

Informationsdienst

gesundheitsziele.de - eine Zwischenbilanz

Dokumentation der GVG-Veranstaltung
vom 14. Februar 2005

Inhaltsverzeichnis

Sibylle Angele / Hildegard Klus

Vorwort Seite 3

Herbert Rische

Begrüßung und Einführung Seite 5

Marion Caspers-Merk

Gesundheitsziele und Prävention als Elemente
gesundheitspolitischer Gestaltung Seite 9

Birgit Fischer

Gesundheitsziele in den Bundesländern Seite 15

Reinhard Busse

Gesundheitsziele im Mehrebenensystem Seite 23

Vorwort

gesundheitsziele.de – eine Zwischenbilanz: So lautete der Titel einer Veranstaltung der GVG¹ am 14. Februar 2005 im Hotel Maritim pro Arte in Berlin. *gesundheitsziele.de* verankert mit seiner Arbeit Gesundheitsziele als politisches Instrument und gibt seit nunmehr fünf Jahren den partizipativen Verfahren der Gesundheitszieledefinition überhaupt erst ein verlässliches Forum und einen Handlungsrahmen. Seine Aufgabe ist es, im Konsens und auf Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse exemplarische Gesundheitsziele zu entwickeln, zu priorisieren, Empfehlungen an die Politik zu formulieren und im Rückgriff auf die Selbstverpflichtung der Akteure Umsetzungsszenarien anzustoßen.

gesundheitsziele.de versteht sich als Aktivierungs- und Impulsprogramm für gesundheitspolitische Weichenstellungen und als Sammlungs-, Moderations- und Strukturierungsforum für konkrete zielbezogene Debatten.

Der Erfolg von *gesundheitsziele.de* ist nicht zuletzt davon abhängig, dass es gelingt, Wissen auf breiter Basis bereitzustellen, Bewusstsein zu schaffen und die Initiative von einzelnen, von Gruppen und von Institutionen zu mobilisieren. Deshalb ist *gesundheitsziele.de* auch eine Informationsplattform, die die in diesen Abstimmungsprozessen gewonnenen Ergebnisse und Vereinbarungen der Öffentlichkeit, Entscheidungsträgern in Politik und Wissenschaft sowie Multiplikatoren in Publikationen, zahlreichen Veranstaltungen und mit einem qualifizierten Internetauftritt zur Verfügung stellt.

Der Erfolg auch dieser Veranstaltung – es nahmen über 200 Personen teil – hat wiederum eindeutig die Notwendigkeit für eine abgestimmte, verbindliche und übergreifende Informations- und Kommunikationsplattform belegt und hat überdies bestätigt, dass die GVG aufgrund ihrer Struktur und Ausrichtung wie keine

¹ Mitglieder der GVG sind die gesetzlichen Sozialversicherungen, die privaten Kranken-, Pflege und Lebensversicherungen, berufsständische und betriebliche Einrichtungen der sozialen Sicherung, Leistungserbringer im Gesundheitswesen – also Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Reha-Einrichtungen, nicht-ärztliche Medizinberufe, Pharmaindustrie und Hersteller von Medizintechnologie –, Gewerkschaften und Arbeitgeber, weitere gesellschaftlich relevante Institutionen und Wissenschaftler. Die GVG ist seit ihrer Gründung im Jahre 1947 der Konsensbildung verpflichtet.

andere Institution prädestiniert ist, diese Plattform anzubieten: Ihre Mitgliederstruktur bildet den Pluralismus des Gesundheitssystems ab; seit ihrer Gründung ist sie auf Konsensbildung ausgerichtet. Die GVG bietet seit jeher ein übergreifendes, den Ausgleich partikularer Interessen ermöglichendes und förderndes Forum. Sie hat mit ihrer Moderations- und Koordinierungskompetenz praktische Gesundheitszielearbeit *avant la lettre* geleistet und dabei Akzeptanz und Vertrauen von allen Seiten eingeworben, was für die Nachhaltigkeit solcher Prozesse unabdingbar ist.

Auch die vorliegende Dokumentation zentraler Beiträge dieser Berliner Veranstaltung verdeutlicht eindrucksvoll die Notwendigkeit eines permanenten und organisierten Austausches der Akteure untereinander. Sie zeigt, wie bedeutsam und für die Beteiligten orientierend der Dialog bei der Erarbeitung und dauerhaften Etablierung von Zielen ist. Jede verbindliche, gemeinschaftliche und am Ende des Tages konsentiertere Arbeit kann so zu einem weiteren Meilenstein für die Beteiligten werden und das Themenfeld zugleich einer breiten Öffentlichkeit zugänglich machen. Verstärkt wird es künftig darum gehen, Transparenz über Sinn, Zweck und konkrete Nutzeffekte von Maßnahmen herzustellen und so eine Reflexionsplattform für Ideen und Impulse der Akteure im System zu geben.

Dr. Sibylle Angele
Geschäftsführerin GVG

Hildegard Klus
GVG-Projekt Koordinatorin

Begrüßung und Einführung

Dr. Herbert Rische, Vorsitzender des Vorstands der GVG

Frau Staatssekretärin Caspers-Merk, Frau Ministerin Fischer, meine sehr geehrten Damen und Herren, ich freue mich, dass ich Sie heute zu unserer Veranstaltung begrüßen darf. Im nunmehr fünften Jahr arbeiten wir unter dem Dach der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung mit mehr als 70 Organisationen im Gesundheitswesen zusammen, um gemeinsam Gesundheitsziele für Deutschland zu entwickeln und diese Ziele auch in die Umsetzung zu bringen. Wir alle haben in den vergangenen Jahren gemeinsam den Prozess der Zielentwicklung mitgestaltet. Es war ein neuartiger Vorgang, geprägt von vielen Diskussionen und intensiver Zusammenarbeit. Wir alle haben dabei viele Erfahrungen gesammelt und auch viel voneinander gelernt. Vor allem aber haben wir Schritt für Schritt gemeinsame Ergebnisse erarbeitet, die wir regelmäßig in Veranstaltungen und Publikationen veröffentlicht haben. Ich freue mich, dass wir heute einmal mehr die Gelegenheit haben, über den Fortgang der Arbeiten zu berichten.

gesundheitsziele.de ist ein exemplarischer Prozess. Es geht also auch darum festzustellen, ob und wie im deutschen Gesundheitswesen, das durch viele verschiedene Zuständigkeiten und Verantwortungen geprägt ist, Gesundheitsziele entwickelt und umgesetzt werden können. Nach fast fünf Jahren gemeinsamer Arbeit ist ein guter Zeitpunkt, um eine Zwischenbilanz zu ziehen. Was hat dieser modellhafte Prozess gebracht? Sind alle zu Beginn gehegten Hoffnungen umgesetzt worden? Sind gegebenenfalls Änderungen notwendig?

Entsprechende Schritte für eine strukturierte Diskussion in unseren Gremien sind in die Wege geleitet. Wie es im Titel der heutigen Veranstaltung bereits anklingt, möchten wir vor allem auch mit Ihnen gemeinsam eine erste vorsichtige Zwischenbilanz ziehen. Dafür haben wir Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Wissenschaft und Praxis eingeladen, die diese Zwischenbilanz aus ver-

schiedenen Blickwinkeln beleuchten können. Im zweiten Teil der Veranstaltung wünschen wir uns dann Ihre rege Beteiligung an der Diskussion.

Ich freue mich nicht nur sehr über das große Interesse an dieser Veranstaltung, sondern insbesondere auch darüber, dass der Teilnehmerkreis weit über die bisher bei *gesundheitsziele.de* Beteiligten hinausgeht. Sicherlich ist dieses große Interesse auch darauf zurückzuführen, dass die präventiven Ziele von *gesundheitsziele.de* Bestandteil des Präventionsgesetzentwurfes sind. Es ist eine Anerkennung unserer Arbeit und meines Erachtens ein Erfolg, dass unsere Ziele auf diese Weise eine gesetzliche Verankerung erfahren werden. Erfreulich ist auch, dass nicht nur die Präventionsziele selbst, sondern auch die Erfahrungen mit dem Zielprozess – beispielsweise hinsichtlich der Auswahlkriterien, Ziele und Teilziele sowie der Maßnahmensystematik – in den neuen Strukturen berücksichtigt werden sollen. In unserer Zwischenbilanz ist dies ohne Zweifel als ein großer Pluspunkt zu verbuchen.

Ein meiner Ansicht nach zweiter Pluspunkt von *gesundheitsziele.de* ist: Wir haben gezeigt, dass Gesundheitsziele im Konsens entwickelt werden können. Dies ist in einem Gesundheitswesen, das durch föderale und sektorale Zuständigkeiten geprägt ist, eine besondere Herausforderung, aber auch gerade deswegen besonders notwendig.

Erlauben Sie mir in diesem Zusammenhang noch eine Bemerkung. Wir begrüßen sehr den hohen Stellenwert, den die Prävention heute genießt, und wir begrüßen die klare Zielorientierung im Gesetzentwurf bei aller Kritik am Gesetzesvorhaben im Speziellen. *gesundheitsziele.de* hat sicherlich nicht unerheblich dazu beigetragen, dass der Gedanke der Zielorientierung aus gesundheitspolitischen Diskussionen nicht mehr wegzudenken ist. Wir glauben aber nicht, dass Zielorientierung im Bereich der Prävention ausreichend ist. Mit einem Präventionsgesetz würde eine neue vierte Säule hinzukommen, und gerade wegen der Sektoralisierung des deutschen Gesundheitswesens ist eine übergreifende Klammer dringlicher denn je. Dieses kann der umfassende Ansatz von *gesundheitsziele.de* leisten, der neben der Primärprävention auch Sekundärprävention,

Versorgung, Rehabilitation sowie übergeordnete Aspekte wie Patientenkompetenz beinhaltet.

Im Mittelpunkt unserer letzten Veranstaltungen stand die Zielentwicklung. Damals stellten wir die Oberziele, Ziele, Teilziele und Maßnahmen für fünf Zielbereiche vor: ‚Diabetes‘, ‚Brustkrebs‘, ‚Tabakkonsum reduzieren‘, ‚Gesund aufwachsen, Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung‘ und ‚Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken‘.

Im Mittelpunkt der heutigen Veranstaltung steht die Umsetzung. Auch hier sind erste Erfolge für unsere Zwischenbilanz zu vermelden. Ich darf aber auch ganz offen sagen, dass sich das Anstoßen von konkreten Maßnahmen als schwieriger herausgestellt hat, als wir uns dies in der Geburtsstunde von *gesundheitsziele.de* vorgestellt haben. Dafür gibt es viele Gründe. Einer ist sicherlich der exemplarische Charakter des Prozesses. Die nationalen Ziele werden im Augenblick noch als etwas Zusätzliches neben den regulären Zuständigkeiten wahrgenommen, die natürlich weiter im gewohnten Umfang erfüllt werden müssen. Die Beschäftigung mit der Umsetzung offenbart außerdem, dass es bereits eine Vielzahl zielführender Aktivitäten gibt. Die Vorstellung also, dass ein Gesundheitszielprozess auf einer grünen Wiese stattfindet, ist sicherlich ebenso wenig zutreffend wie die Vorstellung, dass nur infolge des Zielprozesses zahlreiche neue Maßnahmen auf den Weg gebracht werden. Damit will ich nicht gesagt haben, dass es keine Aktivitäten gibt, die originär im Zusammenhang und im Rahmen von *gesundheitsziele.de* entwickelt und umgesetzt werden. In den moderierten Fachgesprächen im zweiten Teil der Veranstaltung werden genau solche Projekte vorgestellt, neben anderen bereits laufenden Umsetzungen.

gesundheitsziele.de hat von Anfang an klargestellt, dass die Umsetzung in Selbstverpflichtung und Eigenverantwortung der Akteure erfolgen soll, auf der Grundlage der gegebenen Mittel. Gesonderte Ressourcen stehen dafür bis heute nicht zur Verfügung. Obwohl sich eine ganze Menge erfreulicher Maßnahmen abzeichnen – und ich darf in einem Nebensatz sagen, dass auch die BfA bereits aktiv geworden ist – sollte der Nutzen von *gesundheitsziele.de* aus un-

serer Sicht nicht nur unter diesem Gesichtspunkt gemessen werden. *gesundheitsziele.de* hat viele positive Ergebnisse: Unter anderem hat es – so hoffe ich – die Diskussion über ein Präventionsgesetz befruchtet. Ferner hat *gesundheitsziele.de* konkrete Zielvorstellungen für den Bereich Prävention entwickelt, die nun auch umgesetzt werden sollen. *gesundheitsziele.de* hat dazu beigetragen, Gesundheitszielprozesse als politisches Instrument zu stabilisieren. Gemeint sind hier insbesondere die Gesundheitsziele auf Ebene von Bund, Ländern und Selbstverwaltung. Und schließlich hat die stetige Betonung der Bedeutung von Evaluation und Qualitätssicherung sicherlich zur Schaffung einer entsprechenden Kultur beigetragen. Ich möchte der Zwischenbilanz jedoch nicht weiter vorgreifen und zum Schluss zu meiner Begrüßung kommen.

Ich freue mich auf die interessanten Beiträge der nächsten beiden Stunden. Ich wünsche mir auch weiterhin Ihre wohlwollende Unterstützung und freue mich auf Ihre konstruktiven und kritischen Anregungen in der Diskussion. Ich danke für Ihr Kommen und begrüße nochmals recht herzlich die Parlamentarische Staatssekretärin Frau Caspers-Merk, die aus Sicht der Bundesregierung den Prozess beleuchten wird. Ich freue mich, dass im Anschluss daran Frau Ministerin Fischer aus Sicht der Länder referieren wird, d.h. aus der Sicht eines Landes, das – wenn ich das so sagen darf – an der Spitze der Initiativen zum Thema ‚Gesundheitsziele‘ steht. Vor der Kaffeepause wird Herr Professor Busse aus der Sicht der Wissenschaft den Prozess beleuchten. Ich denke, er wird auch über die Grenzen von Deutschland hinaus blicken und uns hier gewissermaßen eine Erweiterung unseres Horizontes ermöglichen.

Ich darf mich noch mal bei den drei nachfolgenden Referenten bedanken, Ihnen allen vielen Dank fürs Kommen und eine schöne Veranstaltung. Dankeschön.

Gesundheitsziele und Prävention als Elemente gesundheitspolitischer Gestaltung

Marion Caspers-Merk, MdB, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Es ist ein sehr guter Zeitpunkt, eine Zwischenbilanz von *gesundheitsziele.de* zu ziehen. Aus meiner Perspektive ist es der Auftakt für eine Woche, die unter dem politischen Stichwort ‚Prävention‘ steht und in der das Präventionsgesetz in erster Lesung beraten werden wird. Mit ihm erreichen wir einen Status politisch-parlamentarischer Umsetzung, der inhaltlich notwendig und zeitlich überfällig war.

Konsensorientierung in Zielformulierung und Prävention

In diesem Zusammenhang der Interaktion von Gesundheitszielen und Prävention möchte ich allen Beteiligten für Ihre bemerkenswerte Arbeit danken. Es ist wirklich außergewöhnlich, dass die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) gleich drei Dinge geschafft hat: zum einen die Leistung, sehr unterschiedliche Partner zusammenzubinden und zusammenzuhalten; zweitens das Vermögen, diese Partner zu einem konsensualen Ergebnis zu führen; drittens die Voraussicht, dieses Ergebnis so zu gestalten, dass es politisch in Maßnahmen und praktisches Handeln umzusetzen ist. Das halte ich im Gesundheitswesen schon für etwas Einmaliges. Vielfache gegenläufige Erfahrungen prägen einen ganz anderen Erwartungshorizont: Das Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch sehr unterschiedliche Interessen. Alle sind sich zwar im hehren Ziel Gesundheit einig, über viele Punkte wird aber im oft heftigen Streit diskutiert. Deswegen ist der konsensorientierte Abstimmungsprozess in *gesundheitsziele.de* ein so positives Signal.

Was ist das Besondere an Gesundheitszielen? Zum einen ist es – zumindest in der deutschen Debatte – etwas Neues. Aus dem angelsächsischen Raum kennen wir die Orientierung an Zielen, die mit Maßnahmenbündeln unterlegt werden. Bekannt ist dieses Verfahren ansonsten vielleicht noch aus der Umweltpo-

litik, wo wir bereits in den 1980er und 1990er Jahren mit Zielprozessen gearbeitet haben. So gibt es beim Thema ‚Treibhauseffekt‘ ein verabredetes politisches Ziel, das seit den 1980er Jahren für alles politisches Handeln gilt und an dem sich Maßnahmen messen lassen müssen. In der Gesundheitspolitik hingegen ist die Orientierung an Zielen ein sehr neuer Ansatz. Das Land Nordrhein-Westfalen hat hier Pionierarbeit geleistet. Es ist nun wichtig, auch für die Bundesrepublik Deutschland Eckpunkte eines Gesundheitszielprozesses zu erarbeiten. Hier holen wir etwas nach, was im skandinavischen Raum bereits erreicht wurde.

Es ist überfällig, die gesundheitspolitische Entwicklung unter die Orientierung an Gesundheitszielen zu stellen, und wir sind gut beraten, diese wichtige Vorarbeit mit dem zu vernetzen, was im Präventionsgesetz formuliert wurde.

Was ist das Neue am Präventionsgesetz? Wir hatten kritische Nachfragen – auch von Kabinettskollegen –, warum keine Gesundheitsziele im Gesetz stünden. Wir haben mit Verweis auf eine sinnvolle Arbeitsteilung argumentiert: Warum sollen wir im Gesetzestext formulieren, was andere am Gesundheitswesen Beteiligte – z. B. Nichtregierungsorganisationen – bereits kompetent erarbeitet haben. Hier ist also eine wichtige Vorarbeit von gesundheitsziele.de geleistet worden, die man nutzen und auf die man bei der Erarbeitung von Zielen aufbauen kann.

Präventionsziele in der Umsetzung

Ich erinnere in diesem Zusammenhang an das Thema ‚Diabetes‘. Hier haben wir eine ganz konkrete Umsetzung in den strukturierten Versorgungsprogrammen. Wenn man sieht, dass derzeit 1,2 Mio. Versicherte freiwillig in diesen Programmen eingeschrieben sind, dann wird deutlich, dass bei der Versorgung von chronisch Kranken eine neue Zeit eingeläutet wurde. Hier wird auf breiter Basis versucht, die Versorgungsqualität zu verbessern und chronisch Kranken das Neueste an medizinischem Fortschritt zugute kommen zu lassen.

Konkrete Umsetzungsschritte haben wir auch beim Thema ‚Tabakkonsum reduzieren‘ eingeleitet, einem zweiten Ziel, das erarbeitet wurde. Wir haben hier den politischen Konsens in der Bundesrepublik geschaffen. In meiner zweiten Funktion als Drogenbeauftragte der Bundesregierung darf ich sagen: Es war nicht einfach, die Zustimmung des ganzen Kabinetts für die Unterschrift unter die WHO-Tabakrahmenkonvention zu bekommen. Aber wir waren erfolgreich und haben ganz konkrete Umsetzungsschritte eingeleitet. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die Verstärkung des Jugendschutzes über das Jugendschutzgesetz. Weiter haben wir Ausstiegsprogramme für Jugendliche initiiert, die bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelt sind. Mit der Tabaksteuererhöhung sind die notwendigen finanziellen Anreize zur Verringerung des Tabakkonsums gesetzt worden. Derzeit bin ich mit der DEHOGA in Verhandlungen, um mehr rauchfreie Angebote in deutschen Hotels und Gaststätten zu erreichen. Das alles sind wichtige Schritte, damit es nicht nur bei einem Zielprozess bleibt, sondern auch Maßnahmen implementiert werden, die sich an ihren Erfolgen messen lassen müssen. Denn wir müssen uns immer fragen: Haben unsere Maßnahmen auch das erreicht, was wir uns vorgenommen haben?

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass wir beim Thema Tabakkonsum alle drei Jahre evaluieren, indem wir Daten erheben und Befragungen von Erwachsenen und Jugendlichen durchführen. Jetzt können wir erfreulicherweise das erste Mal seit zehn Jahren belegen, dass in der Altersgruppe der 12- bis 17-jährigen der Anteil der Raucher sinkt. Dabei haben wir bislang noch das Phänomen, dass die Raucherquote bei jungen Menschen in Westdeutschland sinkt, in Ostdeutschland jedoch nicht. Gerade bei den jungen Mädchen in Ostdeutschland gibt es nach wie vor steigende Zahlen. Aber wenn man den Gesamttrend betrachtet, so bleibt doch das positive Ergebnis einer Trendumkehr bei den Jugendlichen von 12 bis 17 Jahren.

Es ist ganz entscheidend, diesen Trend weiterhin durch ganz konkrete Maßnahmenprojekte zu stabilisieren. Es gäbe da konkrete Vorschläge, was z. B. die Träger von Rehabilitationseinrichtungen hierzu beitragen können. Es wäre zu

diskutieren, ob das Thema Ausstiegsprogramme beim Rauchen oder rauchfreie Einrichtungen nicht auch dazu zählen könnten.

Weitere Punkte sind auch unter diesen Zielprozess zu subsumieren. Eines der genannten Ziele ist, die Patientensouveränität und die Eigeninitiative der Patientinnen und Patienten zu stärken. In diesem Kontext war es ein konsequenter Schritt, dass wir im Gesundheitsmodernisierungsgesetz die Patientenrechte gestärkt haben. So ist es beispielsweise ein wichtiger, notwendiger und überfälliger Schritt, dass die Patientenverbände jetzt im gemeinsamen Bundesausschuss vertreten sind und ihre Kompetenz einbringen können. Auch bei zukünftigen Reformschritten müssen wir diesen Aspekt mit verschiedenen Instrumentarien weiter stärken.

Leitlinien des Präventionsgesetzes

Wir haben uns beim Gesetzgebungsverfahren, das in enger Abstimmung mit den Sozialversicherungsträgern und den Bundesländern verlaufen ist, an drei Leitlinien orientiert.

Die erste Leitlinie war die Einrichtung von Vernetzungsstrukturen, in welchen bereits vorhandene und erfolgreiche Präventionselemente miteinander verbunden werden können. Wir wollen also nichts zerstören, was im Moment schon aufgesetzt ist, sondern das Ganze zusammenbinden und unter einem vernünftigen Dach organisieren. Ein solches Dach ist mit der Bundesstiftung gestaltet worden, bei der die verschiedenen Akteure alle ihren Verantwortungsbereich übernehmen, bei der aber zusätzlich und erstmals die Möglichkeit eröffnet wird, bundesweite Kampagnen durchzuführen, die dann in den Ländern und bei den einzelnen Trägern umgesetzt werden können.

Die zweite Leitlinie waren verlässliche finanzielle Rahmenbedingungen. Wir mussten klären, wie viel Geld wir in Zukunft für die Prävention ausgeben wollen, damit auch wirklich eine stabile vierte Säule entsteht. In diesem Zusammenhang ist positiv zu vermerken, dass die privaten Krankenversicherungen nun erstmals einen nennenswerten Beitrag für die Aidsprävention leisten wollen und

das jährlich. Das halte ich für einen ersten kleinen, aber wichtigen Schritt. Dieser Schritt reicht aber nicht aus. Die privaten Krankenversicherungen versichern 10 % der Versicherten und müssten deshalb 10 % des Gesamtvolumens beisteuern und sich auch an der Bundesstruktur und der Bundesstiftung beteiligen. Das ist nur folgerichtig, denn die Versicherten der privaten Krankenversicherungen profitieren genau so wie die der gesetzlichen Krankenversicherung von allen Präventionsmaßnahmen. Es ist weder sinnvoll noch machbar, in der Schule, in Betrieben, in der Präventionsarbeit mit Jugendlichen nach privat und gesetzlich Versicherten zu differenzieren.

Eine vergleichbare Situation entsteht bei der Bundesagentur für Arbeit. Der Wirtschafts- und Arbeitsminister hätte sich sehr gerne mit einem nennenswerten Beitrag an der Etablierung von Präventionsstrukturen beteiligt. Aber sowohl die Arbeitgeberseite als auch die Arbeitnehmerseite waren der Auffassung, das sei eine zusätzliche, derzeit nicht tragbare Belastung. Aus meiner Sicht ist hier das letzte Wort aber noch nicht gesprochen.

Wir starten jetzt mit der Umsetzung der Struktur und ich bin zuversichtlich, dass wir mit Erfolg weiter für unsere Anliegen werben können. Die Präventionsstiftung ist eine gute Sache und bringt Vorteile für alle. Auch die Kritik der Arbeitgeberseite ist zu relativieren, wenn man weiß, dass z. B. die betriebliche Prävention sehr positive Effekte hat. Ende des letzten Jahres habe ich in Südbaden an einem Fachkongress zur betrieblichen Prävention teilgenommen. Dabei war aufschlussreich, dass viele mittelständische Unternehmen, die systematisch betriebliche Prävention betreiben, auf Heller und Pfennig nachweisen können, dass sich dieses Engagement auch für sie rechnet. Es rechnet sich beim Krankenstand, es rechnet sich beim Thema Frühverrentung, es rechnet sich beim Thema berufsbedingte Erkrankungen und vor allen Dingen beim Thema Nr. 1, den Rückenleiden. Größere und kleinere Firmen gerade im Textilbereich, die über Jahre betriebliche Prävention betreiben, können Erfolge nachweisen. Wir können hier mit guten Argumenten und Überzeugungsarbeit leisten und müssen sie auch leisten, damit die Vorteile transparent werden.

Systematisierung der Umsetzungsprozesse

Wir sind beim Thema Prävention erst am Anfang. Wir haben zwei wichtige Eckpfeiler geschaffen. *gesundheitsziele.de* hat in einem konsensualen Prozess die ersten Oberziele, Teilziele und Maßnahmen erarbeitet. Der Gesetzgeber will die Prävention als vierte Säule einziehen. Er hat eine Rahmen- und Finanzstruktur geschaffen. Wir wissen, dass dies noch nicht ausreicht, aber der erste Schritt und der zweite sind geschafft. Der dritte Schritt muss nun sein, diesen Zielprozess systematischer in allen Bereiche des Gesundheitswesens zu implementieren. Das ist der entscheidende Punkt und das ist auch Konsens: Wir alle wissen, dass wir eine Verstärkung rationaler Diskurse, Evaluierungskonzepte und mehr Systematisierung brauchen. Derzeit haben wir einfach zu viele Interessen, zu viele z. T. widerstreitende Strukturen, zu viele unterschiedliche Intentionen.

Bei diesem Mainstreaming-Prozess können die unter dem Dach der GVG versammelten Akteure einen wesentlichen Beitrag leisten. Hier passt ein Lessing-Zitat: „Der Langsamste, der sein Ziel nicht aus den Augen verliert, geht immer noch geschwinder als der, der ohne Ziel herumirrt.“ Mir ist bewusst, dass es mühsam ist, 70 Organisationen zusammenzubringen und konsensuell zu organisieren. Ist ein solcher Konsens aber einmal erreicht, so ist die Zuversicht begründet, dass er nachhaltig wirkt.

Ich wünsche mir von *gesundheitsziele.de* konstruktive Beiträge für die Erarbeitung von Präventions- und Gesundheitszielen. Ich wünsche mir Ihren Sachverstand bei der Erarbeitung und im Kontakt mit der zu gründenden Stiftung und ich wünsche uns allen, dass wir uns an Gesundheitszielen in unserem gesundheitlichen Alltag stärker orientieren, denn nur so werden wir die Gesundheitskosten einer älter werdenden Gesellschaft auf Dauer finanzieren können.

Gesundheitsziele in den Bundesländern

Birgit Fischer, Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen, aD.

Gesundheitsziele als Basis unserer Gesundheitswerte zu formulieren, erfährt in Deutschland und in unserer Gesellschaft endlich eine erfreuliche Unterstützung. Als nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin ist es mir wichtig, die Bedeutung der Gesundheitsziele aus Ländersicht darzustellen. Darüber hinaus bietet sich ein Rückblick auf die in 13 Jahren gesammelten Erfahrungen von Nordrhein-Westfalen an. Ziel ist, mit Hilfe dieser Erfahrungen Wege zu finden, um den gesamten Prozess zu beeinflussen und fruchtbar mitzugestalten. Weiterhin möchte ich verdeutlichen, dass aus meiner Sicht und aus Ländersicht die Gesundheitsziele nicht nur auf der Länderebene existieren können, auch wenn alle Länder solche Ziele definiert hätten. Vielmehr brauchen wir die Gesundheitsziele auf allen Ebenen, d.h. auf der europäischen, der Bundes- und Landes- sowie auf der kommunalen Ebene. Dementsprechend benötigen wir ganz dringend einen Abstimmungsprozess unter diesen vier Bereichen.

Abstimmungsnotwendigkeit im föderalen System

Bereits seit 1977 gibt es einen Zielentwicklungsprozess in der WHO. Andere europäische Länder haben sich weit vor uns darum bemüht, Gesundheitsziele zu entwickeln und nach ihnen zu arbeiten. In Deutschland hingegen war es außerordentlich schwierig, diesen Prozess anzustoßen. Die Ursache dafür liegt natürlich in strukturellen Merkmalen, die das Gesundheitswesen in Deutschland kennzeichnen: Die Pluralität des selbstverwalteten Gesundheitssystems erschwert einen notwendigen Beteiligungsprozess außerordentlich. Zudem vereinfacht der Föderalismus mit der Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern diesen Prozess sicherlich nicht. Es wäre dennoch falsch, sich von dem Konzept des Föderalismus zu verabschieden. Meiner Ansicht nach ist ein abgestimmter Prozess zwischen der Länder- und der Bundesebene letztendlich wirksam und im Grunde alternativlos, wenn er gelingt. Es geht nicht um ein Entweder – Oder, sondern um ein Zusammenwirken dieser unterschiedlichsten Ebenen. Nicht

zuletzt verdeutlicht diese Struktur in Deutschland sehr klar, dass ein Abstimmungsprozess zwingend erforderlich ist.

Zehn Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen von 1995 bis 2005

Indes hat die Entwicklung von Gesundheitszielen in Nordrhein-Westfalen, aber auch in anderen Bundesländern in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Dieses Thema wird derweil bundesweit von den Ländern aufgegriffen: Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich im Jahr 1999 darauf verständigt, dass die Gesundheitspolitik auf allen Ebenen zukünftig zielorientiert erfolgen soll. Nach meinem letzten Kenntnisstand haben inzwischen acht Bundesländer einen Zieleprozess gestartet.

In Nordrhein-Westfalen haben wir den Zieleprozess im Jahr 1993 begonnen und im Jahr 1995 unsere zehn vorrangigen Gesundheitsziele verabschiedet. Wir waren damals das erste Bundesland, das in einen derartigen systematischen und viele Gruppen einbeziehenden Zieleprozess eingestiegen war. Nordrhein-Westfalen hat damit Neuland betreten und war insofern auch Wegbereiter für viele Diskussionen, die anschließend geführt wurden. Im Folgenden soll von den Erfahrungen, die wir in diesem Zeitraum gemacht haben, aber auch von den Entwicklungen berichtet werden. Die vorliegende Bestandsaufnahme ‚Zehn Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen von 1995 bis 2005‘ fasst diese Erfahrungen zusammen:

- | | |
|----------|--|
| Ziel 1: | Herz-Kreislaufkrankheiten reduzieren |
| Ziel 2: | Krebs bekämpfen |
| Ziel 3: | Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheit |
| Ziel 4: | Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen |
| Ziel 5: | Umwelthygiene-Management |
| Ziel 6: | Primäre Gesundheitsversorgung |
| Ziel 7: | Krankenhausversorgung |
| Ziel 8: | Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse |
| Ziel 9: | Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich |
| Ziel 10: | Unterstützung durch Gesundheitsinformation |

Zunächst möchte ich den gesundheitspolitischen Ansatz und Hintergrund in Nordrhein-Westfalen darstellen, worin der Zieleprozess eingebettet ist. Dieser Prozess ist nämlich nur ein Teil eines Gesamtsystems von Gesundheitskonferenzen, Gesundheitszielen und einer Gesundheitsberichterstattung. Wir verfügen inzwischen über einen dreizehnjährigen Erfahrungshorizont einer Beteiligung und einer konsensorientierten Gesundheitspolitik, die den Versuch gemacht hat, alle Akteure im Gesundheitswesen in gesundheitspolitische Diskussions- und Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Damit sind sowohl die Vertreterinnen und Vertreter des Gesundheitswesens gemeint, als auch die Patientinnen und Patienten sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe.

Auf Landesebene wurde 1991 die Landesgesundheitskonferenz gegründet, die alle wesentlichen Beteiligten am Gesundheitsprozess integriert hat. Seit 1995 wurde mit der Bildung der kommunalen Gesundheitskonferenzen auf der kommunalen Ebene das Pendant geschaffen. Sie sind in Nordrhein-Westfalen im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst verankert.

Die Landesgesundheitskonferenz ist konsensorientiert angelegt und befasst sich mit grundsätzlichen gesundheitspolitischen Fragen und Entwicklungen. Sie verabschiedet Entschlüsse und Empfehlungen, die dann von allen Beteiligten in Selbstverpflichtung umgesetzt werden. Diese Selbstverpflichtung wird ernst genommen, um im Sinne der Vereinbarungen das gesundheitspolitische Handeln in Nordrhein-Westfalen gemeinsam zu gestalten. Daraus hat sich über diesen langjährigen Zeitraum eine Kultur der Abstimmung, der Zusammenarbeit und des gemeinschaftlichen Handelns entwickelt. Bei vielen strittigen Fragen im Gesundheitswesen – von denen wir ja zur Zeit durchaus einige haben – bewährt sich dieses Vorgehen außerordentlich. Es ist einfacher, vor dem Hintergrund gemeinsamer Ziele und Erfahrungen zu handeln, so dass es in vielen schwierigen Situationen möglich ist, zusammen an einem Strang zu ziehen und die Patienteninteressen tatsächlich in den Vordergrund zu stellen.

Eine der wesentlichen Initiativen war 1995 die Verabschiedung der zehn vorrangigen Gesundheitsziele in Nordrhein-Westfalen mit dem Zeithorizont bis 2005. Das sind die zehn Gesundheitsziele, die wir in Nordrhein-Westfalen zu

dem Zeitpunkt verabschiedet haben. Von Anfang bis Mitte der 90er Jahre haben wir uns mit diesen Gesundheitszielen befasst und uns an der WHO-Initiative ‚Gesundheit für Alle - 38 Gesundheitsziele für die Region Europas‘ orientiert. Dort gibt es drei unterschiedliche Kategorien: Neben krankheitsbezogenen Zielen, z.B. bezüglich Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs und Suchtkrankheiten wurden Ziele definiert, die sich auf die Versorgungssektoren beziehen, wie Gesundheitsförderung, primäre Gesundheitsversorgung, Krankenhausversorgung, bürgernahe Dienste. In der dritten Kategorie waren gesundheitspolitische Methoden und Instrumente, Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich, Gesundheitsinformationen und Umwelthygiene-Management zusammengefasst.

Die Konkretisierung erfolgte und erfolgt in den verschiedensten Prozessen und Umsetzungskonzepten immer auch gemeinsam mit den Akteuren im Gesundheitswesen. Ich möchte drei Beispiele nennen:

Nach dem Ziel zwei ‚Krebsbekämpfung‘ haben wir im Jahr 2001 die konzertierte Aktion gegen Brustkrebs in Nordrhein-Westfalen gestartet. Mit ihrer Hilfe soll in den Bereichen der Früherkennung, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge die Situation der Brustkrebbsversorgung umfassend verändert und flächendeckend in Nordrhein-Westfalen verbessert werden. Ein herausragendes Handlungsfeld war oder ist in diesem Zusammenhang die Einrichtung von Brustzentren. Durch diese Initiative werden derzeit die Strukturen der Brustkrebbsbehandlung in Nordrhein-Westfalen grundlegend verändert. Von bisher ca. 250 Krankenhäusern, die Brustkrebbsoperationen vorgenommen haben, werden wir zukünftig 50 Brustzentren an ca. 80 Standorten in Nordrhein-Westfalen haben, die im Rahmen der Krankenhausplanung anerkannt sein werden. Hier findet zum ersten Mal eine Qualitätssicherung und ein strukturiertes Vorgehen statt. Dieses war nur möglich, weil es bereits eine Festlegung von Qualitätskriterien und von gemeinsamen Gesundheitszielen gab. Ein solches entscheidendes und wichtiges Beispiel führt in dem beschriebenen Bereich zu einer erheblichen Veränderung der Gesundheitsversorgungslandschaft in Nordrhein-Westfalen und strahlt heute schon im positiven Sinne auch auf andere Felder aus.

Ein weiteres Beispiel ist die Landesinitiative ‚Leben ohne Qualm‘. Dort wurde ein gemeinsamer Finanzpool gebildet und hieraus eine breit angelegte Präventionskampagne zur Reduzierung des Rauchens gestartet. Insbesondere Schulen konnten in einer breiten Fläche erreicht werden. Auch dies war eine Kampagne, die im gesamten Land Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde und auf große Resonanz gestoßen ist.

Ein drittes Beispiel aus der Konkretisierung des Ziels vier ‚Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen‘ ist das Landesprogramm gegen Sucht. Dies ist eine Gemeinschaftsinitiative zur Suchtbekämpfung unter Einbeziehung aller Suchtformen einschließlich der nichtstoffgebundenen Süchte. Insgesamt sind daraus in Nordrhein-Westfalen 105 Maßnahmen hervorgegangen, die z.T. bereits abgeschlossen wurden. Nicht zuletzt ist es gelungen, überhaupt einen Fokus auf dieses Thema zu lenken und landesweit wirklich etwas in Bewegung zu setzen.

Fazit

Wo stehen wir heute? Die Fragen des weiteren Verfahrens sowohl hinsichtlich der Bilanzierung der Gesundheitsziele als auch hinsichtlich der Weiterentwicklung des Zielekatalogs waren Gegenstand der Diskussion seit dem Jahr 2003. Dies entspricht der Planung, die vorsah, rechtzeitig vor Ablauf des Zehn-Jahres-Zeitraumes von 1995 bis 2005 mit der Evaluierung zu beginnen, aber auch ein Konzept für die Weiterentwicklung zu entwerfen.

Zur Bilanzierung der Gesundheitsziele sind wir einen sehr pragmatischen Weg gegangen. Die Evaluation und die Einbeziehung der Gesundheitsziele in einen systematischen Rückkoppelungsprozess sind sehr zentrale Punkte, die gleichwohl auf allen Ebenen nach wie vor außerordentlich schwierig durchzuführen sind und sich noch in der Entwicklung befinden. Das gilt nicht nur für Nordrhein-Westfalen oder für Deutschland, sondern für ganz Europa. Nordrhein-Westfalen hatte bereits im Jahr 2001 die Grundsätze eines Evaluationskonzeptes vorgelegt; hier bedarf es aber nach wie vor noch der Weiterentwicklung und Diskussionen hinsichtlich des konkreten Procedere. Wir haben daher zunächst eine

Bestandsaufnahme des zehnjährigen Zieleprozesses im Sinne einer Sachstandsberichterstattung gewählt und auch mit dieser Form Neuland betreten. Der Bericht ist inzwischen unter Mitwirkung vieler Beteiligter des Gesundheitswesens abgeschlossen. Er ist zum einen als eine Standortbestimmung zu verstehen. Zum anderen gibt er einen Überblick über das, was im Gesundheitsziel-Prozess in Nordrhein-Westfalen geschehen ist, und er zeichnet auch aus der Retrospektive Entwicklungen in den jeweiligen Handlungsfeldern nach.

Parallel dazu wurde der neue Zielekatalog entwickelt und auch systematisch strukturiert, nach dem Motto: 3 x 5. Demnach geht es um fünf gesundheitsbezogene und fünf strukturbezogene Ziele für fünf Jahre. In den kommenden fünf Jahren werden diese Ziele wichtige Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik bilden. Die weitere Konkretisierung der Maßnahmen und die Umsetzungskonzepte werden wiederum in den verschiedensten Prozessen und Gremien mit allen Beteiligten erarbeitet, wie es beispielsweise bereits bei der konzertierten Aktion Brustkrebs geschehen ist. Der neue Zielekatalog steht unter der Überschrift ‚Kontinuität und Innovation‘. Natürlich konnten wir hierzu auf unseren inzwischen gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnissen aufbauen.

Wie sieht also das Fazit nach zehn Jahren Gesundheitszielen für Nordrhein-Westfalen aus? Chancen und Nutzen der Gesundheitsziele eröffnen sich jedem, der sich intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt hat, in eindeutiger Weise. Gesundheitsziele stehen für mehr Partizipation, mehr Effizienz, für Evidenzbasierung und Qualität, für langfristiges Handeln und auch Chancengerechtigkeit. Vorausgesetzt sind eindeutige und richtig definierte Bedingungen, um erfolgreich zu sein. Zu nennen sind insbesondere die Beteiligung der Verantwortlichen inklusive der Zuordnung von Verantwortlichkeiten, die klare Strukturierung, aber auch eine realistische sowie pragmatische Herangehensweise. Die Erfahrungen in Nordrhein-Westfalen haben gezeigt, dass über einen so langen Zeitraum eine idealtypische 1:1-Umsetzung auch in Zukunft wahrscheinlich niemals erfolgen kann. Eine solche auf Langfristigkeit angelegte Gesundheitspolitik erfordert eindeutig eine große Flexibilität und zugleich auch Kreativität bei sich verändernden Rahmenbedingungen. Auch in einem langfristigen Prozess muss man in der Lage sein, kurzfristig zu reagieren und sich auf die

wechselnden Begleitumstände einzustellen. Nur dann wird auch gewährleistet sein, dass innovative Entwicklungen immer wieder aufgegriffen werden können.

Nicht nur für die weitere Orientierung in Nordrhein-Westfalen, sondern auch darüber hinaus ist m.E. folgender Aspekt sehr bedeutsam: Wir befinden uns in einem staatlichen Vier-Ebenen-System, nämlich EU-, Bundes-, Landes- und kommunale Ebene. Alle befassen sich mit Gesundheitszielen, aber mit unterschiedlichen Kompetenzen, Vorstellungen und Bedürfnissen, wenn Prioritäten festgelegt werden sollen. Für die Zukunft ist es meiner Ansicht nach sehr wichtig, noch enger innerhalb dieser vier Ebenen zusammenzuarbeiten, um sich im Sinne einer gegenseitigen Orientierung zu verstärken, aber auch voneinander zu lernen. Aufgrund der unterschiedlichen Kompetenzen und auch aufgrund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten wird man in keiner der vier Stufen auf entsprechende Zielentwicklungsprozesse verzichten dürfen. Der Bundeszieleprozess ist für die Länder und auch für die Kommunen von außerordentlich großer Bedeutung, weil auf der Bundesebene die Weichen gestellt werden müssen, um wirksam zu sein. Ich weise daher ausdrücklich auf die Bedeutung von *gesundheitsziele.de* und die notwendige Weiterentwicklung hin. Die Zielentwicklung auf den einzelnen Ebenen steht nicht in einem Widerspruch. Vielmehr kann man trotz einer klaren Orientierung und einer Weichenstellung auf Bundesebene an anderer Stelle in den Ländern und in den Kommunen differenzieren.

Das Land Nordrhein-Westfalen war in die unterschiedlichsten Diskussionen, auch auf europäischem Niveau, insgesamt sehr eng eingebunden, so dass Befruchtungen in alle Richtungen stattfinden konnten. Beispielsweise sind Bausteine der konzertierten Aktion gegen Brustkrebs und die Idee der Landesinitiative ‚Leben ohne Qualm‘ weitgehend in entsprechende Ziele auf der Bundesebene mit eingeflossen. Der Austausch und die enge Zusammenarbeit mit den Kommunen sind für uns ebenso von besonderer Bedeutung. Da die eigentliche Prävention und Zielorientierung in der Umsetzung letztendlich vor Ort stattfindet, ist eine enge Kooperation dringend erforderlich.

Ein weiterer Gedanke ist mir sehr wichtig: Gesundheitsziele dürfen sich zukünftig nicht allein auf Prävention und Gesundheitsförderung beschränken. Natürlich wird dieser Bereich in Deutschland mit dem Bundespräventionsgesetz eine dringend erforderliche Verstärkung und eine Neuausrichtung präventiver Ansätze erhalten. Auch werden Ziele durch die neu zu errichtende Stiftung formuliert werden, welche ihre Entsprechungen in den Ländern finden müssen. Dennoch darf der Zielentwicklungsprozess nicht hierauf beschränkt werden. Die Gesundheitsversorgung und darüber hinaus Strukturfragen des Gesundheitswesens müssen weiterhin Gegenstand von Gesundheitszielen bleiben. Bei allen Schwierigkeiten in einem selbstverwalteten Gesundheitswesen und bei den zu beachtenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten ist es notwendig, dass wir inhaltliche, aber auch strukturelle Ziele, also Struktur- und Versorgungsfragen in die Zieledefinition mit aufnehmen. Nach meiner Überzeugung ist eine gemeinsame Verständigung der Akteure zur Weiterentwicklung im Gesundheitswesen unverzichtbar. Ein Zieleprozess, der alle drei Bereiche einbezieht, kann zu einer Qualitätsverbesserung und -entwicklung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland beitragen.

Gesundheitsziele im Mehrebenensystem

Prof. Dr. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin

Als letzter Redner möchte ich ein paar ergänzende, aus meiner Sicht noch erwähnenswerte Hinweise zum Thema ‚Gesundheitsziele im Mehrebenensystem‘ geben. Meine VorrednerInnen haben die verschiedenen Ebenen, die vertikal aufeinander aufbauen, bereits erwähnt. Ich werde auch zu horizontalen Aspekten, die eher als Säulen denn als Ebenen zu bezeichnen sind, informieren.

Da ich mich mit dem Vergleich von Gesundheitssystemen beschäftige, möchte ich außerdem aus Sicht der Gesundheitssystemforschung referieren. Eine neue Aktivität in meiner Abteilung ist das WHO-Collaborating-Center for Health Systems Research and Management. Insofern bietet es sich mir an, auch aus WHO-Perspektive zu berichten.

Ich möchte nur kurz auf drei Punkte eingehen. Zwei davon sind schon länger bekannt, weshalb ich sie nur wiederhole. Das erste Problem betrifft die horizontale Ebene: Auf welche Sektoren des Gesundheitssystems schauen wir bei der Zieldefinition, auf alle oder nur auf die Randbereiche? Sollen die richtigen Akteure im Gesundheitssystem betroffen sein, die über Budgets und Leistungskataloge verhandeln, oder soll denjenigen eine Spielwiese überlassen werden, die guten Willens sind und ein bisschen Prävention voranbringen wollen?

Diese Grafik stellt das Gesundheitssystem in den Mittelpunkt. Es ist Realität, dass immer noch der weitaus größte Teil des Geldes im Gesundheitsbereich – eventuell, weil wir so wenig Prävention betreiben – für das kurative Gesundheitssystem ausgegeben wird. Wir wissen allerdings, dass es verschiedene Wege gibt, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Nicht nur das Gesundheitssystem mit seinen Inputs, seinen Prozessen, seinen Ergebnissen, sondern natürlich auch die Umwelt- und Ernährungspolitik sowie andere Politikbereiche, wozu u.a. auch die Bildung gehört, tragen parallel dazu bei, dass es zu möglichst guten Gesundheits-Outcomes kommt. Die Gesundheitsziele sollten ideal-

erweise überall ansetzen, angefangen bei präventiven Aspekten, die nicht die einzigen bleiben dürfen.

WHO-Schwächen

Eine der Schwächen der früher von der WHO definierten Ziele war, dass sie nicht auf finanzielle Ressourcen stützten. Dies war meiner Ansicht nach ein klares Manko, weil sich viele Gesundheitspolitiker von dem Geld haben leiten lassen, währenddessen sich andere um Gesundheitsziele bemüht haben. Die Schnittstelle zwischen beiden war zu klein. Wir benötigen demzufolge Ansatzpunkte in allen Bereichen im, vor, hinter und neben dem Gesundheitssystem. Diese müssen Sinn machen, ineinander greifen und eine kohärente Strategie ergeben.

Als ich noch in Hannover war, haben wir im Vorgriff auf das Projekt *gesundheitsziele.de* verschiedene Gesundheitszielprogramme in aller Welt betrachtet und dahingehend bewertet, wie viele Bereiche jeweils abgedeckt wurden. Eines der vielleicht ausgewogensten Programme hinsichtlich der Einbindung von Prävention, Gesundheitssystemfragen und anderer Felder haben wir damals in Australien gefunden. Dort wurde ein angemessener Fokus auf das Gesundheitssystem gelegt, ohne die anderen Aspekte zu vernachlässigen. Meiner Ansicht nach lohnt es sich noch heute in unserem aktuellen Implementierungsprozess, diese Erkenntnisse mit einzubeziehen und auch 10 Jahre später noch nach Australien zu schauen, um von den dortigen Erfahrungen zu profitieren.

Ergebnisorientierung

Auch das zweite Problem ist schon länger bekannt: Es handelt sich um die Ergebnisorientierung. Inwieweit gibt es Ziele, die auf die Gesundheit der Menschen und nicht überwiegend auf Strukturen und Prozesse ausgerichtet sind? Natürlich sind Strukturen und Prozesse wichtig für die Implementierung von Gesundheitszielen. Dennoch sind hier nicht die primären Ziele anzusetzen. Sonst besteht die Gefahr, dass der gleiche Fehler begangen wird wie lange Zeit

in der klinischen Medizin. Dort hatte man abgeleitet von der Physiologie und im guten Glauben, Patienten zu nützen, sich oft an Strukturen und Prozessen orientiert. Wir kennen in diesem Zusammenhang das Beispiel der Surrogatergebnisse, von denen wir uns lange Zeit haben leiten lassen. Auch wenn die Arrhythmika tatsächlich die Arrhythmie des Herzens gesenkt haben, sind die Patienten sogar häufiger gestorben als diejenigen, die wir nicht behandelt haben. So etwas müssen wir natürlich von vornherein vermeiden.

Erst die ‚Evidence Based Medicine‘ (evidenzbasierte Medizin) hat hinterfragt, welcher Nutzen tatsächlich für die Bevölkerung entsteht. Die Beantwortung dieser Kernfrage ist auch bei der Formulierung der Gesundheitsziele notwendig. Gut gemeinte Maßnahmen wie z.B. der Ausbau der Telematik dürfen sich nicht an der Frage messen lassen, ob dieser Ausbau gelingt, sondern daran, ob es der Bevölkerung hinterher besser geht oder nicht. Da wir dies bei vielen Prozessen gar nicht vorher wissen, ist es wichtig, dass wir die Messlatte hinten am Ergebnis anhängen.

Internationale und nationale Gesundheitsziele

Ich komme zum dritten und wahrscheinlich wesentlichsten Problem: Wir haben Gesundheitsziele für Deutschland in inzwischen acht Bundesländern. Wenn man *gesundheitsziele.de* bereits als konzertiert betrachtet, dann taucht die Frage auf, wie dazu die jetzt nur noch 21 Ziele der WHO Europa und natürlich die anderen Aktivitäten einzuordnen sind. Selbst innerhalb der WHO gibt es kein ganz kohärentes Gerüst. Wir haben einerseits die 21 WHO-Ziele, aber bei genauerer Betrachtung finden wir z. B. in dem Weltgesundheitsbericht 2000 erstmalig Ziele für das Gesundheitssystem. U.a. geht es um Personenorientierung mit Respekt für Würde oder Autonomie, soziale Unterstützung und Wahl des Leistungserbringers. Das sind Ziele, die in einem offiziellen Dokument der Weltgesundheitsorganisation festgehalten worden sind. Besonders interessant ist auch die Frage der fairen Finanzierung, also der Verteilung der Finanzlasten. Diese Fragestellungen sind sogar von der OECD übernommen worden – bisher nur als Projektbasis, aber dies wird weiter entwickelt. Ganz wichtig ist in diesem

Zusammenhang, dass es nicht nur um einen Zugang zu angemessener, gleichmäßiger Versorgung oder um die Personenorientierung geht, sondern dass hier auch – anders, als wir es immer noch in vielen anderen Gesundheitszielkatalogen sehen – die Kosten, d.h. die nachhaltige Finanzierung und die Effizienz des Gesundheitssystems diskutiert werden.

Eventuell noch wesentlich wichtiger sind die Dinge, die sich auf der Ebene der Europäischen Union abspielen. In der sogenannten offenen Methode der Koordinierung geht es im Kern um Gesundheitsziele. Die 25 Mitgliedstaaten der Europäischen Union geben sich demnächst in einem ersten Bericht gegenseitig Rechenschaft darüber ab, inwieweit sie bezüglich folgender drei Ziele vorankommen: Es geht zum einen um die Sicherung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung, um Universalität und Angemessenheit für alle. Zum zweiten gilt es, die Versorgungsqualität zu fördern. Drittens muss die langfristige Finanzierbarkeit einer zugänglichen und hochwertigen Gesundheitsversorgung gesichert sein. Hieraus ist ersichtlich, dass eine weitere Ebene zu berücksichtigen ist, die bislang noch nicht identifiziert war. Sie verlangt, dass jedes der 25 Länder den anderen gegenüber Rechenschaft ablegt, wie es mit den genannten Punkten vorangeht.

Die offene Methode der Koordinierung

Wie funktioniert die offene Methode der Koordinierung? Unterstützt von der EU-Kommission legen die Mitgliedstaaten für einen Politikbereich, in diesem Falle Gesundheit, unionsweite Leitlinien mit Zielen und ggf. Indikatoren fest. Die Art und Weise der Zielerreichung bleibt den Mitgliedstaaten überlassen. Die Zielerreichung wird regelmäßig überprüft und bewertet; das Nichterreichen wird sichtbar und begründungspflichtig. Man nennt es zwar nicht Gesundheitsziele der EU, aber die Mechanismen sind exakt die gleichen, auf die wir uns einzustellen haben. Demzufolge haben wir nicht nur die drei Ebenen innerhalb Deutschlands, also Kommunen, Länder und Bund, sondern wir haben auch noch die EU-Ebene darüber. Dadurch stellen sich neue Fragen: Gelten die Ziele, die auf EU-Ebene festgelegt werden, bis in jede Kommune oder nur bis zum Bund?

Gelten die Ziele zusätzlich zu denen, die auf der Landesebene definiert worden sind? Wenn dies so ist, dann haben wir entsprechend mehr Ziele zu verfolgen. Wenn dies nicht so ist, wer ist dann dafür verantwortlich, die Ziele von höchster Ebene umzusetzen? Meines Erachtens trifft der erstere Fall zu. Dies wirft aber die Frage nach den Widersprüchen auf. Man kann das Problem exemplarisch aus der Sicht Nordrhein-Westfalens betrachten: Zusätzlich zu den eigenen Zielen sind die Ziele der Europäischen Union und des Bundes zu beachten. Widersprüche oder Übereinstimmungen müssen identifiziert werden. Brustkrebs z. B. ist Bestandteil sowohl bei gesundheitsziele.de als auch der Gesundheitsziele in Nordrhein-Westfalen.

Fazit

Die erste Schlussfolgerung lautet: Unser Weltbild, wonach Gesundheitsziele isoliert betrachtet werden können und entsprechend unserer Probleme, Prioritäten definiert und unabhängig von anderen umgesetzt werden können, gilt nicht mehr. Meine Vorrednerin, Frau Landesministerin Birgit Fischer, hat zu Recht darauf hingewiesen, dass wir nach oben und unten gucken müssen. Wie kann das in der Praxis aussehen? Wenn wir uns auf nationaler Ebene oder auf regionaler Ebene befinden und den ersten Schritt der Auswahl und Priorisierung von Zielbereichen gehen, dann ist zu beachten, ob z.B. die Landesebene für ein relativ schlechtes Abschneiden des Bundes gegenüber der EU mitverantwortlich ist. Dieser Gedanke muss als weiteres Kriterium aufgenommen werden.

Zusätzlich lohnt sich immer ein Blick über die Grenzen. Gibt es anderswo bereits gute Erfahrungen mit Gesundheitszielen und ihrem Beitrag zu Veränderungen? Außerdem können wir bei der Definition nationaler und regionaler Gesundheitsziele anstreben, den Mittelwert oder optimal den ‚Best Practice‘ zu erreichen. Wesentliche Voraussetzung dafür, dass wir voneinander lernen können, ist, dass Gesundheitsziele aufeinander abgestimmt sind und nicht nur der eigene Erfolg gemessen wird. Nur so wird offensichtlich, ob die anderen gegebenenfalls besser sind. Wir brauchen ein abgestuftes System. Wir müssen unseren Beitrag für Europa leisten, ohne unsere Prioritäten aus den Augen zu ver-

lieren. Nur so können diese auf EU-Ebene mitverfolgt werden. In diesem Sinne ist die Verabschiedung von Gesundheitszielen sogar noch schwieriger geworden als vor einiger Zeit, als nur Gesundheitsziele für Deutschland erstellt werden sollten, ohne ein Mehrebenensystem berücksichtigen zu müssen. Fortschritte sind dennoch zu verzeichnen. Inzwischen wissen wir, dass wir nach oben und nach unten schauen und in der Breite die Aspekte von Prävention bis zur kurativen Medizin mit einbeziehen müssen. Demzufolge hat *gesundheitsziele.de* noch weitere Herausforderungen vor sich.