

Bundesanzeiger

Inhaltsübersicht

Amtlicher Teil

Verkündungen

Seite

Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen
 Siebenunddreißigste Verordnung des Luftfahrt-Bundesamts zur Änderung der Einhundertvierzehnten Durchführungsverordnung zur Luftverkehrs-Ordnung (Festlegung von Flugverfahren für An- und Abflüge nach Instrumentenflugregeln zum und vom Verkehrsflughafen München). Vom 10. März 2005 5303
 96-1-2-114

Bekanntmachungen

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
 Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Vom 21. März 2005 5304

Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit
 Bekanntmachung Nr. 05/02/10 über Genehmigungen nach § 18 des Pflanzenschutzgesetzes. Vom 17. März 2005 5314

Bundesamt für Strahlenschutz
 Bekanntmachung gemäß § 11 der Röntgenverordnung (RöV) Zulassung BFS 02/05 R RöV. Vom 22. Februar 2005 5316
 Bekanntmachung über eine Feststellung gemäß § 3a des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung. Vom 24. März 2005 5316

Land Nordrhein-Westfalen
 Hinweis des Ministeriums für Verkehr, Energie und Landesplanung auf die öffentliche Bekanntmachung einer Genehmigung für die Urananreicherungsanlage Gronau gemäß § 15 Abs. 3 und § 17 der Atomrechtlichen Verfahrensverordnung. Vom 22. März 2005 5316

Ausschreibungen

(siehe Ausschreibungen im Teil Gerichtliche und sonstige Bekanntmachungen, Rubrik 12b, Seite 5318)

Sonstiges

Auswärtiges Amt
 Honorarkonsularische Vertretung von Niger in Mannheim 5316
 Ungültigkeitserklärung eines Ausweises 5316

Statistisches Bundesamt
 Der Schaumweinabsatz im Jahr 2004 – Vorläufige Ergebnisse – 5316
 Die Straßenverkehrsunfälle im Januar 2005 – Vorläufiges Ergebnis – 5316

Hinweise

Wert eines Sonderziehungsrechts des Internationalen Währungsfonds in Euro 5316
 Scheckeinzugskurse der Deutschen Bundesbank 5316
 Referenzkurse der Europäischen Zentralbank 5316

Gerichtliche und sonstige Bekanntmachungen 5317

Amtlicher Teil

Verkündungen

Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen

Siebenunddreißigste Verordnung zur Änderung der Einhundertvierzehnten Durchführungsverordnung zur Luftverkehrs-Ordnung (Festlegung von Flugverfahren für An- und Abflüge nach Instrumentenflugregeln zum und vom Verkehrsflughafen München)

Vom 10. März 2005

Auf Grund des § 32 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und Abs. 3 Satz 2 und 3 des Luftverkehrsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. März 1999 (BGBl. I S. 550), der zuletzt durch Artikel 244 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) geändert worden ist, in Verbindung mit § 27a Abs. 1 und 2 Satz 1 der Luftverkehrs-Ordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. März 1999 (BGBl. I S. 580) verordnet das Luftfahrt-Bundesamt:

Artikel 1

Die Einhundertvierzehnte Durchführungsverordnung zur Luftverkehrs-Ordnung (Festlegung von Flugverfahren für An- und Abflüge nach Instrumentenflugregeln zum und vom Verkehrsflughafen München) vom 19. Februar 1992 (BANz. S. 1609), zuletzt geändert durch Verordnung vom 24. Januar 2005 (BANz. S. 2305), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 3 wird der folgende signifikante Punkt angefügt:

Bezeichnung	Koordinaten	Definition
OBAXA	48 00 44 N 11 39 56 O	R 209 - 12 DME MUN

2. § 2 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- In der Einflugstrecke SALZBURG FOUR MIKE ARRIVAL (SBG 4M) werden die Angaben in Spalte 5 wie folgt gefasst:
 „1. Nur verfügbar für Abflüge von LOWS, Flüge via LNZ und Flüge mit Z-Flugplan.
 2. NAPSA ist Freibabegrenze.“
- Die folgende Einflugstrecke wird angefügt:

Streckenführungen Meldepunkte	Miss- weisender (recht- weisen- der) Kurs	Entfer- nung in NM	Min- dest- reise- flug- höhe	Anmerkun- gen
1	2	3	4	5
NAPSA ONE MIKE ARRIVAL (NAPSA 1M)				NAPSA ist Freibabegrenze für Anflüge via Q112/Q113.
Δ NAPSA	267	21	5000 (FL 80)	
Δ München VOR/DME				

3. In § 3 Abs. 1 Nr. 2 wird die Tabelle wie folgt gefasst:

RWY	Abflugstrecke	Frequenz MHz
26 R	GIVMI 4W, ANKER 6N, MIQ 6N, RIDAR 3N, EVIVA 1N	123,900
	EGG 1N, KPT 9N, KIRDI 8N, UNKEN 8N, SBG 8N, TULSI 7N, TURBU 1N, OBAXA 1N	127,950
26 L	GIVMI 3S, ANKER 5S, MIQ 5S, RIDAR 3S, EVIVA 1S,	123,900
	EGG 1S, EGG 1W, KPT 2S, KIRDI 2S, KIRDI 6W, NEGRA 1S, UNKEN 1S, UNKEN 7W, SBG 1S, SBG 7W, TULSI 1S, TULSI 7W, TURBU 1S, TURBU 1W, OBAXA 1S, OBAXA 1W	127,950
08 R	GIVMI 3E, ANKER 5E, MIQ 6E, RIDAR 4E, EVIVA 1E	123,900
	EGG 1E, KIRDI 5E, KPT 9E, NEGRA 2E, UNKEN 7E, TULSI 8E, TURBU 2E, OBAXA 1E	127,950
08 L	GIVMI 3Q, ANKER 5Q, MIQ 6Q, RIDAR 4Q, EVIVA 1Q	123,900
	EGG 1Q, KIRDI 5Q, KPT 7Q, UNKEN 6Q, TULSI 7Q, TURBU 2Q, OBAXA 1Q	127,950

4. § 3 Abs. 2 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

- In der Abflugstrecke TURBU ONE NOVEMBER DEPARTURE (TURBU 1N) Spalte 4 Anmerkung 2 wird die Angabe „TULSI 7N“ durch die Angabe „OBAXA 1N“ ersetzt.
- In der Abflugstrecke TULSI SEVEN NOVEMBER DEPARTURE (TULSI 7N) werden in Spalte 4 die Anmerkungen 1 bis 3 in die Anmerkung 2 bis 4 umbenannt und die folgende neue Anmerkung 1 eingefügt:
 „1. Die Strecke ist im Flugplan nicht anzugeben.“
- Die Abflugstrecke KEMPTEN EIGHT NOVEMBER DEPARTURE (KPT 8N) wird zu KEMPTEN NINE NOVEMBER DEPARTURE (KPT 9N).

d) Die folgende neue Abflugstrecke wird angefügt:

Streckenführung	nach dem Start		Anmerkung
	Anfangs- flughöhe	Mindestreise- flughöhe	
1	2	3	4
OBAXA ONE NOVEMBER DEPARTURE (OBAXA 1N) Auf Startbahnkurs bis 2,0 DME DMN oder 1900, je nachdem, was später erreicht wird; Linkskurve, auf Kurs 180° R 325 MUN erfliegen; auf R 325 MUN bis MUN (Δ); auf R 209 MUN bis OBAXA (Δ); Steigflug mit 5,5% (335 ft/NM) oder mehr bis zum Passieren von 4200. Angezeigte Eigengeschwindigkeit während der Abflugkurve begrenzt auf 210 kt. Angezeigte Eigengeschwindigkeit bis OBAXA maximal 250 kt. GPS/FMS RNAV: [A1900 +] – DM067 [K210-; L] – DM050 [L] – MUN [R] – OBAXA [K250-]	FL 70		1. Steht für Luftfahrzeuge mit Kolbenmotoren und PTL-Antrieb nicht zur Verfügung. Für diese ist TURBU 1N im Flugplan anzugeben. 2. Steiggradient aufgrund eines Gebietes hoher elektromagnetischer Feldstärke (HIRTA). 3. Um die Kursgenauigkeit durch die GPS/FMS RNAV-Ausrüstung zu erhöhen, soll die Geschwindigkeit während der Anfangsabflugkurve konstant gehalten werden.

5. § 3 Abs. 2 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

- In den Abflugstrecken TURBU ONE SIERRA DEPARTURE (TURBU 1S) und TURBU ONE WHISKEY DEPARTURE (TURBU 1W) wird jeweils in Spalte 4 Anmerkung 2 die Angabe „TULSI 1S/7W“ durch die Angabe „OBAXA 1S/1W“ ersetzt.
- In der Abflugstrecke TULSI ONE SIERRA DEPARTURE (TULSI 1S) werden in Spalte 4 die Anmerkungen 1 bis 4 in die Anmerkungen 2 bis 5 umbenannt und die folgende neue Anmerkung 1 eingefügt:
 „1. Diese Strecke ist im Flugplan nicht anzugeben.“
- In der Abflugstrecke TULSI SEVEN WHISKEY DEPARTURE (TULSI 7W) wird in Spalte 4 die Anmerkung in Anmerkung 2 umbenannt und die folgende neue Anmerkung 1 eingefügt:
 „1. Diese Strecke ist im Flugplan nicht anzugeben.“
- Die Abflugstrecke KEMPTEN ONE SIERRA DEPARTURE (KPT 1S) wird zu KEMPTEN TWO SIERRA DEPARTURE (KPT 2S).
- Die folgenden neuen Abflugstrecken werden angefügt:

Streckenführung	nach dem Start		Anmerkung
	Anfangs- flughöhe	Mindestreise- flughöhe	
1	2	3	4
OBAXA ONE SIERRA DEPARTURE (OBAXA 1N) Auf Startbahnkurs bis 1,6 DME DMS oder 1900, je nachdem, was später erreicht wird; Linkskurve (innerhalb von 4,5 DME DMS durchzuführen), auf Kurs 180° R 325 MUN erfliegen; auf R 325 MUN bis MUN (Δ); auf R 209 MUN bis OBAXA (Δ). Steigflug mit 6,8% (415 ft/NM) oder mehr bis zum Passieren von 4200. Angezeigte Eigengeschwindigkeit maximal 210 kt, bis R 325 MUN erfliegen ist. Angezeigte Eigengeschwindigkeit bis OBAXA maximal 250 kt. GPS/FMS RNAV: [A1900 +] – DM049 [K210-; L] – DM050 [K210-; L] – MUN [R] – OBAXA [K250-]	FL 70		1. Steht für Luftfahrzeuge mit Kolbenmotoren und PTL-Antrieb nicht zur Verfügung. Für diese ist TURBU 1S/1W im Flugplan anzugeben. 2. Steiggradient aufgrund eines Gebietes hoher elektromagnetischer Feldstärke (HIRTA). 3. Um die Kursgenauigkeit durch die GPS/FMS RNAV-Ausrüstung zu erhöhen, soll die Geschwindigkeit während der Anfangsabflugkurven konstant gehalten werden. 4. Können Kurvenradius und Geschwindigkeitsbeschränkungen nicht eingehalten werden, ist OBAXA 1W zu beantragen.

Streckenführung	nach dem Start		Anmerkung
	Anfangs- flughöhe	Mindestreise- flughöhe	
1	2	3	4
OBAXA ONE WHISKEY DEPARTURE (OBAXA 1W) Auf Startbahnkurs bis 1900; auf Kurs 262° über MSE bis 14,0 DME DMS; Linkskurve, auf R 283 MUN bis 4,0 DME MUN (Δ); Rechtskurve, auf R 209 MUN bis OBAXA (Δ). Angezeigte Eigengeschwindigkeit maximal 220 kt bis zum Überfliegen von MSE. Angezeigte Eigengeschwindigkeit maximal 250 kt bis zum Überfliegen von 14,0 DME DMS. GPS/FMS RNAV: [A1900 +] – MSE [K220-] – DM058 [L] – DM059 [K250-; L] – MUN [R] – OBAXA	FL 70		Steht für Luftfahrzeuge mit Kolbenmotoren und PTL-Antrieb nicht zur Verfügung. Für diese ist TURBU 1S/1W im Flugplan anzugeben.



6. § 3 Abs. 2 Nr. 3 wird wie folgt geändert:

- a) In der Abflugstrecke TURBU TWO ECHO DEPARTURE (TURBU 2E) Spalte 4 Anmerkung 2 wird die Angabe „TULSI 7E“ durch die Angabe „OBAXA 1E“ ersetzt.
- b) Die Abflugstrecken TULSI SEVEN ECHO DEPARTURE (TULSI 7E) und KEMPTEN EIGHT ECHO DEPARTURE (KPT 8E) werden durch die folgenden Strecken ersetzt:

Streckenführung	nach dem Start		Anmerkung
	Anfangs-flughöhe	Mindestreise-flughöhe	
1	2	3	4
TULSI EIGHT ECHO DEPARTURE (TULSI 8E) Auf Startbahnkurs bis 1900; über MSW bis 5,6 DME DMS oder 4000, je nachdem, was später erreicht wird; Rechtskurve mit maximal 230 kt angezeigter Eigengeschwindigkeit, auf R 041 MUN bis MUN (Δ); auf R 181 MUN über MANAL (Δ) bis TULSI (Δ). 8,0 DME MUN ist in FL 70 zu überfliegen. Angezeigte Eigengeschwindigkeit maximal 250 kt bis zum Überfliegen von MUN. GPS/FMS RNAV: [A1900 +] — DM081 [A4000 + ; K230-; R] — DM082 [K230-; R] — DM086 [F070] — MUN [K250-; L] — MANAL — TULSI	FL 70	Von 13,0 DME MUN bis TULSI: 6000	1. Die Strecke ist im Flugplan nicht anzugeben. 2. Steht für Luftfahrzeuge mit Kolbenmotoren und PTL-Antrieb nicht zur Verfügung. Für diese ist TURBU 2E im Flugplan anzugeben.

KEMPTEN NINE ECHO DEPARTURE (KPT 9E) Auf Startbahnkurs bis 1900; über MSW bis 5,6 DME DMS oder 4000, je nachdem, was später erreicht wird; Rechtskurve mit maximal 230 kt angezeigter Eigengeschwindigkeit, auf R 041 MUN bis MUN (Δ); auf R 209 MUN bis OBAXA (Δ); Rechtskurve, auf Kurs 265° bis MERSI (Δ); Linkskurve, auf Kurs 242° bis KPT (Δ). 8,0 DME MUN ist in FL 70 zu überfliegen. Angezeigte Eigengeschwindigkeit bis OBAXA maximal 250 kt. GPS/FMS RNAV: [A1900 +] — DM081 [A4000 + ; K230-; R] — DM082 [K230-; R] — DM086 [F070] — [MUN [L] — OBAXA [K250-; R] — MERSI [L] — KPT	FL 70	Von OBAXA bis MERSI: 6000; von MERSI bis KPT: 6000 (FL 110) *	Ab OBAXA BRNAV-Ausrüstung erforderlich. *) operationelle Flughöhe
---	-------	---	--

c) Die folgende neue Abflugstrecke wird angefügt:

Streckenführung	nach dem Start		Anmerkung
	Anfangs-flughöhe	Mindestreise-flughöhe	
1	2	3	4
OBAXA ONE ECHO DEPARTURE (OBAXA 1E) Auf Startbahnkurs bis 1900; über MSW bis 5,6 DME DMS oder 4000, je nachdem, was später erreicht wird; Rechtskurve mit maximal 230 kt angezeigter Eigengeschwindigkeit, auf R 041 MUN bis MUN (Δ); auf R 209 MUN bis OBAXA (Δ). 8,0 DME MUN ist in FL 70 zu überfliegen. Angezeigte Eigengeschwindigkeit bis OBAXA maximal 250 kt. GPS/FMS RNAV: [A1900 +] — DM081 [A4000 + ; K230-; R] — DM082 [K230-; R] — DM086 [F070] — MUN [L] — OBAXA [K250-]	FL 70		Steht für Luftfahrzeuge mit Kolbenmotoren und PTL-Antrieb nicht zur Verfügung. Für diese ist TURBU 2Q im Flugplan anzugeben.

7. § 3 Abs. 2 Nr. 4 wird wie folgt geändert:

- a) In der Abflugstrecke TURBU TWO QUEBEC DEPARTURE (TURBU 2Q) Spalte 4 Anmerkung 2 wird die Angabe „TULSI 6Q“ durch die Angabe „OBAXA 1Q“ ersetzt.
- b) Die Abflugstrecke TULSI SIX QUEBEC DEPARTURE (TULSI 6Q) und KEMPTEN SIX QUEBEC DEPARTURE (KPT 6Q) werden durch die folgenden Strecken ersetzt:

Streckenführung	nach dem Start		Anmerkung
	Anfangs-flughöhe	Mindestreise-flughöhe	
1	2	3	4
TULSI SEVEN QUEBEC DEPARTURE (TULSI 7Q) Auf Startbahnkurs bis 1900; über LO MNW bis 6,8 DME DMN oder 4000, je nachdem, was später erreicht wird; Rechtskurve mit maximal 230 kt angezeigter Eigengeschwindigkeit, auf R 041 MUN bis MUN (Δ); auf R 181 MUN über MANAL (Δ) bis TULSI (Δ). 8,0 DME MUN ist in FL 70 zu überfliegen. Angezeigte Eigengeschwindigkeit maximal 250 kt bis zum Überfliegen von MUN. GPS/FMS RNAV: [A1900 +] — DM071 [A4000 + ; K230-; R] — DM074 [K230-; R] — DM078 [F070] — MUN [K250-; L] — MANAL — TULSI	FL 70	Von 13,0 DME MUN bis TULSI: 6000	1. Diese Strecke ist im Flugplan nicht anzugeben. 2. Steht für Luftfahrzeuge mit Kolbenmotoren und PTL-Antrieb nicht zur Verfügung. Für diese ist TURBU 2Q im Flugplan anzugeben.

Streckenführung	nach dem Start		Anmerkung
	Anfangs-flughöhe	Mindestreise-flughöhe	
1	2	3	4
KEMPTEN SEVEN QUEBEC DEPARTURE (KPT 7Q) Auf Startbahnkurs bis 1900; über MNW bis 6,8 DME DMN oder 4000, je nachdem, was später erreicht wird; Rechtskurve mit maximal 230 kt IAS, auf R 041 MUN bis MUN (Δ); auf R 209 MUN bis OBAXA (Δ); Rechtskurve, auf Kurs 265° bis MERSI (Δ); Linkskurve, auf Kurs 242° bis KPT (Δ). 8,0 DME MUN ist in FL 70 zu überfliegen. Angezeigte Eigengeschwindigkeit bis OBAXA maximal 250 kt. GPS/FMS RNAV: [A1900 +] — DM071 [A4000 + ; K230-; R] — DM074 [K230-; R] — DM078 [F070] — MUN [L] — OBAXA [K250-; R] — MERSI [L] — KPT	FL 70	Von OBAXA bis MERSI: 6000; von MERSI bis KPT: 6000 (FL 110) *	Ab OBAXA BRNAV-Ausrüstung erforderlich. * operationelle Flughöhe

c) Die folgende neue Abflugstrecke wird angefügt:

Streckenführung	nach dem Start		Anmerkung
	Anfangs-flughöhe	Mindestreise-flughöhe	
1	2	3	4
OBAXA ONE QUEBEC DEPARTURE (OBAXA 1Q) Auf Startbahnkurs bis 1900; über MNW bis 6,8 DME DMN oder 4000, je nachdem, was später erreicht wird; Rechtskurve mit maximal 230 kt IAS, auf R 041 MUN bis MUN (Δ); auf R 209 MUN bis OBAXA (Δ). 8,0 DME MUN ist in FL 70 zu überfliegen. Angezeigte Eigengeschwindigkeit bis OBAXA maximal 250 kt. GPS/FMS RNAV: [A1900 +] — DM071 [A4000 + ; K230-; R] — DM074 [K230-; R] — DM078 [F070] — MUN [L] — OBAXA [K250-]	FL 70		Steht für Luftfahrzeuge mit Kolbenmotoren und PTL-Antrieb nicht zur Verfügung. Für diese ist TURBU 2Q im Flugplan anzugeben.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 14. April 2005 in Kraft, ausgenommen Artikel 1 Nr. 2, der am 12. Mai 2005 in Kraft tritt.

Langen, den 10. März 2005

Der Präsident
des Luftfahrt-Bundesamts
Im Auftrag
D ö l p

Bekanntmachungen

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung

Vom 21. März 2005

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung macht nachstehend die für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung erarbeiteten Gesundheitsziele und Teilziele bekannt (Anlage):

Bonn, den 21. März 2005

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Im Auftrag
Monika H o m m e s

Anlage

Die Gesundheitsziele

Das Projekt „gesundheitsziele.de“ wurde im Dezember 2000 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ins Leben gerufen. Damit folgte das Ministerium der EntschlieÙung der 72. Gesundheitsministerkonferenz 1999 und dem Appell „an die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden, die Verabschiedung tragfähiger Gesundheitsziele voranzutreiben“.

Nachfolgend wird der Bericht des Projekts „gesundheitsziele.de“, in dem die Gesundheitsziele, Teilziele und Maßnahmen aufgeführt und beschrieben sind, zusammengefasst. Die Bestimmung von Gesundheitszielen ergänzt die bestehenden Instrumente der Gesundheitspolitik und soll zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Hierzu sind Teilziele und Maßnahmen entwickelt worden, an denen sich die gesundheitspolitischen Akteure orientieren und sie selbstverpflichtend umsetzen sollen. Mit den Gesundheitszielen ist auch eine Stärkung der gesundheitlichen Prävention beabsichtigt. Darüber hinaus spielt der interdisziplinäre Ansatz eine Rolle, mit dem alle gesundheitlich relevanten Bereiche im Land zur Kooperation aufgerufen werden.

Das Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland (gesundheitsziele.de) beschreibt Gesundheitsziele aus folgenden Bereichen:

- Ziele mit Krankheitsbezug
 - Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln
 - Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen
- Ziele zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention
 - Tabakkonsum reduzieren
- Ziele für ausgewählte Bevölkerungsgruppen
 - Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung
- Ziele zur Stärkung der Bürger- und Patientenorientierung
 - Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Die Ziele wurden anhand von wissenschaftlichen (Mortalität, Morbidität, Verbreitung des gesundheitlichen Problems), ökonomischen (Kosten), ethischen, normativen (Chancengleichheit, Bürger- und Patientenbeteiligung) sowie pragmatisch/gesundheitspolitischen (Bedeutung des Problems in Bevölkerung und Politik) Kriterien ausgewählt. Sie sind im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung von der Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e.V. (GVG) erarbeitet worden.

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln

Ziele und Teilziele

Ziel 1: Das Auftreten des metabolischen Syndroms und die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 sind reduziert (Aktionsfeld Primärprävention).

Teilziel 1.1: Das Bewusstsein der Bevölkerung, insbesondere in Risikogruppen, über ernährungs- und verhaltensbedingte Risiken ist geschärft.

Teilziel 1.2: Das Verhalten der Bevölkerung verringert das Risiko für das Auftreten eines metabolischen Syndroms.

Teilziel 1.3: Gesundheitsfördernde Strukturen und Rahmenbedingungen für Ernährungs- und Bewegungsverhalten sind vermehrt vorhanden, insbesondere im Lebensumfeld von Risikogruppen.

Ziel 2: Der Diabetes mellitus Typ 2 wird häufiger in einem Krankheitsstadium diagnostiziert, in dem noch keine Folgeschäden aufgetreten sind (Aktionsfeld Sekundärprävention/Früherkennung).

Teilziel 2.1: Die Strukturen und Rahmenbedingungen zur Früherkennung von Menschen mit Typ-2-Diabetes sind verbessert.

Teilziel 2.2: Das Bewusstsein der Bevölkerung zur Inanspruchnahme vorhandener Maßnahmen zur Früherkennung ist verbessert.

Teilziel 2.3: Der Einsatz qualitätsgesicherter Früherkennung ist gesteigert.

Ziel 3: Die Lebensqualität von Menschen, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, ist erhöht. Folgeprobleme und Komplikationen sind nachweislich verringert (Aktionsfeld Krankenbehandlung/Rehabilitation).

Teilziel 3.1: Die Fähigkeit zum Krankheits selbstmanagement und das Wissen über die Erkrankung ist bei allen an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen verbessert.

Teilziel 3.2: Eine umfassende angemessene Versorgung aller an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen ist wohnortnah und sektorübergreifend gewährleistet.

Teilziel 3.3: Die psychosoziale Ebene der Typ-2-Diabetes-Erkrankung ist integrierter Bestandteil der Behandlung.

Ziel 1: Das Auftreten des metabolischen Syndroms und die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 sind reduziert (Aktionsfeld Primärprävention).

Teilziele	Maßnahmen
1.1 Das Bewusstsein der Bevölkerung, insbesondere in Risikogruppen, über ernährungs- und verhaltensbedingte Risiken ist geschärft.	Bevölkerungsweite Motivation für eine gesunde Lebensweise im Rahmen einer allgemeinen lebensstilorientierten Präventionskampagne Angebote an Personen mit hohem Risiko zur Entwicklung eines Diabetes
1.2 Das Verhalten der Bevölkerung verringert das Risiko für das Auftreten eines metabolischen Syndroms.	
1.3 Gesundheitsfördernde Strukturen und Rahmenbedingungen für Ernährungs- und Bewegungsverhalten sind vermehrt vorhanden, insbesondere im Lebensumfeld von Risikogruppen.	

Zielgruppe:

Allgemeine Bevölkerung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche sowie Personen über 45 Jahre

Personen mit erhöhtem Risiko (z. B. Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Verwandte ersten Grades von an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen, Glucoseintoleranz, Gestationsdiabetes in der Anamnese, Zugehörigkeit zu gesundheitlich gefährdeten ethnischen Gruppen, Zugehörigkeit zu benachteiligten sozialen Gruppen)

Ziel 2: Der Diabetes mellitus Typ 2 wird häufiger in einem Krankheitsstadium diagnostiziert, in dem noch keine Folgeschäden aufgetreten sind (Aktionsfeld Sekundärprävention/Früherkennung).

Teilziele	Maßnahmen
2.1 Die Strukturen und Rahmenbedingungen zur Früherkennung von Menschen mit Typ-2-Diabetes sind verbessert.	Motivierende Maßnahmen zwecks Steigerung der Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung hinsichtlich definierter Zielgruppen
2.2 Das Bewusstsein der Bevölkerung zur Inanspruchnahme vorhandener Maßnahmen zur Früherkennung ist verbessert.	Verbreitung qualitätsgesicherter Informationen über Diabetes mellitus im Internet und anderen Medien in Abstimmung mit bereits bestehenden Informationsangeboten
2.3 Der Einsatz qualitätsgesicherter Früherkennung ist gesteigert.	Untersuchen von Patient(inn)en mit definierten Risikokonstellationen auf Diabetes anlässlich anderweitig veranlasster ambulanter Arztkontakte. Bevor eine mögliche Umsetzung dieser Maßnahme vorbereitet wird, soll das Konzept einem Health Technology Assessment zugeführt werden.

Zielgruppe:

Allgemeine Bevölkerung mit Fokus auf Personen über 45 Jahre

Personen mit erhöhtem Risiko (z. B. Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Verwandte ersten Grades von an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen, Glucoseintoleranz, Gestationsdiabetes in der Anamnese, Zugehörigkeit zu gesundheitlich gefährdeten ethnischen Gruppen, Zugehörigkeit zu benachteiligten sozialen Gruppen)

Ziel 3: Die Lebensqualität von Menschen, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, ist erhöht. Folgeprobleme und Komplikationen sind nachweislich verringert (Aktionsfeld Krankenbehandlung/Rehabilitation).

Teilziele	Maßnahmen
3.1 Die Fähigkeit zum Krankheitsselfmanagement und das Wissen über die Erkrankung ist bei allen an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen verbessert.	Treffen von Vereinbarungen zwischen Ärztin/Arzt und Diabetespatientin/-patient unter Berücksichtigung einer informierten Patientenentscheidung über individuelle Therapieziele und besonderer Berücksichtigung des Medikamenteneinsatzes (z. B. im Rahmen von Disease-Management-Programmen)
3.2 Eine umfassende angemessene Versorgung aller an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen ist wohnortnah und sektorübergreifend gewährleistet.	Regelung der Übergänge im Behandlungsablauf durch Beteiligung der verschiedenen Versorgungseinrichtungen, z. B. durch Festlegung von Kooperationskriterien
3.3 Die psychosoziale Ebene der Typ-2-Diabetes-Erkrankung ist integrierter Bestandteil der Behandlung.	Intensivierung der Hypertoniebehandlung von Diabeteskranken mit dem Ziel, normale bis niedrig-normale Blutdruckwerte zu erreichen Motivation und Behandlungsangebote zur Raucherentwöhnung bei nikotinabhängigen Diabeteskranken Motivation der adipösen Diabeteskranken zur Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung und zu mehr Bewegung Verbreitung zertifizierter Schulungsangebote für Diabetespatienten, die verhaltensorientiert und zielgruppenspezifisch konzipiert sowie den kognitiven Fähigkeiten der Patient(inn)en angepasst sind Entwicklung und Verbreitung fremdsprachlicher Schulungsmaterialien und Schulungsveranstaltungen (z. B. in türkischer Sprache) Anwendung repetitiver Behandlungskonzepte (Etappenheilverfahren, Nachschulungen, Booster-Sessions) Entwicklung und Verbreitung von Schulungsangeboten für Diabetiker bei veränderter Lebens-/ Krankheitssituation (Alter, Schwangerschaft, Arbeitsleben) Konzipierung und Umsetzung eines multidisziplinären Behandlungsansatzes, wie in der Rehabilitation bereits praktiziert, auch im ambulanten Bereich, ggf. unter Einbeziehung von Psychologen Rechtzeitige Durchführung einer umfassenden Rehabilitation mit multidisziplinärem, verhaltensorientiertem Behandlungsansatz für Hochrisikopatienten

Zielgruppe:

Alle an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten Menschen, alle an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten Menschen mit psychosozialer Begleitproblematik

Maßnahmenskizzen

Konzept für eine „Nationale Kampagne zur Primärprävention des Typ-2-Diabetes“

Um eine bevölkerungsweite Senkung der Neuerkrankungsrate des Typ-2-Diabetes zu erreichen, werden verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen, die teilweise im Rahmen einer Hochrisikostrategie (1) und teilweise im Rahmen einer Bevölkerungsstrategie (2) umzusetzen sind.

Im Rahmen der Hochrisikostrategie sollen seitens geeigneter Multiplikatoren Angebote an Personen mit hohem Erkrankungsrisiko gemacht werden. Dazu müssen Letztere identifiziert, motiviert und der Intervention zugeführt und auch dort gehalten werden.

Im Rahmen der Bevölkerungsstrategie sollen viele Menschen durch die Möglichkeiten der Massenkommunikation auf das Ziel einer gesundheitsförderlichen Änderung ihrer Lebensweise aufmerksam gemacht werden. Dies soll langfristig zu einer Verhaltensänderung führen, die einen zunehmend geringer werdenden Anteil von Typ-2-Diabetes zur Folge hat.

Insgesamt werden folgende Maßnahmen empfohlen:

- Personalkommunikative Kampagne (Kompletierung des Angebots von Gruppen- und Einzelberatung, Aktionstage, Ausstellungen, Telefonhotline, Events) für die Allgemeinbevölkerung mit Schwerpunktsetzung bei Risikogruppen (z. B. sozial Benachteiligte) und für identifizierte Hochrisikopersonen
- Settingbezogene Maßnahmen in Kindergärten, Schulen, Betrieben, Gemeinden und Sportvereinen in Kooperation mit den zuständigen Organisationen und Verbänden
- Auf- und Ausbau einer Qualitätssicherungsstrategie für Multiplikatoren (z. B. Qualitätszirkel) in Zusammenarbeit mit den zuständigen Berufsverbänden
- Strukturelle Maßnahmen (z. B. Angebot gesunder Lebensmittel im Lebensmittelhandel und in Gaststätten, Ausbau von Sportplätzen und weiteren Freizeitbewegungsmöglichkeiten) in einem Gremium aus Entscheidungsträgern von Politik und Wirtschaft
- Massenkommunikative Kampagne (Fernseh-, Radio- und Kinospots, Plakate, Print- und neue Medien, Internet) zur Verhinderung von Übergewicht (für noch nicht Übergewichtige), zur Reduktion von Übergewicht (für Übergewichtige), zur Förderung der Bewegung (für Personen mit Bewegungsmangel) und zur positiven Stressbewältigung (für Personen mit negativer Stressbelastung)

Zur Steuerung dieser Maßnahmen zwecks effektiver und effizienter Zielerreichung wird eine regelmäßige Repräsentativerhebung (Monitoring) in der angesprochenen Bevölkerung zu Wissen, Motivation und Verhalten und zur Wahrnehmung der Kampagne durchgeführt. Außerdem sind Erhebungen über vorhandene Angebote der Verhaltensprävention sowie Strukturen der Verhältnisprävention erforderlich, um den weiteren Handlungsbedarf zu bestimmen.

Konzept für die „Erprobung und Evaluation eines Programms zur Risikofrüherkennung, Schulung und Intervention bei gesunden Risikoträgern zur Prävention des Typ-2-Diabetes“

Internationale Studien belegen, dass durch eine Lebensstil-Intervention (Ernährung und Bewegungsverhalten) in einem Frühstadium der Erkrankung für fast 60 % der Betroffenen der Ausbruch des Diabetes verhindert bzw. hinausgezögert werden kann.

Im Anschluss an diese Studien hat eine Arbeitsgruppe der medizinischen Fakultät der TU Dresden zur Anwendung bei Risikoträgern in Deutschland ein Programm zur Risikoerkennung, zur Schulung und zur langfristigen Intervention zwecks Prävention des Diabetes entwickelt.

Das Programm gliedert sich in drei Programmschritte:

- Kontaktaufnahme und Identifikation von Risikopersonen,
- Schulungsintervention zur Verhaltensänderung mit den Schwerpunkten Motivation und Ernährung sowie
- kontinuierliche Weiterbetreuung der geschulten Teilnehmer, Kontrolle der Risikoparameter und Evaluation des Programms.

Die Wirksamkeit einzelner Komponenten dieses Programms ist bereits mit hoher Evidenz belegt. Hinsichtlich einer Eignung des Gesamtprogramms besteht allerdings bisher keine Evidenz.

Mit der Erprobung des Programms sollen die noch offenen Fragen beantwortet werden, die vor einer bevölkerungsweiten Einführung des Programms geklärt werden müssen.

Konzept für eine Maßnahme „Einsatz eines Diabetesmobils zur Frühentdeckung von Typ-2-Diabetikern“

Die Früherkennung von bislang nicht diagnostizierten und behandelten Typ-2-Diabetikern wird von allen relevanten nationalen und internationalen Fachgesellschaften als wichtiger Baustein zur Prävention von Folgeschäden eines Diabetes mellitus Typ 2 angesehen. In Deutschland wird nach Schätzungen von circa 2 Millionen unerkannten Typ-2-Diabetikern ausgegangen. Zur Identifikation von Betroffenen werden von nationalen und internationalen Fachgesellschaften im Rahmen von Arztkonsultationen Blutzuckertests bei Personen mit erhöhtem Diabetesrisiko empfohlen.

Neben diesem im Rahmen einer Arztkonsultation stattfindenden „Case Finding“, das über die Zugangsschwelle Arztpraxis oder Krankenhaus nur Personen erreicht, die sich in ärztlicher Behandlung befinden, werden Ansätze diskutiert, die möglicherweise zusätzlich vermehrt Bevölkerungsgruppen ansprechen, die nach Studien einerseits vergleichsweise weniger häufig die klassischen Gesundheitsversorgungswege nutzen und andererseits sogar ein gesteigertes Krankheitsrisiko aufweisen können (z. B. sozial schwächere Schichten, ausländische Mitbürger).

In diesem Zusammenhang soll durch das Diabetesmobil ein wohnortnahes und niedrigschwelliges Angebot für die Bevölkerung geschaffen werden, sich über das Risiko eines bereits bestehenden oder zukünftigen Diabetes mellitus Typ 2 zu informieren und dieses Risiko auf individueller Ebene näher zu quantifizieren. Bei identifizierten Hochrisikopersonen soll dann eine Empfehlung zur genaueren diagnostischen Abklärung erfolgen. Zur initialen Risikobeurteilung werden dabei kurze und praktikable Fragebögen herangezogen. Gleichzeitig dient die Maßnahme generell der Information der Bevölkerung zum Thema Diabetes bzw. der Vermeidung von risikosteigernden, ungesunden Lebensstilen.

Die Maßnahme soll in die bundesweite Präventionskampagne zum metabolischen Syndrom eingebunden und neben erforderlichen regionalen Ankündigungen auch bundesweit beworben werden. Darüber hinaus sollte eine bundesweite zentrale Evaluation von Kernelementen erfolgen.

Konzept für eine Maßnahme „Untersuchen von Patient(inn)en mit definierten Risikokonstellationen auf Diabetes anlässlich anderweitig veranlasster ambulanter Arztkontakte. Bevor eine mögliche Umsetzung dieser Maßnahme vorbereitet wird, soll das Konzept einem Health Technology Assessment zugeführt werden.“

Die Verzögerung von Folgeschäden des Diabetes mellitus Typ 2 durch eine konsequente Intervention hinsichtlich aggravierender Risikokonstellationen (unteroptimale Blutzuckereinstellung, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Rauchen, Übergewicht, Bewegungsarmut) konnte mit hoher Evidenz belegt werden. Entsprechende Handlungsanweisungen finden sich in allen relevanten Leitlinienempfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften. Um frühzeitig intervenieren zu können, ist allerdings eine möglichst frühe Diagnosestellung notwendig.

Zusätzlich zur im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehenden Möglichkeit, alle zwei Jahre ab dem 35. Lebensjahr eine Gesundheitsuntersuchung (auch auf erhöhten Blutzucker) durchzuführen, sollen Patientinnen und Patienten daher grundsätzlich während eines beliebigen Arztbesuches auf das Thema Diabetes aufmerksam gemacht werden. Ferner sollen sie die Möglichkeit erhalten, über in den Praxen ausliegende Fragebögen ihr Risiko für einen bereits bestehenden bzw. zukünftigen Diabetes zu bestimmen. Personen mit erhöhtem Risiko sollen im Rahmen der GKV-Gesundheitsuntersuchung auf einen erhöhten Blutzucker getestet werden.

2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

Ziele und Teilziele

Ziel 1: Brustkrebs wird in einem frühen und damit prognostisch günstigeren Stadium erkannt (Früherkennung/Sekundärprävention).

Teilziel 1.1: Ein flächendeckendes, an den EU-Leitlinien ausgerichtetes Mammographie-Screening-Programm ist eingeführt. Hierfür sind die Voraussetzungen erfüllt.

Ziel 2: Für Patientinnen ist eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Versorgung flächendeckend und strukturiert gewährleistet (Diagnostik, Therapie, Nachsorge).

Teilziel 2.1: Die Versorgung weist einen höheren Grad an Standardisierung als bisher auf. Dabei werden insbesondere anerkannte Behandlungskonzepte und Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin in der Entwicklung, Umsetzung und Aktualisierung von Leitlinien und Therapiekonzepten berücksichtigt. Dies betrifft auch die Qualitätssicherung.

Teilziel 2.2: Die Behandlung von Brustkrebspatientinnen erfolgt nur in Einrichtungen, die bestimmten Qualitätsanforderungen genügen.

Teilziel 2.3: Die Versorgung erfolgt unter Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen.

Teilziel 2.4: Zugang zu Selbsthilfgruppen und deren Aktivitäten als wichtige Möglichkeit der Auseinandersetzung und des Copings mit der Erkrankung werden von den Behandlern aktiv unterstützt. Dies zieht sich durch den gesamten Verlauf der Erkrankung parallel und zusätzlich zu allen medizinischen und psychosozial notwendigen Maßnahmen.

Ziel 3: Das Wissen über die Erkrankung ist bei den Nichtbetroffenen und Patientinnen verbessert. Verständliche, evidenzbasierte, einheitliche, neutrale und umfassende Informationen sind für potenzielle und tatsächliche Betroffene sowie auch für deren Angehörige vorhanden (Information der Nichtbetroffenen und der Patientinnen).

Teilziel 3.1: Qualitativ hochwertige Informationen, die evidenzbasiert, einheitlich und neutral sind, sind verfügbar. Diskutierte und tatsächliche Risiken für eine Brustkrebs-erkrankung sowie alternativtherapeutische Maßnahmen sind berücksichtigt.

Teilziel 3.2: Verständliche Informationen sind für die verschiedenen Zielgruppen verfügbar. Die soziale Schicht, die Ethnizität, kognitive Fähigkeiten wie auch die entsprechenden sprachlichen und kulturellen Anforderungen sind dabei berücksichtigt.

Teilziel 3.3: Die Informationen sind umfassend und den Bedürfnissen der Betroffenen und Nichtbetroffenen angemessen.

Teilziel 3.4: Öffentlich zugängliche Informationen zur Qualitätsbewertung der Versorgungseinrichtungen stehen den Patientinnen zur Verfügung.

Teilziel 3.5: Patientinnen und Nichtbetroffene haben in jeder Situation Zugang zu Informationen.

Teilziel 3.6: Alle betroffenen Frauen sind über die Möglichkeiten von Information und Beratung durch Selbsthilfgruppen zusätzlich zu den Informationen des medizinischen Systems informiert und haben nach Möglichkeit Zugang zu einer Selbsthilfgruppe (vgl. auch Ziel „Einbindung der Patientinnen ...“).

Ziel 4: Die Patientinnen sind über vorhandene Therapieoptionen informiert und Partnerinnen im medizinischen Entscheidungsprozess (shared decision making/Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung bzw. Patientenrechte).

Teilziel 4.1: Die Patientinnen sind ermutigt und befähigt, ihre Mitwirkungsrechte in allen Teilschritten der Versorgungskette aktiv wahrzunehmen.

Teilziel 4.2: Für alle Teilschritte der Versorgungskette sind Strategien entwickelt und umgesetzt, die die Partizipation der Patientinnen erleichtern.

Teilziel 4.3: Die Aus- und Fortbildung der Ärzte und Pflegekräfte im Bereich der Kommunikation mit den Patientinnen und ihrer Einbeziehung in Therapieentscheidungen ist verbessert.

Ziel 5: Die Lebensqualität der Patientinnen ist durch eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte psychosoziale Betreuung und ggf. psychoonkologische/psychotherapeutische Behandlung verbessert (psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen).

Teilziel 5.1: Psychosoziale Aspekte sind von Beginn der Behandlung an bis einschließlich Nachsorge und Rehabilitation berücksichtigt.

Teilziel 5.2: Die psychosoziale und psychoonkologische Basiskompetenz der Behandler ist erhöht (Onkologen, Gynäkologen, Allgemeinmediziner, Pflegekräfte etc.).

Teilziel 5.3: Instrumente zur psychoonkologischen Diagnostik sind den Behandlern bekannt, stehen zur Verfügung und werden flächendeckend eingesetzt.

Teilziel 5.4: Professionelle Angebote psychosozialer Betreuung sind bundesweit vorhanden und den Frauen bekannt.

Teilziel 5.5: Alle betroffenen Frauen sind über die Möglichkeiten von Beratung und Unterstützung durch Selbsthilfgruppen zusätzlich und parallel zu medizinischen und professionell psychosozialen Maßnahmen informiert und haben nach Möglichkeit Zugang zu einer Selbsthilfgruppe (vgl. auch Ziele, Diagnostik, Therapie und Nachsorge).

Ziel 6: Wo immer indiziert, haben Patientinnen mit Mammakarzinom die Möglichkeit, an flexibilibierten Angeboten in der Rehabilitation teilzunehmen (Rehabilitation).

Teilziel 6.1: Wissenschaftlich gesicherte Versorgungsstandards und -konzepte sind in der stationären und ambulanten Rehabilitation eingeführt. Die Rehabilitation erfolgt qualitätsgesichert.

Teilziel 6.2: Das bisherige gute Angebot an stationärer Rehabilitation besteht weiter. Es existieren jedoch zusätzlich flexibilibierte Angebote für Frauen, die eine stationäre Rehabilitation nicht durchführen können.

Teilziel 6.3: Das Angebot an ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten ist bedarfsgerecht erweitert.

Teilziel 6.4: Die Potenziale und Angebote der flexibilibierten Rehabilitation sind den behandelnden und überweisenden Ärzten bewusst.

Teilziel 6.5: Haushaltshilfen stehen Frauen auch in der ambulanten Rehabilitation zur Verfügung.

Ziel 7: Klinische Krebsregister werden in ausreichender Zahl und voll funktionsfähig geführt und genutzt. In den Ländern werden flächendeckend bevölkerungsbezogene und vollzählige Krebsregister geführt (Register).

Teilziel 7.1: Alle Länder haben eine flächendeckende bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung gesetzlich eingeführt.

Teilziel 7.2: Die Vollzähligkeit der Erfassung der Brustkrebsfälle in den bevölkerungsbezogenen Krebsregistern ist erreicht. Die Daten werden für relevante Vorhaben gemäß den Anforderungen des Datenschutzes zur Verfügung gestellt.

Teilziel 7.3: Die Meldung an die klinischen Krebsregister erfolgt nach einem einheitlichen, an der Qualitätssicherung orientierten Inhalt und Format. Die für die bevölkerungsbezogenen Krebsregister erforderlichen Daten werden diesen gemäß den landesrechtlichen Bestimmungen zugeleitet.

Teilziel 7.4: Das Meldeverhalten aller Behandler an das jeweilige klinische Krebsregister ist so verbessert, dass eine weitgehend vollständige Dokumentation jeder Brustkrebs-erkrankung einschließlich ihres Verlaufs erfolgt. Die erfassten Daten werden zur Qualitätssicherung verwendet.

Ziel 8: Es bestehen verbesserte Erkenntnisse über die verursachenden Faktoren für Brustkrebs und ihre Zusammenhänge (vgl. auch Ziel „Primärprävention/Risikofaktoren“). Die Versorgungsforschung ist als kontinuierliche Begleitmaßnahme einer ständigen Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Diagnostik, Therapie und Nachsorge inklusive Rehabilitation etabliert. Therapiestudien werden in adäquatem Umfang durchgeführt, finanziert und von den Patientinnen angenommen (Forschung).

Tabellarische Übersicht

Ziel 1: Brustkrebs wird in einem frühen und damit prognostisch günstigeren Stadium erkannt (Früherkennung/Sekundärprävention).

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>1.1 Ein flächendeckendes, an den EU-Leitlinien ausgerichtetes Mammographie-Screeningprogramm ist eingeführt. Hierfür sind die Voraussetzungen erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnahmerate der Frauen in der betroffenen Altersgruppe (50 bis 69 Jahre) liegt bei mindestens 70%. Die Qualitätsanforderungen der EU-Leitlinie „Mammographie-Screening“ (apparative Diagnostik, operative Abklärung, pathohistologische Befundung) sind erfüllt. 	<p>Der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen beschließt die Einführung des Mammographie-Screening-Programms gemäß den EU-Leitlinien, legt die entsprechenden Regularien fest und führt stufenweise ein qualifiziertes Mammographie-Screening bundesweit ab 2003 (GKV, Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV) ein. Folgende Punkte werden dabei berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die zukünftige S3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung oder qualitativ darüber hinausgehende Leitlinien werden berücksichtigt, soweit diese mit den EU-Leitlinien kompatibel sind. Alle Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbände halten sich an die Anforderungen gemäß EU-Leitlinien und Röntgenverordnung. Zertifizierung und regelmäßiges Auditing der Screeningzentren (GKV und KBV) z. B. anhand der definierten EU-Outcomes (QS-Institutionen) werden durchgeführt. Abrechnungslizenzen werden nur an zertifizierte Leistungserbringer (Vertragspartner) vergeben. Innerhalb der Ärzteschaft wird ein breiter Konsens herbeigeführt, den Patientinnen die Teilnahme am Screening zu empfehlen. <p>Umsetzung durch: Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassenverbände, Ärzteschaft, Ministerien auf Landesebene, kommunale Behörden (Melderegister)</p> <p>Umfassende Informationskampagnen werden unter Nutzung aller verfügbaren Medien durchgeführt, z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit des Screeningzentrums, Krankenkassen, Organisationen mit Engagement im Bereich Brustkrebs, Frauenverbände, Kassenärztlichen Vereinigungen für die Zielgruppe Ärzte. Dabei werden folgende Aspekte berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ziele, Chancen, Risiken und die Durchführung des Programms einschließlich der nachfolgenden Schritte werden zielgruppengerecht und verständlich kommuniziert (vgl. z. B. Leitlinie Fraueninformation). Dabei werden die Frauen insbesondere über die Aussagekraft wie auch die negativen Begleiterscheinungen (Strahlenbelastung) des Programms informiert. Ebenfalls werden sie über die Notwendigkeit des stufenweisen Vorgehens informiert. Ausführliche entsprechende Informationen werden unter Beteiligung von „Zielgruppenvertreterinnen“ erarbeitet und den Einladungsschreibern beigefügt. Sie stehen auch Ärzten zur Weitergabe an ihre Patientinnen zur Verfügung. Eine ausreichende Information für die Frauen in der betroffenen Altersgruppe wird durch Maßnahmen der persönlichen, telefonischen oder schriftlichen Ansprache sichergestellt. <p>Umsetzung durch: Zur Abstimmung der erforderlichen Informationsarbeit verständigen sich alle in „gesundheitsziele.de“ eingebundenen Gruppen im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine gemeinsame Strategie. In sie sollen auch andere mittel- und langfristige in der Informationsarbeit für Frauen tätige Gruppierungen sinnvoll eingebunden werden, sofern sie die Eckpunkte des als Teilziel vereinbarten Programms 1:1 kommunizieren.</p> <p>Die Aufklärung der Frauen über die Bedeutung der Krebsfrüherkennung als Voraussetzung für die Akzeptanz des Programms (s. Teilziel) ist von gesamtgesellschaftlichem Interesse. Daher werden entsprechende Initiativen begrüßt (z. B. die Initiative der Women's Health Coalition – WHC).</p>

Ziel 2: Für Patientinnen ist eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Versorgung flächendeckend und strukturiert gewährleistet (Diagnostik, Therapie, Nachsorge)

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>2.1 Die Versorgung weist einen höheren Grad an Standardisierung als bisher auf. Dabei werden insbesondere anerkannte Behandlungskonzepte und Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin in der Entwicklung, Umsetzung und Aktualisierung von Leitlinien und Therapiekonzepten berücksichtigt. Dies betrifft auch die Qualitätssicherung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die behandelnden Ärzte richten ihre individuellen Behandlungspläne an evidenz-basierten, nach Möglichkeit nationalen Leitlinien aus. Diese Leitlinien werden auch hinsichtlich der Aspekte psychoonkologischer Behandlung regelmäßig aktualisiert. Leitlinienfassungen für Patientinnen werden unter Beteiligung von „Zielgruppenvertreterinnen“ und unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse erarbeitet (z. B. wie in der Leitlinie Fraueninformation Früherkennung), regelmäßig aktualisiert und den Ärzten zur Weitergabe verfügbar gemacht. Informationen werden z. B. im Rahmen von Disease Management Programme (DMP) zur Verfügung gestellt, aber auch sonst z. B. über Kassenärztliche Vereinigungen in verschiedenen Medien verfügbar gemacht. Leitlinien stehen den Ärzten und – in angepasster Form – auch Patientinnen zur Verfügung. Die für die Qualitätssicherung notwendigen Daten werden dokumentiert, ihre Verwendung wird auch regional geregelt. Ein Rückgriff auf die Daten ist unter dem Aspekt der ständigen Verbesserung der Ergebnisqualität zu gewährleisten. <p>Umsetzung durch: Fachgesellschaften, Ärzteschaft, Non Governmental Organisations (NGO)</p>

<p>2.2 Die Behandlung von Brustkrebspatientinnen erfolgt nur in Einrichtungen, die bestimmten Qualitätsanforderungen genügen.</p>	<p>Qualitätskriterien von Brustkrebszentren werden festgelegt und implementiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Anforderungen an stationäre Einrichtungen werden im Konsens entwickelt. Die Versorgung erfolgt bundesweit nur noch in entsprechend zugelassenen Einrichtungen. Mindestzahlen für Primärtherapien pro Jahr werden definiert und vertraglich umgesetzt. Die Zertifizierung von „Brustkrebszentren“ entsprechend anerkannten EU-Kriterien (z. B. EUSOMA) wird vorangetrieben. Vertragsabschluss ist nur für zertifizierte Leistungserbringer möglich. Die Kriterien der Zertifizierung und die Listen zertifizierter Kliniken sind jeder Frau zugänglich (z. B. im Internet). <p>Umsetzung durch: Länderministerien, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutsche Krebsgesellschaft, Kostenträger</p>
---	---

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>2.3 Die Versorgung erfolgt unter Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen.</p>	<p>Die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen bei der Therapie werden berücksichtigt (z. B. Aufzeigen der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Therapien, Einschätzung der Fähigkeit der Patientinnen den Alltag zu bewältigen).</p> <ul style="list-style-type: none"> DMPs und Leitlinien berücksichtigen, dass individuelle Bedürfnisse ein Abweichen, das aber begründet werden muss, erfordern. Individuelle Behandlungskonzepte werden für und zusammen mit den Patientinnen entwickelt. Vor dem Eingriff erfolgt verpflichtend eine Aufklärung über mögliche Alternativstrategien. Der Behandler kennt alle Befunde und ist ausreichend qualifiziert (Facharztstandard). Er ist damit befähigt, auch die individuellen Tumoreigenschaften angemessen zu berücksichtigen. Gespräche werden entsprechend dem Bedarf aktiv angeboten, ggf. auch mit psychosozialen Betreuer(inne)n. Informationsmaterial steht in Praxen, Kliniken und bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Die Kommunikationskompetenz der Ärzte und der Pflegekräfte wird durch Aus- und Weiterbildungsangebote verbessert. <p>Umsetzung durch: Ärzteschaft, Verfasser von Leitlinien und DMP, Fachgesellschaften (Aus- und Weiterbildung)</p>
<p>2.4 Zugang zu Selbsthilfegruppen und deren Aktivitäten als wichtige Möglichkeit der Auseinandersetzung und des Copings mit der Erkrankung werden von den Behandlern aktiv unterstützt. Dies zieht sich durch den gesamten Verlauf der Erkrankung parallel und zusätzlich zu allen medizinischen und psychosozial notwendigen Maßnahmen. Dies beinhaltet:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die Beratungs- und Informationsangebote sind qualitätsgesichert. Die Patientinnen werden über qualitätsgesicherte Angebote und Möglichkeiten der Selbsthilfe informiert. Selbsthilfeorganisationen werden fachlich unterstützt. Die Selbsthilfe wird im Rahmen der Versorgung einbezogen. Beteiligung der Selbsthilfe an Qualitätszirkeln Vorhandene Selbsthilfegruppen und deren (eventuelle) Sponsoren werden registriert. Mitglieder der Selbsthilfegruppen mit Fremdsprachenkenntnissen werden aufgelistet. <p>Umsetzung durch: Ärzteschaft, Selbsthilfeverbände, Kassenärztliche Vereinigungen (KV), Pflegeorganisationen</p>

Ziel 3: Das Wissen über die Erkrankung ist bei den Nichtbetroffenen und Patientinnen verbessert. Verständliche, evidenzbasierte, einheitliche, neutrale und umfassende Informationen sind für potenzielle und tatsächliche Betroffene sowie auch für deren Angehörige vorhanden (Information der Nichtbetroffenen und der Patientinnen).

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>3.1 Qualitativ hochwertige Informationen, die evidenzbasiert, einheitlich und neutral sind, sind verfügbar. Diskutierte und tatsächliche Risiken für eine Brustkrebserkrankung sowie alternativtherapeutische Maßnahmen sind berücksichtigt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die Informationen erfüllen „Qualitätskriterien“ (wie evidenzbasiert, einheitlich und neutral), die in einer verbindlichen Leitlinie festgelegt sind. Bei den Informationen ist erkennbar, ob sie den festgelegten Qualitätskriterien entsprechen („Zertifikat“, Gütesiegel; vgl. AFGIS, DISCERN). Eine Internetplattform Brustkrebs mit qualitätsgesicherten Informationen und Vernetzung der qualitätsgesicherten Angebote wird bereitgestellt. <p>Umsetzung durch: Alle, die Aufklärung und Information durchführen, insbesondere Deutsche Krebsgesellschaft, DKFZ (KID), KVen, Fachgesellschaften, NGOs</p>
<p>3.2 Verständliche Informationen sind für die verschiedenen Zielgruppen verfügbar. Die soziale Schicht, die Ethnizität, kognitive Fähigkeiten wie auch die entsprechenden sprachlichen und kulturellen Anforderungen sind dabei berücksichtigt.</p>	<p>Entsprechende Informationen werden erarbeitet oder weiterentwickelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ermittlung von und Übersicht über verschiedene Zielgruppen mit unterschiedlichen Anforderungen Redaktion erfolgt durch Einrichtung/en mit ausgewiesener Kompetenz in der Gesundheitsinformation/Patienteninformation und Kenntnis der spezifischen Bedürfnisse im Zusammenhang mit Brustkrebs. Die Informationen werden verständlich aufbereitet. Es werden Informationsversionen der in Deutschland verbreiteten Fremdsprachen, wie Türkisch/Italienisch/ Spanisch/Griechisch/Russisch/Serbisch/Polnisch erstellt (es gibt einige Untergruppen in der Fachgesellschaft). <p>Umsetzung durch: Alle, die Aufklärung und Information durchführen, u. a. Deutsche Krebsgesellschaft, DKFZ (KID), Länder, interdisziplinäre AG, Organisationen mit Engagement und Kompetenz im Bereich Brustkrebs</p>
<p>3.3 Die Informationen sind umfassend und den Bedürfnissen der Betroffenen und Nichtbetroffenen angemessen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Integration von medizinisch-wissenschaftlichen, psychologischen/psychosozialen und pflegewissenschaftlichen Inhalten; „Grenzgebiete“ und Alternativmedizin werden in den Informationen berücksichtigt. Die Behandler (Allgemeinärzte, Gynäkologen, Radiologen und Onkologen) weisen, wo immer indiziert, Patientinnen aktiv auf Einrichtungen der psychosozialen Onkologie hin. <p>Umsetzung durch: siehe oben</p>
<p>3.4 Öffentlich zugängliche Informationen zur Qualitätsbewertung der Versorgungseinrichtungen stehen den Patientinnen zur Verfügung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Verpflichtung der Versorgungseinrichtungen zur Transparenz bezüglich Angebot, Expertise und Ergebnisqualität Ergebnisse des Krankenhaus-Benchmarkings inklusive Behandlungsfallzahlen werden veröffentlicht und Ärzten und Patientinnen zugänglich gemacht. Erstellung einer Informationsplattform, die wohnortnah, rasch und gezielt vorhandene qualitätsgesicherte Behandlungsangebote (einschließlich psychosozialer Angebote)/Selbsthilfegruppen veröffentlicht Entwicklung und Finanzierung eines Adressennetzwerks auf Internetbasis <p>Umsetzung durch: u. a. Ländergeschäftsstellen für Qualität und Sicherheit (QS), KV, KH-Gesellschaften der Länder bzw. Krankenhäuser, Krankenkassen</p>
<p>3.5 Patientinnen und Nichtbetroffene haben in jeder Situation Zugang zu Informationen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung geeigneter Informationswege für Patientinnen und Angehörige (schriftliche Information, Medien, Verfügbarkeit der Informationen beim Behandler) Aufnahme von Telefonnummern örtlicher Selbsthilfegruppen in die jeweiligen Telefonbücher <p>Umsetzung durch: Selbsthilfeverbände/-gruppen und alle, die Aufklärung und Information durchführen</p>

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
3.6 Alle betroffenen Frauen sind über die Möglichkeiten von Information und Beratung durch Selbsthilfegruppen zusätzlich zu den Informationen des medizinischen Systems informiert und haben nach Möglichkeit Zugang zu einer Selbsthilfegruppe (vgl. auch Ziel „Einbindung der Patientinnen ...“).	– Informationen über die Möglichkeiten durch Ärzte oder psychosoziale Betreuungsstellen, KV, auch als schriftliche Information wie Kontaktadressen, Angebote, Zugangswege (wird durch Maßnahme, Teilziel 4, Erstellung einer Infoplattform, abgedeckt) Umsetzung durch: Alle, die Aufklärung und Information durchführen, u. a. Selbsthilfe (verbände), Ärzteschaft, KV, psychosoziale Betreuungsstelle, Krankenhaussozialdienste

Ziel 4: Die Patientinnen sind über vorhandene Therapieoptionen informiert und Partnerinnen im medizinischen Entscheidungsprozess (shared decision making/Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung bzw. Patientenrechte).

Teilziele	Maßnahmen
4.1 Die Patientinnen sind ermutigt und befähigt, ihre Mitwirkungsrechte in allen Teilschritten der Versorgungskette aktiv wahrzunehmen.	– Modelle und andere geeignete Maßnahmen (Information, Multiplikatoren, Patientinnenschulungen), die Patientinnen nicht überfordern, werden umgesetzt. Umsetzung durch: Bund, Länder, Ärztekammern, Pflegeorganisationen

4.2 Für alle Teilschritte der Versorgungskette sind Strategien entwickelt und umgesetzt, die die Partizipation der Patientinnen erleichtern.	– Berücksichtigung innerhalb und außerhalb der entsprechenden Versorgungsprogramme zum Brustkrebs Umsetzung durch: Alle an der Versorgungskette beteiligten Leistungserbringer
--	--

4.3 Die Aus- und Fortbildung der Ärzte und Pflegekräfte im Bereich der Kommunikation mit den Patientinnen und ihrer Einbeziehung in Therapieentscheidungen ist verbessert.	– Die entsprechenden Ausbildungsordnungen und Curricula werden ergänzt. – Kommunikationstraining unter Berücksichtigung der spezifischen Probleme in der Onkologie wird in die Ausbildung integriert und ist im Rahmen der Weiterbildung Pflicht. Umsetzung durch: Bund, Länder, Ärztekammern, Träger von Pflegeweiterbildung
--	--

Ziel 5: Die Lebensqualität der Patientinnen ist durch eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte psychosoziale Betreuung und ggf. psychoonkologische/psychotherapeutische Behandlung verbessert (Psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen).

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
5.1 Psychosoziale Aspekte sind von Beginn der Behandlung an bis einschließlich Nachsorge und Rehabilitation berücksichtigt.	– Psychosoziale Aspekte werden in DMPs und Leitlinien für Brustkrebs integriert. – Der Stellenwert der konsequenten und kompetenten psychosozialen Beratung der Patientinnen wird gesteigert. Umsetzung durch: Leistungserbringer in der Versorgungskette, Fachgesellschaften

5.2 Die psychosoziale und psychoonkologische Basiskompetenz der Behandler ist erhöht (Onkologen, Gynäkologen, Allgemeinmediziner, Pflegekräfte etc.).	– Psychosoziale und psychoonkologische Inhalte für die Erlangung einer Basiskompetenz werden in Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepten in Curricula integriert. – Fortbildungsangebote werden den Behandlern leicht zugänglich gemacht. Umsetzung durch: Fachgesellschaften, Ärztekammern, Länder, Psychotherapeutenkammern, Pflegeverbände
---	---

5.3 Instrumente zur psychoonkologischen Diagnostik sind den Behandlern bekannt, stehen zur Verfügung und werden flächendeckend eingesetzt.	– Instrumente zur psychoonkologischen Diagnostik werden entwickelt, evaluiert und in den Lehrplänen vermittelt sowie in die ärztliche Fortbildung und Leitlinien integriert. Umsetzung durch: Länder, Ärztekammern, Fachgesellschaften, Psychotherapeutenkammern
--	--

5.4 Professionelle Angebote psychosozialer Betreuung sind bundesweit vorhanden und den Frauen bekannt.	– Ein bundesweit flächendeckendes Angebot an psychosozialer Beratung und Betreuung wird geschaffen bzw. gewährleistet. Umsetzung durch: Länder und Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Leistungsanbieter (z. B. Träger von Brustzentren), Kostenträger
--	--

5.5 Alle betroffenen Frauen sind über die Möglichkeiten von Beratung und Unterstützung durch Selbsthilfegruppen zusätzlich und parallel zu medizinischen und professionell psychosozialen Maßnahmen informiert und haben nach Möglichkeit Zugang zu einer Selbsthilfegruppe (vgl. auch Ziele, Diagnostik, Therapie und Nachsorge).	(vgl. Maßnahme „Erstellung einer Infoplattform“, Teilziel 4, Patientinneninformation)
--	---

Ziel 6: Wo immer indiziert, haben Patientinnen mit Mammakarzinom die Möglichkeit, an flexiblen Angeboten in der Rehabilitation teilzunehmen (Rehabilitation).

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
6.1 Wissenschaftlich gesicherte Versorgungsstandards und -konzepte sind in der stationären und ambulanten Rehabilitation eingeführt. Die Rehabilitation erfolgt qualitätsgesichert.	– Qualifizierte (S3-)Leitlinien, wissenschaftlich gesicherte Versorgungsstandards und Konzepte (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) für die ambulante und stationäre Rehabilitation werden erarbeitet. Umsetzung durch: Fachgesellschaften, Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VdR) – Qualifizierte (S3-)Leitlinien, wissenschaftlich gesicherte Versorgungsstandards und Konzepte (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) für die ambulante und stationäre Rehabilitation werden implementiert. Umsetzung durch: Alle an der Versorgungskette beteiligten Leistungserbringer – Eine ausreichende Information wird durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt bzw. die Sozialarbeiter (innen) persönlich, oder schriftlich sichergestellt. Umsetzung durch: Ärzteschaft, Sozialarbeiter (innen)

6.2 Das bisherige gute Angebot an stationärer Rehabilitation besteht weiter. Es existieren jedoch zusätzlich flexibilisierte Angebote für Frauen, die eine stationäre Rehabilitation nicht durchführen können.	– Die bisherigen gut etablierten Angebote der stationären Rehabilitation werden aufrechterhalten. Ambulante, wohnortnahe, fachkompetente onkologische Rehabilitationseinrichtungen werden unter Berücksichtigung der Bedarfsgerechtigkeit weiter ausgebaut, um ein flexibilisiertes Angebot für möglichst viele Betroffene vorhalten zu können. Umsetzung durch: Sozialversicherungsträger (u. a. Rentenversicherungsträger, Krankenkassen)
--	---

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
6.3 Das Angebot an ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten ist bedarfsgerecht erweitert.	– (Ziel ist Maßnahme) Umsetzung durch: Kostenträger der Rehabilitation
6.4 Die Potenziale und Angebote der flexiblen Rehabilitation sind den behandelnden und überweisenden Ärzten bewusst.	– Die Rehabilitation wird im Rahmen der Ausbildung des Medizinstudiums an den Universitäten gelehrt. (Anmerkung: Ist in der neuen Ausbildungsordnung bereits beachtet.) Umsetzung durch: Universitäten – Niedergelassene und in Krankenhäusern tätige Ärzte sowie die Versicherten werden besser über die flexibilisierten Rehabilitationsangebote und -inhalte informiert. Diese werden den Patientinnen angeboten. Umsetzung durch: Kostenträger der Rehabilitation, Selbsthilfegruppen, Rehabilitationszentren, Leistungserbringer und deren Vertretung
6.5 Haushaltshilfen stehen Frauen auch in der ambulanten Rehabilitation zur Verfügung.	– Haushaltshilfen werden entsprechend der Lebens- und Bedarfssituation der Patientin zur Verfügung gestellt.) Umsetzung durch: u. a. Krankenkassen, Kostenträger der Rehabilitation, Kommunen

*) Die bestehende Versorgungslücke „Lohnersatzleistung für Hausfrauen“ muss in Deutschland geregelt werden.

Ziel 7: Klinische Krebsregister werden in ausreichender Zahl und voll funktionsfähig geführt und genutzt. In den Ländern werden flächendeckend bevölkerungsbezogene und vollzählige Krebsregister geführt (Register).

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
7.1 Alle Länder haben eine flächendeckende bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung gesetzlich eingeführt.	– Die Voraussetzungen hierfür, insbesondere die rechtlichen Vorgaben, werden den Erfordernissen entsprechend weiterentwickelt. Umsetzung durch: Länder

7.2 Die Vollzähligkeit der Erfassung der Brustkrebsfälle in den bevölkerungsbezogenen Krebsregistern ist erreicht. Die Daten werden für relevante Vorhaben gemäß den Anforderungen des Datenschutzes zur Verfügung gestellt.	– Alle Krebsfälle werden an das zuständige bevölkerungsbezogene Krebsregister vollständig gemeldet. Die datenschutzrechtlichen Vorgaben in den Landeskrebsregistergesetzen sind so gefasst, dass die Daten für wichtige Vorhaben genutzt werden können. Umsetzung durch: Maßnahmen der Länder und Mitwirkung der Ärzteschaft
--	--

7.3 Die Meldung an die klinischen Krebsregister erfolgt nach einem einheitlichen, an der Qualitätssicherung orientierten Inhalt und Format. Die für die bevölkerungsbezogenen Krebsregister erforderlichen Daten werden diesen gemäß den landesrechtlichen Bestimmungen zugeleitet.	– Es werden u. a. durch entsprechende Software Voraussetzungen geschaffen, den verschiedenen Dokumentationsanforderungen/Verpflichtungen im klinischen Bereich durch vereinheitlichte Dateneingabe auf der einen und differenziert mögliche Weiterleitung auf der anderen Seite Genüge zu leisten. Umsetzung durch: Softwareanbieter, Krankenhäuser
---	---

7.4 Das Meldeverhalten aller Behandler an das jeweilige klinische Krebsregister ist so verbessert, dass eine weitgehend vollständige Dokumentation jeder Brustkrebserkrankung einschließlich ihres Verlaufs erfolgt. Die erfassten Daten werden zur Qualitätssicherung verwendet.	– Alle behandelnden Ärzte verpflichten sich zur Meldung an das klinische Krebsregister. Umsetzung durch: Ärzteschaft, Fachgesellschaften, Deutsche Krankenhausgesellschaft
---	--

Ziel 8: Es bestehen verbesserte Erkenntnisse über die verursachenden Faktoren für Brustkrebs und ihre Zusammenhänge (vgl. auch Ziel „Primärprävention/Risikofaktoren“). Die Versorgungsforschung ist als kontinuierliche Begleitmaßnahme einer ständigen Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Diagnostik, Therapie und Nachsorge inklusive Rehabilitation etabliert. Therapiestudien werden in adäquatem Umfang durchgeführt, finanziert und von den Patientinnen angenommen (Forschung).

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
	– Entsprechende Forschungsvorhaben werden von den infrage kommenden Förderern initiiert und durchgeführt. Umsetzung durch: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit dem BMGS, Universitäten, Wissenschaftsorganisationen, Länder, Großforschungseinrichtungen, Deutsche Krebsgesellschaft u. a. Zum Beispiel: Gesundheitsforschungsprogramm: „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“, in dessen Rahmen die angewandte Brustkrebsforschung gefördert wird. In einer Ausschreibung des BMBF stehen folgende Aspekte im Vordergrund: 1. Epidemiologische Ursachenforschung und klinische Epidemiologie 2. Validierung und Verbesserung der Methoden der Früherkennung und Diagnostik 3. Therapieoptimierungs- und Vergleichsstudien 4. Validierung von Verfahren der Nachsorge zur optimalen Betreuung und Begleitung von Patientinnen (Schwerpunkt Lebensqualität und sozialpsychologische, psychosoziale Aspekte)

3. Tabakkonsum reduzieren

Ziele und Teilziele

- Ziel 1:** Eine effektive Tabakkontrollpolitik ist implementiert (Maßnahmenbereich A: Verhältnisebene; gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen verbessern).
- Teilziel 1.1: Die Reduktion des Tabakkonsums ist gesellschaftlich vorrangiges Ziel.
 - Teilziel 1.2: Die soziale Norm bzgl. Tabakkonsum ist verändert.
 - Teilziel 1.3: Eine adäquate Datenbasis ist geschaffen.
 - Teilziel 1.4: Die Anti-Tabakpolitik der EU ist unterstützt.
 - Teilziel 1.5: Die WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle „Framework Convention on Tobacco Control“ (FCTC) ist unterstützt.
 - Teilziel 1.6: Direkte und indirekte Werbung für Tabakprodukte in allen Medien sowie das Sponsoring ist reduziert.
 - Teilziel 1.7: Der Preis für Tabakwaren ist deutlich erhöht und eine Abgabe auf Tabakprodukte zur Verwendung von Präventionsmaßnahmen ist umgesetzt.
 - Teilziel 1.8: Der illegale Handel mit Tabakprodukten ist unterbunden.
 - Teilziel 1.9: Maßnahmen zum Nichtrauchererschutz sind in öffentlich zugänglichen Einrichtungen, an allen Arbeitsplätzen sowie in Verkehrsmitteln vorhanden.
 - Teilziel 1.10: Die öffentlich zugänglichen Zigarettenautomaten sind abgeschafft.
 - Teilziel 1.11: Die Verbraucher sind umfassend und gemäß des jeweils aktuellen Wissensstandes über die Schädlichkeit von Tabakprodukten informiert.
 - Teilziel 1.12: Schulische, freizeit- und gemeindebezogene Maßnahmen der Tabakprävention sind realisiert.
 - Teilziel 1.13: Flächendeckende massenmediale Tabakpräventionskampagnen sind umgesetzt.
 - Teilziel 1.14: Ein flächendeckendes Angebot qualifizierter Raucherentwöhnung existiert.
 - Teilziel 1.15: Ein Abgabeverbot von Tabakprodukten für Minderjährige existiert.
 - Teilziel 1.16: Eine rauchfreie Umwelt ist realisiert.

Ziel 2: Die Zahl der entwöhnten Raucher ist gesteigert (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Ausstieg fördern/Raucherentwöhnung).

Teilziel 2.1: Die Inanspruchnahme von Entwöhnungsangeboten ist erhöht.

Teilziel 2.2: Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht.

Teilziel 2.3: Das Angebot an effektiven Entwöhnungsangeboten ist erhöht.

Teilziel 2.4: Die Nachfrage nach Entwöhnungsangeboten ist erhöht.

Teilziel 2.5: Das Wissen über Angebote zur Entwöhnung und über die Schädlichkeit des Rauchens ist verbreitet.

Ziel 3: Mehr Kinder und Jugendliche hören mit dem Rauchen auf (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Ausstieg fördern/Raucherentwöhnung).

Teilziel 3.1: Die Inanspruchnahme von Ausstiegshilfen ist erhöht.

Teilziel 3.2: Die Nachfrage nach Ausstiegshilfen ist erhöht.

Teilziel 3.3: Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht.

Teilziel 3.4: Das Angebot an effektiven Ausstiegshilfen für Jugendliche ist erhöht.

Teilziel 3.5: Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht.

Teilziel 3.6: Das Wissen über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens ist verbreitet.

Teilziel 3.7: Das Angebot an rauchfreien Freizeitangeboten ist erhöht.

Teilziel 3.8: Das Vorbildverhalten der Erwachsenen ist bewusster.

Ziel 4: Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Einstieg verhindern/Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen).

Teilziel 4.1: Das Einstiegsalter ist erhöht.

Teilziel 4.2: Das Probieralter ist erhöht.

Teilziel 4.3: Die Anzahl der rauchfreien Schulen, Sportvereine und Jugendfreizeiteinrichtungen ist erhöht.

Teilziel 4.4: Das Angebot an rauchfreien Freizeitangeboten ist erhöht.

Teilziel 4.5: Die Zahl der Angebote zur Rauchprävention in Schulen, Sportvereinen und Jugendfreizeiteinrichtungen ist erhöht.

Teilziel 4.6: Das Vorbildverhalten der Erwachsenen ist bewusster.

Teilziel 4.7: Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht.

Teilziel 4.8: Das Wissen über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens ist verbreitet.

Ziel 5: Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Schutz vor Passivrauchen erhöhen).

Teilziel 5.1: Die Zahl der öffentlich zugänglichen rauchfreien Räume ist erhöht.

Teilziel 5.2: Die Beachtung des Passivrauchens als Problem in Familien ist erhöht.

Teilziel 5.3: Die gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens sind bekannt.

Tabellarische Übersicht

Ziel 1: Eine effektive Tabakkontrollpolitik ist implementiert (Maßnahmenbereich A: Verhältnisebene; gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen verbessern).

Teilziele	Maßnahmen
1.1 Die Reduktion des Tabakkonsums ist gesellschaftlich vorrangiges Ziel.	– Schaffung einer Finanzierungsgrundlage für Tabakkontrolle in Deutschland – Jugendschutzgesetz anpassen und umsetzen
1.2 Die soziale Norm bzgl. Tabakkonsum ist verändert.	– Erhöhung der Medienberichterstattung über tabakrelevante Themen wie tabakassoziierte Todesfälle, tabakassoziierte Kosten etc., Einfluss der Tabakindustrie (Media Advocacy) – Information von Bevölkerung, Parlamentariern, Behörden sowie verschiedenen politischen und gesellschaftlichen Sektoren über die Wirkung des Tabakkonsums und die Bedeutung der Tabakkontrolle – Durchführung massenmedialer Kampagnen mit dem Zweck des Re-framing des Tabakkonsums – Meinungsumfragen zu Einstellungen der Bevölkerung (Erwünschtheit von Maßnahmen zur Reduktion von Tabakkonsum und tabakassoziierten Krankheiten etc.) – Überwachung und Publikation der Praktiken und Taktiken der Tabakindustrie – Einschränkung der Einflussnahme durch die Tabakindustrie
1.3 Eine adäquate Datenbasis ist geschaffen.	– Ergänzung (um Aspekte der Beendigung des Konsums etc.) bzw. Vereinheitlichung (im Fall der Erwachsenenbevölkerung) der vorhandenen Daten zum Tabakkonsum – Forschung, Monitoring und Surveillance im Hinblick auf tabakassoziierte Morbidität und Mortalität
1.4 Die Anti-Tabakpolitik der EU ist unterstützt.	– Unterstützung der EU-Direktiven zur Tabakkontrolle – Engagement/Networking deutscher NGO mit NGO auf europäischem Level im Bereich Tabakkontrolle – Information über die Auswirkung von strukturellen und politischen Maßnahmen im Rahmen der Tabakkontrolle (Stichwort Arbeitsplätze)
1.5 Die WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (FCTC) ist unterstützt.	– Bekanntmachung der Bedeutung sowie der Ziele der FCTC in Deutschland – Gewinnung weiterer NGO zur Unterstützung/Begleitung der FCTC, um eine starke FCTC zu erreichen
1.6 Direkte und indirekte Werbung für Tabakprodukte in allen Medien sowie das Sponsoring ist reduziert.	
1.7 Der Preis für Tabakwaren ist deutlich erhöht und eine Abgabe auf Tabakprodukte zur Verwendung von Präventionsmaßnahmen ist umgesetzt.	
1.8 Der illegale Handel mit Tabakprodukten ist unterbunden.	
1.9 Maßnahmen zum Nichtraucherschutz sind in öffentlich zugänglichen Einrichtungen, an allen Arbeitsplätzen sowie in Verkehrsmitteln vorhanden.	
1.10 Die öffentlich zugänglichen Zigarettensautomaten sind abgeschafft.	
1.11 Die Verbraucher sind umfassend und gemäß des jeweils aktuellen Wissensstandes über die Schädlichkeit von Tabakprodukten informiert.	
1.12 Schulische, freizeit- und gemeindebezogene Maßnahmen der Tabakprävention sind realisiert.	
1.13 Flächendeckende massenmediale Tabakpräventionskampagnen sind umgesetzt.	

Teilziele	Maßnahmen
1.14 Ein flächendeckendes Angebot qualifizierter Raucherentwöhnung existiert.	
1.15 Ein Abgabeverbot von Tabakprodukten für Minderjährige existiert.	
1.16 Eine rauchfreie Umwelt ist realisiert.	

Ziel 2: Die Zahl der entwöhnten Raucher ist gesteigert (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Ausstieg fördern/Raucherentwöhnung).

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
2.1 Die Inanspruchnahme von Entwöhnungsangeboten ist erhöht.	– Feedbackbriefe als Form der proaktiven Motivation – Anreizprogramme – Frühe Motivation stärken (z. B. durch individualisierte Computerprogramme) – Ärztliche Kurzintervention – Gezielte Rückfallprophylaxe	– Verbreitung der Erkenntnisse, dass stark Tabakabhängige der professionellen Hilfe bei der Entwöhnung bedürfen (ähnlich den anderen Suchterkrankungen)
2.2 Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht.	– Feedbackbriefe als Form der proaktiven Motivation – Internet als Instrument zur Entwöhnungsmotivation und -unterstützung – Ärztliche Kurzintervention – Rauchertelefone, SMS etc. – Kindergärten und Krippen als Motivationssetting für die Raucherentwöhnung der Eltern nutzen – Anreizprogramme – Frühe Motivation stärken (z. B. individualisierte Computerprogramme)	– Rauchfreie öffentliche Einrichtungen – Umfassendes Werbeverbot implementieren als Signal, dass der Gebrauch schädlicher Substanzen nicht öffentlich propagiert wird – Keine Tabakprodukte auf Wertmarken des Sozialamtes
2.3 Das Angebot an effektiven Entwöhnungsangeboten ist erhöht.	– Rauchentwöhnungsangebote: – am Arbeitsplatz – durch niedergelassene Mediziner(innen) – im Krankenhaus einschließlich der Rehabilitation – durch die Kassen	
2.4 Die Nachfrage nach Entwöhnungsangeboten ist erhöht.	– Feedbackbriefe als Form der proaktiven Motivation – Internet als Instrument zur Entwöhnungsmotivation und -unterstützung – Ärztliche Kurzintervention – Anreizprogramme – Frühe Motivation stärken (z. B. individualisierte Computerprogramme)	– Verbreitung der Erkenntnisse, dass stark Tabakabhängige der professionellen Hilfe bei der Entwöhnung bedürfen (ähnlich den anderen Suchterkrankungen)
2.5 Das Wissen über Angebote zur Entwöhnung und über die Schädlichkeit des Rauchens ist verbreitet.	– Information über Entwöhnungsangebote – Internet als Instrument zur Entwöhnungsmotivation und -unterstützung – Feedbackbriefe als Form der proaktiven Motivation – Ärztliche Kurzintervention – Rauchertelefone, SMS etc. – Kindergärten und Krippen als Motivationssetting für die Raucherentwöhnung der Eltern nutzen	– Umfassendes Werbeverbot implementieren als Signal, dass der Gebrauch schädlicher Substanzen nicht öffentlich propagiert wird – Verbessern des Stellenwertes des Themas „Abhängigkeitserkrankungen“ (insbesondere Tabakkonsum) in der Ausbildung von Ärzten

Ziel 3: Mehr Kinder und Jugendliche hören mit dem Rauchen auf (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Ausstieg fördern/ Raucherentwöhnung).

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
3.1 Die Inanspruchnahme von Ausstiegshilfen ist erhöht.	– Strategien zur Verbreitung von Ausstiegshilfen in verschiedenen Settings (Schule, Stadtteil, Arztpraxis) – Massenmedienkampagnen – Quit & Win	– Tabakpreiserhöhung – Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren
3.2 Die Nachfrage nach Ausstiegshilfen ist erhöht.	– Strategien zur Verbreitung von Ausstiegshilfen in verschiedenen Settings (Schule, Stadtteil, Arztpraxis) – Massenmedienkampagnen – Quit & Win	– Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren – Tabakpreiserhöhung
3.3 Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht.	– Massenmedienkampagnen	– Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren – Tabakpreiserhöhung – Verbot von Tabakprodukten in Lebensmittelgeschäften – Keine Tabakprodukte auf Wertmarken des Sozialamtes
3.4 Das Angebot an effektiven Ausstiegshilfen für Jugendliche ist erhöht.	– Entwicklung von Ausstiegshilfen – Gezielte Thematisierung in der J1-Untersuchung	– Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren
3.5 Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht.	– Vorbildfunktion der Erwachsenen stärken (Berücksichtigung der verdeckten Wirkung der Vorbildfunktion rauchender Filmhelden) – Massenmedienkampagnen	– Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren – Tabakpreiserhöhung
3.6 Das Wissen über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens ist verbreitet.	– Massenmedienkampagnen	– Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren – Verbesserung der Grundqualifikation in den Studiengängen Pädagogik, Psychologie, Sozialwesen und Medizin zum Thema „Suchtprävention“ – Fortbildung in Einrichtungen des ambulanten und stationären Kinder- und Jugendhilfebereichs – Fortbildung für Einrichtungen der Jugendförderung, für Freizeit- und Sportvereine sowie für Elternorganisationen

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
3.7 Das Angebot an rauchfreien Freizeitangeboten ist erhöht.	<ul style="list-style-type: none"> - Bildung bzw. Einbindung von örtlichen Aktionsgemeinschaften gegen Sucht (Sportvereine, Gemeinde-Aktivitäten etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Einbindung der Beauftragten für Suchtprävention der Landkreise (gilt für Sachsen-Anhalt) - Einbindung der Fachkräfte für Suchtprävention und andere Präventionsstrukturen, die sich an den Gesundheitsämtern finden - Einbindung der Landesvereinigungen für Gesundheit - Konsequente Umsetzung des Gesetzes zum Schutz der Jugend - Verbesserte Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes
3.8 Das Vorbildverhalten der Erwachsenen ist bewusster.	<ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen für Erwachsene/Eltern als Vorbilder (Awareness-Kampagne) - Ansprache der Familien auf das Rauchen durch Familienberatungsstellen, Familienberater (innen) - Ansprache der Familien auf das Rauchen im Rahmen der U-Untersuchungen - Indirektes Vorbildverhalten kontrollieren (z. B. Fernsehfilme) - Massenmedienkampagnen 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung von Schulen bei Nichtraucherpolitik (Lehrer)

Ziel 4: Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Einstieg verhindern/Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen).

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
4.1 Das Einstiegsalter ist erhöht.	<ul style="list-style-type: none"> - Lebenskompetenzprogramme 	<ul style="list-style-type: none"> - Konsequente Umsetzung des Gesetzes zum Schutz der Jugend - Verbesserte Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes - Abgabeverbot für Zigaretten unterhalb einer bestimmten Altersgrenze (14, 16 oder 18 Jahre) - Preispolitik (durch Steuererhöhung) - Abbau der Zigarettenautomaten (Teilschritt: Erschwerung des Zugangs)
4.2 Das Probialter ist erhöht.	<ul style="list-style-type: none"> - Lebenskompetenzprogramme 	<ul style="list-style-type: none"> - Konsequente Umsetzung des Gesetzes zum Schutz der Jugend - Verbesserte Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes - Abgabeverbot für Zigaretten unterhalb einer bestimmten Altersgrenze (14, 16 oder 18 Jahre) - Preispolitik (durch Steuererhöhung) - Abbau der Zigarettenautomaten (Teilschritt: Erschwerung des Zugangs)
4.3 Die Anzahl der rauchfreien Schulen, Sportvereine und Jugendfreizeiteinrichtungen ist erhöht.	<ul style="list-style-type: none"> - Bildung bzw. Einbindung von örtlichen Aktionsgemeinschaften gegen Sucht (Sportvereine, Gemeinde-Aktivitäten etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rauchverbot in der Schule - Rauchfreie Schulen - Schulvertrag, der Rauchen untersagt
4.4 Das Angebot an rauchfreien Freizeitangeboten ist erhöht.	<ul style="list-style-type: none"> - Bildung bzw. Einbindung von örtlichen Aktionsgemeinschaften gegen Sucht (Sportvereine, Gemeinde-Aktivitäten etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Einbindung der Beauftragten für Suchtprävention der Landkreise (gilt für Sachsen-Anhalt) - Einbindung der Fachkräfte für Suchtprävention und anderer Präventionsstrukturen, die sich an den Gesundheitsämtern finden - Einbindung der Landesvereinigungen für Gesundheit - Konsequente Umsetzung des Gesetzes zum Schutz der Jugend - Verbesserte Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes
4.5 Die Zahl der Angebote zur Rauchprävention in Schulen, Sportvereinen und Jugendfreizeiteinrichtungen ist erhöht.	<ul style="list-style-type: none"> - Bildung bzw. Einbindung von örtlichen Aktionsgemeinschaften gegen Sucht (Sportvereine, Gemeinde-Aktivitäten etc.) - Wettbewerbe (z. B. „Be smart, don't start“) 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung von Schulen bei Nichtraucherpolitik

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
4.6 Das Vorbildverhalten der Erwachsenen ist bewusster.	<ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen für Erwachsene/Eltern als Vorbilder (Awareness-Kampagne) - Ansprache der Familien auf das Rauchen durch Familienberatungsstellen, Familienberater (innen) - Indirektes Vorbildverhalten kontrollieren (z. B. Fernsehfilme) 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung von Schulen bei Nichtraucherpolitik (Lehrer)
4.7 Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht.	<ul style="list-style-type: none"> - Lebenskompetenzprogramme - Thematisierung des Rauchens in der Jugenduntersuchung 1 - Wettbewerbe (z. B. „Be smart, don't start“) - Massenkommunikationsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung von Schulen bei Nichtraucherpolitik - Umfassendes Werbeverbot
4.8 Das Wissen über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens ist verbreitet.	<ul style="list-style-type: none"> - Thematisierung des Rauchens in der Jugenduntersuchung 1 - Massenkommunikationsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung von Schulen bei Nichtraucherpolitik - Umfassendes Werbeverbot - Verbesserung der Grundqualifikation in den Studiengängen Pädagogik, Psychologie, Sozialwesen und Medizin zum Thema „Suchtprävention“ - Fortbildung in Einrichtungen des ambulanten und stationären Kinder- und Jugendhilfebereichs - Fortbildung für Einrichtungen der Jugendförderung, für Freizeit- und Sportvereine sowie für Elternorganisationen

Ziel 5: Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Schutz vor Passivrauchen erhöhen).

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
5.1 Die Zahl der öffentlich zugänglichen rauchfreien Räume ist erhöht.		<ul style="list-style-type: none"> - Rauchfreie Bahnen/Bahnhöfe - Rauchfreies Kino, Theater etc. - Umsetzung der Arbeitsstättenverordnung - Konsequentes Rauchverbot in Schulen, das über die Arbeitsstättenverordnung hinausgeht
5.2 Die Beachtung des Passivrauchens als Problem in Familien ist erhöht.	<ul style="list-style-type: none"> - Information über Passivrauchen in Geburtsvorbereitungskursen, in der Schwangerschaftsvorsorge und für junge Eltern - Hinweis im Zusammenhang mit plötzlichem Säuglingstod - Rauchverhalten der Eltern als integraler Bestandteil der kinderärztlichen Anamnese und der Anamnese im Rahmen der U1 bis U9 	<ul style="list-style-type: none"> - Öffentliche Kampagne: „Zigarettenrauch ist ein Umweltgift“
5.3 Die gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens sind bekannt.	<ul style="list-style-type: none"> - Information über Passivrauchen in Geburtsvorbereitungskursen, in der Schwangerschaftsvorsorge und für junge Eltern - Hinweis im Zusammenhang mit plötzlichem Säuglingstod 	<ul style="list-style-type: none"> - Öffentliche Kampagne: „Zigarettenrauch ist ein Umweltgift“

4. Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

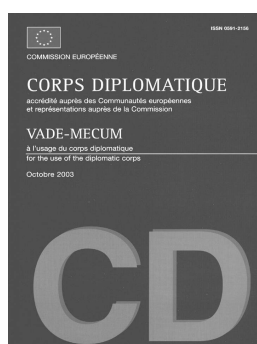
Ziele

- Ziel 1:** Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting Familie und Freizeit.
- Ziel 2:** Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting Familie und Freizeit.
- Ziel 3:** Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting Familie und Freizeit.
- Ziel 4:** Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting Kindertagesstätte (KiTa).
- Ziel 5:** Motorische Fähigkeiten bei Kindern sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting (KiTa).
- Ziel 6:** Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting (KiTa).
- Ziel 7:** Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting Schule.
- Ziel 8:** Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting Schule.
- Ziel 9:** Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting Schule.
- Ziel 10:** Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der KiTa, in der Schule und in Familie und Freizeit sind optimiert.

EUROPÄISCHE KOMMISSION



CORPS DIPLOMATIQUE



accrédité auprès des Communautés européennes et représentations auprès de la Commission
VADE-MECUM
 à l'usage du corps diplomatique
 for the use of the diplomatic corps

ISSN 0591-2156
 2003, 295 Seiten,
 A5, kartoniert,
 16,10 €
 inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten.

Wer ist bei der Europäischen Kommission in Brüssel akkreditiert?

Die Broschüre dokumentiert die Adressen der verschiedenen diplomatischen Vertretungen in Brüssel sowie die Namen der verantwortlichen Personen mit ihren Funktionen.

Die Bezeichnungen sind in Französisch gehalten. Das VADE-MECUM über den Gebrauch der Liste ist synoptisch (Englisch/Französisch) aufgebaut.



Recht vielseitig!

Bestellschein

Wer seinen Bundesanzeiger schonen will, der kopiert. Und dann per Post Postfach 10 05 34, 50445 Köln, oder per Fax 02 21/976 68-278 an den Bundesanzeiger Verlag einsenden.

www.bundesanzeiger.de

Bitte liefern Sie:

Expl. **CORPS DIPLOMATIQUE** 16,10 €
VADE-MECUM
 inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten.

Firma: _____

Name/Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Datum/Unterschrift: _____

Jeder Verbraucher hat das Recht, die Bestellung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Lieferung bzw. der ersten Teillieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich, auf einem anderen dauerhaften Datenträger oder durch Rücksendung der Waren an die Bundesanzeiger Verlagsges. mBH, Amsterdamer Straße 192, 50735 Köln, oder den Lieferanten zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung (Datum des Poststempels). Bei einer Bestellung unter einem Betrag von 40,- € liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

In der folgenden Darstellung finden sich bei den Teilzielen eine Reihe von Doppelungen. Insbesondere die übergreifenden Teilziele finden sich in jeder Tabelle wieder. Die weiter oben genannten Vorteile dieser Systematik überwiegen jedoch diesen Nachteil.

Ziel 10: Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der KiTa, in der Schule und in Familie und Freizeit sind optimiert.

Teilziele für die KiTa	Teilziele für die Schule	Teilziele für Familie und Freizeit
Kindertagesstätten sind ein sozialer Nahraum, der Eltern entlasten soll und den Kindern Raum und Zeit gibt, um soziale Erfahrungen mit dem Erwerb von gesellschaftlich notwendigen Fähigkeiten und Kenntnissen zu verbinden. Selbstbewusstsein und die Erfahrung des eigenen Wertes sind die Grundlage für Bildung. Deshalb baut die Bildung im Kindergarten nicht auf der Vermittlung von Wissen auf, sondern auf der Erfahrung und der Entwicklung der individuellen Persönlichkeit — im Kontext der Kindergruppe.	Der Bildungsauftrag der Schule sollte ganzheitlich verstanden werden und folgende Merkmale umfassen: — die Förderung der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen von Schülerinnen und Schülern, — die möglichst gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebensraums Schule und — die Motivation der in der Schule Verantwortlichen zur Kooperation mit anderen Akteuren, insbesondere auch Eltern, zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen im Umfeld der Schule.	Die Gestaltung der Rahmenbedingungen orientiert sich an den für ein gesundes Aufwachsen der Kinder erforderlichen Voraussetzungen. Dazu ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller betroffenen Ministerien sicherzustellen. Dies gilt sowohl für die Bundes- als auch für die Landesebene. Die Rahmenbedingungen für eine gesunde Kindheit und Jugend sind so gestaltet, dass Kinder und Jugendliche im Rahmen der durch die elterliche Erziehung gegebenen Spielräume über ihre Freizeit eigenverantwortlich und kreativ selbst entscheiden können. Spiel- und Bewegungsflächen sind ausreichend bereitgestellt. Die Kooperation von Öffentlichen Gesundheitsdiensten (ÖGD), Jugendhilfe, freien Trägern, niedergelassenen Ärzten, Sportvereinen, Geburtskliniken, Krankenhäusern o. Ä., Hebammen und anderen Unterstützungssystemen für Familien werden institutionalisiert, Sektorengrenzen werden abgebaut.
Die Kompetenz der Kinder sowie deren Fähigkeiten und Interessen bilden die Grundlage jeder pädagogischen Arbeit.	Im Rahmen ihres Bildungsauftrags zur Gesundheitserziehung der Schülerinnen und Schüler sollten sich alle Bundesländer verpflichten, bislang getrennte fach- und projektbezogene Ansätze z. B. der schulischen Gesundheitserziehung wie Sucht- und Gewaltprävention, Gesundheitsförderung und Sport, gesunde Ernährung und die Fragen nach Sinn und Orientierung zu einem integrierten Gesundheitsförderungskonzept zusammenzuführen und dieses Konzept in die Lehreraus-, -fort- und -weiterbildung fächerübergreifend zu integrieren.	Es sind stadtteilbezogene, flächendeckende Strukturen zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern in Form aufsuchender, niedrigschwelliger Ansätze vorhanden. Eine Kooperation mit Stadtplanung und Wohnungsbaugesellschaften findet statt. In sozialen Brennpunkten existieren Sport- bzw. Bewegungsangebote im Stadtteil sowie andere Freizeitangebote.
Träger von Kindergärten, Kommunen, Länder und Bund verständigen sich in interdisziplinären Gremien auf eine an den Kinderinteressen orientierte, qualitativ hochwertige, gesundheitsförderliche Konzeption von Kinderbetreuung und stellen die dafür notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung.	Die Bundesländer und die Schulträger verpflichten sich innerhalb der Schulentwicklung, Gesundheitsförderung als einen wesentlichen Faktor zur Gestaltung von Schulen voranzutreiben und die notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen. Diese können durch Ressourcen anderer Akteure oder Sponsoren ergänzt werden.	Kinder und Jugendliche werden in die Kommunalpolitik und in die Stadtentwicklung durch geeignete demokratische Beteiligungsverfahren einbezogen.
Die Ausstattung der KiTas (insbesondere in sozialen Brennpunkten) wird den — höheren — Anforderungen entsprechend angepasst. Dies bedeutet bessere/höhere Qualifikation; außerdem ist mehr Personal vorhanden.	Alle Bundesländer vereinbaren gemeinsam, im Rahmen der selbständigen Schulen Gesundheitsförderung als Basis für die schulische Qualitätsentwicklung festzuschreiben.	Alle Bundesländer starten gemeinsame Initiativen für eine gesundheitsförderliche Familienpolitik und stellen in Kooperation mit anderen Akteuren Ressourcen dafür bereit.
Die Basisqualifikation für Erzieher(innen) für die Themen der Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, Stressregulation) sind vorhanden. Es existieren flächendeckende, qualitätsgesicherte Fortbildungsmöglichkeiten für Erzieher(innen) zur Gesundheitsförderung, Psychomotorik, Kommunikation und Elternarbeit.	Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Schulen wird in die allgemeine Lehreraus-, fort- und -weiterbildung aller Bundesländer als fester Bestandteil integriert.	Die Qualifikationen von Jugend- und Übungsleitern für die Arbeit mit bewegungsarmen Kindern wird verbessert. Es werden haupt- und ehrenamtliche Kinder- und Jugendbetreuer(innen) für integrative Angebote zu Ernährung, Bewegung, Stressregulation qualifiziert. Es findet eine Aktivierung und Qualifizierung von Akteuren/Mitarbeiter(innen) aus verschiedenen Kulturkreisen statt.
Es findet eine bessere Verzahnung mit dem Gesundheitsbereich statt. Die Motivation zur Teilnahme an der U8 und U9 ist erhöht.	Es findet eine bessere Verzahnung mit dem Gesundheitsbereich statt. Die Motivation zur Teilnahme an der J1 ist erhöht.	Die Teilnahmequote an der U8, U9 und J1 ist erhöht.

Maßnahmenskizzen

In der tabellarischen Übersicht der Ziele und Teilziele wurden geeignete exemplarische Maßnahmen benannt. Die Maßnahmendefinition erfolgte aufgrund von zwei Bestandsaufnahmen.

Zunächst wurde eine erste Bestandsaufnahme durch eine strukturierte Befragung der am Diskussionsprozess beteiligten Experten und innerhalb deren Institutionen und institutionellem Umfeld vorgenommen. Zweck der Bestandserhebung war es, einen ersten Überblick zu den laufenden Aktivitäten im Bereich Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung zu erhalten. Es sollten ausschließlich Projekte und Maßnahmen erhoben werden, deren Wirksamkeit belegt oder plausibel sind, die umsetzbar erscheinen und innovativen Charakter aufweisen. Die Bestandserhebung sollte dazu beitragen, dass modellhafte Projekte, die nur regional verankert oder zeitlich begrenzt sind, im Rahmen von „gesundheitsziele.de“ ausgeweitet und verstetigt werden. Außerdem sollten Interventionsbereiche und Zielgruppen identifiziert werden, in denen bereits viele bzw. wenige bis keine Aktivitäten stattfinden, mit dem Ziel, wesentliche Elemente erfolgreicher Maßnahmengestaltung transparent zu machen und Lücken zu identifizieren.

In einem zweiten Erhebungsschritt wurde eine Abfrage bei den Sozialministerien aller sechzehn Bundesländer vorgenommen. Diese wurden anhand des Zielkataloges gebeten, Maßnahmen aus ihren jeweiligen Bundesländern zu benennen, die zur Zielerreichung geeignet sind. Nachahmenswerte Maßnahmen sind in die tabellarische Übersicht eingeflossen („Beispielhafte, geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung“). Allerdings wurde auf eine Hervorhebung einzelner Modellprojekte verzichtet. Statt dessen wurden die Zielsetzungen und Handlungsfelder der genannten Maßnahmen festgehalten. Diese abstrahierende Vorgehensweise erwies sich als notwendig, da die Rahmenbedingungen für die genannten Maßnahmen äußerst heterogen waren und eine Übertragung in die Fläche aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den einzelnen Bundesländern eine genauere Vorabüberprüfung notwendig gemacht hätte.

Nachfolgend sollen für die Settings Kindertagesstätte und Schule Maßnahmenskizzen vorgeschlagen werden, die den Anforderungen eines integrierten Ansatzes zur Verbesserung der Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung gerecht werden und deren hohe Wirksamkeit innerhalb der Expertendiskussion als unstrittig gilt. Außerdem weisen die vorgeschlagenen Maßnahmen ein günstiges Kosten-Nutzenverhältnis auf und sind evaluierbar. Grundsätzlich ist es für einen erfolgreichen Zielerreichungsprozess notwendig, auch die anderen genannten Maßnahmen voranzutreiben. Dafür wäre der Abschluss von Zielvereinbarungen durch einzelne Träger und Akteure notwendig, d. h. die Akteure sollen Selbstverpflichtungen eingehen, die dazu beitragen,

- die definierten Maßnahmen zur Zielerreichung umzusetzen
- die definierten Maßnahmen neu zu implementieren
- die Aktivitäten der eigenen Einrichtung an dem Zielkonzept auszurichten
- neue Maßnahmen für das vorhandene Zielkonzept zu planen und umzusetzen.

Settingansatz „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“

Innerhalb der Settingarbeit in der Gesundheitsförderung erweisen sich Kindertagesstätten als bislang kaum beachtetes und entwickeltes Setting. Eine Programmkonzeption für diesen Bereich ist bislang weder auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation, noch auf der Ebene des Europarates noch auf Bundesebene in Deutschland erarbeitet oder verabschiedet worden. Es existieren bislang nur eine Fülle von Einzelaktivitäten, beispielsweise im Bereich Ernährung und Bewegung, aber kein integrierender Ansatz, der trägerübergreifend und settingbezogen Gesundheit zu einem Querschnittsthema im Kindertagesstättenalltag macht. Die vereinzelt „models of good practice“ auf Länder- und lokaler Ebene arbeiten bisher unverbunden und können auf keine übergreifenden Infrastrukturen zur Unterstützung zurückgreifen.

Für das Setting „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“ sollten daher durch entsprechende Modellversuche auf Bund-/Länderebene und/oder auf der Ebene der Träger von Kindertagesstätten (z. B. öffentliche Träger und Wohlfahrtsverbände) entsprechende Konzepte entwickelt werden [8, 9]. Diese Modellprojekte sollten prioritär in Stadtteilen angeboten werden, in denen viele sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen leben.

Konkrete Maßnahmen sollten zur Erreichung der folgenden Zielsetzungen umgesetzt und evaluiert werden:

- die Vermittlung einer gesunden Lebensweise, insbesondere hinsichtlich Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung
- die Förderung einer positiven und gesunden Entwicklung
- die Vermittlung spielerischer Lernerfahrungen zum Thema Gesundheit
- die Einbettung einer gesundheitsorientierten Lebensweise in den gesamten Tagesablauf der Kindertagesstätte
- die Vermittlung von Anregungen für die beteiligten Erzieher(innen) und interessierte Eltern sowie die Vernetzung im kommunalen Umfeld.

Als eine solche konkrete Maßnahme sollte vorrangig ein gesundheitsförderliches Angebot der Gemeinschaftsverpflegung (Mittagstisch) erprobt werden.

Auf- und Ausbau von Service- und Beratungsstrukturen zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung

Es gibt etwa 41 000 allgemeinbildende Schulen in Deutschland [23]. Deshalb und aufgrund der Zuständigkeit der Länder und der einzelnen Schulträger sind flächendeckende Maßnahmen für alle Schulen kurzfristig kaum zu implementieren. Um Schulen bei der gesundheitsfördernden Profilbildung zu unterstützen, bedarf es des Auf- und Ausbaus (über-)regionaler Service- und Beratungsstrukturen (wie z. B. Praxisbüros „Gesunde Schule“, Kompetenzzentren und Netzwerken) als Brückeninstanzen für Schulen und deren Partner [4]. Diesen Infrastrukturen und Serviceangeboten für Schulen kommt die Aufgabe zu, Informationen zu sammeln, einen Überblick über die vielfältigen Fortbildungsangebote zu geben, Fortbildungsmaterialien vorzuhalten und eigene Fortbildungsangebote und -materialien zu entwickeln, um eine hohe Qualität in der gesundheitsförderlichen Schulentwicklung zu gewährleisten. In diesem Sinn verstehen sich die (über-)regionalen Service- und Beratungsstrukturen als Unterstützungsagenturen für Schulen, Schulverwaltungen, Schulträger und schulbezogene Aktivitäten anderer Institutionen mit dem Ziel, Prozesse und Projekte einer gesundheitsförderlichen Schulentwicklung zu stärken. Aufgabenschwerpunkte sind insbesondere:

- Informations- und Kontaktstelle mit umfangreichem Materialdienst
- Vermittlung von Fachkontakten
- Aufbau (über-)regionaler Datenbanken mit Angeboten und Referent(inn)en in der Region oder im jeweiligen Bundesland
- Entwicklung von geeigneten Modulen zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsansätzen in Schulen, insbesondere in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung
- Angebote zur schulinternen Lehrerfortbildung (z. B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, Schulklima, Gestaltung von Schulleben u. a.)
- Elternberatung (z. B. Gestaltung von Elternabenden, themenbezogene Workshops)
- Projektberatung (in den Schulen, für den Unterricht und die Elternarbeit)
- Impulsveranstaltungen (Konferenzen, Elternabende, Schülerprojekte, Fachtagungen etc.)
- Beratung und Vernetzung von Institutionen und Programmen (z. B. zur Sucht- und Gewaltprävention, Kooperation mit Schulbehörden, Wissenschaft, Beratungsstellen, Gesundheitswesen, externen Anbietern).

Nach dem Auslaufen der Bund-Länder-Modellversuche im Bereich „gesundheitsfördernde Schule“ existiert zur Zeit keine nationale Zuständigkeit für die Koordination und Bündelung von Aktivitäten. Daher sollten flächendeckend Unterstützungsstrukturen aufgebaut werden, d. h. sowohl die regionale als auch die Länder- und Bundesebene sollten entsprechende Angebote vorhalten. Insbesondere sollten Grund-, Haupt- und Sonderschulen von solchen Unterstützungsangeboten profitieren, weil sie in den vergangenen Modellversuchen eher unterrepräsentiert waren, aber gerade hier ein wesentlicher Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet werden kann. Derzeit (an)laufende Modellversuche zur Unterstützung und Vernetzung gesundheitsfördernder Schulen, an denen sich verschiedene Träger beteiligen, sind zu evaluieren.

Stärkere Implementation des Settingansatzes in berufsbildenden Schulen

Im Rahmen der umfangreichen Modellaktivitäten zur „gesundheitsfördernden Schule“ in Deutschland waren berufsbildende Schulen bislang wenig repräsentiert und beteiligt. Dabei bilden gerade sie die Schnittstelle zwischen Schul- und Arbeitsleben und können wesentlich dazu beitragen, die Querschnittsanforderung „Gesundheitliche Chancengleichheit“ umzusetzen, weil über dieses Setting mehr sozial benachteiligte Schülerinnen und Schüler als in anderen Schulformen erreicht werden können. Außerdem wird hier die ansonsten für gesundheitliche Themenstellungen schwer erreichbare Zielgruppe der 14- bis 18-Jährigen erreicht.

Deshalb sollte das Konzept der „gesundheitsfördernden Schule“, das Anfang der 90er Jahre vom Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation für Europa in Kopenhagen und durch Modellversuche in zahlreichen Ländern entwickelt wurde, auf diese Schulform besser angepasst werden. Zentrales Ziel gesundheitsfördernder Schulen ist es, eine Veränderung des Unterrichts, des Schullebens und der schulischen Umwelt mit dem Ziel anzuregen, die Gesundheit der in der Schule lernenden, lehrenden und anderweitig tätigen Personengruppen zu fördern. Die „gesundheitsfördernde Schule“ leitet gesundheitsbezogene Schulentwicklungsprozesse ein, insbesondere durch die Umsetzung der von der WHO definierten wesentlichen Ziele:

- Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfelds durch entsprechende Gebäude, Freiflächen für Bewegungs- und Spielangebote, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen usw.
- Förderung des gesundheitlichen Verantwortungsbewusstseins des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft
- Anleitung zur gesunden Lebensweise sowie Erstellung eines Angebots von realistischen und attraktiven Gesundheitsalternativen für Schüler und Lehrer
- Es allen Schülern ermöglichen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial auszuschöpfen und ihre Selbstachtung fördern
- Für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele vorschreiben
- Schaffung von guten Beziehungen zwischen Lehrern und Schülern, zwischen Schülern untereinander und zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde
- Auslotung der Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung
- Mit einer die Schüler aktiv einbeziehenden Didaktik ein kohärentes Curriculum für die Gesundheitserziehung planen
- Den Schülern das Wissen und die Fähigkeiten mit auf den Weg geben, die sie brauchen, um vernünftige Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheit und die Erhaltung und Verbesserung einer sicheren und gesunden physischen Umwelt treffen zu können
- Die schulische Gesundheitspflege im weiten Sinne als Bildungsressource begreifen, die den Schülern dazu verhelfen kann, sich zu effektiven Nutzern der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Diese Zielstellungen sind in berufsbildenden Schulen aufgrund ihrer Struktur ungleich schwerer umzusetzen als in anderen allgemeinbildenden Schulformen. Deshalb müssen hier die Rahmenbedingungen verbessert und eine Anpassung des Konzeptes auf diese Schulform vorgenommen werden. Besonders wichtig ist dabei die Einbeziehung von Aspekten der Belastung/Beanspruchung bzw. Gesundheitsressourcen an den betrieblichen Ausbildungs- und Arbeitsplätzen der Schüler.

Gesundheitsbezogene, aufsuchende Angebote für junge, sozial benachteiligte Familien

Familien sind nicht grundsätzlich als versorgungsbedürftig zu betrachten. Sie erbringen trotz der gesellschaftlichen Veränderungen vielfältige Leistungen für sich selber, für Nachbarschaften und für das Gemeinwesen. Familiengründung ist jedoch als lebenskritische Phase anfällig für verschiedene soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen. Insbesondere bei sozial benachteiligten Familien kumulieren verschiedene Belastungssituationen (z. B. mangelnde Wohnungsausstattung, fehlende soziale Netzwerke und geringere Inanspruchnahme von Vorsorge- und Informationsdienstleistungen). Deshalb benötigen sie niedrigschwellige Hilfsangebote, um den veränderten Alltagsanforderungen gerecht zu werden und um die Bedürfnisse des Kindes erkennen und befriedigen zu können. Studienergebnisse belegen zudem, dass Eltern in der Phase rund um die Geburt des Kindes besonders große Offenheit für Gesundheitsthemen, aber auch für den eigenen Lebensstil und die Partnerschaft entwickeln.

Vorhandene primärpräventive Gesundheitsangebote für Familien (z. B. Mütterberatungen und Familienhebammen) innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind in den vergangenen Jahren eher ab- als neu aufgebaut worden. Wenn die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Familien verbessert werden sollen, müssen jedoch gerade solche Angebote vorgehalten und ausgebaut werden. Insgesamt sollten die präventiven Angebote folgenden Zielen dienen:

- Hilfe zur Selbsthilfe vermitteln
- die Übernahme individueller Verantwortung der Eltern betonen
- generell Problemlösungsstrategien für zukünftige Probleme vermitteln
- die Gesundheitskompetenz insbesondere zu Fragen der Ernährung, Bewegung, Unfallprävention und Stressbewältigung erhöhen.

Die präventiven Maßnahmen sollten so gestaltet sein, dass sie die bekannten Risikofaktoren kindlicher Entwicklungsstörungen (wie Armut, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankung eines Elternteils, vernachlässigendes Familienmilieu, Einsamkeit der Mutter oder genetische Belastungen, Frühgeburt, ein schwieriges Temperament etc.) berücksichtigen, wissenschaftlich überprüft sind, ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, die vorhandenen elterlichen Ressourcen nutzen, dem kindlichen Entwicklungsprozess gerecht werden und sowohl Mütter als auch Väter ansprechen.

Ausbau und Vernetzung familienbezogener Angebote in sozial benachteiligten Stadtteilen

Die Angebotsstruktur für Familien gliedert sich, soweit in sozial benachteiligten Stadtteilen eine solche überhaupt vorhanden ist, in unterschiedliche Zuständigkeits- und Trägerbereiche. Einrichtungen der Jugendhilfe wie Kindertagesstätten oder Familienbildungsstätten halten ebenso relevante Angebote vor wie die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Erwachsenenbildung sowie andere spezifische Beratungseinrichtungen für besondere Problemlagen. Die Leistungspalette gesundheitsbezogener und psychosozialer Angebote für Familien kann als zu wenig transparent und zu spezialisiert bezeichnet werden. Dies erzeugt vor allem für bildungsferne Familien auf der Suche nach geeigneten Gesundheitsangeboten viele Wege und häufig eine inadäquate Inanspruchnahme von Leistungen. Auch im Jugendhilfebereich sind ähnliche Zugangsbarrieren sichtbar. Um belastete Familien effektiver zu erreichen, ist eine bessere Vernetzung der verschiedenen Hilfsangebote anzustreben. Insbesondere fehlen auch niedrigschwellige Angebote in diesem Bereich.

Zu den Familien sollte ein frühestmöglicher Kontakt im nicht-problemorientierten Bereich gesucht werden, um die Bereitschaft zur Inanspruchnahme verschiedener Hilfsangebote zu erhöhen und Fehl-, Über- und Unterversorgungslagen zu vermeiden. Erst durch die Verknüpfung des Gesundheits- und Jugendbereichs auf der Basis von Gemeinwesenarbeit werden die Zugangsbarrieren für Familien vermindert und können Probleme wirksam und angemessen bewältigt werden. Dabei sollten sowohl individuelle Hilfen als auch Gruppenangebote vorgehalten werden. Der Aufbau dieser Strukturen kann nur kleinräumig erfolgreich betrieben werden. Stadtteilzentren, Elternschulen, Kindertageseinrichtungen und Familienbildungsstätten kommt dabei die Aufgabe einer niedrigschwelligem Anlaufstelle zu, über die sich die verschiedenen Sektoren vernetzen lassen. Für diese Vernetzungsaufgabe muss die Angebotsstruktur der genannten Einrichtungen weiterentwickelt werden und eine aufgabengemäße Ausstattung gewährleistet sein.

5. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Ziele und Teilziele

Ziel 1: Bürger(innen) und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt (Transparenz erhöhen).

Teilziel 1.1: Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt.

Teilziel 1.2: Eine patienten- und bürgerorientierte Vermittlung und Erläuterung bereitgestellter Gesundheitsinformationen wird gewährleistet.

Teilziel 1.3: Gesundheitsinformationen für spezifische Bevölkerungsgruppen sind verfügbar.

Ziel 2: Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar (Kompetenz entwickeln).

Teilziel 2.1: Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert; selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt.

Teilziel 2.2: Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitsbezogener Kompetenzen sind angeregt und erschlossen.

Teilziel 2.3: Patientenorientierte Arbeitsweisen und kommunikative Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und gestärkt.

Ziel 3: Die kollektiven Patientenrechte sind ausgebaut; die individuellen Patientenrechte sind gestärkt und umgesetzt (Patientenrechte stärken).

Teilziel 3.1: Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert.

Teilziel 3.2: Die Verbesserung und bürgernahe Ausgestaltung der Patientenrechte ist realisiert.

Teilziel 3.3: Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt; sie werden von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt und wirksam umgesetzt.

Ziel 4: Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen (Beschwerdemanagement verbessern).

Teilziel 4.1: Die Position von Beschwerdeführer(inne)n, insbesondere von geschädigten Patient(inn)en im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert.

Teilziel 4.2: Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-)Fehlermanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgebaut und führt zu regelmäßigen Qualitätsberichten.

Teilziel 4.3: Das medizinische Gutachterwesen und die Haftungsregelungen bei Behandlungsfehlern sind patientengerecht weiterentwickelt.

Tabellarische Übersicht

Ziel 1: Bürger(innen) und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt (Transparenz erhöhen).

Teilziele	Maßnahmen
1.1 Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt.	1.1.1 Etablierung unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung von Bürger(inne)n, Patient(inn)en und Versicherten in deren Arbeit 1.1.2 Bewertung und Zertifizierung elektronischer und nichtelektronischer Gesundheitsinformationssysteme hinsichtlich Transparenz, Qualität und Bürger(innen)-/Patient(inn)en-Beteiligung 1.1.3 Regelmäßige Durchführung dieser Bewertungen und Zertifizierungen durch unabhängige Einrichtungen 1.1.4 Vernetzung elektronischer Gesundheitsportale 1.1.5 Einführung einer Berichtspflicht der Datenhalter 1.1.6 Beteiligung von Patientenvertreter(inne)n und Selbsthilfevertreter(inne)n bei der Erstellung von Behandlungsstandards 1.1.7 Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfevertreter(inne)n bei Entscheidungen zur Zusammenstellung von Daten zu Behandlungsrisiken und Behandlungserfolgen 1.1.8 Stärkere Berücksichtigung von Gender- und Altersaspekten, von sozial benachteiligten und behinderten Menschen sowie Migrant(inn)en in der Forschung und Informationsgewinnung
1.2 Eine patienten- und bürgerorientierte Vermittlung und Erläuterung bereitgestellter Gesundheitsinformationen wird gewährleistet.	1.2.1 Etablierung eines flächendeckenden Angebotes anbieterunabhängiger Patienteninformations- und Beratungseinrichtungen 1.2.2 Förderung der Vernetzung dieser Einrichtungen
1.3 Gesundheitsinformationen für spezifische Bevölkerungsgruppen sind verfügbar.	1.3 Entwicklung und Vorhaltung von spezifischen Informations- und Beratungsangeboten für ältere Menschen, Frauen und Männer, sozial benachteiligte und behinderte Menschen und Migrant(inn)en, um das Gesundheitssystem für diese verständlicher und zugänglicher zu machen

Ziel 2: Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar (Kompetenz entwickeln).

Teilziele	Maßnahmen
2.1 Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert; selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt.	2.1.1 Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen zur Förderung individueller kommunikativer und gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbildungseinrichtungen, Schulen und Betrieben, u. a. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Krankenkassen, Ärzte und andere regionale unabhängige Transferstellen 2.1.2 Differenzierung dieser Angebote nach Unterstützungsbedarf spezifischer Bevölkerungsgruppen wie Frauen, Männer, ältere Menschen, sozial Benachteiligte, behinderte Menschen, Migrant(inn)en
2.2 Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitsbezogener Kompetenzen sind angeregt und erschlossen.	2.2.1 Öffentliche Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen und -organisationen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene. Aufbau und Absicherung eines flächendeckenden Netzes örtlicher Selbsthilfekontaktstellen 2.2.2 Vollständige Umsetzung des § 20 Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) durch die gesetzlichen Krankenkassen und des § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) durch die Reha-Träger 2.2.3 Verstärkung der Hinweise auf Selbsthilfemöglichkeiten durch Ärzte, Krankenkassen, Rehabilitations-träger, ÖGD, BZgA etc.
2.3 Patientenorientierte Arbeitsweisen und kommunikative Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und gestärkt.	2.3.1 Schaffung von Rahmenbedingungen in leistungserbringenden Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegedienste und -einrichtungen), die es den Mitarbeiter(inne)n ermöglichen, stärker patientenorientiert zu handeln (z. B. durch entsprechende Pflegemodelle oder entsprechendes Praxismanagement) 2.3.2 Motivierung der Berufe und Institutionen des Gesundheitswesens zu einer noch stärker patientenorientierten Arbeitsweise durch Zertifizierung, Wettbewerbe, finanzielle Anreize und Erleichterung der Teilnahme an entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangeboten 2.3.3 Ergänzung des Medizinstudiums und anderer Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen um Bestandteile wie „sprechende Medizin“, Beratungsschulung, Rolle der Selbsthilfe etc.

Ziel 3: Die kollektiven Patientenrechte sind ausgebaut, die individuellen Patientenrechte sind gestärkt und umgesetzt (Patientenrechte stärken).

Teilziele	Maßnahmen
3.1 Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert.	3.1.1 Förderung einer weitgehenden Beteiligung von Bürger(inne)n/Patient(inn)en an Entscheidungsverfahren und Beratungen im Gesundheitswesen 3.1.2 Einführung von Modellprojekten zur Entwicklung der Beteiligungsmöglichkeiten bis hin zur Entscheidungsbeteiligung von Bürger(inne)n/Patient(inn)en im Gesundheitswesen 3.1.3 Entwicklung und Gewährleistung einer qualifizierten, kompetenten und legitimierten Beteiligung der Bürger- und Patientenvertretungen und Ermöglichung ihrer Vernetzung. Bereitstellung ausreichender Ressourcen durch die öffentliche Hand und weitere Akteure im Gesundheitswesen
3.2 Die Verbesserung und bürgernahe Ausgestaltung der Patientenrechte ist realisiert.	3.2.1 Weiterentwicklung der individuellen und kollektiven Patientenrechte in übersichtlicher, transparenter und rechtsverbindlicher Form unter aktiver Beteiligung der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen 3.2.2 Einführung wirksamer Verfahrensänderungen zur Erleichterung der Anwendung der Patientenrechte und zur Förderung eines gerechten Interessenausgleichs
3.3 Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt und von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt; sie werden wirksam umgesetzt.	3.3.1 Aktive Information der Bürger(innen) und Patient(inn)en über die individuellen und kollektiven Patientenrechte durch die Einrichtungen des Gesundheitswesens 3.3.2 Erleichterung der Wahrnehmung und Umsetzung der Patientenrechte und Behebung von Vollzugsdefiziten durch die Anbieter und Kostenträger im Gesundheitswesen

Ziel 4: Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen (Beschwerdemanagement verbessern).

Teilziele	Maßnahmen
4.1 Die Position von Beschwerdeführer(inne)n, insbesondere von geschädigten Patient(inn)en im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert.	4.1.1 Flächendeckende Bereitstellung anbieter- und kostenträgerunabhängiger Information, Beratung und Unterstützung bei Beschwerden über Fehler, Medizinschäden und Probleme mit Behandlern oder Kostenträgern 4.1.2 Weiterentwicklung geeigneter Anlaufstellen wie z. B. Patientenstellen, Patientenfürsprecher, Patientenombudspersonen 4.1.3 Einführung einer Beweiserleichterung bzw. anderer Instrumente des Interessenausgleichs für geschädigte Patient(inn)en
4.2 Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-) Fehlermanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgebaut und führt zu regelmäßigen Qualitätsberichten.	4.2.1 Aufbau einer koordinierten Medizinschadensforschung unter Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen 4.2.2 Nutzung dieser Medizinschadensforschung für eine systematische Qualitätssicherung 4.2.3 Etablierung einer regelmäßigen Berichterstattung über Beschwerdefälle in allen Bereichen des Gesundheitswesens unter Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen
4.3 Das medizinische Gutachterwesen und die Haftungsregelungen bei Behandlungsfehlern sind patientengerecht weiterentwickelt.	4.3.1 Entwicklung verbindlicher Kriterien für den Einsatz von medizinischen Gutachter(inne)n, dabei Berücksichtigung folgender Punkte: a) Gutachter kommen nicht von der kritisierten/ beschuldigten Partei, b) die Unabhängigkeit der Gutachter wird offen gelegt, c) die/der Beschwerdeführer/in kann zwischen Gutachter(inne)n mit unterschiedlichem institutionellen Hintergrund wählen 4.3.2 Neben den Gutachterstellen der Ärztekammer und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) werden unabhängige Begutachtungen für Patient(inn)en ermöglicht 4.3.3 Nach Prüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen Einrichtung eines Entschädigungsfonds o. Ä. zur schnellen Schadensregulierung

Maßnahmenskizzen

Transparenz erhöhen

Teilziel 1.1

Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt.

Maßnahme 1.1.1

Etablierung unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung von Bürger (inne)n, Patient (inn)en und Versicherten in deren Arbeit.

Problembeschreibung

Im Gesundheitswesen fehlt die Transparenz der Leistungsqualität für Bürger (innen), Patient (inn)en und Versicherte — anders als in fast allen anderen Bereichen, in denen durch Testberichte unabhängiger Institute sowie Zeitschriften umfangreich über alle Aspekte der Qualität von Produkten und Dienstleistungen aufgeklärt wird. Patient (inn)en brauchen solche bewerteten Qualitätsinformationen, um als „mündige Patient (inn)en“ eine sinnvolle Auswahl zwischen verschiedenen Leistungserbringern treffen zu können. Sie erhalten sie aber nirgends. Denn wer aussagefähige Daten über die Qualität von Leistungen und Leistungserbringern besitzt (z. B. öffentliche Körperschaften wie Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Behörden), darf sie in der Regel nicht für diesen Zweck verwenden. Und diejenigen, die sie verwenden dürften (z. B. freie Träger der Patientenunterstützung), besitzen sie nicht.

Maßnahmenskizze

— Alle bereits vorhandenen Daten und Informationen müssen nutzbar gemacht und für die Leistungsbewertung und Information der Bürger (innen) freigegeben werden. Dies erfordert neue gesetzliche Regelungen im SGB zum Umgang mit Daten der Leistungserbringer und Krankenkassen, eventuell auch Änderungen datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

— Für die Aufbereitung und Veröffentlichung der Daten und Informationen aus dem Leistungsgeschehen muss ein unabhängiges Institut geschaffen werden, das von einem paritätisch auch mit Versicherten- und Patientenvertretern besetzten Beirat kontrolliert wird.

— Zusätzlich zu den Daten und Informationen der Leistungserbringer und Kostenträger müssen die Erfahrungen der Patient (inn)en systematisch erfasst, ausgewertet und veröffentlicht werden. Dazu müssen objektive Patientenbefragungen verstärkt sowie Beschwerdewege geschaffen und deren Ergebnisse in den Informationspool eingespeist werden.

— Für die Information der Bürger (innen), Versicherten und Patient (inn)en über die Qualität der Leistungen und Leistungserbringer müssen die patientenunterstützenden Einrichtungen ausgestattet und ausgerüstet werden, z. B. durch Geräte zur Speicherung und Verarbeitung von Informationen, durch zusätzliche Personalkapazitäten oder durch Schulung.

— Bereits vorhandene, aber nicht umgesetzte gesetzliche Bestimmungen zur Transparenz des Gesundheitswesens müssen schnellstens auch in der Praxis realisiert werden, z. B. § 305 Abs. 2 SGB V (quartalsweise Information der Patient (inn)en über die Abrechnungen der Leistungserbringer mit den Krankenkassen), § 137 Abs. 1 SGB V (Einholung von Zweitmeinungen vor medizinischen Eingriffen) oder § 10 Abs. 5 der (Muster-)Berufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte (Sicherung der ärztlichen Dokumentation vor nachträglichem Überschreiben).

Akteure

An der öffentlichen Qualitätsbewertung müssen alle Akteure im Gesundheitswesen mitwirken: Die Leistungserbringer müssen die Transparenz ihrer Arbeit akzeptieren und unterstützen. Die Kostenträger müssen hinnehmen, dass Qualitätstransparenz nicht nur ihren jeweiligen Mitgliedern zugute kommen kann. Die Politik muss durch gesetzliche Vorgaben Restriktionen beseitigen sowie Anreize setzen oder notfalls auch Zwang ausüben, Transparenz für die Nutzer des Gesundheitswesens herzustellen. Die Bürger (innen), Versicherten und Patient (inn)en schließlich sollen ihre Sicht und ihre Erfahrung in den Kanon der Informationen einbringen.

Maßnahme 1.1.8

Stärkere Berücksichtigung von Gender- und Altersaspekten, von sozial benachteiligten und behinderten Menschen sowie Migrant (inn)en in der Forschung und Informationsgewinnung.

Problembeschreibung

Herzkrankungen sind die Haupttodesursache bei Frauen. Geschlechtsspezifische Besonderheiten werden in der Forschung, bei Diagnose, Therapie und Nachbehandlung z. B. beim Herzinfarkt nicht hinreichend berücksichtigt. Die Mehrzahl der Frauen weist zum Teil besondere Symptome wie Atemnot, Schmerzen in der Magengegend, Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbrüche oder Schmerzausstrahlungen in den Rücken auf, die den Frauen und Ärzten nicht bekannt sind. Fakt ist: Frauen werden circa 1 Stunde später als Männer in eine Klinik eingewiesen. Frauen nehmen seltener und kürzer als Männer eine Anschlussheilbehandlung nach Herzinfarkt in Anspruch. Frauen erhalten generell bei Herzkrankungen eher billigere und ältere Medikamente. Das bestätigen auch Kassendaten.

Migrant (inn)en haben oftmals ein starkes Kommunikationsproblem. Es gibt nur wenige muttersprachliche Informationen über das Gesundheitssystem, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen und die staatliche Gesundheitsvorsorge. Es besteht ein großes Defizit im gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle in Deutschland lebenden und sich aufhaltenden Menschen. Hier sollte ähnlich wie in anderen europäischen Ländern eine ausreichende medizinische Versorgung unabhängig vom Aufenthaltsstatus gesichert werden.

Maßnahmenskizze

— Forschungsprojekt „Versorgungsforschung unter geschlechtsspezifischen- und altersspezifischen Aspekten, unter Einbeziehung sozial benachteiligter Gruppen beim Herzinfarkt“. Adressat: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Mittelfristig bis langfristig umsetzbar.

— Berücksichtigung geschlechts- und altersspezifischer Aspekte in der Arzneimittelforschung — langfristig umsetzbar. Zuständigkeit: BMGS, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

— Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Maßnahmen in Diagnose und Therapie, insbesondere beim Herzinfarkt. Beispiel: DMP — mittelfristig umsetzbar, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte. Zuständigkeit: Berufsverbände, Kammern, Krankenkassen, Medien.

— Maßnahmen zur stärkeren Berücksichtigung von Migrant (inn)en in der gesundheitlichen Forschung und Informationsgewinnung werden derzeit noch diskutiert.

Kompetenz entwickeln

Teilziel 2.1

Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert. Selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger (inne)n und Patient (inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt.

Maßnahme 2.1.1

Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen zur Förderung individueller kommunikativer und gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbildungseinrichtungen, Schulen, Betrieben u. a. durch BZgA, Krankenkassen, Ärzte und andere regionale Transferstellen.

Maßnahme 2.1.2

Differenzierung dieser Angebote nach Unterstützungsbedarf spezifischer Bevölkerungsgruppen wie Frauen, Männer, ältere Menschen, sozial Benachteiligte, behinderte Menschen, Migrant (inn)en.

Problembeschreibung

Menschen brauchen eine Fülle von Kompetenzen, wenn sie als Patient (inn)en das System der Gesundheitsversorgung nutzen, aber auch schon vorher, wenn es um die Wahrnehmung und intelligente Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention geht. Diese Kompetenzen müssen möglichst früh erworben werden; im Krankheitsfall ist es dafür meist zu spät.

Das heutige Erziehungs- und Bildungswesen bietet so gut wie keine wirksame Möglichkeit, sich derartige Kompetenzen anzueignen. Es blendet sogar Krankheit und Tod weitgehend aus und fördert damit eine fatale, weil illusionäre Orientierung der jungen Menschen an den Werten Jugendlichkeit, Fitness und Wohlbefinden. Daher ist die Vermittlung der genannten Kompetenzen sowohl im primären Erziehungswesen als auch in den Systemen der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verankern.

Maßnahmenskizze

Die notwendigen Kompetenzen können in vier große Bereiche gegliedert werden:

— Umgang mit der eigenen Gesundheit, insbesondere mit Stress, gesund- und krankmachenden Einflüssen (z. B. Familie, Arbeitswelt, Umwelt), Risikoverhalten (z. B. Rauchen, Extremsport) und Risikofaktoren

— Umgang mit Krankheit (ggf. inklusive medizinischer Fakten), Vorbereitung auf ihre Unvermeidlichkeit (einschließlich Sterben und Tod), individuelle Verarbeitung von Lebenskrisen

— Umgang mit dem Gesundheitswesen als Patient (in) — vom Funktionieren des Systems über die Transparenz der Leistungsqualität bis hin zu den individuellen Patientenrechten

— Mitwirkung im Gesundheitswesen, Kompetenzen zur Beteiligung an der Systemgestaltung — das sind vor allem kommunikative und soziale Kompetenzen (z. B. Rhetorik, Selbstbehauptung, Verhandlungsführung, Gruppenleitung)

Für alle vier Felder sind differenzierte curriculare Elemente zu entwickeln und in den verschiedenen genannten Institutionen zu implementieren. Dabei kann sicher auf etliche bereits vorhandene Elemente zurückgegriffen werden, die allerdings an den unterschiedlichsten Orten entwickelt wurden (z. B. Volkshochschulen, psychologische und soziologische Institute und Fakultäten, Einrichtungen der Selbsthilfe).

Zeitperspektive

Mit der Sammlung curriculärer Elemente kann sofort begonnen werden. Die Erprobung in größerem Maßstab sollte nach gründlicher Abstimmung der Elemente aufeinander erfolgen.

Umsetzende Akteure

Für die Primärbildung (Schule) ist eine Zusammenarbeit mit Institutionen erforderlich, die Curricula entwickeln und Lehrer fortbilden.

Bei der Umsetzung eines integrierten Gesamtkonzepts in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Erwachsene könnten die Volkshochschulen das Zentrum bilden, da sie bevölkerungsnah und einigermaßen flächendeckend verbreitet sind. Sie bedürfen allerdings der Ausfüllung des Konzepts durch diejenigen, die bereits Einzelelemente von Patientenschulungen entworfen und entwickelt haben (z. B. Krankenkassen, Kammern, Ärzteverbände, BZgA, Universitäten), sowie natürlich durch die Patient (inn)en selbst (z. B. durch ihr Schicksal als Betroffene kompetent gewordene Mitglieder von Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen).

Ressourcen

Für die Umsetzung der Maßnahmen zur Patientenkompetenz wären zusätzliche Personalkapazitäten nötig, ferner Honorarmittel für die Zuarbeit seitens der Wissenschaft sowie der Patienten (vertreter) und schließlich für die Durchführung entsprechender Veranstaltungen. Institutionen wie BZgA, Krankenkassen und Ärzteverbände wären ebenfalls gefragt, einen Beitrag zu leisten.

Teilziel 2.2

Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitlicher Kompetenzen sind angeregt und erschlossen.

Maßnahme 2.2.2

Vollständige Umsetzung des § 20 Abs. 4 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen und des § 29 SGB IX durch die Reha-Träger.

Problembeschreibung

Mit dem so genannten „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ hat der Gesetzgeber im Dezember 1999 die Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen im neuen § 20 Abs. 4 SGB V erheblich präzisiert und qualifiziert. Unter anderem ist aus dem vorherigen fördern „können“ ein fördern „sollen“ geworden; eine Aufforderung mit juristisch stark verpflichtendem Charakter. Und — der Gesetzgeber hat erstmalig eine exakte Summe genannt: die Förderung soll für jeden Versicherten ab dem Jahr 2000 einen Betrag von 0,51 € umfassen; damit sollte eine Gesamtsumme von jährlich circa 36 Millionen € zur Förderung der Selbsthilfe zur Verfügung stehen.

Auch knapp drei Jahre nach Inkrafttreten des § 20 Abs. 4 SGB V erweist sich dessen Umsetzung noch immer als nicht ausreichend. In den Jahren 2000 und 2001 sind von den Krankenkassen zusammen nur gut 25 Millionen € in die Selbsthilfeförderung geflossen. Eine seit Juli 2001 angestrebte Präzisierung der Förderempfehlungen zur Verbesserung der Förderpraxis konnte wegen unvereinbarer Positionen der Kassenseite und der Vertreter der Selbsthilfe bisher nicht realisiert werden.

Maßnahmenskizze

Zur Gewährleistung einer unbürokratischen, verlässlichen und einheitlichen Selbsthilfeförderung auf allen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) und für alle Bereiche der Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen), bei der eine Ausschüttung von Fördermitteln in dem gesetzlich vorgesehenen Umfang realisiert ist, sind seitens der Krankenkassen folgende Maßnahmen notwendig:

— Vereinfachung und Vereinheitlichung des Förderverfahrens (einheitliche Antragsformulare, Ein-Ansprechpartner-Modell) für alle Bereiche (Selbsthilfegruppen, -organisationen sowie -kontaktstellen) und Ebenen (Bund, Land, Region) der Selbsthilfe

— Entwicklung und Offenlegung verlässlicher Vergabekriterien

— Pauschale Sockelfinanzierung für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen

— Erarbeitung von Empfehlungen zur Vergabe der Fördermittel auf lokaler Ebene durch übergreifende Gremien/Beiräte unter Beteiligung von Selbsthilfevertretern

— Vorzug der pauschalen Förderung gegenüber der Projektförderung insbesondere für Selbsthilfekontaktstellen

— Gemeinsame, einheitliche und kassenartenübergreifende Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Förderpools bzw. -gemeinschaften (z. B. nach dem Vorbild von Nordrhein-Westfalen).

Für die Umsetzung des § 29 SGB IX ist eine baldige Formulierung von „Grundsätzen zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe“ (vgl. § 13 SGB IX) über die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) nötig, um die Selbsthilfeförderung nach § 29 SGB IX auch durch die Rehabilitationsträger zu präzisieren und ihre Umsetzung zu gewährleisten.

Letztlich soll und darf die durch die Neuformulierung des § 20 Abs. 4 SGB V und des § 29 SGB IX vom Gesetzgeber beabsichtigte Verbesserung der Selbsthilfeförderung durch die Sozialversicherungsträger nicht zu einem Rückzug anderer Kostenträger führen. Vielmehr müssen alle an der psychosozialen Versorgung Beteiligten — also Bund, Länder und Gemeinden genauso wie Krankenkassen, Renten- und Rehabilitationsträger — die Finanzierung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mittragen.

Teilziel 2.3

Patientenorientierte Arbeitsweise und kommunikative Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und gestärkt.

Problembeschreibung

In zunehmender Weise werden die Arbeitsbedingungen in Kliniken und niedergelassenen Praxen im Hinblick auf eine patientenorientierte Arbeitsweise kritisiert. So werden mangelnde Kooperation zwischen den Gesundheitssektoren, fehlende Transparenz und die Zunahme von Verwaltungsaufgaben für Ärzte und Pflegepersonal für eine schlechter werdende Gesundheitsversorgung verantwortlich gemacht. Neben diesen strukturellen Bedingungen wird auch die mangelnde Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen beklagt, die nicht zeitgemäßen Inhalte der Aus- und Weiterbildung und schließlich das Fehlen angemessener Gebührenordnungspositionen, die die „sprechende Medizin“, Beratungsschulungen und Selbsthilfeunterstützung abbilden. Um diesem Trend entgegenzuwirken, werden folgende Maßnahmen beschrieben:

Maßnahmen 2.3.1

Schaffung von Rahmenbedingungen in leistungserbringenden Einrichtungen (z. B. Arztpraxen, Krankenhäuser), die es den Mitarbeiter (inne)n ermöglichen, stärker patientenorientiert zu handeln (z. B. durch entsprechende Pflegemodelle oder entsprechendes Praxismanagement).

Maßnahmenskizze

Klinik

— Einschränkung der Verwaltungsaufgaben in Kliniken, z. B. durch Entlastung des Stationspersonals durch nichtärztliches bzw. nichtpflegerisches Personal, die diese Aufgaben übernehmen (vor allem im Hinblick auf die Einführung von DRG)

— Einhaltung von Arbeitszeiten; Anerkennung von Bereitschaftsdiensten als Arbeitszeit (siehe Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 3. Oktober 2000 zur Anerkennung der Bereitschaftsdienste), Einführung von flexiblen Arbeitszeitmodellen für das Klinikpersonal und Einführung von ergänzenden Pflegemodellen

— Stärkere Differenzierung von ärztlichem und pflegerischem Personal bzw. Hilfskräften in Kliniken: Entlastung des examinierten Pflegepersonals von pflegefremden Aufgaben durch Einsetzung von Stationsassistent (inn)en oder andere geeignete Hilfskräfte und zentrale Dienste, so dass sich diese stärker auf pflegerische und ärztlich angeordnete Aufgaben konzentrieren können. Auszubildende in den Pflegeberufen und Studierende von Pflegestudiengängen, AiP und PJler werden nicht im Stellenplan der Station aufgenommen

— Mehr Transparenz der Struktur und Qualität in der stationären und ambulanten Versorgung, z. B. durch Veröffentlichung von Qualitätsberichten, Einrichtung von Patientenbeiräten etc.

Ambulante Praxis

— Einschränkung bzw. Optimierung der Verwaltungsaufgaben, z. B. durch Vereinfachung der Abrechnung durch Einsatz von EDV

— Ausreichende Vergütung der Anfragen durch die Krankenkassen; Schaffung von Gebührenordnungsmodellen, die der „sprechenden Medizin“ und der Beratung einen breiteren Raum lassen

— Unterstützung der Praxis durch Praxismanagementmodelle.

Zeitperspektive

Die Umsetzung dieser Maßnahme könnte kurz- bis mittelfristig möglich sein, da es sich hier überwiegend um Empfehlungen an die verantwortlichen Organisationen bzw. den Gesetzgeber handelt. Darüber hinaus sind z. B. Arbeitszeitmodelle von einzelnen Organisationen angedacht.

Akteure

Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Pflegeorganisationen, Kultusministerien der Länder, niedergelassene Praxen, Krankenhäuser, Altenheime, Pflegeeinrichtungen, Gewerkschaften.

Maßnahme 2.3.2

Motivierung der Berufe und Institutionen des Gesundheitswesens zu einer noch stärker patientenorientierten Arbeitsweise durch Zertifizierung, Wettbewerb, finanzielle Anreize und Erleichterung der Teilnahme an entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangeboten.

Maßnahmenskizze

— Angemessene Bezahlung der pflegerischen und der Assistenzberufe wie Arzthelfer (in), Krankenschwester, Altenpfleger (in); Einführung von Gebührenordnungspositionen für niedergelassene Ärzte für die so genannte „sprechende Medizin“, Kontakte mit der Selbsthilfe sowie Beratungsleistungen

— Verbindliche Einführung von zertifizierten Fort- und Weiterbildungsangeboten für alle Gesundheitsberufe

— Kooperationsförderung zwischen den Gesundheitsbereichen durch bessere Verzahnung und Kooperationsmodelle sowie besseren Datenfluss

— Unterstützung von gemeinsamen Fortbildungen, Arbeitskreisen und Diskussionsforen für Mitarbeiter (innen) aller Gesundheitsbereiche

— Regelmäßige Reflexion der Rückmeldungen aus dem Bereich der unabhängigen Patientenberatung.

Zeitperspektive

Kurz- bis mittelfristig, da es sich hier überwiegend um Empfehlungen an die verantwortlichen Organisationen handelt.

Akteure

Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kultusministerien der Länder, niedergelassene Praxen, Krankenhäuser, Altenheime, Pflegeeinrichtungen, Universitäten, Gewerkschaften, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen.

Maßnahme 2.3.3

Ergänzung des Medizinstudiums und anderer Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen um Bestandteile wie „sprechende Medizin“, Beratungsschulung, Rolle der Selbsthilfe etc.

Maßnahmenskizze

- Aufnahme der Selbsthilfe in den Gegenstandskatalog des Medizinstudiums für die klinische Phase (die Selbsthilfe ist bereits Bestandteil im Fachgebiet Medizinische Soziologie und Psychologie in der Vorklinik), Einbeziehung von Selbsthilfevertretern in die Gestaltung und Umsetzung
- Aufnahme von positiven Kooperationsmodellen in die Ausbildung, Beschreibung von Praxisbeispielen (z. B. Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in Qualitätszirkel)
- Stärkung der Kooperationsforschung in allen medizinischen, pflegerischen und psychotherapeutischen Lehr- und Forschungseinrichtungen
- Obligatorische Teilnahme der Medizinstudenten an Gesprächsgruppen – eventuell analog den Balint-Gruppen; die so genannten Reformmodellstudiengänge an einzelnen Universitäten (wie z. B. Berliner Charité) werden evaluiert: Übernahme von positiven und konstruktiven Elementen auf alle medizinischen Hochschulen
- Stärkere Betonung der kommunikativen Fähigkeiten in der pflegerischen Ausbildung, z.B. durch Teilnahme an Gesprächsgruppen und der Notwendigkeit der Kooperation mit anderen medizinischen und therapeutischen Disziplinen
- Aufnahme von Selbsthilfeaspekten in die Curricula der Ausbildungsgänge Pädagogik, der Psychologie und der Sozialarbeit; Einbeziehung von Selbsthilfevertretern in die Ausgestaltung dieser Curricula.

Zeitperspektive

Die neue Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 hat einige Neuerungen, wie z. B. einen stärkeren Praxisbezug, auf den Weg gebracht, die eine Umsetzung dieser Maßnahmen eventuell beschleunigen dürften.

Akteure

Ärzttekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kultusministerien der Länder, Universitäten, Pflegeeinrichtungen, Altenheime, Gewerkschaften, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen.

Patientenrechte stärken

Teilziel 3.1

Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne) n und Patient(innen) in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert.

Maßnahme 3.1.1

Förderung einer weitgehenden Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungsprozessen und Beratungen im Gesundheitswesen.

Die Maßnahme muss als Lern-, Überzeugungs- und Erfahrungsprozess ausgestaltet werden. Dies setzt Beteiligungsinteresse und Beteiligungsfähigkeit bei allen Akteuren im Gesundheitswesen voraus. Grundlage hierfür ist Informations- und Kommunikationskompetenz. Bürger- und Patientenbeteiligung kann nicht angeordnet werden, sondern muss gemeinsam entwickelt werden. Rechtliche Maßnahmen können diesen Prozess jedoch entscheidend fördern. Ausgangspunkt dieser Entwicklung sind die bereits existierenden Beteiligungen, die sukzessive ausgebaut bzw. auf entsprechende Aufgabenstellungen übertragen werden müssen. Die Förderung der Beteiligung ist in diesem Sinne als lernfähiges System zu begreifen.

Die jeweilige Form der Beteiligung ist entsprechend des Gegenstandsbereiches der Beteiligung zwischen den wesentlichen Akteuren auf der Bürger (innen) - und Patient (inn)enseite und den bisherigen Entscheidungsträgern auszuhandeln.

Die Intensivierung der Beteiligung muss in Stufen ausgebaut werden:

- von der fehlenden Beteiligung zur Verfahrensbeteiligung
- von der Verfahrensbeteiligung zur Beratungsbeteiligung und
- von der Beratungsbeteiligung zur Entscheidungsbeteiligung, wobei ein Überspringen einer oder mehrerer Stufen durchaus möglich, teilweise sogar dringend geboten ist.

Übertragungsmöglichkeiten der Beteiligung bieten sich an

- wenn der Gegenstandsbereich des Entscheidungsvorfahrens gleich ist
- wenn die Funktion der Entscheidung gleich ist (Demokratisierung der Entscheidung: Bürgerbeteiligung z. B. an Ethikkommissionen; Versorgungsoptimierung; Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen, z. B. bei Entwicklung von DMP; Kosten-Nutzen-Abwägungen: Beteiligung der Versicherten, z. B. an der Selbstverwaltung).

Die Maßnahme 3.1.1 bezieht sich grundsätzlich auf alle Gegenstandsbereiche der Beteiligung im Gesundheitswesen. Zu unterscheiden ist insoweit die Beteiligung

- in Bund, Ländern und Gemeinden, beispielsweise Gremien des Arzneimittelzulassungsverfahrens und der Arzneimittelversorgung, Ethikkommissionen nach Bundesrecht, staatliche Kommissionen und Beiräte im Geschäftsbereich von Bundesministerien, gesetzlich vorgesehene Verfahren der Qualitätssicherung auf Bundesebene etc.; Gesundheitskonferenzen nach Landesrecht, Ethikkommissionen nach Landesrecht, staatliche Kommissionen nach Landesrecht, staatliche Kommissionen und Beiräte im Geschäftsbereich von Landesministerien, Gremien der Krankenhausplanung etc.; kommunale Gesundheitskonferenzen, kommunale Krankenhäuser etc.
- in der beruflichen, sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung beispielsweise in Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung (Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, Kriterien für Krankenhausbehandlung [§ 137 Abs. 1 SGB V], Ausschuss Krankenhaus, Koordinierungsausschuss), ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung, Landesärztekammern/Bundesärztekammern, soweit die Belange von Patient (inn) en betroffen sind
- im privaten Bereich, beispielsweise wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften, private Krankenhäuser, Praxisnetze, Pflegeeinrichtungen.

Die Förderung der Beteiligung beinhaltet neben dem Ausbau und der Übertragung bestehender Beteiligungsformen auch die Schaffung der gebotenen Rahmenbedingungen. Zu nennen sind hier insbesondere

- die Schaffung ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen bei den Patientenorganisationen, um eine nachhaltige und kompetente Beteiligung zu ermöglichen. Eine bloße Pro-forma-Beteiligung schadet den Patienteninteressen
- die Änderung rechtlicher Vorschriften, wo diese dem Ausbau bzw. der Übertragung der Beteiligung entgegenstehen
- die Öffentlichkeitsarbeit, um die Akteure im Gesundheitswesen, aber auch die Bevölkerung insgesamt für die Notwendigkeit der Bürger- und Patientenbeteiligung zu sensibilisieren.

Letzteres bedeutet insbesondere, dass alle Entscheidungen und alle Gremien im Gesundheitswesen auf den Prüfstand kommen, um den Ausbau der Beteiligungsrechte der Bürger(innen) bzw. der Patient (inn) en zu ermöglichen.

Teilziel 3.3

Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt; sie werden von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt und wirksam umgesetzt.

Maßnahme 3.3.1

Aktive Information der Bürger(innen) und Patient(inn)en über die individuellen und kollektiven Patientenrechte durch die Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Problembeschreibung

Eine aktive Information der Bürger(innen) und Patient(inn)en über individuelle und kollektive Rechte soll künftig dazu beitragen, die Strukturen und auch die Leistungsangebote des Gesundheitswesens transparent zu machen. Hierdurch sollen Eigenkompetenz und Selbstbestimmung der Bürger (innen) und Patient (inn) en gesteigert werden. Nur wer seine individuellen Rechte im Arzt-Patienten-Verhältnis kennt, kann aus einer passiven Rolle heraustreten und selbstbewusst Entscheidungen zu seiner Gesundheit treffen. Die aktive Information über die kollektiven Rechte soll Bürger (inne)n und Patient (inn) en ermöglichen, ihre Kompetenzen und Erfahrungen aktiv in die Gestaltung des Gesundheitswesens einzubringen. Informationen über Mitwirkungs- und Beteiligungsmöglichkeiten sollen Bürger (innen) und Patient (inn) en aktivieren, in den Gremien und Institutionen des Gesundheitswesens mitzuwirken. Dabei tragen diese Informationen nicht per se zur „Mündigkeit“ der Bürger (innen) und Patient (inn) en bei. Sie müssen verschiedenen Anforderungen genügen, um die gewünschten Zielgruppen tatsächlich zu erreichen und damit auch individuelles Verhalten sowie individuelle Einstellungen zu beeinflussen.

Maßnahmenskizze

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens

- informieren ihrem Auftrag und ihren Handlungsmöglichkeiten entsprechend über individuelle und kollektive Rechte
- stellen Informationen ziel- und nutzerorientiert zur Verfügung
- bereiten Informationen verständlich auf und gewährleisten durch die Verwendung unterschiedlicher Medien (Printmedien/elektronische Medien) und Zugangswege die Erreichbarkeit verschiedener Zielgruppen
- informieren schwer erreichbare bzw. besondere Zielgruppen (z. B. Migrant (inn) en, Schwangere) über besondere Zugangswege
- setzen unterschiedliche Kommunikationsstrategien ein, um aktiv über individuelle und kollektive Rechte zu informieren wie beispielsweise Informationskampagnen, Callcenter, regionale Veranstaltungen etc.
- vernetzen im Rahmen eines aktiven Informationsmanagements ihre Informationsangebote, indem sie auf die Angebote anderer Anbieter verweisen.

Zeitperspektive

Die aktive Bereitstellung von Informationen über individuelle und kollektive Rechte erfolgt kurzfristig und wird sukzessive ausgebaut. Ein Schritt ist die Veröffentlichung der Schrift „Patientenrechte in Deutschland“.

Akteure

Die aktive Information von Bürger(inne)n und Patient(inn)en zu individuellen und kollektiven Patientenrechten erfolgt bereits heute in unterschiedlichem Umfang durch eine Vielzahl von Akteuren im Gesundheitswesen. Diese pluralen Informationsstrukturen sollten künftig ausgebaut und miteinander vernetzt werden, um vielfältige Zugangswege für unterschiedliche Zielgruppen zu ermöglichen.

In der Verantwortung, über Patientenrechte zu informieren, stehen in erster Linie die Leistungserbringer selbst (wie Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Heilberufe) als auch die Institutionen und Verbände im Gesundheitswesen (wie Krankenkassen, Landesärztekammern) sowie die Patientenberatungsstellen, Selbsthilfeorganisationen und Verbraucherkentralen.

Neben den eigentlichen Akteuren des Gesundheitswesens sind insbesondere die Medien mit ihrer Informationsfunktion unverzichtbar, damit individuelle und kollektive Rechte bekannt werden.

Beschwerdemanagement verbessern

Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-)Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient (inn) en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen.

Teilziel 4.1

Die Position von Beschwerdeführer (inne)n, insbesondere von geschädigten Patient (inn) en im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert.

Maßnahme 4.1.1

Flächendeckende Bereitstellung anbieter- und kostenträgerunabhängiger Information, Beratung und Unterstützung bei Beschwerden über Fehler, Medizinschäden und Probleme mit Behandlern oder Kostenträgern.

Maßnahme 4.1.2

Weiterentwicklung geeigneter Anlaufstellen wie z. B. Patientenstellen, Patientenfürsprecher oder Patientenombudspersonen.

Problembeschreibung

Neben einem oftmals geringen Kenntnisstand der Bürger (innen) über die Versorgungswege im Gesundheitswesen und die Erfolgsaussichten der verschiedenen Behandlungsweisen gibt es einen noch auffälligeren Kompetenzmangel in der Bewältigung von Situationen, die mit möglichen Fehlern und Schädigungen oder mit Konflikten im Umgang mit Behandlern oder Kostenträgern zu tun haben. Darunter leiden vor allem die Patient (inn) en, die nicht nur mit ihrer Erkrankung, sondern darüber hinaus mit zusätzlichen Kränkungen oder Schädigungen durch das Medizinsystem und/oder Leistungsverweigerungen seitens der Kostenträger zu kämpfen haben. Ihre geschwächte Position verhindert oft einen gerechten Interessenausgleich und die Mobilisierung aller notwendigen Ressourcen zur Genesung.

Eine angemessene, patientengerechte und flächendeckend regelmäßig erreichbare Unterstützung für diese Patient (inn) en kann für Betroffene eine wertvolle Hilfe und Orientierung bieten. Betroffene können sich über ihre Handlungsmöglichkeiten informieren und sich individuell über die Wege der Selbsthilfe und Expertenhilfe beraten lassen. Hier gibt es bereits Angebote durch Ärzte, Apotheken, Krankenkassen etc. Darüber hinaus sollte es aber auch Unterstützungsangebote geben, die unabhängig von Anbieter- und Kostenträgerinteressen sind, um die nötige Akzeptanz und Neutralität sicherzustellen und der entsprechenden Nachfrage der Patient (inn) en gerecht zu werden.

Maßnahmenskizze

Beschwerdemanagement gibt es innerhalb und außerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Die Patient (inn) en suchen für ihren Informations-, Beratungs- und Beschwerdebedarf spezifische Anlaufstellen. Für die Weiterentwicklung des Bereiches der unabhängigen Patientenberatung ist durch die Gesundheitsreform 2000 eine Modellerprobungsphase in § 65b SGB V eingeführt worden. Dieses Projekt umfasst bisher noch nicht das Beschwerdemanagement, aber eine Erweiterung um diesen Aspekt sollte diskutiert werden. Geeignete Projekte zur Unterstützung der Patient (inn) en sollten zum Regelangebot der Gesundheitsversorgung werden. Eine Rückkopplung der Beschwerden und Anregungen der Patient (inn) en in das Gesundheitssystem führt zu erheblichen Qualitätsgewinnen.

Zeitperspektive

Die Umsetzung der Maßnahmen kann unmittelbar beginnen. Ein flächendeckendes Angebot wird jedoch erst mittelfristig nach Entscheidungen über ihre Ausgestaltung und Finanzierung möglich sein.

Akteure

Akteure dieser Maßnahmen sind vor allem Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, gemeinnützige Initiativen oder andere neutrale Träger. Gemeinsam ist diesen Akteuren, dass sie in der Regel keine oder nur geringe Eigenmittel haben und diese Aufgaben nicht aus eigenen finanziellen Ressourcen bewältigen können. Hier ist also eine Förderung aus öffentlichen Mitteln und Versicherungsbeiträgen sowie weiteren Quellen dringend erforderlich.

Teilziel 4.2

Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-)Fehlermanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgebaut und führt zu regelmäßigen Qualitätsberichten.

Maßnahme 4.2.1

Aufbau einer koordinierten Medizinschadensforschung unter Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen.

Maßnahme 4.2.2

Nutzung dieser Medizinschadensforschung für eine systematische Qualitätssicherung.

Maßnahme 4.2.3

Etablierung einer regelmäßigen Berichterstattung über Beschwerdefälle in allen Bereichen des Gesundheitswesens unter Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen.

Problembeschreibung

In Deutschland werden jährlich 40 000 Behandlungsfehlervorwürfe angemeldet, von denen etwa 12 000 nachgewiesen werden. Exakte Zahlen sind bislang jedoch nicht verfügbar, da Fehlermeldungen sowohl an die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, die Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen der Landesärztekammern, die Zivilkammern der Landgerichte, an Patientenberatungsstellen oder auch direkt an die Haftpflichtversicherungen gehen. Solche Meldungen können auch medizinische Schäden durch Arzneimittel oder Medizinprodukte beinhalten.

Um das Gesundheitswesen als lernendes System zu stärken, ist eine Erfassung von Fehler-, Schadens- und Nebenwirkungsmeldungen sowie ihrer Begutachtungsergebnisse nötig, ferner eine wissenschaftliche Beforschung relevanter Fehlerbereiche und eine Rückmeldung der Ergebnisse an die Verursacher. Durch den Aufbau entsprechender Feedbackschleifen können institutionelle Strukturen und Abläufe verbessert werden, entsprechende Themen Eingang in die medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung finden sowie in der Forschung berücksichtigt und finanzielle Ressourcen genauer alloziiert werden.

In einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens werden entsprechende Erfassungen und Auswertungen bereits vorgenommen oder befinden sich im Aufbau. Für die Landesärztekammern wurde inzwischen ein einheitlicher elektronischer Erfassungsbogen entwickelt, der ab 2003 in fast allen Kammern zur Anwendung kommen soll. Die bisher erhobenen Ergebnisse finden bereits Eingang in Publikationen sowie in die ärztliche Fortbildung.

Eine systematische Erfassung und Auswertung erfolgt ebenfalls im Bereich der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen. Daten seitens der Gerichte und der Haftpflichtversicherer liegen bislang nicht in systematischer Form vor.

Unerwünschte Nebenwirkungen und Schädigungen durch Arzneimittel und Medizinprodukte werden durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) erhoben. Adressaten sind bislang vor allem Ärzte und pharmazeutische Unternehmen, nicht jedoch die betroffenen Patientinnen und Patienten selbst.

Bislang fehlt es sowohl an einer einrichtungsbezogenen wie auch einer institutionenübergreifenden Erfassung und wissenschaftlichen Aufbereitung von Behandlungsfehlervorfällen, Medizinschäden und unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen als Teil einer bundesweiten Gesundheitsberichterstattung. Hemmnisse liegen in den fragmentierten Quellen, den fehlenden Ressourcen für ihre Dokumentation und Auswertung, aber auch in der engen Koppelung von Schadensmeldungen an das Haftungsrecht.

Maßnahmenskizze

Aufbau einer systematischen, einheitlichen Erfassung und Auswertung von Behandlungsfehlervorfällen und Verfahrensergebnissen, unerwünschten Nebenwirkungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die den Ärztekammern, den Krankenversicherungen, Zivilgerichten, Haftpflichtversicherungen sowie dem BfArM gemeldet werden. Die Möglichkeiten der AkdÄ sind zu nutzen wie auch die Beschwerden und Anregungen der unabhängigen Patientenberatungsstellen.

Ziel ist der Aufbau eines sachbezogenen Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen jenseits haftungsrechtlicher Fragestellungen. Dazu bedarf es auch der Erschließung neuer Kanäle für Fehlermeldungen unter aktiver Mitwirkung von Patient (inn) en sowie Selbsthilfegruppen. Um eine möglichst umfassende und valide Datenlage erstellen zu können, müssen Dokumentations- und Meldeverfahren jenseits rechtlicher Sanktionsandrohungen implementiert werden.

Dabei muss sichergestellt werden, dass erhobene Daten ausgewertet und ihre Ergebnisse als Input in das Gesundheitswesen zurückgespeist werden. Zur Umsetzung des Vorhabens bedarf es einer entsprechenden Infrastruktur und finanzieller Ressourcen zur Datendokumentation und -auswertung sowie zur Stärkung und Verbreiterung prophylaktischer Maßnahmen.

Zeitperspektive

Innerhalb der nächsten zwei Jahre (2003/2004).

Akteure

Leistungserbringer des Gesundheitswesens, Ärztekammern, Krankenversicherungen, Zivilgerichte und Haftpflichtversicherungen, das BfArM, Patientenberatungsstellen sowie das Robert-Koch-Institut als zuständige Stelle für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit

Bekanntmachung Nr. 05/02/10 über Genehmigungen nach § 18 des Pflanzenschutzgesetzes

Vom 17. März 2005

Zugelassene Pflanzenschutzmittel dürfen nach § 6a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Pflanzenschutzgesetzes (PflSchG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Mai 1998 (BGBl. I S. 971, 1527, 3512), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. August 2004 (BGBl. 2004 II S. 1154), grundsätzlich nur in den in der Gebrauchsanleitung angegebenen Anwendungsgebieten angewandt werden. Die Anwendung ist darüber hinaus auch erlaubt, wenn weitere Anwendungsgebiete nach § 18 PflSchG genehmigt und im Bundesanzeiger bekannt gemacht worden sind. Die Genehmigung gilt nur für die Anwendung in Betrieben der Landwirtschaft, einschließlich des Gartenbaus, und der Forstwirtschaft, nicht jedoch für den Haus- und Kleingartenbereich (sowie für den Kommunalbereich – § 18 Abs. 4 Nr. 2 PflSchG). Die Dauer der Genehmigung richtet sich nach dem Ende der Zulassung des Mittels.

Bei der Anwendung des Mittels im genehmigten Anwendungsgebiet ist in jedem Falle die Gebrauchsanleitung auf der Packung zu beachten sowie zusätzlich die Vorgaben, die speziell für das genehmigte Anwendungsgebiet erteilt wurden. Diese zusätzlichen Vorgaben sind der nachfolgenden Beschreibung zu entnehmen. Dabei ist zu beachten, dass die Prüfung der Wirksamkeit des Mittels in dem beantragten Anwendungsgebiet und möglicher Schäden an Kulturpflanzen grundsätzlich nicht Gegenstand des Genehmigungsverfahrens (§ 18 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 PflSchG) ist. Mögliche Schäden auf Grund mangelnder Wirksamkeit oder Schäden an den Kulturpflanzen liegen im Verantwortungsbereich des Anwenders.

Die Anwendung der unten genannten zugelassenen Pflanzenschutzmittel werden auf der Grundlage des § 18 Abs. 1 des Gesetzes zum Schutz der Kulturpflanzen (PflSchG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Mai 1998 (BGBl. I S. 971, 1527, 3512), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. August 2004 (BGBl. 2004 II S. 1154), in folgenden Anwendungsgebieten genehmigt:

Genehmigung der Anwendung des Pflanzenschutzmittels *Ortiva* mit dem Wirkstoff: 250 g/l Azoxystrobin, zugelassen unter der Nummer 4560-00 in weiteren Anwendungsgebieten

Genehmigte Anwendung: 004560-00/19-001

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/ Zweckbestimmung	Rhizoctonia solani
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte	Endivien, Salate
2 Einsatzgebiet:	Gemüsebau

3 Anwendungsbestimmungen gemäß § 15 Abs. 2 Nr. 2 PflSchG:

NW609 Die Anwendung des Mittels auf Flächen in Nachbarschaft von Oberflächengewässern – ausgenommen nur gelegentlich wasserführende, aber einschließlich periodisch wasserführender Oberflächengewässer – muss mindestens mit unten genanntem Abstand erfolgen. Dieser Abstand muss nicht eingehalten werden, wenn die Anwendung mit einem Gerät erfolgt, das in das Verzeichnis „Verlustmindernde Geräte“ vom 14. Oktober 1993 (BANz. S. 9780) in der jeweils geltenden Fassung eingetragen ist. Unabhängig davon ist, neben dem gemäß Länderrecht verbindlich vorgegebenen Mindestabstand zu Oberflächengewässern, § 6 Abs. 2 Satz 2 PflSchG zu beachten. Zuwiderhandlungen können mit einem Bußgeld bis zu 50 000 € geahndet werden.
5 m

4 Auflagen gemäß § 15 Abs. 4 PflSchG:

4.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich	Freiland
Anwendungszeitpunkt	bei Befallsbeginn bzw. bei Sichtbarwerden der ersten Symptome

Maximale Zahl der Behandlungen	
– in dieser Anwendung	2
– für die Kultur bzw. je Jahr	2
– Abstand	8 bis 12 Tage
Anwendungstechnik	spritzen
Aufwand	1 l/ha in 200 bis 600 l Wasser/ha

4.2 Sonstige Auflagen:

– keine –

4.3 Wartezeiten:

14 Tage Freiland: Salate, Endivien

5 Hinweise des Antragstellers:

In Abhängigkeit von Kultur, Sorte, Anbauverfahren und spezifischen Umweltbedingungen können Schäden an der zu behandelnden Kultur nicht ausgeschlossen werden. Vor einem Mitteleinsatz ist daher die Pflanzenverträglichkeit unter betriebsspezifischen Bedingungen zu prüfen.

Genehmigung der Anwendung des Pflanzenschutzmittels *ROVAL* mit dem Wirkstoff: 500 g/kg Iprodion, zugelassen unter der Nummer 2570-00 in weiteren Anwendungsgebieten

Genehmigte Anwendung: 032570-00/03-001

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/ Zweckbestimmung	Botrytis cinerea
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte	Chicoree
2 Einsatzgebiet:	Gemüsebau

3 Kennzeichnungsaufgaben:

3.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich	Freiland
Erläuterung zur Kultur	Feldanbau
Anwendungszeitpunkt	bei Infektionsgefahr bzw. ab Warndiensthinweis

Maximale Zahl der Behandlungen	
– in dieser Anwendung	3
– für die Kultur bzw. je Jahr	3
Anwendungstechnik	spritzen
Aufwand	1 kg/ha

3.2 Sonstige Kennzeichnungsaufgaben:

– keine –

3.3 Wartezeiten:

(F) Freiland: Chicoree
Die Wartezeit ist durch die Anwendungsbedingungen und/oder die Vegetationszeit abgedeckt, die zwischen Anwendung und Nutzung (z. B. Ernte) verbleibt bzw. die Festsetzung einer Wartezeit in Tagen ist nicht erforderlich.

4 Anwendungsbezogene Anwendungsbestimmungen:

NW609 Die Anwendung des Mittels auf Flächen in Nachbarschaft von Oberflächengewässern – ausgenommen nur gelegentlich wasserführende, aber einschließlich periodisch wasserführender Oberflächengewässer – muss mindestens mit unten genanntem Abstand erfolgen. Dieser Abstand muss nicht eingehalten werden, wenn die Anwendung mit einem Gerät erfolgt, das in das Verzeichnis „Verlustmindernde Geräte“ vom 14. Oktober 1993 (BANz. S. 9780) in der jeweils geltenden Fassung eingetragen ist. Unabhängig davon ist, neben dem gemäß Länderrecht verbindlich vorgegebenen Mindestabstand zu Oberflächengewässern, § 6 Abs. 2 Satz 2 PflSchG zu beachten. Zuwiderhandlungen können mit einem Bußgeld bis zu 50 000 € geahndet werden.
5 m

Genehmigte Anwendung: 032570-00/03-002

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/ Zweckbestimmung	Sclerotinia-Arten
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte	Chicoree
2 Einsatzgebiet:	Gemüsebau

3 Kennzeichnungsaufgaben:

3.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich	Freiland
Erläuterung zur Kultur	Feldanbau
Anwendungszeitpunkt	bei Infektionsgefahr bzw. ab Warndiensthinweis

Maximale Zahl der Behandlungen

– in dieser Anwendung	3
– für die Kultur bzw. je Jahr	3
Anwendungstechnik	spritzen
Aufwand	1 kg/ha

3.2 Sonstige Kennzeichnungsaufgaben:

– keine –

3.3 Wartezeiten:

(F) Freiland: Chicoree
Die Wartezeit ist durch die Anwendungsbedingungen und/oder die Vegetationszeit abgedeckt, die zwischen Anwendung und Nutzung (z. B. Ernte) verbleibt bzw. die Festsetzung einer Wartezeit in Tagen ist nicht erforderlich.

4 Anwendungsbezogene Anwendungsbestimmungen:

NW609 Die Anwendung des Mittels auf Flächen in Nachbarschaft von Oberflächengewässern – ausgenommen nur gelegentlich wasserführende, aber einschließlich periodisch wasserführender Oberflächengewässer – muss mindestens mit unten genanntem Abstand erfolgen. Dieser Abstand muss nicht eingehalten werden, wenn die Anwendung mit einem Gerät erfolgt, das in das Verzeichnis „Verlustmindernde Geräte“ vom 14. Oktober 1993 (BANz. S. 9780) in der jeweils geltenden Fassung eingetragen ist. Unabhängig davon ist, neben dem gemäß Länderrecht verbindlich vorgegebenen Mindestabstand zu Oberflächengewässern, § 6 Abs. 2 Satz 2 PflSchG zu beachten. Zuwiderhandlungen können mit einem Bußgeld bis zu 50 000 € geahndet werden.
5 m

Genehmigte Anwendung: 032570-00/03-003

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/ Zweckbestimmung	Botrytis cinerea
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte	Salat-Arten (ausgenommen: Feldsalat, Winterportulak, Löwenzahn, Kopfsalat)

2 Einsatzgebiet:	Gemüsebau
------------------	-----------

3 Kennzeichnungsaufgaben:

3.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich	Freiland
Anwendungszeitpunkt	bei Infektionsgefahr bzw. ab Warndiensthinweis

Maximale Zahl der Behandlungen

– in dieser Anwendung	3
– für die Kultur bzw. je Jahr	3
Anwendungstechnik	spritzen
Aufwand	1 kg/ha

3.2 Sonstige Kennzeichnungsaufgaben:

– keine –

3.3 Wartezeiten:

14 Tage Freiland: Salat-Arten (ausg. Winterportulak, Kopfsalat, Löwenzahn, Feldsalat)

4 Anwendungsbezogene Anwendungsbestimmungen:

NW609 Die Anwendung des Mittels auf Flächen in Nachbarschaft von Oberflächengewässern – ausgenommen nur gelegentlich wasserführende, aber einschließlich periodisch wasserführender Oberflächengewässer – muss mindestens mit unten genanntem Abstand erfolgen. Dieser Abstand muss nicht eingehalten werden, wenn die Anwendung mit einem Gerät erfolgt, das in das Verzeichnis „Verlustmindernde Geräte“ vom 14. Oktober 1993 (BANz. S. 9780) in der jeweils geltenden Fassung eingetragen ist. Unabhängig davon ist, neben dem gemäß Länderrecht verbindlich vorgegebenen Mindestabstand zu Oberflächengewässern, § 6 Abs. 2 Satz 2 PflSchG zu beachten. Zuwiderhandlungen können mit einem Bußgeld bis zu 50 000 € geahndet werden.
5 m

Genehmigte Anwendung: 032570-00/03-004

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/ Zweckbestimmung	Sclerotinia-Arten
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte	Salat-Arten (ausgenommen: Feldsalat, Winterportulak, Löwenzahn, Kopfsalat)

2 Einsatzgebiet:	Gemüsebau
------------------	-----------

3 Kennzeichnungsaufgaben:

3.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich	Freiland
Anwendungszeitpunkt	bei Infektionsgefahr bzw. ab Warndiensthinweis

Maximale Zahl der Behandlungen

– in dieser Anwendung	3
– für die Kultur bzw. je Jahr	3
Anwendungstechnik	spritzen
Aufwand	1 kg/ha

3.2 Sonstige Kennzeichnungsaufgaben:

– keine –

3.3 Wartezeiten:

14 Tage Freiland: Salat-Arten (ausg. Winterportulak, Kopfsalat, Löwenzahn, Feldsalat)

4 Anwendungsbezogene Anwendungsbestimmungen:

NW609 Die Anwendung des Mittels auf Flächen in Nachbarschaft von Oberflächengewässern – ausgenommen nur gelegentlich wasserführende, aber einschließlich periodisch wasserführender Oberflächengewässer – muss mindestens mit unten genanntem Abstand erfolgen. Dieser Abstand muss nicht eingehalten werden, wenn die Anwendung mit einem Gerät erfolgt, das in das Verzeichnis „Verlustmindernde Geräte“ vom 14. Oktober 1993 (BANz. S. 9780) in der jeweils geltenden Fassung eingetragen ist. Unabhängig davon ist, neben dem gemäß Länderrecht verbindlich vorgegebenen Mindestabstand zu Oberflächengewässern, § 6 Abs. 2 Satz 2 PflSchG zu beachten. Zuwiderhandlungen können mit einem Bußgeld bis zu 50 000 € geahndet werden.
5 m

Genehmigte Anwendung: 032570-00/03-005

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/ Zweckbestimmung	Botrytis cinerea
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte	Salat-Arten (ausgenommen: Winterportulak, Löwenzahn, Feldsalat, Kopfsalat)

2 Einsatzgebiet:	Gemüsebau
------------------	-----------

3 Kennzeichnungsaufgaben:

3.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich	Gewächshaus
Anwendungszeitpunkt	bei Infektionsgefahr bzw. ab Warndiensthinweis

Maximale Zahl der Behandlungen

– in dieser Anwendung	3
– für die Kultur bzw. je Jahr	3
Anwendungstechnik	spritzen
Aufwand	1 kg/ha

3.2 Sonstige Kennzeichnungsaufgaben:

– keine –

3.3 Wartezeiten:

14 Tage Gewächshaus: Salat-Arten (ausg. Winterportulak, Kopfsalat, Löwenzahn, Feldsalat)

4 Anwendungsbezogene Anwendungsbestimmungen:

– keine –

Genehmigte Anwendung: 032570-00/03-006

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/ Zweckbestimmung	Sclerotinia-Arten
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte	Salat-Arten (ausgenommen: Kopfsalat, Winterportulak, Löwenzahn, Feldsalat)

2 Einsatzgebiet:	Gemüsebau
------------------	-----------

3 Kennzeichnungsaufgaben:

3.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich	Gewächshaus
Anwendungszeitpunkt	bei Infektionsgefahr bzw. ab Warndiensthinweis

Maximale Zahl der Behandlungen

– in dieser Anwendung	3
– für die Kultur bzw. je Jahr	3
Anwendungstechnik	spritzen
Aufwand	1 kg/ha

3.2 Sonstige Kennzeichnungsaufgaben:

– keine –

3.3 Wartezeiten:

14 Tage Gewächshaus: Salat-Arten (ausg. Winterportulak, Kopfsalat, Löwenzahn, Feldsalat)

4 Anwendungsbezogene Anwendungsbestimmungen:

– keine –

Genehmigte Anwendung: 032570-00/03-007

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/ Zweckbestimmung	Botrytis-Arten
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte	Tabak

2 Einsatzgebiet:	Ackerbau
------------------	----------

3 Kennzeichnungsaufgaben:

3.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich	Anzucht- und Saatbeete (Gewächshaus)
Anwendungszeitpunkt	nach dem Auflaufen und bei Befallsbeginn bzw. bei Sichtbarwerden der ersten Symptome/Schadorganismen

Maximale Zahl der Behandlungen

– in dieser Anwendung	2
– für die Kultur bzw. je Jahr	2
Anwendungstechnik	spritzen
Aufwand	2 kg/ha

3.2 Sonstige Kennzeichnungsaufgaben:

– keine –

3.3 Wartezeiten:

(F) Anzucht- und Saatbeete (Gewächshaus): Tabak
Die Wartezeit ist durch die Anwendungsbedingungen und/oder die Vegetationszeit abgedeckt, die zwischen Anwendung und Nutzung (z. B. Ernte) verbleibt bzw. die Festsetzung einer Wartezeit in Tagen ist nicht erforderlich.

4 Anwendungsbezogene Anwendungsbestimmungen:

– keine –

Genehmigte Anwendung: 032570-00/08-001

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/ Zweckbestimmung	Botrytis, Sclerotinia, Alternaria, Rhizoctonia
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte	Gemüsekulturen

2 Einsatzgebiet:	Gemüsebau
------------------	-----------

3 Kennzeichnungsaufgaben:

3.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich	Jungpflanzenanzucht (Gewächshaus)
Erläuterung zur Kultur	Jungpflanzen
Anwendungszeitpunkt	bei Befallsgefahr

Maximale Zahl der Behandlungen

– in dieser Anwendung	2
– für die Kultur bzw. je Jahr	2
– Abstand	7 bis 14 Tage
Anwendungstechnik	spritzen
Aufwand	1 kg/ha in 600 bis 1000 l Wasser/ha

3.2 Sonstige Kennzeichnungsaufgaben:

– keine –

3.3 Wartezeiten:

(F) Jungpflanzenanzucht (Gewächshaus): Gemüsekulturen Die Wartezeit ist durch die Anwendungsbedingungen und/oder die Vegetationszeit abgedeckt, die zwischen Anwendung und Nutzung (z. B. Ernte) verbleibt bzw. die Festsetzung einer Wartezeit in Tagen ist nicht erforderlich.

4 Anwendungsbezogene Anwendungsbestimmungen:

— keine —

Genehmigte Anwendung: 032570-00/09-001

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/
Zweckbestimmung Botrytis cinerea
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte Tomato, Aubergine
2 Einsatzgebiet: Gemüsebau
3 Anwendungsbestimmungen gemäß § 15 Abs. 2 Nr. 2 PflSchG:

Keine zusätzlichen Anwendungsbestimmungen erteilt.

4 Auflagen gemäß § 15 Abs. 4 PflSchG:

4.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich Gewächshaus
Anwendungszeitpunkt bei Befallsbeginn bzw. bei Sichtbarwerden der ersten Symptome

Maximale Zahl der Behandlungen

— in dieser Anwendung 3
— für die Kultur bzw. je Jahr 3
— Abstand 7 bis 14 Tage
Anwendungstechnik spritzen
Aufwand
— Pflanzengröße bis 50 cm 1 kg/ha in 600 l Wasser/ha
— Pflanzengröße 50 bis 125 cm 1,5 kg/ha in 900 l Wasser/ha
Pflanzengröße über 125 cm 2 kg/ha in 1200 l Wasser/ha

4.2 Sonstige Auflagen:

— keine —

4.3 Wartezeiten:

3 Tage Gewächshaus: Aubergine, Tomate

Genehmigung der Anwendung des Pflanzenschutzmittels E u p a r e n M W G mit dem Wirkstoff: 505 g/kg Tolyfluanid, zugelassen unter der Nummer 3963-00 in weiteren Anwendungsgebieten

Genehmigte Anwendung: 023963-00/10-001

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/
Zweckbestimmung Falscher Mehltau (Pseudoperonospora cubensis)
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte Gurke
2 Einsatzgebiet: Gemüsebau
3 Anwendungsbestimmungen gemäß § 15 Abs. 2 Nr. 2 PflSchG:

Keine zusätzlichen Anwendungsbestimmungen erteilt.

4 Auflagen gemäß § 15 Abs. 4 PflSchG:

4.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich Gewächshaus
Anwendungszeitpunkt bei Befallsbeginn bzw. bei Sichtbarwerden der ersten Symptome

Maximale Zahl der Behandlungen

— in dieser Anwendung 10
— für die Kultur bzw. je Jahr 10
— Abstand 8 bis 14 Tage
Anwendungstechnik spritzen
Aufwand
— Pflanzengröße bis 50 cm 1,2 kg/ha in 600 l Wasser/ha
— Pflanzengröße 50 bis 125 cm 1,8 kg/ha in 900 l Wasser/ha
Pflanzengröße über 125 cm 2,4 kg/ha in 1200 l Wasser/ha

4.2 Sonstige Auflagen:

— keine —

4.3 Wartezeiten:

3 Tage Gewächshaus: Gurke

5 Hinweise des Antragstellers

Genehmigte Anwendung: 023963-00/10-002

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/
Zweckbestimmung Falscher Mehltau (Pseudoperonospora cubensis)
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte Gurke
2 Einsatzgebiet: Gemüsebau
3 Anwendungsbestimmungen gemäß § 15 Abs. 2 Nr. 2 PflSchG:

NW609 Die Anwendung des Mittels auf Flächen in Nachbarschaft von Oberflächengewässern — ausgenommen nur gelegentlich wasserführende, aber einschließlich periodisch wasserführender Oberflächengewässer — muss mindestens mit unten genanntem Abstand erfolgen. Dieser Abstand muss nicht eingehalten werden, wenn die Anwendung mit einem Gerät erfolgt, das in das Verzeichnis „Verlustmindernde Geräte“ vom 14. Oktober 1993 (BANz. S. 9780) in der jeweils geltenden Fassung eingetragen ist. Unabhängig davon ist, neben dem gemäß Länderrecht verbindlich vorgegebenen Mindestabstand zu Oberflächengewässern, § 6 Abs. 2 Satz 2 PflSchG zu beachten. Zuwiderhandlungen können mit einem Bußgeld bis zu 50 000 € geahndet werden.
5 m

4 Auflagen gemäß § 15 Abs. 4 PflSchG:

4.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich Freiland
Anwendungszeitpunkt bei Befallsbeginn bzw. bei Sichtbarwerden der ersten Symptome

Maximale Zahl der Behandlungen

— in dieser Anwendung 8
— für die Kultur bzw. je Jahr 8
— Abstand 8 bis 14 Tage
Anwendungstechnik spritzen
Aufwand 1,2 kg/ha in 200 bis 600 l Wasser/ha

4.2 Sonstige Auflagen:

— keine —

4.3 Wartezeiten:

3 Tage Freiland: Gurke

5 Hinweise des Antragstellers:

In Abhängigkeit von Kultur, Sorte und dem Anbauverfahren können Schäden an der zu behandelnden Kultur nicht ausgeschlossen werden. Vor einem Mitteleinsatz ist daher die Pflanzenverträglichkeit unter den betriebsspezifischen Bedingungen zu prüfen.

Genehmigung der Anwendung des Pflanzenschutzmittels P o l y r a m W G mit dem Wirkstoff: 700 g/kg Metiram, zugelassen unter der Nummer 3986-00 in weiteren Anwendungsgebieten

Genehmigte Anwendung: 033986-00/01-001

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/
Zweckbestimmung Pilzliche Blattfleckererreger, Albugo
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte Zierpflanzen
2 Einsatzgebiet: Zierpflanzenbau
3 Anwendungsbestimmungen gemäß § 15 Abs. 2 Nr. 2 PflSchG:

NW607 Die Anwendung des Mittels auf Flächen in Nachbarschaft von Oberflächengewässern — ausgenommen nur gelegentlich wasserführende, aber einschließlich periodisch wasserführender Oberflächengewässer — muss mit einem Gerät erfolgen, das in das Verzeichnis „Verlustmindernde Geräte“ vom 14. Oktober 1993 (BANz. S. 9780) in der jeweils geltenden Fassung eingetragen ist. Dabei sind, in Abhängigkeit von den unten aufgeführten Abdriftminderungsklassen der verwendeten Geräte, die im Folgenden genannten Abstände zu Oberflächengewässern einzuhalten. Für die mit „*“ gekennzeichneten Abdriftminderungsklassen ist, neben dem gemäß Länderrecht verbindlich vorgegebenen Mindestabstand zu Oberflächengewässern, § 6 Abs. 2 Satz 2 PflSchG zu beachten. Zuwiderhandlungen können mit einem Bußgeld bis zu einer Höhe von 50 000 € geahndet werden.
Pflanzhöhe bis 50 cm: reduzierte Abstände: 50% 15 m, 75% 10 m, 90% 5 m

4 Auflagen gemäß § 15 Abs. 4 PflSchG:

4.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich Freiland
Anwendungszeitpunkt bei Befallsbeginn bzw. bei Sichtbarwerden der ersten Symptome

Maximale Zahl der Behandlungen

— in dieser Anwendung 8
— für die Kultur bzw. je Jahr 8
— Abstand 8 bis 14 Tage
Anwendungstechnik spritzen
Aufwand 2 kg/ha in maximal 1000 l Wasser/ha
— Pflanzengröße bis 50 cm

4.2 Sonstige Auflagen:

— keine —

4.3 Wartezeiten:

(N) Freiland: Zierpflanzen
Die Festsetzung einer Wartezeit ist ohne Bedeutung.

5 Hinweise des Antragstellers:

In Abhängigkeit von Kultur, Sorte und dem Anbauverfahren können Schäden an der zu behandelnden Kultur nicht ausgeschlossen werden. Vor einem Mitteleinsatz ist daher die Pflanzenverträglichkeit unter den betriebsspezifischen Bedingungen zu prüfen.

Genehmigte Anwendung: 033986-00/01-002

1 Anwendungsgebiet:

Schadorganismus/
Zweckbestimmung Pilzliche Blattfleckererreger, Albugo
Pflanzen/-erzeugnisse/Objekte Zierpflanzen
2 Einsatzgebiet: Zierpflanzenbau
3 Anwendungsbestimmungen gemäß § 15 Abs. 2 Nr. 2 PflSchG:

Keine zusätzlichen Anwendungsbestimmungen erteilt.

4 Auflagen gemäß § 15 Abs. 4 PflSchG:

4.1 Angaben zur sachgerechten Anwendung:

Anwendungsbereich Gewächshaus
Anwendungszeitpunkt bei Befallsbeginn bzw. bei Sichtbarwerden der ersten Symptome

Maximale Zahl der Behandlungen

— in dieser Anwendung 8
— für die Kultur bzw. je Jahr 8
— Abstand 8 bis 14 Tage
Anwendungstechnik spritzen
Aufwand 2 kg/ha in maximal 1000 l Wasser/ha
— Pflanzengröße bis 50 cm

4.2 Sonstige Auflagen:

— keine —

4.3 Wartezeiten:

(N) Gewächshaus: Zierpflanzen
Die Festsetzung einer Wartezeit ist ohne Bedeutung.

5 Hinweise des Antragstellers:

In Abhängigkeit von Kultur, Sorte und dem Anbauverfahren können Schäden an der zu behandelnden Kultur nicht ausgeschlossen werden. Vor einem Mitteleinsatz ist daher die Pflanzenverträglichkeit unter den betriebsspezifischen Bedingungen zu prüfen.

Braunschweig, den 17. März 2005

Bundesamt für Verbraucherschutz
und Lebensmittelsicherheit
— Dienstsitz Braunschweig —
Im Auftrag
Dr. H.-G. N o l t i n g

RECHTSPRAXIS AKTUELL

Arbeits erleichterung durch die umfassenden Auslegungshilfen!

Biener

Bilanzrechtsreform 2005

BilReG/BilKoG

Einführung · Kommentar · Materialien

Das Werk bietet Ihnen vollständig die Inhalte und Ziele des neuen HGB-Bilanzrechts auf der Grundlage der Änderungen durch das Bilanzrechtsreformgesetz und das Bilanzrechtskontrollgesetz. Schwerpunkt ist hierbei die Kommentierung der im HGB genannten Vorschriften im Rahmen des Abdrucks des Dritten Buchs des HGB. Fundiert werden Inhalte erläutert und ihre Auswirkungen auf die Praxis geschildert. Damit ist das Werk eine wichtige Auslegungshilfe für alle betroffenen Unternehmen, deren Berater und Wirtschaftsprüfer.

Alle Materialien des Gesetzgebungsverfahrens sowie die maßgeblichen Richtlinien sind auf der zugehörigen CD-ROM abgebildet.

Aus dem Inhalt

- Einführung
- HGB, Drittes Buch, mit Kommentierung der geänderten Vorschriften
- ausgewählte Materialien

Autoreninfo

Dr. Dr. h. c. Herbert Biener, Ministerialrat a. D., war Leiter des zuständigen Referats im BMJ. Er hält bundesweit Seminare zum Thema und hat im Bundesanzeiger bereits zwei „Vorgänger“-Titel bearbeitet (zuletzt 2000: Das neue HGB-Bilanzrecht).

Reuschle

Das Kapitalanleger-Musterverfahrensgesetz – KapMuG

Die Inhalte und Ziele des neuen Rechts auf einen Blick!

Praxiswerk und Kommentar zugleich, ist das Werk eine wichtige Arbeitshilfe für alle Rechtspraktiker, z. B. bei Landgerichten, Oberlandesgerichten sowie den die Parteien vertretenden Rechtsanwälten.

Ihre Vorteile:

- Erste Kommentierung des KapMuG
- Mit Informationen zum neuen materiellen Haftungsrecht (KapInHaG)
- Auswahl internationaler Regelungen zu Musterverfahrensgesetzen
- Alle Materialien auf CD-ROM

Preise inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten.



ISBN 3-89817-443-3

2005, rd. 250 Seiten,
16,5 x 24,4 cm, kartoniert,
mit CD-ROM, 29,80 €

In Vorbereitung!



ISBN 3-89817-444-1

2005, rd. 250 Seiten,
16,5 x 24,4 cm, kartoniert,
mit CD-ROM, 36,- €

Erscheinungstermin:
Sommer 2005



**Bundesanzeiger
Verlag**

**Recht
vielseitig!**

Bundesamt für Strahlenschutz

Bekanntmachung [1383 A]
gemäß § 11 der Röntgenverordnung (RöV)
Zulassung BfS 02/05 R RöV
Vom 22. Februar 2005

Gemäß den §§ 8 ff. RöV vom 8. Januar 1987 (BGBl. I S. 114) in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. April 2003 (BGBl. I S. 604) wird die Bauart der folgenden Vorrichtung zugelassen:

Bauartzeichen: BfS 02/05 R RöV
 Bezeichnung der Vorrichtung: ISOVOLT 160/M2 und ISOVOLT 160/MM2
 Inhaber der Zulassung: GE Inspection Technologies GmbH Robert-Bosch-Straße 3, 50354 Hürth (Efferen)
 Hersteller der Vorrichtung: GE Inspection Technologies GmbH Bogenstraße 41, 22926 Ahrensburg
 Röntgenröhren:

Röntgenstrahler	Röhrentyp	maximale Betriebswerte	
		Röhrenspannung	Röhrenstrom
ISOVOLT 160/M 2	MXR — 160/0,4—3,0	160 kV	19 mA
	MXR — 160/0,4—1,5		10 mA
	MXR — 160/0,4—0,4		4 mA
ISOVOLT 160/MM 2	MXR — 160/02		2 mA

Hersteller der Röhre: Comet AG, Herrengasse 10, CH-3175 Flamatt
 Zugelassene Verwendung:
 Die Vorrichtung ist als Röntgenstrahler entsprechend Anlage 2 Nr. 1.2 RöV bauartzugelassen.

Der Betrieb einer Röntgeneinrichtung, die mit dem bauartzugelassenen Röntgenstrahler ausgestattet ist, bedarf nicht der Genehmigung, wenn ihre Inbetriebnahme gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 Nr. 1 bis 3 RöV der zuständigen Behörde angezeigt wird.

Ausgenommen von dieser Regelung ist — gemäß § 4 Abs. 4 Nr. 1 RöV — die Verwendung der oben aufgeführten Vorrichtung als Röntgenstrahler zur technischen Radiographie für die Grobstrukturanalyse in der Werkstoffprüfung. Diese Verwendung ist genehmigungspflichtig entsprechend § 3 Abs. 1 RöV, es sei denn, der Röntgenstrahler wird in Röntgeneinrichtungen eingesetzt, die als Hoch- oder Vollschutzgerät bauartzugelassen sind.

Befristung der Zulassung: 10. Januar 2015
 Bemerkung:

Mit dieser Zulassung wird die Zulassung SH 54/85 Rö verlängert und unter dem oben genannten Bauartzeichen geführt.

Salzgitter, den 22. Februar 2005
 57502/2-097

Bundesamt für Strahlenschutz
 Im Auftrag
 C z a r w i n s k i



Ungültigkeitserklärung eines Ausweises

Das Auswärtige Amt gibt bekannt:
 Das Dr. Heinz B. Braun am 28. Mai 1975 erteilte und am 4. September 1987 erweiterte Exequatur als Honorarkonsul der Republik Niger in Mannheim mit dem Konsularbezirk der Länder Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Saarland erlischt mit Ablauf des 31. März 2005.
 Die honorarkonsularische Vertretung der Republik Niger in Mannheim ist somit geschlossen.

Statistisches Bundesamt

Der Schaumweinabsatz im Jahr 2004 — Vorläufige Ergebnisse —

239,8 Mio. Liter Schaumwein haben die 1375 deutschen Sektkellereien im vergangenen Jahr abgesetzt. Das waren 7,5 Mio. Liter oder 3,0% weniger als 2003, wie das Statistische Bundesamt nach vorläufigen Ergebnissen mitteilt. Die Mehrzahl der Sektkellereien sind kleinere Betriebe mit geringer Absatzmenge: Im Jahr 2004 wurden 94% des Schaumweins mit 6% und mehr Alkoholgehalt von nur 15 Großbetrieben (Betriebe mit einem Jahresabsatz von über 1 Mio. Liter) abgesetzt.

Der Sektabsatz wird in Deutschland durch die Schaumweinsteuerstatistik ermittelt. Sie erfasst alle zu versteuernden Schaumweinsorten, auch Obst- und Fruchtschaumweine mit einem Alkoholgehalt von weniger als 6%. 5,2 Mio. Liter des Gesamtabsatzes entfielen 2004 auf diese Obst- und Fruchtschaumweine, 17,9% weniger als 2003.

Absatz der Sektkellereien seit 1995¹⁾

Jahr	Betriebe	Absatz	Veränderung zum Vorjahr
	Anzahl	Mio. Liter	%
1995	1340	350,3	— 10,3
1996	1423	337,1	— 3,8
1997	1438	327,0	— 3,0
1998	1438	318,4	— 2,6
1999	1435	341,7	7,3
2000	1417	283,7	— 17,0
2001	1409	285,5	0,7
2002	1378	248,8	— 12,9
2003	1400	247,3	— 0,6
2004	1375	239,8	— 3,0

¹⁾ Einschl. Obstschaumwein.

Der Inlandsverbrauch, in den auch importierte Schaumweine eingerechnet und die Exporte abgezogen wurden, betrug 2004 rund 312 Mio. Liter, das waren 0,7 Mio. Liter oder 0,2% mehr als 2003.



Die Straßenverkehrsunfälle im Januar 2005 — Vorläufiges Ergebnis —

Nach vorläufigen Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes wurden im Januar 2005 bei Straßenverkehrsunfällen 454 Verkehrsteilnehmer getötet, das waren 10,5% mehr als im entsprechenden Vorjahreszeitraum. Auch die Zahl der Verletzten ist gegenüber Januar 2004 um 6,5% auf 30 800 gestiegen.

Deutlich mehr Getötete als im Januar 2004 wurden vor allem in Bayern (+ 12 Personen oder + 16%), in Sachsen-Anhalt (+ 10 Personen oder + 67%) sowie in Nordrhein-Westfalen (+ 8 Personen oder + 14%) gezählt. Dagegen ist in den Ländern Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen die Zahl der tödlich Verletzten gegenüber dem Januar 2004 zurückgegangen, absolut betrachtet am stärksten in Baden-Württemberg (— 10 Personen).

Insgesamt nahm die Polizei 177 900 Straßenverkehrsunfälle im Januar 2005 auf, 2,4% weniger als im Januar 2004. Während die Unfälle mit Personenschaden um 7,2% auf 23 400 gestiegen sind, gingen die Unfälle, bei denen lediglich Sachschaden entstand, um 3,7% auf 154 600 zurück.

Weitere Ergebnisse zeigt die nachfolgende Tabelle:

Land	Bei Straßenverkehrsunfällen Verunglückte und Getötete im Januar 2005 ^{*)}			
	Verunglückte		darunter: Getötete	
	Insgesamt	Veränderung gegenüber Januar 2004	insgesamt	Veränderung gegenüber Januar 2004
	Anzahl	%	Anzahl	
Baden-Württemberg	3 431	— 5,6	44	— 10
Bayern	4 951	— 0,9	85	+ 12
Berlin	989	10,0	2	— 3
Brandenburg	860	9,6	21	+ 7
Bremen	221	— 15,6	2	+ 2
Hamburg	726	13,3	4	+ 1
Hessen	2 171	— 9,1	26	— 6
Mecklenburg-Vorpommern	717	17,2	20	0
Niedersachsen	3 265	1,6	46	— 5
Nordrhein-Westfalen	5 630	— 5,3	67	+ 8
Rheinland-Pfalz	1 575	11,8	27	+ 4
Saarland	459	— 3,8	6	— 3
Sachsen	1 417	8,0	26	+ 2
Sachsen Anhalt	871	— 2,5	25	+ 10
Schleswig-Holstein	1 218	30,1	7	— 3
Thüringen	874	— 1,0	17	— 3
Deutschland ¹⁾	31 212	6,6	454	+ 43

^{*)} Vorläufiges Ergebnis.
¹⁾ Einschließlich derzeit nach Ländern noch nicht aufteilbarer Nachmeldungen.

Wert eines Sonderziehungsrechts des Internationalen Währungsfonds in Euro

04. 04. 2005	01. 04. 2005
1,16772	1,65670

Scheckeinzugskurse der Deutschen Bundesbank

	1 €	1 €	
	05. 04. 2005	04. 04. 2005	
Ver.St.v.Amerika	1,2809	1,2887	US-\$
Australien	1,6733	1,6745	A-\$
Norwegen	8,1773	8,1957	Kronen
Dänemark	7,4502	7,4497	Kronen
Schweden	9,1690	9,1670	Kronen
Schweiz	1,5548	1,5527	Franken
Großbritannien	0,6837	0,6872	£
Kanada	1,5695	1,5702	kan-\$

Referenzkurse der Europäischen Zentralbank

	1 €	1 €	
	05. 04. 2005	04. 04. 2005	
Ver.St.v.Amerika	1,2810	1,2883	US-\$
Japan	139,16	139,18	Yen
Dänemark	7,4500	7,4502	Kronen
Großbritannien	0,68410	0,68700	£
Schweden	9,1765	9,1818	Kronen
Schweiz	1,5541	1,5535	Franken
Island	78,3200	78,4300	Kronen
Norwegen	8,1640	8,1980	Kronen
Bulgarien	1,9558	1,9441	Leva
Zypern	0,58460	0,58460	zyp-£
Tschechien	29,995	30,020	Kronen
Estland	15,6466	15,6466	Kronen
Ungarn	247,44	247,36	Forint
Litauen	3,4528	3,4528	Litas
Lettland	0,6961	0,6961	Lats
Malta	0,4299	0,4302	Lira
Polen	4,1297	4,1113	n Zloty
Rumänien	36449	36498	Lei
Slowenien	239,7000	239,6800	Tolar
Slowakei	38,935	38,885	Kronen
Türkei	1,7515	1,7564	Lira
Australien	1,6758	1,6777	A-\$
Kanada	1,5683	1,5691	kan-\$
Hongkong	9,9914	10,0480	HK-\$
Neuseeland	1,8188	1,8214	NZ-\$
Singapur	2,1329	2,1456	S-\$
Südkorea	1303,42	1305,60	Won
Südafrika	7,9995	7,9968	Rand

Kursnotierungen einschließlich der Angaben eines Sonderziehungsrechts werden mit größtmöglicher Sorgfalt vorgenommen, jedoch übernehmen Redaktion und Verlag keine Gewähr für die Richtigkeit der Angaben.

Bundesanzeiger

Herausgeber: Bundesministerium der Justiz
 Postfachanschrift: 11015 Berlin
 Hausanschrift: Mohrenstraße 37, 10117 Berlin
 Telefon: (0 30) 20 25 - 70

Anschrift der Redaktion:
 Bundesministerium der Justiz
 — Dienststelle Bonn —
 Schriftleitung Bundesanzeiger
 Postfachanschrift: Postfach 20 40, 53010 Bonn
 Hausanschrift: Adenauerallee 99—103, 53113 Bonn
 Telefon: (02 28) 58 - 0

„Amtlicher Teil“:
 Verantwortlich: Regierungsinspektor Manfred Halstenbach
 Anschrift der Redaktion: Siehe Bundesministerium der Justiz, Dienststelle Bonn

„Nichtamtlicher Teil“:
 Verantwortlich: Fred Schuld
 Anschrift der Redaktion: Siehe Verlag
 Der Abdruck aus dem „Nichtamtlichen Teil“ bedarf der Zustimmung des Verlages.

„Gerichtliche und sonstige Bekanntmachungen“, „Zentralhandelsregister“ und „Jahresabschlüsse und Hinterlegungsbekanntmachungen“:
 Verantwortlich: Rainer Diesem
 Anschrift der Redaktion: Siehe Verlag
 Verlag: Bundesanzeiger Verlagsges.mB.H.
 Postfachanschrift: Postfach 10 05 34, 50445 Köln
 Hausanschrift: Amsterdamer Straße 192, 50735 Köln
 Telefon: (02 21) 9 76 68 - 0
 Telefax: (02 21) 9 76 68 278 (Vertrieb)
 (02 21) 9 76 68 273 (Anzeigenredaktion)
 (02 21) 9 76 68 267 (Redaktion Amtlicher Teil)

Internet: http://www.bundesanzeiger.de
 Die Gesellschaft ist eingetragen beim Amtsgericht Köln unter HRB 31 248.
 Druck: M. DuMont Schauberg,
 Amsterdamer Straße 192, 50735 Köln

Der Bundesanzeiger erscheint dienstags bis sonnabends, mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage und dem Tage danach, in vier Ausgaben:

- Bundesanzeiger
Amtlicher/Nichtamtlicher Teil, Gerichtliche und sonstige Bekanntmachungen
 Halbjahresabonnement 69,30 €
 Einzelverkaufspreis 4,80 €
 (3,10 € + 1,70 € Versandkosten)
- Bundesanzeiger
mit dem Teil Jahresabschlüsse und Hinterlegungsbekanntmachungen
 Halbjahresabonnement 103,30 €
 Einzelverkaufspreis 7,20 €
 (4,60 € + 2,60 € Versandkosten)
- Bundesanzeiger
mit dem Teil Zentralhandelsregister
 Halbjahresabonnement 85,60 €
 Einzelverkaufspreis 5,90 €
 (3,60 € + 2,30 € Versandkosten)
- Bundesanzeiger
Gesamtausgabe
 Halbjahresabonnement 119,40 €
 Einzelverkaufspreis 7,90 €
 (5,10 € + 2,80 € Versandkosten)

(Alle Preise inkl. 7% MwSt.)

Die monatlich erscheinende Beilage „Verzeichnis der Hinterlegungs-bekanntmachungen“ wird ohne zusätzliche Berechnung nur an Abonnenten des Bundesanzeigers mit dem Teil Jahresabschlüsse und Hinterlegungs-bekanntmachungen sowie an Abonnenten der Gesamtausgabe geliefert.

Im Übrigen werden Beilagen zum Bundesanzeiger nur im Rahmen eines Abonnements ohne Aufpreis ausgeliefert. Im Einzelbezugspreis des Bundesanzeigers sind Beilagen nicht enthalten.

Abonnementbestellungen an den Verlag oder über den Buchhandel. Abbestellungen sind nach Ablauf von 6 Monaten möglich und müssen bis zum 15. des Vormonats schriftlich beim Verlag vorliegen.

Einzelbestellungen an: Bundesanzeiger Verlagsges.mB.H., Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 9 76 68 - 0, Telefax (02 21) 9 76 68 278. Erfüllungsort und Gerichtsstand, soweit rechtlich zulässig: Köln.

Veröffentlichungsentgelte werden nach Millimetern von Trennlinie zu Trennlinie berechnet. Satzbreite bis 67,5 mm = 0,70 €, bis 92 mm (nur Amtlicher Teil und Nichtamtlicher Teil) = 0,94 €, bis 141 mm = 1,40 €, bis 190 mm = 1,88 € (nur Amtlicher Teil) und bis 288 mm = 2,80 € (jeweils zuzüglich 16% MwSt.). Jahresabschlüsse werden nur in den Breiten 141 mm und 288 mm, Hinterlegungsbekanntmachungen nur in der Breite von 67,5 mm gesetzt. Zentralhandelsregister: Satzbreite bis 67,5 mm = 0,77 € (zuzüglich 16% MwSt.). Bei Preisänderungen ist für die Berechnung der Veröffentlichungszeitpunkt maßgebend. Der Verlag ist berechtigt, Kostenvorschüsse zu erheben und bestimmte Veröffentlichungen (z. B. Liquidationsbekanntmachungen) nach Pauschalsätzen zu berechnen.

Für entgeltliche Veröffentlichungen gelten im Übrigen die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen für entgeltliche Veröffentlichungen im Bundesanzeiger“.

Für Lieferungen des Verlages gelten die Allgemeinen Verkaufs- und Lieferbedingungen der Bundesanzeiger Verlagsges.mB.H.

Für Werbeanzeigen amtlichen oder juristischen Schrifttums gelten die „Zusätzlichen Geschäftsbedingungen“ in Verbindung mit der Anzeigenpreisliste Nr. 12/02.

Alle Geschäftsbedingungen werden auf Verlangen zugesandt.

Land Nordrhein-Westfalen

Hinweis [1390 A]
auf die öffentliche Bekanntmachung einer Genehmigung für die Urananreicherungsanlage Gronau gemäß § 15 Abs. 3 und § 17 der Atomrechtlichen Verfahrensverordnung
Vom 22. März 2005

Das Ministerium für Verkehr, Energie und Landesplanung des Landes Nordrhein-Westfalen hat als zuständige atomrechtliche Genehmigungsbehörde der Urenco Deutschland GmbH, Röntgenstraße 4, 48599 Gronau, und der Uranit GmbH, Stetternicher Staatsforst, 52428 Jülich, mit Bescheid vom 14. Februar 2005 eine Veränderungsgenehmigung für den Ausbau der Urananreicherungsanlage Gronau (UAG) auf eine Kapazität von bis zu 4500 t Urantrennarbeit pro Jahr erteilt.

Der verfügbare Teil des Bescheides wird im Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen und in den am Standort der Urananreicherungsanlage Gronau verbreiteten Tageszeitungen jeweils in den Ausgaben vom 6. April 2005 bekannt gemacht.

Eine Ausfertigung des Bescheides ist vom Tage nach der Bekanntmachung an zwei Wochen während der Dienststunden im Ministerium für Verkehr, Energie und Landesplanung des Landes Nordrhein-Westfalen, Haroldstraße 4, 40213 Düsseldorf, im Rathaus der Stadt Gronau, Konrad-Adenauer-Straße 1, 48599 Gronau, im Stadskantoor Enschede, Hengelosestraat 51, Enschede, und in der Bibliothek Provinciehuis, Luttenbergstraat 2, Zwolle, zur Einsicht ausgelegt.

Düsseldorf, den 22. März 2005
 IV 10-8932 UAG-7/6-5.1

Ministerium für Verkehr, Energie und Landesplanung des Landes Nordrhein-Westfalen
 Im Auftrag
 Dr. R i e c h m a n n