



# Informationsdienst

*gesundheitsziele.de*

Informationsdienst 284  
Köln, Januar 2002

## Vorbemerkung

Mit der im Konsens erfolgten Festlegung auf einzelne Themen für Gesundheitsziele ist eine wichtige Phase des Projekts *gesundheitsziele.de* erfolgreich abgeschlossen worden. Dieser Informationsdienst dokumentiert die GVG-Veranstaltung vom 31. Oktober 2001, in der diese Phase mit allen im Projekt bisher erzielten Arbeitsergebnissen im einzelnen vorgestellt wurde. Frau Bundesgesundheitsministerin **Ulla Schmidt** hielt bei dieser Veranstaltung das hier gleichfalls wiedergegebene Eingangsstatement.

In der jetzigen Projektphase werden die ausgewählten Themen als Gesundheitsziele konkretisiert und Umsetzungsstrategien entwickelt. Über den Fortschritt der Arbeiten erhalten Sie nähere Informationen unter [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de).

GVG  
Dr. Volker Leienbach

Dr. Herbert Rische,  
Vorsitzender der GVG und des Steuerungskreises

## Begrüßung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Sie heute im Namen von Vorstand, Präsidium und Geschäftsführung der GVG zur ersten öffentlichen Veranstaltung von *gesundheitsziele.de* – Forum Gesundheitsziele Deutschland – begrüßen zu können.

*gesundheitsziele.de* ist eine vom Bundesministeriums für Gesundheit geförderte Kooperation mit der GVG. Diese Zusammenarbeit ist aus Sicht der GVG eine sehr gute Zusammenarbeit, für die ich herzlich danke. Besonders freue ich mich, heute Frau Bundesministerin Schmidt zu begrüßen.

Die 72. Gesundheitsministerkonferenz wies im Juni 1999 auf die Bedeutung von Gesundheitszielen hin. Sie verabschiedete die „Ziele für die Gesundheitspolitik“ und forderte die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden dazu auf, die Verabschiedung tragfähiger Gesundheitsziele voranzutreiben. Wir freuen uns, heute gemeinsam mit der Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz, Frau Senatorin Hilde Adolf, die ersten Ergebnisse des Forums Gesundheitsziele Deutschland vorstellen zu können.

Zentrales Anliegen von *gesundheitsziele.de* ist die Entwicklung tragfähiger Gesundheitsziele. *gesundheitsziele.de* entwickelt exemplarisch Gesundheitsziele mit konkreten Umsetzungsstrategien und möchte damit zugleich das Instrument „Gesundheitsziele“ komplementär zu bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik nutzbar machen. In *gesundheitsziele.de* arbeiten seit Dezember 2000 die Akteure im Gesundheitswesen im Rahmen der GVG zusammen, um diese beiden Anliegen gemeinsam zu verwirklichen.

In der GVG sind Gesundheitsziele kein neues Thema. Schon seit 1997 hat der Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ unter dem Vorsitz von Herrn Dr. Rainer Hess Grundlagen zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen erarbeitet und vereinbart. Diese Ergebnisse haben wir vor eineinhalb Jahren öffentlich vorgestellt und diskutiert. Wir freuen uns, heute viele von denjenigen wiederzusehen, die sich schon damals an der Diskussion beteiligt haben. Wir freuen uns aber auch sehr, dass es gelungen ist, den Kreis der Interessierten und aktiv Beteiligten zu erweitern. Dies zeigt, wie wichtig das Thema ist und lässt hoffen, dass die darin enthaltenen Potentiale genutzt werden können.

Seit unserer letzten Veranstaltung zu Gesundheitszielen wurden große Fortschritte hin zu einer Entwicklung konkreter Gesundheitsziele gemacht. Es hat sich gezeigt, dass das Rad nicht immer neu erfunden werden muss – *gesundheitsziele.de* hat großen Nutzen aus der Analyse zahlreicher Zielinitiativen im In- und Ausland gezogen. Auf dieser Grundlage haben wir in den vergangenen Monaten gemeinsam Grundlagen und Verfahren für die exemplarische Auswahl und Entwicklung konkreter Gesundheitsziele erarbeitet. Herr Dr. Hess und Herr Dr. Wismar werden Ihnen diese konzeptionellen Grundlagen vorstellen, die Sie ausführlich ja schon auf unserer Website finden konnten.

Wir haben diese Grundlagen zum Teil auch schon angewendet und in Analyse- und Diskussionsprozessen Themen ausgewählt, die zunächst exemplarisch als umsetzbare Gesundheitsziele bearbeitet werden.

*gesundheitsziele.de* wird bis Juli 2002 zunächst fünf Zielthemen als Gesundheitsziele entwickeln. Drei weitere exemplarische Themen werden zeitlich versetzt als Ziele entwickelt. Wir möchten Ihnen heute nicht nur unsere bisherigen Ergebnisse vorstellen sondern mit ihnen auch die Entwicklung der konkreten Gesundheitsziele diskutieren.

Wir haben heute ein umfassendes Programm mit Statements der Bundesministerin, der Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz und des Vorsitzenden des Ausschusses – des Entscheidungsgremiums von *gesundheitsziele.de*. Dann wird Herr Dr. Wismar eine Einführung in die bisherige Arbeit geben. Der gesamte Nachmittag steht für die Diskussion zur Verfügung, bei der wir auf rege Publikumsbeteiligung hoffen. Als Moderator begrüße ich herzlich Herrn Bernd Seguin vom NDR.

Dem Berliner Senat möchte ich an dieser Stelle herzlich danken, dass er uns heute seine Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt hat – auch dies eine wichtige Unterstützung des Anliegens von *gesundheitsziele.de*.

Damit darf ich Ihnen, Frau Bundesministerin Schmidt, das Wort geben.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt,  
Bundesministerium für Gesundheit

## Statement

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich, dass Sie heute hier so zahlreich erschienen sind, um gemeinsam die Ziele zu diskutieren.

Eine der gesundheitspolitischen der Zukunft wird die Konfrontation mit einem veränderten Krankheitsspektrum sein. Hierbei spielen Multimorbidität und chronische Erkrankungen eine immer größer werdende Rolle.

Deshalb stellt sich die Frage: Wie können wir das Entstehen, die Dauer und die Schwere solcher Erkrankungen am besten bekämpfen, um unnötiges Leiden zu vermeiden und die vorhandenen Ressourcen gleichzeitig effektiv einzusetzen.

Mit der Initiative zur Entwicklung von Gesundheitszielen sollen diese Fragen offensiv angegangen werden. Nachdem jahrelang hauptsächlich eine Kostendämpfungsdebatte geführt wurde, ist es mir wichtig, dass sich Gesundheitspolitik wieder stärker an Fragen der Gesundheitsförderung und der Bekämpfung von Krankheiten orientiert. Auch bei unserem gemeinsamen Projekt „*gesundheitsziele.de*“ steht dies im Mittelpunkt.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat uns in unserem Anliegen bestärkt. In seinem jüngsten Gutachten weist er erneut darauf hin, dass Deutschland im internationalen Vergleich in Anbetracht des Gesundheitszustands der Bevölkerung zu viele Ressourcen vergeudet.

Dies liegt unter anderem daran, dass mit Blick auf die weit verbreiteten Volkserkrankungen und gesundheitlichen Beschwerden zu wenig Prävention betrieben wird. Gleichzeitig werden medizinische Maßnahmen durchgeführt, die unnötig sind, das heißt weder nutzen noch schaden.

Die Diagnose des Rates zur Über-, Unter- und Fehlversorgung bestätigt mich darin, dass mit einer Neuorientierung der Gesundheitspolitik an Gesundheitszielen, der Entwicklung von Disease-Management-Programmen für chronische Erkrankungen und einer weiteren Förderung der Qualitätssicherung der richtige Weg eingeschlagen wurde. Über dies müssen wir gemeinsam mit allen Verantwortlichen im Gesundheitswesen weitere Schritte unternehmen, um von der „eminenzbasierten zur evidenzbasierten Medizin“ zu kommen.

Genau dieser Problematik stellen wir uns mit unserem Projekt. Die Festlegung von Gesundheitszielen dient zum einen der Qualitätssicherung und zum anderen der Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung: Zwei entscheidende Anforderungen an eine moderne Gesundheitspolitik.

Das Projekt verfolgt dabei den richtigen Ansatz, nämlich einen umfassenden. Er verbindet präventive Vermeidung von Krankheiten mit einer verbesserten Versorgung im Krankheitsfall.

Prävention kann Krankheit und Leiden verhindern und gleichzeitig Kosten in nicht unerheblichen Maße im Gesundheitswesen einsparen. Mit anderen Worten: Es können Ressourcen zum Wohle der Menschen effektiver eingesetzt werden.

Auch aus der Sicht der Arbeitsgruppe Prävention des Rundes Tisches muss die mit der Gesundheitsreform 2000 für die Kassen eingeführte Möglichkeit, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung unter bestimmten Voraussetzungen zu finanzieren, ausgebaut werden. Die Einführung der Krankheitsbehandlungsprogramme passt genau in diese Zielsetzungen. Wie auch die Arbeit von *gesundheitsziele.de*.

Meine Damen und Herren,

der Runde Tisch beschäftigt sich auch mit dem Thema „Versorgungsqualität“. Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung kann durch praxisnahe, evidenzbasierte und zertifizierte Leitlinien sektorübergreifend verbessert werden.

Leitlinien müssen deshalb im Prozess der Gesundheitsziele als Instrumente der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle spielen. Ich denke, darüber sind wir uns alle einig. Ich halte es für sehr wichtig, dass diese in einem transparenten Verfahren zügig entwickelt werden.

Meine Damen und Herren,

ich bin davon überzeugt, dass sich unser gemeinsames Projekts und der Runde Tisch gegenseitig Denkanstöße geben und einander gut ergänzen werden. Ich hoffe sehr, dass sich positive Synergieeffekte zum Wohle der kranken Menschen in unserem Lande ergeben werden.

Meine Damen und Herren,

mit der beschlossenen Zielauswahl bin ich sehr zufrieden und ich unterstütze sie voll und ganz. Mit dem Herzinfarkt, der Depression, dem Brustkrebs und der Diabetes ist eine vernünftige Auswahl vorgenommen worden.

Sicherlich: Es musste eine Auswahl vorgenommen werden. Aber – lassen Sie mich dies noch mal deutlich sagen – diese Auswahl bedeutet keine Ausgrenzung oder eine Benachteiligung anderer wichtiger Gesundheitsbereiche. Es gibt eine Vielzahl von Zielbereichen, für die ich stellvertretend nur die Demenz, den Schlaganfall oder den Darmkrebs nennen möchte, die sicherlich ebenso gut Ziele hätten werden können.

Aber, meine Damen und Herren, wir können leider nicht alles Wünschenswerte auf einmal in Angriff nehmen. Wir stehen mit unserer Arbeit erst am Anfang und in ein bis zwei Jahren werden andere wichtige Erkrankungen berücksichtigt werden können.

Die einzelnen Ziele werden im Anschluss von Ihnen – den Fachleuten – im Detail diskutiert werden. Trotzdem möchte ich an diese Stelle ein mir sehr wichtiges Ziel, den Brustkrebs, erwähnen. Das Brustkrebs als Gesundheitsziel ausgewählt wurde, wird angesichts der verstärkten Diskussion in den letzten Monaten nicht erstaunen.

Allerdings wäre es zu kurz gegriffen, wenn man die öffentliche Debatte allein zum Anlass genommen hätte, Brustkrebs als Ziel auszuwählen – nur weil dafür derzeit eine breite Akzeptanz erwartet werden kann.

Brustkrebs ist mit ca. 46.000 neuen Fällen pro Jahr nach wie vor die häufigste Krebserkrankung der Frauen. Auch wenn die relative fünf-Jahres-Überlebensrate auf über 70 % gesteigert werden konnte, sterben immer noch in jedem Jahr mehr als 17.000 Frauen.

Dies muss aber nicht als unabänderlich hingenommen werden. Echte Vorbeugung und qualitätsgestützte Früherkennung können mehr leisten, als dies heute bei uns noch der Fall ist.

Meine Damen und Herren,

die Kürze eines Begrüßungsstatements reicht nicht, um alle Zielbereiche anzusprechen. Für wichtig halte ich bei der Auswahl der jetzigen Ziele die Tatsache, dass hierbei eine deutliche Umorientierung in Richtung auf Gesundheitsförderung, Prävention und Management erfolgt.

Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, die bei der Umsetzung der ausgewählten Ziele eine Rolle spielen, werden sich voraussichtlich auch auf die Vermeidung weiterer Volkserkrankungen günstig auswirken. Ziele, die in einer späteren Phase angegangen werden, können somit auf einem bereits fortentwickelten Fundament aufsetzen. Das, was hier heute vorgestellt wird, sind auch noch nicht die Ziele. Es sind sozusagen erst die Überschriften, die von den einzelnen Arbeitsgruppen nun noch mit Teilzielen, Strategien und Maßnahmen zu konkretisieren sind. Mit anderen Worten: Die Arbeit fängt erst richtig an.

Die Politik wird dann im nächsten Jahr im Bundestag und im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz gemeinsam mit mir über die konkreten Vorschläge einschließlich der Implementierungsvorschläge zu entscheiden haben.

Meine Damen und Herren,

die optimale Gesundheitsversorgung und die Verbesserung bestehender Strukturen ist unser gemeinsames Anliegen. Um dies zu erreichen, müssen wir gemeinsam und zielorientiert an umfassenden Konzepten arbeiten. Mir ist besonders wichtig, dass auch die Patientinnen und Patienten das Projekt mitgestalten.

In den Gremien des Programms arbeiten Patientenvertreter und -vertreterinnen und Vertreter und Vertreterinnen der Selbsthilfe mit den wesentlichen Akteuren des Gesundheitswesens zusammen. Ich bin davon überzeugt, dass Gesundheitsziele nur mit der Akzeptanz der Bürgerinnen und Bürgern erfolgreich umgesetzt werden können. Und deshalb müssen sie eine aktive Rolle im gesamten Prozess spielen. Aus diesem Grund hat das Bundesministerium für Gesundheit in das Projekt drei gesundheitspolitische Leitbilder eingebracht. Ich hoffe, dass sie in jedem konkreten Ziel verwirklicht werden: Neben den Leitbildern „Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit“ und „Stärkung der Selbsthilfe“ ist mir die „Stärkung der Patientenrechte“ sehr wichtig.

Sie alle wissen, dass die Bundesregierung mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 schon wichtige Veränderungen für eine stärkere Bürger- und Patientenorientierung eingeleitet hat. Information, Transparenz Qualitätssicherung und die Stärkung individueller und kollektiver Beteiligungsrechte sind hier die entscheidenden Stichworte.

Ich möchte in diesem Zusammenhang betonen wie wichtig es mir ist, dass die Ziele im Konsens der aller Akteure gefunden werden. Denn: Nur wenn alle Beteiligten am selben Strang ziehen, wird das Projekt Erfolg haben können.

Meine Damen und Herren,

mit der Einigung aller Beteiligten und Betroffenen auf gemeinsame Aktionen zur Gesundheitserhaltung, Krankheitsvermeidung und -bekämpfung wird die medizinische Orientierung von Gesundheitspolitik wieder in das Bewusstsein der öffentlichen Diskussion gelan-

gen. Die verfügbaren Ressourcen können effizienter eingesetzt werden als dies heute der Fall ist, wenn es uns gelingt, Gesundheit zu fördern und Krankheit durch Prävention so gut es geht zu vermeiden. Die Erarbeitung der Gesundheitsziele leistet dazu einen konstruktiven Beitrag. Deshalb möchte ich Ihnen für Ihr Engagement danken und wünsche Ihnen jetzt im Anschluss eine anregende Diskussion.

Hilde Adolf,  
Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Bremen  
Vorsitz der GMK

## Statement

Anrede,

ich danke Ihnen für die Einladung zu dieser Tagung, die uns Gelegenheit bietet, den Dialog über die Notwendigkeit der Entwicklung von Gesundheitszielen fortzuführen, zu intensivieren und zu konkretisieren. Es geht heute sicherlich weniger darum, auf alle Fragen Antworten zu finden. Viel wichtiger ist es im ersten Schritt, die richtigen Fragen zu finden. Das neueste Gutachten des Sachverständigenrates zu Fragen der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit hat ebenso wie die GVG mit den in der vergangenen Woche vorgelegten Vorschlägen für Gesundheitsziele wichtige Impulse geliefert.

Der Steuerbarkeit des Gesundheitswesens durch die Politik sind durch seine Gliederung Grenzen gesetzt. Zuständigkeiten verteilen sich auf Bundesregierung und Bundesbehörden, auf Landesregierung und Landesbehörden, wesentliche Aufgaben auch hoheitlicher Art hat der Staat auf die Selbstverwaltungskörperschaften der Kassen und der Ärzte übertragen. Wichtige Aufgaben erfüllt auch der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen.

Damit bleibt der Gesundheitspolitik allzu oft lediglich die Rolle des Krisenmanagers oder Initiators. Gerade uns auch auf Landesebene handelt sich Gesundheitspolitik oft am Machbaren, sprich Kompromissbildungen entlang.

Umso wichtiger erscheint es mir, die begonnenen Prozesse zur Entwicklung und Vereinbarung von Gesundheitszielen nachhaltig zu verfolgen. Gerade weil wir ein stark gegliedertes, böse Zungen sprechen gar von einem zergliederten Gesundheitswesen, haben, weil wir vor einer Vielzahl nicht gelöster Probleme im Gesundheitswesen stehen und nicht zuletzt weil der immer größer werdende Kostendruck im Gesundheitswesen dazu zwingt, Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung zu überprüfen.

Dazu einige Beispiele aus meinem Bundesland. In Bremen wurde kürzlich die Schmerzbehandlung von Krebspatienten in ihren letzten 12 Lebensmonaten untersucht. Das Ergebnis lautet: nur etwa 15 % dieser besonders bedürftigen Patientengruppe hat eine ausreichende Schmerztherapie erhalten. D.h., die große Mehrheit der Krebspatienten erhielt keine adäquate Schmerztherapie: Ein Fall von Unterversorgung.

Eine andere Untersuchung, die im ersten Bremer Frauengesundheitsbericht gerade vor ein paar Tagen veröffentlicht wurde, zeigt, dass von allen 40 – 70-jährigen Frauen jede vierte keine Gebärmutter mehr hat. In der Altersgruppe der 65 – 69-jährigen Frauen haben von zehn Frauen vier keine Gebärmutter mehr. Kein Zweifel besteht unter Experten und Expertinnen, dass ein erheblicher Anteil der Gebärmutterentfernungen medizinisch nicht indiziert ist bzw. durch schonendere Behandlungsmethoden hätte verhindert werden können: Ein Fall von „Fehlversorgung“.

Viele andere Beispiele für „zu viel“, „zu wenig“ oder „falsch“ sind im Gesundheitswesen seit langem bekannt. Die Existenz von Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen wirft eine ganze Reihe von grundsätzlichen Fragen auf, die an den Nerv des Gesundheitsversorgungssystems gehen.

Das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen liegt inzwischen vor. Ich hoffe, dass dieses Gutachten sachlich debattiert wird.

Was können und sollten wir tun, um diesem Gutachten die verdiente Wirkung zu verschaffen und damit auch die Chance einer wissenschaftsbasierten Prioritätensetzung in der Gesundheitspolitik zu nutzen?

Ich habe hier natürlich keine fertigen Lösungen zu bieten, möchte aber zumindest einige Orientierungspunkte geben.

- Ärzteschaft, Krankenkassen, Politik und – nicht zuletzt – die Patientinnen und Patienten sollten sich ruhig und sachlich mit dem Gutachten auseinandersetzen. Hier können wir alle zeigen, in welchem Maße wir zu Aufrichtigkeit, zu Selbstreflexion und zu intellektueller Redlichkeit in der Lage sind.
- Wir alle sollten nach Lösungen auf der Systemebene suchen. Es geht darum, das System der gesundheitlichen Versorgung so zu gestalten, dass der Patient das höchstmögliche Maß an Sicherheit hat, die Versorgung zu erhalten, die ihm in seiner Situation gesundheitlich weiterhilft – nicht mehr und nicht weniger.
- Wir sollten untersuchen, in welchem Maße Partikularinteressen ursächlich sind für Über-, Unter- und Fehlversorgung und die Erkenntnisse für Lösungen nutzen.
- In Bremen gab und gibt es Beispiele für Initiativen, Probleme der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu lösen. Es gab eine Schmerz Arbeitsgemeinschaft, die durch ihre beispielhaften Aktivitäten eine zumindest partielle Verbesserung der Schmerztherapie erreichen konnte. Entscheidend war hier ein breites Bündnis mit einem breiten Spektrum von Interventionen für verschiedene Zielgruppen. Eine neue Initiative, die auf diesen Erfahrungen aufbaut, ist bereits angedacht und beschäftigt sich mit der Versorgung der Diabetiker in Bremen. Initiativen dieser Art sollten unsere volle Unterstützung erhalten.

Wir brauchen von daher Gesundheitsziele, auf die wir uns alle einlassen können. Insofern unterstützen die Länder durch ihre Mitarbeit die heute vorgestellten Aktivitäten des Bundesministeriums für Gesundheit und der GVG mit Nachdruck. Ich kann mich dabei auf eine einstimmig verabschiedete Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz beziehen.

Alles entscheidend ist – so lehren uns erfolgreiche ausländische Beispiele – vor allem der Wille aller Betroffenen, innerhalb und außerhalb der jeweiligen Zuständigkeiten sich auf diese Ziele auch einzulassen und sich an ihnen messen zu lassen.

Dass der Weg nicht einfach sein wird, kann ich Ihnen aus Bremen berichten.

Wir haben bei einem der Ziele in Bremen eine nicht einfache Vorreiterrolle übernommen: Bei der Senkung der Mortalität durch Brustkrebs. Wir vertrauen bis heute dem breiten Konsens der Fachwelt, dass durch ein Brustkrebs-Screening-Programm für eine bestimmte Altersgruppe von Frauen es zu einer Senkung der Brustkrebsmortalität kommen wird. Wir können allerdings ein Lied davon singen, wie der Weg von dem gemeinsamen Ziel –

der Senkung der spezifischen Mortalität – in die Umsetzung mit Hindernissen gepflastert war und noch ist. Und wie schwer es für alle Beteiligten war, ihre eigene Sicht der Dinge nicht alleinig in den Vordergrund zu stellen.

Ich weiß, dass mehrere Ländern gute Vorarbeiten bei der Entwicklung von Gesundheitszielen geleistet haben, aber dass für die Umsetzung das Verständnis aller Beteiligten benötigt wird, unter Zurückstellung eigener Interessen am gleichen Strang zu ziehen.

Wir brauchen diese Bereitschaft, um die viel gescholtenen Systembrüche unseres Gesundheitsversorgungssystems zu überwinden. Wenn dies nicht gelingt, darf man sich nicht scheuen, über andere Möglichkeiten der Umsetzung von allgemein akzeptierten Zielen nachzudenken.

Dies ist heute der wichtige Startpunkt zur Zielfindung und Umsetzung im Gesundheitswesen. Das Vorhaben sollte uns auf jeden Fall gelingen. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Es gilt das gesprochene Wort.)



Dr. Rainer Hess,  
Vorsitzender des GVG-Ausschusses

## Statement

Die Definition von Gesundheitszielen und die Ausrichtung von Versorgungsprogrammen an solchen Zielen, das ist auch in Deutschland kein Fremdwort. Die WHO mit ihrem weltweit definierten Gesundheitsprogramm „Health 2000“ hat auch Deutschland erreicht und in einigen Bundesländern Initiativen zu dessen Umsetzung ausgelöst. Wir in Deutschland mit einem pluralistischen Gesundheitswesen und einer Vielzahl von Akteuren tun uns aber schwerer als Länder mit staatlichen Gesundheitsdiensten, solche Ziele bundeseinheitlich zu definieren und umzusetzen. Auch staatliche Gesundheitsdienste haben es aber schwer, definierte Ziele tatsächlich in der Praxis vor Ort anzuwenden, wie die Erfahrungen mit dem WHO-Programm „Health 2000“ zeigen. Definierte Ziele bedürfen, um wirksam umgesetzt zu werden einer breiten Akzeptanz, nicht nur bei den verantwortlichen Trägern der Versorgung, sondern bei den einzelnen Krankenhäusern, Ärzten, Pflegekräften und vor allem auch bei den Bevölkerungsgruppen, an die sie sich richten. Die schlichte „Anordnung“ solcher Ziele genügt daher nicht. Es bedarf vielmehr

- einer ständigen Motivation und Aufklärung aller Beteiligten über die Vorteile solcher Ziele
- einer ebenso ständigen Begleitung mit Erhebungen und Untersuchungen, ob und inwieweit die auf Zielen aufbauenden Programme funktionieren und
- wenn nein, woran dies liegt und was verändert werden muss, um sie funktionsfähig zu machen.

Die meisten bisher auch in anderen Ländern beschlossenen Gesundheitsziele sind daran gescheitert, dass sie an der für ihre Durchführung verantwortlichen Basis nicht ankommen und somit „nicht gelebt“ werden.

Die GVG hat sich mit der Einrichtung einer Arbeitsgruppe „medizinische Orientierung“ des Gesundheitswesens deswegen bereits 1997 das ehrgeizige Ziel gesetzt zu analysieren, wie man in dem stark gegliederten Gesundheitssystem in Deutschland Gesundheitsziele definieren und unter Mitwirkung aller Beteiligten in konkreten Handlungsprogrammen umsetzen kann. Ziel war und ist es, „operationalisierbare Gesundheitsziele“ zu entwickeln, die nicht nur als politische Programme diskutiert, sondern durch konkrete, möglichst in ihrer Wirkung messbare, zumindest aber evaluierbare Maßnahmen und Verfahren so konkretisiert werden, dass sie unter den dafür direkt verantwortlichen Akteuren vereinbart, praktisch umgesetzt und in ihrer Effizienz überprüft werden können.

Wir sind Ihnen, sehr geehrte Frau Ministerin Schmidt und ihrer Vorgängerin Frau Fischer, sehr dankbar dafür, dass sie diese Initiative aufgegriffen und in ein konkretes durch das BMG gefordertes Entwicklungsprojekt eingebracht haben. Wir sind auch der Gesundheitsministerkonferenz der Länder sehr dankbar dafür, dass sie einstimmig dieses Ent-

wicklungsprojekt begrüßt hat und aktiv durch Vertreter der A- und B-Länder begleitet. Dies begründet die Hoffnung, dass die als Ergebnis dieses Entwicklungsprojektes bis zum Oktober 2002 erarbeiteten Vorschläge für Gesundheitsziele an die Politik nicht nur vom Bund, sondern auch durch die Bundesländer gemeinsam aufgegriffen werden.

Bereits die WHO-Ziele lehren uns, dass Gesundheitsziele nicht nur durch das „Fenster“ von Krankheiten definiert werden dürfen, sondern breiter angelegt sein sollten, um Akzeptanz zu finden. Dabei haben wir in Deutschland bei aller zuletzt auch vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geäußerte Kritik an der Qualität der Betreuung chronisch Kranker durchaus erfolgreiche Ansätze für zielgerichtete Versorgungsprogramme zur strukturierten Behandlung chronischer Erkrankungen. Im selben Jahr, in dem der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages die mangelnde Qualität der Betreuung von Diabetes-Kranken öffentlich moniert hat, sind in Nordrhein die positiven Ergebnisse der weltweit umfassendsten Evaluation eines Diabetes-Betreuungsprogramms veröffentlicht worden, das zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und allen Krankenkassen in Nordrhein vereinbart worden ist und gemeinsam evaluiert wird. Weitere Beispiele erfolgreicher auf Gesundheitszielen aufbauender regionaler Versorgungsprogramme ließen sich nennen.

Was uns aber in der Tat fehlt, ist eine bundesweite übergreifende Initiative, die solche modellhaft erprobten Versorgungsprogramme flächendeckend umsetzt. Es ist daher aus Sicht der Arbeitsgruppe „Gesundheitsziele“ der GVG sehr zu hoffen, dass die Ergebnisse dieses Entwicklungsprojektes „Gesundheitsziele“, die wir im nächsten Jahr im Oktober vorstellen werden, nicht nur von der Politik, sondern von allen Beteiligten aufgegriffen werden.

Unsere bisherige Arbeit war geprägt durch

- die Erarbeitung von Kriterien für die Auswahl von Gesundheitszielen,
- die dazu nötigen Abstimmungsverfahren und die Definition der zu beteiligenden Organisationen zur Erreichung der notwendigen Akzeptanz und Durchsetzbarkeit sowie schließlich
- die Erarbeitung von Datengrundlagen und Verfahren der Evaluation von Ergebnissen aus der Umsetzung von Gesundheitszielen.

Ich möchte an dieser Stelle vor allem Frau Angele und Herrn Wismar für ihre immense Arbeit und für den außerordentlichen Einsatz danken, den sie mit der Koordinierung der Arbeitsgruppen und der Aufbereitung und Zusammenfassung der Ergebnisse hatten. Sie können diese Ergebnisse ganz aktuell im Internet unter [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) in Form eines Zwischenberichts abrufen. Dieser Zwischenbericht wird zur Zeit auch in Form einer Broschüre erstellt, die ihnen die GVG in Kürze zur Verfügung stellen wird.

Auf dieser Grundlage legen wir Ihnen heute ein erstes Zwischenergebnis in Form exemplarischer Gesundheitsziele vor. Exemplarisch deswegen, weil wir in der verfügbaren Zeit nicht den gesamten medizinischen Versorgungsbedarf der Bevölkerung analysieren konnten. Exemplarisch aber auch deswegen, weil wir anhand ausgewählter Ziele überprüfen können, ob und unter welchen Voraussetzungen wir unter den spezifischen Verhältnissen unseres Gesundheitssystems mit Gesundheitszielen konkret eine Verbesserung der Qualität der Versorgung erreichen können.

Auch in anderen Ländern hat sich bei der Arbeit mit Gesundheitszielen gezeigt, dass weniger mehr sein kann. Wenige Ziele effizient eingesetzt ist jedenfalls mehr als viele Ziele propagiert aber keines wirksam umgesetzt. Dabei muss uns allerdings bewusst sein, dass die Auswahl von exemplarischen Zielen es verbietet, den Versorgungsbedarf für andere zunächst nicht ausgewählte aber gleichwertige Ziele zu vernachlässigen. In der jetzt beginnenden zweiten Phase unserer Arbeit, die bis Juli nächsten Jahres reichen wird, sollen für die ausgewählten Themenfelder die Ziele konkret definiert und die Instrumente zu ihrer Umsetzung erarbeitet werden. Es wird eine der wesentlichen Aufgaben dieser zweiten Phase sein, dabei auch die Finanzierungsgrundlagen und die Auswirkung auf andere Versorgungsbereiche zu klären.

Gerade deswegen haben wir uns in der GVG bemüht, durch die Breite exemplarischer Ziele und die Schaffung von vier Themenfeldern für deren Auswahl möglichst viele Bevölkerungsschichten erreichen. Durch die Schaffung dieser vier Themenfelder für die Definition von Gesundheitszielen soll die Akzeptanz und das Interesse insbesondere auch derjenigen Bevölkerungsgruppen erreicht werden, für die nicht ein Bezug zu einer bestimmten Erkrankung im Vordergrund des Interesses an Gesundheitszielen steht. Diese vier Themenfelder eröffnen deswegen einen Zugang nicht nur zu Gesundheitszielen mit einem konkreten Krankheitsbezug, sondern auch zu dem ebenso wichtigen Ansatz der Prävention, zu einem Bezug auf bestimmte Bevölkerungs- und Altersgruppen sowie zu einer Orientierung an Bürger- und Patienteninteressen.

Dabei deckt sich das Ziel, die gesundheitliche Kompetenz von Bürgern und Patienten zu stärken mit einer Vielzahl von Initiativen der Politik, von Patientenvertretern und der Rechtswissenschaft. In der zweiten Phase unserer Arbeit wird es darum gehen, hierzu konkrete Konzepte zu entwickeln, wie wir den Bürgern und Patienten helfen können, sich in unserem freiheitlichen dadurch aber auch vielgestaltigen Gesundheitswesen auch ohne verpflichtenden „Gate-Keeper“ zurecht zu finden. Er soll seine ihm bereits jetzt durch die Rechtsprechung zugestandenen Patientenrechte wirksam wahrnehmen können und auf dieser Grundlage diejenige Kompetenz gewinnen, die ein partnerschaftliches Verhältnis zu Ärzten und anderen Leistungserbringern auf der Grundlage seines Selbstbestimmungsrechtes ermöglicht.

Durch ein integriertes Gesundheitsprogramm für die Altersgruppe der unter 20-jährigen sollen Ziele einer gesunden Ernährung, einer Motivation zu mehr sportlicher Betätigung sowie der Bewältigung und Vermeidung von Stress-Situationen definiert werden. Auch insoweit geht es in Phase II darum, möglichst konkrete aufeinander abgestimmte Maßnahmen insbesondere in Zusammenarbeit mit Schule und Elternhaus zu entwickeln, um einen alle genannten Teilziele übergreifenden Ansatz für ein Handlungsprogramm zu finden.

Das gleichfalls unter diesem Themenfeld genannte Ziel einer Verbesserung des Impfschutzes wird gleichrangig daneben gestellt, kann aber nur dann in die nächste Phase einbezogen werden, wenn die Machbarkeit gegeben ist.

Unter dem Themenfeld Prävention wurde im Arbeitsausschuss lange Zeit spiegelbildlich zu dem vorher genannten Programm für Jugendliche die Übernahme des in den Vereinigten Staaten erfolgreich getesteten Programms für ältere Menschen, „healthy 50 plus“ befürwortet. Der Arbeitsausschuss hat dieses Projekt jedoch im Hinblick auf eine noch nicht ausgewertete Studie zur Übertragbarkeit dieses Programms auf die Bundesrepublik zurückgestellt und das Thema Reduktion des Tabakkonsums unter anderen auch wegen

seiner kausalen Wechselwirkung zu bestimmten Erkrankungen als ein sehr konkretes gut definierbares Gesundheitsziel ausgewählt.

Bei der Auswahl von Themen mit einem Bezug zu konkreten Erkrankungen hat sich der Ausschuss sehr schwer getan. Nach langer teilweise durchaus kontroverser Diskussion hat der Arbeitsausschuss sich auf fünf Krankheitsbilder verständigt, für die exemplarisch Gesundheitsziele definiert werden sollen. In der zur Verfügung stehenden kurzen Zeit bis Oktober nächsten Jahres lassen sich aber für diese fünf Krankheiten insbesondere wegen der anderen drei gleichrangigen Themenfelder mit der gebotenen Qualität nicht gleichzeitig konkrete Handlungsprogramme entwickeln. In Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium haben wir uns deswegen zunächst auf Diabetes-mellitus und Brustkrebs als Erkrankungen verständigt, für die exemplarisch Gesundheitsziele definiert und daran Handlungsprogramme ausgerichtet werden sollen. Damit ist keine unter Effizienzgesichtspunkten erfolgte Prioritätensetzung gegenüber anderen Erkrankungen und zwar auch gegenüber den vom Arbeitsausschuss nicht einbezogenen Krankheiten – wie etwa AIDS – verbunden. Die Auswahl soll vielmehr beispielhaft für zwei Erkrankungen zunächst dazu dienen, Erfahrungen mit krankheitsbezogenen Gesundheitszielen zu sammeln, bevor weitergehende Zielsetzungen erfolgen.

Sehr geehrte Frau Ministerin,

meine sehr geehrten Damen und Herren,

die GVG hat mit Unterstützung der Politik einen Weg beschritten, der in Deutschland eine stärkere Ausrichtung des Gesundheitswesens an Gesundheitszielen ermöglichen und zu daran ausgerichteten konkreten Handlungsinstrumenten zur Verbesserung der Versorgungsqualität führen soll. Hierzu sind wir auf die aktive Unterstützung aller Beteiligten vor allem in der jetzt anstehenden Phase der Entwicklung konkreter Programme zur Umsetzung ausgewählter Gesundheitszielbereiche angewiesen. Die meisten hierfür maßgebenden Organisationen sind in der GVG zusammengeschlossen und heute durch Repräsentanten vertreten. Ich appelliere daher an Sie, uns zu unterstützen, wenn wir sie in den nächsten Wochen und Monaten in dem einen oder anderen Themengebiet hierauf ansprechen werden.

Unsere Arbeit soll gemäß dem erteilten Auftrag zu einem Entscheidungsvorschlag an die Politik führen, den wir im Juli nächsten Jahres Ihnen, Frau Ministerin, übergeben wollen. Ich bin aufgrund der Qualität der bisher geleisteten Arbeit guter Hoffnung, dass dies gelingen wird.

Dr. Matthias Wismar,  
Vorsitzender AG 1 „Status quo-Analyse“,  
Medizinische Hochschule Hannover

## Einführungsvortrag

Meine Damen und Herren,  
nicht nur *gesundheitsziele.de* befasst sich mit Gesundheitszielen!

Folie 1

### **Gesundheitsziele – eine internationale Bewegung: nationale Programme**

- Australien, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Irland, Italien, Kanada, Neuseeland, Niederlande\*, Polen, Portugal, Spanien\*, USA

(van de Warter, van Herten 1998; Ritsatakis 2000; Busse, Wismar 2001)

In der Vergangenheit wurde häufiger das Argument gebracht, dass Gesundheitsziele möglicherweise für Entwicklungsländer ein adäquates Steuerungskonzept wären, nicht aber für Industriegesellschaften. Wenn Sie aber hier diese Liste anschauen, die OECD-Länder Australien, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Kanada, Neuseeland, Irland, Italien, Niederlande, Polen, Portugal, Spanien und die USA, dann werden Sie sehen, dass sehr wohl viele Industrieländer sich für dieses Konzept interessieren, zum Teil bereits seit 20 Jahren und zum Teil auch immer wieder in überarbeiteter Form. Ich habe hier zwei Länder mit einem kleinen Sternchen markiert, einmal sind dies die Niederlande, die zwar ein Gesundheitszielprogramm definiert, niemals aber formal ratifiziert haben. Neuere Forschung zeigt aber, dass in vielen Ländern, die keine expliziten Gesundheitszielprogramme haben, tatsächlich Gesundheitsziele, Zielbereiche, Themen einen Einfluss auf die Gesundheitspolitik gehabt haben. Das andere Sternchen sehen Sie bei Spanien. Spanien selber hat auf nationaler Ebene eigentlich keine Ziele definiert, allerdings allen Regionen in Spanien den Auftrag gegeben, Gesundheitsziele zu entwickeln.

Noch vielgestaltiger wird es, wenn wir uns die regionale und die kommunale Ebene anschauen. Sie sehen insbesondere regionale Gesundheitszielprogramme aus den USA, Schweden, Kanada und dem Vereinigten Königreich:

Folie 2

**Gesundheitsziele – eine internationale Bewegung: regionale Programme**

- Alabama, Andalusien, Aragon, Arkansas, Asturiie, Baskenland, Balearen, British Columbia, Kastilien la Mancha, Kastilien Leon, Katalonien, California, Conneticut, Delaware, England, Extremadura, Galizien, Georgia, Gothenburg, Hawaii, Illinois, Indiana, Iowa, Kanaren, Katalonien, Kentucky, Louisiana, Madrid, Manitoba, Maine, Maryland, Minnesota, Michigan, Missouri, Murcia, Navarra, Nebraska, New Hampshire, New Jersey, New York, Nordirland, North Carolina, North Dakota, Northwest-Terretories, Oklahoma, Ohio, Oregon, Pennsylvania, Québec, Rioja, Rhode Island, Schottland, Stockholm, Tennessee, Texas, Utah, Valenzia, Virginia, Vermont,Wales, Washington, West Virginia

(van de Warter, van Herten 1998; Ritsataki 2000; Busse, Wismar 2001; und eigene Recherche)

Aber auch in Deutschland hat der Zielgedanke verfangen:

Folie 3

**Gesundheitsziele in Deutschland**

- Bund
  - Erste Initiative Mitte der 80er Jahre: Projekt „Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland“ (1987; Endbericht 1990)
- Länder
  - 1992 Hamburg, 1994 erster Zwischenbericht
  - 1995 Nordrhein-Westfalen, 10 Gesundheitsziele
  - 1996 Berlin, nach politischem Scheitern wieder aufgegriffen
  - 1997 Sachsen-Anhalt, in der Diskussion
  - 1998 Schleswig-Holstein, in der Diskussion
  - 2001 Niedersachsen startet Zielsetzungsprozess
- Zielähnliche Aktivitäten auf kommunaler Ebene

So wurde bereits Mitte der 80er Jahre eine Grundlage für einen Zielbildungsprozess gelegt, der zwar politisch leider gescheitert ist, aber von seinem wissenschaftlichen Heran-

---

gehen für uns heute immer noch eine Orientierung ist, wahre Aussagen für uns darstellt. Auch wenn in den 80er Jahren Gesundheitsziele politisch auf der Bundesebene gescheitert sind, so wurde doch der Gedanke und das Zielkonzept aufgegriffen, zunächst in Hamburg, dann in Nordrhein-Westfalen, in Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, und ich darf berichten, dass vorgestern Niedersachsen erste Anstalten getroffen hat, um einen Zielbildungsprozess auch dort in Gang zu setzen.

Offensichtlich: Gesundheitsziele haben eine Ausstrahlungskraft und eine große Attraktivität und im Wesentlichen, das bestätigt die vergleichende Forschung, lassen sich drei Gründe hierfür finden:

Folie 4

**Gründe für die Attraktivität von Gesundheitszielen**

- Gesundheitsbezogene Gründe
  - Mittlerer Platz in der Lebenserwartung der OECD-Staaten (ein nur teilweise spezifischer Indikator; z.T. auch vereinigungsbedingt verschlechtert um 0,3 bzw. 0,5 Jahre)
  - Mittlerer internationaler Platz bei der versorgungsbedingten Frühsterblichkeit an Herzinfarkt (MONICA-Studie, Lancet 1999; 38 Staaten weltweit)
  - Zunehmende Sterblichkeit an Colon- und an Brustkrebs (trotz verfügbarer Bekämpfungsstrategien) (WHO-Daten 1999)
  - nur mittlerer Platz in der Patientenzufriedenheit (Mossialos 1997)
  - Unbefriedigender Platz im Ranking des WHO Reports
- Gesundheitspolitische Gründe
- Effizienz und Wirtschaftlichkeit

einer ist das wachsende Bewusstsein auch in vielen Industrienationen, dass gesundheitliche Ergebnisse durchaus verbesserungswürdig sind.

Das heißt also, man versucht über Gesundheitsziele hier einen gewissen Fokus zu setzen, eine Aufmerksamkeit zu setzen, Kräfte zu bündeln. Zweitens: es gibt auch gesundheitspolitische Gründe, und die betreffen nicht nur gegliederte Systeme wie das deutsche System, die betreffen zum Teil auch nationale Gesundheitssysteme: Wie bringen wir denn alle Akteure zusammen, dass sie Hand in Hand arbeiten, dass sie integriert arbeiten, dass sie zumindest teilweise eben Zielvorstellungen haben und sich nicht wechselseitig blockieren. In den Politikwissenschaften würde man sagen, in einer Policy-Community, die gemeinsam eine Problemwahrnehmung und Problemlösung entwickeln kann. Last but not least: Effizienz und Wirtschaftlichkeit, es wird immer klarer, dass es bestimmte Bereiche von

Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung gibt, wo die Gesundheitspotenziale bisher noch überhaupt nicht ausreichend gehoben worden sind – auch in der Präventionsförderung und sicherlich auch in der Rehabilitation – also Grund genug auch hier, Gesundheitsziele zu setzen. Natürlich muss man auch sagen, dass viele Gesundheitsziele sehr unterschiedliche Ambitionen haben:

Folie 5

**Unterschiedliche Ambitionen**

- Was soll bezweckt werden?
  - Inspiration
  - Umorientierung
  - Veränderung der Versorgungsstrukturen und -prozesse
  
- Was soll umfasst werden?
  - z.B.: Gesundheitsförderung und Prävention
  - alle gesundheitsbezogenen Einrichtungen
  - Gesundheit als Querschnittsaufgabe

Einige sollen im Wesentlichen der Inspiration dienen, sie sollen sozusagen eine gesundheitspolitische Diskussion auslösen. Wie soll eigentlich unsere gesundheitspolitische Strategie aussehen? Andere gehen bereits einen Schritt weiter: hier geht es darum, die Umorientierung, oder sagen wir einmal, das Hineinholen neuerer Elemente in die Gesundheitsversorgung vorzubereiten und in die Diskussion mit einzubringen, schließlich – und ich denke *gesundheitsziele.de* zielt auch darauf ab – die Veränderung der Versorgungsstrukturen und -prozesse, um bessere gesundheitliche Ergebnisse zu erreichen. Aber auch bei der Frage: „Was soll ein Gesundheitszielprogramm umfassen?“ unterscheiden sich natürlich die Ambitionen. Einige wollen im Wesentlichen nur bestimmte Interventionsarten hineinholen wie Prävention oder Gesundheitsförderung, weil das etwas Zeitgemäßes zu sein scheint, andere sagen, wir müssen eigentlich alle unsere gesundheitsbezogenen Einrichtungen einbinden in diese Gesundheitsstrategie. Die Nächsten gehen sogar einen Schritt weiter: sie sprechen davon, dass Gesundheit eine Querschnittsaufgabe ist und im Prinzip über alle Politikfelder hinweg eine Beachtung finden soll, was auch mit dem sogenannten „Health Impact Assessment“ unterstützt wird.

Sie sehen also, Gesundheitsziele sind in den OECD-Staaten und ihren Regionen weit verbreitet, wenngleich sie sich hinsichtlich ihrer gestalterischen Ambitionen unterscheiden. In den folgenden Ausführungen möchte ich kurz darstellen, *wo gesundheitsziele.de* in diesem Kontext zu verorten ist, wie *gesundheitsziele.de* organisiert ist und wie wir bisher gearbeitet haben und hoffentlich auch weiter arbeiten werden.

Ich glaube, hier kann ich sehr, sehr kurz verharren, denn Herr Hess hat noch einmal ausführlich auf die Programmziele hingewiesen, es sind 3 Schlüsselworte enthalten: **exemplarisch, Implementierung** und **praktikabel**.

Folie 6:

**Überblick zu *gesundheitsziele.de***

- Programmziele:
  - Exemplarische Definition und Implementierung von praktikablen Gesundheitszielen
  - Bildung einer Konsensplattform
- Projektträger:
  - Gemeinsames Vorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG)
  - Gefördert durch das BMG
- Projektlaufzeit:
  - Dezember 2000 bis Juli 2002; Vorstellung der Ziele  
31.10.2001

Exemplarisch: Wir wollen keine Priorisierung, wir wollen schauen, ob dieses Instrument Gesundheitsziele für Deutschland funktioniert. Implementierung: Wir zielen auf eine Veränderung ab. Es geht nicht um die Stimulierung des gesundheitspolitischen Diskurses oder eine allgemeine Umorientierungsdebatte, es sollen Veränderungen bewirkt werden. Praktikabel: Wir sind handlungsorientiert. Natürlich, auch das hat Herr Hess ganz ausführlich vorgetragen, die Bildung einer Konsensplattform wird prinzipiell als eine Voraussetzung angesehen, um überhaupt hier zu einer gemeinschaftlichen Handlung zu kommen.

Die Organisationsstruktur finden Sie natürlich auch auf der Internetpräsentation, und wie Sie sehen, gibt es im Wesentlichen den Arbeitsausschuss, den Steuerungskreis und die Arbeitsgruppen:

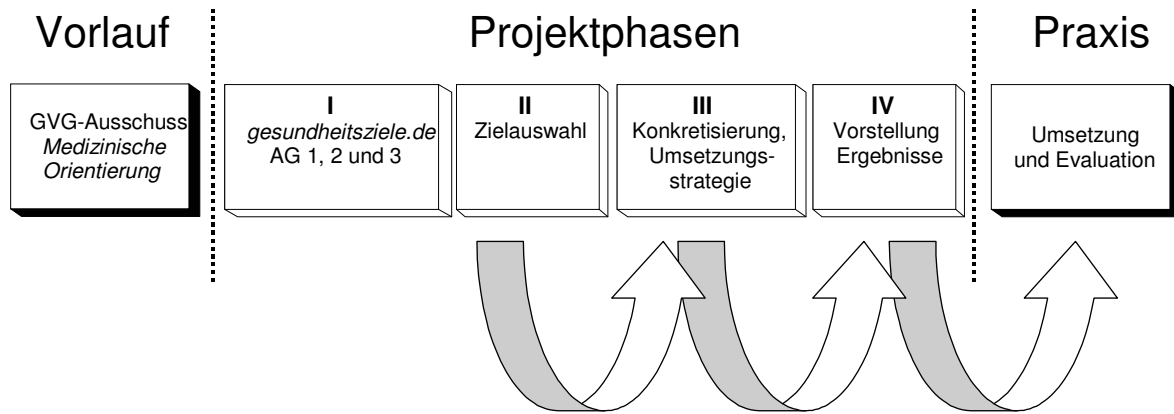
Folie 7



Der Arbeitsausschuss ist die Konsensplattform, der ungefähr 70 Institutionen und Akteure umfasst. Er ist beschlussfassendes Gremium. Der Steuerungskreis ist ein wichtiges Diskussionsgremium, er erteilt den Arbeitsgruppen Arbeitsaufträge. In der ersten Phase von *gesundheitsziele.de* gab es drei Arbeitsgruppen: In AG I „Status quo-Bericht“, ging es darum, wie man Gesundheitsziele definieren kann. Die zweite Gruppe war gebildet worden, um eine Evaluationsstrategie zu erarbeiten, und der dritten Arbeitsgruppe dürfen wir hier, glaube ich, nochmals Dank aussprechen für die Organisation dieser Konferenz, sie war für Kommunikation und Pressearbeit zuständig.

Diese Arbeitsgruppen wurden vom Steuerungskreis, wie es hier so schön steht, gesteuert, und haben regelmäßig versucht, zu bestimmten Themen, die vordefiniert und abgestimmt waren, Papiere vorzulegen, Empfehlungen zu entwickeln, auf die wir uns dann verständigen, und nach denen wir auch versuchen, *gesundheitsziele.de* prozesshaft zu strukturieren.

Folie 8



### Übergänge von Phase zu Phase

Die Projektphasen von *gesundheitsziele.de* kann man sicherlich in einen Vorlauf gliedern: Zunächst ist 1997 der Ausschuss „Medizinische Orientierung“ gegründet worden. Seit Dezember 2000 gibt es das Projekt. Wir haben zunächst angefangen, in den Arbeitsgruppen den Status quo-Bericht und das Evaluationskonzept zu entwickeln. Dann kam es zu der Phase der Auswahl von Themenbereichen für Ziele, die mit dem heutigen Tag abgeschlossen wird mit der Vorstellung der Zielthemen durch die Ministerin. Von morgen sozusagen geht es von neuem los, in die nächste Runde, jetzt geht es nämlich an die Konkretisierung, an die Bestandsaufnahme, Bestimmung und Vereinbarung von konkreten Strategien und Maßnahmen zur Erreichung und Umsetzung der Gesundheitsziele. Und Sie sehen, wir haben gute Hoffnung, dass sich an diese letzte Projektphase nach der Vorstellung der Ergebnisse die Umsetzung in die Praxis anschließen wird.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal ganz kurz auf einige der Ergebnisse, die wir in *gesundheitsziele.de* erarbeitet haben, eingehen. Sie haben ja das eine oder andere Stichwort gehört durch Herrn Hess.

Wir hatten vier Zielbereiche definiert, in die wir Gesundheitsziele sozusagen hineindefinieren wollten, um unterschiedliche Perspektiven zu erhalten:

Folie 9

**Zielbereiche – die „vier Fenster“**

- A) Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug
- B) Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderung und Prävention
- C) Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen
- D) Gesundheitsziele mit Bürger- und Patientenorientierung

Die Metapher war, dass wir gesagt haben, manche Gesundheitsziele oder Probleme sieht man durch vier Fenster, das eine oder andere aber nur durch eins, und so waren diese vier Kategorien für uns quasi Fenster, die uns Perspektiven eröffnen. Ich will nicht weiter auf diese vier Kategorien eingehen, weil Herr Hess dazu schon einiges gesagt hatte. Die Frage stellt sich natürlich: wie kommt man von diesen Zielbereichen zu Gesundheitszielen, oder zumindest zu Themen von Gesundheitszielen?

Und das haben wir versucht, in einem wissenschaftlich nachvollziehbaren Prozess über Kriterien zu machen. Und zwar haben wir in einem Diskussionsprozess erst mal geschaut, in einem Rechercheprozess geschaut, was für Kriterien denn ansonsten in Auswahl- und Priorisierungsprozessen im In- und Ausland benutzt werden. Welche passen denn einigermaßen auf *gesundheitsziele.de*? Dann haben wir, nachdem diese Kriterien beschlossen waren, versucht, Gesundheitsziele, die zu diesen einzelnen Kategorien passen, daran anzulehnen, nicht im Sinne einer Priorisierung, oder im Sinne eines Ausschlusses, sondern dass wir ein Profil von unterschiedlichen Zielthemen bekommen, und dass wir auf Grundlage dieser Profile eine informierte Debatte führen können.

Folie 10

**Exemplarische Auswahl von Gesundheitszielen – Verfahren und Kriterien**

- Schweregrad des Problems
- Verbreitung des Problems
- Verbesserungspotenzial
- Volkswirtschaftliche Relevanz
- Ethische Aspekte
- Chancengleichheit
- Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung
- Messbarkeit
- Beteiligungsmöglichkeit der betroffenen Bevölkerungsgruppe an der Problemlösung

Und diese Vorstellung, dass man also auf der einen Seite diese wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit, aber auf der anderen Seite natürlich auch diese politisch offene Debatte hat, diese beruht auf unserem Vorgehen, das wir den pragmatischen Ansatz nennen, der gekennzeichnet ist durch eine Durchdringung von Wissenschaft und partizipativen oder politischen Elementen:

Folie 11

**wissenschaftlich**

*Pro*

- wissenschaftliche Erkenntnis
- Analyse von Bedarf, Problemen und Defiziten
- Prioritätensetzung
- Entwicklung von Instrumenten

*Contra*

- Politikferne
- nicht demokratisch legitimiert

**pragmatisch**

- konsensorientiert
- ergebnisorientiert
- Praktikabilität
- gesellschaftliche Lernprozesse

**partizipativ**

*Pro*

- demokratische Legitimität
- Wertegemeinschaft
- Koalitionenbildung

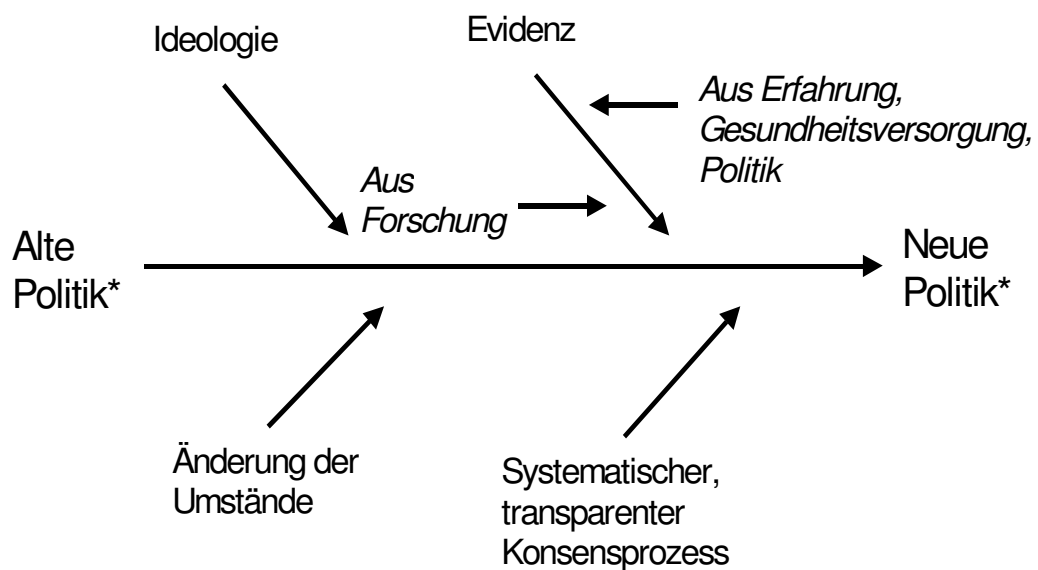
*Contra*

- zielfremde Politikalküle
- Informationsdefizite
- Einzelinteressen
- Manipulierbarkeit

Ich habe das aufgetragen auf dieser Achse, auf der linken Seite steht „wissenschaftlich“, das ist natürlich sehr gut für den Findungs- und Definitionsprozess, dass hier auf wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgegriffen werden kann, auf Analysen von Bedarf, Problemen und Defiziten, dass Prioritätensetzungsprozesse bekannt sind und die Mechanismen

auch bekannt sind, und natürlich dass unmittelbar daran anschließend auch wissenschaftliche Instrumente entwickelt werden. Allerdings, Probleme sind hier natürlich zu sehen, dass es eine gewisse Politikferne bei der Wissenschaft gibt, und dass sie unter Umständen demokratisch gar nicht legitimiert ist. Auf der anderen Seite, wenn man Gesundheitsziele sehr viel stärker partizipativ definieren will, hat man natürlich den Vorteil einer unmittelbaren demokratischen Legitimität, den Vorteil, dass man sich auf eine Wertegemeinschaft auch berufen kann und es gelingt, Koalitionen zu bilden. Das ist sozusagen auf der positiven Seite. Aber Sie wissen natürlich auch, wenn ein Verfahren rein partizipativ ist, gibt es immer Probleme, zielfremde Kalküle, Informationsdefizite, Einzelinteressen bis hin zur Manipulierbarkeit, und unsere Vorstellung war, dass beide Pole nicht aufgelöst werden können, sie müssen sich durchdringen, sie müssen beide vorhanden sein im Sinne eines gesellschaftlichen Lernprozesses, so dass die Wissenschaft von der Politik lernt und die Politik sich auch auf diese wissenschaftlichen Ansätze einlässt. Und tatsächlich ist dieses Vorgehen auch durchaus im Rahmen einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik, so wie sie heute diskutiert wird, denn evidenzbasierte Gesundheitspolitik bedeutet ja nicht ein reines sklavisches Nachbeten von Studien und wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern vielmehr die Einbettung solcher Studien und wissenschaftlichen Prozesse in die Erfahrung und in konsensuale, strukturierte, politische Prozesse.

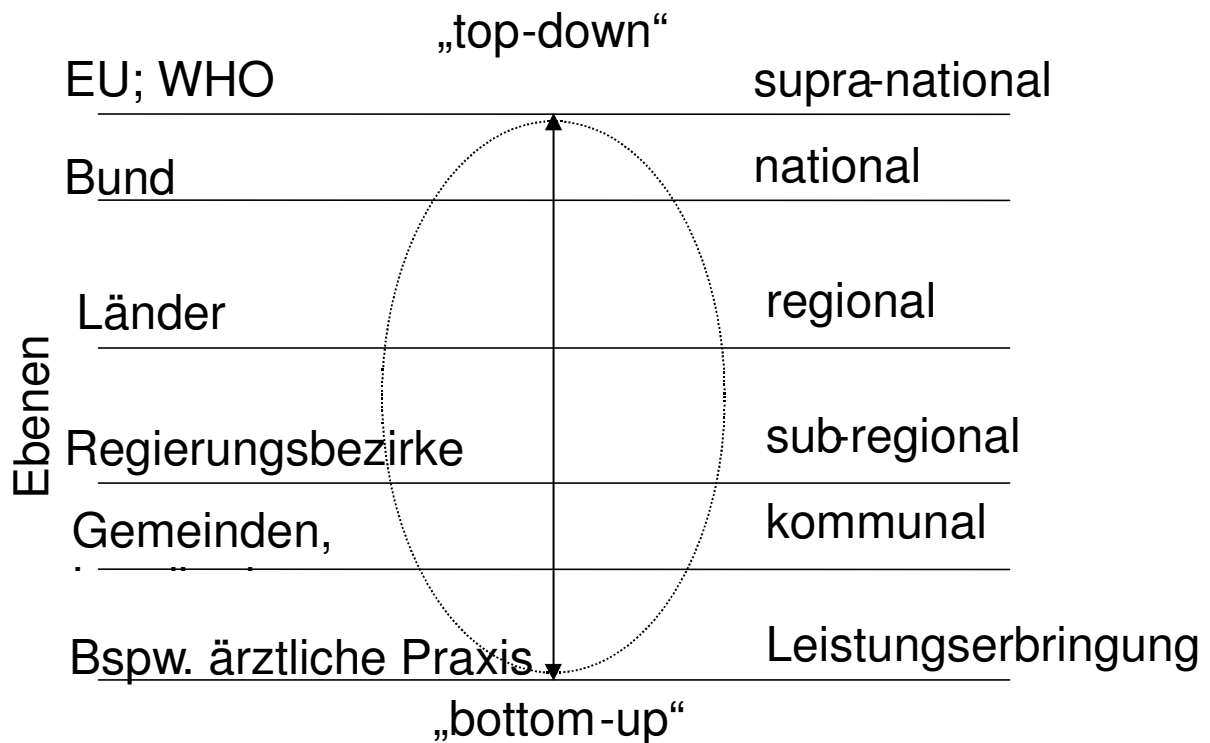
Folie 12



\* „Gesundheitsziel“ und/ oder „Implementierungsstrategie“ und/ oder „Evaluationsstrategie“

Ein weiteres Thema, das ich hier aufgreifen möchte, behandelt Gesundheitsziele im Mehrebenensystem

Folie 13



Gesellschaften sind in irgendeiner Weise hierarchisch gegliedert, ob das, wie bei uns in Deutschland, föderal ist, oder wie in anderen Ländern eher über verschiedene Verwaltungsebenen. In solchen gegliederten Gesellschaften entsteht natürlich das Problem: wenn man Gesundheitsziele auf der höchsten Ebene definiert, wie kommen die unten an. Herr Hess hat das schon angesprochen, man nennt das in der Literatur den Top-Down Ansatz. Der Top-Down Ansatz hat natürlich auf der einen Seite den großen Vorteil, dass man sozusagen Ziele definieren kann, die bundesweit oder national gelten, aber auf der anderen Seite, dass häufig die Durchführungskompetenzen und vor allem auch die Leistungserbringung auf anderen Ebenen angesiedelt ist, und es unklar ist: wie werden die Ziele eigentlich erreicht? Das Gegenbild dazu ist der Bottom-up Ansatz, das heißt, dass Initiativen vor Ort auf Defizite reagieren, dass man sich organisiert und versucht, Programme zu entwickeln. Das hat große Vorteile, weil die Kenntnis der Akteure vor Ort natürlich gegeben ist. Aber nur allzu häufig stoßen solche Initiativen rasch an Grenzen, seien sie rechtlicher Natur, seien sie finanzieller Natur.

Das gilt natürlich auch für uns. Was für uns natürlich auch bedenklich ist: Lokale Initiativen, so gut sie im einzelnen auch sein mögen, sind natürlich erst mal begrenzt. Und wir trachten ja auch danach, einen bundesweiten Einfluss zu haben. Das war hier angedeutet mit diesem Oval, es ist wesentlich, dass beide Ansätze in gewisser Weise verschmelzen und zwar bereits bei der Definition und Konkretisierung von Gesundheitszielen. Die Umsetzung vor Ort, die Interessen der Akteure einschließlich der dazugehörigen Management-, Informations-, und Anreizprozesse und -systeme müssen mitgedacht werden und

*gesundheitsziele.de* sollte in der jetzigen Konkretisierungsphase auch für Teilnehmer offen sein, die sich auf der Ebene der Leistungserbringer und Bürger dafür interessieren.

Folie 14

**Bürger, Versicherte und Patienten – Partizipation und *gesundheitsziele.de***

- Bürger:
- Versicherte
- Patienten
  - Als „passiver Kranker“
  - Als Koproduzent von Gesundheit
  - Als Partner des Arztes und Entscheider
  - Als Kunde in einem „Markt“ Gesundheitswesen
  - Als Bewerter des Gesundheitswesens
- Umfragebeteiligung
- Verfahrensbeteiligung
- Beratungsbeteiligung
- Entscheidungsbeteiligung

Hier kommt das nächste Thema, und zwar wurde intensiv die Bedeutung von Bürgern, Versicherten und Patienten, vor allem in Hinblick auf die Partizipation von *gesundheitsziele.de* diskutiert, und in den letzten Jahren - Sie haben es ja sicher alle mitbekommen – ist es ja nicht nur immer mehr ein politischer Gegenstand geworden, sondern auch die wissenschaftliche Literatur ist quasi explodiert mittlerweile, weil die Bürger immer mehr Rollenoptionen ausfüllen im Gesundheitswesen. Wir haben uns gefragt: wie können eigentlich Bürger in *gesundheitsziele.de* eingebunden werden, gerade wenn wir davon ausgehen, dass dies absolut notwendig ist, um den Erfolg zu sichern, dass auch auf der Ebene der Leistungserbringung eine Akzeptanz und ein Konsens besteht? Und natürlich haben wir versucht, das einmal zu beziehen auf die Definition und Konkretisierung der Gesundheitsziele, dass wir also Vertreter der Selbsthilfeorganisationen eingebunden haben, über z.B. Beratungsbeteiligung, Entscheidungsbeteiligung. Wie das aussehen wird, wenn die Ziele in konkrete Maßnahmen umdefiniert werden, kann man noch gar nicht sagen. Das wird mit Sicherheit abhängen von den einzelnen Maßnahmen, die zu ergreifen sein werden. Es ist

auf jeden Fall vorgesehen, dass die Arbeitsgruppen dies natürlich unbedingt in ihre Arbeit miteinbeziehen.

Folie 15

**Vom Ziel zur Maßnahme – Konkretisierung von Gesundheitszielen**

- Zielbereich
- Gesundheitsziel
- Teilziel
- Strategie
- Maßnahme

Ich komme zu meiner letzten Folie: Vom Ziel zu Maßnahmen, der Konkretisierung von Gesundheitszielen. Das ist mehrfach angesprochen worden, dass es bei *gesundheitsziele.de* tatsächlich darum geht, dass diese Ziele umgesetzt werden, dass man sich natürlich auch darauf verständigt, dass klar ist, dass Maßnahmen damit verbunden sind, Strategien und Ressourcen. Und dazu haben wir eine relativ einfache Gliederung vorbereitet: das eine sind die vier Zielbereiche, das sind die Kategorien die wir haben, in diesen finden sich die Gesundheitsziele wieder. Und nun wird es ab November Aufgabe der einzelnen Arbeitsgruppen sein, die sich jeweils zu den Zielthemen gründen, diese Ziele in Teilziele aufzuteilen, Strategien zu nennen, also welcher Interventionsansatz ist hier z.B. der richtige, sollen wir Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Therapien nehmen; welcher Interventionsbereich ist hier wichtig, sollen wir eher in der Schule anfangen, sollen wir in der Versorgung anfangen? Welche Altersgruppen sind unter Umständen die richtigen Ansprechpartner?

Sie sehen also, ich habe das nur ganz einfach mit diesen paar Stichwörtern abgebildet, aber in den Unterlagen werden Sie es sehr ausführlich finden. Hier haben wir versucht, so konkrete Aufgaben wie möglich an die Arbeitsgruppen und die Gesundheitsziele zu definieren.

Meine Damen und Herrn, ich könnte jetzt noch sehr lange weiterreden über verschiedene Themen, über Ressourcen, über ressortübergreifende Koordinierung usw. Ich würde aber gerne an dieser Stelle zu einem Ende kommen. Ich hoffe, dass ich soweit Ihr Interesse wecken konnte für unsere Arbeit, die, wie Herr Hess schon gesagt hat, im Internet unter [www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de) abzurufen ist, nicht nur das dicke Buch von 250 Seiten, sondern mittlerweile, wenn ich recht informiert bin, auch die Kurzversionen. Scheuen Sie das Buch nicht, denn am Anfang jedes Kapitels werden Sie einen Empfehlungsteil und eine Kurzzusammenfassung finden, so dass Sie sich das also sehr schnell erschließen können. Vielen Dank für Ihr Interesse.



## Podiumsdiskussion

### „Gesundheitsziele für alle – eine Chance für Bürgerinnen und Bürger“

Moderator: Bernd Seguin, Norddeutscher Rundfunk

Podium: Dr. Hans-Jürgen Ahrens, AOK-Bundesverband  
Prof. Dr. Christoph Fuchs, Bundesärztekammer  
Dr. Volker Grigutsch, Bundesministerium für Gesundheit  
Dr. Rainer Hess, GVG  
Günter Hölling, BAG der PatientInnenstellen/ Patientenstelle Bielefeld  
Dr. Günther Sokoll, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften  
Dr. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover/ Vorsitz AG I

#### **Bernd Seguin:**

„Gesundheitsziele für alle – eine Chance für Bürgerinnen und Bürger“, das Thema der heutigen Diskussionsrunde, die sich in den Personen ein wenig geändert hat. Hilde Adolf, die Vorsitzende der GMK, musste nach Bremen zurück. Erkrankt ist Prof. Schwartz, deshalb kann er heute nicht teilnehmen. Dr. Stefan Winter vom Bundesministerium für Gesundheit ist ebenfalls heute dienstlich verhindert, dafür ist ein Vertreter vom BMG gekommen, Dr. Volker Grigutsch. Das ist sozusagen die Veränderung, und wir haben kurzfristig gebeten, um den Part „Wissenschaft“ auf dem Podium mit vertreten zu haben, dass Matthias Wismar das Podium entert und nicht nur im Publikum sitzt: das ist die Runde.

Fangen wir doch mal an nach alledem was wir gehört haben, Günter Hölling:

„*gesundheitsziele.de* hat sich gute Ziele gesetzt“, haben Sie in der Mittagspause zu mir gesagt. Aber, wie ist es denn so mit der Partizipation, der Teilnahme von Patienten und Patientinnen? Wie glauben Sie, wie Akzeptanz für so etwas hergestellt werden kann?

#### **Günter Hölling:**

Ich darf mich erst kurz vorstellen, ich komme von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen. Das ist ein Zusammenschluss in Deutschland, wo verschiedene Patientenstellen und Patienteninitiativen sich zusammengetan haben, um Patientenunterstützung, Patientenrechte zu stärken und Patienteninformation und -beratung durchzuführen.

Wir sind an dem Gesundheitszieleprozess hier mit diesem Modellprojekt von Anfang an mitbeteiligt gewesen. Neben uns hat eine Vertretung der Selbsthilfeinteressen auch an

diesem Projekt mit teilgenommen, und wir haben uns sozusagen als exemplarische Vertreter in diesem Prozess gesehen, so wie exemplarisch auch nur Gesundheitsziele ausgewählt worden sind. Wir gehen nicht davon aus, dass diese Form von Beteiligung, wie sie hier in diesem Modellprozess praktiziert worden ist, auch Modell ist für die Gesamtbeteiligung von Patienten und Patientinnen und Bürgern an der Entwicklung von Gesundheitszielen. Das muss anders organisiert werden, das muss breiter organisiert werden, und das muss vor allen Dingen auch mit einer stärkeren Interaktion organisiert werden. Viele, die auch krankheitsbedingt, weil sie schlechte Erfahrungen haben, selbst betroffen sind in diesem Bereich, haben ganz andere Vorstellungen von Gesundheitszielen oder der Beteiligung an der Entwicklung von Gesundheitszielen als z.B. Vertreter aus der Politik oder Vertreter der Krankenkassen-Seite oder die organisierte Berufsgruppenseite. Ich denke mal die Frage, die Sie gestellt haben, ist ja: Wie bekommt man das, was heute morgen angekündigt worden ist: Akzeptanz für solch einen Prozess? Wie bekommt man das hin? Kann man auf der Bundesebene sozusagen nationale Gesundheitsziele einfach formulieren und die bricht man dann da runter bis zur kommunalen oder persönlichen Ebene und dann machen alle mit und freuen sich, dass es nun endlich zielorientiert vorwärts geht?

Da es nicht so ist, nicht die Denke der Menschen, kann so auch nicht Beteiligung organisiert werden. Menschen haben aus ihren eigenen Lebensbezügen heraus die eigenen Gesundheitsziele, persönliche Gesundheitsziele, individuelle Gesundheitsziele, die mit dem, was wir hier diskutieren, nicht unbedingt identisch sind. Das entwickelt sich aus dem, sage ich mal, landläufigen Beitrag „Hauptsache gesund“ oder „Bleib gesund“, die AOK hat das, glaube ich, auch so in ihrem Mitgliederheft titulierte. Das sind sozusagen die allgemeinen Slogans die da sind, die aber ausdrücken: Ich möchte eigentlich gesund bleiben und in erster Linie Krankenbehandlung vor mir sehen und daran mitwirken, dass die besser wird.

**Bernd Seguin:**

Volker Grigutsch, wenn Sie das hören, wird die Idee gelobt, aber die Umsetzung sozusagen als illusionär beschrieben. Wie kann sozusagen das, was Herr Hölling sagt, auch für Ostwestfalen-Lippe, Bielefeld, wo sie, glaube ich, herkommen, wie kann das dort erreicht werden?

**Dr. Volker Grigutsch:**

Ja, ich glaube, dass war ja gerade der Ausgangspunkt unserer Überlegungen. Es ist heute morgen auch schon erwähnt worden, dass man ja sehr wohl sich auch früher schon um Zielformulierungen bemüht hat, die dann, weil sie eben im Grunde damit beendet waren, dass man das Ziel formuliert hat und im Grunde gesagt hat, so, haltet euch alle mal schön an dieses Ziel, zum Scheitern verurteilt waren. Hier in diesem Projekt geht es wirklich darum, dass man diesen Zielfindungsprozess operationalisiert und das soll mit diesem Projekt erprobt werden. Dieses Projekt ist noch nicht ein Projekt, was Gesundheitsziele von Anfang an mit implementiert. Es ist ein Projekt, das untersuchen soll: sind wir in der Lage, die Gesundheitsziele, die wir exemplarisch heute morgen hier schon untersucht haben, zu operationalisieren und diese dann auch hinunter in die Nähe von Bielefeld, sage ich mal, zu bringen, um dann einen Ausschnitt aus dem Krankheits- oder Gesundheitsspektrum – wir haben nicht nur krankheitsbezogene Ziele in diesem Zielekorb und in diesen Plänen –

durchzuführen. Und dabei geht es auch gar nicht um eine Priorisierung irgendwelcher Erkrankungen oder Gesundheitsziele. Deswegen denke ich, ist es auch kein Fehler, sondern ganz normal, dass einzelne Bürger für sich natürlich auch ganz andere Gesundheitsziele haben. Es geht wirklich darum – der Ausgangspunkt für uns, so ein Projekt zu machen, war damals – dass wir gesagt haben, wir wollen mehr medizinische Orientierung im Rahmen der gesundheitspolitischen Diskussion. Und ist das Instrument „Gesundheitsziel“ eines, das dieses Mehr an medizinischer Orientierung bringen kann und das ist das, was in diesem Projekt gemacht werden soll.

**Bernd Seguin:**

Mehr medizinische Orientierung soll es bringen, Christoph Fuchs von der Bundesärztekammer, da müssten Sie doch jetzt eigentlich ein Hallelujah einstimmen, nicht?

**Prof. Dr. Christoph Fuchs:**

Ja, ich denke, das, was wir in der ersten Phase jetzt so erreicht haben, nämlich diese Form des Diskurses, der stattgefunden hat, auf dieser zugegebenermaßen noch theoretischen und manchmal noch akademischen Ebene, das ist schon vorzeigenswert und deswegen zeigen wir es ja auch heute, es ist aber auch ein Zwischenergebnis. Die spannendste Frage ist ja: wie geht es jetzt weiter? Da müssen wir nun in der Tat mit einer gewissen Gelassenheit rangehen. Gut, lassen wir uns ein auf eine Kultur des Experimentierens. Wir müssen ausprobieren, wieweit es konkret werden kann, und das wird ein schwieriger Prozess werden. Je konkreter es wird, um so mehr werden wir merken, dass wir es mit Menschen zu tun haben. Das sind nicht nur die Patienten, sondern auch die, die für die Performance zuständig sind, das sind auch Menschen. Und da wird es dann nicht nur Ziele geben, sondern auch Zielkonflikte, und das finde ich nicht schlimm, das gehört mit dazu. Wir sollten nur überlegen, es sind hoffentlich gemeinsame Ziele. Das halte ich für ganz, ganz wichtig, dass sie gemeinsam vereinbart sind. Insofern gebe ich jetzt gerne auch dieses Stichwort mit in die Debatte: wäre es nicht sinnvoll, wir würden auch eben nicht alleine von dem Instrument nicht der Zielsetzung Gebrauch machen, sondern auch von dem Instrument der Zielvereinbarung? Und das ist ja eines der modernen Management-Führungsinstrumente, wenn es um die Steuerung geht. Da würde ich schon denken, Zielvereinbarung ist möglich, wenn wir uns eben nicht nur konzentrieren auf einen Top-Down-Prozess, der durch diese Vorgabe jetzt ein gut Stück jetzt so empfunden wird, es wäre viel wichtiger, wir würden jetzt an der Basis, regional, zu Zielvereinbarungen kommen, und diejenigen, die jetzt die Aktionsträger sind, vor Ort gewinnen. Dann sähe ich in dem ganzen sehr wohl eine gute Chance und in soweit Hallelujah!

**Bernd Seguin:**

Günther Sokoll, einen Bereich haben wir noch gar nicht besprochen und darüber gesprochen, für den Sie heute hier verantwortlich sind, den Bereich Gesundheit und Arbeit: Sie vertreten die gesetzliche Unfallversicherung, die Berufsgenossenschaften. Bisher ist sie noch nicht vorgekommen, die Schnittstelle Arbeit-Gesundheit. Was kann die Unfallversicherung mit der ganzen Macht des SGB VII eigentlich hier dazu beitragen? Sie müssen auf das Gesicht von Herrn Ahrens sehen, der sich sehr auf Ihre Antwort freut.

**Dr. Günther Sokoll:**

Also wir kennen uns gut, ich muss gar nicht rüberschauen. Ich weiss, wie er denkt und wie wir miteinander die Probleme sehen. Die Unfallversicherung, die Sie jetzt gerade angesprochen haben, ist natürlich von dieser Thematik genauso betroffen wie die übrigen Bereiche des Gesundheitswesens. Denn der arbeitsbedingte Verletzungsfall oder die arbeitsbedingte Erkrankung sind Teile und Probleme unseres Gesundheitswesens. Insofern begleiten wir mit großer Sympathie das, was in der GVG in diesem Projekt mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums entwickelt wird. Einige Stichworte sind Stichworte, von denen wir glauben, dass auch aus der speziellen Erfahrung unseres Zweiges heraus, und dem speziellen Rehabilitationsauftrag, sowohl medizinischem wie den übrigen Teilen der Rehabilitation, Erfahrungen eingesteuert werden könnten.

**Bernd Seguin:**

Welche Erfahrung?

**Dr. Günther Sokoll:**

Das Stichwort „Prävention“, das hier angesprochen wurde, und das seit der Neufassung des SGB V auch uns mit den Krankenkassen zu einer Zusammenarbeit verpflichtet, ist ein Ansatz, bei dem, denke ich, zu einigen Krankheitsbezügen, die hier beispielhaft, pilothaft aufgearbeitet werden sollen, Beiträge geleistet werden können. Wenn wir voll integriert wären, hätten wir möglicherweise, ich meine jetzt inhaltlich, nicht arbeitsmäßig und kooperativ, das sind wir ohnehin, dann hätten wir vielleicht einen anderen Schwerpunkt vorgeschlagen, ich will hier aber die Zustimmung von Frau Ministerin Schmidt nicht relativieren. Aus unserer Sicht sind die vier Schwerpunkte, die ausgewählt wurden, als solche wichtig, aber das Thema „chronischer Rückenschmerz“, der würde uns beispielsweise im Verhältnis zur Unfallversicherung noch stärker interessieren und uns auch einbringen lassen.

**Bernd Seguin:**

Rainer Hess, wie ist es mit den Wünschen der gesetzlichen Unfallversicherung, solche Themen mitzubearbeiten, und ich würde ja auch gerne das nochmals aufgreifen, was Christoph Fuchs gesagt hat: Stichwort Zielvereinbarung, Dr. Hess!

**Dr. Rainer Hess:**

Also, die GVG zeichnet sich dadurch aus, dass sie keine Einrichtung der Krankenversicherung ist, sondern sie ist eine Einrichtung, in der alle Versicherungszweige, und nicht nur die Versicherungszweige, sondern auch alle Leistungserbringerorganisationen zusammengeschlossen sind. Und in der Arbeitsgruppe, die ich nun seit 1997 leite, sind auch alle Vertreter der Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung, privaten Krankenversicherung und der Leistungserbringer immer anwesend und beteiligt gewesen. Und wir haben uns auf diese fünf Krankheitsbilder, zu denen auch der Rückenschmerz gehört, in langen, langen Diskussionen verständigt aufgrund von Kriterien, die unter der Betreuung von Herrn Wismar in einer spezifisch dafür eingerichteten Arbeitsgruppe erarbeitet worden sind. Diese fünf Krankheitsbilder stehen also absolut gleichberechtigt nebeneinander. Es gibt also keine Priorität Diabetes gegenüber Rückenschmerz. Nur, wir

sollen bis zum Juli konkrete Vorschläge an die Politik machen, wie man jetzt aus diesen Zielen Handlungskonzepte macht, die auch in Bielefeld ankommen. Und das ist mit fünf Krankheitsbildern gleichzeitig nicht zu schaffen. So dass es jetzt keine Gewichtung- oder Wertigkeitsentscheidung war zu sagen, wir nehmen Diabetes oder Brustkrebs, sondern es war eine Auswahl unter Gleichen. Und es wird auch der Rückenschmerz sicherlich nicht vergessen werden, sondern wir werden ihn in der zweiten Phase aufgreifen und genauso behandeln, wie wir jetzt diese beiden Erkrankungen behandeln, wobei bei der Auswahl von Diabetes auch die politische Entscheidung natürlich eine Rolle gespielt hat. Es gibt ja die politische Entscheidung, Diabetes als Gesundheitsziel sehr zu fördern. Also nicht den Diabetes, sondern die Behandlung von Diabetes zu einem Schwerpunkt von Gesundheitszielen zu machen. Das ist eine politische Entscheidung, die haben wir jetzt aufgegriffen. Und bei Brustkrebs ist es ja einfach die Diskussion. Sie können es ja tagtäglich in der Zeitung lesen, was ist mit dem Mammographiescreening. Das ist eine politische Diskussion, die wir auch aufgegriffen haben, das ist aber keine Prioritätensetzung gegenüber den anderen. Es ist einfach der Zeitmangel, und es ist die Notwendigkeit der Konzentration auf zwei solcher krankheitsbezogener Ziele, aber wir wollen ja bewusst nicht nur krankheitsbezogen die Dinge angehen, sondern Patientenrechte, Altersgruppen, präventive Medizin, das muss ja gleichberechtigt laufen. Wir wollen ja die Gesamtbevölkerung ansprechen, ich kann ja nicht nur den Diabetiker mit Zielen ansprechen. Also breitere Basis, deswegen Fokussierung auf zwei Krankheiten und die Unfallversicherung hat das mitgetragen.

**Bernd Seguin:**

Fragen wir doch mal die Krankenversicherung, was sie bereit ist alles mitzutragen. Herr Ahrens, das Thema Gesundheitsziele hatte die AOK bereits vor zwei bis drei Jahren aufgegriffen. In Dresden wollten sie ja einmal modellhaft für das Land Sachsen so etwas aufbauen, definieren, durchsetzen. Wenn Sie diesen Prozess jetzt mal beurteilen, 2001, was hat sich getan oder verändert?

**Dr. Hans-Jürgen Ahrens:**

Verändert hat sich die Bereitschaft der Beteiligten mitzumachen. Als wir in Sachen angefangen haben und darüber geredet haben, da war das ein sehr schwieriger Vorgang, weil wir gesagt haben: mein Gott, was haben die sich wieder ausgedacht. Da sind wieder irgendwelche Leute zusammen am grünen Tisch und die reden und reden, und dann wird das wie so ein Mantel über alle gestülpt. Geändert hat sich die Tatsache, dass wir auch mehr und mehr zu der Überzeugung kommen, es kann keine sächsischen Gesundheitsziele geben. Unabhängig davon, in welcher Sprache man das artikuliert. Sondern es muss schon deutlich sein, dass es Ziele sind, die übergreifend sind, die auch national sind, und dass es keine weißen Flecken gibt. Geändert hat sich vor allem auch die Tatsache, dass sieht man auch an der Zusammensetzung hier, dass die Vorstellung, es könnten einige zusammenkommen und definieren, was für die Gesamtheit gut ist, das funktioniert dann nicht, wenn der Einzelne nicht mitmacht. Der Einzelne muss davon überzeugt sein, dass das für ihn der richtige Weg ist, damit er selbst an diesem Vorgang teilnimmt. Egal, ob das das Ziel ist, dass wir sagen, wir wollen mehr Prävention im Bereich des Rauchens haben. Da können Sie stundenlang darüber reden, wenn bei dem Einzelnen nicht die Bereitschaft geweckt wird, das zu tun, dann kann man sich das sparen. Oder ob das der Korb ist, wo wir darüber nachdenken, wie können wir junge Menschen dazu bringen, gesünder zu le-

ben. Das ist ein hehres Ziel, wenn die einzelnen davon nicht erreicht werden, wird es nicht gehen. Und so geht das für alle Themen. Ich glaube, dass insgesamt jetzt politisch die Bereitschaft auch größer geworden ist und sich alle dafür einsetzen, nachdem der Sachverständigenrat uns bescheinigt hat, genauso wie die WHO, unser Gesundheitswesen ist zwar nicht schlecht, aber es könnte erheblich besser sein. Und einer der Punkte, warum es besser sein könnte, liegt auch darin, dass wir keine Ziele haben. Und insofern ist das nicht nur ein Vorgang, der jetzt irgendwo so gewachsen ist, so langsam vorankommt, sondern der glaube ich auch sehr dringend wird, weil allen vor Augen gestellt wird, hier ist ein Manko dieses Systems, und ein Manko dieses Systems führt dazu, dass es dem Einzelnen in vielen Bereichen auch besser gehen könnte, wenn die Gesamtheit Ziele artikuliert, wie man die Versorgung verbessern kann.

**Bernd Seguin:**

Matthias Wismar, das Ziel „Kooperation“ ist in dem Fall von *gesundheitsziele.de* erreicht worden. Das Ziel „Partizipation“, bei Ihnen ja auch in der Wertung ganz hoch dagegen, ist sozusagen noch mit Leben zu füllen. Wie kann das erreicht werden? Partizipation sowohl in Ostwestfalen-Lippe, als auch in Oberlausitz.

**Dr. Matthias Wismar:**

Ja, vielen Dank für diese Frage. In der Tat haben wir versucht, natürlich den Anfangsprozess, die ersten Monate von *gesundheitsziele.de* so partizipativ zu halten wie möglich, haben da sozusagen auf Verbände zurückgegriffen, die Frage wird jetzt sein in der Konkretisierung, wenn es also darum geht, die Gesundheitsziele auszugestalten, Strategien zu definieren, Zielgruppen zu definieren, Maßnahmen zu definieren. Die Frage wird sein: Wird es uns gelingen, hier Programme zu entwickeln, an denen auch die Patienten einmal bei der Ausgestaltung teilnehmen, und dann natürlich auch bei der Umsetzung selber. Die Antwort ist in diesem Fall noch nicht so ganz klar, das wird in den nächsten Monaten die Arbeit der Arbeitsgruppen sicherlich ergeben. Den politischen Prozess, glaube ich, haben wir uns bemüht, von Anfang an so partizipativ wie möglich zu gestalten, und es war ja auch eine bewusste Entscheidung, bereits in einer Zwischensituation, also wo die Zielthemen ausgewählt sind, aber noch zu früh, um konkretisiert an die Öffentlichkeit zu gehen und das Ganze natürlich auch zur Diskussion zu stellen.

**Bernd Seguin:**

Dr. Ahrens hat es gerade gesagt, das muss im Kindes- und Jugendalter beginnen, und die Bundesgesundheitsministerin heute morgen hat gesagt, Prävention gerade im Kinder- und Jugendalter ist was Wichtiges. Guten Tag, Herr Eßer. Dr. Eßer ist der Hauptgeschäftsführer des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte. Das haben sie wahrscheinlich mit Wohlwollen gehört, aber – was ist Ihr aber?

**Dr. Stefan Eßer:**

Ja, das haben wir natürlich mit großem Wohlwollen gehört, wobei wir sagen müssen, gerade was das Kindes- und Jugendalter betrifft, gibt es schon einige Ziele, für die es dieses Forum schon gar nicht mehr braucht. Wir haben das Programm der Vorsorgeuntersuchung: hier gab es früher Ansätze seitens der Krankenkassen, die gerade die AOK ja auch

wieder aufgegriffen hat, z.B. Württemberg, dass nämlich die Krankenkassen sich bemühen, möglichst viele Kinder den Vorsorgeuntersuchungen zuzuführen, indem sie die Versicherten informieren. Ein anderer Bereich, in dem es meines Erachtens nach Ziele gibt, ist das Impfwesen der Bundesrepublik. Deutschland ist im Verhältnis zu anderen Ländern eher Mittelmaß was die Durchimpfung der Bevölkerung betrifft. Nun müsste man eigentlich nur die Empfehlung, die die STIKO ja immerhin im Auftrag der Politik formuliert, entsprechend umsetzen. Und hier müssen Krankenkassen und der Öffentliche Gesundheitsdienst und natürlich die ärztliche Selbstverwaltung zusammenarbeiten, um diese Ziele zu verwirklichen. Diese Ziele liegen eigentlich auf der Hand und könnten mal als aller erstes verwirklicht werden.

**Bernd Seguin:**

Herr Ahrens, Sie müssen nicht die Last der ganzen Krankenkassen tragen. Da sitzen noch zwei andere Vorstände herum. Ich komme mal zu Ihnen. Herr Koring, einigen Sie sich, wer will zuerst antworten, die KKH oder die Techniker Krankenkasse; wie ist es so mit dem Einigen, ja, Sie sind dran, Herr Koring, Sie sind gefragt, Sie können sich nicht einfach zurücklehnen, Sie müssen mitgestalten, Ziele mitdefinieren, und finanzieren.

**Hans-Dieter Koring:**

Ich bin seit 1998 auch in dem Ausschuss, der von Herrn Hess geleitet wird, also in dem Projekt mit eingebunden gewesen, insofern fühle ich mich gar nicht so schlecht dabei. Die Frage der Finanzierung, würde ich sagen, steht im Augenblick noch gar nicht im Vordergrund. Aber ich will das aufgreifen, was am Podium gesagt worden ist auch von Herrn Fuchs: wir sind ja noch in diesem Zielbildungsprozess. Also bei den Zielvereinbarungen sind wir ja noch gar nicht, da wollen wir ja erst hin. Und das kann man im Grunde genommen. In einem Chart von Herrn Wismar war das auch deutlich zu sehen, wie man in Unternehmen erst einmal den Top-Down-Ansatz machen muss, die Zielansprache muss von oben kommen, also vom System ausgerufen werden, und dann erst kann man in die Diskussion gehen, und da müssen wir Bottom-up gegenspielen. Dann habe ich hier noch ein Problem, was mich beschäftigt, zu dem was Herr Hölling gesagt hat: Dass wir auf der Ebene der individuellen Gesundheit sehr viele heterogene Auffassungen haben, was Gesundheit überhaupt ist. Weil es ein individueller Begriff ist, und das wird unsere Schwierigkeit werden, wie wir denn diese Ziele, diese hehren Ziele, die wir haben, in Maßnahmen umsetzen können und die dann auch, und das ist hier ja auch gesagt worden, von jedem angenommen werden, gelebt werden. Das ist überhaupt der Management-Prozess auch im Disease-Management, wie kriege ich denn die Menschen zu Lebensstiländerungen und, und, und... Kriege ich das nun durch Appelle hin, oder wie kriege ich die Mitarbeit geregelt. Und damit ist von dieser Warte her die Finanzierung noch gar nicht angesprochen, die Finanzierung steht ja eigentlich zur Verfügung. Wir haben ja im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung jedes Jahr 250 Millionen zur Verfügung.

**Bernd Seguin:**

Ulf Fink, CDU-Gesundheitsexperte. Wenn Sie hören, es müssen Gesundheitsziele verbindlicher gefunden und formuliert werden, Zielvereinbarungen ebenso verbindlich getroffen werden. Was kann die Politik für die Umsetzung tun, Herr Fink?

**Ulf Fink:**

Zunächst begrüße ich einmal, dass wir aus der Zeit der lediglichen Kostendämpfungsge-  
setze, so notwendig sie halt auch immer sind, da herauskommen und wir uns über Inhalte  
von Gesundheitspolitik unterhalten. Deswegen bin ich heute Nachmittag auch gekommen,  
weil ich davon noch ein wenig mehr lernen wollte, wie weit man da bereits gekommen ist,  
und ich persönlich bin der Meinung, dass das eines der wichtigsten Gesundheitsziele sein  
muss, und dass wir der Gesundheitsförderung und der Prävention, der muss ein ganz an-  
derer Stellenwert in unserem Gesundheitssystem eingeräumt werden, als das bisher der  
Fall ist. Und ich hoffe sehr, dass bei der Diskussion über Gesundheitsziele dieses Thema  
auch eine gehörige Bedeutung erlangt.

**Bernd Seguin:**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, ich komme zu Ihnen, muss sich doch  
hier richtig wohlfühlen: Prävention, Gesundheitsfürsorge, Gesundheitsvorsorge – all das,  
was Sie jeden Tag leisten, was Sie jeden Tag durch die Republik treiben, wird hier gelobt.  
Sie fühlen sich richtig aufgewertet, nicht wahr?

**Dr. Elisabeth Pott:**

Ja, finde ich auch zu Recht. Ich finde es gut, dass diese Diskussion jetzt wirklich einmal in  
der Breite geführt wird, sie wurde ja schon früher geführt, aber nicht mit diesem Nach-  
druck, wie jetzt über diesen Ausschuss und wie das in Verbindung mit den Gesundheits-  
zielen zur Zeit läuft. Und dass ich das natürlich ganz, ganz wichtig finde, können Sie sich  
aufgrund meiner Erfahrung gut vorstellen. Und wir können ja Gott-sei-Dank zeigen, dass  
im Vergleich zu, sage ich mal, zu vor 15 Jahren, dass Prävention als ein gutgemeinter,  
aber nicht allzu ernstzunehmender Ansatz häufig belächelt wurde, dass wir eben durch  
dieses gute Beispiel der Aids-Prävention in Deutschland wirklich den Nachweis auch füh-  
ren können, dass, wenn die Voraussetzungen stimmen, die politischen Rahmenbedingun-  
gen stimmen und die Ressourcen stimmen, man dann eine wirklich erfolgreiche Präventi-  
onsstrategie für Deutschland durchführen kann. Deshalb bin ich da auch sehr optimistisch,  
dass wenn das politisch beschlossen wird, wir auch für andere Themenfelder solche Stra-  
tegien genauso erfolgreich umsetzen können.

**Bernd Seguin:**

Diesen Spot mit der Verkäuferin an der Kasse werde ich nie vergessen, das Ding mit den  
Gummis. Herr Robbers, ich frage mich die ganze Zeit, was ich Sie eigentlich fragen soll  
als Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Was interessiert Sie an die-  
sem Thema eigentlich? Spielen Sie da wirklich mit?

**Jörg Robbers:**

Natürlich spielen wir mit. Wir sind ja eine gemeinsame Arbeitsgruppe, so darf ich uns mal  
nennen. Und der große Vorteil liegt darin, dass es der Gruppe bisher gelungen ist und  
auch, glaube ich, in Zukunft gelingen wird, sich interessenunabhängig Gedanken zu ma-  
chen zur Verbesserung der Versorgungsqualität. So frei muss auch jeder Interessensver-  
treter sein, dass er erst mal in eine Analyse eintritt, in neue Handlungsabläufe, Aufgliede-

rungen von Versorgungsabläufen zugunsten des Patienten, und dann wird man sehen: wie setze ich das optimal um und irgendwann wird auch wieder sozusagen die Schale aufbrechen, man wird auch interessenbezogen argumentieren. Aber ich meine, es lohnt sich, mal dieses Thema Gesundheitsziele vom Grundsatz her aufzuarbeiten und seine subjektiven Interessen zurückzustellen, und ich habe den Eindruck, dass gelingt uns.

**Bernd Seguin:**

Ich frage mal nach, Herr Hölling, Sie haben also zwei Antworten jetzt bekommen auf Ihre Frage. Herr Koring hat gerade betont, man muss es zweigleisig machen, es muss von oben nach unten und von unten nach oben laufen. Teilen Sie diese Einschätzung? Beim Finden von Gesundheitszielen und bei der Beteiligung, der Partizipation?

**Günter Hölling:**

Also, ich teile sie insofern, dass, wie ich ja eben schon gesagt habe, dass wenn man die einzelnen Menschen nicht erreicht mit dieser Fragestellung, werden Sie auch nichts tun. Das ist ganz einfach. Und der primäre Impuls von einem Menschen, egal ob er in irgendwelchen Organisationen ist, ist abhängig von der jeweiligen Lebenssituation in der Biographie, aber erst mal steht Gesunderhaltung im Vordergrund, oder aber, wenn er denn krank ist, Krankheitsbewältigung. Das sind die wesentlichen Dinge, um die es geht, und wenn es dazu Antworten auch von solchen Programmen gibt, die sozusagen national oder landesweit oder auch kommunal – es gibt ja auch kommunale Gesundheitskonferenzen, die kommunale Gesundheitsziele entwickeln, die dort aufgestellt werden. Sobald die Menschen diese Verbindung hinkriegen können mit ihren eigenen Vorstellungen, werden sie sich besser einklinken können. Und dazu kommt: sie werden es auch dann tun, wenn sie mitgestalten können, wenn sie an diesem Prozess so beteiligt sein können, dass sie das Gefühl haben, ihre Anforderungen, ihre Bedürfnisse werden auch berücksichtigt in diesem Prozess und in der Zielentwicklung. Dann wird das klappen.

**Bernd Seguin:**

Ich denke, Matthias Wismar, in der Langfassung steht etwas mehr über kommunale Gesundheitsprojekte, die hier nun namentlich aufgeführt wurden mit Städten. Ist das was Herr Hölling fordert, dass es soweit heruntergebrochen wird und soweit auch vorbereitet werden kann, dass es in kommunalen Gesundheitsprojekten endet mit verbindlichen Gesundheitszielen?

**Dr. Matthias Wismar:**

Absolut. Ich gehe eigentlich davon aus, ich habe in dieser Phase der Konkretisierung erst einmal drei Monate reserviert, um eine Bestandsaufnahme zu machen. Wie Sie ja vorhin schon angemerkt haben, es ist ja so, dass es in Teilbereichen, wo wir Ziele definieren wollen, ja schon hervorragende Konzepte gibt, es gibt hervorragende Ansätze, es gibt klasse Modellprojekte, die systematisiert und verbreitet werden müssen. In anderen Bereichen denke ich allerdings wiederum, werden wir natürlich auch wieder recherchieren müssen, wissenschaftliche Belege uns ansehen und unter Umständen andere Maßnahmen auch selber entwickeln müssen. Aber ich glaube schon, dass das Ziel der Arbeitsgruppen sein

wird, ganz konkret, bis hinunter bis zur Leistungserbringung, bis hinunter zu kommunalen Projekten das natürlich zu definieren, auf jeden Fall.

**Bernd Seguin:**

Das, Herr Ahrens, kommt auf jeden Fall einer Struktur der AOK zugute. Sie sagen ja in ihren regionalen und kommunalen Projekten als Gesundheitskasse: wir müssen es vor Ort immer definieren.

**Dr. Hans-Jürgen Ahrens:**

Es läuft ja ungeheuer viel auf regionaler Ebene. Und das was Sie angesprochen haben, das sächsische Modell, es gibt Landesgesundheitskonferenzen, in denen wir dabei sind, in sehr vielen Ländern. Was fehlt, ist die Tatsache, dass es zentrale Programme gibt, dass es zentrale Vorhaben gibt. Und ich kann nicht einsehen, bei allem Verständnis dafür, dass ich finde, wenn sich Schleswig-Holstein oder Hamburg, wenn sich eine Gesundheitskonferenz etwas herausgreift und das machen will, das ist eine tolle Sache. Aber es kann nicht angehen, dass es dann weiße Flecken gibt, wo Dinge überhaupt nicht passieren. Und deshalb ist der Unterschied zwischen dem regionalen, und ich will mal sagen nationalen die Tatsache, dass das regionale meistens entstanden ist, das ist auch gut, das ist auch in Ordnung, aber wir können nicht davon ausgehen, dass das Ganze jetzt irgendwie so zusammenwächst und es ein Ganzes gibt. Ich glaube, und das ist auch richtig, dass wir so eine gegenläufige Bewegung haben. Dass wir uns hier hinsetzen und sagen: wir definieren mal vier oder fünf Felder, und das sind nicht unbedingt nur Krankheiten. Das ist auch die Patientenautonomie. Und das sind nicht Dinge, die in Bayern oder Schleswig-Holstein unterschiedlich sind. Sondern das sind Dinge, die generell dazu führen, dass es dem Einzelnen besser geht. So, und deshalb: auch jedes Gesundheitsziel ist für sich kein Selbstzweck. Und wir verstehen das auch nicht so, dass wir hier sind und ein bisschen üben. Und wenn das dann nicht geklappt hat, dann war es das. Sondern ich glaube, jeder für sich ist der Meinung, dass das, was wir jetzt machen, am Ende dieses Prozesses, wo wir tatsächlich beispielhaft nur einige herausgesucht haben, für den jeweils einzelnen Betroffenen dazu führt, dass er dann, wenn er krank ist, damit besser umgehen kann. Dass er dann, wenn eine Vorsorge betrieben wird, mehr davon hat, dass er besser informiert ist, dass es auf jeden spezifisch Einzelnen darauf ankommt. Und deshalb bewerte ich das so, dass es bei aller Freude an den regionalen Aktivitäten und der Unterstützung von uns unabdingbar ist, dass wir mal etwas machen, wo wir mal versuchen für die gesamte Republik ein paar Dinge zu definieren und dann auch abgleichen, wie das zueinander passt. Und da wird sich das dann wieder treffen.

**Bernd Seguin:**

Wenn es solche Verbindlichkeiten und solche Definitionen gibt, da müsste sich eine Institution eigentlich freuen, Herr Peter Pick vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände. Wenn Sie solche Definitionen haben, können Sie als MDS ja ganz anders arbeiten, vielleicht auch ganz anders gestalten.

**Dr. Peter Pick:**

Also ich denke, der Prozess ist ein sinnvoller Prozess, und dass wir uns in dem Prozess auch gerne einbringen wollen, ist ja selbstverständlich. Das Gesundheitswesen, wir sehen ja viele Defizite – es gibt viele vorbildliche Projekte, die verbreiten, dass es Handlungsbedarf gibt – und dann gemeinsam zu sagen, – ich will jetzt das Wort vermeiden, das den ganzen Tag vermieden wurde, dass es vordringliche Handlungsfelder gibt, an denen alle gemeinsam arbeiten. Und da müssen dann, und das wird dann der spannende Schritt eigentlich werden, auch Handlungskonzepte dazukommen, wo man dann sagt, was will man wirklich in diesen Feldern bewegen, und dann wird die Diskussion nochmal spannend. Es ist glaube ich ganz gut, wenn man das dann auch auf einer gemeinschaftlichen Plattform macht, und was ich auch sehr anerkenne, ist dass man versucht, auch gemeinschaftlich hier wissenschaftliche Unterstützung zu leisten wie das die Medizinische Hochschule Hannover, Herr Wismar, geleistet hat und wir leisten ähnliche Projekte auch für die zentrale Krankenversicherung, weil die auch ein zentraler Punkt bei der Gestaltung von Versorgungswirklichkeit ist.

**Bernd Seguin:**

Heute ist ja bloß die Arbeit prioritär, sonst nichts. Dr. Hess, ich bekomme langsam den Eindruck, alle sind Freunde in diesem Raum. Das gibt es nicht im Gesundheitswesen. Wo hockt der Feind?

**Dr. Rainer Hess:**

Also zunächst sind wir deswegen Freunde, weil es uns bisher gelungen ist, weitgehend außerhalb von politischen Diskussionen zu arbeiten. Und wir kommen aber heute mit dieser Veranstaltung natürlich, das habe ich in der Einleitung auch schon gesagt, jetzt wissend in den kalten Wind von politischen Diskussionen. Das Gutachten des Sachverständigenrates, das spielt natürlich auch in unsere Arbeit hinein, und man erwartet jetzt von Zielen mehr als man mit Zielen letztlich bieten kann. Da muss man natürlich auch sagen, wir sind uns so lange einig, absolut einig, wie wir uns auf der Ebene der Zieledefinition bewegen. In dem Ausmaße, in dem wir das jetzt konkretisieren, werden dann natürlich auch bestimmte Systemfragen kommen. Die kommen, müssen kommen. Da darf man sich auch nicht drücken. Da wird es natürlich auch Interessengegensätze geben, und es wird sich dann, dann wird sich erst zeigen, ob die GVG diese Gestaltungskraft hat, wie sie in Themen bewiesen hat. Die GVG hat ja die ATG-Plattform, wir haben andere Dinge mit der GVG gemacht, und man muss eben auch sehen, welche Einrichtung, die eben von ihrer Aufgabenstellung her nicht geprägt ist vom Konflikt, sondern die auf wissenschaftlicher Grundlage Vorschläge erarbeitet, ob sie trotz der Beteiligung von Politikern, politisch denkenden Menschen und Interessenvertretern die Kraft hat, diese Konflikte mit einem gemeinsamen Vorschlag zu überbrücken. Ich bin an sich aber optimistisch, weil wir ja nicht irgend jemanden in diesem System beseitigen wollen, sondern es geht darum, die Kräfte zu bündeln, und vielleicht im Einzelnen anders zu strukturieren und die Aufgaben anders zu verteilen. Also das Krankenhaus mit anderen Aufgaben zu versehen, aber auch die niedergelassenen Ärzte vielleicht etwas anders in ihrer Aufgabenwahrnehmung zu strukturieren, dem Hausarzt eine Koordinierungsfunktion stärker einzuräumen, aber dem Fach-

arzt dafür sein Spezialgebiet stärker zuzuweisen. Also diese Diskussion wird uns natürlich vor die Bewährungsprobe stellen. Und da war es ganz gut, dass wir ja inzwischen drei Jahre geübt haben. Es sind dieselben Personen, die seit drei Jahren zusammensitzen, wir arbeiten ja schon 3 Jahre. Wir haben uns aneinander gewöhnt und wir mögen uns.

**Bernd Seguin:**

Na gut, Rainer Hess, wenn Sie jetzt mal den Hut „GVG“ absetzen, und den anderen mal aufsetzen, wenn sie mal Dr. Hess, der Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind. Jetzt haben Sie nochmals das Wort.

**Dr. Rainer Hess:**

Auch als Geschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann mir eigentlich nur daran gelegen sein, dass wir nicht jetzt in Budgets versinken, und uns gegenseitig nur um Geld streiten, sondern dass wir Budgets überwinden durch eine stärkere medizinische Orientierung. Deshalb habe ich auch damals die Position gerne übernommen, weil wir aus der rein ökonomischen Steuerung des Gesundheitswesens wirklich rausmüssen. Und das ist natürlich mit Verlusten für alle Beteiligten insofern verbunden, was jetzt die gemachten Ströme der Geldflüsse anbelangt. Man muss auch bereit sein, Opfer zu bringen. Aber diese Opfer lohnen sich, wenn wir in Zukunft ein Gesundheitswesen haben, in dem wir nach Zielen steuern und wo man auch dem Patienten oder auch der Bevölkerung und auch der Politik klarmachen kann, warum wir das Geld in diese Zieldefinitionen hineingeben, weil es in ganz bestimmten Strukturen auch Erfolge gibt. Worunter die Kassenärzte heute leiden ist, dass wir den Versorgungsbedarf noch nicht mal darstellen können. Weil wir ein System haben, wo wir nicht den Versicherten irgendwo ansprechen, sondern mit einer Karte nur noch in Fällen denken, schauen, wie für den Fall der Preis verfällt. Das kann nicht die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens sein, also von daher bin ich sehr engagiert daran beteiligt, diese Budgets zu verwenden, und bin daher auch bereit, dafür Opfer zu bringen.

**Bernd Seguin:**

Herr Grigutsch, Sie wissen, dass Sie jetzt dran sind, nicht?

**Dr. Volker Grigutsch:**

Ich denke, dass die Diskussion hier im Grunde gezeigt hat, dass sich alle am Tisch einig sind, dass man wegkommen muss von der reinen finanzorientierten Gesundheitspolitik der letzten Jahre. Und das lässt sich nicht einfach so von heute auf morgen verordnen. Das ist auch schwierig umzusetzen. Man kann das nicht auf einmal. Man sieht ja, wenn man heute das Budget weg hätte, braucht man natürlich auch Instrumente, wie man anders steuert. Einfach zu sagen, weg – ich will jetzt nicht die aktuelle Diskussion auf Arzneimittel bringen – einfach weg bringt nicht immer den Erfolg, den man sich wünscht, und ich denke, es war – ich habe es vorhin schon gesagt – das war ja der Ausgangspunkt dieser ganzen Aktion, dieser ganzen Fragestellung: wie wollen wir denn zu einer medizinischen Orientierung kommen und sollen denn Gesundheitsziele uns dabei helfen? Und was wir bis heute geschafft haben ist, dass sich alle Beteiligten in diesem Bereich darauf verständigt haben: ja, wir wollen das machen. Und was jetzt noch vor uns liegt, und das denke ich, wird die Hauptaufgabe sein, und die deutlich schwierigere Aufgabe noch sein, dass wir

jetzt zu einer Konkretisierung dieser ausgewählten Ziele kommen, sie also auch wirklich implementieren in den Versorgungsbereich, und dann auch hinunterbrechen bis zum einzelnen Bürger, Patienten und Leistungserbringer. Und dann wird sich zeigen, ob man hier mit entsprechenden Instrumenten, die ja auch theoretisch geprüft werden, wenn man exemplarisch diese Gesundheitsziele umsetzen will, mit Leitlinien z.B. als einem Instrument auch bei einer medizinisch orientierteren Versorgung, dann wird man sehen, ob das ein Weg ist, den man bei uns gehen kann und ob unser System die Kraft hat, dies dann so umzusetzen. Ich glaube schon, dass wir – weil wir uns auch nicht nur alleine auf den Krankheitsbereich festgelegt haben, sondern gerade den Bereich Prävention und Lebensbereiche gleichwertig, und meines Erachtens nach sogar mindestens so stark gewichtet haben wie die Krankheiten – dass da gute Chancen sind, dass man in diesem Prozess zu Erkenntnissen kommt, die dann auch weiterführen.

**Bernd Seguin:**

Danke Ihnen, Sie hatten sich spontan gemeldet, Herr Hölling?

**Günter Hölling:**

Ganz kurz wollte ich noch sagen, dass ich glaube, dass das ein bisschen zu kurz gegriffen ist, wenn man sagt, Gesundheitsziele, das wäre dann, dass wir sozusagen aus den ökonomischen Diskussionen der letzten Monate oder Jahre wieder mehr zur medizinischen Diskussion kommen. Gesundheitsziele meint glaube ich ein bisschen mehr. Es meint auch, dass da natürlich psychosoziale Aspekte eine Rolle spielen. Dass, wenn man an Gesundheitsförderung und Prävention orientiert ist, dass man möglicherweise ganz andere Gesichtspunkte berücksichtigen muss, von ganz anderen Professionen, die nicht nur im Gesundheitswesen arbeiten. Gesundheitsziele ist mehr, als – ich sage jetzt mal – Versorgungsziele. Deswegen ist ja auch diese Arbeitsgruppe, in der ich noch nicht drei Jahre beteiligt bin, sie hieß vorher „Versorgungsziele“, glaube ich, „Medizinische Orientierung“, aber der Anfangseindruck, den ich hatte, der Versuch, von Versorgungszielen weg- oder weiterzugehen zu Gesundheitszielen. Es ist wirklich mehr, wenn man sich das richtig vorstellt, und da kann sehr viel mehr drin aufgehoben sein als eine medizinische Ordnung. Und das ist vor allem auch dann von Bedeutung, wenn man auch Gesundheitskompetenz, die in einem dieser Ziele drin enthalten ist, jetzt ernst nimmt. Das meint nicht nur Kompetenz, sich im organisierten Gesundheitswesen jetzt bewegen zu können, und durch dieses Chaos und Dickicht hindurch zu finden, das meint auch, drei Viertel aller gesundheitlichen Probleme werden außerhalb des organisierten Gesundheitssystems gehandelt. Zuhause, durch die einzelne Person, in der Familie usw. Dazu braucht es auch Kompetenz, und wenn solch eine Gesundheitskompetenz gestärkt wird, dann kann man auch viel im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung arbeiten.

**Bernd Seguin:**

Dazu kam eine Wortmeldung von Ihnen gerade. Nun weiß ich nicht, wer Sie sind.

**Hans-Jochen Weidhaas:**

Ich stelle mich gerne vor. Mein Name ist Weidhaas, ich bin niedergelassener Psychotherapeut und verrete hier den Berufsverband niedergelassener Psychotherapeuten. Herr

Hölling: das geht an Sie, aber vielleicht auch an die Herren auf dem Podium, und in Bezugnahme auf das, was die Ministerin heute früh gesagt hat. Richtig, dass Prävention eine Herausforderung darstellt, oder chronische Erkrankung wie Diabetes. Dabei werden Sie auch immer wieder verhaltensbedingte Krankheitsursachen zu berücksichtigen haben. Jetzt haben wir zwar eine Kollegin in Gestalt von meiner Nachbarin in Ihren Gremien, in der GVG, aber per Gesetz können wir keine Leistungen der Prävention, geschweige denn der Rehabilitation erbringen, jedenfalls nicht niedergelassen, obwohl wir das im stationären Bereich tun. Die Frage also: ist das etwas, was wir berücksichtigen müssen, besteht hier vielleicht sogar gesetzgeberischer Handlungsbedarf?

**Bernd Seguin:**

Ich gehe nochmals auf die Diskussions- auf die akademische Ebene. Der Vortrag von Professor Fuchs zum Thema Versorgungsqualitäten und Ethik. Da haben Sie ja, Herr Fuchs, beschrieben, dass das Geschehen immer nur ein komplexer Zusammenhang sein kann, der Begriff war: multiprofessionelles Team, wo alle zusammenkommen. Sie haben damals, das ist 1½ oder 2 Jahre her in Bad Segeberg wurde gesagt, dass man hier auseinanderdefiniert aus verschiedenen Leistungsbereichen. Sie haben sehr deutlich formuliert: es bedarf der Verbindlichkeit in der Kooperation und der Verbindlichkeit auch im Versorgungsziel. Ist das etwas, was hier so auch gerade angesprochen wurde?

**Prof. Dr. Christoph Fuchs:**

Lassen Sie mich nochmals zurückkommen auf den Begriff Zielvereinbarung. Zielvereinbarung bedeutet jetzt als Managementinstrument, dass ich partnerschaftlich vereinbare, dass es eine gemeinsame Vereinbarung ist, dass ich eine Ergebnisvereinbarung treffe, eine Budgetverantwortung und eine Projektverantwortung: wer ist beteiligt? Und wenn ich diese Instrumente gelten lasse, nutze, dann kann es nur so sein, dass es eben wirklich einen Mehrwert für die Betroffenen darstellt. Betroffen sind sowohl die Zielgruppe, die davon profitieren soll, Versicherte, Patienten, Weiterentwicklung von Kompetenz. Betroffen sind aber auch diejenigen, die für die Rahmenbedingungen eines solchen Zielerreichens Verantwortung tragen. Und insofern muss es was Gemeinsames sein. Es kann kein Diktat von oben sein, und es kann aber auch, wenn die Vereinbarung stimmt, nicht so sein, dass einzelne jetzt ihre Machtspielchen treiben.

**Bernd Seguin:**

Also nachgefasst beim Psychiater noch einmal: wenn das so stimmt mit so einer Versorgungskette und dem Sich-einigen: sowohl auf Versorgungsziele als auch Gesundheitsziele. Ist das so ein Ziel, wo Sie aus Ihrer Kompetenz als Verband der deutschen Psychiater in diesem Falle, sagen: das ist ein Weg, wo wir mitmarschieren können, das ist ein Weg, der auch die Versorgung verbessert?

**Hans-Jochen Weidhaas:**

Unbedingt, wenn man sich denn einigen kann, denn es betrifft ja nicht nur die Psychiatrie. Das Kernproblem der chronischen Krankheiten, bei Diabetes, ist dasselbe, ist die Kooperation der Mitspieler in der Behandlungskette. Und wenn eben so ein Gesundheitsziel definiert ist, dann wissen eben auch die Mitspieler, wo die Reise hingehen soll. Und dann

können sie eben auch Vereinbarungen treffen, welche Maßnahmen zu diesem Ziel führen. Insofern ist das ein sehr guter Weg. Was etwas schade ist, ist, dass wir aus politischen Gründen diese Frage, was nehmen wir als erstes Ziel, was am Ende eben doch, was eben auch schon anklang, eine Ressourcenallokation bedeutet, dass wir, was das Problem Priorisierung angeht, wie die Katze um den heißen Brei herumturnen müssen. Priorisierung bedeutet ja auch automatisch, dass etwas posteriorisiert werden wird. Und das tut weh. Insofern, diese Debatte, die müssen wir glaube ich vertagen, um das Projekt nicht zu gefährden.

**Bernd Seguin:**

Matthias Wismar, eindeutig sind Sie dran!

**Dr. Matthias Wismar:**

Da sind ja jetzt mehrere Themen angesprochen, zu welchen denn? Aber vielleicht lassen Sie mich das aufgreifen mit dem Gesundheitsziel und der Multiprofessionalität. Tatsache ist, dass Gesundheitsziele nur dann definiert werden, wenn es sich wirklich um einen komplexen Zusammenhang handelt. Wenn wir wüssten, fünf Ärzte mehr in dieser Region oder drei Krankenhausbetten mehr bringen ein besseres gesundheitliches Ergebnis, dafür würde man kein Gesundheitsziel definieren. Gesundheitsziele sollen ja gerade auch eine Orientierungsleistung erbringen, gerade für unterschiedliche Akteure, die unterschiedliche Hintergründe haben, sie sollen die Plattform legen für gemeinsame Koordinierungs- und Management-Instrumente. Und sie sollen natürlich auch die Plattform legen, um den gemeinsamen Erfolg zu evaluieren und zu prüfen, um zu sehen, ob man Fortschritte gemacht hat. Daher machen Gesundheitsziele natürlich nur dann wirklich Sinn, wenn das Zusammenspiel vieler Akteure, vieler Sektoren, vieler Träger kommt. Die Erkrankungen, die gewählt worden sind, aber auch die anderen Fragen jenseits des Krankheitspektrums sind ja sehr komplexe Themengebiete, wo wir zum gegenwärtigen Zeitpunkt, wo wir es noch gar nicht so konkretisiert haben, noch gar nicht so absehen können, wer alles daran beteiligt sein wird, welche Maßnahmen alle ergriffen werden.

**Bernd Seguin:**

Wie kann denn Dr. Sokoll, hier der Bereich der Berufsgenossenschaften so integriert werden, dass es ein gemeinsames Konzept wird? Sozusagen auf der Handlungsebene, auf der Gedankenebene decken sie das gleiche Konzept ab, auf der Handlungsebene dagegen handeln Sie unterschiedlich.

**Dr. Günther Sokoll:**

Also zunächst einmal stellt sich mir die Frage, ob wir in dieser gemeinsamen Arbeit vom selben Begriff des Gesundheitsziels ausgehen. Ich glaube, dass man nochmals das Augenmerk auf das Thema: was verbinden wir mit dem Merkmal Gesundheit werfen sollte. Der Begriff der WHO oder ein anderer Begriff? Wir haben einen gesetzlichen Auftrag und daraus definiert sich eigentlich der Begriff Gesundheit danach, dass wir die gesundheitliche Wiederherstellung des Verletzten als eine Aufgabe, als ein Ziel ansehen und zugleich darüber hinaus die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder die Beseitigung der Arbeitsunfähigkeit. Das ist nicht ein Extra, sondern das ist innerhalb aller Maßnahmen, die

zur Restaurierung des Gesundheitszustandes notwendig sind, ein integraler Bestandteil. Und das gewinnt für uns an Bedeutung, da in Europa die Gesundheits- und Sozialschutzsysteme in einem Wettbewerb stehen, und das europäische Arbeits- und Gesundheitsschutzmodell darauf hinausläuft, die sogenannte „employability“ in den Begriff der Gesundheit einzubeziehen, das heißt die Befähigung der Betroffenen, im Arbeitsmarkt wieder Fuß zu fassen, wie vor Eintritt der Verletzung. Das ist ein wesentlicher Punkt, der aus meiner Sicht heute in den heutigen Vorträgen zur Konzeption des Ganzen auch bislang in der Diskussion gar nicht angesprochen wurde. Aber es ergeben sich daraus fundamentale, konkrete Schritte, z.B. bei der Einführung der DRG's und so. Sehr konkret abgebildet in unserer Tagesarbeit. Und für diese Arbeit besteht, denke ich, die Notwendigkeit, darüber Konsens herzustellen.

**Bernd Seguin:**

Herbert Rische als Kapitän der BfA, der Bundesversicherungsanstalt, für Sie jetzt heißt das aber dann auch volle Fahrt voraus. Der gesamte Reha-Bereich und der Rentenversicherungsträger muss sich jetzt doch genauso integrieren und mit daran teilhaben.

**Dr. Herbert Rische:**

Es ist sicherlich richtig, dass hier nicht nur die Krankenversicherungen, die Unfallversicherungen, die Ärzte gefordert sind, hier ist sicher auch die Rentenversicherung gefordert. Die Rentenversicherung ist zum einen gefordert als Träger der Rehabilitation, wir sind ja nach wie vor hier ein wichtiger Mitspieler, sie ist aber auch zum anderen gefordert, weil sie letzten Endes immer am Ende der Kette steht, in vielen Fällen natürlich auch Defizite auszubaden hat, nicht nur über die Rente, sondern auch teilweise über die Rehabilitation, die vorher da sind. Insofern erhoffe ich mir, unabhängig von der Moderatorenrolle die ich in der GVG dazu wahrnehme, wünsche ich mir für die Rentenversicherung, dass die gemeinsamen Definitionen auch die Einigung auf Ziele, die dann auch Auswirkungen auf Strukturen haben, bringen wird. Auswirkungen auf Strukturen nämlich, dass wir nicht nur darüber reden, wie wir etwas vernetzen, dass wir nicht nur den Begriff „Behandlungskette“ in die Welt setzen, sondern dass wir auch in diesen Zusammenhängen gemeinsame Ziele ansteuern, und nur wenn wir diese gemeinsamen Ziele haben, werden wir diese sektoralen Ziele, die ja jeder hat und die gesetzestechnisch oder historisch gewachsen sind, werden wir die auf ein bestimmtes Ziel konzentrieren können, und werden so einerseits hoffentlich gemeinsam mehr Erfolge haben, zum anderen womöglich die Ressourcen besser einsetzen können.

**Bernd Seguin:**

Das hieße ja, Dr. Hess nachgefasst, dass Gesundheitsziele und deren Verbindlichkeit auch dazu führen können, was Herr Sokoll und Herr Rische gerade beschrieben haben: Behandlungsketten ändern, Versorgungsketten ändern und auf eine Weise sogar verbessern.

**Dr. Rainer Hess:**

Man muss, glaube ich, unterscheiden, welche Ziele wir jetzt hier konkret ansprechen. Also, wir haben einen Runden Tisch Prävention. Bei diesem Runden Tisch Prävention ist fest-

gestellt worden, dass es hier eine Vielzahl von Zuständigkeiten gibt, aber keine klare Ausrichtung: wer macht Prävention in Deutschland? Wer bezahlt Prävention in Deutschland? Jeder fühlt sich dafür zuständig: die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, und auch noch andere. Und ich könnte mir vorstellen, dass man auf diesem Gebiet durchaus auch zu einem gemeinsamen Ansatz kommt und sagt, wir müssen uns hier mal zusammentun und überlegen, welche Prävention wollen wir denn in Deutschland der Bevölkerung anbieten? Und dann kann ich sehr wohl ein Ziel vereinbaren, wie Herr Prof. Fuchs sagt. Dann setzen wir uns mal alle zusammen, und nicht jeder macht sein Präventionsprogramm, das kann man vielleicht noch dazu machen, aber wir machen ein gemeinsames Präventionsprogramm aller Sozialleistungsträger, kombiniert noch mit der PKV und anderen und legen das verbindlich fest als eine gemeinsame Aktion, wie wir Prävention bezogen auf die Bevölkerung gemeinsam mit einem anderen Stellenwert versehen, nicht jeder macht einzeln etwas, um sich selber irgendwie zu profilieren: ich bin aber ganz toll, weil ich den Raucherentwöhnungskurs X bezahlt habe. Das wäre für mich ein Ansatz, wo ich durchaus übergreifend ein Gesundheitsziel definieren würde, mit konkreten Vereinbarungen von durchaus unterschiedlichen Zuständigkeiten, die aber alle ein Aufgabenfeld Prävention haben, um das zu bündeln. Ein bisschen anders sieht es natürlich aus, wenn es ein Arbeitsunfall ist, dann ist dieser Arbeitsunfall in der Zuständigkeit der Unfallversicherung, und da soll er auch bleiben. Da ist keine Möglichkeit, auch gar keine Notwendigkeit zu sagen, da muss ja jetzt noch die Krankenversicherung irgendwo mit dabei sein. Da habe ich aber in anderer Weise durchaus positive Ansätze, aus der Unfallversicherung jetzt nicht im Sinne einer gemeinsamen Zieldefinition, aber ich kann mir sehr gut vorstellen, dass wir aus der Unfallversicherung, die ja in der Tat diesen integrativen Ansatz hat, Instrumente mal entlehnen. Also die Arztverfahren bis hin zum Verletzungsartenverfahren, das ist ja ein integrativer Ansatz, der sehr wohl für andere Versicherungszweige oder sehr wohl auch für Zielprogramme auch im Sinne von Zielvereinbarung beispielgebend sein kann. Man kann da auch Modelle entlehnen und kann sie dann übertragen auf andere Versicherungszweige. Aber es hängt davon ab: um was geht es? Bei Patientenbeteiligung kann man das auch. Es gibt keine Patienten, die nur in der Unfallversicherung Rechte haben, das muss ich also übergreifend versuchen zu definieren. Man muss das also ein bisschen differenzieren. Sind es Ziele mit Krankheitsbezügen, haben wir gewisse Strukturen, die wir jetzt auch gar nicht so ändern wollen, sind es Ziele mit präventiver Zielrichtung, sind es Ziele mit einer patientenorientierten Zielrichtung. Da sollten wir gemeinsam handeln. Auch verbindlich.

**Bernd Seguin:**

Das ist fast, Herr Hess, ein Aufruf zur Revolution. Herr Grigutsch, stellen Sie sich doch mal die bundesdeutsche Wirklichkeit vor: ich mit 50, adipositär, leide plötzlich unter Asthma. Wäre ich ein Fall fürs SGB V und Dr. Ahrens und die AOK bezahlt das. Der Betriebsarzt, Herr Dr. Sokoll, SGB VII, sagt aber „Seguin, das hast du irgendwie gekriegt durch die Klimaanlage, könnte berufsbedingt sein.“ Ich werde durch die Berufsgenossenschaft befunden: positiver Bescheid: ich wäre ein Fall für die Rentenversicherung. Sie, Dr. Rische, befunden mich wieder neu, Reha vor Rente sozusagen, der will meine Rente nicht bezahlen, schickt mich in die Reha, psychosozial auch noch, er könnte ja noch was haben. Bringt aber auch nichts, ich werde ein Fall fürs SGB XI, der MDK hat mich befunden SGB XI, wird aber auch nichts, meine Familie zerbricht in der Zwischenzeit, SGB VIII Kinder- und Jugendhilfegesetz tritt ein, ich kriege Erziehungshilfe für meine Enkelkinder, bin immer

noch nicht gesund, komme zu ihnen, Herr Grigutsch, und sage: Herr Hess fordert endlich mal: überwindet das! In der Zwischenzeit nach SGB III ein Fall fürs AFG: arbeitslos.

**Dr. Volker Grigutsch:**

Herr Seguin, man kann natürlich alles zu Grotesken machen, aber es ist natürlich so: alle klagen einvernehmlich über das Kästchensystem, insbesondere der Patient, der sich bei zweien im Rahmen der Rehabilitation zurechtfinden muss. Und dann kommt man dazu und sagt: ja, jetzt wollen wir doch mal sehen, ob wir dieses System nicht schrittchenweise zu dem machen können, was dem Patienten noch nutzt. Das versuchen wir mit dem Instrument Gesundheitsziel. Heute bei dieser Diskussion habe ich den Eindruck, dass noch gar nicht verstanden ist, wo wir im Moment stehen in diesem Prozess. Wir stehen nämlich erst am Anfang dieses Prozesses. Wir haben gerade mal die Themen für Gesundheitsziele nach langer Diskussion einvernehmlich festgelegt, und was jetzt kommt, und ich lese es einfach mal vor weil es so schön von der GVG formuliert worden ist, da heißt es: *gesundheitsziele.de* entwickelt beispielhaft einige konkrete Gesundheitsziele aus diesen Zielthemen und Strategien zu deren Umsetzung. Es besteht also der Anspruch, die Gesundheitsziele in die Praxis umzusetzen und konkrete Verbesserungen zu erreichen. Das ist nur möglich, wenn klar formulierte Gesundheitsziele mit allen Konsequenzen und Verantwortlichkeiten für die Umsetzung, Koordination und Evaluation der einzelnen, zielführenden Maßnahmen vorliegen. Das heißt, jetzt beginnt die eigentliche Arbeit, und das heißt auch, dass jetzt jeder, der in dieser Runde sitzt, an seiner Verantwortlichkeit gepackt wird. Die Berufsgenossenschaft für den Bereich Arbeit. Und da, wenn man das Ziel Diabetes nimmt, wird man eben sehen, was muss die Berufsgenossenschaft tun, um bei einem Unterziel dieses Zielthemas Diabetes, also vielleicht kürzere Arbeitsunfähigkeiten für Diabetiker, was muss da die Unfallversicherung tun, das soll konkret benannt werden. Die Unfallversicherung soll dann auch in die Pflicht genommen werden, dies dann auch wirklich zu tun! Und nicht zu sagen, das müsste eigentlich die GKV bezahlen. Wenn man sich gemeinsam, und deshalb wird das ein schwieriger Prozess werden, wenn man sich gemeinsam in kleinen Schritten dazu einigt, und darin liegt der Sinn dieser ganzen Geschichte. Ich hoffe, dass das an ausgewählten Dingen möglich ist, und das heißt nicht, dass andere Sachen, die auch gemacht werden müssen, deswegen zurückgestellt werden sollen. Die Verantwortung der einzelnen für ihre Bereiche bleibt ja. Es geht ja nur darum, dass man in ausgewählten Bereichen, den sog.. Gesundheitszielen, dann an einem Strang zieht, und sich jeder dann in seinem Aufgabenbereich auch für die Zielerreichung einsetzt, die auch vorher definiert wird und die auch nachher überprüft werden kann, muss und auch werden wird. Deswegen ist es auch nicht so einfach, jedes Themenfeld in der Gesundheit zu einem Gesundheitsziel zu machen, denn man braucht auch, und das ist ja das, was in der ersten Phase gemacht worden ist, ein Raster, wo man das überhaupt tun kann. Habe ich denn überhaupt ein Gesundheitsziel, bei dem ich nachher auch evaluieren kann, habe ich das denn überhaupt erreicht? Das ist bei weitem nicht bei allen Themen möglich. Auch das hat einen Einfluss auf die Auswahl der Themen, die in dem Prozess bis zum heutigen Tage zusammengetragen worden sind. Das ist eigentlich die Aufgabe dieser Arbeit hier, es geht nicht um Revolution und Umwerfung des gesamten Gesundheitssystems in diesem Ausschuss, sondern es geht darum zu zeigen, dass wenn man koordiniert mit Patienten arbeitet, jeder in seinem Zuständigkeitsbereich, aber nicht jeder alleine mit Blick auf seinen betriebswirtschaftlichen Zustand, auf seine eigene Organisation, das klang ja hier auch in manchen Beiträgen an, dass ja wieder nur in dem Kästchen gedacht wurde: wenn

wir das so hier bei uns ändern würden, dann hätten wir ja schon viel Präventionen gemacht, dann hätten wir schon viel mehr erreicht. Darum geht es nicht, es geht wirklich mal darum, etwas gemeinsam zu machen, um wirklich mal was gemeinsam zu machen, über den Tellerrand hinwegzusehen für den Patienten. Und ich hoffe, dass es gelingt, zunächst einmal überhaupt festzulegen, was sind denn die konkreten Dinge, die in der Praxis gemacht werden müssen. Das ist Aufgabe der Zeit bis zum Juli, deswegen haben wir ja auch nicht die fünf gleichwertig nebeneinander stehenden krankheitsbezogenen Ziele genommen, sondern diese Arbeit ist nur für zwei Dinge zu leisten, da kann man nicht sofort die gesamte Palette abarbeiten. Weil das eben nicht nur theoretisch, sondern wirklich auch praktisch passieren soll, man will ja zu praktischen Vorschlägen kommen im Endeffekt.

**Bernd Seguin:**

Herr Ahrens, Herr Wismar und Herr Hess wollen jetzt ohne jedes Kästchen bloß zum Wohle der Patienten reden.

**Dr. Hans-Jürgen Ahrens:**

An sich wäre das hier eine tolle Umgebung, wenn man hier im roten Rathaus so ein revolutionäres Manifest verabschieden würde und würde sagen: Schluss mit den alten Kästchen, jetzt machen wir eine Bundesoberbehörde Prävention und daraus wird alles gemacht und dann finanziert. Und dann das andere Extrem: es ist richtig von Ihnen etwas karikiert, und von Herrn Hess beschrieben worden, dass teilweise Dinge nebeneinander herlaufen. Nicht abgestimmt in den einzelnen Sozialversicherungsarten und da ist auch was nicht in Ordnung. Das gilt für den Bereich der Prävention, für den Bereich der Rehabilitation. Es gibt aber auch Beispiele, die ganz anders sind. Wenn wir beide hier uns nehmen, daher kennen wir uns ja auch nicht nur daher, dass wir Dinge gemeinsam machen, z.B. bei der Verhinderung berufsbedingter Krankheiten. Und deshalb meine ich, es hat überhaupt keinen Zweck, dass man jetzt ein hehres Ziel definiert, die Ministerin sprach eine Stiftung Prävention an, wir schauen uns das mal genau an, was da gestiftet wird und von wem. Ich glaube, man sollte das immer am jeweiligen Bereich definieren, was kann man gemeinsam machen, und irgendwo muss man die Dinge dann auch übergreifend durchführen. Das sind immer konkrete Projekte. Und deshalb meine ich auch, hier die Gesundheitsziele, das ist ein idealer Bereich, in dem wir das feststellen. Nehmen wir mal den Bereich, den wir miteinander definiert haben, in dem wir gesagt haben, den Tabakkonsum reduzieren. Da müssen alle mitmachen. Ob das die öffentliche Hand ist, ob das in den Betrieben passiert, ob das in den Arztpraxen ist, ob die Kassen dafür werben, ob das die Patientenvertreter sind, alle. Und da ist die Gemeinsamkeit gefordert, und deshalb plädiere ich dafür, das dort zu tun, wo es sich aus dem speziellen Anlass heraus anbietet. Und dann kann man daraus auch Konsequenzen ziehen und sagen: OK, es ist nicht nur aus diesem Anlass, sondern in diesem ganzen Feld und dann machen wir das so. Aber so eine generelle Forderung, dass man jetzt sagt, und alle machen jetzt alles gemeinsam und aus einem Topf, ich glaube, das wird nichts, das wird dem auch nicht gerecht, und deshalb bin ich auch mehr dafür, das an den konkreten Anlässen und den konkreten Projekten festzumachen.

**Dr. Matthias Wismar:**

Erstmal muss ich noch auf Herrn Grigutsch eingehen. Als er sagte, die Arbeit fängt erst jetzt richtig an, habe ich so etwas wie eine Gänsehaut gekriegt, wir waren vorher schon gut eingedeckt. Vielleicht soviel noch, natürlich steht der Patient immer auch im Mittelpunkt unserer Überlegungen, aber es ist ja keine reine Selbstlosigkeit, und die soll es ja auch gar nicht sein, das hat Herr Ahrens eben ja auch ganz gut klargemacht. Für die Wissenschaft stellt sich natürlich auch die Frage: kann die Sozialversicherung Präventionsleistung erbringen, samt der Leistungserbringer, und kann sie ihre Vitalität auch unter Beweis stellen? Im Hinblick natürlich auch auf alternative Modelle im Ausland vor allem, viele Augen richten sich natürlich auch auf Deutschland als Urmodell der gesetzlichen Krankenversicherung, vor allem auch in den mittleren- und osteuropäischen Ländern. Und deshalb glaube ich auch an die wichtige Signalwirkung von solchen Aktivitäten, die einen gewissen Grad an Gemeinschaftlichkeit ohne Einheitssuppe haben.

**Dr. Rainer Hess:**

Also, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen heißt ja nicht, sich von dem pluralen System zu verabschieden. Ich glaube ja, dass dieses plurale System für die Patienten in Deutschland sehr viele Vorteile hat. Und die wollen wir ja überhaupt nicht aufgeben. Und von daher gibt es natürlich auch Leistungserbringer, die untereinander im Wettbewerb stehen, und es gibt gewisse Leistungssparten, die sich mit ihrem Leistungskatalog teilweise auch überschneiden. Das ist aber die Folge eines solchen Systems, das würde ich nie und nimmer in Frage stellen. Ich würde aber immer jetzt, wenn wir diese Gesundheitsziele definieren, genau dies in den Mittelpunkt von Analysen stellen und sagen, wie kann ich jetzt dem Patienten bei dieser unterstellten Vielfalt helfen, mit seinen Problemen fertig zu werden und nicht in dem Gestrüpp nun seinerseits hängen zu bleiben. Da haben wir den übergreifenden Ansatz Prävention z.B. Herr Ahrens hat es gesagt. Da kann man gemeinsame Projekte entwickeln, die unabhängig davon, wo einer versichert ist, einen einheitlichen Anspruch gewähren.

Wir haben das Thema Versorgungsketten, das wurde von Herrn Grigutsch angesprochen. Wo wir bei einer bestimmten Erkrankung, unabhängig davon, ob die Rentenversicherung für die Reha zuständig ist oder die Unfallversicherung oder die Krankenversicherung sagen könnte, da brauche ich ein bestimmtes medizinisches Programm, das ich einheitlich diesem Versicherten, egal wo er jetzt die Leistung empfängt, zur Verfügung stelle und ihm aufzeige, wie er unbürokratisch zu der Leistung kommt. Das heißt, ich bekenne mich zu einem pluralen System, nach wie vor, ich meine aber dass wir dem Patienten, eben gerade weil es so ist, eben mehr Informationen und mehr Einheitlichkeit in der Versorgung durch medizinische Orientierung geben müssen und dass die Gesundheitsziele dazu helfen sollen.

**Bernd Seguin:**

Stefan Etgeton kommt von der Fachhochschule Magdeburg.

**Dr. Stefan Etgeton:**

Ja, ich habe zwei Aspekte, die ich gerne noch in die Diskussion mit einbringen möchte. Es ist immer wieder auch von gesundheitsbezogenen Gesundheitszielen die Rede und nicht von krankheitsbezogenen und dann wird häufig der Begriff Prävention herangezogen. Ich sehe das ein wenig anders. Prävention ist in der Regel auch krankheitsbezogen. Also auf die Verhütung von Krankheit bezogen, und mich würde in dem Zusammenhang dann schon mal interessieren, welche sind denn die gesundheitsbezogenen Gesundheitsziele in diesem eher strengen Sinn des Wortes und wie hat sich das methodisch in der Entwicklung der Zielbereiche dargestellt? Mein Eindruck ist, dass unter dem Kriterium der Operationalisierbarkeit die gesundheitsbezogenen Gesundheitsziele ein bisschen über die Klinge gesprungen sind. Jetzt mal von der Frage der Partizipation, der Patientenbeteiligung abgesehen. Wir sprechen hier über sozusagen sektorale Grenzen und die Frage der Überwindung der sektoralen Grenzen. Mir fehlt bei der Überwindung der Feldbestimmungen oder bei den Themenzielen auch so ein Moment von Strukturzielen. Also ein konkretes Ziel könnte z.B. sein, sich vorzunehmen, innerhalb von fünf Jahren Landesgesundheitskonferenzen in der Bundesrepublik in verschiedenen Ecken zu etablieren, und dies womöglich sogar auf regionaler Ebene, um genau diesen Zielen auch eine Struktur zu geben. Das wäre ein Ziel auch auf einer Strukturebene, die als solche methodisch offenbar gar nicht vorkommt. Ich habe sie zumindest bisher nicht gesehen, sie wurde bisher nicht erwähnt. Die zweite Frage ist also: wie stellen sich Ergebnisprozesse und Strukturqualität in der Entwicklung dieser Zielfelder eigentlich dar?

**Bernd Seguin:**

Wollen wir wetten, dass Matthias Wismar ein paar Antworten für Sie hat?

**Dr. Matthias Wismar:**

Also als erstes fände ich es sehr bedauerlich, wenn der Eindruck entstanden ist, dass es keine gesundheitsbezogenen Ziele gibt, weil wir ja gerade unter diesem Punkt Prävention und Gesundheitsförderung, wo wir auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene fokussieren, Themen anschnitten wie Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, die gerade eigentlich gesundheitsförderlich sein sollen und auch einen Gesundheitsbezug haben. Zu dem zweiten, Sie hatten vorgeschlagen, ob man nicht bundesweit sozusagen in allen Ländern Gesundheitskonferenzen für die Umsetzung und die weitere Konkretisierung haben sollte. Ich bin mir nicht sicher, ob das nicht Parallelstrukturen sind und ob es nicht in vielen Bundesländern solche Strukturen schon gibt, auf die wir zurückgreifen könnten, oder die sich vielleicht sogar gerne anbieten, da mitzumachen. Ich denke hierbei an die Landesvereinigungen für Gesundheit, die ja hier gerade auch Scharnierfunktionen zwischen den Akteuren auf Länderebene haben. Ich denke dass da wirklich eine ganze Menge Kompetenz und auch organisatorische Ressource vorhanden ist, da mitzumachen, und ich habe auch bei einigen Landesvereinigungen den Eindruck, dass sie fast auf solche Initiativen warten, und ihre eigenen Ziele natürlich auch gerne über solche Bundesziele mit ins Trockene bringen möchten.

**Bernd Seguin:**

Mich würde interessieren, ob noch jemand von den Landesvereinigungen oder auch jemand aus NRW da ist von der Landesgesundheitskonferenz? Ist das so, wie das Dr. Wismar beschrieben hat, für Sie eine Möglichkeit, einmal die Strukturkomponente, zum zweiten auch vielleicht eine Verbesserung durch Landesgesundheitskonferenzen zu haben?

**Dr. Uwe Prümel-Philippsen:**

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., und deswegen muss ich das ein wenig relativieren von Herrn Wismar, weil das wurde bestimmt von einer anderen Perspektive her betrachtet. Aber wir haben natürlich diese Diskussion auch geführt und ich kann sagen, zwischen den Landesvereinigungen wird das eben als positiv erlebt, dass es gewisse Zielvorgaben gibt, auf die hin man sich orientieren kann und auf die man dann hin vor allen Dingen auch konkretisieren kann. Das ist auch der Punkt, der hier für uns besonders spannend ist, dass es jetzt systematischer zugeht, konkreter zugeht und man dann die Handlungen in den Ländern und gegebenenfalls auch zwischen den Ländern ein bisschen abstimmen kann. Ich möchte aber in dem Zusammenhang zum Stichwort Koordinierung auch drei Aspekte ganz kurz nennen: der eine ist der Aspekt, der mir noch ein bisschen zu kurz gekommen ist, obwohl wir doch damit fast gestartet haben, das ist der Aspekt Akzeptanz. Der zweite Punkt, ganz kurz, der Aspekt der Evaluation, der dritte ist die Koordination. Bei Akzeptanz möchte ich nochmals die Frage stellen. Das ist auch aus der Basis, also derjenigen, die auch in den Ländern Gesundheitsförderung und Präventionsleistung umsetzen: wie schaffen wir es, gerade bei der Umsetzung – das ist ja auch das Spannende, wie es Herr Grigutsch ausgedrückt hat, damit geht die Arbeit zwar nicht richtig los, aber anders los - wie schaffen wir es bei der Umsetzung tatsächlich, die Bevölkerung zu erreichen? Und hier muss man sehen, es ist einmal die Bevölkerung, und einmal die besonders Betroffenen, die von diesen Gesundheitszielen ja besonders angesprochen werden müssen?. Und hier glaube ich, das es natürlich schon auch Vermittlungsprobleme geben wird, wenn man sich auf ganz bestimmte Krankheits- oder Gesundheitsziele konzentriert. Ich sage mal als Stichwort „Rheumakranke“, Rücken war als Stichwort schon genannt, und auch das Stichwort „gesund altern“. Es ist ja mit bedeutsamen Zahlen in der Bevölkerung auch zu errechnen, und hier muss die Frage ja auch gestellt werden, wie kann das angeleiert werden, wie kann die Bevölkerung einbezogen werden, denn es muss ja von einer breiten Menge getragen werden. Und von den Leistungserbringern. Bei den Leistungserbringern würde ich die Frage stellen, welche Anreize kann man schaffen, dass man sich verbindlich dann auch auf solche vereinbarten Kernziele bezieht? Der zweite Aspekt, das ist der Aspekt der Evaluation, das macht mir Bedenken: wenn wir Aussagen darüber haben, und das ist ja hier angesprochen worden, dass es erfolgreich umgesetzte Ziele sind, dass wir exemplarisch nur wenige Ziele, um sie differenzieren zu können und bemessen zu können in ihrer Effizienz und Effektivität, dann frage ich natürlich kritisch, wie viel Ware brauchen wir, damit wir dann auch für die Öffentlichkeit und für die Gesundheitspolitik oder für die Politik positive oder meinetwegen auch negative Ergebnisse verhandeln können. Ich habe also die große Sorge, dass ein langer Prozess der Evaluation notwendig sein wird, der, wenn er nicht vernünftig begleitet wird in der Öffentlichkeitsarbeit, dazu führen kann, dass solche Gesundheitsziele stark, und auch mit starken Worten angeworfen, zumindest in die Vergessenheit geraten könnten. Ein Aspekt, den man glau-

be ich Ernst nehmen muss. Und das dritte und letzte: Koordination, Herr Ahrens hat das, glaube ich, schon so ein bisschen angesprochen: Wer koordiniert eigentlich von innen die diversen Partner, die sich eben dann auch nochmals dargestellt haben, selbst wenn die alle nicht Kästchendenken praktizieren wollen, es muss eine gewisse Abstimmung ja geben. Wir sprachen von konzertierten Aktionen, der Sachverständigenrat hat das am Beispiel Tabak klargemacht, wo ich aber nicht nur die Koordination von innen, sondern die Koordination insgesamt brauche. Bei dem, was aktuell läuft, ist ja wichtig, der Sachverständigenrat hat Stellung zu beziehen, wir haben Disease-Management-Fragen zu behandeln, wir haben die Gesundheitszieldiskussion am Runden Tisch. Wir haben diverse Runden Tische oder Gremien, die diese Frage behandeln: wer koordiniert das?

**Bernd Seguin:**

Und Christoph Fuchs, wer koordiniert die Koordinatoren? Das heißt ja, hier wird viel, sozusagen miteinander, nebeneinander geredet, am Runden Tisch diskutiert, aber nicht zu einem verbindlichen Ziel und verbindlichen Aussagen. Ich fange mal bei Professor Fuchs an mit den Antworten!

**Prof. Dr. Christoph Fuchs:**

Ja, ich denke, das ist eine der Schlüsselfragen. Das ist nur machbar aus meiner Erfahrung, und was ich als Landespolitik andernorts besser kennen gelernt habe, wenn es wirklich eine regionale Struktur gibt, wo sich die Verantwortungs- und Leistungsträger eben darauf verständigen, dass die Bedingungen geschaffen werden müssen, die es erlauben, das definierte Ziel zu erreichen. Ich denke nicht, dass wir da jetzt ein einheitliches Raster für die ganze Bundesrepublik schaffen müssen, sondern einfach hinschauen und prüfen: was ist denn vorhanden? Ich kann mir vorstellen, dass ein engagierter Amtsarzt, ich sage jetzt in Köln, nicht weil ich aus Köln komme, aber da gibt es eben einen solchen Amtsarzt, dass der sich das zur Aufgabe macht, der die Mitspieler einlädt. Ich kann mir vorstellen, dass das in der Region ein Krankenhaus sein kann, in dem man aus einer guten Zusammenarbeit aus Sozialstrukturen und anderen Strukturen und dem Gesundheitsamt sagt: wir haben eine andere Struktur, wir vereinbaren uns aber in Richtung eines bestimmten Ziels. So dass ich sagen muss, es ist eine Frage des Willens und der Persönlichkeiten, die sich diesen Zielen verpflichtet fühlen.

**Bernd Seguin:**

Damit bin ich bei Ihnen jetzt angekommen.

**Teilnehmer:**

Ja, ich würde nochmals gerne eine Bemerkung machen zu den letzten Beiträgen, in denen es um die Fragen der Strukturpartizipation und Akzeptanz geht. Ich halte es für wichtig, dass wir uns in den Arbeitsgruppen, die sich ja jetzt mit der Umsetzung befassen, mit der Frage: welche Strukturen sind denn vorhanden? Wie effizient sind die vorhandenen Strukturen, wie belastbar sind sie? und dann mit der Frage: wo kann man vielleicht etwas verbessern? befassen, und dass wir mit einer fertigen Vorstellung im Kopf, welche Strukturen wollen wir jetzt auf jeden Fall einrichten und das Land mit irgendeiner neuen Struktur überziehen, in diese Arbeit hineingehen. Das zweite zum Thema Partizipation: ich denke,

das ist ja nichts neues, da haben wir ja viele Strategien und Projekte und Maßnahmen, an denen wir anknüpfen können. Denn die einzubeziehen, die in einer Kampagne gemeint sind, ist ja heute eigentlich Standard und eine Selbstverständlichkeit. Und bei der Akzeptanz noch ein Wort: Akzeptanz muss ich natürlich bei den Endadressaten finden, muss sie auch bei den Partnern finden, die im Einzelnen umsetzen. Wenn die Bundesärztekammer oder die KBV mit am Tisch sitzt, reicht das für die Akzeptanz für den einzelnen Arzt vor Ort in der Praxis ja noch nicht, der jetzt beispielsweise bei einem Thema wie Diabetes eingebunden ist. Da muss ich mir überlegen, wie kann ich hier Akzeptanz schaffen, wie kann ich eben nicht nur beim Patienten, sondern auch beim Bürger Akzeptanz schaffen, und da sage ich nach unserer Erfahrung: ja, dafür muss ich ja auch noch etwas tun. Man kann nicht davon ausgehen, dass für jedes Thema, mit dem wir uns jetzt intensiv befassen, automatisch in der Bevölkerung Akzeptanz da ist oder bei den Kooperationspartnern in der Praxis Akzeptanz da ist, ich muss meine Ziele auch bewerben und muss Verständnis dafür wecken.

**Bernd Seguin:**

Herr Hölling, was macht Sie so fröhlich?

**Günther Hölling:**

Nein, fröhlich nicht, aber ich musste doch gerade lachen über den Gedanken, den ich dabei hatte, als Sie sagten, man müsse Akzeptanz sozusagen überall einwerben. Ich bringe mal eine andere Sicht ins Spiel: ich kenne aus meiner Arbeit ganz viele Patienten und Patientinnen und Bürgerinnen, die bei uns nachfragen, Rat suchen, die sich nicht ausreichend ausgekannt haben, sich nicht ausreichend informiert haben zu einer Entscheidung, zum Teil gar keine Entscheidung treffen konnten, sondern andere haben für sie die Entscheidung getroffen haben, und zum Teil geschädigt worden sind im Gesundheitswesen. Und das was sie mir alle berichten, ist vor allen Dingen eines: Es gibt gar keine Akzeptanz für ihre Probleme bei den anderen. Also das Problem von Akzeptanz ist also nicht nur eines, was hier alle, die hier sitzen aus Politik oder Verbandsvertreter hinsichtlich dieser Annahme der Ziele, Gesundheitsziele oder Ideen jetzt von den einzelnen Bürgerinnen und Bürgern und gewissen Bevölkerungsgruppen fordern, sondern auch umgekehrt. Da ist die Frage: finden diese Bürgerinnen und Bürger und Gruppen auch Akzeptanz bei den Professionellen? Und bei den Politikern für ihre Fragen, ihre Sorgen, ihre Probleme, die sie haben? Auch eine solche Sicht muss man einfach einmal in diese Geschichte mit hineinbringen und nicht dieses Akzeptanzproblem sozusagen auf eine Ebene bringen, wo es um Compliance geht. Das ist nicht das Problem und das darf in diese Kiste nicht hinein. Damit will ich andeuten: wenn wir es richtig ernst nehmen, zum Beispiel an diesem Begriff Brustkrebs und an dem Thema Gesundheitsziele, die damit verbunden werden müssen – Brustkrebs ist ja nicht Gesundheitsziel – dann würde das ganz klar bedeuten, die Frauen und Männer – es gibt ja auch Männer die betroffen sind – müssten eigentlich über den Stand der Entwicklung doch sehr sorgfältig aufgeklärt werden, über die Möglichkeiten, über die Chancen, die Risiken, über die Alternativen, um eine informierte Entscheidung treffen zu können, zu der Sie dann auch stehen können. Das wäre die Aufgabe dabei, das findet aber alles nicht statt. Jedenfalls bisher nicht. Es gibt ein paar Ausnahmen, es fängt langsam an, es gibt in Bremen eine Broschüre mittlerweile, habe ich gelesen, wo auch das Pro- und Contra von Screening erwähnt wird, das findet in der Regel durch eine qualifizier-

te Beratung und Aufklärung nicht statt. Das ist ein Dilemma. Das ist aber der erste Punkt für eine Mitentscheidung oder ich sage mal für die Entscheidung des Patienten, denn es geht letztlich darum, dass die Professionellen den Patienten unterstützen in seiner Entscheidung und seine Behandlung mit ihm zusammen organisieren. Und daran will ich nur deutlich machen, da ist ein Punkt dabei, wer aber A sagt, muss auch Beteiligung sagen, und muss möglicherweise auch Bezahlung von Ressourcen – Beteiligung sagen.

**Bernd Seguin:**

Matthias Wismar hat sich spontan gemeldet, Hans-Jürgen Ahrens hat den Kopf geschüttelt und wird uns gleich erklären, warum. Herr Wismar, Herr Ahrens!

**Dr. Matthias Wismar:**

Ich habe mich zwar nicht gemeldet, aber ich habe glaube ich trotzdem was dazu zu sagen. Ich bin da zwar völlig mit einverstanden, dass Akzeptanz nicht gleichgesetzt wird mit Therapietreue und Compliance, aber ich denke, man muss auch sehen, dass die einzelnen ausgewählten Zielthemen unterschiedliche Anforderungen an die Akzeptanz bei den Bürgerinnen und Bürgern setzen müssen. Wir hatten heute morgen das Beispiel von Frau Adolf zur Therapie bei Finalkranken in Bremen. Das ist eine Therapie, die verfügbar ist prinzipiell, die leistbar ist und auf Kompetenz basiert, aber wir haben das Problem, dass nur 15 % der Patienten, die dafür in Frage kommen, diese Therapie bekommen. Für so etwas hätten wir natürlich unmittelbar Akzeptanz, da stellt sich das Problem gar nicht. Und für einige der Ziele, die wir haben, wird sich das Problem auch nicht stellen. Was mich beschäftigt, sind solche Fragen, die ich jetzt gar nicht beantworten kann, im Bereich der Gesundheitsförderung, wenn wir unser Ziel z.B. im Bereich der Kinder-, Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben, „Bewegung, Stressbewältigung und Ernährung“, wie kommen wir dann eigentlich an die ran, und zwar nicht nur in einem paternalistischen Sinne, indem wir sagen: das ist aber gut für euch, sondern dass es sozusagen zu einem Gestaltungsinstrument wird und sie selbst dazu beitragen.

**Bernd Seguin:**

Vielleicht mal mit Klaus Gritz Kontakt aufnehmen, das ist der Präsident der Kinderärzte. Herr Ahrens, erklären Sie uns ihr Kopfschütteln, dann komme ich zu Ihnen.

**Dr. Hans-Jürgen Ahrens:**

Ja, das habe ich tatsächlich getan, das war also nicht altersbedingt. Aber nicht wegen der ersten Anmerkung, die Sie gemacht haben, sondern wegen Ihrer Einschätzung, die Betroffenen hätten zu wenig Informationen. Also, wie mir erzählt wird, sind gerade schwer an Krebs erkrankte Menschen diejenigen, die am häufigsten das Internet nutzen, die eine Vielzahl von Informationen haben. Nur, können sie sie vielleicht nicht so auswerten, so dass ich nicht unbedingt die Informationsmöglichkeiten als nicht gegeben sehe. Da ist eine Flut, vielleicht viel zu viel – sondern dass es jemanden gibt, der ihr oder ihm dabei hilft, was sie damit machen. Es gibt ein Buch, das ist von einer Frau hier aus Berlin: „Wie mir das Internet das Leben rettete.“ Ich weiß das deshalb, weil ein Kollege von mir aus dem Rheinland sich gestern mit ihr getroffen hat und die wollen etwas machen, ein Internet-Café oder eine Interneteinrichtung insbesondere für brustkrebserkrankte Frauen. Wo dann

angeboten wird, von uns, die Möglichkeit, sich dann dort zu informieren. Und was dann dazukommt, ist natürlich dass dann da eine Bewertung dieser Information, eine Beratung erfolgen muss, und das muss durch den Arzt geschehen. Und wenn man das gemeinsam macht, meine ich, dann ist das ein auch wirklich sehr guter Weg. Das Bedürfnis nach Information ist da, es ist auch eine Vielzahl von Informationen da, nur sie werden so sehr unterschiedlich abgerufen, und wenn man das dann koordinieren und richtig zusammenarbeiten kann, glaube ich, dann kommen wir auf diesem Weg ein ganzes Stück weiter.

**Jörg Robbers:**

Herr Ahrens hat mir einen Teil meiner Überlegungen schon fast vorweggenommen. Vorhin hat ein Kollege aus NRW gesprochen zum Thema: wer koordiniert eigentlich die Koordinatoren? Oder die Frage der Akzeptanz. Und ich muss sagen, wenn ich jetzt nochmals auf den Ursprung dieser Gruppe, die sich jetzt das Thema Gesundheitsziele zur Bearbeitung vorgelegt hat, die das bewältigen will, wenn ich das mal vergleiche mit Dingen und Aktivitäten in der Vergangenheit: Nun bin ich sehr jung in dem Geschäft, ich mache es erst 20 Jahre. Ich habe noch nie erlebt, dass wir wie in den letzten zwei Jahren so systematisch das Thema Abarbeitung von Gesundheitszielen, Transparenz, Patientenorientierung, Versorgungsqualität, dass wir jemals in der Vergangenheit politisch, gemeinsam oder wie auch immer so etwas gemacht haben, um zu einem echten, vorzeigbaren Konzept zu kommen. Und ich denke, was Herr Ahrens gesagt hat, die vielen Aktivitäten, die wir auf örtlicher Ebene haben, auf Landesebene, Initiativen und ähnliches, ist alles gut und davon kann man lernen. Das Entscheidende ist, und darin sehe ich unsere Aufgabe, dass wir das sichtbar bündeln, konzeptionell darstellen, um das auch für betroffene Patienten oder ähnliche Beteiligte, die dort darunter fallen sozusagen, zu visualisieren. Da gibt es Konzepte, wie der Bereich Gesundheitsziele für mich, wie ich mich informieren kann, abgearbeitet werden kann. Das ist für mich das neue, diese Systematik, sozusagen der Ansatz einer Top-Down Methode. Die Zusammenstellung, Bündelung, Transparenz, Internet, Zugänglichmachung wird später vermutlich auch in Buchform, wird letztlich auch den Patienten später ansprechen, der wird sich informieren können, der wird sagen: das gibt es. Und darin liegt letztendlich auch der große Verdienst dieses gemeinsamen Versuchs.

**Bernd Seguin:**

Herr Hess, Blick in die Zukunft: was ist die Perspektive, was muss, was wird geschehen?

**Dr. Rainer Hess:**

Ja nun, wir werden erst mal unser Programm abarbeiten, d.h. wir werden im Juli dann hoffentlich für die Themenfelder, die wir uns ausgesucht haben – das sind ja noch nicht die konkreten Ziele, sondern Bereiche, für die wir Ziele konkret definieren wollen – ein Paket mit präzisierten Zielen, mit konkreten Handlungsabläufen vorlegen, wobei ich davon ausgehe, dass das Stichwort „Zielvereinbarung“ sich da auch wiederfindet. Das heißt, man muss an sich auf die Vertragsebene in Deutschland runtergehen. Man muss prüfen, wer ist eigentlich zuständig für eine bestimmte Leistung, die wir jetzt als Handlungskonzept als notwendige Leistung definieren, und man muss dann die Partner wenigstens definieren, die diese Leistung zu vereinbaren haben. Das sind ja ganz verschiedene, das können Krankenhausträger sein, das kann eine kassenärztliche Vereinigung sein, das kann eine

Rentenversicherung sein, das kann auch eine Selbsthilfegruppe sein, wo man dann sehr konkret, bis auf die Vertragsebene, das Handlungskonzept mit Maßnahmen ausfüllt. Wenn wir das schaffen, fände ich das sehr gut, weil man dann die Verantwortlichen auch direkt ansprechen kann: Ihr seid Teil dieses Konzeptes Diabetes, ihr seid Teil des Konzeptes Patientenrechte, und ihr seid Teil des Konzeptes Reduzierung Tabakkonsum und deshalb können wir jetzt auch sozusagen diesen Vertrag abschließen. Der Vorteil ist eben, dass die Akteure weitgehend hier in der GVG integriert sind. Dass wir die Verantwortlichkeiten fast hier im Sinne der Selbstbindung festlegen können. Wir würden dann dieses Konzept an die Politik herantragen. Wir gehen davon aus, nachdem das eben nicht nur das Bundesgesundheitsministerium, sondern auch einstimmiges Votum der GMK ist, das ist ja parteiübergreifend. Da geht es ja nicht um Parteipolitik, man sollte das aus der Wahl deswegen auch möglichst raushalten. Also alle sind hier angesprochen, wenn das im Juli vorgelegt wird, wird das so umgesetzt werden und da gehen wir davon aus, dass die Politik Geld dafür gibt. Das würde bedeuten, dass wir dann in einer weiteren Phase natürlich zunächst mal unter Einsatz von Zeit und natürlich auch von Aktivität begrenzt auf diese Ziele mal versuchen, das auch exemplarisch in der Bundesrepublik zu praktizieren und zu evaluieren. Das wird eine gewisse Zeit kosten, ich nehme mal an, dass das Jahr 2002/ Anfang 2003 damit auch ausgefüllt sein wird. Man kann parallel, wenn man die Kapazitäten hat, durchaus weitere Ziele aufgreifen. Man muss die ja dann nicht einhalten, sondern kann durchaus die Ziele, die wir jetzt zurückgestellt haben, dann hintereinander abarbeiten und dann versuchen, zu einer weitergehenden Erweiterung dieses Programms zu kommen und es wird sich dann im Laufe des Jahres 2003 erstmals – schätze ich – herausstellen: Ist das in Deutschland in dieser Form zu machen? Sind die Beteiligten soweit, sich damit einzubringen? Was kostet das? Führt das zu Einsparungen? Führt das vielleicht zu Mittelumverteilungen? Sind da vielleicht Änderungen notwendig? Da laufen wir natürlich in die nächste Gesundheitsreform damit rein, das sehe ich bereits, aber warum auch nicht? Ich glaube, dass man dann sogar vielleicht dass man dann eine bessere, medizinische Orientierungshilfe, auch für eine Gesundheitsreform finden kann, wenn wir schon einige Beispiele solcher Zielformulierungen und Zielumsetzungen der Politik auch anbieten könnten und sagen können: wenn ihr das so macht, sind wir auf einer besseren Seite als mit den jetzigen reinen Budgets.

**Bernd Seguin:**

Herr Grigutsch, Herr Hölling, Herr Sokoll, Herr Ahrens, Herr Fuchs und Herr Wismar: ich danke Ihnen, dass Sie auf die Einführungsstatements verzichtet haben. In der Schlussrunde machen wir es genauso: wir verzichten auch drauf. Und Ihnen, dass Sie diskutiert haben, Herr Rische, ich gebe das Mikrophon ab.

**Dr. Herbert Rische:**

Ja, meine sehr verehrten Damen und Herrn, ich hoffe ich spreche in Ihrer aller Namen, ich denke, wir sollten erst mal Herrn Seguin danken, wie er diese Diskussion geführt und geleitet hat. Auch ich darf mich nochmals bei den Podiumsdiskussionsteilnehmern bedanken, bedanken bei den Teilnehmern aus dem Publikum an der Diskussion. Ich darf mich bei Ihnen allen bedanken, dass Sie gekommen sind zu der Veranstaltung, dass Sie und durch Ihr Kommen gezeigt haben, Sie sind interessiert an dem Thema, und Sie machen uns Mut für die Weiterbearbeitung dieses Themas. Wenn ich das Thema richtig gesehen

habe, in der Podiumsdiskussion hieß es, „Gesundheitsziele für alle, eine Chance für Bürgerinnen und Bürger“. Ich denke, das ist zum einen natürlich eine Herausforderung, eine Aufgabenstellung für diejenigen, die hier nun weiterarbeiten müssen, wie wir heute gelernt haben mit mehr Mühen noch als in der Vergangenheit schon. Ich würde aber doch die Bitte äußern, und gerne doch die Bitte äußern, dass Sie es sich auch für sich als Ziel nehmen, dass Sie auch für sich hier ein Ziel sehen, und dass Sie sich an dieser Diskussion beteiligen. Wir haben in der Einladung unsere Internetadresse bekannt gegeben. Ich denke, gerade dieses Medium ist ein geeignetes Medium, sich an dieser Diskussion zu beteiligen, auch wenn man nicht in den Gremien der einzelnen Arbeitsgruppen und Arbeitsausschüssen ist, insofern hoffen wir auf viele weitere Ermunterungen, Unterstützungen, Anregungen und natürlich auch Kritik. In diesem Sinne vielen Dank für Ihr Kommen, und bis zu einer nächsten Veranstaltung! Dankeschön!