Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.

Informationsdienst

gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland

Zwischenergebnisse

Informationsdienst 287
Köln, Juli 2002

Hansaring 43
50670 Köln

Telefon: ++49 (221) 91 28 67-0
Telefax: ++49 (221) 91 28 67-6

e-mail: hansa1@gvg-koeln.de
Homepage: www.gvg-koeln.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 1

2. Auswahlkriterien 3

2.1 Auswahl der Zielbereiche 3
2.2 Auswahl der Ziele und Teilziele 5
2.3 Auswahl der Maßnahmen 7

3. Organisations-, Entscheidungs- und Gremienstruktur 8

4. Problemaufriss zu den bearbeiteten Zielthemen sowie Ziele und Teilziele 9

4.1 Arbeitsgruppe 4 „Diabetes“ 9
4.2 Arbeitsgruppe 5 „Brustkrebs“ 10
4.3 Arbeitsgruppe 6 „Tabakkonsum reduzieren" 12
4.4 Arbeitsgruppe 7 „Gesundheit hat Zukunft – Ziele für das Kindes- und Jugendalter: Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen" 13
4.5 Arbeitsgruppe 8 „Gesundheitliche Kompetenz von BürgerInnen / PatientInnen stärken“ 14

5. Wie geht es weiter? 16

1. Einleitung

Transparenz und Partizipation sind unabdingbare Voraussetzungen für die erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen. Daher möchte der vorliegende Bericht die Fachöffentlichkeit sowie die interessierte allgemeine Öffentlichkeit zum zweiten Mal über Zwischenergebnisse des Projekts *gesundheitsziele.de* informieren, die von zahlreichen gesundheitspolitischen Akteuren gemeinsam erarbeitet worden sind. Die ersten Zwischenergebnisse wurden im Oktober 2001 im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung diskutiert und im Januar 2002 publiziert.[1]

Mit diesem nun vorliegenden zweiten Zwischenbericht möchte *gesundheitsziele.de* zugleich zur Mitwirkung bei der Entwicklung und Umsetzung konkreter Maßnahmen zur Erreichung der Gesundheitsziele einladen.

gesundheitsziele.de ist eine Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mit der GVG, die durch eine Zuwendung des Ministeriums gefördert wird. Das Projekt wurde im Dezember 2000 gestartet.

gesundheitsziele.de entwickelt exemplarisch einige konkrete Gesundheitsziele für Deutschland. Hierzu bringt *gesundheitsziele.de* zahlreiche gesundheitspolitische Akteure in einem Forum zusammen, die Gesundheitsziele und Umsetzungsstrategien entwickeln und als gemeinsamen Vorschlag an die Politik geben. Durch die Gremien- und Entscheidungsstruktur trägt *gesundheitsziele.de* dazu bei, gesundheitspolitischen Konsens zu entwickeln. Damit versucht *gesundheitsziele.de*, das Instrument „Gesundheitsziele“ als Ergänzung zu bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik in Deutschland zu etablieren.

Bis heute wurden im Rahmen des Projektes im Konsens Ziele und Teilziele entwickelt. Ob und wie diese Ziele und Teilziele erreicht werden können, hängt nun vom Engagement und der Bereitschaft aller Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems ab, sich bei der Definition und Implementierung konkreter Maßnahmen einzubringen.

Die Definition von Maßnahmen ist noch nicht abgeschlossen, und die Arbeitsgruppen sind diesbezüglich unterschiedlich weit fortgeschritten. Einige habe bereits sehr konkrete Maßnahmen erarbeitet, andere haben zunächst Maßnahmenbündel grob umrissen. Wieder andere befinden sich noch im Prozess der Diskussion möglicher Maßnahmen.

Für bislang noch nicht an *gesundheitsziele.de* beteiligte Akteure und Institutionen besteht daher nicht nur die Möglichkeit einer Beteiligung bei der Umsetzung von Maßnahmen, sondern auch die Möglichkeit, konkrete Maßnahmenvorschläge einzubringen.

[1] Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.) (2002): *gesundheitsziele.de* (GVG-Informationsdienst Nr. 284), Köln, Januar 2002.

Endergebnisse, d.h. evaluierbar formulierte Ziele und Teilziele sowie Konzepte für die Umsetzung konkreter Maßnahmen einschließlich der Benennung von Akteuren, die diese Umsetzung übernehmen, sollen Anfang kommenden Jahres vorliegen. Das Ergebnis dieses Konsensprozesses soll dann vom Bundestag beschlossen werden. Ab 2003 sollen die Maßnahmen dann implementiert werden.

Im Folgenden informiert *gesundheitsziele.de* über die Zielbereiche und die Kriterien, die zu ihrer Auswahl geführt haben sowie über die Entscheidungs- und Gremienstruktur von *gesundheitsziele.de*. Ferner wird ein Überblick über die von den Arbeitsgruppen bearbeiteten Ziele und Teilziele gegeben. Detaillierte Darstellungen des Stands der Arbeit der einzelnen Arbeitsgruppen sind im Internet (www.gesundheitsziele.de) einsehbar oder werden auf Anfrage (GVG, Hansaring 43, 50670 Köln, Barbara Sczuka, Tel.: 0221 / 912 867 – 40 oder b.sczuka@gvg-koeln.de) verschickt.

2. Auswahlkriterien

2.1 Auswahl der Zielbereiche

gesundheitsziele.de bearbeitet Gesundheitsziele aus den vier folgenden Zielbereichen:

- Ziele mit Krankheitsbezug
- Ziele zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention
- Ziele für ausgewählte Bevölkerungs- und Altersgruppen
- Ziele zur Stärkung der Bürger- und Patientenorientierung.

Für die Berücksichtigung unterschiedlicher Zielbereiche gibt es mehrere Gründe:

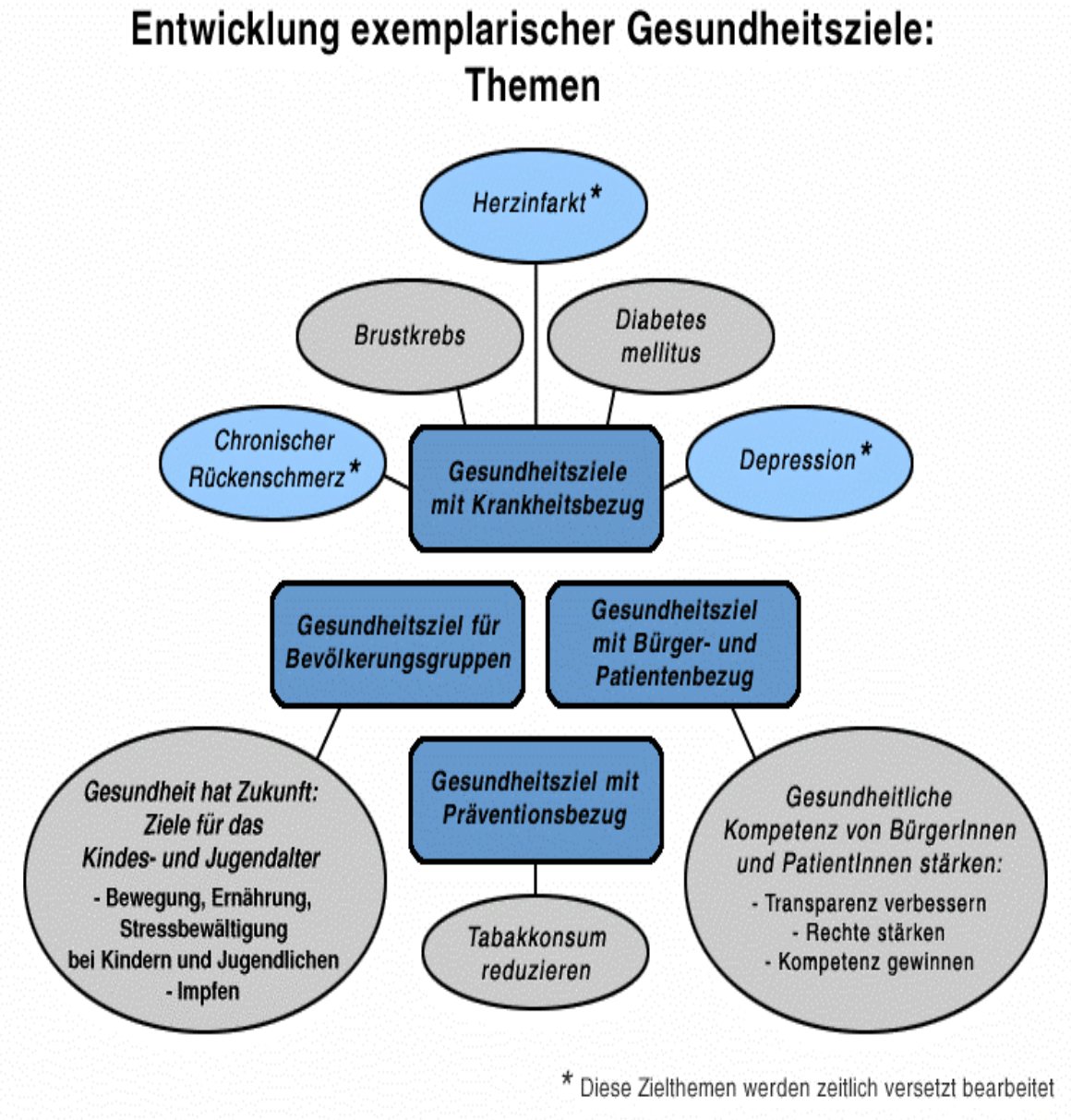
- Unterschiedliche Perspektiven: damit verdeutlicht *gesundheitsziele.de*, dass nicht nur die Gesundheitsversorgung sondern ausdrücklich auch Prävention und Bürger-/ Patientenbelange im Fokus stehen sollen.
- Durch Berücksichtigung von nicht ausschließlich krankheitsbezogenen Zielbereichen werden auch Bevölkerungsgruppen erreicht, für die nicht ein Bezug zu einer bestimmten Krankheit im Vordergrund steht.
- Die Bearbeitung verschiedener Zielbereiche erlaubt, Erfahrungen mit der Ziel-, Teilziel und Maßnahmenentwicklung in unterschiedlichen Bereichen zu gewinnen, die auch künftig genutzt werden können.

Zwischen den unterschiedlichen Zielbereichen bestehen bewusst Überschneidungen. Bei der Bearbeitung eines Zielbereichs sind daher stets die Fortschritte in anderen Zielbereichen im Auge zu behalten.

Insgesamt wurden zunächst 8 Zielthemen ausgewählt, für die exemplarisch Gesundheitsziele entwickelt werden sollen. Für den Bereich „Ziele mit Krankheitsbezug“ wurden in Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium die Themen Diabetes Mellitus Typ 2, Brustkrebs, Depression, chronischer Rückenschmerz und Herzinfarkt ausgewählt. Wegen der begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen wurden zunächst Diabetes und Brustkrebs bearbeitet, um Erfahrungen mit krankheitsbezogenen Gesundheitszielen zu sammeln. Die Themen chronischer Rückenschmerz, Herzinfarkt und Depression sollen zeitlich versetzt bearbeitet werden.

Für den Bereich „Ziele für ausgewählte Bevölkerungs- und Altersgruppen“ wurde das Thema „Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen“ sowie das Thema „Impfen“, für den Bereich „Prävention“ das Thema „Tabakkonsum reduzieren“ und für den Bereich „Bürger- und Patientenorientie-

rung“ das Thema „Gesundheitliche Kompetenz von BürgerInnen und PatientInnen stärken“ ausgewählt.



2.2 Auswahl der Ziele und Teilziele

Die Auswahl der exemplarischen Gesundheitszielthemen erfolgte pragmatisch, d.h. neben der wissenschaftlichen Expertise wurde formalisierten Partizipations- und Konsensprozessen einen hoher Stellenwert eingeräumt. Der „pragmatische Ansatz“ geht von der Annahme aus, dass Priorisierungs- und Auswahlprozesse weder rein wissenschaftlich, noch rein partizipativ erfolgen können, sondern einer Mischung aus beidem bedürfen: wissenschaftlicher Fundierung, um die Sinnhaftigkeit der Ziele zu verdeutlichen, Konsentierung und Partizipation, um ihre Umsetzung in der Praxis zu gewährleisten – denn gegen den Willen und ohne Mitwirkung der Beteiligten beschlossene Ziele haben wenig Chancen, realisiert zu werden.

Neben den wissenschaftlichen Kriterien (Mortalität, Morbidität, Verbreitung, Verbesserungschancen, Vorhandensein von Verfahren und Instrumenten zur Verbesserung des Problems, Messbarkeit) wurden außerdem ökonomische (Kosten), ethische, normative (Chancengleichheit, Bürger- und Patientenbeteiligung) sowie pragmatisch/ gesundheitspolitische Kriterien (Bedeutung des Problems in Bevölkerung und Politik, Vorhandensein von umsetzungsbereiten Akteuren) berücksichtigt.

Die folgende Übersicht fasst die Auswahlkriterien zusammen.

- Das Gesundheitsproblem verursacht hohe Mortalität und Krankheitslast.
- Das Gesundheitsproblem ist weit verbreitet.
- Das Gesundheitsproblem verursacht hohe direkte Kosten (stationäre Behandlung und Krankengeld).
- Es bestehen hohe Chancen zur Verbesserung des Gesundheitsproblems.
- Es gibt Instrumente und Verfahren zur Verbesserung des Problems.
- Es gibt Akteure, mit denen das Gesundheitsziel umgesetzt werden kann.
- Das Problem ist wichtig für Bevölkerung und Politik.
- Es bestehen gute Möglichkeiten zur Verbesserung gesundheitlicher Ungleichheit.
- Fortschritte können gemessen werden.
- Bürger und Patienten können aktiv zur Umsetzung des Gesundheitsziels beitragen.
- Es liegen keine ethischen Bedenken gegen das Gesundheitsziel vor.

Weiter wurden an die Entwicklung aller Themenbereiche, Ziele und Teilziele die folgenden Querschnittsanforderungen gestellt.

2.3 Auswahl der Maßnahmen

Der Auftrag von *gesundheitsziele.de* beinhaltet nicht nur die Entwicklung und Umsetzung von Zielen und Teilzielen, sondern auch von konkreten Maßnahmen zur Umsetzung. Es gilt, möglichst evidenzbasierte wirksame Maßnahmen zu identifizieren und ihre Konsequenzen und Verantwortlichkeiten für die Umsetzung, Koordination und Evaluation klar aufzuzeigen.

In Anbetracht der großen Zahl entwickelter Ziele und Teilziele einerseits und der begrenzten personellen und zeitlichen Kapazität andererseits erwies sich eine Priorisierung geeigneter Maßnahmen als unabdingbar. Hierbei finden wiederum die bei der Auswahl der Ziele und Teilziele berücksichtigten Kriterien und Querschnittsanforderungen Anwendung. Dabei ist ein Kriterium von zentraler Bedeutung: das Kriterium der „Machbarkeit". Das bedeutet, dass zunächst diejenigen Maßnahmen bearbeitet werden, die für eine Umsetzung besonders geeignet scheinen, d.h. kurz bis mittelfristig umsetzbar sind.

Das Kriterium „Machbarkeit" enthält zwei Dimensionen: die erste ist die technische Machbarkeit im Sinne der Existenz von wissenschaftlich fundierten und evidenzbasierten Maßnahmen und Instrumenten, die zur Erreichung der Ziele beitragen. Alle Arbeitsgruppen haben Bestandsaufnahmen maßgeblicher Projekte zu den jeweiligen Zielen und Teilzielen durchgeführt, um Projekte zu identifizieren, in denen Maßnahmen zum Einsatz kommen, die der Zielerreichung dienen. Für einige der von den Arbeitsgruppen bearbeiteten Themen gibt es eine breite Literatur, in der der Beitrag einzelner Maßnahmen zur Erreichung eines Ziels wissenschaftlich diskutiert wird. Dies ist bei den Zielthemen mit Krankheitsbezug der Fall, aber auch bei dem Zielthema „Tabakkonsum reduzieren" und teilweise bei dem Zielthema „Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen".

Die zweite Dimension betrifft die gesundheitspolitische Machbarkeit, d.h. die Frage, ob Akteure vorhanden sind, die sich im Rahmen einer Selbstverpflichtung aller Beteiligten bereit erklären, die evidenzbasierten Maßnahmen durchzuführen (und zu finanzieren). Da die Formulierung und Umsetzung der Maßnahmen in Selbstverpflichtung der Akteure erfolgt, kann eine Umsetzung von Maßnahmen nur mit Zustimmung der beteiligten Akteure erfolgen; eine Umsetzung von Maßnahmen gegen den Willen der Beteiligten hingegen ist nicht möglich.

3. Organisations-, Entscheidungs- und Gremienstruktur

Zentrales Gremium von *gesundheitsziele.de* ist ein pluralistisch, d.h. mit einer Vielzahl relevanter Akteure des Gesundheitswesens, besetztes Gremium, der Ausschuss. Er entscheidet über das grundlegende Vorgehen und beschließt alle Ergebnisse und Teilergebnisse als Empfehlungen an die Politik.

Die Facharbeit, also die Entwicklung von Zielen und Teilzielen wird in Arbeitsgruppen geleistet. Der Ausschuss hat zwischenzeitlich acht Arbeitsgruppen eingesetzt. Dabei wurde darauf geachtet, dass in allen Arbeitsgruppen Fachwissen, Erfahrung von Praktikern, Umsetzungskompetenz sowie Beteiligte und Betroffene vertreten waren. In allen Arbeitsgruppen finden sich daher Wissenschaftler, Praktiker, Vertreter der Kostenträger, der Leistungserbringer, des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung und je nach bearbeitetem Thema der unterschiedlichsten Verbände, Interessen- und Selbsthilfegruppen.

AG 1 hat unter Nutzung der Erfahrungen anderer Zielprojekte Grundlagen zum Thema Gesundheitsziele analysiert und erarbeitet. AG 1 hat ihre Arbeit im Oktober 2001 erfolgreich abgeschlossen und veröffentlicht.[2]

AG 2 „Evaluation und Datenanalyse“ und AG 3 „Öffentlichkeitsarbeit“ unterstützen die Arbeitsgruppen 4 bis 8.

Zu den Zielthemen im engeren Sinn wurden entsprechend der vereinbarten Zielbereiche zunächst die folgenden fünf Arbeitsgruppen eingesetzt: AG 4 „Diabetes“, AG 5 „Brustkrebs“, AG 6 „Tabakkonsum Reduzieren“, AG 7 „Gesundheit hat Zukunft – Ziele für das Kindes- und Jugendalter: Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen" und AG 8 „Gesundheitliche Kompetenz von BürgerInnen / PatientInnen stärken“.

Ein weiteres wichtiges Gremium ist der Steuerungskreis. Der Steuerungskreis gibt Empfehlungen zur Ausrichtung und Organisation des Programms und strukturiert die Arbeit des Ausschusses.

Informationen zur personellen Besetzung des Ausschusses und des Steuerungskreises finden sich im Internet unter der Adresse www.gesundheitsziele.de. Informationen zur personellen Besetzung der Arbeitsgruppen finden Sie ebenfalls im Internet sowie bei den Einzeldarstellungen der Arbeitsgruppen.

Die Koordination und wissenschaftliche Begleitung des Programms erfolgt durch die Geschäftstelle der GVG in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover.

---

[2] Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.) (2002): *gesundheitsziele.de* – Forum Gesundheitsziele: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte (Schriftenreihe der GVG; Band 37), AKA, Berlin.

4. Problemaufriss zu den bearbeiteten Zielthemen sowie Ziele und Teilziele

Alle Arbeitsgruppen haben Ziele und Teilziele erarbeitet. Hierzu wurden zunächst Bestandsaufnahmen maßgeblicher Projekte zum jeweiligen Thema durchgeführt, um aus guten Projekten Nutzen zu ziehen. Die Arbeitsgruppen haben analysiert, in welchen Bereichen ausreichend Maßnahmen durchgeführt werden und wo Handlungsbedarf besteht. Derzeit überprüfen die Gruppen den Stand der Evidenz für einzelne Maßnahmen und die Machbarkeit, d.h. die Frage, welche Möglichkeiten und Ressourcen zur Durchführung zielführender Maßnahmen bestehen. Alle Arbeitsgruppen sind dabei, auf dieser Grundlage konsensfähige Maßnahmen zu identifizieren.

4.1 Arbeitsgruppe 4 „Diabetes“

Auf den Diabetes Typ 2 entfallen 90-95 % aller Diabetiker. Es handelt sich um eine chronische Erkrankung, die durch metabolische Störungen im Kohlenhydrat-, Fett- und Protein-Stoffwechsel gekennzeichnet ist. Bis zu 50 % aller Fälle bleiben über lange Jahre unentdeckt. Die Krankheit lässt ernsthafte Komplikationen und häufige Krankenhausaufenthalte sowie längerfristig auch schwerwiegende Folgeerkrankungen (Erblindung, Amputation, Niereninsuffizienz) erwarten. Sie geht mit einer verringerten Lebenserwartung von mehreren Jahren bei neudiagnostizierten Betroffenen einher. Ursache der verkürzten Lebenserwartung von Diabetikern sind v.a. makrovaskuläre Komplikationen, die durch geeignete präventive und therapeutische Maßnahmen vermieden oder verzögert werden können.

Die Arbeitsgruppe 4 „Diabetes“ bearbeitet Diabetes mellitus Typ 2 als Bestandteil des metabolischen Syndroms. Die Arbeitsgruppe zum Diabetes Typ 2 hat zur Verbesserung des diesbezüglichen Versorgungszustands in Deutschland drei Gesundheitsziele als entscheidend eingestuft: Diese drei Ziele wurden entsprechend der Stadienfolge chronischer Krankheiten nach dem Zeitpunkt der auf sie bezogenen Interventionen unterschieden: ein Ziel betrifft die Verbesserung der Primärprävention, ein Ziel die Verbesserung der Sekundärprävention, und ein Ziel die Verbesserung der Krankenbehandlung und der Rehabilitation. Auf der Ebene der Primärprävention geht es darum, in der Bevölkerung allgemein die Entwicklung von Risikofaktoren (Übergewicht, Bewegungsmangel u.a.) durch eine Kompetenzsteigerung hinsichtlich gesundheitsbewusster Lebensweise zu verhindern (Bevölkerungsstrategie) sowie hochgefährdete Bevölkerungsgruppen (insbesondere Personen mit metabolischen Syndrom) für Gewichtsreduktion durch Ernährungsumstellung und mehr körperliche Aktivität zu gewinnen (Hochrisikostrategie). Auf der Ebene der Sekundärprävention geht es darum, höhere Teilnahmeraten bei Früherkennungsmaßnahmen zu erreichen und eine höhere Zahl erkrankter Personen zu entdecken, damit die Krankheit schon in einem Stadium behandelt werden kann, in dem noch keine Komplikationen und Folgeschäden aufgetreten sind.

Auf der Ebene der Krankenbehandlung bzw. Rehabilitation geht es darum, Patienten zum Selbstmanagement ihrer Krankheit zu befähigen, die Angebote der verschiedenen Versorgungseinrichtungen effektiver zu nutzen und bei alledem die psychosozialen Aspekte der Krankheitsbewältigung des Patienten zu berücksichtigen.

Die folgenden Ziele wurden bearbeitet:

Ziel: Die Inzidenz des Diabetes Mellitus Typ 2 ist reduziert (Primärprävention des Diabetes Mellitus Typ 2)

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

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

4.2 Arbeitsgruppe 5 „Brustkrebs“

Brustkrebs ist eine Erkrankung, die in der letzten Zeit zunehmend und zu Recht öffentliches Interesse erregt hat: Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung von Frauen in Deutschland und für 26 % aller Krebsneuerkrankungen und 18 % aller Krebstodesfälle verantwortlich. Darüber hinaus ist Brustkrebs eine Erkrankung, deren Verlauf sich häufig über Jahre hinweg zieht und zu erheblichen physischen und psychischen Leiden sowie zu Funktionsverlust und zur Einschränkung der Lebensqualität führt. Die Verbesserungspotenziale zur Steigerung der Lebenserwartung und Lebensqualität sind in keinem Bereich – von der Prävention über die Behandlung bis zur Schmerztherapie – ausgeschöpft.

gesundheitsziele.de definiert einen umfassenden Aktions-Ansatz im Kampf gegen durch Brustkrebs verursachte Sterblichkeit und Krankheitslast, der über die medizinischen Versorgungsaspekte weit hinaus reicht. Dabei bezieht sich *gesundheitsziele.de* auf die Brustkrebserkrankung der Frauen, wohlwissend, dass auch eine kleine Anzahl von Männern betroffen ist. Viele der relevanten Problemfelder und der vorgeschlagenen Lösungen lassen sich jedoch auch unmittelbar auf männliche Patienten übertragen.

Die Arbeitsgruppe hat im Einzelnen die folgenden Ziele bearbeitet:

Ziel Risikofaktoren/Primärprävention:

Das Auftreten der Brustkrebsneuerkrankungen (Inzidenz) ist reduziert.

Ziel Früherkennung/Sekundärprävention:

Brustkrebs wird in einem frühen und damit prognostisch günstigeren Stadium erkannt.

Ziel Diagnostik, Therapie, Nachsorge:

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

Ziel Information der Nicht-Betroffenen und der Patientinnen:

Das Wissen über die Erkrankung ist bei den Nicht-Betroffenen und Patientinnen verbessert. Verständliche, evidenzbasierte, einheitliche, neutrale und umfassende Informationen sind für potentielle und tatsächliche Betroffene so wie auch für deren Angehörige vorhanden.

Ziel Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung / Patientenrechte:

Die Patientin ist über vorhandene Therapieoptionen informiert und Partnerin im medizinischen Entscheidungsprozess (shared decision making).

Ziel psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen:

Die Lebensqualität der Patientinnen ist durch eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte psychosoziale Betreuung und ggf. psychoonkologische/ psychotherapeutische Behandlung verbessert.

Ziel Rehabilitation:

Wo immer indiziert haben Patientinnen mit Mammakarzinom die Möglichkeit, an flexibilisierten Angeboten in der Rehabilitation teilzunehmen.

Ziel Register:

Klinische Krebsregister werden in ausreichender Zahl und voll funktionsfähig geführt und genutzt. In den Ländern werden flächendeckend bevölkerungsbezogene und vollzählige Krebsregister geführt.

Ziel Forschung:

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

4.3 Arbeitsgruppe 6 „Tabakkonsum reduzieren“

Der Zigarettenkonsum stellt heute in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar. Sowohl die Krankheitsbelastung durch Zigarettenkonsum als auch dessen Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit sind in ihrem Ausmaß historisch beispiellos.

In Deutschland rauchten im Jahr 2000 rund 35 % der Erwachsenenbevölkerung zwischen 18 und 59 Jahren. Pro Jahr sterben hierzulande über 140.000 Menschen an Erkrankungen, die mit dem Konsum von Tabakwaren zusammenhängen. Damit verursacht der Tabakkonsum in Deutschland jährlich mehr Todesfälle als Aids, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammen genommen. Etwa die Hälfte aller regelmäßigen Raucher stirbt an den Folgen des Zigarettenkonsums – ein Viertel davon bereits in den mittleren Lebensjahren. Für Industrienationen gilt somit, dass keine andere Präventionsmaßnahme einen nachhaltigeren Effekt auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung hat als eine deutliche Verringerung des Zigarettenkonsums.

Aufgrund langjähriger internationaler Erfahrungen mit Tabakkontroll-Maßnahmen liegen mittlerweile hinreichende Nachweise für die Wirksamkeit der Bündelung einer Reihe von evidenzbasierten Maßnahmen der „Tabakkontrolle“ (“tobacco control“) vor. Die zur Verringerung des Tabakkonsums in Deutschland bisher durchgeführten Maßnahmen sind allerdings eher unsystematisch, zum größten Teil auf die Veränderung von Verhaltensweisen (verhaltenspräventiv) und nicht auf die Veränderung von Strukturen (verhältnispräventiv) bezogen. Darüber hinaus sind Maßnahmen der Verhaltensprävention kaum flächendeckend realisiert und häufig hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zur Senkung des Tabakkonsums nicht genügend überprüft. Wie die aktuellen Daten zur Verbreitung des Tabakkonsums in Deutschland sowie zur Passivrauchbelastung zeigen, haben sie dadurch bisher auch keine wirklich deutlichen Auswirkungen auf das Rauchverhalten in der Allgemeinbevölkerung gehabt.

Die Arbeitsgruppe 6 verfolgt das Ziel „Der Tabakkonsum in der Bevölkerung ist zurückgegangen”. Zur Erreichung dieses Ziel entwickelt AG 6 ein Nationales Programm, das aus einem Bündel aus verschiedenen bevölkerungs- und individuumsbezogenen Maßnahmen (“policy mix”) besteht.

Im Einzelnen wurden zwei Maßnahmenbereiche identifiziert, und eine Reihe von Zielen definiert:

Maßnahmenbereich A: Verhältnisebene

Gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen verbessern

- **Ziel:** Eine effektive Tabakkontrollpolitik ist implementiert

Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene

Ausstieg fördern (Raucherentwöhnung)

- **Ziel:** Mehr Kinder und Jugendliche hören mit dem Rauchen auf
- **Ziel:** Die Zahl der entwöhnten Raucher ist gesteigert

Einstieg verhindern (Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen

- **Ziel:** Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher

Schutz vor Passivrauchen erhöhen

- **Ziel:** Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt

4.4 Arbeitsgruppe 7 „Gesundheit hat Zukunft – Ziele für das Kindes- und Jugendalter: Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen"

Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen werden im Kindes- und Jugendalter entscheidend geprägt. Ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung und unzureichende Stressbewältigung können bereits im Kindes- und Jugendalter zum Risikofaktor für das Auftreten von chronischen Krankheiten im Erwachsenenalter (Adipositas und Folgekrankheiten, Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen u.a.) werden. Daher wurde beschlossen, für den Zielbereich „Ziele für ausgewählte Bevölkerungs- und Altersgruppen“ Kinder und Jugendliche auszuwählen, und als Zielthema „Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung“ zu bearbeiten. Zu einem späteren Zeitpunkt soll das Zielthema „Impfen“ aufgegriffen werden, dem ebenfalls große Bedeutung zugemessen wird. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen macht etwa ein Fünftel der Bevölkerung aus, so dass durch die Bearbeitung dieses Themas eine große Bevölkerungsgruppe erreicht werden kann.

In einer interdisziplinär und trägerübergreifend zusammengesetzten Arbeitsgruppe wurde der Prozess der Zielformulierung vorangetrieben. Innerhalb der Arbeitsgruppe spielt die Zusammenarbeit von Gesundheits-, Jugend- und Bildungssektor eine wichtige Rolle.

Zunächst entwickelte die Arbeitsgruppe eine Vision, die ergebnisorientiert die Vermeidung von Krankheit, die Verbesserung der Lebensqualität und den Gewinn zusätzlicher Lebensjahre in den Mittelpunkt stellt. Dann wurden die folgenden Ziele definiert:

1. Ziel Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehl-, Über- und Unterernährung sind reduziert.

2. Ziel Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt Bewegungsmangel ist reduziert.

3. Ziel Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, negative Stressfaktoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert.

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

Zur weiteren Bearbeitung der ersten drei Ziele wurde ein settingspezifischer Ansatz mit den drei Settings Elternhaus/ Freizeit, Kindertagesstätte und Schule gewählt. Jedes dieser Ziele wurde also gesondert für die genannten Settings abgearbeitet (drei Ziele mal drei Settings gleich neun Ziele). Das vierte Ziel bezieht sich auf die strukturellen Rahmenbedingungen der drei Settings. Damit werden insgesamt 10 Ziele bearbeitet.

Die Ziele werden auf der Ebene der Teilziele weiter differenziert, wobei unterschieden wird zwischen übergreifenden Teilzielen und Teilzielen zur Kognition, zur Motivation, zum Verhalten sowie zu den Verhältnissen. Bei den übergreifenden Teilzielen steht insbesondere die Definition von Maßnahmen für schwer erreichbare und sozial benachteiligte Zielgruppen im Mittelpunkt. Die Querschnittsanforderung „gesundheitliche Chancengleichheit“ von *gesundheitsziele.de* spielt damit in der Arbeit der AG 7 eine wesentliche Rolle.

4.5 Arbeitsgruppe 8 „Gesundheitliche Kompetenz von BürgerInnen / PatientInnen stärken“

Die Steigerung der Gesundheitskompetenz von BürgerInnen und PatientInnen kann als einer der wichtigsten Teilaspekte des Themas „Patientenorientierung im Gesundheitswesen“ angesehen werden. Die Bedeutung von Patientenorientierung und -beteiligung für die Prävention von Erkrankungen und die Verbesserung des Gesundheitszustands und der Lebensqualität ist in Wissenschaft und Praxis mittlerweile allgemein anerkannt. Beteiligung und Mitsprache der BürgerInnen und PatientInnen sind auch für eine bedarfsgerechte und effiziente Gestaltung des Gesundheitssystems geboten.

Die Arbeitsgruppe hat sich, gemäß der Vielfalt der möglichen Ansatzpunkte zur Steigerung gesundheitlicher Kompetenzen, für die Bearbeitung von vier Zielbereichen entschieden.

Ziel: Transparenz erhöhen – BürgerInnen und PatientInnen werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt.

Ziel: Kompetenz entwickeln – Gesundheitsbezogene Kompetenzen der BürgerInnen und PatientInnen sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar.

Ziel: PatientInnenrechte stärken – Die kollektiven PatientInnenrechte sind ausgebaut, die individuellen PatientInnenrechte sind gestärkt und umgesetzt.

Ziel: Beschwerdemanagement verbessern – Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt es Versicherten und PatientInnen, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen.

Mittels des ersten Ziels „Transparenz erhöhen“ soll die Verfügbarkeit, Vermittlung und Aneignung von Gesundheitsinformationen verbessert werden. Das zweite Ziel „Kompetenz entwickeln“ strebt die Steigerung der gesundheitlichen Kompetenzen der BürgerInnen und PatientInnen durch individuelle und gruppenvermittelte Förderung und Unterstützung sowie eine patientInnenorientierte Arbeitsweise von Institutionen und Leistungserbringern an. Das dritte Ziel „PatientInnenrechte stärken“ zielt auf die verbesserte Beteiligung von BürgerInnen und PatientInnen an Entscheidungen im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen. Hierzu sind Verbesserungen bei der Ausgestaltung und Umsetzung der individuellen Rechte sowie ein Ausbau der kollektiven Rechte nötig. Das vierte Ziel „Beschwerdemanagement verbessern“ fokussiert auf ein System des Beschwerde- und (Behandlungs-)Fehlermanagements, das die Bedürfnisse der Betroffenen stärker berücksichtigt.

Alle Ziele sind so angelegt, dass BürgerInnen und PatientInnen stets in die Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse einbezogen werden.

5. Wie geht es weiter?

Als nächster Schritt steht nun die Identifikation umsetzbarer Maßnahmen an. Gemäß dem Grundprinzip von *gesundheitsziele.de*, wonach konkrete Gesundheitsziele und Umsetzungsstrategien nur gemeinsam und im Konsens entwickelt werden können, werden der Empfehlung des Ausschusses folgend solche Maßnahmen prioritär bearbeitet, die für eine Umsetzung besonders geeignet scheinen, d.h. kurz bis mittelfristig umsetzbar sind. Die Identifikation von Maßnahmen sowie die Klärung der Umsetzungs- und Finanzierungszuständigkeiten stellt die AGen nochmals vor große Herausforderungen, deren Bewältigung nicht zuletzt den Willen und die Bereitschaft aller Beteiligten erfordert, zu konsensualen Lösungen zu gelangen.

Die Ergebnisse werden dann erneut dem Steuerungskreis und dem Ausschuss vorgelegt. Nach der Verabschiedung der Ergebnisse durch den Ausschuss werden sie dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorgelegt.

Für Anfang 2003 ist eine Veröffentlichung der Endergebnisse geplant.

Im Jahr 2003 soll zeitnah mit der Implementierung von Maßnahmen zur Erreichung der bearbeiteten Gesundheitsziele begonnen werden – nur so kann der bestehende Impetus genutzt werden für eine zielgerichtete Verbesserung von Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung. Außerdem sollen die drei vereinbarten, aber bislang noch nicht bearbeiteten Gesundheitsziele in Angriff genommen werden.

Es ist Anliegen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung und aller beteiligten Akteure, den Zieleprozess zu verstetigen. Daher soll *gesundheitsziele.de* in den Folgejahren fortgesetzt werden.

* * *