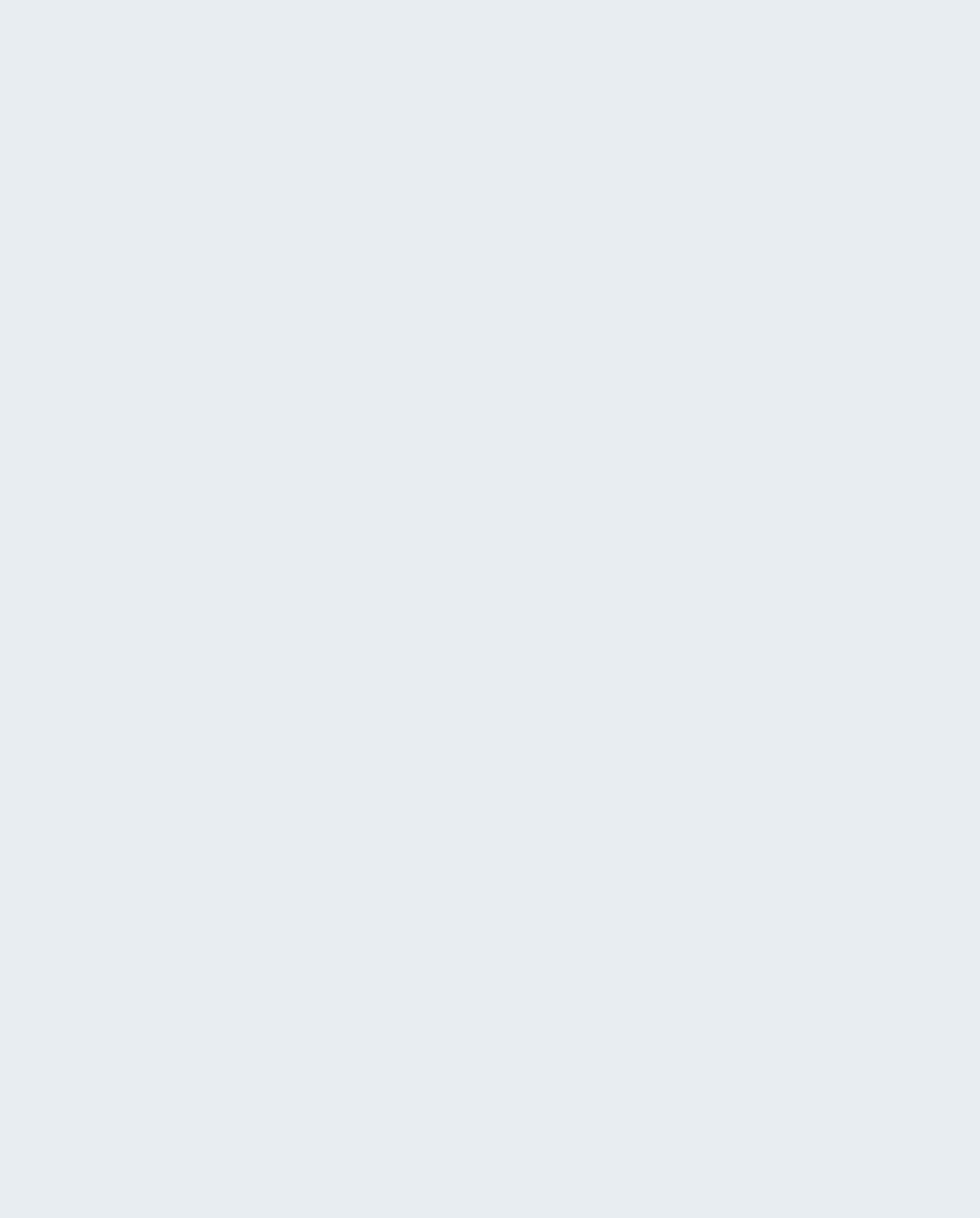


The background of the page is a blurred photograph of a large audience seated in a conference hall. In the foreground, a large, silver, spherical microphone with a fine mesh grille is positioned on the right side, partially overlapping the text box.

Konferenz

„Gesundheitsziele erfolgreich umsetzen –
europäische Erfahrungen und Perspektiven“

25. Januar 2010 Berlin, Hotel Aquino



INHALT

1	BEGRÜßUNG	4
2	EINSTIEGSVORTRÄGE	7
2.1	Definition und Umsetzung internationaler Gesundheitsziele – die Erfahrungen des WHO Regionalbüros für Europa	7
2.2	Gesundheitsziele in Europa: Ein Überblick	10
2.3	Kooperationsverbund <i>gesundheitsziele.de</i> : Neun Jahre <i>gesundheitsziele.de</i> in Deutschland – eine Zwischenbilanz	14
3	WORKSHOPS	18
3.1	Workshop 1: Konzepte zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit nachhaltig umsetzen – Strategien und Praxisberichte	18
3.2	Workshop 2: Mit Quantifizierung zum Ziel? – Herausforderungen und Chancen von Quantifizierung am Beispiel von Raucherprävalenzen	25
3.3	Workshop 3: Zieleprozesse, Aktionsprogramme, Gesundheitsinitiativen – viele Wege zum gleichen Ziel?	37
4	PLENUM	46
4.1	Berichte aus den Workshops	46
4.2	Podiumsdiskussion: Gesundheitsziele in föderalen und korporatistischen Strukturen – Strategien und Perspektiven für die Zukunft	47
5	SCHLUSSWORT	53

1 BEGRÜßUNG



Dr. Rainer Hess
(Vorsitzender Ausschuss
gesundheitsziele.de)

In seiner Begrüßung verdeutlichte Herr Dr. Hess, dass es Ziel der Konferenz sei, eine Bilanz zu ziehen über die bisher geleistete Arbeit im Rahmen von *gesundheitsziele.de* und zu diskutieren, wie der Prozess optimiert und die Zusammenarbeit zur Zielerreichung zwischen Politik und gesundheitspolitischen Akteuren sowie den gesundheitspolitischen Akteuren untereinander noch weiter gestärkt werden könne.

Die Arbeit sei von Anfang an sowohl in der Sache wie auch finanziell wesentlich durch das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt worden. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder habe den Prozess von Anfang an maßgeblich begleitet. Er dankt dem Bundesministerium für Gesundheit und der Gesundheitsministerkonferenz für die finanzielle Förderung der Konferenz. Dr. Hess stellte fest, dass Gesundheitsziele politisch auf globaler und europäischer sowie auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene als Erfordernis anerkannt seien. Entscheidend sei nun, dass diese Ziele nicht nur Teil des politischen Programmes seien, sondern in der Realität wirksam würden.

Die Umsetzung von übergreifenden Gesundheitszielen in Deutschland sei nicht einfach, da das deutsche Gesundheitssystem durch eine Kombination aus föderalem politischem System und selbstverwaltetem Gesundheitswesen gekennzeichnet sei. In diesem pluralistischen System unterschiedlicher Zuständigkeiten biete die GVG mit *gesundheitsziele.de* eine Diskussionsplattform an, über die im Gesundheitswesen verantwortliche Akteure erreicht und am Umsetzungsprozess beteiligt würden. Heute umfasse der Kooperationsverbund etwa 70 Akteure, von denen die meisten seit Beginn am Gesundheitszieleprozess mitgewirkt hätten. Dass diese Akteure *gesundheitsziele.de* bis heute treu geblieben seien, belege, dass die Arbeit im Kooperationsverbund von Überzeugungen getragen werde.

Die breite Akzeptanz der Gesundheitsziele sei ein wesentlicher Verdienst der Arbeit von *gesundheitsziele.de*. Die heutige Konferenz diene dazu, das Gesamtpaket der bisher sechs Gesundheitsziele mit ihren jeweiligen Unterzielen und Evaluationskonzepten zu diskutieren, um eine gemeinsame Perspektive für die künftige Gestaltung von *gesundheitsziele.de* festzulegen.



Dr. Volker Grigutsch,
BMG

Herr Dr. Grigutsch begrüßte die Anwesenden im Namen des Bundesministeriums für Gesundheit. Leider sei es der parlamentarischen Staatssekretärin, Frau Widmann-Mauz, kurzfristig nicht möglich gewesen, an der Konferenz teilzunehmen.

Er freue sich, heute ein Grußwort zur Gesundheitszielekonferenz zu sprechen, da er einen langen, persönlichen Bezug zu *gesundheitsziele.de* habe und den Prozess von Anfang an mit großem Interesse verfolgt und begleitet habe. Die Idee von Gesundheitszielen sei im Jahr 2000 unter Gesundheitsministerin Andrea Fischer entstanden und durch die GVG im Rahmen des Modellprojekts „Forum Gesundheitsziele“ umgesetzt worden. Aus diesem Modellprojekt habe sich innerhalb von knapp zehn Jahren ein sehr dynamischer gemeinsamer Zieleprozess in der Gesundheitspolitik entwickelt. Handlungsmaxime sei gewesen, die Umsetzung der Gesundheitsziele in die Hände der jeweils verantwortlichen Akteure im System zu geben. In den vergangenen Jahren seien durch die sechs

konzipierten Gesundheitsziele wesentliche und hochaktuelle Bereiche der Bevölkerungsgesundheit aufgegriffen worden. Das Ergebnis seien vom Konsens getragene Maßnahmen, die von den Partnern im Gesundheitswesen gut in die Praxis umgesetzt werden könnten.

Dr. Grigutsch stellte fest, dass sich das Modell, gemeinsam Ziele zu formulieren und die erarbeiteten Konzepte den jeweils verantwortlichen Akteuren im Gesundheitswesen zur Umsetzung zu empfehlen, bewährt habe. Viele Ziele würden von den angesprochenen Akteuren mit nur geringfügigen Modifikationen umgesetzt. Dieser erfolgreiche Weg solle beibehalten werden. Die heutige Konferenz könne hierfür neue Ansätze und Inspirationen für den weiteren Gesundheitszieleprozess geben, um auch künftigen Herausforderungen im Gesundheitssystem zu begegnen. Der heutige Tag biete die Gelegenheit, auch im internationalen Vergleich voneinander zu lernen und den Prozess weiter zu optimieren.

Herr Gosling überbrachte als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zunächst herzliche Grüße der Gesundheitsministerkonferenz und dankte den Veranstaltern für die Ausrichtung dieser Konferenz.

Das Ziel aller Länder sei eine engagierte Gesundheitspolitik, die in alle gesellschaftlichen Bereiche hineinwirke, um krankheitsfördernde Faktoren zu reduzieren und gesundheitsfördernde Faktoren zu stärken. Die Ausrichtung der Gesundheitspolitik und -versorgung an konkreten Zielen sei auch international ein anerkannter und vielversprechender Ansatz, durch den das Gesundheitssystem effektiver gestaltet, Prävention verstärkt und Synergieeffekte genutzt werden könnten.

Das Modellprojekt zu *gesundheitsziele.de* sei 1999 maßgeblich durch die Länder mit initiiert worden, in enger Abstimmung mit öffentlichen Händen, Kostenträgern, Leistungserbringern und Patient(inn)envertretungen. Bis heute hätten die Länder zu verschiedenen Anlässen immer wieder die Bedeutung des Gesundheitszieleprozesses unterstrichen und sich regelmäßig dafür ausgesprochen, die Arbeiten im Kooperationsverbund fortzuführen. Die Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses stelle eine wesentliche Grundlage einer effizienten und zielorientierten Gesundheitspolitik auf Bundes-, Länder sowie kommunaler Ebene dar und der Kooperationsverbund biete eine gute Plattform der Kooperation und Koordination. Aus diesem Grund seien alle im Gesundheitswesen Verantwortung tragenden Institutionen dazu aufgerufen, den Verbund in geeigneter Form zu unterstützen.

Hinsichtlich der weiteren konzeptionellen und finanziellen Unterstützung von *gesundheitsziele.de* durch die Länder bestehe bei den beteiligten Ländergremien Konsens über die Notwendigkeit einer Zieleorientierung auf Bundes- und Länderebene. Gleichzeitig orientiere sich die Ausgestaltung der Prozesse stark an den jeweiligen strukturellen und politischen Rahmenbedingungen der einzelnen Länder. Dieser in einem föderalen System gewollte Gestaltungsspielraum werde von den Ländern genutzt und führe zu einer Vielfalt von Vorgehensweisen, die das Voneinanderlernen erst ermögliche.

Gesundheitsziele seien ein ergänzendes Steuerungsinstrument im Gesundheitssystem. Sie zielten auf eine Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen, aber auch auf eine Verbesserung der Strukturen.



Enno Gosling,
MS Niedersachsen,

Ein gutes Beispiel sei das kürzlich überarbeitete Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“, bei dem unter intensiver Beteiligung des Landes Niedersachsen intersektorale Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele für das Kindes- und Jugendalter definiert worden seien. Es sei das erste Gesundheitsziel, das auf Länderebene unter Beteiligung der Gesundheitsministerkonferenz, der Kultusministerkonferenz, der Familien- und Jugendministerkonferenz sowie Vertreter(inne)n aus Gesundheitsversorgung und Wissenschaft erarbeitet worden sei. Bereits die Zielformulierung im Jahr 2003 habe Handeln ausgelöst. So seien zahlreiche Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erfolgt. Für eine Nachhaltigkeit des Prozesses sei zu wünschen, dass erfolgreich evaluierte Projekte auch verstetigt würden.

Herr Gosling stellte fest, dass die Konferenz eine Plattform bietet für Austausch und Voneinanderlernen durch Diskussion über Förderliches und Hinderliches sowie durch praxisnahe Beispiele aus dem In- und Ausland. Ziel sei, die vorhandenen Mittel sinnvoll einzusetzen und so das Gesundheitssystem effizient zu steuern, so dass sich aus der bei der alltäglichen Umsetzung in der medizinischen Versorgung konkrete Verbesserungen für die Menschen in unserem Lande ergäben. Der Weg dahin sei kein Spaziergang, sondern immer wieder ein Ringen um die beste Lösung.



2 EINSTIEGSVORTRÄGE

Moderation: Dr. Sibylle Angele, GVG

Frau Dr. Angele begrüßte die Gäste und dankte den vielen Vertreter(inne)n gesundheitspolitischer Organisationen, die seit nun fast zehn Jahren bei *gesundheitsziele.de* mitarbeiten. Es sei bemerkenswert, dass sich so viele Akteure über einen so langen Zeitraum ehrenamtlich im Gesundheitszieleprozess engagiert hätten und auch in Zukunft engagieren wollten.

gesundheitsziele.de werde getragen von Vertreter(inne)n aller Institutionen und Akteure, die – auch im weiteren Sinne – im Gesundheitswesen Verantwortung tragen: Ministerien, Behörden und anderen Institutionen des Bundes, der Länder und der Kommunen, Patient(inn)enorganisationen, Kostenträger, Leistungserbringer, Wissenschaft und die GVG. Die Arbeit in den Arbeitsgruppen sei geprägt von intensiven Diskussionen und einer guten, zielorientierten Arbeitsatmosphäre. Dies seien gute Voraussetzungen für einen erfolgreichen Zieleprozess.

gesundheitsziele.de sei ein lernendes Konzept, die Praxis erfordere regelmäßige Nachjustierung und Neuorientierung, bei der die beteiligten Akteure ihre jeweiligen Erfahrungen einbringen, so dass sich Lerneffekte ergäben. Der Prozess gründe sich auf ein kontinuierliches Geben und Nehmen. Durch die intensive Vernetzung und Verschränkung der Erfahrungen unterstützten sich die Akteure im Gesundheitswesen gegenseitig. Dies habe sich im Zusammenwirken der Zieleprozesse auf Ebene des Bundes und der Länder als sehr erfolgreich erwiesen.

Das Motto des heutigen Tages betreffe die Umsetzung der Ziele und die Weiterentwicklung des Prozesses. Zur Einführung berichteten Frau Svenja Herrmann (WHO), Herr Dr. Matthias Wismar (European Observatory on Health Systems and Policies, Belgien) und Herr Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss) von internationalen und nationalen Erfahrungen.

2.1 Definition und Umsetzung internationaler Gesundheitsziele – die Erfahrungen des WHO Regionalbüros für Europa

Svenja Herrmann, WHO Regionalbüro Europa

Frau Herrmann gab in ihrem Vortrag zunächst einen historischen Überblick über den Gesundheitszieleprozess der WHO, sowohl global als auch bezogen auf die europäische Region. Anschließend berichtete sie über Erfahrungen und Umsetzungswege auf Länderebene und stellte den heutigen Status quo dar.

Die WHO bewerte Gesundheit als Grundrecht der Menschen und als Voraussetzung für Frieden und Sicherheit.

Gesundheit für alle – global

Das Prinzip „Gesundheit für alle“ sei bereits 1946 in der Satzung der WHO verankert, zunächst jedoch nicht institutionalisiert worden. 1981 habe die Weltgesundheitsversammlung „Gesundheit für alle“ zum globalen Ziel erklärt, mit der Spezifizierung, dass „Gesundheit für alle“ nicht die Abwesenheit

von Krankheit bedeute. Vielmehr umfasse „Gesundheit für alle“ das Ziel, jedem Menschen Chancen und Gelegenheiten zu geben, sein Gesundheitspotential voll auszuschöpfen. In den Global Health Targets seien 1981 zehn Ziele festgeschrieben worden, die im Laufe der Zeit durch die Mitgliedsländer immer wieder bestätigt, aber auch nachjustiert und an die jeweiligen nationalen Gegebenheiten angepasst worden seien. Entwicklungen und Erfolge würden regelmäßig überprüft, wobei die WHO koordinierend und beratend zur Seite stehe. „Gesundheit für alle“ sei das erste Rahmenkonzept, das auf den fundamentalen Werten der Gerechtigkeit, Chancengleichheit und Solidarität basiere. Den Anstoß für diesen Ansatz habe der damalige Zeitgeist gegeben, ein neues Verständnis in Politik und Wirtschaft. „Gesundheit für alle“ sei nach wie vor ein fortlaufender Prozess.

Gesundheit für alle – europäische Region

Als europäische Region bezeichne die WHO das Gebiet von Island bis an die östliche Grenze der Russischen Föderation.

1982 hätten sich die Staaten der europäischen Region auf die Aufnahme einer europäischen „Gesundheit für alle“-Strategie geeinigt. Zunächst seien 38 Ziele mit über 200 Indikatoren und Kontrollmechanismen beschlossen worden, wobei je nach Land individuelle Prioritäten festgelegt worden seien. 1998 sei mit Blick auf das 21. Jahrhundert die Zahl der Ziele auf 21 reduziert und die Inhalte auf die Schwerpunkte Chancengleichheit und Gesundheitsdeterminanten orientiert worden. 2005 habe die vorläufig letzte Aktualisierung des Rahmenkonzeptes stattgefunden.

Die grundlegende Veränderung liege in der Entscheidung, regionale Zielsetzungen aufzugeben und stattdessen auf Werte und deren Umsetzung zu fokussieren. Eine Zielsetzung solle dann auf Länder-ebene erfolgen und sich auf die konsensual festgelegten Werte stützen. Darüber hinaus sei eine Health for all-database eingerichtet worden, auf der Gesundheitsdaten zur Bevölkerung nach Ländern eingesehen werden können.

Umsetzung und Erfahrungen

Von 53 Ländern der europäischen Region hätten 41 Länder nach einer Studie des WHO Regionalbüros 2005 ein nationales Konzept mit Gesundheitszielen in Anlehnung an „Gesundheit für alle“. Die Ziele der Länder selbst seien unterschiedlich formuliert und fokussierten auf Prozesse, Strukturen oder aber Ergebnisse. Teilweise hatte der Prozess der Gesundheitszieleformulierung dadurch einen Effekt auf regionaler Ebene, nicht jedoch einen direkten Einfluss auf das nationale Gesundheitssystem.

Der politische Wille zur Umsetzung sei meist ausgeprägt, dennoch verlaufe die Umsetzung teilweise schleppend aufgrund schwacher Strukturen oder ungünstig formulierter Ziele. Insgesamt jedoch erfahre das gesundheitsbezogene Wertesystem der WHO eine breite Akzeptanz und nehme Einfluss, indem es Diskussionen anrege und sowohl den internationalen Austausch als auch den Austausch zwischen nationaler und subnationaler Ebene fördere.

Als Nebeneffekt des Zieleprozesses seien Informationsdefizite aufgedeckt worden, die nun geschlossen werden könnten. Zu vielen Ländern gebe es nicht ausreichend Daten, die eine eindeutige Identifikation der Fortschritte in den verschiedenen nationalen Gesundheitszielekonzepten erlaubten.

Bei einer Aktualisierung der Rahmenbedingungen im Jahr 2005 seien Gesundheitsziele als wichtiges Steuerungsprinzip in der Gesundheitspolitik bestätigt worden. Gleichzeitig sei die Umsetzung am effizientesten, wenn sie als Teil einer nationalen Strategie erfolge, bei der alle Akteure auf Länderebene einbezogen werden. Dabei sei bedeutend, dass die Rollen der Akteure im System klar definiert und effektive Umsetzungsmechanismen vorhanden seien. Hinsichtlich der Daten sei entscheidend, dass nicht nur nationale Durchschnittsdaten vorlägen, sondern auch Subgruppen und Minderheiten erfasst würden. Dies gelte speziell in Westeuropa. Für eine Kontinuität der Arbeit und der Datenerfassung sei zudem wichtig, dass Ziele und Indikatoren möglichst langfristig beibehalten werden.

Heute konzentriere sich der Beitrag der WHO im Rahmen des „Gesundheit für alle“-Rahmenkonzeptes und der Gesundheitsziele auf die Länderstrategie, die Strategie zur Stärkung der Europäischen Gesundheitssysteme, die Analyse von Gesundheitsdeterminanten und die Armutsbekämpfung sowie die Millenniums-Entwicklungsziele.

Status quo

Mit der Länderstrategie habe sich die WHO darauf ausgerichtet, jedes Land bei der Erstellung der eigenen nationalen Zielsetzungen und Prioritäten zu unterstützen. Dieses kann die Erstellung eines eigenen Gesundheitszielekonzeptes beinhalten, das sich an den gemeinsam definierten Werten orientiere, jedoch auf die spezifischen nationalen Gegebenheiten fokussiere. Auf Anfrage der Länder setze die WHO zudem Prioritäten für die nationale Arbeit.

Ein zweiter Bereich sei die Stärkung europäischer Gesundheitssysteme, da es nur in starken Gesundheitssystemen Chancengleichheit, Solidarität und Partizipation gebe. Hierbei dienten die Gesundheitsziele als eines der möglichen Steuerungsinstrumente.

Drittens erforsche und analysiere die WHO das Zusammenspiel von Chancengleichheit, Armut und Gesundheitsdeterminanten. In diesem Zusammenhang biete die WHO den Ländern technische Zusammenarbeit an, um die jeweils nationale Situation zu erfassen und mittels entsprechender Instrumente gezielt zu verbessern.

Hinsichtlich der Millenniums-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen sei anzumerken, dass auch in den Industrieländern in vielen Bereichen Verbesserungsbedarf bestehe. Zu den 8 Zielen, die auf Gesundheit, Umwelt und Partnerschaft fokussierten, gehörten 48 Indikatoren. Die Fortschritte würden durch Länderberichte festgestellt. Die WHO als Hauptorganisation der Vereinten Nationen unterstütze die Länder bei der Überwachung der Ziele. Aktuell seien die Indikatoren zu wenig ausdifferenziert, hier werde nachgearbeitet.

Als Fazit stellt Frau Herrmann fest, dass das Konzept „Gesundheit für alle“ sich in vielen Programmen wiederfinde. Es definiere einen umfassenden Begriff von Gesundheit und gebe einen Anstoß in Richtung Chancengleichheit, Menschenrechte und Partizipation.

Fazit

2.2 Gesundheitsziele in Europa: Ein Überblick

Dr. Matthias Wismar (European Observatory on Health Systems and Policies, Belgien)

Gliederung des Vortrags

Herr Dr. Wismar beschrieb Erfolgsfaktoren im Gesundheitszieleprozess. Hierfür gab er zunächst einen Überblick über Verankerung und Ausrichtung von Gesundheitszielen sowie ihre jeweilige Landes- und Kontextgebundenheit. Anschließend stellte er einige Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung dar. Dabei unterlegte er seine Ausführungen mit nationalen und regionalen Beispielen aus der europäischen Region.

Ausrichtung und Verankerung von Gesundheitszielen

In der europäischen Region seien Gesundheitsziele auf nationaler, auf regionaler und kommunaler Ebene oder in einer Mischform verankert. Auch die Ausrichtung von Gesundheitszielen könne sehr unterschiedlich ausfallen und fokussiere in manchen Ländern auf Versorgung und Gesundheitsförderung, während sie in anderen intersektoral angelegt sei („Gesundheit in allen Politiken“).

Die Umsetzung der Gesundheitsziele erfolge letztendlich immer an der Basis und sei wesentlich von den örtlichen Gegebenheiten geprägt. Die Auswirkungen unterschiedlicher nationaler Voraussetzungen und Entwicklungen zeigten sich beispielsweise bei einem Vergleich der Lebenserwartung von Männern in Island und in der russischen Föderation seit 1970, die heute deutlich stärker divergiere als vor 40 Jahren. Hier schlage sich eine Vielzahl von Einflüssen nieder und deute darauf hin, dass die jeweilige nationale Problemkonstellation situationspezifische Lösungsansätze erfordere. Gleichzeitig sei die Umsetzung durch mehrere Erfolgsfaktoren determiniert.

Erfolgsfaktoren seien im Wesentlichen (1) die Eigeninitiative der gesundheitspolitischen Akteure, (2) die Regierungsverantwortung und Freiwilligkeit der Akteure, (3) Regierungsverantwortung und Allokation von Finanzmitteln, (4) die nationale Verankerung der Ziele mit lokalen Indikatoren sowie Anreizen und Sanktionsmöglichkeiten. Zudem sei ein Mindestmaß an (5) Kontinuität und überparteilichem Konsens erforderlich. In der politischen Praxis ergebe sich eine Mischung aus diesen Faktoren.

Erfolgsfaktor: Eigeninitiative gesund- heitspolitischer Akteure

Die Eigeninitiative gesundheitspolitischer Akteure beschreibe die Bereitschaft, nationale Gesundheitsziele ohne spezifische Unterstützung der Regierung aufzugreifen und umzusetzen. Ein Beispiel sei das belgische Gesundheitsziel „gesunde Ernährung in der Schule“. Im Jahr 2000 hätten zwei Schulen in Flandern begonnen, dieses Ziel in ihren Schulen umzusetzen. Diesem Beispiel seien immer mehr Schulen in Flandern, später auch im französischen Teil des Landes gefolgt, so dass dieses Gesundheitsziel heute in Belgien sehr gut umgesetzt sei. Allerdings sei eine eigeninitiierte Umsetzung stark abhängig vom Thema des Gesundheitsziels.

Erfolgsfaktor: Regierungsverantwor- tung und Freiwilligkeit der Akteure

Zu Regierungsverantwortung und Freiwilligkeit der Akteure sei Schweden ein gutes Beispiel. Die schwedische Regierung habe 2003 Ziele des öffentlichen Gesundheitswesens formuliert und gesetzlich verankert. Die Umsetzung erfolge kommunal auf freiwilliger Basis und ohne formale Umsetzungsmechanismen. Dabei würden die Kommunen durch das National Institute of Public Health mit Konzepten, Daten und Evaluation unterstützt. Im Ergebnis dieser Herangehensweise seien die

Gesundheitsziele heute intersektoral verankert und würden häufig bei vielen auch fachfremden Projekten durch z.B. eine Gesundheitsfolgenabschätzungen berücksichtigt. Gleichzeitig habe die Freiwilligkeit auch Grenzen: Ziele würden auf kommunaler Ebene nur dann umgesetzt, wenn eine Kommune vom Inhalt des Zieles überzeugt und zur Umsetzung motiviert sei.

Die Umsetzung von Gesundheitszielen werde auch durch die Bereitstellung von Finanzmitteln determiniert. Exemplarisch stellte Dr. Wismar dies am französischen nationalen Krebsplan unter Jaques Chirac (2003) dar. Das Gesundheitsziel „Reduktion der Krebsmortalität um 20% innerhalb der nächsten fünf Jahre“ sei mit 70 operationellen Zielen verfolgt worden. Hierfür habe die Regierung ein erhebliches Budget bereitgestellt und Stellen geschaffen. Zudem sei eine Rechtsverordnung zur Eindämmung des Tabakkonsums erlassen worden. Hinsichtlich der Wirksamkeit hätten sich sehr gute Entwicklungen und Ergebnisse eingestellt, beispielsweise in der Raucherprävalenz. Seitens des Rechnungshofes des Hohen Rates für öffentliche Gesundheit sei jedoch angesichts der erheblichen eingesetzten Mittel bemängelt worden, dass die Kosten für das Gesundheitssystem nicht getrennt erfasst worden und somit nicht themenspezifisch auswertbar seien. Zwar hätten sich positive Tendenzen eingestellt, durch die unzureichende Dokumentation sei es jedoch nicht möglich, diese auf konkrete Investitionen und Förderungen zurückzuführen. Der Rechnungshof vermute sogar eine Überfinanzierung, die jedoch infolge der unzureichenden Dokumentation nicht festgestellt werden könne. Hinsichtlich der Zielerreichung seien etwa 1/3 der Ziele erreicht und 1/3 teilweise erreicht worden. Ein weiteres Drittel sei noch nicht erreicht oder es lägen keine Daten für die Auswertung vor.

Der französische Krebsplan sei Teil des Public-Health-Gesetzes von 2004, das 100 Zielen umfasse. Damit habe Frankreich im Vergleich mit den anderen Ländern der europäischen Region mit Abstand die meisten Ziele. Gleichzeitig stelle sich insbesondere angesichts des großen Budgets, das dahinter stehe, die Frage, wie und ob die Erfolge dieser Fülle an Zielen evaluiert werden könne.

**Erfolgsfaktor:
Regierungsverantwortung und Allokation von Finanzmitteln**



**Erfolgsfaktor:
Nationale Verankerung,
lokale Indikatoren,
Anreize und Sanktionen**

Für eine Kombination aus nationaler Verankerung mit lokalen Indikatoren und unter Berücksichtigung von Anreizen und Sanktionsmöglichkeiten biete England ein gutes Beispiel. England habe die Gesundheitsziele und hier insbesondere die Versorgungsziele sehr konsequent strukturell verankert. Im britischen System würden auf Regierungsebene public service agreements jeweils zwischen dem Finanzministerium und den einzelnen Fachministerien geschlossen, in denen die Schwerpunktziele der kommenden Jahre fixiert seien. Auf Grundlage dieser Vereinbarungen gestalte jedes Ministerium „national service frameworks“ zur ergebnisorientierten und evaluierbaren Umsetzung der Schwerpunktziele. Dabei würden den Leistungserbringern Indikatoren auf lokaler Ebene zur Verfügung gestellt. Über diese Indikatoren setze die Regierung Anreize und Sanktionsmöglichkeiten. So erhielten beispielsweise Krankenhäuser, die anhand der Indikatoren gutes Wirtschaften belegen könnten, größere finanzielle Spielräume, während Krankenhäuser mit einer unbefriedigenden Bilanz mit Sanktionen, auch personeller Art, rechnen müssten.

Ein eindrucksvolles Ergebnis sei der Abbau der ehemals extrem langen Wartezeiten in Akut- und Sonderkrankenhäusern. 1998 habe es Wartezeiten von über 18 Monaten gegeben. 2009 hätten die meisten Patient(inn)en eine Wartezeit von vier Wochen, zudem habe sich die Anzahl von Patient(inn)en auf Wartelisten halbiert. Bei diesem Erfolg sei nicht allein die Investition in das Gesundheitssystem, sondern auch Effizienz der Investitionen entscheidend gewesen. Wales und Schottland hätten vergleichbare Investitionen, die Ergebnisse blieben jedoch deutlich hinter den englischen zurück.

Schwierigkeiten ergäben sich jedoch, wenn eine übermäßige Konzentration auf die Ziele zur Vernachlässigung anderer relevanter, aber nicht durch Indikatoren abgedeckter Bereiche führe, beispielsweise der Krankenhaushygiene. Zweitens sei nicht auszuschließen, dass in manchen Fällen Daten manipuliert würden, um die Indikatoren zu erfüllen und die Ziele zu erreichen. Die Steuerung des Gesundheitszieleprozesses über Anreizstrukturen müsse daher mit Bedacht aufgestellt werden. England habe auf die Fehlentwicklungen reagiert. Zum einen sei die Zahl der Ziele reduziert und stattdessen Versorgungsstandards in das Konzept aufgenommen worden. Zum anderen werde eine jährliche Nutzerbefragung durchgeführt. Auf diese Weise gebe es einen umfassenderen Eindruck von der Krankenhausperformance.

**Erfolgsfaktor:
Kontinuität und über-
parteilicher Konsens**

Gesundheitsziele seien grundsätzlich ein Konsensinstrument und ein Steuerungsmechanismus. Der Gesundheitszieleprozess biete gute Möglichkeiten, zwischen Landes- und kommunaler Ebene sowie der Bundesebene komplementäre Politik zu machen und über die Parteien hinweg konsensual zu arbeiten. Wenn auch nach einem Regierungswechsel die Gesundheitsziele kontinuierlich weitergeführt würden, sei dies ein schöner Erfolg.

Fazit

Als Fazit stellte Dr. Wismar fest, dass es wichtig sei, über die formulierten Ziele und Indikatoren nicht das grundsätzliche Ziel der Bevölkerungsgesundheit aus den Augen zu verlieren. Er habe deshalb in seiner Darstellung der Erfolgsfaktoren im Gesundheitszieleprozess nicht nur die Erfolge, sondern auch Risiken und Limitationen aufzeigen wollen.

Anhand der vorgestellten fünf Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitszielen könne nun überlegt und diskutiert werden, welche Optimierungspotentiale es in Deutschland gebe und wie sie umgesetzt werden könnten.

Dr. Wismar erläuterte, wie sich die für Deutschland angegebenen 27 Ziele zusammensetzen. Aufgrund der national sehr unterschiedlichen Ausprägungen von Gesundheitszielen sei es häufig sehr schwierig, Ziele eindeutig als solche zu identifizieren. Daher arbeite das EOHSP mit funktionalen Äquivalenten. Für Deutschland seien die zum Zeitpunkt der Analyse vorliegenden fünf Ziele als Zielbereiche definiert und die darunter liegenden Teilziele als Ziele erfasst worden.

Auf die Frage, ob es einen Schlüsselfaktor für Erfolg von Gesundheitszielprogrammen gebe, unterstrich Dr. Wismar dass immer eine Kombination der Faktoren wirksam war. Allerdings sei das Regierungshandeln von zentraler Bedeutung. Eine Veränderung im Versorgungsgeschehen erfordere immer eine deutliche Unterstützung durch die Regierung, beispielsweise durch eine entsprechende Rechtsgrundlage.

Rückfragen



2.3 Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de*: Neun Jahre *gesundheitsziele.de* in Deutschland – eine Zwischenbilanz

Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Ausschusses *gesundheitsziele.de* bei der GVG

In seinem Vortrag umriss Dr. Hess den Zieleprozess von *gesundheitsziele.de* in seiner fast 10-jährigen Geschichte und erläuterte die vorläufigen Ergebnisse.

Kontext Gesundheitsziele

Der Gesundheitszieleprozess in Deutschland sei unter anderem durch die globale und europäische WHO-Initiative „Health for all“ angestoßen worden. Zudem hätten erste Beschlüsse auf Länderebene Ende der 1990er Jahre dazu beigetragen, dass der Gesundheitszieleprozess in Deutschland aufgenommen worden sei.

In der GVG habe es zum damaligen Zeitpunkt den Ausschuss „Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen“ gegeben. Motiviert durch die Überzeugung, dass neben Kostendämpfung und Strukturgesetzen auch über Inhalte der Versorgung diskutiert werden müsse und dass Gesundheitsziele ein wirksames Mittel der Steuerung und Optimierung im Gesundheitswesen seien, habe sich der Ausschuss mit Gesundheitszielen beschäftigt. Er habe eine erste Definition für die Entwicklung von Gesundheitszielen für Deutschland ausgearbeitet. Das Bundesministerium für Gesundheit habe darauf die GVG beauftragt, den Gesundheitszieleprozess im Rahmen eines Modellprojektes aufzunehmen und zu koordinieren.

Anliegen Gesundheitsziele

gesundheitsziele.de bilde eine Konsensplattform, bei der sich gesundheitspolitische Akteure außerhalb des politischen Tagesgeschäftes und der dortigen Interessenkonstellationen über eine gemeinsame Zielorientierung im Gesundheitswesen abstimmen. Der vereinbarte Konsens werde anschließend der Politik zur Implementierung empfohlen. Für die Umsetzung koordiniere *gesundheitsziele.de* die Klärung der Zuständigkeiten sowie die entsprechende Erstellung eines Transferkonzeptes in den Versorgungsalltag. Die Zusammenführung von Interessen durch Vernetzung und Kooperation im Rahmen einer gemeinsamen Zielorientierung sei ein Angebot an Bund, Länder und Kommunen, gemeinsam die Qualität und Effizienz der Versorgung und letztendlich die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

Grundlagen und Voraussetzungen

Gesundheitsziele könnten nicht „von oben“ verordnet werden, sondern bedürften der Partizipation und des Konsens. Voraussetzung für das Gelingen seien die Bereitschaft der Akteure zum vernetzten Handeln, das Engagement der Beteiligten sowie eine Bereitschaft zur Selbstverpflichtung in der Umsetzung von Maßnahmen. Die Orientierung auf gemeinsame Ziele halte den Dialog sachlich, da Abgrenzungs- und Positionskämpfe weitgehend hinfällig würden. Die hohe Beteiligung gesundheitspolitischer Akteure bestätige die hohe Effizienz und den Mehrwert aus den Arbeitsgruppen. Gleichzeitig ermögliche das Prinzip der Freiwilligkeit und der Selbstverpflichtung den Akteuren, die von ihnen umzusetzenden Maßnahmen nach den jeweiligen Präferenzen zu wählen. Dadurch werde teilweise die Arbeit kompliziert, dies sei jedoch dem komplexen deutschen System geschuldet.

Im Jahr 2000 sei für den Gesundheitszieleprozess in Deutschland eine Geschäftsstelle bei der GVG eingerichtet worden. *gesundheitsziele.de* sei von 2000 bis 2006 als Modellprojekt durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert worden. Von 2006 bis 2009 habe der Kooperationsverbund (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband, DRV Bund, DKG, KBV, BÄK, BPI, BVMed, GVG) die Finanzierung getragen, BMG und GMK hätten den Gesundheitszieleprozess politisch unterstützt. Für die kommenden Jahre 2010 bis 2012 gebe es bereits die Zusage der Kooperationspartner zur weiteren Finanzierung des Zieleprozesses. Gleichzeitig bestehe der Wunsch, auch die Politik wieder finanziell einzubinden, um die Motivation und das Engagement der gesundheitspolitischen Akteure aufrecht zu erhalten. Seitens des Bundes und der Länder gebe es bereits positive Signale.

Chronologie

Der Gesundheitszieleprozess sei in mehreren Phasen verlaufen. Die ersten fünf Gesundheitsziele mit jeweiligen Oberzielen, (Teil-)Zielen und Maßnahmen seien zwischen 2000 und 2003 entworfen worden. Das sechste Gesundheitsziel folgte 2006. Zwischen 2004 und 2005 habe man die Maßnahmen umgesetzt und die Ergebnisse dokumentiert und evaluiert. Dabei habe es sich als sinnvoll erwiesen, bei der Zielformulierung die spätere Evaluation zu berücksichtigen, um Auswirkungen der Maßnahmen später zurückverfolgen zu können. 2007 sei der Prozess strukturell verankert worden und erstmalig evaluiert worden. Die Gesamtevaluation sei durch eine Befragung der beteiligten gesundheitspolitischen Akteure erfolgt, deren Auswertung gezeigt habe, dass vor allem die geringe Bekanntheit von *gesundheitsziele.de* bei Politikern und Regierungsinstitutionen bemängelt worden sei. Hier solle in Zukunft der Kontakt zur Politik verbessert werden. Zwischen 2008 und 2009 seien in den Arbeitsgruppen einzelne Gesundheitsziele evaluiert und aktualisiert worden. Ab 2010 sei geplant, die Gesundheitsziele politisch und strukturell zu verankern sowie Umsetzungsstrategien zu entwickeln.

Phasen des Prozesses

Die initiale Festlegung auf die einzelnen Gesundheitsziele sei vom Grundsatz „weniger ist mehr“ geprägt gewesen. Entsprechend habe man sich auf Grundlage einer Kriterienanalyse zunächst auf sechs Dachziele verständigt, die eine hohe Praxisrelevanz haben und präzise, realistisch und erreichbar sein sollten. Ein wesentliches Moment war die Beteiligung der umsetzenden Akteure. Des Weiteren sollten die Gesundheitsziele nach Möglichkeit an bereits bestehende Aktivitäten anknüpfen und geeignet sein, Anregungen für weitere Maßnahmen zu geben, zum Beispiel in Form von konkreten Empfehlung an Akteure im Gesundheitswesen, an Bund, Länder und Kommunen. Die intensive Vernetzung ermögliche einen fruchtbaren Austausch und ein Voneinanderlernen.

Ansprüche an Gesundheitsziele

Im Einzelnen seien Dachziele zu den Thematiken Tabakkonsum, Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 2, Kinder- und Jugendgesundheit, Patient(inn)ensouveränität und Depressive Erkrankungen entwickelt worden. Als neues Zielthema ist im letzten Jahr Gesund älter werden hinzu gekommen. Neben dem reinen Krankheitsbezug seien auch die Aspekte Gesundheitsförderung, Prävention, Bevölkerungs- und Altersgruppen sowie Bürger(innen)- und Patient(inn)enorientierung berücksichtigt worden. Zu den Gesundheitszielen Tabakkonsum, Depressive Erkrankungen und Patient(inn)ensouveränität gebe es mittlerweile außerdem Evaluationskonzepte.

Der verhältnismäßig junge Gesundheitszieleprozess habe bereits beachtliche Einflussnahme gezeigt. Ein gutes Beispiel sei die Kinder- und Jugendgesundheit, die sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene häufig Gegenstand von Zieleprogrammen werde. Ähnliche Impulse gingen von den übrigen Gesundheitszielen aus und fänden sich in Aktionsprogrammen des Bundes und der Länder wieder.

Der Gesundheitszieleprozess sei ein lernender Prozess und gleiche einem Aktionszyklus, der sich permanent aktualisiere. Dies gelte sowohl für die Ziele als auch für den Erarbeitungsprozess. Letzterer sei schwerer zu messen und werde in einer jährlichen Evaluation anhand der Kriterien „Beteiligung der Akteure“, „Umsetzung von Maßnahmen“ und „öffentliche Präsenz von *gesundheitsziele.de*“ bewertet.

Bilanzierung: Stärken und Schwächen

Die Stärken des Gesundheitszieleprozesses in seiner jetzigen Form sind für Dr. Hess offensichtlich: konsentrierte, praxisnahe und zielführende gesundheitspolitische Konzepte zur freiwilligen Umsetzung stünden zur Verfügung. Die Arbeitsergebnisse würden der (Fach-)Öffentlichkeit, Entscheidungsträgern und Interessierten zur Verfügung gestellt, zudem böten entsprechende Veranstaltungen Raum für Diskussion. Des Weiteren lieferten Gesundheitsziele Anregungen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung z.B. des Robert Koch-Instituts. Auch bei anderen gesundheitspolitischen Trägern seien konkrete Maßnahmen initiiert worden. Schließlich stellten die regelmäßig stattfindenden Gremien und Arbeitsgruppen einen Rahmen für einen kontinuierlichen fachlichen Austausch und die Kooperation mit weiteren Akteuren. Damit biete *gesundheitsziele.de* einen erheblichen Mehrwert, der deutlich über die inhaltliche Arbeit des Kooperationsverbundes hinausgehe.

Dessen ungeachtet gebe es auch Schwächen. Wie bereits erwähnt, sei der Gesundheitszieleprozess strukturell und politisch noch nicht ausreichend verankert. Zwar würden die Arbeitsergebnisse häufig aufgegriffen, jedoch nur selten mit Verweis auf den Initiator *gesundheitsziele.de*. Letztendlich zähle zwar hauptsächlich, dass die Ideen ankommen und verfolgt werden. Dennoch bestehe ein klares Ziel, das Verhältnis zu Politik und Politiker(inne)n zu verbessern. Ferner fehle den Empfehlungen von *gesundheitsziele.de* die Verbindlichkeit. Die Umsetzung werde durch das Prinzip der Freiwilligkeit sowie durch die Charakteristika eines föderalistischen und selbstverwalteten Systems begrenzt.

Perspektiven

Für die Zukunft werde deshalb an neuen Strategien für die Verankerung der Gesundheitsziele in verschiedenen Politikbereichen gearbeitet. Der Zieleprozess werde sowohl strukturell als auch inhaltlich weiter entwickelt, die Zusammenarbeit mit Bund und Ländern ausgebaut.

Inhaltliche Impulse würden gesetzt durch eine Überarbeitung der Gesundheitsziele anhand epidemiologischer Daten, wissenschaftlicher Erkenntnisse und struktureller Entwicklungen. Das neue Gesundheitsziel Gesund älter werden werde weiter entwickelt. Darüber hinaus werde diskutiert, einzelne (Teil-)Ziele zu quantifizieren.

Auch werde an neuen Strategien gearbeitet, durch die die Umsetzung der Gesundheitsziele eine höhere Verbindlichkeit erfahre.

Mit Blick auf die Bilanz fragt Dr. Angele, was Dr. Hess rückblickend anders machen würde. Er erklärt, aus heutiger Sicht würde er von Anfang an stärkeren Kontakt nicht nur zu Ministerien sondern zu Politik und Politiker(inne)n suchen. Zweitens messe er heute gemeinsamen Auftritten von Akteuren des Kooperationsverbandes im Rahmen von *gesundheitsziele.de*, wie zum Beispiel Arbeitstagen, eine größere Bedeutung bei. Gleichzeitig wäre angesichts der vorliegenden Struktur des deutschen Gesundheitswesens ein anderes Vorgehen nur schwerlich möglich gewesen.

Rückfragen



3 WORKSHOPS

3.1 Workshop 1: Konzepte zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit nachhaltig umsetzen – Strategien und Praxisberichte

Moderation des Workshops: Stephan Koesling (SLFG)

Zielsetzung des Workshops war zu diskutieren, wie Zieleprozesse sowie die Umsetzung von Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit gestaltet werden sollten, damit diese erfolgreich sind und die angestrebten Ziele nachhaltig erreicht werden.

IMPULSVORTRÄGE

Nationale Präventionspolitik zur Kinder- und Jugendgesundheit in Schweden

Prof. Dr. Sven Bremberg, Schwedisches Institut für Public Health, FHI

Strategie Im ersten Vortrag stellte Herr Prof. Bremberg (FHI Schweden) die Präventionspolitik zur Kinder- und Jugendgesundheit in Schweden vor. Die derzeitige nationale Gesundheitspolitik wurde 2002 vom schwedischen Parlament mit dem Gesamtziel verabschiedet, soziale Voraussetzungen zu schaffen, die eine gute Gesundheit in der ganzen Bevölkerung zu gleichen Bedingungen gewährleisten soll. Der Fokus dieser Strategie liege hierbei vielmehr auf den Gesundheitsdeterminanten als auf den gesundheitlichen Outcomes. Insgesamt wurden elf Gesundheitsziele zu unterschiedlichen Themengebieten (bspw. Teilhabe und Einfluss in der Gesellschaft, Tabakkonsum, Alkohol) verabschiedet, wobei sich das dritte Ziel auf das Themengebiet der Lebensverhältnisse in Kindheit und Jugend beziehe. Die Schwerpunkte dieses politischen Programms lägen vor allem auf sozialpolitischen Maßnahmen wie bezahltem Elternurlaub, flächendeckenden Vorschulen sowie der gesundheitsfördernden Wirkung guter Schulen.

Methoden Die schwedische Gesundheitspolitik sei durch dezentrale Strukturen geprägt. 290 unabhängige Gemeinden mit eigenen politischen Versammlungen finanzierten sich primär über kommunale Steuern und entschieden eigenständig über gesundheitsfördernde Aktivitäten. Die Rahmengesetzgebung liege jedoch beim schwedischen Parlament. Um die nationale Gesundheitsstrategie zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen umzusetzen, würden zwei Methoden genutzt: Zum einen sei das Nationale Institut für Public Health damit beauftragt, den Gemeinden das wissenschaftliche und praktische Verständnis für eine erfolgreiche Umsetzung vor Ort zu vermitteln (Website, Konferenzen). Zum anderen erfolge auf Gemeindeebene eine regelmäßige Erhebung von Vergleichsdaten zu Gesundheit und Gesundheitsdeterminanten, die einen öffentlichen Leistungsvergleich der einzelnen Gemeinden ermöglichen.

Aktualisierung des nationalen Gesundheitsziels Gesund aufwachsen – neue Wege in der Umsetzung

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen

Herr Altgeld ging in seiner Präsentation auf die Aktualisierung des nationalen Gesundheitsziels Gesund aufwachsen ein, das aktuell als Publikation des BMG vorliegt. Zunächst wurden die Besonderheiten des 2002 verabschiedeten Gesundheitsziels herausgestellt: So stehe neben der Lebensphasen- und Settingorientierung (Familie/Umfeld, KiTa, Schule), das Thema der Gesundheitsförderung im Mittelpunkt. Außerdem würden die Querschnittsanforderung „gesundheitliche Chancengleichheit“ sowie die Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in der Zielformulierung besonders berücksichtigt.

Themen

Hintergrund der Überarbeitung seien einerseits die zahlreichen politischen Strategien und Interventionen (bspw. die „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit auf nationaler Ebene“), die seit der Formulierung des Gesundheitsziels im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit erfolgten und zu veränderten Rahmenbedingungen führten. Andererseits habe sich die Datenlage bezüglich der Zusammenhänge zwischen Bildung, Armut und Gesundheit deutlich verbessert (z.B. durch KiGGS).

Vorgehen

In der überarbeiteten Fassung des Gesundheitsziels seien die Zielformulierungen und die beispielhaft geeigneten Maßnahmen für das jeweilige Setting sowie die Startermaßnahmen angepasst und weiterentwickelt worden. Das Ziel, die Rahmenbedingungen und Strukturen der Gesundheitsförderung in den einzelnen Settings zu optimieren, sei nun ausführlicher gestaltet und durch Aspekte wie Impfen und Qualitätssicherung ergänzt. Für die erfolgreiche Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels Gesund aufwachsen sei vor allem eine engere Zusammenarbeit auf Länderebene sowie die verstärkte Übernahme von Zielpatenschaften bspw. mit Partnern auf Bundesebene angestrebt.

Strategie

Aktivitäten der GKV zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Kai Kolpatzik, AOK Bundesverband

Herr Kolpatzik stellte die Aktivitäten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit dar. Die GKV habe 2007 settingorientierte Gesundheitsziele zur Primärprävention und Gesundheitsförderung mit den Zielgruppen (schulpflichtige) Kinder, Jugendliche und Eltern verabschiedet.

Strategien Die Ergebnisse des aktuell vorliegenden Präventionsberichts besagten, dass aus GKV-Sicht bereits in fast allen Zielbereichen der Prävention und Gesundheitsförderung eine deutliche Steigerungen in Bezug auf den Erreichungsgrad der einzelnen Ziele im Vergleich zum Vorjahr erreicht habe. Die Mehrzahl der Maßnahmen und Projekte seien in Kindergärten/KiTas durchgeführt worden, gefolgt von Grundschulen und Städten/Orten. Weiter zeige der Präventionsbericht, dass die Anzahl der im Setting direkt und indirekt erreichten Personen angestiegen sei.

Inhaltlich konzentrierten sich die meisten Aktivitäten auf Ernährung, Bewegung und Stressreduktion.

Tigerkids Herr Kolpatzik stellte anschließend ein konkretes Projekte vor. Das AOK-Kindergarten-Projekt „Tigerkids“ habe in seiner bisher dreijährigen Laufzeit etwa 4000 Kindergärten erreicht. Es setze auf ein niedrighschwelliges Angebot durch AOK-Fachkräfte vor Ort sowie Schulungen von Erzieher(inn)en. Zukünftig sollen die GKV-Gesundheitsziele zur Prävention und Gesundheitsförderung den Fokus verstärkt auf die Zielgruppe der sozial Benachteiligten richten. Auch sei eine Erweiterung der Zielgruppe auf die Kinderkrippen sowie die bundesweite und flächendeckende Ausweitung der Projekte geplant.

Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern

Dr. Sibylle Scriba, Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern

Frau Dr. Scriba erläuterte den Gesundheitszieleprozess im Bereich der Kinder- Jugendgesundheit in Mecklenburg-Vorpommern (MV). MV als ein strukturschwaches Bundesland stehe einer Vielzahl von Herausforderungen (demografischer Wandel, gesundheitliche Probleme der Bevölkerung) gegenüber und weise deshalb einen hohen Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention auf.

Vorgehen Aus diesem Grund sei 2003 das Kindergesundheitsziel „Chancengleich aufwachsen“ als Selbstverpflichtung der zuständigen Akteure (Land, Krankenkassen, Verbände usw.) verabschiedet worden. Inhaltlich erfolge eine starke Orientierung an dem bereits vorhandenen nationalen Gesundheitsziel Gesund aufwachsen, wobei weitere landesspezifische Themen (z.B. Säuglingsgesundheit, Versorgung chronisch kranker Kinder) in die Zielformulierungen aufgenommen worden seien. Die Umsetzung der Kindergesundheitsziele sei 2008 in den Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention eingearbeitet worden.

Ressort-übergreifendes Landesprogramm

Im Ergebnis sei durch dieses ressortübergreifende Landesprogramm sowie die konsequente Settingorientierung die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der gesundheitsfördernden Maßnahmen erhöht worden. So sei es bspw. möglich, Programme anderer Ministerien (z.B. Verkehrsministerium) besser zu nutzen, um dort gesundheitsfördernde Inhalte einzubringen. Auch Maßnahmen im Setting Schule hätten durch Beteiligung des Bildungsministeriums besser umgesetzt werden können.

Der gesamte Gesundheitszieleprozess mit dem Landesaktionsplan würde über eine interministerielle Arbeitsgruppe, die regelmäßig über Prioritätssetzung und Durchführung von Maßnahmen entscheidet, gesteuert. Weitere Steuerungsinstrumente sind ein Aktionsbündnis für Gesundheit und Gesundheitskonferenzen.

Abschließend stellte Dr. Scriba die Kernpunkte einer erfolgreichen Strategie zusammenfassend dar: Neben einer hohen Verbindlichkeit seien der Settingansatz, eine differenzierte Zielgruppenorientierung sowie eine Qualitätssicherung und kontinuierliche Evaluation die diesbezüglich wesentlichen Aspekte.

Erfolgsfaktoren

Kommunen: Allianzen für Kindergesundheit

Karsten Mankowsky, Rhein-Kreis Neuss

Der Vortrag von Herrn Mankowsky beschäftigte sich mit den Aktivitäten der Kinder- und Jugendgesundheits auf kommunaler Ebene. Der Rhein-Kreis Neuss (RKN) engagiere sich bereits seit einigen Jahren im Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. Unter dem Dach der Gesundheitskonferenz und auf Eigeninitiative des Gesundheitsamtes seien eine Vielzahl von Programmen und Projekten in KiTas und Schulen entwickelt und implementiert worden.

Die Einbindung der Institution sei hierbei essentiell gewesen. Hierzu seien, dem jeweiligen Bedarf der Institution angepasst, drei verschiedene Ebenen zu unterscheiden. Diese reichten von einzelnen Angeboten/Aktionen (z.B. Unterrichtsmaterialien, Vorträge), über die Durchführung von Projekten,

Vorgehensweise



bis hin zur dritten Ebene, einem Netzwerk, in dem sich Kindergärten und Schulen zusammenschließen. Die Einrichtungen sollten voneinander lernen, indem Beispiele guter Praxis weitergetragen würden und die Gesundheitsförderung fest in den Alltag integriert sei. Die Förderung von Multiplikator(inn)en sei hier deshalb ein Hauptansatzpunkt.

Praxisbeispiele

Zwei Praxisbeispiele illustrierten das beschriebene Vorgehen. Das Projekt „Hüpfdötchen – Kindergarten in Bewegung“, an dem bereits der Großteil der Kindergärten des RKN teilnahmen, sei 1996 mit dem Ziel gestartet, Bewegung in den Kindergartenalltag zu integrieren, Eltern diesbezüglich zu sensibilisieren und Vernetzung mit relevanten Partnern (regionale Sportvereine, Kinderärzte) zu fördern. Ziel des Programms „fitnetz – das gesunde netzwerk“, das 2003 begann, sei es, die Zusammenarbeit der lokalen Akteure vor Ort im Bereich der Gesundheitsförderung und Bildung zu verbessern sowie langfristig Strukturen zur kontinuierlichen Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen in den Einrichtungen zu etablieren.

Evaluation

Die Evaluation durch die Universität Düsseldorf habe gezeigt, dass die Gesundheitsförderung im RKN einen wichtigen Stellenwert einnehme und sich die Elternarbeit in den Einrichtungen verbessert habe.

Diskussion im Workshop 1

Moderation: Stephan Koesling

Podium: Prof. Sven Bremberg, Thomas Altgeld, Kai Kolpatzik, Dr. Sibylle Scriba, Karsten Mankowsky

Wie sollen die verschiedenen Gesundheitszieleaktivitäten im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit zukünftig gestaltet werden? Welche Erfolgsfaktoren sollten berücksichtigt werden?

Es wurde noch einmal die Schwierigkeit der Top-down-Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie das Thema der Dezentralisierung diskutiert. Maßnahmen in den jeweiligen Settings ließen sich demnach am erfolgreichsten direkt über die lokale Ebene implementieren. In Anlehnung an das Beispiel Schweden bestehe ein möglicher Lösungsansatz darin, die Rahmenbedingungen zwar zentral vorzugeben, bei den Projekten/Programmen aber auf lokaler Ebene anzusetzen.

Ergänzung von Top-down und Bottom-up

Von besonderer Bedeutung sei die intersektorale Vernetzung und die Verbindlichkeit seitens der Akteure. *gesundheitsziele.de* versuche deshalb zum einen auf Bundes- und Länderebene die neue Fassung von „Gesund aufwachsen“ z.B. in die verschiedenen Ministerkonferenzen einzubringen. Zum anderen werde es im Rahmen der GVG Gespräche mit den relevanten Mitgliedsorganisationen geben, um auf der Ebene der Leistungserbringer, Kostenträger etc. die Umsetzung der Gesundheitsziele zu fördern. Im Bereich der GKV werde auf Bundesebene versucht, zielgerichtet in Projekte/Programme auf allen Ebenen zu investieren und Kooperationen zu schaffen (bspw. Regionale Knoten). Der AOK-Bundesverband wolle sich künftig verstärkt in den Bereichen Bildung, Gesundheits-erziehung und Elternarbeit engagieren. Hierbei werde der transsektorale Ansatz als sehr bedeutsam erachtet und künftig stärker diskutiert. Kritisch wurde die zum Teil mangelnde Kooperation zwischen den Akteuren gesehen: So gebe es bspw. im Bereich der KiTas das Angebot einer Vielzahl nahezu identischer Parallelprogramme durch verschiedene Krankenkassen, die alle ihre Informationsmaterialien, Schulungsprogramme usw. zur Verfügung stellten. Die Bündelung von Ressourcen und Kooperation der verschiedenen Akteure in den Settings verspreche einen größeren Nutzen.

Verbindlichkeit

Die Mehrzahl (ca. 80%) der Kinder in Deutschland wachse gesund auf. Wie KiGGS jedoch gezeigt habe, gebe es ein Handlungsdefizit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen. Die Schwierigkeit bestehe nun darin, diese vulnerablen Gruppen mit gezielten Programmen zu erreichen. Nach Auffassung der Diskutanten gelinge dies am besten über den Settingansatz, wobei es nicht ausreicht z.B. nur pauschal den Bereich der Schulen zu betrachten und für alle Schulformen ein Programm zu implementieren. Hier solle nach Gruppen differenziert werden, die besonderen Bedarf aufweisen, bspw. die Berufsschulen. Die Umsetzung könne am effektivsten über die Kommunen erfolgen.

Settingansatz und Differenzierung nach Zielgruppen

Die schwedische Strategie zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit lege den Fokus auf die Determinanten von Gesundheit (Wohlstand eines Landes, Einkommensverteilung, Bildung).

Fokus auf Gesundheitsdeterminanten

Deutschland stehe in der diesbezüglichen Diskussion über die Zusammenhänge von Bildung, Einkommen und Gesundheit erst am Anfang. Zwar sei das Verständnis für diese Determinanten – gerade auch durch die gute Datenlage – auf allen Ebenen gewachsen und finde große Zustimmung. Bei der Umsetzung zur Verbesserung dieser Faktoren, so waren sich alle Diskutanten einig, befinde sich Deutschland aber noch in der Anfangsphase.

**Kooperation, Austausch
und Verbindlichkeit
stärken**

Des Weiteren bestand Einigkeit, dass Kooperation, Verbindlichkeit und Erfahrungsaustausch zwischen allen zuständigen Akteuren und Organisationen aus Bund, Ländern und Kommunen weiter ausgebaut und verstärkt werden müsse. Dabei gelte es, die Determinanten von Gesundheit verstärkt zu fokussieren und die Aktivitäten in diesem Bereich auszubauen.

**Nachhaltigkeit
von Interventionen
anstreben**

Den Grundgedanken des Settingansatzes, nämlich die Notwendigkeit der Entwicklung gesunder KiTas, Schulen und Arbeitswelten, sollten alle zuständigen Akteure verinnerlicht haben. Es sollte allen Beteiligten klar sein, dass es nicht um die Durchführung kurzfristiger Aktionen geht, sondern um die Nachhaltigkeit von Interventionen in diesem Bereich.



3.2 Workshop 2: Mit Quantifizierung zum Ziel? – Herausforderungen und Chancen von Quantifizierung am Beispiel von Raucherprävalenzen

Moderation: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Frau Prof. Maschewsky-Schneider begrüßt die Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Ziel des Workshop sei es, zu diskutieren, ob eine Quantifizierung von Gesundheitszielen sinnvoll sei und welche Art von Zielen sich dafür ggf. besonders eigne. Einige europäische Länder und auch Bundesländer in Deutschland quantifizieren einzelne Gesundheitsziele oder einzelne Indikatoren von Gesundheitszielen. Damit soll mehr Verbindlichkeit und Überprüfbarkeit der Zielerreichung gewährleistet werden. Es ist zu klären, wie diese Prozesse und Erkenntnisse für *gesundheitsziele.de* nutzbar gemacht werden können. Im Mittelpunkt des Workshops steht der Austausch von Erfahrungen mit der Quantifizierung von Gesundheitszielen. Beispielhaft soll am Thema Tabakprävention die Möglichkeit und Wege der Quantifizierung geprüft werden. Ziel dieses Workshops sei es, ein Meinungsbild zu erhalten, ob nach Einschätzung der anwesenden Fachkräfte und Wissenschaftler/innen eine quantitative Aufstellung von (Teil-)Zielen sinnvoll und empfehlenswert sei. Auch der politische Stellenwert und Möglichkeiten der Umsetzung quantifizierter (Teil-)Ziele solle diskutiert werden. Folgende Fragen sollen diskutiert werden:

- 1) Ist eine Quantifizierung möglich und sinnvoll?
- 2) Ist Tabakprävention ein gutes Beispiel für Quantifizierung?
- 3) Welche Kriterien und Voraussetzungen müssen für die Quantifizierung erfüllt sein?

IMPULSVORTRÄGE

Quantifizierung der Raucherprävalenzen auf nationaler Ebene: Voraussetzungen und Chancen

Hans-Peter Lang, BZgA

Herr Lang stellte fest, dass es in Deutschland erst seit kurzer Zeit nationale Ziele für die Senkung des Rauchens gebe. Das Ziel „Tabakkonsum verringern“ erfahre breite Unterstützung, jedoch bestehe bisher große Zurückhaltung, sich auf eindeutig definierte Zielgrößen, die in einem bestimmten Zeit-horizont erreicht werden sollen, festzulegen.

Bis zum Jahr 2001 sei nach Jahren sinkender Raucherprävalenz die Zahl der jugendlichen Raucher/-innen wieder deutlich angestiegen. Im Drogen- und Suchtbericht 2003 sei deshalb seitens der Politik das Ziel definiert worden, den Anteil der Raucher/innen unter den 12-17-Jährigen bis 2005 auf unter 20% zu senken. Auf die Zielerreichung im Jahr 2005 sei eine neue Zielsetzung des Drogen- und Sucht-rates im Aktionsprogramm 2006 gefolgt. Mit diesen Zielen seien erstmals zeitlich und quantitativ eindeutig definierte Ziele aufgestellt worden. Allerdings gebe es aktuell kein verabschiedetes natio-nales Aktionsprogramm mit aktualisierten Zielgrößen zur Senkung des Nikotinkonsums.

Einführung

Für eine erfolgreiche Quantifizierung von Zielen benannte Herr Lang mehrere Voraussetzungen:

Erfolgsfaktor: (Politische) Entscheidung	Zunächst sei entscheidend, dass ein (politischer) Wille für die Quantifizierung von Zielen auf nationalem Niveau vorhanden sei. Es bestehe Bedarf an Regelungen und Vorgaben primär von Seiten der Politik, in welcher Größenordnung das Rauchen reduziert werden solle.
Erfolgsfaktor: Festlegung von Zielgruppen und Zielgrößen	Zweitens müssten konkrete Zielgruppen und differenzierte Zielgrößen definiert werden. Eine pauschale Erfassung des Rauchverhaltens von Jugendlichen sei nur bedingt aussagekräftig, da die Entwicklungen je nach Altersgruppen, nach Geschlecht oder auch nach sozialen Gradienten sehr unterschiedlich verliefen.
Erfolgsfaktor: Evidenzbasierung	Als dritte Voraussetzung sei die Entwicklung eines nationalen Strategiekonzepts und Umsetzungsplans unerlässlich. Die darin berücksichtigten Maßnahmen und Vorgehensweisen müssten auf wissenschaftlich gesicherten Ergebnissen basieren.
Erfolgsfaktor: Policy Mix	Damit verbunden sei eine Kombination von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention („Policy Mix“). Seit 1998 habe es eine Reihe von strukturellen und verhaltenspräventiven Maßnahmen gegeben. Aktuell ist zu klären, welche der eingeleiteten Maßnahmen für die weitere Erreichung von Zielen als Erfolg versprechend bewertet und weitergeführt werden sollten.
Erfolgsfaktor: Ressourcen	Die bisher genannten Voraussetzungen seien unabdingbar verknüpft mit der Bereitstellung bzw. Verfügbarkeit der zur Zielerreichung erforderlichen Ressourcen. Dieser Aspekt erhalte besondere Bedeutung vor dem Hintergrund, dass die Tabakindustrie jährlich ein Werbebudget von 80 Millionen € aufwende, um den Tabakkonsum zu bewerben.
Erfolgsfaktor: Kooperationsstruktur	Eine effektive Senkung der Raucherprävalenz könne darüber hinaus nur im Rahmen einer guten Kooperationsstruktur und wirkungsvoller Zusammenarbeit auf der Ebene von Bund, Ländern und Gemeinden sowie mit Krankenkassen und Gesundheitsberufen gelingen. Gut gelinge dieses Zusammenspiel bereits bei Maßnahmen zur Senkung der Raucherprävalenz bei Kindern und Jugendlichen. Ein bisher vernachlässigter Bereich sei dagegen noch die Maßnahmenabstimmung und -realisierung zur Förderung des Nichtrauchens bei Erwachsenen.
Erfolgsfaktor: Evaluation, Ziel- und Maßnahmenanpassung	Zusammen genommen bildeten die genannten Aspekte eine gute Grundlage, Prognosen zu entwickeln und Zielgrößen realistisch und mit geeigneten Zeithorizonten festzulegen. Dennoch seien auch bei guten Voraussetzungen unvorhersehbare Einflüsse im Spiel, die eine treffsichere Prognose zu künftigen Entwicklungen und Entwicklungspotentialen deutlich erschwerten.

Diese Tatsache verweise auf eine weitere Voraussetzung für die erfolgreiche Quantifizierung von Zielen, nämlich der Bereitschaft zur Überprüfung der Zielerreichung sowie zur Ziel- und Maßnahmenanpassung.

Eine solche Überprüfung und Anpassung kann nach dem „Public Health Action Cycle“ erfolgen. Der „Public Health Action Cycle“ beschreibt ein systematisches Vorgehen, in dem auf Basis einer Situationsanalyse ein Planungs- und Interventionskonzept erstellt werde, auf die die Implementierung und Durchführung von Maßnahmen und anschließend deren Evaluation folge. Die Ergebnisse der Evaluation flößen dann in die erneute Situationsanalyse ein.

**Public Health
Action Cycle**

Die Chancen einer Gesundheitspolitik nach quantifizierten Zielen lägen insbesondere in der bewussten Steuerung des Zielerreichungsprozesses sowie in der systematischen Bearbeitung eines vordringlichen nationalen Gesundheitsziels.

**Chancen und
Risiken**

Eine aus Sicht von Herrn Lang noch unbeantwortete Frage sei, weshalb die Politik das Instrument der Quantifizierung bislang nur zögerlich eingesetzt habe. Hier gelte es zu analysieren, welche Risiken vermutet werden und aus welchen Gründen die Risiken höher bewertet werden als die Chancen von quantifizierten Zielfestlegungen zur Förderung des Nichtrauchens.

Quantifizierte Ziele auf Länderebene: Erfahrungen in Bayern

Dr. Joseph Kuhn, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Herr Dr. Kuhn verweist darauf, dass der Sachverständigenrat 2000/2001 Empfehlungen für die Ermittlung gesundheitspolitischer Prioritäten in der Prävention ausgesprochen habe. Danach sollten in der Zielformulierung bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder eine definierte Teilpopulation Gesundheitsprobleme mit einer signifikanten Häufigkeit, mit medizinischer und volkswirtschaftlicher Relevanz sowie mit einer akzeptablen Wirksamkeits-Kosten-Relation aufgegriffen werden, die durch geeignete Präventionsmaßnahmen wirksam und fachgerecht sowie ohne unerwünschte Nebeneffekte bekämpft werden könnten.

**Formulierung von
Gesundheitszielen**

Die nach den Kriterien des Sachverständigenrates geforderte bevölkerungsmedizinische Relevanz der Thematik Tabakkonsum liege auf der Hand. Auch bestehe unter Expert(inn)en und Bürger(inne)n in Bayern Konsens, den Tabakkonsum sowie die Passivrauchbelastung reduzieren zu wollen. Dieser Konsens sei im Rahmen von Expert(inn)enworkshops und Bürgergutachten bestätigt worden.

**Konsens über Relevanz
des Themas**

Im Modul „Rauchfrei leben“ gebe es ein halbquantifiziertes Ziel zum Einstiegsalter: Im Jahr 2004 sei beschlossen worden, eine Trendumkehr beim Einstiegsalter bis 2008 zu erreichen, zudem solle die Raucherquote bis zum Jahr 2015 um 25% gesenkt werden. Darüber hinaus gebe es nicht quantifizierte Einzelziele zur Schaffung rauchfreier Lebenswelten.

**Modul „Rauchfrei
leben“**

Datenlage Quantifizierte Ziele beinhalteten erhöhte Datenbedarfe. Auf Länderebene sei die Datenlage für quantifizierte Ziele beim Thema Rauchen häufig nicht ausreichend, flächendeckend gebe es Daten aus dem Mikrozensus. Bayern verfüge darüber hinaus über Daten aus den bayerischen Jugendgesundheitsstudien sowie aus bayernspezifischen Auswertungen der ESPAD-Studie sowie des epidemiologischen Suchtsurveys. Zudem könnten zur Passivrauchbelastung von Kindern Daten aus den sog. „Gesundheitsmonitoring-Einheiten“ herangezogen werden (einer Datenerhebung in sechs Regionen im Zusammenhang mit den Schuleingangsuntersuchungen).

Ausgangssituation Im bundesdeutschen Ländervergleich weise Bayern eine unterdurchschnittliche Raucherprävalenz auf. Wichtig sei eine differenzierte Betrachtung, in der Kriterien wie Alter, Lebenslage und Geschlecht berücksichtigt werden. Beispielsweise habe sich gezeigt, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien deutlich stärker von Passivrauchen betroffen seien. Des Weiteren nehme der Trend zum Rauchen bei jungen Männern ab, während bei jungen Frauen in Bayern kein eindeutiger Trend erkennbar sei, zudem rauchten in einigen Altersgruppen Mädchen inzwischen häufiger als Jungen. Hier sei möglicherweise geraten, künftig Mädchenspezifische Präventionsmaßnahmen aufzunehmen.

Trend Grundsätzlich sei es zwar nicht ausreichend, Ziele als Verlängerung eines bestehenden Trends zu quantifizieren. Allerdings sei ein Trend nicht immer stabil, es gebe durchaus auch Brüche und Gegenbewegungen, wie die Entwicklung der Raucherquoten bei den Jugendlichen zeige. Daher könne die schlichte Einhaltung eines positiven Trends gegebenenfalls durchaus ein legitimes Ziel sein. Zudem gebe es Subgruppen mit unklarem Trend oder einem Trend zur Zunahme in der Raucherprävalenz, die bei der Zielsetzung gesondert berücksichtigt werden sollten.

Evaluation und Anpassung der Ziele

Im Jahr 2008 habe das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit eine Sondererhebung zum Gesundheitsverhalten Jugendlicher beauftragt. Es habe sich gezeigt, um die zwischenzeitlichen Ergebnisse zu evaluieren. Es habe sich gezeigt, dass zwischen 2005 und 2008 die Raucherquote bei den 12-17-Jährigen von 15% auf knapp 11% gesunken sei. Allerdings sei ein Teil dieses Effekts möglicherweise auf Methodenunterschiede zwischen den beiden Erhebungen zurückzuführen. Beim zweiten Ziel sei eine Erhöhung des Einstiegsalters von 13 Jahren (2005) auf 13,7 Jahre (2008) festgestellt worden. Auch das dritte Ziel „rauchfreie Lebenswelten“ sei durch die zwischenzeitlichen Änderungen in der Gesetzgebung zumindest für öffentliche Räume bereits zu einem guten Teil erfüllt.

Fazit Zusammenfassend stellte Dr. Kuhn fest, dass sowohl quantifizierte als auch nicht quantifizierte Ziele eine ausreichende Datengrundlage sowie eine Begleitung durch die Gesundheitsberichterstattung erforderten.

Zweitens sei unverzichtbar, dass Ziele nicht nur datengestützt durch Fachleute, sondern im Konsens und partizipativ formuliert würden.

Drittens sei bereits bei der Zielformulierung zu berücksichtigen, welche Ressourcen für die Umsetzung der Maßnahmen und die spätere Evaluation zur Verfügung stehen.

Hinsichtlich der Vor- und Nachteile hielt er fest, dass eine Quantifizierung von Zielen die Zielformulierung (Auswahl der Items, Prognosemodelle, Verständigung mit Akteuren) erschwere, dafür aber die Evaluation erleichtere. Um der Diskussion um die Quantifizierung ihre Schärfe zu nehmen, wies er darauf hin, dass die Maßnahmen der Umsetzung häufig sehr ähnlich seien, unabhängig davon, ob das zugehörige Ziel quantifiziert sei oder nicht.

Viertens sei zu beachten, dass Ziele einen geringeren Verbindlichkeitscharakter hätten als Gesetze, was den Prozess teilweise erleichtere, teilweise aber auch erschwere. In Zeiten knapper Haushaltskassen sei ein Zieleprozess leicht politischen Unwägbarkeiten ausgesetzt. Daher sei es wichtig, die Zielediskussion bereits früh auf die politische Ebene zu bringen, damit sich politische Akteure mit diesen Zielen identifizieren und sich ggf. für sie einsetzen.

Auf die Frage nach dem konkreten Entwicklungsprozess der quantifizierten Ziele erläuterte Dr. Kuhn, dass die Festlegung auf bestimmte Zielgrößen im bayerischen Gesundheitsministerium erfolgt sei. Dieses habe seine Entscheidung jedoch auf die Diskussionen und Empfehlungen aus den zuvor genannten Expert(inn)enworkshops und Bürgerbefragungen gestützt, bei denen mit Unterstützung von Fachbehörden und epidemiologischen Sachverständigen ein Konsens erarbeitet worden sei.

Rückfragen

Zur Frage inwieweit sich ein Bundesland an den Indikatoren und Zielen auf nationaler Ebene orientiere, führte Dr. Kuhn aus, dass die Länderebene nicht einfach die nationalen Ziele umsetze, aber häufig aufgrund der gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnislage ähnliche Themen und Umsetzungskonzepte auf Bundes- wie auf Länderebene diskutiert würden. Die Umsetzung erfolge damit nicht hierarchisch, sondern parallel oder auch komplementär auf Bundes- und Länderebene. Dadurch ergäben sich Schnittmengen und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch.



Eckpunkte zur Quantifizierung von Gesundheitszielen aus dem Evaluationspapiers des Evaluationsbeirats

Dr. Dominik Dietz, BMG

Zielauswahl

Herr Dr. Dietz berichtete, dass im Evaluationsbeirat von *gesundheitsziele.de* u.a. Kriterien für die Quantifizierung von Gesundheitszielen sowie mögliche Vor- und Nachteile diskutiert worden seien. Aus dieser Diskussion sei ein Papier zur Evaluation entstanden, aus dem Dr. Dietz einige Eckpunkte vorstellte.

Die Aufstellung von Gesundheitszielen folge u.a. den Anforderungen aus dem SMART-Ansatz, d.h. sie sollten

- Simple (einfach)
- Measurable (meßbar)
- Achievable (erreichbar)
- Realistic (realistisch)
- Targeted (gezielt)

sein. Je nach Thema und Komplexität des Gesundheitsziels seien diese Anforderungen nicht immer leicht zu erreichen. Gesundheitsziele seien sehr unterschiedlich strukturiert und verankert, es könne sich um Versorgungsziele, um gesundheitsfördernde Maßnahmen oder auch um die Berücksichtigung von Gesundheitsaspekten über alle Politikbereiche handeln. Zweitens entstünden bei der Ausgestaltung teilweise Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen Ziel, Teilzielen und Maßnahmen.

Die Quantifizierung von Gesundheitszielen bringe Vor- und Nachteile mit sich.

Vorteile der Quantifizierung

Ein wesentlicher Vorteil der Quantifizierung sei, dass die damit einhergehende intensive Diskussion z.B. über geeignete Indikatoren oder den Grad der beabsichtigten Zielerreichung eine Konkretisierung der Zielsetzung und der zugrunde liegenden Maßnahmen mit sich bringe. Darüber hinaus entstehe mehr Transparenz, eine stärkere öffentliche Diskussion sowie eine höhere Verbindlichkeit bei den verantwortlichen Akteuren. Ferner biete Quantifizierung bessere Möglichkeiten für die Evaluation in Bezug auf die Zielerreichung, damit könne die Ergebnisqualität überprüft werden. Zudem werde Evidenz generiert hinsichtlich der Wirkung der eingesetzten Maßnahmen.

Nachteile der Quantifizierung

Diese Vorteile gingen mit möglichen Nachteilen einher. So könne die Quantifizierung von Gesundheitszielen Ressourcen binden, die an anderer Stelle möglicherweise effizienter eingesetzt werden könnten. Des Weiteren sei auch aus wissenschaftlicher Sicht nicht immer eindeutig, bei welchem Ziel welches Zielkriterium quantifiziert werden solle. Ein anderer Nachteil ergebe sich aus der Überprüfbarkeit der Zielerreichung und der damit einhergehenden stärkeren Verantwortung der beteiligten Institutionen: Möglicherweise ziehe ein Nichterreichen der Zielvorgaben Vorwürfe gegenüber den beteiligten Institutionen nach sich.

Die Nichterreichung von Zielvorgaben belege jedoch nicht automatisch den Misserfolg der zugrunde gelegten Maßnahmen. Vielmehr könne die Nichterreichung genauso aufgrund schlecht und zu wenig spezifisch gewählter Indikatoren oder aber durch gegenläufige Trends entstanden sein, welche positive Entwicklungen nicht anzeigten bzw. aufzehrten.

Um potentielle Vorteile zu maximieren und die Nachteile so gering wie möglich zu halten, sei es vorteilhaft, bei der Quantifizierung von Gesundheitszielen bestimmte Kriterien zu erfüllen.

Kriterien zur Optimierung

- Zunächst müsse das jeweilige Gesundheitsziel so gewählt werden, dass es durch gesundheitspolitische Maßnahmen beeinflussbar sei. Hier sei zu beachten, dass es auch viele Einflussfaktoren aus Bereichen außerhalb der Gesundheitspolitik gebe.
- Zweitens müsse die zugrunde gelegte Ursache evidenzbasiert sei, es müsse also gute und begründete Hinweise auf entsprechende Wirkungsmechanismen geben.
- Drittens solle die Zielsetzung im Konsens mit den beteiligten Akteuren formuliert werden. Die Zielformulierung solle sowohl Top-down als auch Bottom-up erfolgen.
- Entscheidend sei viertens eine wissenschaftlich fundierte Auswahl spezifischer Indikatoren, die von den beteiligten Akteuren akzeptiert sein und über den zu beobachtenden Zeitverlauf möglichst stabil bleiben sollten.
- Zu den ausgewählten Indikatoren solle fünftens eine verlässliche Datengrundlage vorhanden sein.
- Sechstens müsse der Umfang des Dokumentations- und Erhebungsaufwands vertretbar sein und durch die Akteure unterstützt werden. Der Zeitraum der Umsetzung und Evaluation solle überschaubar sein.
- Schließlich sei es bedeutsam, dass Ressourcen und Finanzierung für die Überprüfung der Zielerreichung gesichert seien.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen empfehle der Evaluationsbeirat, im Rahmen von *gesundheitsziele.de* zunächst ausgewählte Teilziele zu quantifizieren.

Empfehlung des Evaluationsbeirats

Diskussion im Workshop 2

Moderation: Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

Podium: Dr. Dominik Dietz, Dr. Joseph Kuhn, Peter Lang

Eignen sich alle Ziele gleichermaßen für eine Quantifizierung oder trifft dies insbesondere auf das Thema „Tabakkonsum“ zu?

Die Diskussionsteilnehmer/innen waren sich darüber einig, dass sich nicht alle Gesundheitsziele in gleicher Weise für eine Quantifizierung eignen. Dennoch sollten nach Möglichkeit für alle Gesundheitsziele Indikatoren gefunden werden, um die Verbindlichkeit gegenüber dem Gesundheitsziel zu erhöhen. Andernfalls werde die Zielsetzung vague.

Von politischer Seite wurde die Zielquantifizierung bewusst im Bereich Tabakkonsum vorgenommen, da dieser Bereich weniger komplex sei und Raucher/innen und Nichtraucher/innen leicht zu unterscheiden seien. Außerdem sei der Zusammenhang von Maßnahmen und Effekt bei der Raucherprävalenz relativ eindeutig. Darüber hinaus habe es bereits bei der Aufnahme des Gesundheitsziels einen gesellschaftlichen Trend gegen das Rauchen gegeben. In anderen Zielen wie z.B. „Gesund aufwachsen“ seien die Voraussetzungen und Zusammenhänge deutlich komplexer.

Aussagekräftige Daten werden als wesentliche Voraussetzung für die Quantifizierung gesehen. Wie ist die Datenlage für das Gesundheitsziel Tabakkonsum einzuschätzen und wo gibt es Verbesserungsbedarf?

Die Datenlage im Bereich „Tabakkonsum“ wurde insgesamt recht gut eingeschätzt, dennoch gebe es Schwächen. Es fehlten Zeitreihen, die Vergleichbarkeit sei schwach, zudem sei unklar, in welcher Weise Faktoren wie Ein- und Ausstiegsraten oder das Versterben von Raucher(inne)n Berücksichtigung finden müssten. Wichtig sei daher, die Indikatoren zeitgleich zur Zielformulierung zu entwickeln, um sicherzustellen, dass die erforderlichen Daten von Anfang an mit erhoben werden.

Medizinische Daten seien wenig harmonisiert und die Möglichkeiten ihrer Zusammenführung allein schon aufgrund der unterschiedlichen technischen Voraussetzungen sehr begrenzt. Aus wissenschaftlicher Sicht wäre ein Datenverbund, der Minimaldaten in Form von harmonisierten Datasets für die Auswertung zusammenführt, hilfreich.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes wurde ausgebaut und seit kurzem durch ein systematisches Monitoring unterfüttert. Aus Ländersicht bestehen die aktuellen Schwierigkeiten weniger in der Vergleichbarkeit der Daten, sondern vielmehr darin, dass nicht ausreichend Daten vorlägen.

Die Kunst der Gesundheitsberichterstattung sei, mit wenigen Fragen relativ viel Information zu gewinnen. Eine solche schlanke Befragung werde derzeit im Europäischen Gesundheitssurvey bei der Erfassung des Sozialstatus angewendet. Hier werde in 5-10 Jahren ein Benchmarking auf europäischer Ebene vorliegen.

Die Vielzahl der Akteure und Maßnahmen in Verbindung mit einer dennoch dünnen Datenlage zeige, dass nicht Daten an sich fehlten. Vielmehr gebe es deutliche Lücken in der Dokumentation. Es müsse also stärker für die Sinnhaftigkeit von Dokumentation sensibilisiert werden. Ein bewusster Ressourceneinsatz beinhalte ein Wissen über Effektivität und Effizienz der angewandten Maßnahmen. Diese Kenntnisse könnten nur durch gute Dokumentation gewonnen werden. Damit sei die Dokumentation grundlegend für die Generierung von Daten und einen zielgenauen Ressourceneinsatz.

Wie sind die Vor- und Nachteile paralleler Vorgehensweisen in einem föderalen System einzuschätzen?

In föderalen Strukturen erfolgen die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen auf nationaler und Länderebene in unterschiedlicher Geschwindigkeit. In der Schweiz gebe es daher momentan Überlegungen, nationale Ziele allgemein zu fassen, die konkrete Ausgestaltung dagegen auf kantonaler Ebene auszuführen und die Umsetzung auf Gemeindeebene zu vollziehen. Das Problem dabei sei, dass auf Gemeindeebene bislang keine Datenerhebung erfolge.

Ungleichzeitige Entwicklungen können jedoch auch Potentiale beinhalten. Hier bestehe die Möglichkeit, die kantonale unterschiedlich ausgestalteten Programme vergleichend zu evaluieren und „Best practice“-Modelle hinsichtlich Kosten und Effektivität zu ermitteln.

Dies könne auch für die nationale Ebene sinnvoll sein, zumal eine Koinzidenz mit der nationalen Gesetzgebung weitere positive Effekte auslösen könne. Vorausschauend wäre dann zu prüfen, auf welcher Ebene ein Ziel oder eine Maßnahme sinnvoll zu verankern sei.



Wie ist die politische Bedeutung von quantifizierten Zielen einzuschätzen? Wie reiht sich Quantifizierung in die Logik politischen Handelns ein?

In der Diskussion wurden zu dieser Frage unterschiedliche Positionen eingenommen:

- Aus politischer Sicht mache Quantifizierung dort Sinn, wo bereits Politiken angedacht seien, um das politische Handeln zu unterstützen, Erfolge darzustellen oder auch Druck auszuüben. Die politische Herangehensweise führe zu einer selektiven Quantifizierung. Damit sei die politische Herangehensweise gegenläufig zu einer umfassenden Zielformulierung, die durch Quantifizierung darauf abziele, die Verbindlichkeit der beteiligten gesundheitspolitischen Akteure zu erhöhen und Druck in Richtung Umsetzung auszuüben. Die Politik setze zuerst Maßnahmen um, um später mit Erfolg oder Misserfolg argumentieren zu können.
- Auf diese Position wurde kritisch entgegnet, dass es wenig effizient sei, zunächst Maßnahmen mit einer unspezifisch angenommenen Wirkungsweise durchzuführen und später auf mögliche Erfolge zu referieren. Gezielte Steuerung bedeute vielmehr, zunächst ein Ziel zu definieren, das durch entsprechende Maßnahmen erreicht werden solle. Ein bloßes Senken oder Erhöhen bestimmter Zahlen sei nicht aussagekräftig, vielmehr müsse die Effizienz von Maßnahmen durch Information und Evidenz herbeigeführt und belegt werden. Nur so könnten Ressourcen sinnvoll und zielführend eingesetzt werden.
- Häufig könne jedoch die strenge Logik einer Kausalität nicht durchgehalten werden. Außerdem bestehe die Frage der Übertragbarkeit von Ergebnissen. Ein Erfolg, der in Bayern erreichbar sei, müsse sich nicht zwingend auch in z.B. Mecklenburg-Vorpommern einstellen.
- Wirkungsmechanismen seien häufig nicht eindeutig oder nicht ausreichend steuerbar. In der Politik führe dies zu einer Assoziation von Versagen, das durch den politischen Gegner sofort genutzt werden könne. Ein Perspektivwechsel auf eine differenzierte Kausalitätsbetrachtung mit einer schrittweisen Verfolgung von Teilzielen könne das empfundene Risiko abschwächen und den Nutzen von Quantifizierung in den Vordergrund der Debatte treten lassen.

Es herrscht Konsens darüber, dass Evidenzbasierung eine wesentliche Voraussetzung für die zuverlässige Quantifizierung von Gesundheitszielen ist. Gibt es ein gemeinsames Verständnis von Evidenzbasierung? Unterstützen oder hemmen wissenschaftliche Standards die politische Umsetzung?

Eine mögliche Definition von Evidenzbasierung ist das begründete Herleiten von Problemursachen sowie das Aufstellen von Prognosen über die Wirksamkeit vorgeschlagener Lösungswege. Eine abschließende Evaluation generiere dann Evidenz hinsichtlich des jeweiligen Einzelbeitrags der beteiligten Akteure. In komplexen Interventionsprogrammen sei dieser Schritt allerdings wenig zielführend.

Die politische Landschaft sei durch schnelle Veränderungen geprägt, daher unterstützten Politiker nur sehr selten langfristige Ziele. Aus diesem Grund sei es geraten, Teilziele zu entwickeln, die möglichst innerhalb einer Legislaturperiode zu einem Ergebnis führten. Hier müsse sich die Wissenschaft auf die Politik einstellen, wenn sie etwas erreichen wolle und pragmatischer vorgehen.

Zwar bringe die Wissenschaft verfügbares Wissen in die politische Diskussion ein, der Prozess aus politischer Konsensfindung und Entscheidung folge jedoch einer breiteren Logik, in die neben wissenschaftlichen Begründungen auch andere Faktoren einfließen. Aus diesem Grund sei nicht allein die Evidenzbasierung entscheidend sondern auch politische Macht- und Spannungsverhältnisse.

Wissenschaft könne jedoch auch indirekt durch die Ausbildung des Fachpersonals, das später in den Landesbehörden arbeite und evidenzbasierte Konzepte auf den Weg bringe, Einfluss auf die Politik nehmen. Gleichzeitig bestehe trotz der unwidersprochenen Bedeutung von epidemiologischen Studien und Evidenzbasierung das Erfordernis, gesundheitspolitische Akteure für die Umsetzung der Konzepte zu gewinnen und sie einzubeziehen. Zudem flössen Faktoren des politischen Systems ein wie die Interaktion zwischen Bund und Ländern oder die Einigung mit dem Koalitionspartner. Weiterhin sei ein finanzpolitischer Rahmen gesetzt. Insofern müsse die Politik viele weitere Determinanten berücksichtigen.

Es wurde festgestellt, dass der Quantifizierungsdebatte ihre Schärfe genommen werden könne, indem Teilziele quantifiziert werden. In England seien langfristige gesundheitspolitische Ziele über mehrere Teilziele angestrebt worden. Obwohl das langfristige Ziel noch nicht erreicht sei, sei der politische Druck gering, da einige Teilziele erfüllt worden sein.

**Quantifizierung
über Teilziele**

Ein Zieleprozess über Teilziele berge jedoch auch Risiken. Nicht alle sinnvollen Maßnahmen im Rahmen eines Ziels ließen sich gut quantifizieren. Bei einer Herangehensweise über Teilziele bestehe die Gefahr, durch ungünstig gewählte Indikatoren an den Endzielen vorbeizusteuern. Aus dem Bereich der Gesundheitsziele für Kinder gebe es das Beispiel eines Teilziels Zunahme des Anteils normalgewichtiger Kinder. In diesem Fall sage die Erreichung des Teilziels nichts über Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten der Kinder aus, die Zielerreichung sei nicht aussagekräftig. Zweitens stelle sich im Gesamtziel häufig eine Annäherung oder Zielerreichung ein, die jedoch nicht aussagekräftig seien zu Trends und Entwicklungen in relevanten Untergruppen.

Ein weiterer Diskussionspunkt müsse die Frage sein, welches Evidenzkonzept zugrunde gelegt werden solle. Studien im Bereich der Gesundheitsförderung könnten nicht die gleiche Evidenz bieten wie klinische Studien. Zudem gebe es deutliche Entwicklungen in der Evidenzaufstellung, aktuelle Reviews seien deutlich breiter angelegt als frühere.

Evidenzgrad

Wirkt sich die stärkere Konkretisierung von Zielen eher positiv oder negativ auf die Ressourcenzuweisung für die Umsetzung auf?

Ein Mehr an Ressourcen führe nicht zwangsläufig zu besseren Ergebnissen. Außerdem lasse der aktuelle Stand der Haushalte auf Landes- und Bundesebene keinen Ressourcenzuwachs erwarten. Sinnvoller sei daher, Ressourcen begründet und zielführend zu steuern. Reines evidenzbasiertes Arbeiten beschränke Konzepte auf die Erfüllung des Status quo. Ressourcen müssten auch in Projekte gelenkt werden müssten, die neue Evidenz schüfen.

**Einfluss der Ziele-
definition auf die
Ressourcenzuweisung**

Die Ressourcenzuweisung solle eng an die Orientierung auf nationale Ziele gebunden sein. In der Schweiz erhielten Kantone nur Bundesmittel für Ziele, die an der nationalen Zielsetzung orientiert seien. Ziele, welche die Kantone abweichend von der nationalen Zielsetzung aufnahmen, seien ausschließlich durch die Kantone zu finanzieren.

Zusammenfassung

Prof. Maschewsky-Schneider dankte für die engagierte Diskussion. Zusammenfassend hielt sie fest, es habe weitgehender Konsens geherrscht, dass Quantifizierung sinnvoll, gleichzeitig jedoch auch an viele Bedingungen gebunden sei. Zudem sei Quantifizierung stark themenabhängig. Noch ungeklärt sei die Frage, auf welcher Ebene Steuerung am sinnvollsten erfolge, auf Bundes-, Landes- oder aber auf kommunaler Ebene.



3.3 Workshop 3: Zieleprozesse, Aktionsprogramme, Gesundheitsinitiativen – viele Wege zum gleichen Ziel?

Moderation: Dr. Sibylle Angele

Frau Dr. Angele formulierte als Anliegen des Workshops, sich über Herangehensweisen und Strategien verschiedener Zieleprozesse auszutauschen. Zwar müsse sich jeder Zieleprozess an den politischen und strukturellen Gegebenheiten orientieren, wichtig sei jedoch zugleich die Weiterentwicklung anhand der Erfahrungen in Zieleprozessen und die Vernetzung.

IMPULSVORTRÄGE

Aktionspläne, Initiativen und Strategien – Anforderungen und Vernetzung auf Bundesebene

Dr. Roswitha Voigt, BMG

Frau Dr. Voigt stellte einleitend fest, dass das BMG den nationalen Gesundheitszieleprozess maßgeblich initiiert und in der Zeit von 2000 bis 2006 auch finanziert habe. In die inhaltliche Arbeit bei *gesundheitsziele.de* gehe die Expertise aus verschiedenen Abteilungen und Ressorts ein wie z.B. in den thematischen Arbeitsgruppen von *gesundheitsziele.de*.

Es herrsche Konsens darüber, dass Gesundheit zielorientiertes Handeln braucht. Besondere Herausforderungen bildeten der demographische Wandel, die neue Morbidität sowie die begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen. Auf der Bundesebene werde daher eine Vielfalt von Initiativen ergriffen, die vom BMG initiiert wurden oder an denen sich das BMG beteiligt. Alle zielten auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung oder bestimmter Zielgruppen z.B. InForm – Deutschland Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung, die Strategie Kindergesundheit, der Aktionsplan HIV / AIDS. Zum nationalen Gesundheitszieleprozess gebe es zum Teil erhebliche Schnittmengen. Aus der Gesundheitsberichterstattung kämen wichtige Impulse für die Auswahl von Themenfeldern. So bildeten die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys die Grundlage für InForm.

Die Erfahrung zeige, dass in der Regel schnell Einigkeit hinsichtlich des Ziels bestehe. Einen Konsens über notwendige Maßnahmen und Schritte herzustellen, erfordere demgegenüber häufig einen langwierigen Einigungsprozess. Dies gelte nicht nur für *gesundheitsziele.de*. Gründe seien Einzelinteressen und die Vielzahl von Faktoren, die Gesundheit beeinflussten und außerhalb der Reichweite der Akteure des Gesundheitswesens lägen z.B. soziale Lage, Bildung.

Aktivitäten des BMG

**Herausforderungen von
Zieleprozessen**

Erfolgsfaktoren für Zieleprozesse seien: Evidenz, Partizipation, Konsens.

Erfolgsfaktoren für Zieleprozesse	Das Wissen um Wirkungsmechanismen von Maßnahmen erleichtere deren Auswahl. Evidenzbasierung sei nicht nur in der Medizin fest verankert, sondern finde auch Eingang in Primärprävention und Gesundheitsförderung, müsse jedoch hier anderen Maßstäben folgen als in der Medizin.
Vielfalt braucht Vernetzung	Es könne nicht darum gehen, alle Ziele (-Prozesse) in einem Forum anzusiedeln und zu bündeln, auch dann nicht wenn dieses, wie bei <i>gesundheitsziele.de</i> , einen übergreifenden Ansatz biete. Ein pluralistisches Gesundheitssystem brauche auch hinsichtlich zielorientierten Handelns eine gewisse Vielfalt. Das aber mache Vernetzung und Informationsfluss umso wichtiger.
Realistische und machbare Ziele und Maßnahmen	Bei der Umsetzung von Maßnahmen seien praktische Aspekte zu berücksichtigen, d.h. Ziele und Maßnahmen sollten realistisch und machbar sein. Die Umsetzung müsse außerdem berücksichtigen, dass das pluralistische Gesundheitssystem dem Subsidiaritätsprinzip unterworfen sei und Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe in geteilter Verantwortung verschiedener Akteure liege.
Optimierungspotenziale stärker nutzen	Dr. Voigt stellte fest, dass sich der nationale Gesundheitszieleprozess in den letzten Jahren sehr positiv weiterentwickelt habe. Gleichwohl sollten die vorhandenen Optimierungspotenziale in der Zukunft stärker genutzt werden.

Gesundheitsziele im „Health Policy Framework“ in Kärnten

Dr. Guido Offermanns, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

Einführung	Herr Dr. Offermanns berichtet, dass die Alpen-Adria-Universität von der Landesregierung mit der wissenschaftlichen Begleitung und Moderation des Gesundheitszielprozesses in Kärnten beauftragt worden sei. Österreich habe ähnlich wie Deutschland ein föderales System, das Gesundheitssystem sei sektoriert und stark akut-medizinisch orientiert, Prävention spiele eine untergeordnete Rolle.
Vorgehensweise	Konzeptioneller Ausgangspunkt in Kärnten sei der „Health in all policies“-Ansatz gewesen. Bereits bestehende Gesundheitszielprogramme seien gesichtet und gezielt ausgewertet worden wie bspw. auch die Methodik von <i>gesundheitsziele.de</i> . Die eingerichtete Projektgruppe habe u.a. die verschiedenen Akteure (Kostenträger, Leistungserbringer, Public Health, Selbsthilfe) umfasst. Parallel zum Zieleprozess sei die Gesundheitsberichterstattung in Kärnten aufgebaut worden, so dass sinnvolle Anpassungen vorgenommen werden konnten.

Bereits sehr früh habe Konsens darüber geherrscht, dass die Vereinbarung von Zielen allein nicht ausreichen würde und es sei die Frage aufgeworfen worden, wie Gesundheitsziele in die politische Diskussion eingebracht werden könnten. Es sei daher ein gesundheitspolitischer Bezugsrahmen als Orientierung entwickelt worden. Besonderer Wert sei auf die Integration innovativer Ansätze gelegt worden. Insbesondere sollten Aspekte der Versorgungsforschung, Public-Health-Ansätze und Gesundheitsdeterminanten integriert werden.

Verankerung in verschiedenen Politikbereichen

Anders als in Deutschland seien Gesundheitsziele für klar abgrenzbare Bevölkerungsgruppen, unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Gruppen, entwickelt worden wie z.B. Jugendliche, Krebs-erkrankte etc. Gesundheitsförderung und Prävention seien als Querschnittsthemen an alle Gesundheitsziele gelegt und bei jedem Thema Präventionspotenziale identifiziert worden. Weitere Querschnittsthemen seien: Gender, Qualität, Effizienz und Partizipation. Die auf Gruppen gerichteten Ziele seien durch Basisziele, die das System adressieren, ergänzt worden.

Gesundheitsziele für Bevölkerungsgruppen

Um den Durchdringungsgrad der Ziele zu verstärken, sei immer wieder die Frage bearbeitet worden, welche Politikbereiche einbezogen werden müssten, damit Veränderung bewirkt werden könne. Gezielt seien auch Managementaspekte einbezogen worden, um diesen Prozess optimal zu organisieren.

Einbeziehen der verschiedenen Politikbereiche

Bei der Zielentwicklung sei nach relevanten Zielgruppen, Präventionspotenzialen, Querschnittsthemen und Möglichkeiten der Umsetzung gesucht worden.

Zielentwicklung

Der „Health in all policies“-Ansatz unterstütze die Integration innovativer Konzepte von Versorgungsforschung, Health Impact Assessment und Risikomanagement. Diese Vorgehensweisen unterstützen den Transfer neuen Wissens in das Gesundheitswesen und andere Politikbereiche. Ausgehend von einer normativen Vision könnten strategische Ziele entwickelt werden, auf der operativen Ebene könnten Veränderungen bewirkt werden.

Zusammenfassung Politikbereiche

Der Blick auf konkrete Gruppen schaffe Akzeptanz für die Gesundheitsziele in der Politik und nehme diese stärker in die Verantwortung.

Auf die Frage, welche Personen und Organisationen an der Projektgruppe beteiligt waren, führt Dr. Offermanns aus, dass in der Politik die oberste Führungsebene im Gesundheitsbereich (Landesrat) angesprochen worden sei. Außerdem sei der Informationsfluss durch die Mitglieder der Projektgruppe aus unterschiedlichen Politikbereichen gewährleistet gewesen. Einer Steuerungsgruppe im Land sei außerdem regelmäßig Bericht erstattet worden. Aus dem direkten Gesundheitswesen vertreten waren die Krankenhäuser, die Krankenkassen sowie die Ärztekammer.

Rückfrage

Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – Generierung und Umsetzung von Gesundheitszielen im Rahmen einer Public-Health-Initiative

Dr. Jürgen Wuthe, Sozialministerium Baden-Württemberg

Einführung Herr Dr. Wuthe informiert, dass der Entwurf des Präventionsgesetzes des Bundes in Baden-Württemberg die Diskussion über Prävention und Gesundheitsförderung angeregt habe. Das Scheitern des Gesetzes führte dann zur Verabschiedung des Präventionspaktes Baden-Württemberg, in dem auch Gesundheitsziele festgelegt worden seien. Dieser Pakt sei zunächst zwischen dem Land und der GKV vereinbart worden. Die Einbindung weiterer Beteiligter sei am Anfang nicht erfolgt.

In Fortführung des Präventionspaktes wurde durch das Ministerium für Arbeit und Soziales eine Public-Health-Strategie für Baden-Württemberg entwickelt. Inhaltlicher Ausgangspunkt der Strategie seien die Auswirkungen des demographischen Wandels, der Wandel im Krankheitsspektrum hin zu chronischen Erkrankungen und Änderungen des Lebensstils gewesen. Im Mittelpunkt der Strategie stünden entsprechend chronische Erkrankungen und in diesem Zusammenhang die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention. Ein weiterer Teil der Überlegungen sei außerdem gewesen, dass Gesundheit neben Bildung zentraler Standortfaktor sei, um im Wettbewerb der Regionen, Länder oder Nationen bestehen zu können.

Vorgehen Zunächst sei ein breiter politischer Konsens hergestellt worden (Ministerrat, große öffentliche Anhörung, Verabschiedung der Gesundheitsstrategie durch den Ministerrat), der in eine Auftaktveranstaltung mündete. Als Leitbild sei vereinbart worden: Lebensqualität erhöhen, Wettbewerbsfähigkeit sichern, Gesundheitszustand der Bevölkerung erhalten und verbessern.

Inhalte Es seien drei strategische Ziele entwickelt worden: Entstehung chronischer Erkrankungen vermeiden bzw. hinauszögern, Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten fördern, durch Prävention und Gesundheitsförderung die Wettbewerbsfähigkeit Baden-Württembergs sichern. Es seien Handlungsfelder definiert worden und Schlüsselbotschaften zur Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung entwickelt worden. Wichtige Themen seien außerdem Patient(inn)enrechte, bürgerschaftliches Engagement und die Förderung der Fähigkeit zum Selbstmanagement.

Strukturen Das Ministerium für Arbeit und Soziales moderiere den Prozess, das Landesgesundheitsamt sei fachliche Drehscheibe. Es sei an bereits bestehende Strukturen angeknüpft worden. Das seit dem Jahr 2000 bestehende Gesundheitsforum Baden-Württemberg sei genutzt und erweitert worden u.a. um Vertreter/innen der Selbsthilfegruppen, um den partizipativen Ansatz umzusetzen.

Die Umsetzung könne nicht allein durch die Landesebene gesichert werden, sondern müsse auf der regionalen / kommunalen Ebene erfolgen. So sollen Plattformen ähnlich den Gesundheitskonferenzen eingerichtet werden, die die Akteure vor Ort einbinden. Es müsse darum gehen, die Situation vor Ort zu erfassen, um die Umsetzung organisieren zu können.

Daher müsse bereits bei der Zielformulierung berücksichtigt werden, dass Gestaltungsspielraum für die regionale Ebene erhalten bleibe. Die regionale Ebene sei außerdem in den Prozess der Zieleentwicklung einzubeziehen.

Die im Gesundheitsforum eingesetzte AG „Standortfaktor Gesundheit“ umfasse alle, die an der Umsetzung der Strategie mitwirken wollen. Sie sei für die Koordinierung der Umsetzung der Strategie verantwortlich. Die inhaltliche Arbeit würde durch Projektgruppen der AG wahrgenommen.

So habe die Projektgruppe „Gesundheitsziele“, die sich u.a. aus Vertreter(inne)n der Selbstverwaltung, Kommunen und Hochschulen zusammensetze, ausgehend von strategischen Zielen für die einzelnen Themenfelder Ziele zu entwickeln. Die Ansätze des Präventionspaktes fänden Berücksichtigung.

Auf die Frage, wie diese optimalen Bedingungen – politischer Wille sei vorhanden, Akteure seien aktiv und auch durch die Entscheidungsebene vertreten – geschaffen worden seien, antwortete Dr. Wuthe, dass eine entscheidende Triebfeder für alle Beteiligten, insbesondere auch die GKV in Baden-Württemberg, das große Interesse an Prävention und Gesundheitsförderung war. Dies wird außerdem deutlich durch die Einrichtung der „Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg“, die Ende 2009 durch das Land unter Beteiligung u.a. der GKV, der DRV und der Industrie eingerichtet wurde.

Rückfragen

Auf die Frage, inwieweit Baden-Württemberg Schnittmengen zum nationalen Gesundheitsprozess genutzt habe und ob zusätzliche Ressourcen für die Umsetzung der Gesundheitsstrategie eingesetzt wurden, erläutert Dr. Wuthe, dass die Vorarbeiten von *gesundheitsziele.de* genutzt wurden und werden. Zur Frage der Ressourcen führt er aus, dass Voraussetzung für die Beteiligung der Akteure sei, dass diese Maßnahmen durchführten und selbst finanzierten. Hinzu käme die vom Land eingerichtete Stiftung. Das Land bemühe sich auch weiter um Zustifter. Die Erträge seien nutzbar für die Umsetzung der Strategie.

Diskussion im Workshop 3

Moderation: Dr. Sibylle Angele

Podium: Dr. Guido Offermanns, Dr. Roswitha Voigt, Dr. Jürgen Wuthe

Aus den unterschiedlichen Beiträgen wurden zentrale Erfolgsbedingungen deutlich: Partizipation, Konsens, Transparenz, politische Rückendeckung. Welche Erfahrungen liegen aus anderen Bundesländern vor?

Sachsen Für Sachsen wurde festgestellt, dass derzeit eine Diskussion um die politische Verankerung der Ziele geführt und strategische Überlegungen angestellt würden, wie verbindliche Zusammenarbeit hergestellt werden könne. Hilfreich und notwendig sei eine grundlegende Wertediskussion zum Verständnis von Gesundheit mit allen Politikfeldern. Den Aspekt des Standortfaktors mit Gesundheit zu verknüpfen, sei eine interessante Möglichkeit.

In Sachsen seien die Ziele zunächst im Gesundheitsbereich entwickelt worden. Jetzt werde der Transfer in andere Politikfelder angestrebt, die bisher nicht am Prozess beteiligt gewesen seien. Von besonderem Interesse seien das Finanz- und Innenministerium, einzubinden. Eine zielführendere Strategie sei vermutlich die Einbindung von Anfang gewesen.

Als Erfolgsfaktoren seien aus der Erfahrung in Sachsen zu nennen: klare Struktur und Transparenz in Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure.

Die stärkere politische Verankerung und bessere Kommunikation können ein Beitrag zur Lösung sein.

Brandenburg Die dargestellten Beispiele zeigten, dass verschiedene Wege zu richtigen Lösungen führen können. Brandenburg habe wiederum ein anderes Vorgehen gewählt. Es seien themenbezogene Bündnisse gegründet worden, die jedoch nicht als Zieleprozess benannt wurden. Dem Land sei moderierende und initiierte Funktion zugekommen. Der Prozess selbst sei im Konsens und in eigener Verantwortung der Beteiligten erfolgt. Wichtig sei die Verknüpfung mit starker Gesundheitsberichterstattung, um eine zuverlässige Erfolgskontrolle durchführen zu können.

Gesundheit liegt in geteilter Verantwortung verschiedener Akteure. Welche Rolle spielt *gesundheitsziele.de* hierbei? Wie können die verschiedenen Ebenen zusammenwirken?

Es wurde angemerkt, dass auf Bundesebene häufig Parallelaktivitäten festzustellen sind, die immer wieder aufzufangen seien. Auf regionaler Ebene erfolge die Vernetzung und Einbeziehung der entsprechenden Akteure leichter und wirke auch auf die Bundesebene.

In der Diskussion um das Präventionsgesetz sei *gesundheitsziele.de* unzureichend berücksichtigt worden. Es sei zu wenig auf bereits Vorhandenes z.B. in Form von Arbeitsergebnissen auf Bundesebene zurückgegriffen worden.

Aktivitäten auf regionaler Ebene können nationale Aktivitäten beeinflussen. Inspiriert von den Prozessen auf Länderebene würden z.B. in Österreich Überlegungen angestellt, einen nationalen Zieleprozess anzustoßen.

Wie kann das Zusammenspiel von europäischer und nationaler Ebene aussehen? Wie können diese Ebenen sinnvoll miteinander verknüpft werden? Wie können sich Top-down- und Bottom-up-Strategien zielführend ergänzen?

Zunächst sei grundsätzlich die Zustimmung der Mitgliedstaaten der WHO erfolgt, Gesundheitszieleprozesse als Top-Down-Prozess zu organisieren. Diese Versuche seien jedoch gescheitert. *gesundheitsziele.de* habe den Bottom-up-Ansatz gewählt. Die festgestellten Schwächen seien: mangelnde politische und strukturelle Verankerung, geringer Durchdringungsgrad, mangelnde Bekanntheit, geringe Verpflichtung. Die Frage sei, wie es gelingen könne, die Schwächen zu korrigieren. Möglicherweise könne die Einrichtung eines Fonds, in den alle einzahlen, ein weiterer Schritt hin zu mehr Commitment der Akteure sein.

Darauf wird entgegnet, dass Ressourcen zwar wichtig seien, aber auch noch andere Faktoren von zentraler Bedeutung seien. Die Schlüsselfrage müsse sein, wie die richtige Mischung zwischen Top-down und Bottom-up aussehen und die Eigenmotivation der Beteiligten gestärkt werden könne.



Dr. Offermanns stellte fest, dass sich in Österreich die Anbindung an den Ansatz der WHO als sehr sinnvoll erwiesen habe. Dies habe auch mit der geographischen Lage Kärntens als Grenzland zu tun. Gerade für die Bearbeitung transnationalen Themen seien nützliche Impulse von der EU-Ebene vorhanden gewesen. Der Bezug zur EU-Ebene sei vor allem inhaltlich gestaltet worden mit dem Interesse, Wissenskanäle anzuzapfen. Notwendig sei dann nach wie vor der Transfer auf die regionale Kultur unter Einbindung der Akteure vor Ort. Top-down sei daher nicht möglich und müsse stattdessen als ein Gegenstromprinzip Bottom-up gestaltet werden.

Dr. Angele merkte an, dass die Verknüpfung mit der EU-Ebene nicht ohne Reibungspunkte sei, da die Mitgliedstaaten ihre Gestaltungsspielräume behalten wollen. So habe Frau Hermann am Vormittag berichtet, dass die WHO sich davon gelöst habe, Ziele für die Mitgliedstaaten zu definieren. Die Anbindung an die inhaltliche Diskussionen sei jedoch sinnvoll auch im Sinne des Voneinanderlernens.

Wie und wann wurden Patient(inn)en- und Selbsthilfeorganisationen in die Prozesse integriert?

In Baden-Württemberg sei der Präventionspakt zunächst mit der GKV gestaltet worden, bei der Gesundheitsstrategie seien die Selbsthilfe und Patient(inn)envertretung von vornherein eingebunden worden und seien Mitglied im Forum und der AG Standortfaktor. Dieses Vorgehen sei sehr positiv aufgenommen worden. Als Ansprechpartner seien die Landesverbände der Selbsthilfe gewählt und mit ihnen vereinbart worden, die Vertretung durch einen der Landesverbände sicherzustellen.

In Österreich sei die Selbsthilfe national zusammengeschlossen und eine entsprechende Vertreterin strukturell beteiligt worden. Die Nutzer(inn)en- und Patient(inn)enperspektive sei konsequent berücksichtigt worden. Außerdem gebe es in Österreich Patient(inn)enanwaltschaften, die an den Gremien des Gesundheitswesens beteiligt seien und auch in den Zieleprozess in Kärnten eingebunden worden seien.

Die Erfahrung in Baden-Württemberg habe auch gezeigt, dass eine frühzeitige Einbindung insb. der Akteure, die an der Umsetzung beteiligt seien, essentiell sei. Ein erster inhaltlicher Aufschlag könne durch ein Kernteam erfolgen, muss dann aber sehr schnell auf eine breite Basis gestellt werden.

Es wird systembedingt immer parallele Prozesse geben. Wie werden Gesundheitsziele mit anderen Aktionen, Maßnahmen, die parallel verfolgt werden, verknüpft? Liegen Erfahrungen vor, wie Schnittstellen genutzt werden können? Wie können parallele Prozesse effizienter gestaltet werden?

In vielen Gremien seien die gleichen Akteure (GBA, GVG, *gesundheitsziele.de*) vertreten. Es gäbe daher ausreichend Potential, Synergien für die inhaltliche Zusammenarbeit stärker zu nutzen.

In Sachsen habe „Gesund aufwachsen“ mit „InForm“ verknüpft werden können und sei sehr gut nutzbar für die strukturelle Verortung im Land (Schulnetzungsstelle) gewesen. Dies sei ein positives Beispiel für die sinnvolle Zusammenführung von Inhalt und Struktur, von Bundes- und Landesebene.

Die Verständigung auf Ziele sei recht einfach, da sie relativ unverbindlich sei. Es sei sehr viel schwieriger, Einverständnis über den Weg herzustellen. Vielleicht sei es aber auch gar nicht so essentiell wie das Einverständnis über das Ziel. Unerlässlich für die Prozesse auf Länder- und kommunaler Ebene seien jedoch klare Impulse Top-down und klares politisches Commitment von der Bundesebene.

Dr. Angele fasste zusammen, dass die Fokussierung auf die Umsetzung im Einzelnen Gefahr laufe, die Visionen des Ganzen zu sehr aus dem Blick zu verlieren. Wichtig für den Prozess sei die politische und strukturelle Verankerung. Gleichzeitig sei bei *gesundheitsziele.de* jedoch auch hinsichtlich der Verankerung vieles erreicht worden. So sei es bereits relativ gut gelungen, eine Kultur des Gebens und Nehmens zwischen den verschiedenen Prozessen zu etablieren. Dies gelänge besonders gut bei konkreten Themen wie z.B. der Zusammenarbeit zwischen Ländern und *gesundheitsziele.de* und der heutigen Konferenz, die von Bund und Ländern gemeinsam ausgerichtet wurde.

Schlusswort



4 PLENUM

4.1 Berichte aus den Workshops

- Workshop 1** Herr Koesling berichtete über die Diskussion zu Strategien der nachhaltigen Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit. Die Thematik sei über mehrere Ebenen von der nationalen bis zur Kreisebene breit diskutiert worden. Die vorgestellten Beispiele belegten, dass es gute Ansätze gebe. Gleichzeitig sei für die künftige Arbeit eine stärkere Differenzierung angemahnt worden, um Entwicklungen zielgruppenspezifischer erfassen zu können. Darüber hinaus solle künftig stärker auf Determinanten fokussiert und in Settings gearbeitet werden. Für die Zukunft sei anzunehmen, dass der intersektoralen Arbeit in Settings mehr Bedeutung zukommen werde, insbesondere zwischen den Politikbereichen Bildung und Gesundheit. Zwischen den Ebenen im föderalen System sehe er kein Spannungsverhältnis, sondern Potentiale für den fachlichen Austausch. Erfolgsfaktoren seien die Bereitschaft zur Kooperation, eine gute Koordination sowie eine geeignete Quantifizierung, durch die relevante Akteure und Instrumente eingebunden würden. Insgesamt stütze sich der Prozess auf eine Kooperation des Bundes und der Länder.
-
- Workshop 2** Frau Prof. Maschewsky-Schneider fasste die Ergebnisse aus Workshop 2 zusammen, in dem anhand der Raucherprävalenzen die Frage der Quantifizierung von Gesundheitszielen diskutiert wurde. Die politische Skepsis gegen Quantifizierung begründe sich hauptsächlich in der Sorge, der politische Gegner könne ungünstige Evaluationsergebnisse instrumentalisieren. Unter den Teilnehmer(inne)n des Workshops, die sowohl aus Wissenschaft als auch aus der Politik stammten, habe jedoch Konsens bestanden, dass Ziele quantifiziert werden sollten. Dabei müssten Überlegungen angestellt werden, welche Ziele sich für eine Quantifizierung eignen und welche Skalierung jeweils angemessen sei. Darüber hinaus folgten wissenschaftliche Empfehlungen einer Logik, die sich von der politischen Praxis unterscheidet. Zwar fließen wissenschaftliche Empfehlungen in politische Entscheidungen ein, diese seien jedoch geprägt durch weitere politische Rahmenbedingungen, welche die Entscheidung ebenfalls beeinflussten. Die Entscheidung, Gesundheitsziele zu quantifizieren, erfordere einen entsprechenden politischen Willen, darüber hinaus Ressourcen und Steuerung. Die daraus resultierende Frage, welche Akteure entscheidend seien für die Steuerung der Umsetzungsprozesse sei nicht mehr abschließend geklärt worden.
-
- Workshop 3** Frau Dr. Angele berichtete über die Diskussion um geeignete Wege der Zielerreichung im Zusammenspiel der verschiedenen Zieleprozesse. Basierend auf drei Vorträgen zu Beispielen aus Österreich, der Bundesebene und des Landes Baden-Württemberg sei die Frage thematisiert worden, wie Steuerung wirkungsvoll gestaltet werden könne. Wichtig sei, sich in der Zukunftsperspektive gedanklich über den Gesundheitsbereich hinaus zu bewegen und intersektoral zusammenzuarbeiten. Zweitens sei eine gute Zusammenarbeit zwischen Bundes- und Länderebene bedeutsam, dies sei ein gegenseitiger Prozess. Drittens solle die Debatte um Gesundheitsziele in die Öffentlichkeit getragen werden, um auch hier eine breite Diskussion anzuregen. Ein Konsens aus dem Workshop sei, im Gesundheitszieleprozess in nächster Zeit stärker auf die Kommunikation mit der politischen Ebene zu fokussieren. Erfolgsfaktoren seien Kooperation und Partizipation, die politische und strukturelle Verankerung sowie eine gute Koordinierung. Zusammen mit Transparenz und Information bewirkten diese Faktoren mehr Effizienz in der gemeinsamen Arbeit.

4.2 Podiumsdiskussion: Gesundheitsziele in föderalen und korporatistischen Strukturen – Strategien und Perspektiven für die Zukunft

Moderation: Jürgen Zurheide

Podiumsteilnehmer: Dr. Bernhard Gibis, KBV; Enno Gosling, MS Niedersachsen und GMK; Dr. Volker Grigutsch, BMG; Dr. Rainer Hess, GVG; Dr. Jörg Meyers-Middendorf, vdek; Dr. Matthias Wismar, EOHSP Belgien

Wie werden Gesundheitsziele künftig politisch verankert? Der Faktor Bildung wird inzwischen als wesentlicher Wettbewerbsfaktor und Wirtschaftsfaktor der Zukunft bewertet. In Baden-Württemberg wird an dieser Stelle auch der Faktor Gesundheit aufgenommen. Birgt dieses intersektorale Verständnis den Schlüssel für die Zukunft?

Herr Dr. Hess führte aus, dass zum Gesundheitsziel Gesund aufwachsen Bestrebungen stattgefunden hätten, die Kultusminister einzubeziehen. Für dieses Jahr liege ein Schwerpunkt auf dem Ansatz, verstärkt an die Politik heranzutreten, um das Thema Gesundheit verstärkt auf die politische Agenda zu bringen. Die GVG habe gute Konzepte, die Umsetzung sei jedoch Sache der Politik, die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zuweisen müsse. Zweitens fokussiere er auf einen Perspektivwechsel weg von einer reinen Kostenfixierung hin zu einer Orientierung auf Wirksamkeit. Dies sei der nachhaltigere Ansatz. Die Komplexität des deutschen Gesundheitssystems erfordere jedoch einen Paradigmenwechsel auf mehreren Ebenen. Hier müsse ein Ruck durch die Gesundheitspolitik und die Selbstverwaltung gehen.

**Gesundheit als
Wirtschaftsfaktor
der Zukunft?**

Welche Faktoren haben sich aus der Erfahrung anderer europäischer Staaten als Erfolgsfaktoren für Gesundheitszieleprozesse herauskristallisiert? Können diese auf den Prozess in Deutschland übertragen werden?

Herr Dr. Wismar erklärte, die Erfolgsfaktoren seien zahlreich und träten in Kombination auf. Auf der politischen Ebene sei ein Konsens unter den sozialpolitischen Akteuren bedeutsam. Darüber hinaus seien die Freiwilligkeit und das Eigeninteresse der beteiligten Akteure eine wichtige Triebfeder. Das Zusammenwirken verschiedener solcher Faktoren erlaube jedoch nur einen gewissen Grad an Fortschritt. Immer wieder sei zusätzlich der Gesetzgeber oder die Allokation von Finanzmitteln gefragt. Das Thema Gesundheitsziele werde aktuell in mehreren europäischen Ländern bearbeitet, viele Regierungen strebten eine Leistungssteigerung ihrer Gesundheitssysteme an. Auch die WHO arbeite in diese Richtung. Durch ihre Arbeit stelle die WHO zudem eine Plattform für den Länderaustausch. Hinsichtlich der Frage, ob eine föderale bzw. zentralistische Verfassung eines Staates den Prozess beeinflusse, erkennt Dr. Wismar selbstverständlich Unterschiede im gesetzlichen Rahmen oder in der Aufstellung der Länder. Gleichzeitig seien in allen Länder gleichermaßen Spannungen entlang der Dimensionen Zentrum – Peripherie oder auch national – lokal vorhanden, durch die Unterschiede in der Verfasstheit des Staates angeglichen würden. Hinsichtlich einer sinnvollen Verankerung von Gesundheitszielen in der Politik böten Norwegen, Südastralien und – mit Einschränkungen – Schweden gute Beispiele in der intersektoralen Bearbeitung von Gesundheitszielen.

**Der europäische
Vergleich**

Welche Möglichkeiten bestehen seitens der Krankenkassen, sich anders als bisher ins System einzubringen?

Beitrag der Krankenkassen

Herr Dr. Meyers-Middendorf (vdek) erinnerte daran, dass die Krankenkassen vor gut 10 Jahren den Gesundheitszieleprozess in Deutschland mit initiiert und sich zwischenzeitlich in vielfältiger Weise eingebracht hätten. Im Gesundheitszieleprozess stellten sich grundsätzlich zwei Fragen, zum einen die der Finanzierung und zum anderen die der Verankerung in der Politik. Aktuell befasse sich eine Regierungskommission aus Vertreter(inne)n verschiedener Ministerien mit der Frage einer Kopfpauschale. Da diese Akteure auch für den Gesundheitszieleprozess relevant seien, biete diese Regierungskommission evtl. einen Ansprechpartner, um dort die Thematik der Gesundheitsziele vorzubringen.

Herr Zurheide gab diese Aufforderung weiter an Herrn Dr. Hess, der entgegnete, dass sich diese Kommission ausschließlich aus Regierungsvertreter(inne)n zusammensetze. Selbstverständlich sei der Gemeinsame Bundesausschuss gerne bereit, das Thema an die Kommission heranzutragen. Gleichzeitig sehe er den Bedarf, weitere gesundheitspolitisch relevante Akteure einzubeziehen.

Herr Zurheide fragte Herrn Dr. Meyers-Middendorf, welche Wünsche seitens der Krankenkassen bestehen, um im Gesundheitszieleprozess weiterzukommen. Herr Dr. Meyers-Middendorf unterstrich die Bedeutung der Unterstützung durch Regierungsorgane. Im Gesundheitszieleprozess seien gute Ansätze und Konzepte entwickelt worden. Um diese in die Umsetzung zu bringen, sei ein Mitwirken der Politik unerlässlich. Zur Frage der Durchlässigkeit der Hierarchien für Ideen belegte aus seiner Sicht die zahlreichen guten Projekte in den Kommunen, dass hier Spielraum für Impulse von unten bestehe.

Welche Möglichkeiten bestehen aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung?

Perspektive der Ärzte und der Patientenvertretung

Herr Dr. Gibis verwies darauf, dass die Versorgung unterschiedlicher Gesellschaftsgruppen auseinanderdrifte, ein Trend, der sich bereits innerhalb Berlins beobachten lasse. Dieses Problem lasse sich nicht allein medizinisch lösen, sondern stelle eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die auch gesamtgesellschaftlich angegangen werden müsse. Die Lösung könne nicht ausschließlich in der Politik gesucht werden. Möglicherweise sei die gezielte Schaffung neuer Gremien sinnvoll, etwa in Form eines Normenkontrollrats „gesundes Leben“ (in Anlehnung an den Normenkontrollrat zur Entbürokratisierung), der eine Gesundheitsfolgenabschätzung zur Gesetzgebung vornehmen könne. Ein entsprechender Bedarf bestehe, da beispielsweise in Lebensmittelgesetzen teilweise fatale Regulierungen verankert würden.

Hinsichtlich des Gesundheitszieleprozesses erklärte Herr Dr. Gibis, dass die KBV in nächster Zukunft auf die Umsetzung von Versorgungszielen fokussiere, insbesondere zu den Themenbereichen Depression und Impfen. Mit dieser Festlegung solle der eigenen Arbeit Kontinuität verliehen werden. Die KBV wolle Gesundheitspolitik aktiv mitgestalten und nicht beliebig oder reaktiv auf die jeweilige Tagesdiskussion handeln. Entsprechend werde sich die Arbeit auf umfassende, konzertierte und gerichtete Aktionen stützen.

Hinsichtlich der Einbindung von Patient(inn)en merkte Herr Dr. Gibis an, dass Patient(inn)en sehr zu einem Mitwirken in den sie betreffenden Gesundheitsbereichen motiviert seien. Häufig mangle es allerdings noch an Beteiligungsstrukturen. Die GVG biete eine ideale Plattform, um einen umfassenden, auch sektorenübergreifenden Diskurs herzustellen.

Herr Dr. Hess ergänzte, im Gemeinsamen Bundesausschuss engagierten sich etwa 100 Patient(inn)envertreter/innen, die von Verbraucherzentralen und Patient(inn)envertretungen vorgeschlagen worden seien. Ihre Perspektive und praktische Erfahrung sei von großem Wert und unverzichtbar für den Gesundheitszieleprozess, nicht zuletzt weil die Einbeziehung der Perspektive von Betroffenen die gesamtgesellschaftliche Akzeptanz der Entscheidungen erheblich steigern.

Auf die Frage nach potentiellen Konflikten zwischen Gesundheitszielen und der Ärzteschaft erklärte Herr Dr. Gibis, dass es seitens der Ärzte durchaus Skepsis gebe. Hier sei es wichtig, auf die Gesamtstrategie zu verweisen. Die Ärzteschaft begrüße jedoch den Aspekt einer bewussten Steuerung gesundheitspolitischer Prozesse und die damit einhergehende Abwendung von einer rein reaktiven Abarbeitung einzelner Kausalitäten.

Welche Möglichkeiten bestehen auf Landesebene, sich im Gesundheitszieleprozess einzubringen?

Herr Gosling benannte als Ziel, die Gesundheitsziele in den Konferenzen weiter zu behandeln und in den Ländern konsensual umzusetzen.

**Perspektive
der Politik**

Herr Dr. Grigutsch ergänzte, im föderalen System der Bundesrepublik Deutschland gebe es ein breites Spektrum an Akteuren im Gesundheitswesen, die allesamt ihre jeweiligen Zuständigkeiten und Interessen hätten. Aus diesem Grund sei vor einigen Jahren die Frage aufgekommen, ob in einem so heterogenen System erfolgreich Gesundheitsziele verfolgt werden können. Aus dieser Motivation heraus sei damals das Modellprojekt des Bundes zu Gesundheitszielen eingerichtet worden. Die Ergebnisse heute belegten, dass ein Gesundheitszieleprozess auch in Deutschland gelingen könne. Gleichzeitig sei es wichtig, regionale und systembedingte Besonderheiten zu berücksichtigen. Es gelte, im Rahmen der vorhandenen Rahmenbedingungen das Beste aus dem Prozess zu machen.

Herr Zurheide fragte Herrn Gosling nach Schwerpunkten in der gesundheitspolitischen Arbeit seines Bundeslandes. Herr Gosling führte an, in Niedersachsen fokussierten die aufgelegten Programme vorrangig auf die Schwerpunkte demographischer Wandel, „Gesund älter werden“ sowie Kinder- und Jugendgesundheit. Durch die föderale Verfasstheit Deutschlands sei es möglich, dass nicht jedes der 16 Bundesländer alle Themen umfassend behandeln müsse. Vielmehr könne man im Ländervergleich voneinander lernen und best-practice-Beispiele sammeln. Wichtig sei, die Ergebnisse der jeweiligen Landesprogramme in die Politiken aller Länder zu bringen.

Wer kann diese Themen weiter in die Politik und auch in die Öffentlichkeit tragen?

Herr Gosling erklärte, *gesundheitsziele.de* biete eine Möglichkeit, die Thematik von außen an die Politik heranzutragen. Die Gesundheitsministerkonferenz habe lediglich die Möglichkeit, das Thema Gesundheitsziele durch gemeinsame Beschlüsse in ihren Gremien zu befördern. Eine Thematisierung von außen wirke jedoch breiter und sei daher effektiver.

Herr Dr. Grigutsch bestätigte die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit. Gleichzeitig könne von der Politik nicht erwartet werden, dass diese die vorgebrachten Anliegen von oben nach unten ‚durchregiere‘. Das Hauptanliegen müsse im Moment sein, den Gesundheitszieleprozess in der Politik bekannt zu machen. Aktuell seien noch zu wenige politische Entscheidungsträger über den Gesundheitszieleprozess und seine Aufgaben informiert. Hier bestehe seitens der beteiligten Akteure die Aufgabe, entsprechendes Interesse zu wecken.

Wie gestaltet sich die intersektorale Zusammenarbeit im Rahmen des Gesundheitszieleprozesses in Baden-Württemberg?

intersektorale gesundheitspolitische Zusammenarbeit in Baden Württemberg

Herr Dr. Wuthe führte aus, der Weg zur baden-württembergischen Gesundheitsstrategie sei nicht monokausal gewesen. Ein entscheidender Impuls sei entstanden aus Diskussionen im Staatsministerium zur Fragestellung der Wechselwirkung zwischen den Bereichen Gesundheit und Ökonomie. Aus dieser Diskussion heraus und gemeinsam mit den Diskussionen um Prävention und Gesundheitsförderung habe eine Entwicklung stattgefunden, die zur heutigen intersektoralen Gesundheitsstrategie geführt habe. Mit Blick auf andere Bundesländer und die Bundesebene betont er, dass hier jeweils unterschiedliche Voraussetzungen bestünden. Daher lasse sich der baden-württembergische Prozess nicht einfach auf andere Länder oder die Bundesebene übertragen.



Beiträge aus dem Kreis der Teilnehmer/innen:

Aus dem Publikum wurde angemerkt, dass die stärkere Verankerung der Gesundheitsziele im Gemeinsamen Bundesausschuss die Umsetzung der Gesundheitsziele maßgeblich unterstützen könne.

Einbringen der Gesundheitsziele in den GBA

Auf die Frage, inwieweit die GMK die Zusammenarbeit mit benachbarten Sektoren anstrebe, unterstrich Herr Gosling die Bedeutung der intersektoralen Zusammenarbeit. In diesem Sinne finde auch eine Vernetzung der verschiedenen Fachgremien und Ministerkonferenzen statt. Darüber hinaus habe der Rechnungshof angemahnt, Parallelstrukturen aufzulösen. Auch dieser Prozess bewirke eine intensivere Zusammenarbeit.

intersektorale Zusammenarbeit auf Länderebene?

Herr Dr. Wismar ergänzte, das EOHSP habe in den letzten 18 Monaten intersektorale Politikdialoge mit Ministerien in verschiedenen europäischen Staaten durchgeführt. Dabei habe sich gezeigt, dass dort seitens der Ministerien große Bedenken bestünden, durch einen intersektoralen Ansatz könnten Entscheidungen aufoktroiert werden, obwohl sich die Zusammenarbeit auf Dialoge beschränke. Zweitens habe sich gezeigt, dass in einigen Ländern die Begrifflichkeiten uneinheitlich genutzt würden. Für den Aufbau einer guten intersektoralen Kooperation seien daher noch einige Voraussetzungen zu schaffen. Zwar gebe es viele Verbindungen zwischen den Politikbereichen, jedoch fehle ein strukturierter Dialog.

Erschwerend käme hinzu, dass jeder Sektor seine eigene Logik verfolge. Gesundheitsziele seien lediglich im Gesundheitssektor relevant.

Herr Gosling fügte an, dass es immer wieder Beispiele gebe, in denen die Ministerpräsidentenkonferenz die Chefs der Staatskanzleien darum bitte, ein Thema in ihrem Kreis zu behandeln. Eine solche Bitte könne in derselben Weise auch von den Gesundheitsministern an die Chefs der Staatskanzlei herangetragen werden. Dies sei ein wirksames Instrument.

Auf die Frage nach dem Einfluss finanzieller Überlegungen und Anreize führte Herr Dr. Jörg Meyers-Middendorf an, dass Krankenkassen zunächst immer dort investieren, wo sie einen Nutzen aus der Investition erwarten.

Einfluss finanzieller Überlegungen

Herr Dr. Wismar ergänzte, dass Finanzen immer eine Rolle spielten. Geld könne gar als die Lingua Franca der intersektoralen Zielumsetzung bezeichnet werden. Ein Beispiel aus dem internationalen Bereich sei die Weltbank, welche Tabakkonsum und AIDS-Erkrankung nicht aus Gründen der Gesundheit bekämpfe, sondern um die Produktivität der Gesellschaft zu erhalten und den Ausfall von Arbeitskräften zu reduzieren. Solche Beispiele gebe es auch auf der Ebene der Bundesländer, wo zwischen dem Gesundheits- und anderen Fachministerien teilweise Win-Win-Situationen existierten. In solchen Fällen sei die intersektorale Zusammenarbeit wahrscheinlich, denn Geld sei eine Sprache, die alle verstehen, selbst wenn Gesundheit an sich nicht für alle Beteiligten das vordringliche Ziel sei.

Wünsche für den Zieleprozess im kommenden Jahr:

Perspektive Herr Dr. Grigutsch hofft auf einen deutlich zunehmenden Bekanntheitsgrad des Gesundheitszieleprozesses, weit über den Kreis der unmittelbar involvierten Akteure hinaus.

Herr Dr. Gibis denkt an eine Kultur der Zieleorientierung, in der Akteure eigeninitiativ die Umsetzung von Maßnahmen einleiten. Darüber hinaus würde er es begrüßen, wenn im derzeitigen Gesundheitsreformprozess der Begriff der Gesundheitsziele in eines der Dokumente aufgenommen würde und auf diese Weise Eingang in Gesetzgebungsdokumente erhielte.

Herr Dr. Meyers-Middendorf wünscht, dass das Thema Gesundheitsziele stärker Eingang in die öffentliche und politische Diskussion erhielte, um auf diese Weise neue, bisher nicht involvierte Akteure für eine Mitarbeit im Gesundheitszieleprozess zu gewinnen.

Herr Dr. Wismar hätte im kommenden Jahr gerne die Gelegenheit, anlässlich von Politikdialogen zur Umsetzung von Gesundheitszielen in anderen Ländern Expert(inn)en mit Paradebeispielen der Umsetzung aus Deutschland einzuladen.

Herr Gosling erhofft sich für das kommende Jahr eine gesamtgesellschaftliche Verankerung der Gesundheitsziele und nicht zuletzt ein breiteres Verständnis der hier generierbaren wirtschaftlichen Vorteile.

5 SCHLUSSWORT

Herr Dr. Hess schloss die Konferenz mit Dank an alle, die mitgewirkt haben. Insbesondere dankt er Herrn Dr. Grigutsch und Herrn Gosling für die Unterstützung des BMG und der GMK sowie allen Anwesenden für ihre Beiträge und die engagierte Beteiligung.

Die Konferenz habe gezeigt, dass *gesundheitsziele.de* konzeptionell und methodisch gut aufgestellt sei. Jetzt gehe es darum, verstärkt auf die Umsetzung hinzuwirken. Dabei seien mehrere Facetten zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss allein könne nicht die ganze Breite der relevanten Akteure erreichen. Allerdings habe der GBA die Möglichkeit, umfassende Ansätze stärker zu betonen. Dies könne durch Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätsindikatoren, eine Leitlinienbewertung oder auch entsprechende konzeptionelle Umsetzungen im System erfolgen.

Aus seiner Sicht wurde die Rolle der kommunalen Ebene nicht ausreichend angesprochen. Ihre Einbindung in den Gesundheitszieleprozess sei jedoch unerlässlich, da sie den Kontakt zu Akteuren der Umsetzung vor Ort habe und lokale Besonderheiten kenne, die bei der Implementierung Berücksichtigung finden müssten. Für die künftige Arbeit im Gesundheitszieleprozess hoffe er daher auf eine stärkere Einbeziehung der kommunalen Ebene. In den Kommunen gebe es bereits Beispiele von Strukturen, die auf freiwilliger Basis organisiert seien und hervorragend funktionierten. Solche Beispiele ließen sich durchaus auch im europäischen Vergleich vorzeigen.

Ein weiterer wesentlicher Punkt sei der verstärkte Kontakt zur Politik. Dabei sei es vorstellbar, an die neue Regierung heranzutreten mit dem Anliegen, die Themen Gesundheitsziele und Prävention mit ins Programm und in die Programmkommission aufzunehmen. Hier könne möglicherweise ein Ansatz gefunden werden, um die konkreten Instrumente in ein Regierungsprogramm und zur Umsetzung in die Fläche zu bringen. Voraussetzung für ein solches Vorgehen sei jedoch eine funktionierende Selbstverwaltung sowie ein Konsens unter den am Prozess Beteiligten. Nur eine funktionierende und fruchtbare Zusammenarbeit sei eine überzeugende Empfehlung für die Umsetzung des Konzeptes in der Politik.

Auf dieser Grundlage solle nicht nur Kontakt zur Politik und zu den Ministerien gesucht werden, sondern darüber hinaus zu den einzelnen Abgeordneten in den Wahlkreisen. Darüber hinaus müsse und könne *gesundheitsziele.de* einen konkreten Mehrwert anbieten, beispielsweise durch eine Datenbank, bei der Informationen über vorliegende Konzepte und erprobte Modelle in anderen Kommunen oder Bundesländern eingesehen werden könnten. Auf diese Weise würden interessierte Akteure darin unterstützt, in ihrer Umgebung eigene Projekte anzustoßen.

gesundheitsziele.de sei nicht nur ein Ansatz, sondern ein Baukasten mit vielen wertvollen Elementen. Die heutige Gesundheitszielekonferenz habe weitere wichtige Elemente zu diesem Baukasten hinzugefügt. Darüber hinaus sei das bisherige Engagement bestätigt und neu motiviert worden. Die positive Resonanz der Teilnehmer/innen vermittele die Rückversicherung eines gemeinsamen Ziels und den Auftrag, den Gesundheitszieleprozess weiterzuführen.

Impressum:

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
Hansaring 43
50670 Köln

Tel.: +49 221 - 912867-0

Fax: +49 221 - 912867-6

E-Mail: info@gvg.org

Web: www.gvg.org

Berichte aus den Workshops:

Gabriele Klärs

Monika Roth

Holger Schmidt

Gestaltung: I. Kurtenbach, www.copiloten.de