgruppen ist nachvollziehbar begründet und, sofern vorhanden, datengestützt belegt.
Massnahmen	**Angabe 3:** Die (geplanten) Massnahmen sind geeignet, die im Projekt angestrebten Wirkungen zu erreichen. (Theoretische Eignung)
	Angabe 4: Die Eignung der (umgesetzten) Massnahmen ist mit hoher Plausibilität nachgewiesen. (Empirische Eignung auf Grundlage der Wirkungsmessung in der Evaluation)
Projektorganisation	**Angabe 5:** Das Projekt hat eine adäquate und für alle Akteur*innen nachvollziehbare Projektstruktur mit klaren Rollen und Verantwortlichkeiten.
	Angabe 6: Es ist eine Projektleitung vorhanden, die mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet ist und für die gesamte Projektdauer zur Verfügung steht.

Darstellung: BASS

Grundvoraussetzung für die Wirtschaftlichkeitsanalyse (Tabelle 6) ist zum einen, dass die Kosten transparent berichtet werden, insbesondere im Hinblick auf die Verwendung der Mittel. Zum anderen müssen der Nutzen bzw. die Nutzenelemente der Massnahme(n) erfasst werden. Hier ist zu entscheiden, welche Wirkungen sich für eine Kosten-Nutzen-Bewertung eignen. Die Wirkungen sollten einerseits relevant sein und sich andererseits quantifizieren und möglichst monetarisieren lassen. Eine rein qualitative Bewertung der Wirtschaftlichkeit, zum Beispiel basierend auf der Meinung der Akteur*innen, ist nicht ausreichend. Hingegen können bestimmte Akteursgruppen oder Fachpersonen in die Interpretation und die Bewertung des ermittelten Verhältnisses von Kosten und Nutzen/Wirkungen einbezogen werden.

Für die Betrachtung der Wirtschaftlichkeit muss also entschieden werden, welche Kosten welchen Nutzenelementen gegenübergestellt werden und welche Methode gewählt wird, um den Nutzen zu quantifizieren und dieses Verhältnis zu analysieren und zu bewerten.

TABELLE 6

Kategorien und Indikatoren der Wirtschaftlichkeit

Kategorie	Indikator
Verwendung der Projektmittel	**Angabe 1:** Die Aufwände/Kosten der Massnahme (des Angebots/der Behandlung) sind nach verschiedenen Kostenkategorien (Infrastruktur, Personal usw.) und ggf. Kostenträgern (eigene Beiträge, Beiträge Projektpartner, Beiträge Drittparteien usw.) ermittelt und transparent rapportiert/dargestellt.[a]
Input-Output/ Reichweite-Relation	**Angabe 2:** Die Kosten pro generierten Produkten der Massnahmen bewegen sich in einem nachvollziehbaren und vertretbaren Rahmen (normativ, auf Grundlage von Alternativüberlegungen, Literatur).
	Angabe 3: Die Kosten pro erreichter Zielperson (Multiplikator*innen, Patient*innen) bewegen sich in einem nachvollziehbaren und vertretbaren Rahmen (normativ, auf Grundlage von Alternativüberlegungen, Literatur).
Wirtschaftlichkeit der Projektkosten im Verhältnis zum erzielten Nutzen	**Angabe 4:** Der Nutzen bzw. die Nutzenelemente der Massnahmen ist/sind in geeigneter Form ermittelt und dargestellt (tangible/monetarisierbare und/oder intangible/nicht-monetarisierbare Nutzen).[a]
	Angabe 5: Die systematische Gegenüberstellung und die subjektive Gewichtung von Kosten der Massnahmen und von den qualitativ/deskriptiv erfassten Nutzen der Massnahme ergeben ein günstiges Verhältnis im Vergleich zu Alternativen (sofern vorhanden). Den Mehrkosten der Massnahme (des Angebots/der Behandlung) steht ein entsprechender Mehrnutzen gegenüber. (CCA)
	Kennzahl 1: Die Gegenüberstellung der Kosten der Massnahmen pro quantitativem, nicht-monetärem, projektspezifischem Nutzenparameter (z. B. pro Anzahl vermiedenen Notfalleintritten, pro mmHg Blutdrucksenkung) ergibt ein günstiges Verhältnis im Vergleich zu Alternativen (sofern vorhanden). (CEA)
	Kennzahl 2: Die Gegenüberstellung der Kosten der Massnahmen pro quantitativem, nicht-monetärem, projektspezifischem Nutzwertparameter (z. B. pro Anzahl gewonnener gesunder Lebensjahre, QALYs) ergibt ein günstiges Verhältnis im Vergleich zu Alternativen (sofern vorhanden). (CUA)
	Kennzahl 3: Die Gegenüberstellung der Kosten der Massnahme und der monetarisierten Nutzen der Massnahme ergibt ein günstiges Verhältnis (positive Kosten-Nutzen-Bilanz, Nettonutzen), in sich und/oder im Vergleich zu Alternativen (sofern vorhanden). (CBA)

[a] Angaben 1 und 4 sind notwendige Voraussetzungen zur Bestimmung von Angabe 5 und der Kennzahlen 1–3.

Darstellung: BASS

6 Schlussbemerkungen

Wie können die WZW-Kriterien für den Bereich PGV anwendbar gemacht werden? Mit welchen Methoden und Indikatoren können diese Aspekte in der Evaluation der Projekte einbezogen werden? Das vorliegende Arbeitspapier verweist auf die zahlreichen methodischen und praktischen Herausforderungen bei der Anwendung der WZW-Kriterien und zeigt auf, wie und unter welchen Voraussetzungen eine Beurteilung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Projekten vorgenommen werden kann.

Dabei zeigt sich, dass für eine konsequente Ausrichtung auf die WZW-Kriterien eine stärker quantitativ ausgerichtete Form der Evaluation notwendig ist, als es bisher in der Evaluationspraxis der PGV meist der Fall war. Die zentrale Herausforderung bildet die Wirkungsmessung, die nicht nur für den Wirksamkeitsnachweis, sondern auch für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit erforderlich ist. Wirksam sind PGV-Projekte und -Massnahmen dann, wenn der erzielte Nutzen mit hoher Plausibilität kausal auf die umgesetzte(n) Massnahme(n) zurückzuführen ist. Für den Wirtschaftlichkeitsnachweis müssen die Wirkungen zudem quantifizierbar sein und möglichst gemessen bzw. beobachtet werden können.

Voraussetzung für den Nachweis von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ist ein Evaluationsdesign, das Wirkungen mit hoher Plausibilität nachweisen kann und idealerweise einen Vorher-Nachher-Vergleich mit Kontrollgruppe umfasst. Bei der Beurteilung der Wirksamkeit sollten die Wirkungen bei den Endbegünstigten im Vordergrund stehen. Wirkungen bei den Multiplikator*innen sind zwar ebenfalls wichtig, sie sind jedoch in erster Linie ein notwendiger Schritt, um die Patient*innen zu erreichen.

Methodisch ist die Anwendung der WZW-Kriterien in der Evaluation also anspruchsvoll, zumindest was die Kriterien Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit betrifft. Im vorliegenden Arbeitspapier wird daher auch aufgezeigt, mit welchen Vorstufen und Varianten zumindest eine minimale Ausrichtung an den WZW-Kriterien in Evaluationen möglich ist.

Die Anwendung der WZW-Kriterien ist nicht nur aus Sicht der Evaluation, sondern auch für die Projekte selbst anspruchsvoll, denn letztlich muss die Messbarkeit von Wirkungen und die Berechenbarkeit von Kosten und Nutzen durch die Projekte ermöglicht werden. In vielen Projekten wird es nach wie vor nicht möglich sein, die Bedingungen eines Vorher-Nachher-Vergleichs mit Kontrollgruppe zu erfüllen, standardisierte Messinstrumente einzusetzen oder überhaupt die Wirkungen bei den Endbegünstigten in geeigneter Form zu messen. Es sind also alternative Evaluationsdesigns in Betracht zu ziehen, die mit Abstrichen bei der Belastbarkeit der Ergebnisse einhergehen.

Das im Rahmen des Arbeitspapiers bereitgestellte Indikatorensystem soll als Orientierungshilfe dienen, um die Evaluation stärker auf die Bewertung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit auszurichten. Die Indikatoren sind dabei im Kontext des methodischen Vorgehens zu betrachten, das mit der Wahl des Evaluationsdesigns und der Methoden der Datenerhebung und -auswertung einhergeht und zu unterschiedlich belastbaren und aussagekräftigen Ergebnissen führt.

7 Literaturverzeichnis

BAG. (2021). *Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV). Ansatz und Aufgaben.* Bundesamt für Gesundheit.

BAG. (2022). *Operationalisierung der Kriterien «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» nach Artikel 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG).* Bundesamt für Gesundheit.

BAK. (2023). *Gesundheitsökonomischer Fussabdruck der Prävention in der Gesundheitsversorgung: «Footprint PGV-Projekte». Schlussbericht.* Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. BAK economic intelligence.

Balthasar, A. (2022). Evaluation der Aktivitäten zur Prävention von NCD: Unmögliches möglich machen. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hg.), *Prävention von chronischen Krankheiten* (S. 169–179). Hogrefe.

Beywl, W. & Niestro, M. (2009). *Das A-B-C der wirkungsorientierten Evaluation* (2., vollständig bearbeitete und ergänzte Aufl.). Univation Institut für Evaluation.

Bieri, O. & Schwegler, C. (2024). *Leitfaden zur Entwicklung von Wirkungsmodellen. Wirksame Interventionen planen, darstellen und messen.* Interface Politikstudien Forschung Beratung.

Diekmann, A. (2023). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (18. Aufl. der vollständig überarbeiteten und erweiterten Neuausgabe). Rowohlt.

Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Aufl.). Springer.

Fässler, S. & Studer, S. (2019). W*irkungsevaluation von Interventionen. Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit.* Arbeitspapier 46. Gesundheitsförderung Schweiz. https://gesundheitsfoerderung.ch/node/465

Finne, E. & Paul, H. (2025). Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i012-3.0

Gesundheitsförderung Schweiz. (2024). *Strategie 2025–2028.* Gesundheitsförderung Schweiz. https://gesundheitsfoerderung.ch/node/9122

Kaufmann, C., Brandt, S. K., Gut, V., Nicolet, A., Marti, J. & Senn, N. (2021): *Analyse der (hybriden) Finanzierungslage von präventiven Angeboten in der Gesundheitsversorgung (PGV). Bericht zuhanden der Sektion PGV, Bundesamt für Gesundheit.* Interface Politikstudien Forschung Beratung.

König, H. (2022). Ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i048-2.0

Laubereau, B., Föhn, Z., Gubser, J., Hertig, V. & Balthasar, A. (2023). *Gesamtevaluation Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) bei Gesundheitsförderung Schweiz für die Jahre 2017 bis 2023. Schlussbericht zuhanden Gesundheitsförderung Schweiz.* Interface Politikstudien Forschung Beratung.

Marti, J., Mattli, R., Nicolet, A. & Wieser, S. (2022). The value of prevention: a health economics perspective. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hg.), *Prävention von chronischen Krankheiten* (S. 151–167). Hogrefe.

Schneider, J., Trémeaud, R., Widmer Howald, F., Lörvall, K., Raso, G., Annaheim, B. & della Valle, M. (2021). *Konzept der Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) 2021–2024.* Gesundheitsförderung Schweiz.

Schöffski, O. & Graf von der Schulenburg, J. M. (Hg.) (2012). *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (4. Aufl.). Springer.

Schug, L., Federspiel, B. & Brügger, U. (2006). *Synthesebericht: Ökonomische Evaluation in den Kernthemen. Gesundes Körpergewicht, Psychische Gesundheit – Stress, Gesundheitsförderung und Prävention stärken.* Gesundheitsförderung Schweiz.

Schweizerischer Bundesrat. (1991). *Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991.* BBl 1992 I 93.

Schweizerische Bundesversammlung. (2002). *Bundesgesetz über die Bundesversammlung (Parlamentsgesetz, ParlG) vom 13. Dezember 2002* (Stand am 8. September 2025). SR 171.10.

SGAIM. (2024). *Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.* Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin. Abgerufen am 26. November 2025 von https://www.sgaim.ch/de/themen/swissdrg-blog/07-wzw

Widmer Howald, F., Raso, G. & Annaheim, B. (2024). *Qualitätscheck – Qualitätskriterien und dazugehörige Indikatoren für Projekte der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV).* Gesundheitsförderung Schweiz. https://gesundheitsfoerderung.ch/node/8817

Widmer, T. & Brunold, H. (2017). *Evaluationsglossar des BAG.* Bundesamt für Gesundheit.

Zeyen, P. & Egger, T. (2024). *Evaluation der Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz für die Jahre 2019–2024.* Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.

Anhang

A-1 Indikatorentabelle WZW-Kriterien in der PGV

Kategorie	Mögliche Indikatoren
Wirksamkeit – Multiplikator*innen[17]	
Inanspruchnahme der Massnahme bzw. Beteiligung an der Umsetzung der Massnahme (Reichweite)	**Kennzahl 1:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die die Massnahme kennen bzw. sich an der Umsetzung der Massnahme beteiligen, im Vergleich mit dem Potenzial an möglichen Multiplikator*innen
Wissenszuwachs	**Kennzahl 2:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die (a) berichten, durch die Massnahme einen Wissenszuwachs erhalten zu haben, und/oder bei denen (b) ein Wissenszuwachs gemessen werden kann
Veränderung von Einstellung und/oder Motivation	**Kennzahl 3:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die (a) berichten, durch die Massnahme ihre Einstellung/Motivation geändert zu haben, und/oder bei denen (b) eine Einstellungs-/Motivationsänderung gemessen werden kann
Zunahme der Handlungskompetenz	**Kennzahl 4:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die (a) berichten, sich aufgrund der Massnahme kompetent zu fühlen, ihr Verhalten/ ihr Handeln zu ändern, und/oder bei denen (b) eine Zunahme an Handlungskompetenz gemessen werden kann
Verhaltensänderung	**Kennzahl 5:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die (a) berichten, aufgrund der Massnahme ihr Verhalten / ihr Handeln geändert zu haben, und/oder bei denen (b) eine Verhaltensänderung/ein geändertes Handeln gemessen/beobachtet werden kann
Verbesserungen, die sich aus der Thematik des Projekts ergeben	**Kennzahl 6:** Anzahl und Anteil der (befragten) Multiplikator*innen, die (a) aufgrund der Massnahme von projektspezifischen Verbesserungen berichten und/oder bei denen (b) entsprechende Verbesserungen gemessen werden können
Wirksamkeit – Patient*innen[18]	
Reichweite der Massnahme	**Kennzahl 1:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die die Massnahme in Anspruch nehmen, im Vergleich mit dem Potenzial an möglichen Nutzenden
Zufriedenheit	**Kennzahl 2:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die angeben, mit der Massnahme zufrieden zu sein
PGV-Förderziele: Verbesserung von Selbstmanagementkompetenzen, Selbstwirksamkeit, Autonomie und/oder Lebensqualität	**Kennzahl 3:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die (a) aufgrund der Massnahme über verbesserte Selbstmanagementkompetenzen, Selbstwirksamkeit, Autonomie und/oder Lebensqualität berichten und/oder bei denen (b) entsprechende Verbesserungen gemessen werden können
Reduktion des Behandlungsbedarfs	**Kennzahl 4:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die (a) aufgrund der Massnahme von einem reduzierten Behandlungsbedarf berichten und/oder bei denen (b) eine entsprechende Reduktion gemessen werden kann
Verbesserung der Versorgung/Behandlung	**Kennzahl 5:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die (a) angeben, aufgrund der Massnahme eine verbesserte Versorgung erfahren zu haben, und/oder (b) bei denen eine Verbesserung der Versorgung gemessen werden kann
Weitere Verbesserungen, die sich aus der Thematik des Projekts ergeben	**Kennzahl 6:** Anzahl und Anteil der Patient*innen, die (a) aufgrund der Massnahme von projektspezifischen Verbesserungen berichten und/oder bei denen (b) entsprechende Verbesserungen gemessen werden können

Kategorie	Mögliche Indikatoren
Wirksamkeit – Digitale Anwendungen[19]	
Nutzung der digitalen Anwendung (Reichweite)	**Kennzahl 1:** Anzahl Anmeldungen im Vergleich mit dem Potenzial an möglichen Anmeldungen und/oder im Vergleich mit ähnlichen Anwendungen
	Kennzahl 2: Anzahl Nutzende pro Monat/Quartal/Jahr im Vergleich mit dem Potenzial an möglichen Nutzenden und/oder im Vergleich mit ähnlichen Anwendungen
	Kennzahl 3: Anzahl aufgerufene Funktionen, Website-Aufrufe, Downloads usw. im Vergleich mit dem Potenzial an möglichen Aufrufen und/oder im Vergleich mit ähnlichen Anwendungen
Zufriedenheit mit der Funktionalität der Anwendung	**Kennzahl 4:** Anzahl und Anteil der Nutzenden, die mit der Funktionalität der Anwendung zufrieden sind
Weitere projektspezifische Wirkungen	**Kennzahl 5:** Anzahl und Anteil der Nutzenden, die eine projektspezifische Wirkung der digitalen Anwendung berichten
Zweckmässigkeit	
Projektansatz	**Angabe 1:** Die Auswahl der endbegünstigten Zielgruppen, der Multiplikator*innen, der Massnahmen und der Settings ist geeignet, um die PGV-Förderziele zu erreichen.
	Angabe 2: Der Handlungsbedarf bei den endbegünstigten Zielgruppen ist nachvollziehbar begründet und, sofern vorhanden, datengestützt belegt.
Massnahmen	**Angabe 3:** Die (geplanten) Massnahmen sind geeignet, die im Projekt angestrebten Wirkungen zu erreichen. (Theoretische Eignung)
	Angabe 4: Die Eignung der (umgesetzten) Massnahmen ist mit hoher Plausibilität nachgewiesen. (Empirische Eignung auf Grundlage der Wirkungsmessung in der Evaluation)
Projektorganisation	**Angabe 5:** Das Projekt hat eine adäquate und für alle Akteur*innen nachvollziehbare Projektstruktur mit klaren Rollen und Verantwortlichkeiten.
	Angabe 6: Es ist eine Projektleitung vorhanden, die mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet ist und für die gesamte Projektdauer zur Verfügung steht.

17 Multiplikator*innen sind meist Fachpersonen einschliesslich der Projektpartner*innen. In manchen Projekten können auch Freiwillige zu den Multiplikator*innen zählen.

18 Zur Gruppe der Patient*innen werden auch Personen mit erhöhten Risiken für nichtübertragbare Krankheiten, Suchtproblematiken oder psychische Erkrankungen sowie pflegebedürftige Personen gezählt. In manchen Projekten gehören auch die Angehörigen zu dieser Zielgruppe.

19 Eine digitale Anwendung kann sich auf eine digitale App, eine Datenplattform oder Ähnliches beziehen, die im Projekt entwickelt und von den Multiplikator*innen und/oder den Patient*innen genutzt wird.

Kategorie	Mögliche Indikatoren
Wirtschaftlichkeit[20]	
Verwendung der Projektmittel	**Angabe 1:** Die Aufwände/Kosten der Massnahme (des Angebots/der Behandlung) sind nach verschiedenen Kostenkategorien (Infrastruktur, Personal usw.) und ggf. Kostenträgern (eigene Beiträge, Beiträge Projektpartner, Beiträge Drittparteien usw.) ermittelt und transparent rapportiert/dargestellt.
Input-Output/ Reichweite-Relation	**Angabe 2:** Die Kosten pro generierten Produkten der Massnahmen bewegen sich in einem nachvollziehbaren und vertretbaren Rahmen (normativ, auf Grundlage von Alternativüberlegungen, Literatur).
	Angabe 3: Die Kosten pro erreichter Zielperson (Multiplikator*innen, Patient*innen) bewegen sich in einem nachvollziehbaren und vertretbaren Rahmen (normativ, auf Grundlage von Alternativüberlegungen, Literatur).
Wirtschaftlichkeit der Projektkosten im Verhältnis zum erzielten Nutzen	**Angabe 4:** Der Nutzen bzw. die Nutzenelemente der Massnahmen ist/sind in geeigneter Form ermittelt und dargestellt (tangible/monetarisierbare und/oder intangible/nichtmonetarisierbare Nutzen).
	Angabe 5: Die systematische Gegenüberstellung und die subjektive Gewichtung von Kosten der Massnahmen und von den qualitativ/deskriptiv erfassten Nutzen der Massnahme ergeben ein günstiges Verhältnis im Vergleich zu Alternativen (sofern vorhanden). Den Mehrkosten der Massnahme (des Angebots/der Behandlung) steht ein entsprechender Mehrnutzen gegenüber. (CCA)
	Kennzahl 1: Die Gegenüberstellung der Kosten der Massnahmen pro quantitativem, nichtmonetärem, projektspezifischem Nutzenparameter (z. B. pro Anzahl vermiedener Notfalleintritte, pro mmHg Blutdrucksenkung) ergibt ein günstiges Verhältnis im Vergleich zu Alternativen (sofern vorhanden). (CEA)
	Kennzahl 2: Die Gegenüberstellung der Kosten der Massnahmen pro quantitativem, nichtmonetärem, projektspezifischem Nutzwertparameter (z. B. pro Anzahl gewonnener gesunder Lebensjahre, QALYs) ergibt ein günstiges Verhältnis im Vergleich zu Alternativen (sofern vorhanden). (CUA)
	Kennzahl 3: Die Gegenüberstellung der Kosten der Massnahme und der monetarisierten Nutzen der Massnahme ergibt ein günstiges Verhältnis (positive Kosten-Nutzen-Bilanz, Nettonutzen), in sich und/oder im Vergleich zu Alternativen (sofern vorhanden). (CBA)

20 Angaben 1 und 4 der Kategorie «Wirtschaftlichkeit» sind notwendige Voraussetzungen zur Bestimmung von Angabe 5 und der Kennzahlen 1–3.

Wankdorfallee 5, CH-3014 Bern
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tel. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch

04.0645.DE 07.2026