

Gesundheitsziele haben die Erhaltung oder Verbesserung von Gesundheit zum Ziel

Liebe Leserinnen und Leser,

zwar ist obige Erklärung von Gesundheitszielen im Grunde trivial, sie hat aber mindestens 2 Vorzüge: Zum einen kann man bei dieser Definition Gesundheitszielen nur positiv gegenüber stehen. Zum anderen wird unweigerlich Neugierde geweckt: Wer kümmert sich wie um die Erhaltung oder Verbesserung von wessen Gesundheit?

Da der Jahreswechsel noch nicht so weit zurück liegt, wird jeder von Ihnen seine individuellen Gesundheitsziele für das Jahr 2003 noch im Gedächtnis haben: Dazu gehören meist Vorsätze wie mehr Sport zu treiben, gesünder zu essen, weniger Alkohol zu trinken, sich das Rauchen abzugewöhnen. Es gehören auch Wünsche dazu, deren Erfüllung nicht (allein) in unserer Macht liegt: Wer krank ist, möchte optimal behandelt und wieder gesund werden. Und wohl jeder wünscht sich Gesundheit auch für all seine Verwandten und Freunde.

Wenn Gesundheit ein so hohes Gut ist, wieso sind dann Gesundheitsziele keine Selbstläufer? Es ist nur ein Teil der Antwort, dass die guten Vorsätze über das Jahr meist in Vergessenheit geraten oder nur mit Unterstützung von außen umgesetzt werden. In den meisten Fällen sind individuelle Gesundheitsziele auch so komplex, dass sie sich nicht allein mit dem guten Willen umsetzen lassen: Es bedarf des Wissens um

Zusammenhänge, der Kompetenz im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, es braucht die Unterstützung im familiären und sozialen Umfeld. Es bedarf aber auch der Versorgungsangebote im Krankheitsfall, die evidenzbasiert und dennoch individuell auf den Patienten zugeschnitten (und finanzierbar) sind.

Es darf zudem nicht übersehen werden, dass viele Menschen zwar Gesundheit schätzen, ihren eigenen Anteil an deren Erhaltung aber nicht sehen. Wie

ließe es sich sonst erklären, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kürzlich feststellen musste, dass der Anteil rauchender Jugendlicher weiter zugenommen und sich das Einstiegsalter für das Rauchen weiter verringert hat? Was ist in diesem Fall mit den Gesundheitszielen? Werden sie von anderen umge-

setzt und etwa gegen die Einsicht der Betroffenen? Darf jemand anderes als Sie selbst ein Gesundheitsziel umsetzen, das Ihre eigene Gesunderhaltung zum Ziel hat? Wenn außer Ihnen auch noch Krankenkassen, Gesundheitsministerien, Rentenversicherer und Gesund-



© Springer-Verlag 2003

Dr. Bärbel-Maria Kurth,
Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung,
Seestraße 10, 13353 Berlin,
E-Mail: kurthb@rki.de

heitswissenschaftler Interesse an Gesundheitszielen und damit auch an Ihrer Gesundheit haben, sollten Sie dann eher misstrauisch oder glücklich sein? Was ist, wenn Ihr individuelles Gesundheitsziel nicht zu den prioritären nationalen Gesundheitszielen zählt? Sollen mit Gesundheitszielen letztendlich Ausgaben vermieden werden oder kann dafür zusätzlich Geld aufgebracht werden? Und wieso begrüßt das Robert Koch-Institut als für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zuständige Institution die Entwicklung von Gesundheitszielen?

Ich hoffe, Sie sind nun ausreichend motiviert, dieses Schwerpunktheft möglichst in der vorgegebenen Reihenfolge der Artikel zu studieren. Ich verspreche Ihnen nicht nur ein „Aha-Erlebnis“. Eine gute theoretische Basis und viel strukturelles Verständnis für die Notwendigkeit und das Procedere der Entwicklung von Gesundheitszielen schaffen der internationale Vergleich und der sehr systematische Einstieg in die Entwicklung von nationalen Gesundheitszielen zu Beginn des Heftes. Das Setzen objektiver Kriterien für die Auswahl prioritärer Gesundheitsziele, das Aufeinanderabstimmen verschiedener Maßnahmen zur Erreichung desselben Zieles, die immer wiederkehrende Beschreibung der Konsensusfindung bei Beteiligten aus sehr unterschiedlichen Interessengruppen und die Gedanken über die Evaluation machen die Arbeiten zu den 5 Themenbereichen der nationalen Gesund-

heitsziele für den etwas eingeweihten Leser zur spannenden Lektüre.

Es könnte allerdings auch der ketzerische Gedanke „Die Bewegung ist alles, das Ziel ist nichts“ oder auch „Der Weg ist das Ziel“ aufkommen. Aber in Deutschland sind Gesundheitsziele schon sehr viel weiter als die grundsätzliche Diskussionsebene entwickelt. Das zeigt der Beitrag aus Nordrhein-Westfalen, der sehr plastisch darstellt, wie in einem Bundesland bereits sehr konkrete Ergebnisse bei der Umsetzung von Gesundheitszielen erreicht wurden. Positive Beispiele zur Umsetzung kommunaler Gesundheitsziele gibt es noch weit aus mehr, wenn sie auch aus Platzgründen nicht in diesem Heft dargestellt werden können. Das bereits Erreichte stimmt optimistisch, was die Umsetzung der ersten 5 nationalen „Gesundheitszielbündel“ betrifft.

Wünschen wir uns also für das Jahr 2003, dass wir sowohl den individuellen als auch den regionalen, den kommunalen wie den nationalen Gesundheitszielen ein Stück näher kommen. Schließlich gilt für das Wesen von Zielen: „Ein Werk ist erst dann vollendet, wenn das Ziel erfüllt ist“ (Paulo Coelho, „Der Alchimist“).

Ihre



Bärbel-Maria Kurth

M. Wismar

Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover

Gesundheitsziele in internationaler Perspektive

Zusammenfassung

Gesundheitsziele sind in zahlreichen OECD-Staaten und Regionen als gesundheitspolitisches Instrument etabliert. Gesundheitszielprogramme unterscheiden sich jedoch erheblich hinsichtlich ihrer Intentionen, Ambitionen und thematischen Schwerpunktsetzungen. Vielfach geraten sie bei der Umsetzung in Schwierigkeiten, da sie weder auf einem breiten Konsens fußen, noch auf geeignete Anreize und Managementinstrumente zurückgreifen. Hinweise auf ihre Wirkungen bei der Beeinflussung der gesundheitspolitischen Debatte und der Ressourcenallokation lassen sich aufzeigen. Da bisher keine geeigneten Evaluationsinstrumente vorliegen, ist ihr Einfluss auf die Bevölkerungsgesundheit bisher wissenschaftlich nicht zu ermitteln.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele · Internationaler Vergleich · OECD-Staaten · Outcome · Evaluation

In zahlreichen OECD-Staaten sind Gesundheitsziele Bestandteil der Gesundheitspolitik. Zielprogramme gibt es mittlerweile für Australien, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Irland, Italien, Japan, Kanada, Neuseeland, die Niederlande, Polen, Portugal, Spanien und die USA [1, 2, 3]. Die Anzahl der Gesundheitszielprogramme auf regionaler Ebene ist kaum mehr zu überblicken. Auch auf kommunaler Ebene hat sich der Gesundheitszielgedanke verfestigt. Dies gilt auch für Deutschland. Seit Anfang der 90er-Jahre haben eine Reihe von Bundesländern Gesundheitszielprogramme erstellt (s. Beitrag von Wehrauch in dieser Ausgabe). Auf Bundesebene wurde im Jahr 2000 ein Prozess zu Zieldefinition und -umsetzung eingeleitet (s. Beitrag von Angele et al. in dieser Ausgabe). Gesundheitsziele sind mittlerweile Gegenstand der vergleichenden Gesundheitssystemforschung geworden [1, 2, 3, 4, 5].

Die Fragen, die diese Forschung stellt, lauten:

- Welcher Art sind die Gesundheitsziele (Anzahl der Ziele, thematische Schwerpunkte)?
- Warum werden Gesundheitsziele definiert?
- Wer definiert Gesundheitsziele?
- Welche Ambitionen werden mit den Gesundheitszielen verfolgt?
- Welche politischen Strategien, institutionellen Besonderheiten und Managementinstrumente kommen bei Planung und Implementation zum Einsatz?
- Welche Wirkungen zeigen Gesundheitsziele in den einzelnen Ländern und Regionen?

Historischer Hintergrund

Die Ursprünge der aktuellen Gesundheitszielprogramme reichen mehr als 25 Jahre zurück. Angeregt durch eine Umorientierung der kanadischen Gesundheitspolitik [6], setzte sich die WHO für die Entwicklung von Gesundheitszielen ein. 1977 wurde in Folge der Deklaration von Alma Ata ein Gesundheitszielprogramm ins Leben gerufen, das unter dem Namen „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ bekannt wurde. 1984 stimmten die Mitgliedsstaaten der europäischen Region den 38 Zielen der WHO zu, die 1991 überarbeitet wurden [7]. In den Folgejahren wurde dieses Konzept weiterentwickelt. Außerdem wurden Indikatoren definiert, die eine regelmäßige Berichterstattung der Länder an die WHO ermöglichen. Mittlerweile ist das Programm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ grundlegend erneuert worden und trägt den Titel Gesundheit 21 [8].

Welcher Art sind Gesundheitsziele

Obgleich es eine Reihe von gesundheitsbezogenen Themen gibt, die sich in den meisten Gesundheitszielprogrammen wiederfinden [9], zeigt sich, dass Gesundheitszielprogramme außerordentlich vielgestaltig sind (für einen detaillierten Überblick aus unterschiedlichen

© Springer-Verlag 2003

Dr. Matthias Wismar
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung,
Medizinische Hochschule Hannover,
OE 5410, 30625 Hannover
E-Mail: wismar.matthias@mh-hannover.de

M. Wismar

Health targets in international perspective

Abstract

A large number of OECD countries and regions have established health targets as a health policy instrument. Health target programs differ to a large degree in regard to intentions, ambitions, and focus. If not based on a broad consensus, they run into difficulties in the process of implementation, especially if adequate incentives and management instruments are not in place. Health target programs do have an effect on political debate and resource allocation. Due to the lack of adequate instruments for evaluation, the impact on the health of the population cannot be analyzed scientifically.

Keywords

Health targets · International comparison · OECD countries · Outcome · Evaluation

Leitthema: Gesundheitsziele

Blickwinkeln [3, 10]). So gibt es Gesundheitszielprogramme, die primär auf den Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung setzen, wie das US-amerikanische [11] oder das des australischen Bundesstaates Victoria [12]. In dieser Gruppe wiederum finden sich Gesundheitszielprogramme, die den Schwerpunkt auf die Verhaltensprävention [13] legen. Andere definieren Ziele, die in den sozialen Bereich hineinreichen [14]. Wieder andere Gesundheitszielprogramme überspannen verschiedene Sektoren und Systeme der jeweiligen Gesellschaft. Auch die Ergebnisorientierung (outcome) ist unterschiedlich gewichtet. Vielfach werden nämlich Versorgungsziele definiert, die eher an den Strukturen und Prozessen des Gesundheitssystems ansetzen. Und schließlich unterscheiden sich die Gesundheitszielprogramme erheblich vom umfassenden Anspruch her. Einige Zielprogramme definieren mehr als 100 Ziele [3, 10].

Warum werden Gesundheitsziele definiert?

Eine Auswertung von 16 nationalen und regionalen Gesundheitszielprogrammen belegt die Vielschichtigkeit der Gründe für die Definition von Gesundheitszielen. So lassen sich neben der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit eine ganze Reihe weiterer Beweggründe belegen [16]:

- eine höhere politische Effizienz im Sinne einer besseren Steuerbarkeit des Gesundheitswesens,
- Verbesserung der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen durch Prioritätensetzung,
- eine höhere medizinisch-ökonomische Effizienz im Gesundheitswesen,
- mehr Transparenz und Bürgerpartizipation,
- die Stärkung des regionalen Wirtschaftsstandortes.

Die politischen Intentionen von Gesundheitszielen ragen somit deutlich über den Gesundheitssektor im engeren Sinne hinaus.

Wer definiert Gesundheitsziele?

Bei der Definition von Gesundheitszielen spielen staatliche Institutionen eine zentrale Rolle. Eine Dokumentenanalyse

von 12 Gesundheitszielprogrammen belegt [15], dass die Initiative für ein Gesundheitszielprogramm in aller Regel aus der Regierung, bzw. dem für Gesundheit zuständigen Ministerium hervorgegangen ist. Nur in Ausnahmen kam die Initiative aus der Bevölkerung oder von nichtstaatlichen Akteuren der Gesundheitspolitik. Das Gleiche gilt für die grundlegende Entscheidung, ein Gesundheitszielprogramm zu entwickeln. Diese Entscheidung oblag im Wesentlichen dem zuständigen Ministerium. Eine breite Einbindung von Experten, Sachverständigenräten, akademischen Einrichtungen, Einrichtungen der Verbände und der Gesundheitsberufe einschließlich der Industrie konnte durch die Untersuchung lediglich für die Ausarbeitung der Inhalte belegt werden. Ratifiziert wurden diese Gesundheitszielprogramme in aller Regel durch das zuständige Ministerium oder die jeweilige Regierung. Insgesamt zeigt sich, dass bei der Initialisierung des Gesundheitszielprozesses die Öffentlichkeit und das Parlament weitgehend unterrepräsentiert sind.

Dass Regierungen und Ministerien die Verantwortung für die gesundheitspolitische Strategie einer Region bzw. eines Landes übernehmen, ist zu begrüßen. Wenn jedoch im Prozess der politischen Willensbildung für die zentralen Akteure eines Gesundheitswesens bestenfalls eine Rolle auf der Fachebene vorgesehen ist, steht zu befürchten, dass die Umsetzung an der fehlenden Einbindung und Unterstützung eben dieser Akteure scheitert. So entsteht häufig die Situation, dass die Institutionen und Akteure, die für die Umsetzung verantwortlich sind, unzureichend eingebunden werden und die Festlegung von Gesundheitszielen eher als eine von außen vorgenommene Setzung wahrgenommen wird.

Der Einsatz von Anreizsystemen, Verträgen und Managementinstrumenten, um diese Kluft zu überbrücken, ist eher rhetorischer Art und meist vage, wie die Dokumentenanalyse ergeben hat [15]. Eine qualitative Analyse des ersten englischen Gesundheitszielprogramms [13] hat diese Problematik sehr anschaulich dargelegt. So kam im Rahmen der Evaluation des englischen Zielprogramms „Health of the Nation“ zu Tage, dass die Initiative von Seiten der regionalen und lokalen Gesundheitsverwaltung begrüßt

wurde. Allerdings führte das Programm zu keinerlei Konsequenzen. Als Grund dafür wurde vor allem die fehlende Einbindung der (interessierten) Akteure vor Ort und das Ausbleiben der finanziellen Unterstützung der Zielerreichung bemängelt [16]. Aus diesem Grund ist eine politische Strategie, die von vornherein auf die Entwicklung eines breiten Konsens setzt, unter Einbeziehung vieler relevanter Gruppen und auch der Patienten und der Bürger aussichtsreicher.

Welche Ambitionen werden mit Gesundheitszielen verfolgt?

Neben den Unterschieden in Ausrichtung und Fokussierung zeigt sich im internationalen Vergleich, dass Gesundheitsziele von sehr unterschiedlichen Ambitionen getragen werden [17]:

- ▶ Gesundheitsziele werden definiert, um eine breite fachliche und öffentliche Debatte zur Entwicklung einer gesundheitspolitischen Strategie in einem Land bzw. in einer Region in Gang zu setzen. An eine unmittelbare Umsetzung ist nicht gedacht.
- ▶ Gesundheitsziele sollen einen Beitrag zur Neuorientierung der gesundheitlichen Versorgung leisten und so z. B. die Prävention aufwerten. Die Gesundheitsziele dienen somit der Modifizierung, der Mittelallokation und der Refokussierung des Gesundheitswesens, nicht aber dem Versorgungsmanagement selbst.
- ▶ Gesundheitsziele sollen einen Beitrag zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit leisten und dabei auch die Versorgungsstrukturen und -prozesse verändern.

Welche Wirkungen zeigen Gesundheitsziele?

Will man die Wirkung von Gesundheitszielen bewerten, so müssen die unterschiedlichen Ambitionen, mit denen sie verfolgt werden, als Maßstab herangezogen werden. Denn es würde der Sache nicht gerecht, wenn ein Gesundheitszielprogramm, das darauf ausgerichtet ist, die politische Debatte zu stimulieren, aufgrund von gesundheitlichen Outcomes bewertet würde, die es weder hervorbringen kann noch will. Hier stellen sich aus wissenschaftlicher Sicht jedoch 2 Probleme. Zunächst war für viele der

regionalen und nationalen Gesundheitszielprogramme keine Evaluation vorgesehen. Andere Programme befinden sich in der Implementierung. Ihre Wirksamkeit ist gegenwärtig nicht abschließend zu bewerten. Hinzu kommt, dass eine Evaluation der gesundheitlichen Effekte methodisch außerordentlich schwierig ist. Einflüsse auf die gesundheitlichen Ergebnisse, die unabhängig von den ergriffenen Maßnahmen auf die gesundheitlichen Outcomes einer Bevölkerung wirken, lassen sich kaum eliminieren. Nichtsdestotrotz gibt es Hinweise, die die Wirkungen von Gesundheitszielen belegen.

Gesundheitsziele haben die Debatte um Priorisierung und Ausrichtung vom Gesundheitswesen beeinflusst.

Dass Gesundheitsziele die Debatte um Priorisierung und Ausrichtung von Gesundheitswesen beeinflusst haben, kann kaum mehr bestritten werden. Weit über den akademischen Bereich hinausreichend hat sich der Zielgedanke verfestigt. Zudem haben, wie oben ausgeführt, zahlreiche Länder und Regionen Gesundheitsziele definiert, was zumindest in einem Teil dieser Länder und Regionen einen Einfluss auf die gesundheitspolitische Debatte hat. Interessanterweise mehren sich in letzter Zeit die Hinweise, dass auch in den Ländern, die keine eigenen Gesundheitszielprogramme entwickelten, der Gesundheitszielgedanke bzw. ausgewählte Gesundheitsziele zumindest in Teilbereichen die Gesundheitspolitik beeinflusst haben [1, 2].

Gesundheitsziele haben auch in der Ressourcenallokation Bedeutung.

Gesundheitsziele haben auch für die Ressourcenallokation Bedeutung. So ist beispielsweise in den USA der Preventive Health and Health Service Block Grant (PHHS), der von den Centers for Disease Control und vom Department of Health and Human Services verwaltet wird, unter anderem an das Healthy People 2010 Programm gebunden. Für die Haushaltsjahre 2001 belief sich die Fördersumme auf \$175 Mio. und für 2002 und 2003 auf jeweils \$135 Mio. [18]. Frei-

lich sind vielfach die einzelnen Budgetlinien nicht exklusiv für das Gesundheitszielprogramm reserviert, sondern auch für andere sozialpolitische Maßnahmen, die Gesundheitsaspekte umsetzen.

Auch Australien hat die Ressourcenallokation zur Zielerreichung im Rahmen des Gesundheitszielprogramms Better Health Outcomes for Australiens zum Thema gemacht [19]. Bereits 1993/1994 wurde der Versuch unternommen, die Mittelvergabe des Commonwealth an das australische Gesundheitswesen an die Zielerreichung zu knüpfen. Als Finanzierungsinstrument sollten die Medicare Agreements genutzt werden, die für die Mittelzuweisung an die Krankenhäuser und den öffentlichen Gesundheitsdienst zum Einsatz kommen [5, 20].

Gesundheitsziele mit der Ressourcenallokation zusammenzuführen, wird auch in Katalonien angestrebt. Den 17 autonomen Regionen, die weitgehende Aufgaben und Gestaltungsrechte für die gesundheitliche Versorgung ihrer Bevölkerungen genießen, wurde der Auftrag erteilt, Gesundheitspläne und Ziele zu formulieren. Ähnlich wie bei einigen anderen nationalen Gesundheitssystemen existiert auch in Katalonien die Trennung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Die beiden Seiten vereinbaren nun Versorgungsverträge zu Qualität und Umfang von Leistungen. Ziel ist es, diese Verträge mehr und mehr auf die definierten Gesundheitsziele auszurichten [21]. Inzwischen wurden präventive Dienste in die Verträge mit aufgenommen, ohne jedoch eine hinreichende Evaluation zu gewährleisten [22]. Allerdings gibt es auch kritische Stimmen, die von einem prinzipiell fehlgeleiteten Planungsprozess sprechen, der es nicht erlauben wird, Ziele und Ressourcen praktikabel zusammenzubringen [23].

Auch in Deutschland gibt es Versuche, die Ressourcenallokation mit Gesundheitszielen zu verknüpfen. In der Weiterentwicklung des Gesundheitszielprogramms Nordrhein-Westfalens [24] werden z. B. für die Umsetzung der Landesgesundheitsziele zu Tabak, Alkohol und psychoaktiven Substanzen Mittel ausgewiesen [25]. Allerdings scheint es sich hier eher um eine Fokussierung bereits vorhandener Mittel zu handeln. Nichtsdestotrotz kann dies zu einer Akzentuierung der Gesundheitspolitik in einem Land beitragen.

In England und Wales wurden im Rahmen des nationalen Gesundheitszielprogramms Mittel für die Etablierung von „health action zones“ ausgebaut, die auf lokaler Ebene im Rahmen der breiten Spezifikation des Gesundheitszielprogramms eine Anschubfinanzierung zur Zielerreichung erhalten.

In Japan wurde kürzlich ein Gesetz verabschiedet, das die Finanzierung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des japanischen Gesundheitszielprogramms „Healthy Japan 21“ [26] vorsieht. Maßnahmen, die auf eine effektive Tabakkontrollpolitik abzielen, wurden jedoch noch während der öffentlichen Anhörung auf Druck von Einzelhandel und Industrie gekippt.

Inwieweit Gesundheitszielprogramme tatsächlich positive Auswirkungen auf die Bevölkerungsgesundheit haben, lässt sich aufgrund der vorliegenden Literatur kaum erkennen. Gesundheitszielprogramme sind häufig eingebunden in die nationale oder regionale Gesundheitsberichterstattung. Auch international werden die Indikatoren durch die WHO beobachtet und die Ergebnisse publiziert [27]. Die Zuschreibbarkeit der Auswirkungen der Maßnahmen auf die Indikatorenentwicklung ist jedoch nicht gegeben. Ziele konkret, realistisch und evaluierbar zu formulieren, ist gegenwärtig eine wesentliche Herausforderung für alle Gesundheitszielprogramme [28, 29, 30].

Literatur

- van de Water HPA, van Hertem LM (1998) Health policies on target? Review of health target and priority setting in 18 European Countries. TNO, Leiden
- Ritsatakis A, Barnes R, Dekker E et al. (2000) Exploiting Health Policy development in Europe. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
- Busse R, Wismar M (2002) Health target programmes and health care services-any link? A conceptual and comparative study (part 1). *Health Policy* 59:209–221
- Marinker M (2002) Health Targets in Europe. Polity, progress and promise. BMJ Books, London
- Nutbeam D, Wise M (1996) Planning for health for all: international experience in setting health goals and targets. *Health Promotion International* 11:219–225
- Kickbusch I (2002) Perspective on health governance in the 21st century. In: Marinker M (ed) *Health targets in Europe: polity, progress and promise*. BMJ Books, London, 206–229
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (1993) Ziele zur „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Fassung September 1991. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (1998) Gesundheit 21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen
- Brasseit U, Wismar M (2002) Inhaltliche Ausrichtung und konkrete Themen – Zielkorb zur exemplarischen Auswahl für gesundheitsziele.de. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V. (Hrsg) *gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele für Deutschland*. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Akademische Verlagsgesellschaft AKA GmbH, Köln, 71–100
- Welteke R, Menke R, Brand H (2000) Das NRW-Gesundheitszielkonzept im europäischen und internationalen Vergleich. In: Geene R, Luber E (Hrsg) *Gesundheitsziele: Planung in der Gesundheitspolitik*. Mabuse, Frankfurt am Main, 91–106
- U.S. Department of Health and Human Services (1991) *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. Washington D.C.
- VicHealth (1995) *Healthy Victorians 2000. Conceptual and Strategic Plan to the Year 2000*
- Department of Health (1992) *The Health of the Nation: a strategy for health in England*. The Stationery Office, London
- Secretary of State for Health (1999) *Saving lives: our healthier nation*. Stationery Office, London
- Wismar M, Busse R (2002) Outcome-related health targets-political strategies for better health outcomes – a conceptual and comparative study (part 2). *Health Policy* 59:223–241
- Universities of Leeds and Glamorgan, London School of Hygiene and Tropical Medicine (1998) *The Health of the Nation – a policy assessed*. Two reports commissioned for the Department of Health. The Stationery Office, London
- van Hertem LM, Gunning-Schepers LJ (2000) Targets as a tool in health policy Part I: lessons learned. *Health Policy* 53:1–11
- General Services Administration, Office of Governmentwide Policy, Office of Acquisition Policy, Governmentwide Information Systems Division, Federal Domestic Assistance Catalog Staff. CFDA – The Catalog of Federal Domestic Assistance Internetdatenbank 2001
- Commonwealth Department of Human Services and Health (1994) *Better health outcomes for Australians. National goals, targets and strategies for better health outcomes into the next century*. Australian Government Publishing Service, Canberra
- Nutbeam D, Wise M, Bauman A et al. (1993) *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*. Australian Government Publishing Service, Canberra
- Cabasés JM, Gaminde I, Gabilondo L (2000) Contracting arrangements in the health strategy context. A regional approach for Spain. *Eur Jf Public Health* 10:45–49
- Tresserras R, Castell C, Sanchez E, Salleras L (2000) Health targets and priorities in Catalonia, Spain. *Eur J Public Health* 10:51–56
- Repullo JR, Otero A (1999) Planes de salud: sueño, espejismo o némesis. *Gaceta Sanitaria* 13:474–477
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (1995) *Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW*. LÖGD (Landesinstitut für den ÖGD des Landes NRW), Bielefeld.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (1999) *NRW-Landesprogramm gegen Sucht – Eine Gemeinschaftsinitiative*. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- Ministry of Health and Welfare (2000) *Healthy Japan 21*. Ministry of Health and Welfare, Tokyo
- World Health Organization Regional Office for Europe (1998) *Health in Europe 1997. Report on the third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996–1997)*. World Health Organization
- Busse R (1999) Evaluation and outcomes of health targets. *eurohealth* 5:12–13
- Arbeitsgruppe II (2002) Fortschritte bewerten – Evaluation von Gesundheitszielen. In: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V. (Hrsg) *gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele für Deutschland*. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Akademische Verlagsgesellschaft AKA, Köln, S 197–217
- Fukuda Y, Nakamura K, Takano T (2002) A combination of an extrapolation method and a benchmark method to develop quantitative health targets for Japan. *Health Policy* 61:201–212

Die Entwicklung von Gesundheitszielen in Deutschland

Zusammenfassung

Gesundheitsziele werden heute in Deutschland und international auf verschiedenen Ebenen entwickelt und umgesetzt. gesundheitsziele.de hat diese Erfahrungen nutzbar gemacht und entwickelt erstmals Gesundheitsziele auf Bundesebene. Gesundheitsziele für Deutschland können nur von den Akteuren gemeinsam erarbeitet und im Rahmen der festgelegten Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in Selbstverantwortung umgesetzt werden. gesundheitsziele.de arbeitet auf dieser Grundlage und hat von Anfang gesundheitspolitische Akteure aller Ebenen zusammengebracht. gesundheitsziele.de entwickelt im Konsens bis zum Jahr 2003 zunächst exemplarisch 5 plus 3 konkrete Gesundheitsziele mit Umsetzungsstrategien. Diese Gesundheitsziele wurden in einem wissenschaftlich-partizipativen Verfahren festgelegt und decken das gesamte Spektrum von Gesundheitsförderung und Prävention, Versorgung und Rehabilitation, von Bürger- und Patientenorientierung und von Bezug auf bestimmte Bevölkerungsgruppen ab. Die Konkretisierung der Gesundheitsziele umfasst Maßnahmen zur Zielerreichung. Zu jedem Ziel und Teilziel werden Evaluationsstrategien erarbeitet.

Schlüsselwörter

Gesundheitspolitik · Gesundheitsziel ·
Priorisierung · Evaluation

Gesundheitsziele in Deutschland – Geschichte und Grundlagen

Seit Mitte der 1970er-Jahre fokussiert die Diskussion über Gesundheitssysteme einerseits auf ökonomische Fragen und andererseits auf Determinanten von Gesundheit, die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „Abwesenheit von Behinderung und Krankheit“ definierte [1]. In diesem Zusammenhang ist auch die Entwicklung von Gesundheitszielprogrammen zu sehen, die 1984 durch die WHO mit dem Programm „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ [2] initiiert wurde. Mitte der 1980er-Jahre begann auch in Deutschland die aktive Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitsziele“. Mit der Identifizierung besonders dringlicher Gesundheitsprobleme in der Bundesrepublik [3] sollte die Grundlage für eine Zieldefinition gelegt werden. Seit Anfang der 1990er-Jahre haben einige Bundesländer Gesundheitsziele entwickelt und verabschiedet [4, 5, 6, 7, 8, 9]. Die einzelnen Bundesländer haben dabei unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Auswahl von Gesundheitszielen und ihrer Weiterentwicklung und Umsetzung gewählt. Nordrhein-Westfalen beispielsweise hat sich bei der Zielauswahl stärker am Zielprogramm der WHO orientiert, während in Berlin, Hamburg oder Sachsen-Anhalt die Analyse von Gesundheitsdaten zentraler Ausgangspunkt war. Während z. B. in Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt ein partizipativer

Ansatz mit Gesundheitskonferenzen gewählt wurde, war das Vorgehen in Berlin zunächst eher wissenschaftlich-theoretisch geprägt.

Auch die Umsetzung der Gesundheitsziele wird in den einzelnen Ländern unterschiedlich organisiert und ist verschieden weit fortgeschritten. So wurden in Nordrhein-Westfalen [10] und Sachsen-Anhalt [1, 12] für einige Ziele schon sehr konkrete Maßnahmenkataloge zur Zielerreichung vereinbart. In anderen Ländern wie Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen hingegen wurde der Prozess der Zielbestimmung im Jahr 2002 bzw. 2001 neu begonnen. Hinzu kommt, dass einige Bundesländer wie Bayern, Brandenburg oder das Saarland zwar keine expliziten Gesundheitszielprogramme entwickelt, wohl aber prioritäre Handlungsfelder oder Aktionsprogramme festgelegt haben, die durchaus Ähnlichkeiten mit Zielprogrammen aufweisen.

Das Themenspektrum der Gesundheitsziele und -programme der Bundesländer ist ebenso vielfältig wie die Vorgehensweisen. Es reicht von präventiven Themen wie Kinderunfällen, Sucht/Drogen, Ernährung, Impfen oder betrieblicher Gesundheit zu mehr versorgungs-

© Springer-Verlag 2003

Dr. Sybille Angele
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG), Hansaring 43,
50670 Köln, E-Mail: s.angele@gvg-koeln.de

S. Angele

Development of health targets in Germany

Abstract

In Germany and abroad health targets are being developed and implemented on different levels. Based on the experiences collected, health-targets.de has developed health targets for the first time on the federal level. Concrete health targets for Germany can only be developed and implemented jointly by institutions that are responsible within the framework of existing responsibilities. From the beginning, health-targets.de has worked on this basis and gathered health policy makers of all levels. Until 2003 health-targets.de will first develop in consensus five plus three concrete health targets with strategies for implementation. These health targets were selected by a combination of scientific analysis and participation. They cover the whole range of health promotion and prevention, care and rehabilitation, orientation for citizens and patients, and focus on certain groups of the population. The implementation of the health targets is based on concrete target-oriented activities. The development of each target and objective will be completed by an evaluation strategy.

Keywords

Health policy · Health targets · Prioritization · Evaluation

Leitthema: Gesundheitsziele

orientierten Themen wie Krebs oder Schlaganfall bis zu bürgerorientierten Themen wie Gesundheitsinformation und systemisch-strategischen Themen wie Forschung und Vernetzung.

Neben diesen bekannten Programmen der Länder haben auch Kommunen zum Teil in Verbindung mit den jeweiligen Landesprogrammen vielfältige Gesundheitszielprogramme oder vergleichbare Aktionsprogramme ins Leben gerufen. Ein systematischer Überblick liegt hier allerdings nicht vor. Dies gilt auch für die zahlreichen zielorientierten Aktivitäten, die von einzelnen Organisationen im Gesundheitswesen Kosten- und Leistungsträgern durchgeführt wurden und werden [13].

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), ein Zusammenschluss zahlreicher sozial- und gesundheitspolitischer Akteure, griff diese Diskussionen und Aktivitäten im Jahr 1997 in einem ihrer Gesundheitsausschüsse auf und vereinbarte 1998 konsentiertere Grundlagen zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen [14]. Erste Kriterien und Indikatoren für die Auswahl zu bearbeitender Probleme und Versorgungsziele sowie Strukturen und Abläufe für deren Auswahl und Evaluation wurden definiert und im Mai 2000 der Öffentlichkeit vorgestellt.

Der Zielgedanke wurde in Deutschland deutlich gestärkt durch die 72. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder, kurz Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Sie sprach sich im Juni 1999 dafür aus, dass „Gesundheitspolitik auf allen Ebenen zukünftig zielorientierter als bisher erfolgt“, wendet sich „an die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden, die Verabschiedung tragfähiger Gesundheitsziele voranzutreiben“ und erwartet Kompatibilität „zwischen den Ebenen des Föderalismus“ sowie allen Beteiligten des Gesundheitswesens, die ebenfalls ermutigt werden, „sich auch in ihren Organisationen transparente Ziele zu setzen“. Die Mitglieder der GMK beschlossen, in ihren Zuständigkeitsbereichen „entsprechende Moderationsprozesse“ einzuleiten, und baten „die Bundesministerin für Gesundheit, dies auf Bundesebene zu tun“ [15].

Auch der Bundestag befasste sich mit dem Thema. Der Antrag „Ziele für die Qualitätssteigerung in der Diabetesver-

sorgung“ vom 10. Oktober 2000 [16] wurde am 21. Juni 2001 beschlossen [17]. Die Bundesregierung wurde aufgefordert, „im Prozess der Entwicklung von Gesundheitszielen für die Bundesrepublik Deutschland ... die Verbesserung der Diabetesversorgung zu einem vorrangigen gesundheitspolitischen Gesundheitsziel zu erklären“. Es sollten „konkrete Versorgungsziele definiert werden, die bis zum Jahr 2005 umgesetzt werden sollen“.

Seit Mitte der 1980er-Jahre sind in Deutschland also zahlreiche Zielinitiativen und -programme zu verzeichnen, die zum Teil auch sehr konkrete Entwicklungen mit sich brachten. Der Zielgedanke hat auf allen Ebenen und in alle Bereiche des Gesundheitswesens in Deutschland Eingang gefunden. Auch über den Gesundheitsbereich im engeren Sinne hinaus sind Programme ins Leben gerufen worden, die mit dem Konzept der Gesundheitsziele vereinbar sind. Zwei Beispiele (neben den oben genannten Programmen einzelner Bundesländer) sind: das Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherheit und des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit oder einzelne Gesundheitsforschungsprogramme des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, z. B. das Kompetenznetz Depression oder Kompetenznetz Demenz. Die Gesundheitsberichterstattung – wichtiger Baustein bei der Auswahl, Formulierung und Evaluation von Gesundheitszielen – wurde ausgebaut.

Gesundheitsziele für Deutschland – gesundheitsziele.de

Im Jahr 2000 beschloss das Bundesministerium für Gesundheit, die Erarbeitung von Gesundheitszielen auf nationaler Ebene voranzubringen und aus seinem Forschungstitel finanziell zu fördern. Der Prozess wurde bei der GVG angesiedelt, die zum einen eine Konsensplattform zahlreicher Akteure im Gesundheitswesen bot und die sich zum anderen schon seit einigen Jahren mit dem Thema befasst hatte. Das Projekt gesundheitsziele.de wurde im Dezember 2000 ins Leben gerufen mit dem Ziel, bis Ende 2002 im Konsens zahlreicher gesundheitspolitischer Akteure zunächst exemplarisch einige konkrete Gesundheitsziele mit Umsetzungs- und Evalua-

Übersicht 1

Arbeitsgruppen

- AG 1 „Status-Quo-Analyse“:
Vorsitz Dr. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover,
- AG 2 „Evaluation und Datenanalyse“:
Vorsitz Dr. Ingbert Weber, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung,
- AG 3 „Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit“: Vorsitz Petra Baumann-Frankenberg, Ptconsult/Dr. Andreas Priefer, Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft,
- AG 4 „Diabetes“: Vorsitz Dr. Gerhard Brenner, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung,
- AG 5 „Brustkrebs“: Vorsitz Dr. Bernd Metzinger, IKK-Bundesverband/Dr. Elke Herz, Verband der Angestelltenkrankenkassen,
- AG 6 „Tabakkonsum reduzieren“:
Vorsitz Dr. Elisabeth Pott, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,
- AG 7 „Gesundheit hat Zukunft: integriertes Programm für Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren. Bewegung Ernährung Stress“:
Vorsitz Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.,
- AG 8 „gesundheitliche Kompetenz von Bürgerinnen und Bürgern/Patientinnen und Patienten stärken“: Vorsitz Günther Hölling, Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnen- und Patientenstellen.

tionsstrategien zu entwickeln und der Politik vorzuschlagen. Exemplarisch bedeutet, dass nicht der Anspruch besteht, umfassend prioritäre Probleme zu identifizieren und im Rahmen eines Zielprogramms anzugehen, sondern dass die Zielentwicklung und -umsetzung zunächst anhand einiger weniger und konkreter Gesundheitsziele erfolgt.

Der bei der GVG bestehende Ausschuss unter Vorsitz von Dr. Rainer Hess, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), wurde dazu um weitere gesundheitspolitische Akteure erweitert, unter anderem um Vertreter verschiedener Patienten- und Leistungserbringerorganisationen, von Bundes- und Länderministerien, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Deutschen Städtetages sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Robert Koch-Instituts (die Zusammensetzung aller Gremien ist einzusehen unter [www.gesundheitsziele.de/wer wir sind](http://www.gesundheitsziele.de/wer-wir-sind)). Innerhalb der Gesundheitsministerkonferenz wurde zudem ein Koordinationsmechanismus zu gesundheitsziele.de vereinbart.

Zur Unterstützung des Ausschusses als breit angelegtem Diskussions- und Entscheidungsgremium wurde der Steuerungskreis unter Vorsitz des Vorsitzenden der GVG, Dr. Herbert Rische, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), gegründet – ein Gremium, in dem ebenfalls ein breites Spektrum von Akteuren vertreten ist. Ferner wurde bei der Geschäftsstelle der GVG ein Koordinationsbüro eingerichtet und ein Vertrag mit der Medizinischen Hochschule Hannover abgeschlossen, um die wissenschaftliche Begleitung sicherzustellen.

Anfang 2001 wurden zunächst 3 ebenfalls pluralistisch zusammengesetzte Arbeitsgruppen ins Leben gerufen mit dem Ziel, deutsche und internationale Erfahrungen zu sichten, systematische Grundlagen zu erarbeiten und den Prozess in die Öffentlichkeit zu tragen (Übersicht 1). Die Grundlagen [18] betrafen

- Anforderungen an den Charakter der Gesundheitsziele,
- Auswahlkriterien und -verfahren,
- die Beteiligung der Akteure – insbesondere die Frage der Einbindung von Bürgern, Versicherten und Patienten, der Ressorts und des Vorgehens im Mehrebenensystem,
- die Struktur der Gesundheitsziele, Ziele und Teilziele sowie Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung,
- die Frage der notwendigen Ressourcen und
- die Evaluation der Gesundheitsziele.

Ferner wurde vereinbart, dass Gesundheitsziele mit unterschiedlichem Fokus d. h. aus unterschiedlichen „Zielbereichen“ bearbeitet werden sollten [19]: Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug, Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsziele für bestimmte Bevölkerungs- und Altersgruppen sowie Gesundheitsziele mit expliziter Bürger- und Patientenorientierung.

Auswahl exemplarischer Gesundheitsziele

Die Auswahl der konkreten Themen zur Bearbeitung als Gesundheitsziele folgte diesen Grundlagen, d. h. einem strukturierten Prozess wissenschaftlicher Analyse und partizipativer Abstimmungsverfahren unter Berücksichtigung der vereinbarten Anforderungen und Kriterien [20] (Schweregrad, Verbreitung, Ver-

besserungspotenzial, volkswirtschaftliche Relevanz, ethische Aspekte, Chancengleichheit, Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung, Messbarkeit, Machbarkeit, Beteiligungsmöglichkeit der betroffenen Bevölkerungsgruppe an der Problemlösung). Die Ziele und Teilziele 10 deutscher und internationaler Gesundheitszielprogramme wurden zunächst analysiert und in einem „Zielkorb“ [21] entsprechend der 4 Zielbereiche zusammengestellt. Ein Abgleich mit den wichtigen Gesundheitsproblemen aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 1998, dem Leitlinien-Clearingverfahren 1999 und der WHO-Studie „Global Burden of Disease“ wurde durchgeführt.

Um die Diskussion zu strukturieren und die Auswahl der sich daraus ergebenden möglichen Zielthemen voranzubringen, bewerteten die Mitglieder des Ausschusses zunächst aus ihrer Erfahrung diese Zielthemen anhand der Kriterien zur Einschätzung der Relevanz von gesundheitlichen Problemen bzw. Risiken im Rahmen von gesundheitsziele.de [22]. Zusätzlich zu den im „Zielkorb“ enthaltenen Zielthemen war immer unter Berücksichtigung der Kriterien auch die Benennung weiterer möglicher Zielthemen zulässig.

Die Auswertung ergab einen 2. – in der Bandbreite engeren – strukturierten Katalog möglicher Ziele und Teilziele zu jedem der 4 Zielbereiche. Zu diesem Katalog organisierte gesundheitsziele.de eine Abfrage bei zahlreichen Institutionen auch über gesundheitsziele.de hinaus. Bei dieser Abfrage interessierte vor allem die Einschätzung der Institutionen zur „Machbarkeit“ hinsichtlich

- Instrumente: d. h. dem Vorhandensein von Instrumenten oder Verfahren, die eine positive Veränderung bewirken können, sowie
- der Eigenbeteiligung der Akteure: d. h. einer möglichen Beteiligung (personell, finanziell) der Institutionen an der konkreten Entwicklung bzw. Umsetzung des jeweiligen Gesundheitsziels.

Aus dieser Abfrage ergab sich ein 3. – in der Bandbreite nochmals eingegrenzter – Katalog möglicher Themen, der nun nochmals einer detaillierten Analyse anhand aller vereinbarter Kriterien unterworfen wurde.

Als Ergebnis verabschiedete der Ausschuss im September 2000 8 Zielthemen in folgenden Bereichen:

Krankheitsbezug:

- ▀ Diabetes mellitus,
- ▀ Brustkrebs,
- ▀ Depression,
- ▀ Herzinfarkt,
- ▀ chronischer Rückenschmerz.

Gesundheitsförderung und Prävention:

- ▀ Tabakkonsum reduzieren.

Bevölkerungs- und Altersgruppen:

- ▀ Fit for Future/Gesundheit hat Zukunft – integriertes Präventionsprogramm für die Altersgruppe der unter 20-Jährigen:
 - Ernährung, Bewegung, Stress,
 - Impfen.

Bürger- und Patientenorientierung:

- ▀ gesundheitliche Kompetenz von Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten stärken:
 - Transparenz verbessern,
 - Rechte stärken,
 - Kompetenz gewinnen.

Aufgrund begrenzter zeitlicher und personeller Kapazitäten von gesundheitsziele.de wurde zugleich beschlossen, zunächst zu nur 5 Themen exemplarisch Gesundheitsziele mit Umsetzungsstrategien zu entwickeln und die Bearbeitung der anderen Themen zeitlich versetzt, d. h. in den folgenden 1–2 Jahren, anzugehen. An die Entwicklung aller Gesundheitsziele wurden ferner Querschnittsanforderungen gestellt:

- ▀ Bürger- und Patientenorientierung,
- ▀ gesundheitliche Chancengleichheit,
- ▀ Gender Mainstreaming,
- ▀ Evidenzbasierung von Maßnahmen,
- ▀ Verzahnung und Integration der Leistungs- und Versorgungsbereiche,
- ▀ Stärkung der Selbsthilfe,
- ▀ Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug schließen neben dem gesamten Spektrum von Versorgung und Rehabilitation auch präventive Aspekte ein.

Die Ergebnisse der ersten Projektphase, d. h. die Grundlagen und die vorgeschlagenen Zielthemen, wurden am 31. Oktober 2001 im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung in Berlin sowie auf der

Website www.gesundheitsziele.de vorgestellt und diskutiert.

Erarbeitung exemplarischer Gesundheitsziele

Im Winter 2001/2002 wurden 5 Arbeitsgruppen mit der Erarbeitung der Gesundheitsziele zu den Themen Diabetes mellitus, Brustkrebs, Tabakkonsum reduzieren, Gesundheit hat Zukunft–integriertes Programm für die Altersgruppe der unter 20-Jährigen (Ernährung, Bewegung, Stress), gesundheitliche Kompetenz von Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten stärken (Transparenz verbessern, Rechte stärken, Kompetenz gewinnen) beauftragt (s. dazu auch weitere Beiträge in diesem Heft). In diesen Gruppen arbeiten Fachleute unterschiedlichster institutioneller Fachrichtungen und Herkunft zusammen, um Vorschläge für den Ausschuss vorzubereiten. Ihre Arbeit wird vom Selbstverständnis von gesundheitsziele.de geleitet:

- ▀ Die Entwicklung und Umsetzung der Gesundheitsziele erfolgt in Selbstverantwortung und Selbstverpflichtung der Akteure.
- ▀ Dabei werden die Gesundheitsziele zunächst auf der Grundlage gegebener Ressourcen entwickelt. [Gesundheitsziele.de](http://gesundheitsziele.de) sieht erhebliches Potenzial in zielorientiertem, koordiniertem Vorgehen der Akteure.
- ▀ Wo immer möglich, sollen dann zwischen Zahlern und Durchführenden Vereinbarungen zur Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen bzw. Gesundheitsziele geschlossen werden.
- ▀ Die Art der Zielvereinbarungen ist jeweils abhängig von den Zielthemen und Maßnahmen. In einigen Fällen können keine Vereinbarungen getroffen werden z. B. bei gesetzgeberischen Maßnahmen. Hier wird gesundheitsziele.de Vorschläge an den Gesetzgeber machen.
- ▀ Die Politik wird aufgefordert, die definierten Ziele und Maßnahmen zu unterstützen.

Im Juli 2002 hat der Ausschuss auf dieser Grundlage einvernehmlich zu allen Zielthemen Ziele und Teilziele beschlossen und veröffentlicht. Zur Erreichung dieser Ziele und Teilziele werden nun Maßnahmen erarbeitet und vereinbart, unter anderem unter Prüfung auf Evidenz

(Tragen die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Zielerreichung bei?) und Machbarkeit (Können die Maßnahmen umgesetzt werden? Sind die Akteure eingebunden?). Erst dann ist eine endgültige Zielformulierung mit Quantifizierung und Festlegung eines Zeitrahmens möglich. Noch zu leisten ist ferner die Erarbeitung von Evaluationsstrategien.

Weiteres Vorgehen

Der Ausschuss wird die Ergebnisse verabschieden und der Politik vorlegen. Im Jahr 2003 könnten die Gesundheitsziele vom Kabinett beschlossen werden. Dann soll der Bundestag damit befasst werden. Es besteht Einigkeit, dass gesundheitsziele.de im Jahr 2003 und darüber hinaus fortgesetzt werden soll, um die Umsetzung und Evaluation der vereinbarten 5 Gesundheitsziele zu begleiten und die 3 weiteren vereinbarten Gesundheitsziele zu entwickeln.

Gesundheitsziele für Deutschland – erste Erfahrungen

Die bisherigen Erfahrungen von gesundheitsziele.de zeigen, dass es möglich ist, konkrete Gesundheitsziele für Deutschland zu entwickeln. Auch bezüglich der Umsetzung scheint Optimismus angebracht. Die Erfahrung legt zugleich nahe, dass für den Erfolg bestimmte Bedingungen erfüllt sein müssen:

- ▀ Der Prozess der Entwicklung von Gesundheitszielen – auch von zunächst exemplarischen Gesundheitszielen – muss breit angelegt sein. Die gesundheitspolitischen Akteure müssen von Beginn beteiligt sein.
- ▀ Die Erfahrungen mit einer Kombination aus einem breiten – außerhalb fester und vorgegebener Strukturen – angesiedelten Konsensforum und der formellen und finanziellen Unterstützung durch das BMGS sind viel versprechend.
- ▀ Es empfiehlt sich, zunächst die theoretischen Grundlagen zu erarbeiten und zu vereinbaren, bevor mit der konkreten Auswahl und Bearbeitung von Gesundheitszielen begonnen wird. Beispielsweise hat es sich als sehr günstig erwiesen, zunächst 4 Zielkategorien zu vereinbaren, bevor der eigentliche Prozess der Zielauswahl begonnen wurde.

- ▶ Nur wenige Themen sollten parallel bearbeitet werden.
- ▶ Enge Koordination mit angrenzenden Aktivitäten ist notwendig.
- ▶ Die Einrichtung eines festen Koordinationsbüros ist unabdingbar.
- ▶ Zeitdruck – hier zunächst 2 Jahre – kann den Fortschritt fördern.

Gesundheitsziele.de ist der Anfang eines Prozesses der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen auf Bundesebene. Es wäre wünschenswert, diesen Prozess zu verstetigen und auf andere Themen auszuweiten. Dies würde dann auch bedeuten, dass weitere Bereiche, wie z. B. andere Ressorts auf Bundes- und Länderebene, einbezogen werden müssten. Dies wird sicherlich eher gelingen, wenn die nun entwickelten Strukturen fest etabliert sind und erste Erfolge aufweisen.

Literatur

1. Okma KGH (2002) What is the best public-private model for Canadian health care? Institute for Research on Public Policy IRPP, Montreal, pp 25–29
2. WHO (1985) Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen
3. Weber I, Abel M, Altenhofen L et al. (1990) Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen – Fakten – Perspektiven. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
4. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg (1992) Stadt-diagnose. Gesundheitsbericht Hamburg. Eigenverlag, Hamburg
5. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales Freie und Hansestadt Hamburg (1995) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg – Zwischenbilanz 1994. BAGS, Hamburg
6. Ministerium für Arbeit Soziales und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (1995) Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. LÖGD (Landesinstitut für den ÖGD des Landes NRW), Bielefeld
7. Bergmann KE, Baier WK, Meinschmidt G (1996) Gesundheitsziele für Berlin: wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge. Walter de Gruyter, Berlin New York
8. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein (1997) Zur Gesundheitslage der Kinder in Schleswig-Holstein: Daten, Einschätzungen, Fragen. Eigenverlag
9. Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (1998). Gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt und Ableitung von Gesundheitszielen für das Land. Dokumentation der 1. Landesgesundheitskonferenz vom 26. März 1998. Eigenverlag, Magdeburg
10. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000) Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Ziel 2: Krebs bekämpfen. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD), Bielefeld
11. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (1999) Landesprogramm gegen Sucht. Eine Gemeinschaftsinitiative. W&S Druck, Düsseldorf
12. Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales (2001) Die 6 Gesundheitsziele. Gesundheit für Alle. Zwischenbericht zur 2. Landesgesundheitskonferenz. Berichte Daten Interpretationen. Bauer & Malsch, Immelborn
13. GVG-Ausschuss Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen (1998) Gesundheitsziele als Mittel einer rationalen Steuerung im Gesundheitswesen. Gesellschaft für Versicherungswissenschaften und -gestaltung e.V., Köln, www.gesundheitsziele.de
14. GVG-Ausschuss Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen (2000) Auswahl von Gesundheits- und Versorgungszielen in Deutschland. Gesellschaft für Versicherungswissenschaften und -gestaltung e.V., Köln, www.gesundheitsziele.de
15. 72. Gesundheitsministerkonferenz (1999) TOP 8.4 Ziele für die Gesundheitspolitik Antrag Nordrhein-Westfalen. www.gesundheitsziele.de
16. Deutscher Bundestag 14. Wahlperiode (2000) Antrag Ziele für die Qualitätssteigerung in der Diabetes-Versorgung vom 11 Oktober 2000. Drucksache 14/4263
17. Deutscher Bundestag 14. Wahlperiode (2001). Plenarprotokoll 14/176 21.6.2001 S. 17357 C Annahme Drucksache 14/4263
18. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG (2002) gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Schriftenreihe der GVG; Bd. 37, AKA, Berlin
19. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG (2002) gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Schriftenreihe der GVG; Bd. 37, AKA, Berlin, S 72
20. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG (2002) gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Schriftenreihe der GVG; Bd. 37, AKA, Berlin, S 17–38
21. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG (2002) gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Schriftenreihe der GVG; Bd. 37, AKA, Berlin, S 71–100
22. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG (2002) gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Schriftenreihe der GVG; Bd. 37, AKA, Berlin, S 17

B. Weihrauch

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen,
Düsseldorf

Gesundheitsziele – Das Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen

Zusammenfassung

Im Jahr 1995 verabschiedete die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen (LGK NRW) 10 vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Die Akteure des Gesundheitswesens haben sich dabei verpflichtet, diese Ziele gemeinsam umzusetzen. Der Zielentwicklungsprozess ist Teil eines in NRW in den vergangenen Jahren systematisch aufgebauten Gesamtsystems von Gesundheitskonferenzen, Gesundheitszielen und Gesundheitsberichterstattung. Nordrhein-Westfalen ist damit als eines der ersten Bundesländer in einen umfassenden, beteiligungsorientierten Zielentwicklungsprozess eingestiegen. Die NRW-Ziele orientieren sich an den 38 Zielen der WHO (1985). Inhaltlich richten sie sich

- a) auf ausgewählte Krankheitsbilder – Reduzierung der Herz-Kreislaufkrankungen, Krebsbekämpfung, Maßnahmen gegen Sucht und Drogen,
- b) auf verschiedene Versorgungssektoren – Gesundheitsförderung, primäre Gesundheitsversorgung, Krankenhausversorgung, bürgernahe Dienste sowie
- c) auf wichtige Methoden und Instrumente, Forschung und Entwicklung, Gesundheitsinformation.

Das Zieleprogramm wird durch Umsetzungskonzepte konkretisiert, in denen Teilziele, Strategien und Maßnahmen festgelegt und den jeweiligen Akteuren zugeordnet werden. Umsetzungskonzepte liegen insbesondere vor zu den Zielen 2 (Krebs bekämpfen) und 4 (Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen). Weitere Konzepte sind in Vorbereitung. Zahlreiche Einzelmaßnahmen aus dem

Gesamtzielektatalog sind zwischenzeitlich umgesetzt worden. Eine erste 10-jährige Laufzeit wurde für das Intervall 1995–2005 festgelegt. Eine Infrastruktur zur Entwicklung und Umsetzung zielgerichteter Gesundheitsprogrammatiken ist in NRW auch auf kommunaler Ebene entstanden. Hier entwickeln und realisieren die flächendeckend in NRW etablierten kommunalen Gesundheitskonferenzen ihre prioritär vor Ort entwickelten Handlungsempfehlungen für die lokale Gesundheitspolitik. Der Zielentwicklungsprozess beinhaltet große Chancen, in einem pluralistischen Gesundheitssystem durch gemeinsame Prioritätensetzung zu mehr Rationalität und Transparenz des Handelns sowie zu mehr Effizienz eingesetzter Ressourcen zu kommen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele · Gesundheitskonferenzen · Kooperatives Handeln · Transparenz · Effizienz

Anders als in anderen europäischen und außereuropäischen Ländern, die sich seit der Verabschiedung der globalen Gesundheitsziele der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1977 bereits frühzeitig intensiv mit dem Zielentwicklungsprozess auseinandergesetzt und ihre Gesundheitspolitik an Zielen ausgerichtet haben, hat es in Deutschland über lange Zeit wenig politisches und wissenschaftliches Interesse an dem Thema gegeben. Erst in der jüngeren

Zeit steht das Thema auch in Deutschland auf der politischen Agenda.

Dass dies so ist, dürfte vor allem mit 2 Strukturmerkmalen in Deutschland zusammenhängen: In einem pluralen, selbst verwalteten Gesundheitswesen, das häufig genug von Partialinteressen geprägt ist, erfordern solche Zielformulierungen komplexe Diskussions- und Entwicklungsprozesse. Die geteilten Zuständigkeiten in einem föderalen System erschweren einen solchen Prozess zusätzlich. Inzwischen sind aber beachtliche Entwicklungen auf den Weg gebracht worden, und zwar ausgehend von der Länderebene auf allen 3 politischen Ebenen, der Bundes-, der Landes- und der kommunalen Ebene.

Nordrhein-Westfalen (NRW) hat zu diesen Entwicklungen in Deutschland entscheidende Anstöße gegeben. Das Land hat vor über 10 Jahren damit begonnen, durch strukturelle Entwicklungen und die Intensivierung seiner Public-Health-Politik die entscheidenden Weichenstellungen für abgestimmtes und kooperatives Handeln der Akteure im Gesundheitswesen und damit auch für die Formulierung und Umsetzung von Gesundheitszielen vorzunehmen. Mit den im Jahr 1995 von der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen verabschiedeten „Zehn vorrangigen Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfa-

© Springer-Verlag 2003

Dr. Birgit Weihrauch
Ministerium für Gesundheit, Soziales,
Frauen und Familie des
Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf,
E-Mail: birgit.weihrauch@mffg.nrw.de

Birgit Weihrauch

Health targets shown by the example of the state of North Rhine-Westphalia

Abstract

In 1995, the State Health Conference of North Rhine-Westphalia (LGK NRW) adopted ten priority health targets for NRW. In this context, actors of the health care system committed themselves to implementing the targets on a joint basis. The process of developing targets is part of an overall system of health conferences, health targets, and health reporting, which has systematically been set up in NRW. North Rhine-Westphalia is thus one of the first federal states to embark on a comprehensive, participation-oriented target development process. NRW's targets are modelled on the 38 WHO targets (1985). Their contents cover

- a) selected disease patterns, reduction of cardiovascular diseases, controlling cancer, measures against addiction and drugs,
- b) various health care sectors, health promotion, primary care, health care in hospitals, community-based services, as well as
- c) important methods and instruments, research and development, health information.

The target program is rendered more concrete through implementation concepts in which subtargets, strategies, and measures are defined and assigned to the corresponding actors. Implementation concepts are available in particular for targets 2 (controlling cancer) and 4 (tobacco, alcohol, and psychoactive substances). Further concepts are in preparation. Numerous isolated measures from the overall target catalogue have meanwhile been implemented. A first 10-year period has been fixed for the 1995–2005 interval. An infrastructure for the development and implementation of target-oriented health programs has also been developed at the local level in NRW. Here the local health conferences, which have been set up throughout NRW, develop and realize their priority local recommendations for inclusion into the local health policy. Through the joint setting of priorities, the process of developing targets has great opportunities for achieving more rationality and transparency of actions as well as more efficient use of the resources employed in a pluralistic health care system.

Keywords

Health targets · Health conferences ·
Cooperative action · Transparency · Efficiency

len“ war das Land Nordrhein-Westfalen eines der ersten Bundesländer, das in einen umfassenden Zielentwicklungsprozess eingestiegen ist.

Gesundheitspolitischer Ansatz Nordrhein-Westfalen: Gesamt- system von Gesundheitskonfe- renzen, Gesundheitszielen und Gesundheitsberichterstattung

Der Zieleprozess ist Teil eines in Nordrhein-Westfalen in den vergangenen Jahren systematisch aufgebauten Gesamtsystems von Gesundheitskonferenzen, Gesundheitszielen und Gesundheitsberichterstattung, und zwar auf der Landesebene und der kommunalen Ebene.

Die Landesgesundheitskonferenz

Im Jahr 1991 wurde die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen auf Initiative des Gesundheitsministeriums gegründet. Ziel war die Etablierung eines systematischen Koordinations- und Managementprozesses, der alle relevanten Partner des Gesundheitssystems aktiv einbezieht. Ausgehend von zum Teil stark abweichenden Partialinteressen der einzelnen Beteiligten im pluralen, gegliederten Gesundheitswesen und zunehmendem Wettbewerb sowohl zwischen den Kostenträgern als auch den Leistungsanbietern, sollten Abstimmung und Zusammenarbeit aller Beteiligten auf eine neue Grundlage gestellt werden.

In der Landesgesundheitskonferenz sind alle wesentlich Verantwortung tragenden Partner des Gesundheitssystems NRW vertreten, insbesondere die Heilberufskammern, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, kommunalen Spitzenverbände, Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Krankenhausgesellschaft und die Selbsthilfe/Patientenvertretungen. Den Vorsitz führt die Ministerin bzw. der Minister, die Geschäftsführung hat das Ministerium.

Besondere Bedeutung hat der Vorbereitende Ausschuss als Arbeitsgremium, der im Abstand von 6–8 Wochen zusammentritt und nicht nur die Landesgesundheitskonferenz selbst vorbereitet, sondern darüber hinaus wesentliche grundsätzliche Fragen der Gesundheitspolitik berät.

Die Landesgesundheitskonferenz und der Vorbereitende Ausschuss haben seither zu einer neuen Kultur der Kommunikation und Koordination in Nordrhein-Westfalen geführt, stets mit dem Bemühen um Konsens und um kooperatives Handeln auch dort, wo die Ausgangssituation von kontroversen Positionen bestimmt war. Dies stellt den politisch gewollten Wettbewerb um die beste Qualität der Leistungen nicht in Frage. Es kann mit entsprechenden Abstimmungsverfahren auch nicht um ein Eingreifen in die Vertragsgestaltung des selbst verwalteten Gesundheitswesens gehen. Die Frage, wie vereinbarte Handlungsziele innerhalb der Selbstverwaltung umgesetzt werden, haben diese in eigener Verantwortung und Zuständigkeit zu entscheiden. Gemeinsame Positionsbestimmungen und Prioritätensetzungen bilden dann aber ggf. die Grundlage für solche Entscheidungen.

Zahlreiche gemeinsame Entschlüsse mit konkreten Empfehlungen für zielgerichtetes Handeln zu Gesundheitsthemen von grundsätzlicher, übergreifender Bedeutung sind seither verabschiedet worden. Sie werden von den Partnern des Gesundheitswesens in Selbstverpflichtung umgesetzt. Hierzu gehören auch die im Jahr 1995 verabschiedeten „Zehn vorrangigen Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen“. Als weitere Themen seien beispielhaft aufgeführt:

- ▶ Qualitätssicherung in einem verstärkt auf Wettbewerb ausgerichteten Gesundheitswesen (1996),
- ▶ Standortfaktor Gesundheitswesen als Beschäftigungsmotor sichern und entwickeln (1997),
- ▶ Stärkung der Stellung der Bürger und Patienten im Gesundheitswesen NRW (1998),
- ▶ Weiterentwicklung von Multimedia-Anwendungen im Gesundheitswesen (1999),
- ▶ Gesundheitspolitik in Europa (2000) und
- ▶ Soziale Lage und Gesundheit (2001).

Die kommunalen Gesundheitskonferenzen

Das Modellprojekt zur „ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ – zwischen 1995 und 1998 in 28 (von 54) Kommunen des Landes durchgeführt – sollte vergleichbare, spiegelbildliche Strukturen auf der kommunalen Ebene etablieren, um auch dort mit Hilfe so genannter „Runder Tische“ zu rationalerem, zielorientiertem Handeln zu kommen. Eine zentrale Rolle spielten hier von vornherein die Handlungsempfehlungen, die auf einer abgestimmten Bedarfsanalyse und gemeinsamer Planung für Weiterentwicklungen basieren.

In dem am 1. Januar 1998 in Kraft getretenen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (ÖGDG) sind sowohl die Landes- und die kommunale Gesundheitsberichterstattung als auch die Landesgesundheitskonferenz und die kommunalen Gesundheitskonferenzen gesetzlich festgeschrieben worden. Einzelheiten zur Aufgabenstellung, zum Mitglieder-spektrum und zum Verfahren der kommunalen Gesundheitskonferenzen sowie zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung regelt darüber hinaus die ergänzend erlassene Ausführungsverordnung (AV-ÖGDG) vom 20. August 1999. Seither sind kommunale Gesundheitskonferenzen flächendeckend in Nordrhein-Westfalen – auch in den zunächst nicht am Modellprojekt beteiligten 26 weiteren Kommunen des Landes – etabliert worden. Bedeutsam ist die enge Einbindung von Kreistag oder Stadtrat sowohl bei der Berufung der Mitglieder als auch im Verfahren im Hinblick auf die Handlungsempfehlungen und die Gesundheitsberichte.

Der Vorbereitende Ausschuss der Landesgesundheitskonferenz war von vornherein in den Entwicklungsprozess der kommunalen Gesundheitskonferenzen einbezogen. Ein Austausch in beiden Richtungen ist nicht nur wegen der Überschneidungen in den Zuständigkeitsbereichen erforderlich, sondern auch, weil die Kompatibilität bei der Etablierung entsprechender Verfahren gewährleistet sein muss.

Die Landesebene – das Gesundheitsministerium wie auch das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) – hat die Prozesse auf der kom-

munalen Ebene von Beginn an insbesondere durch die Durchführung regelmäßiger Workshops zum Erfahrungsaustausch, die Bereitstellung von Arbeits- und Planungshilfen sowie die Hilfestellung bei der kommunalen Gesundheitsberichterstattung unterstützt.

Mit einem solchen System von Gesundheitskonferenzen, Gesundheitszielen und Gesundheitsberichterstattung, wie es damit im Grundsatz auf beiden Ebenen – der Landes- und der kommunalen Ebene – etabliert ist, sind letztlich die Voraussetzungen für die Umsetzung des so genannten gesundheitspolitischen Regelkreises geschaffen, wie er von den Public-Health-Wissenschaften im Sinne eines ständigen Soll-Ist-Vergleiches gefordert wird. (Ermittlung und Analyse von Informationen und Daten aus dem Gesundheitswesen, Definition hieraus abgeleiteter Gesundheitsziele, Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Erreichung von Gesundheitszielen, Evaluation und Analyse der Ergebnisse).

Die Gesundheitsziele NRW – Funktion, Methoden und Verfahren

Funktion

Der Diskussionsprozess um die Entwicklung von Gesundheitszielen für Nordrhein-Westfalen, ihre Inhalte und ihren Charakter begann im Jahr 1993. Die Landesgesundheitskonferenz fasste bereits auf ihrer Sitzung im Jahr 1994 einen Beschluss, der die inhaltlichen Bereiche der Ziele festlegte und ihre gesundheitspolitische Bedeutung definierte. Die Ziele sollten „dazu beitragen,

- ▶ Gesundheitspolitik zu strukturieren und die Verzahnung mit anderen Politikfeldern zu gewährleisten,
- ▶ Prioritäten für die Entwicklung langfristiger Perspektiven in der Gesundheitspolitik zu fördern,
- ▶ eine verbesserte Effizienzkontrolle eingesetzter Ressourcen zu ermöglichen und
- ▶ ein gemeinsames Verständnis der verschiedenen Partner für die Zielrichtung von Gesundheitspolitik als Grundlage für die Zusammenarbeit zu schaffen“ (aus der Entschließung der 3. Landesgesundheitskonferenz vom 23.6.1994).

Auswahl der Themenfelder

Die im darauf folgenden Jahr 1995 auf der 4. Landesgesundheitskonferenz einvernehmlich verabschiedeten vorrangigen Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen lauten:

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

Die Zieleprozesse international, der Prozess auf Bundesebene und die Zieleprozesse in den Bundesländern zeigen eindrucksvoll die sehr heterogenen Möglichkeiten der Themenfindung. Ähnlich wie bei der hierzu geführten Grundsatzdiskussion bei der Zieleentwicklung auf Bundesebene im Jahr 2001 wurde auch beim Zieleprozess in Nordrhein-Westfalen ein pragmatisches Verfahren für die Zieleauswahl gewählt, das weder ausschließlich dem wissenschaftlichen noch ausschließlich dem politisch/partizipativen Ansatz folgt. Die Ziele orientieren sich thematisch an den im Jahr 1995 gültigen 38 Zielen der WHO, wobei sich ihre konkrete Auswahl einerseits aus der epidemiologischen und sozial-strukturellen Situation des Landes, andererseits aus der politischen Diskussion der Akteure ergab.

Die Themen bilden 3 Ebenen ab:

- ▶ Krankheitsbildorientierung (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen),
- ▶ Orientierung auf Versorgungssektoren (Gesundheitsförderung, primäre Gesundheitsversorgung, Krankenhausversorgung, bürgernahe Dienste),
- ▶ Orientierung auf Methoden und Instrumente (Forschung und Entwicklung, Gesundheitsinformation).

Die Ziele berücksichtigten darüber hinaus, entsprechend einer durch die Landesgesundheitskonferenz 1995 getroffenen Festlegung, 3 bedeutsame Querschnittsthemen bei der Konkretisierung: Chancengleichheit im Gesundheitsbereich, bessere Möglichkeiten für Behinderte und eine Fokussierung auf chronische Erkrankungen. Diese Querschnittsthemen sind zwischenzeitlich weiter aktualisiert und fortgeschrieben worden.

Die Ziele in NRW und vor allem auch die Konkretisierungen in Form von Strategien und Maßnahmen sind überwiegend struktur- oder prozessbezogen, weniger deutlich ergebnisorientiert angelegt. Es ist im Übrigen erkennbar, dass auch im internationalen Vergleich anstatt der früher vorherrschenden krankheitsbezogenen Outcome-Orientierung zunehmend eine Orientierung auf Prozesse und auf das Versorgungssystem erfolgt.

Tiefenschärfe der Gesundheitsziele

Ähnlich wie die WHO geht auch das NRW-Zielekonzept von einer hierarchischen Zielstruktur aus in Form von

- ▶ Zielen (Targets),
- ▶ Teilzielen (Subtargets),
- ▶ Strategien (Strategies),
- ▶ Maßnahmen.

Entscheidend in dem Zieleprozess in Nordrhein-Westfalen ist dabei die sehr konkrete Festlegung von Maßnahmen für die Umsetzung mit einer deutlichen Zuordnung zu den Akteuren und denen, die im Umsetzungsprozess Verantwortung tragen. So wurden z. B. bei der Konkretisierung des Landesprogramms gegen Sucht in Umsetzung des Ziels 4 über 120 individuelle Maßnahmen benannt und den verantwortlichen Akteuren zugeordnet.

Der im Jahr 1995 verabschiedete Text der Gesundheitsziele für NRW enthält in seiner Gliederung neben dem allgemein abgefassten Zieletext (auf Basis des jeweiligen WHO-Ziels) die Rubriken

- ▶ Konkretisierung (zur Benennung der einzuschlagenden Strategien),
- ▶ Hintergrund (zur Problemläuterung),
- ▶ Lösungsansatz (vorgesehene Entwicklungsschwerpunkte),

- ▶ ausgewählte Aktivitäten in NRW (Aufführung bereits angelaufener Vorarbeiten),
- ▶ vorläufige Indikatorenauswahl (zum Einstieg in die vorgesehene Quantifizierung und Ergebnisüberprüfung).

Quantifizierung

Die Frage der Quantifizierung von Gesundheitszielen und die dazu notwendigen Methoden und Verfahren wurden auch international intensiv und zum Teil kontrovers diskutiert. Für das nordrhein-westfälische Konzept wurden im Sinne gesundheitspolitischer Markierungen einige globale, quantifizierte Zielwerte eingeführt (Beispiel: Umsetzungskonzept zum NRW-Ziel 2 „Krebs bekämpfen“). Der Schwerpunkt liegt in NRW jedoch eher auf der Formulierung konkreter einzelner Maßnahmen und möglichst quantifizierter Erfolgskriterien bezüglich deren Umsetzung. Entsprechend bezieht sich ein Großteil der im 1995er Zielepapier formulierten Zielvorstellungen – vergleichbar dem bisherigen WHO-Konzept – auf eine Verbesserung von Struktur- und Prozessparametern.

Zeithorizont

Erster Zeithorizont für die Konzipierung und Implementierung von Einzelzielen ist das Jahr 2005, wobei zum Teil bei der Konkretisierung von Einzelmaßnahmen auch kurzfristigere Umsetzungszeiten vereinbart wurden.

Evaluation und Gesundheitsberichterstattung

Evaluation und Gesundheitsberichterstattung sind entscheidende Elemente des Zielentwicklungs- und Umsetzungsprozesses, mit dem es letztlich darum geht, Prozesse und Ergebnisse nachprüfbar und messbar zu machen. Zugleich ist dies der Bereich, der sich im Zusammenhang mit der Konkretisierung und Umsetzung der Ziele – und dies gilt nicht nur für Nordrhein-Westfalen, sondern für zahlreiche andere Zieleprozesse auch europaweit – noch am stärksten in der Entwicklung befindet. Wir haben nach intensiven Diskussionen und Beratung durch Experten ein Evaluationskonzept für den Zieleprozess in NRW entwickelt, das ein pragmatisches Vor-

gehen vorsieht und das die Gesundheitsberichterstattung mit dem Zielentwicklungsprozess verknüpfen soll. Hier stehen wir aber noch relativ am Anfang.

Verfahren der weiteren Konkretisierung und Umsetzung

Das Zielepapier aus dem Jahr 1995 war nicht als ein fertiges Werk angelegt. Beabsichtigt war von vornherein, darauf aufbauend einen Konkretisierungsprozess einzuleiten. Die Landesgesundheitskonferenz hat daher zur weiteren Konkretisierung und Umsetzung der Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalens entsprechende Arbeitsgruppen eingesetzt. Die Geschäftsführung liegt beim Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen, und Familie des Landes. Das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW hat die wichtige Funktion der wissenschaftlich fundierten Unterstützung bei der weiteren Operationalisierung. Detailliert festzulegen waren und sind in den beschriebenen komplexen Prozessen

- ▶ klare Umsetzungsschritte,
- ▶ klare Zuordnungen zu den Akteuren,
- ▶ klare Zeiträume für die Umsetzung sowie
- ▶ Quantifizierungen und
- ▶ die Entwicklung einer Evaluation.

Zu den Zielen 2 und 4 liegen die Umsetzungskonzepte „Krebs bekämpfen“ (2001) und „das Landesprogramm gegen Sucht“, Teil 1 (1998) und Teil 2 (2000), vor. Sie sind mit allen darin vorgesehenen Strategien und Maßnahmen im Detail mit den Akteuren des Gesundheitswesens abgestimmt. Weit gediehen ist das Umsetzungskonzept zu Ziel 8 (Bürgernahe Dienste) und als Gesamtkonzept verabschiedet auch Ziel 10 (Unterstützung durch Gesundheitsinformation). Aus dem übrigen Zielekatalog sind zwischenzeitlich zahlreiche Einzelmaßnahmen konkretisiert und umgesetzt worden. (Beispiel Ziel 1: (Unterstützung durch Gesundheitsinformation) Initiative zur Förderung des Nichtrauchens – LOQ –, Ziel 3: Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung etc.).

Wesentlich ist, dass die weitere Konkretisierung und Umsetzung als ein offener, flexibler Entwicklungsprozess angelegt ist, der neue Entwicklungen und

politische Entscheidungen jeweils einbezieht, und dass der Zieleprozess damit als ein fortlaufendes Entwicklungsinstrument genutzt wird. So werden die mit der Verabschiedung der 10 Ziele zunächst festgelegten Querschnittsthemen inzwischen aufgrund von in den Folgejahren erfolgten Entscheidungen und Entschlüssen der Landesgesundheitskonferenz ergänzt, z. B. um den Schwerpunkt der Bürger- und Patientenorientierung oder des Gender Mainstreaming. Die weitere Umsetzung des Ziels 2 „Krebs bekämpfen“ ist durch die zwischenzeitlich erfolgte Etablierung der „Konzertierten Aktion gegen Brustkrebs“ z. T. zunächst vorrangig auf diese Krebsdiagnose fokussiert worden und wird entsprechend beispielhaft umgesetzt.

Prioritäre Themen und Zielsetzungen in den Kommunen

Auch auf der kommunalen Ebene hatte im Rahmen des Modellprojektes der Ortsnahen Koordinierung – zunächst bei den „Runden Tischen“ und später bei den kommunalen Gesundheitskonferenzen – zielorientiertes Handeln auf der Grundlage einer fundierten Informations- und Datenbasis in Form der Handlungsempfehlungen von Anfang an vorrangige Bedeutung.

Bei der Themenfindung für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen spielen zum einen die individuellen Gegebenheiten und politischen Prioritätensetzungen in den Kommunen, zum anderen aber auch die Orientierung an den Entschlüssen und Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz und den Landesprogrammen, auf denen auf kommunaler Ebene aufgesetzt werden kann, eine wichtige Rolle. Mehr als 3 Viertel der Kommunen nutzt inzwischen die Ergebnisse der Landesgesundheitskonferenz als Anregung für die eigene Themenwahl. Die Palette der prioritären Themen auf kommunaler Ebene ist außerordentlich vielfältig. Sie betreffen (Reihenfolge nach Häufigkeit¹).

- ▶ Sucht und Drogen,
- ▶ Kinder- und Jugendgesundheit,
- ▶ Gesundheitsförderung,
- ▶ Gesundheitsinformation für die Bevölkerung,
- ▶ Geriatrie/Hospiz.

Explizite kommunale gesundheitspolitische Ziele sind bisher nur von wenigen Kommunen ausformuliert und verabschiedet worden. Eine Reihe von Kommunen befindet sich im Verfahren der Verabschiedung. Mit der Etablierung der kommunalen Gesundheitskonferenz ist auch die Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene beträchtlich ausgebaut worden. 31 von 54 Gesundheitsämtern/Unteren Gesundheitsbehörden haben von Anfang 1998 bis Mitte 2001 insgesamt 96 Gesundheitsberichte erstellt. (Die Zahlen haben sich inzwischen weiter erhöht.) Bei den 96 Gesundheitsberichten handelt es sich um 6 Basisberichte und 90 themenspezifische Berichte. Es überwiegen die Bereiche

- ▶ Kinder- und Jugendgesundheit,
- ▶ Sucht/Drogen,
- ▶ Psychiatrie allgemein und
- ▶ Zahngesundheit.

Schlussbetrachtung und Perspektiven

Wir haben auch in Nordrhein-Westfalen bislang ganz sicher kein perfektes System, das in der Lage wäre, den idealtypischen gesundheitspolitischen Regelkreis in seiner reinen Lehre nachzuvollziehen und umzusetzen. Vielmehr befinden wir uns in einem ständigen Lernprozess, in dem es z. B. darum geht, Methoden und Instrumente – Beispiel: Konzept der Evaluation von Gesundheitszielen – zu entwickeln und zu optimieren und aktuelle politische Entwicklungen und Entscheidungen aufzunehmen und zu integrieren.

Der Diskussions- und Umsetzungsprozess seit 1995 hat außerdem gezeigt, dass ganz unterschiedliche, in der Regel nicht zu erwartende „Störfaktoren“ die Entwicklung und Umsetzung immer wieder erschweren können. Ihre Bewältigung erfordert Flexibilität. Dies betraf z. B. den Einbruch von Ressourcen durch vorübergehend nicht besetzte Stellen bei den für die Moderation und Koordination Verantwortlichen, sodass der Prozess

zwischenzeitlich nicht mit gleicher Dynamik fortgesetzt werden konnte. Sie betrafen aber auch aktuelle politische Entscheidungen, z. B. in Form von Gesetzesänderungen, die zum Teil Umorientierung erforderten (Beispiel: Änderung des § 20 SGB V).

Gleichwohl sind Nutzen und Chancen eines gemeinschaftlichen, gesundheitspolitischen Zieleentwicklungs- und Umsetzungsprozesses als ergänzendes Politikinstrument für die Beteiligten unübersehbar. Sie sollen in Stichpunkten dargestellt werden:

- ▶ mehr Rationalität gesundheitspolitischer Handelns,
- ▶ Konsensfindung zwischen gesundheitspolitischen Partnern mit zum Teil widerstrebenden Interessen, gerichtet auf gemeinsames Verständnis und gemeinsame Prioritäten,
- ▶ Erhöhung der Transparenz des Handelns für alle Beteiligten, besonders auch für die Patienten,
- ▶ Verstärkung von Langfristigkeit des Handelns gegenüber dem häufig eher von Kurzzeitigkeit bestimmten Alltagsgeschäft,
- ▶ Erhöhung der Rechenschaftspflicht, d. h. stärkere Ergebnisorientierung und Entwicklung von Evaluation und Berichterstattung,
- ▶ Realisierung von evidenzbasiertem Qualitätsmanagement,
- ▶ Stärkung der Umsetzung notwendiger Maßnahmen im bestehenden System.

Allerdings gibt es auch klare Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, wenn ein solcher Zieleprozess erfolgreich sein soll:

- ▶ ein strukturiertes Beteiligungsverfahren. Der Prozess darf nicht von der Spontanität der Akteure und Belieblichkeit der Interessen geprägt sein,
- ▶ die Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen,
- ▶ eine realistische und zugleich pragmatische Herangehensweise bei der Zieldefinition unter Einbeziehung bereits bestehender Ansätze,
- ▶ klar benannte Zeiträume für die Umsetzung,
- ▶ klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten für die Umsetzung der Ziele,
- ▶ Klärung der mit der Umsetzung der Ziele verbundenen Ressourcenfragen,

¹ Die nachfolgenden Informationen sind einem Zwischenbericht zur „Evaluation des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes Nordrhein-Westfalen (KPMG/FOGS) April 2002 entnommen.

- die Überprüfbarkeit der Ergebnisse, wobei ein guter Mix zwischen kurzfristigen und längerfristigen Erhebungszeiträumen gewählt werden sollte.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hatte auf Initiative des Landes Nordrhein-Westfalen im Jahr 1999 einen Beschluss zu Gesundheitszielen in Deutschland gefasst, mit dem auch die Bundesregierung aufgefordert wurde, ein entsprechendes Verfahren einzuleiten. Inzwischen findet nicht nur auf Bundesebene – koordiniert durch die GVG, unterstützt vom Bundesgesundheitsministerium und unter breiter Beteiligung der Akteure des Gesundheitswesens – ein konsensorientierter Prozess der Formulierung und Umsetzung von Gesundheitszielen statt – gesundheitsziele.de; auch in einer ganzen Reihe von Ländern sind entsprechende Zielentwicklungsprozesse eingeleitet worden. Da sich auch die Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene zunehmend an Zielen orientiert, wird dies zukünftig noch deutlicher erfordern, dass sich die Aktivitäten auf den verschiedenen Ebenen noch stärker als bisher aufeinander beziehen und Synergieeffekte verstärken.

Literatur

- Sendler H (1999) Gesundheitsziele tragfähig verabreden. Erfahrungen aus der Praxis in NRW. Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgabe 2/99, 7–9
- Wehrauch B (2000) Target-setting in North Rhine-Westphalia, Germany. Health Targets: News & Views 3–6
- Wehrauch B (2000) Health targets as a means of a rational health policy in North Rhine-Westphalia. Eur J Public Health 10
- Wehrauch B (2002) North Rhine-Westphalia. In: Marshall Marinker (ed) Health targets in Europe-Policy, progress and promise. BMJ Books, London, pp 103–116
- Welteke R, Wehrauch B (1996) Zehn vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen – ein Situationsbericht. In: Bergmann KE, Baier W, Meinschmidt G (Hrsg) Gesundheitsziele für Berlin. Wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge. Walter de Gruyter, Berlin New York
- Welteke R, Brand H (1999) Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsziele. Gesundheitswesen 61:340–345
- Welteke R, Menke R, Brand H (2000) Das NRW-Gesundheitszielkonzept im europäischen und internationalen Vergleich. In: Geene R, Luber E (Hrsg) Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik. Mabuse, Frankfurt am Main, S 91–106
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (1995) Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Eigenverlag, Düsseldorf, Bielefeld
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000) Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Ziel 2: Krebs bekämpfen. Teilziele, Strategien, Maßnahmen. Eine Gemeinschaftsinitiative in Umsetzung des Ziels 2 der „Zehn vorrangigen Gesundheitsziele für NRW“ (Landesgesundheitskonferenz 1995). Eigenverlag, Düsseldorf, Bielefeld
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (1999) NRW-Landesprogramm gegen Sucht. Eine Gemeinschaftsinitiative in Umsetzung des Ziels 4 der „Zehn vorrangigen Gesundheitsziele für NRW“ (Landesgesundheitskonferenz 1995). Eigenverlag Düsseldorf
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2001) Evaluationskonzept – Grundsätze für eine Evaluation gesundheitspolitischer Programme in NRW. Eigenverlag, Düsseldorf
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2000) Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW Gesundheitspolitisches Konzept. Eigenverlag, Düsseldorf, Bielefeld
- Materialienband zum „Evaluationskonzept“. In Veröffentlichung
- International Workshop Target Setting in Brussels, 8 and 9 March 1996, European Public Health Centre, NRW (Hrsg). Report 68 p

Gesundheitsziel Kindergesundheit

Ein Beitrag zur Chancengleichheit für die heranwachsenden Generationen?

Zusammenfassung

Mit der Entscheidung, Kinder und Jugendliche bereits in der ersten, exemplarischen Definitionsphase von nationalen Gesundheitszielen einzubeziehen, hat gesundheitsziele.de neue Akzente in der bevölkerungs- und altersgruppenbezogenen Zieldefinition gesetzt. In einer interdisziplinär und trägerübergreifend zusammengesetzten Arbeitsgruppe wurde der Prozess der Zielformulierung vorangetrieben. Innerhalb der Arbeitsgruppe spielte die Zusammenarbeit von Gesundheits-, Jugend- und Bildungssektor eine wichtige Rolle. Ausgehend von einer gemeinsam entwickelten Vision, wurden insgesamt 10 Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter definiert. Die Zielvision ist outcome-orientiert, d. h. sie stellt die Verbesserung der Lebensqualität und den Gewinn zusätzlicher Lebensjahre in den Mittelpunkt. Für die 10 Ziele wurde das Setting als Kristallisationspunkt der Definition gewählt. Die Ziele beziehen sich deshalb auf die 3 Settings Elternhaus/Freizeit, Kindertagesstätten, Schule sowie das 10. Ziel auf die Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die genannten Bereiche. Jedes Ziel untergliedert sich in unterschiedlich viele Teilziele. Zunächst werden übergreifende Teilziele, dann kognitive Teilziele sowie Teilziele zur Motivation, zum Verhalten und zu Verhältnissen definiert. Bei den übergreifenden Teilzielen spielt die Definition von Maßnahmen für schwer erreichbare, sozial benachteiligte Zielgruppen eine wesentliche Rolle. Die Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter verstehen sich auch als ein Beitrag zur gesundheitlichen Chancen-

gleichheit. Zum Abschluss des Beitrages werden ein Überblick über die Gesundheitszieldefinition auf Länderebene für die betrachtete Altersgruppe sowie ein Ausblick auf die Umsetzung der Gesundheitsziele gegeben.

Schlüsselwörter

Altersgruppenbezogene Zieldefinition ·
Gesundheitliche Chancengleichheit ·
Outcomeorientierung · Setting ·
Zielpatenschaft

Auf internationaler und nationaler Ebene ist der Ansatz, Gesundheitsziele explizit für Kinder und Jugendliche zu definieren, neuartig. In den bisher formulierten Zielpapieren auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [1] oder nationaler Zielprogramme, beispielsweise in Großbritannien [2] und den Vereinigten Staaten [3], beziehen sich zwar Einzelziele auf die Gesundheit einzelner Bevölkerungsgruppen und damit auch unterschiedlicher Altersgruppen, aber eine altersgruppenspezifische Betrachtungsweise stellte weder Ausgangs- noch Schwerpunkt dieser Zielprogramme dar. In Deutschland wurde auf Länderebene bislang in einem einzigen Bundesland, nämlich Hamburg [4], die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen als Fokus für die Gesundheitszielformulierung hervorgehoben. In Niedersachsen wird zurzeit ein ähnlicher

Zieldefinitionsprozess vorangetrieben [5]. Die wenig altersbezogene Herangehensweise an den Zieldefinitionsprozess überrascht umso mehr, weil gerade Gesundheitsziele ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage einzelner Bevölkerungsgruppen sein können.

Die Definition von Gesundheitszielen für Kinder und Jugendliche innerhalb des deutschen Zieldefinitionsprozesses ist mittlerweile sehr weit fortgeschritten. Deshalb sollen nachfolgend die Herangehensweise, die bisher formulierten Gesundheitsziele und die Ansätze zur deren Umsetzung vorgestellt werden. Die Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit war eine Querschnittsanforderung an alle zu definierenden Gesundheitsziele auf Bundesebene [6] und stand auch im Mittelpunkt der Zieldiskussionen für das Kindes- und Jugendalter. Daher soll hier auch untersucht werden, inwiefern die Ergebnisse dieser Anforderung Rechnung tragen. Über die Darstellung von Gesundheitszielen für Kinder und Jugendliche auf nationaler Ebene hinaus wird ein kurzer Überblick über den Stand der kinder- und jugendbezogenen Gesundheitsziele auf Landesebene gegeben, und diese werden ebenfalls auf ihre

© Springer-Verlag 2003

Thomas Altgeld
Landesvereinigung für Gesundheit
Niedersachsen e.V., Hannover
E-Mail: Thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

Th. Altgeld

Health targets for children and youths. A contribution to equal opportunities?

Abstract

With the decision to include children and youths in the first exemplary definition phase of national health targets, gesundheits.de placed a new accent on population- and age-related target definitions. The process of formulating targets was advanced by an unaffiliated, interdisciplinary working group. Cooperation between the health, youth, and education sectors within the working group played an important role. Beginning with a collectively developed vision, a total of ten health targets for children and youths were defined. This vision is outcome oriented and defines the improvement of the quality of life and an increase of additional „living years“ as centrally important. The ten targets apply to three settings: kindergartens, schools, and home/leisure time settings. The tenth target is mainly concerned with changes to the legal requirements for the aforementioned settings. Each target is divided into several separate subgoals. Initially, definitions will be made concerning the overlapping subgoals, then cognitive subgoals and subgoals concerning motivation, behavior, and relationships. The definition of measures to be taken pertaining to difficult to reach or socially disadvantaged target groups plays a very important role in the overlapping subgoals. The health goals for children and youths also contribute to equal opportunities in the health sector. An overview of the health target definitions at the state level for the affected age groups and the prospects for the implementation of the health targets will be presented at the conclusion of the report.

Keywords

Age group-related target definitions ·
Equal opportunities · Outcome orientation ·
Settings

Relevanz zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit hin analysiert. Abschließend soll ein Ausblick auf die zukünftige Verankerung von Gesundheitszielen für Kinder und Jugendliche innerhalb des Gesundheitswesens und die Potenziale dieser Herangehensweise gegeben werden.

Gesundheit hat Zukunft: Ziele für das Kindes- und Jugendalter in Deutschland

Wissenschaftlicher und historischer Hintergrund der Zieldiskussion

Mit der Entscheidung, Kinder und Jugendliche bereits in der ersten, exemplarischen Definitionsphase von nationalen Gesundheitszielen einzubeziehen, hat gesundheitsziele.de neue Akzente in der bevölkerungs- und altersgruppenbezogenen Zieldefinition gesetzt. Da die Krankheitslast in dieser Altersgruppe selbst vergleichsweise geringer ist als im höheren Lebensalter, ist die präventive Ausrichtung dieser Akzentsetzung besonders deutlich. Der Arbeitstitel für die einzuberufende Arbeitsgruppe zur Zielformulierung unterstreicht diese präventive Ausrichtung noch einmal: „Fit for Future – Integriertes Programm für Kinder und Jugendliche unter 20: Bewegung Ernährung Stress“ [7]. Innerhalb der ersten Definitionsversuche für Gesundheitsziele in Deutschland seit Mitte der 80er-Jahre wurden 91 Gesundheitsprobleme bei 5 Altersgruppen diskutiert: Säuglinge/Kleinkinder, Schulkinder, Jugendliche/junge Erwachsene, Erwachsene in der Erwerbsphase und Erwachsene im Ruhestand. Die Ergebnisse wurden 1990 als Bestandsaufnahme zu den prioritären Gesundheitsproblemen Deutschlands vorgelegt [8] und nach der Wiedervereinigung 1993 ergänzt um die „Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung der ehemaligen DDR“ [9]. Beide Berichte sind jedoch fast ausschließlich krankheitsbezogen. Die Gesundheitsprobleme bei Kleinkindern und Säuglingen beispielsweise reichen von chromosomalen Störungen über Impfschutz bis hin zum plötzlichen Kindstod. Selbst Erkrankungen aus dem allergischen Formenkreis wurden dabei nicht berücksichtigt. Eine konsensuale Zielformulierung zwischen Politik und den Akteuren des Gesund-

heitswesens erfolgte aufgrund dieser Bestandsaufnahme nicht.

Auf internationaler Ebene wird die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in 2 der 21 formulierten Ziele der WHO „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ [1] aufgegriffen. Obwohl die Zieltitel „ein gesunder Lebensanfang“ und „Gesundheit junger Menschen“ dies nicht unbedingt nahe legen, steht auch in diesen Zielen eine Reduzierung von Krankheitslasten und somatogenen Risikofaktoren im Vordergrund. Einen interessanten Versuch zur wissenschaftlichen Systematisierung von möglichen Gesundheitszielen für das frühe Kindesalter hat Schoppa 1998 unternommen [10]. Er hat aufgrund vergleichender Gegenüberstellungen bereits existierender Zielprogramme und Befragungen von Kinderärzten und Eltern 19 vorrangige Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter entwickelt, die sich in 38 Teilziele untergliedern.

Die Reduzierung von Krankheitslasten und somatogenen Risikofaktoren steht im Vordergrund.

Vorrangig ist diese Zusammenstellung wegen ihrer Systematik interessant. Schoppa beschränkt sich auf die Zielformulierung und die Definition einzelner Zielaspekte, wobei Letztere fast alle die Forderung nach mehr und systematischerer Gesundheitsberichterstattung beinhalten. Eine Untermuerung durch konkrete Maßnahmen fehlt, und der Katalog definiert allein für das frühe Kindesalter fast genauso viele Ziele wie der Zielkatalog der WHO für Europa und alle Bevölkerungsgruppen.

Einbindung verschiedener Akteure und Prozess der Zieldefinition

Die aufgrund der geschilderten Vorbedingungen notwendig gewordene relativ neue Vorgehensweise bei der Formulierung von Gesundheitszielen für Kinder und Jugendliche mit eindeutig präventiver und lebensweltbezogener Orientierung erforderte eine ausgewogene und effektive Zusammensetzung der Arbeitsgruppe. Dabei wurde bei der Zusammensetzung der AG 7 „Fit for Future – Integriertes Programm für Kinder und Jugendliche unter 20: Bewegung Ernährung Stress“ auf das Einbeziehen aller

wichtigen Akteure geachtet. Dies wird auf der Ebene der Gebietskörperschaften durch die Vertretung von Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gewährleistet. Auf Bundesebene sind die 3 zuständigen Fachministerien für Gesundheit, Ministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft sowie die für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf Referentenebene beteiligt. Ebenso einbezogen wurden die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Robert Koch-Institut. Mit Vertretern der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherer sind gleich 2 relevante Sozialversicherungen in den Zielformulierungsprozess integriert, ebenso die Bundesärztekammer und ein Elternvertreter. Auf der Länderebene sind sowohl die Sozial- als auch Kultusministerien vertreten. Darüber hinaus arbeiten die Landesvereinigungen/Landeszentralen für Gesundheit in der Arbeitsgruppe mit. Das Einbeziehen von wissenschaftlicher Expertise aus den Bereichen Ernährung, Stressbewältigung, Bewegung, gesundheitsfördernde Schulen und Public Health rundet die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe ab. Der Zielformulierungsprozess wurde mit der Konstituierung der Arbeitsgruppe im Januar 2002 aufgenommen.

Nach der gemeinsamen Verständigung über die Problemrelevanz erfolgte die Konkretisierung von Gesundheitszielen. Beide Prozesse können nicht unbedingt trennscharf voneinander abgegrenzt werden und mischten sich in der Diskussion. Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen ist ein facettenreiches Thema, das sich zudem über Altersgruppen mit sehr unterschiedlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Ansprache sowie der Erreichbarkeit erstreckt. Um sich nicht in Einzelmaßnahmen zu verlieren, hat die AG es als notwendig erachtet, eine „Vision“ zu entwickeln, die, wenn auch abstrakt, das weitere Vorgehen der AG anleitete und als roter Faden diente. Diese Vision ist outcome-orientiert, d.h. sie stellt die Verbesserung der Lebensqualität und den Gewinn zusätzlicher Lebensjahre in den Mittelpunkt. Die 4 Hauptaktionsfelder, die hierfür identifiziert wurden, lauten:

- ▀ selbst bestimmte Gesundheit und Lebenskompetenz fördern,
- ▀ Lebensräume gesund gestalten und Unterstützungssysteme qualifizieren,

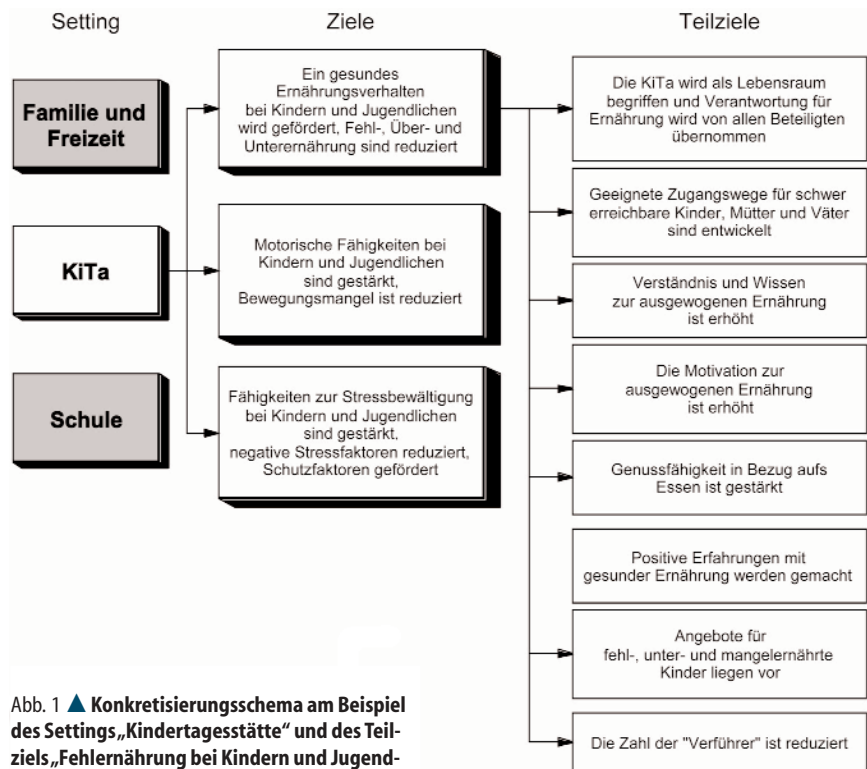


Abb. 1 ▲ Konkretisierungsschema am Beispiel des Settings „Kindertagesstätte“ und des Teilziels „Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen wird vorgebeugt und reduziert“

- ▀ Kommunikation über und das Image von Gesundheit verbessern,
- ▀ gesetzliche Rahmenbedingungen flächendeckend und intersektoral verändern [11].

Bei der Entwicklung und Diskussion von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen zum Thema „Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen“ durch die AG 7 wurde außerdem deutlich, dass die 3 thematischen Komponenten (Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung) eng miteinander verknüpft sind. Eine ganze Reihe der von der AG identifizierten Teilziele und Maßnahmen lassen sich entweder allen 3 oder 2 der thematischen Komponenten zuordnen. Deshalb stellt die bevölkerungsgruppenorientierte Entwicklung des Zielthemas eine angemessene Herangehensweise dar. Diese Herangehensweise muss sich in der Konkretisierung der Ziele, Teilziele und Maßnahmen niederschlagen. In der Arbeitsgruppe wurde vor diesem Hintergrund das Setting-Konzept als Dreh- und Angelpunkt der Konkretisierung und Zielsystematik gewählt. Unter Setting versteht man Sozial- und Lebensräume. Deren Routinen müssen verändert werden, um mehr Gesundheit zu

ermöglichen. Als relevante Settings wurden die Kindertagesstätten (KiTa), die Schule sowie Familie und Freizeit identifiziert. Das Setting-Konzept bezeichnet mehr als den Interventionsort oder den Ort, an dem die Zielgruppe erreicht werden kann. Es geht vielmehr um die gesundheitsförderliche Aneignung und Gestaltung der Lebensräume und die gesundheitsförderliche Entwicklung individueller Lebensperspektiven und Eigenverantwortung der Kinder und Jugendlichen. Dies erfolgt mit der Unterstützung von Multiplikatoren, Kooperationspartnern und den politisch, administrativ und finanziell zuständigen Akteuren, Trägern und Behörden. Die Settings in den Mittelpunkt der Definition und Konkretisierung zu stellen bot für das Zielthema eine Reihe von Vorteilen:

- ▀ Die 3 Komponenten des Zielthemas können settingbezogen integriert werden.
- ▀ Die Identifizierung und Kontaktierung von Zielgruppen, Multiplikatoren, Kooperationspartnern und anderen zuständigen Akteuren wird durch die settingspezifische Bündelung erleichtert.
- ▀ Das Gesundheitsziel kann auch aus der Perspektive der Zielgruppen und

Übersicht 1

Übersicht über die 10 Gesundheitsziele im Kindes- und Jugendalter [12]

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

Ziel 2: Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting Kindertagesstätte.

Ziel 3: Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern sind gestärkt, negative Stressfaktoren reduziert und Schutzfaktoren gefördert, Setting Kindertagesstätte, Setting Familie und Freizeit.

Ziel 4: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern wird gefördert, Fehl-, Über- und Unterernährung sind reduziert, Setting Kindertagesstätte.

Ziel 5: Motorische Fähigkeiten bei Kindern sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting Kindertagesstätte.

Ziel 6: Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern sind gestärkt, negative Stressfaktoren reduziert und Schutzfaktoren gefördert, Setting Kindertagesstätte.

Ziel 7: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehl-, Über- und Unterernährung sind reduziert, Setting Schule.

Ziel 8: Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting Schule.

Ziel 9: Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, negative Stressfaktoren reduziert und Schutzfaktoren gefördert, Setting Schule.

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

Akteure als integriert und kohärent wahrgenommen werden.

Durch die Wahl des settingspezifischen Ansatzes unterscheidet sich die Ausarbeitung des Zielthemas „Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen“ von denen anderer Arbeitsgruppen. So sind die einzelnen Handlungsfelder, Interventionsorte oder Settings nicht um die jeweiligen Ziele bzw. Teilziele gruppiert. Die Ordnung des Konkretisierungsschemas geht vielmehr den umgekehrten Weg. Um jedes Setting sind die dazugehörigen Ziele, Teilziele und Maßnahmen angeordnet. Das Beispiel des Settings Kindertagesstätte und des Ziels „Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen wird vorgebeugt und reduziert“ verdeutlicht Abb. 1. Für alle Settings ist es notwendig, auch die Optimierung der Rahmenbedingungen als eigenes Ziel darzustellen. Deshalb wurde das Ziel 10 entwickelt: „Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der KiTa, in der Schule und in Familie und Freizeit sind optimiert.“ Da zu jedem Ziel bis zu 7 Teilziele gehören, ergibt sich scheinbar eine große Anzahl von Teilzielen. Da einige Teilziele allerdings übergreifend für alle Ziele gelten, ist die tatsächliche Anzahl der Teilziele erheblich kleiner.

Die Teilziele setzen jeweils auf unterschiedlichen Ebenen an. Diese Systematik wird für alle settingbezogenen Gesundheitsziele beibehalten und nur für das 10. Gesundheitsziel zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht angewendet. Die Systematik der Teilziele sieht folgendermaßen aus, wobei zu jeder Teilzelebene unterschiedlich viele Teilziele formuliert wurden:

- ▶ übergreifende Teilziele,
- ▶ kognitive Teilziele,
- ▶ Teilziele zur Motivation,
- ▶ Teilziele zum Verhalten,
- ▶ Teilziele zu den Verhältnissen.

10 Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter und Maßnahmen zur deren Umsetzung

Ausgehend von der oben geschilderten Ziellogik und Teilzielsystematik wurden insgesamt 10 Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter im Konsens mit allen Prozessbeteiligten formuliert (Übersicht 1).

Ausgehend von diesen 10 Zielen und den dazugehörigen Teilzielen wurde damit begonnen, Maßnahmen zu definieren, die zur Zielerreichung geeignet sind. Der Prozess dieser Identifizierung von geeigneten Maßnahmen ist bislang

noch nicht abgeschlossen. Dennoch soll die gesamte Zielsystematik mit Teilzielen und einigen exemplarischen Maßnahmen an einem Beispiel verdeutlicht werden (Tabelle 1).

Die Maßnahmendefinition erfolgte in 2 Schritten. Zunächst wurde eine erste Bestandsaufnahme durch eine strukturierte Befragung der am Diskussionsprozess beteiligten Experten und innerhalb deren Institutionen vorgenommen. Zweck der Bestandserhebung war es, einen ersten Überblick zu den laufenden Aktivitäten im Bereich Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung zu erhalten. Dabei war nicht an eine Vollerhebung gedacht, sondern es sollten ausschließlich Projekte und Maßnahmen erhoben werden, deren Wirksamkeit belegt oder plausibel sind, die umsetzbar erscheinen und innovativen Charakter aufweisen. Die Bestandserhebung sollte dazu beitragen, dass

- ▶ das Rad nicht zweimal erfunden wird (d. h. gute Projekte, die nur regional verankert oder zeitlich begrenzt sind, können im Rahmen von gesundheitsziele.de ausgeweitet und verstetigt werden),
- ▶ Interventionsbereich und Zielgruppen identifiziert werden, in denen bereits viele bzw. wenige bis keine Aktivitäten stattfinden,
- ▶ wesentliche Elemente erfolgreicher Maßnahmengestaltung transparent werden,
- ▶ gesetzliche Grundlagen und Akteurskoalitionen transparent werden.

Die rückgemeldeten Maßnahmen wurden über einen einheitlichen Erfassungsbogen erfasst und in 3 Gruppen zusammengefasst:

- Teil 1: Konkrete Maßnahmen zu Bewegung, Ernährung, Stress für die Adressaten,
- Teil 2: Maßnahmen zu Information und Aufklärung,
- Teil 3: Strukturelle Maßnahmen.

Insgesamt wurden 56 Maßnahmen aufgenommen. Die Erhebung wurde durch die Mitglieder der AG über eine standardisierte Befragung durchgeführt. Auf Grundlage des Rücklaufs wurden 3 Berichtsteile verfasst [13]. Die erste Maßnahmenenerhebung wurde vor der

eigentlichen Zieldefinition durchgeführt. In einem zweiten Erhebungsschritt wurden die Gesundheits- und Sozialministerien aller 16 Bundesländer anhand des nunmehr feststehenden Zielkataloges gebeten, geeignete Maßnahmen aus den jeweiligen Bundesländern zu benennen, die zur Zielerreichung geeignet sind. Der Rücklauf auf diese Abfrage war ausgesprochen positiv. Eine Übersicht über die benannten Maßnahmen wird noch erstellt.

In der nächsten Phase der Zielformulierung ist eine Übernahme von Zielpatenschaften durch einzelne Träger und Akteure vorgesehen, d. h., es soll eine Selbstverpflichtung eingegangen werden, die dazu beiträgt,

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

Dieser Prozess der Selbstverpflichtung der Akteure auf die formulierten Gesundheitsziele beginnt zurzeit.

Gesundheitliche Chancengleichheit als besonderes Merkmal der Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter

Gesundheitliche Chancengleichheit wurde von gesundheitsziele.de als Querschnittsanforderung an alle Gesundheitsziele definiert und spielte auch in dem Zieldefinitionsprozess der Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter eine wesentliche Rolle. Historisch betrachtet war die WHO einer der wesentlichen Protagonisten bei der gesundheitspolitischen Definition und Weiterentwicklung eines Gesundheitszielkonzeptes, das zur gesundheitlichen Chancengleichheit beitragen soll. Schon in ihrer Verfassung von 1948 hat die WHO gesundheitliche Chancengleichheit als zentrales Ziel formuliert [1, 14]. Diese Verpflichtung wurde in den Erklärungen verschiedener internationaler Konferenzen, z. B. Alma-Ata 1978, Ottawa 1986, Sundsvall 1991 [14], Jakarta 1997 [15] und

Mexiko 2000 [16], bekräftigt und weiter differenziert. Außerdem wurden Strategien zur Herstellung von Chancengleichheit entwickelt, die die Kluft zwischen besser und schlechter gestellten sozialen Schichten innerhalb einzelner Gesellschaften, hierbei insbesondere der ungleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung, verringern sollten.

Gesundheit soll als Motor der sozialen Entwicklung begriffen werden.

Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet dabei die Herstellung gleicher Möglichkeiten, gesund zu sein und gesund zu bleiben, unabhängig von sozialem Status, nationaler Zugehörigkeit, Generation, Alter und Geschlecht. Einschränkung gilt, dass Gleichheit von Gesundheitschancen (engl.: „equality in health“) nicht mit Gerechtigkeit bei Gesundheitschancen gleichzusetzen ist, insbesondere dann nicht, wenn die Unterschiede im Gesundheitsstatus zwischen verschiedenen Individuen oder zwischen Bevölkerungsgruppen bedingt

Tabelle 1

Ziel 7 mit Teilzielen (TZ) und Maßnahmen. Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehl-, Über- und Unterernährung sind reduziert, Setting Schule

	Teilziele	Maßnahmen
Übergreifende TZ	7.1.1 Die Schule wird als Lebensraum begriffen und Verantwortung für Ernährung wird von allen Beteiligten übernommen	Organisations- und leitbildentwickelnde Netzworkebildung wird unterstützt (z. B. Projekte „Gesunde Schule“)
	7.1.2 Der Kohärenzsinn bei Jugendlichen ist gestärkt ist gewährleistet	Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung
	7.1.3 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt	Die Gemeinschaftsverpflegung ist erweitert und verbessert
Kognitive TZ	7.2 Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht	Die Ausbildung der Lehrer zu Ernährungsfragen ist verbessert Verbesserte Fort- und Weiterbildungsangebote für Lehrer zu Ernährungsfragen werden angeboten (handlungs- und praxisorientiert) Hauswirtschaftliche Kompetenz wird gestärkt Die Elternkompetenz zur Ernährung wird gefördert Begleitende Maßnahmen (Medienkampagnen) sind eingeleitet
TZ zur Motivation	7.3 Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht	
TZ zum Verhalten	7.4.1 Genussfähigkeit in Bezug aufs Essen ist gestärkt	
	7.4.2 Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht	
	7.4.3 Angebote für fehlernährte Kinder und Jugendliche liegen vor	
TZ zu den Verhältnissen	7.5 Die Zahl der „Verführer“ ist reduziert	Überprüfung des Angebotes von Automaten, Schulverkauf Medien transportieren Vorbilder

Tabelle 2

Übersicht der Gesundheitsziele auf Länderebene und deren Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen als Zielgruppe [19]

	Nordrhein-Westfalen	Hamburg	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Niedersachsen	Berlin
Jahr der Zieldefinition	1995	1992, aktualisiert 1994	1997	1998–2002	2002	1996
Anzahl der Gesundheitsziele	10	14, später 16	6	7	3	19
Beschlossen durch:	Landesgesundheitskonferenz	Expertenratung	Landesgesundheitskonferenz	Themenbezogene Arbeitsgruppen	Themenbezogene Arbeitsgruppen	Noch offen
Zielüberprüfungsdatum	2005	1994, später 2002	2002	2004/2010	2007	–
Quantitative/qualitative Ausrichtung	Quantitative und qualitative Zielbereiche	Quantitative und qualitative Zielbereiche	Quantitative Zielausrichtung	Quantitative Zielausrichtung	Quantitative und qualitative Zielbereiche	Quantitative Zielausrichtung
Kinder und Jugendliche als Zielgruppe	Nein, nur indirekte Effekte auf diese Zielgruppen	Ja, Fokussierung auf Kinder und Jugendliche	Ja	Ja	Ja, Fokussierung auf Kinder und Jugendliche	Ja
In wie vielen Zielbereichen	–	Allen 16 Zielbereichen	3 von 6 Zielbereichen	2 von 7 Zielbereichen	Allen 3 Zielbereichen	8 von 19 Zielbereichen
Soziale Benachteiligung von Kindern als Zielthema	Nein	Ja	Nein	Nein, nur indirekt (Teenagerschwangerschaften)	Ja	Ja
Maßnahmen zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein

sind durch unterschiedliche genetische oder sozioökonomische Voraussetzungen sowie bewusst gewählte Lebensstile. Das europäische Regionalbüro der WHO beschloss mit ihren Mitgliedsstaaten im September 1998 eine neue Strategie „Gesundheit 21 – Rahmenkonzept ‚Gesundheit für alle‘ für die Europäische Region der WHO“ [1]. Chancengleichheit wurde darin als erstes Ziel, die Gesundheit von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen als Ziele 3 und 4 festgeschrieben. Insgesamt soll Gesundheit nach dem Verständnis der WHO und der unterzeichnenden Staaten als Motor der sozialen Entwicklung begriffen werden, um Chancengleichheit und Solidarität in sozialen Systemen zu fördern.

In der AG 7 wurde eine an dem Chancengleichheitskonzept orientierte Fokussierung auf bestimmte Interventionsbereiche bereits innerhalb des ersten Diskussionspapiers festgehalten [7]. Auch die Auswahl der Settings als Rahmen für die Zieldefinition ist auf diesen Diskussionsstrang zurückzuführen. Das Setting „Familie und Freizeit“ wurde insbesondere für das Kindesalter definiert, weil ansonsten die Gefahr bestanden hätte, besonders vulnerable Gruppen über das Setting Kindertagesstätten nicht zu erreichen. So finden sich beispielsweise nicht alle Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter in Kindertagesstätten, z. B. Kinder sozial benachteiligter Bevölkerungsschichten [7]. Als drittes Teilziel wurde für alle Ziele zudem festgeschrieben: „Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt.“ Auf der Umsetzung dieses Teilziels liegt auch ein besonderer Schwerpunkt bei der Recherche geeigneter Maßnahmen. Inwieweit es gelingt, über die nationale Zieldefinition tatsächlich einen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit zu leisten, wird entscheidend von der Identifikation und Umsetzung entsprechender Maßnahmen abhängen.

Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche auf Landesebene

Auf der Ebene einzelner Bundesländer und der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) wurden bereits vor den Entwicklungen auf Bundesebene Anstrengungen unternommen, Gesundheitsziele zu formulieren und damit auch

gesundheitlichen Auswirkungen bei sozial benachteiligten Kindern entgegenzuwirken. Die 70. Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat 1997 eine EntschlieÙung [17] zu „Auswirkung von sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit bei Kindern“ verabschiedet. Darin wird festgehalten, dass „soziale Benachteiligung ein Gesundheitsrisiko darstellt“, und es werden Maßnahmen gefordert, um diese Folgen zu vermeiden. Im Jahr 2000 wurden „Qualitätsstandards zu Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern“ für die GMK definiert.

In dem Bericht zur letzteren EntschlieÙung wird unter anderem festgestellt, dass gesundheitliche Leistungen so organisiert sein müssen, dass sie für die genannten Zielgruppen besser nutzbar sind und die verschiedenen Hilfesysteme abgestimmte, koordinierte Angebote vorhalten. Die Qualitätsstandards sollen die gesundheitliche Situation von benachteiligten Kindern und deren Familien verbessern und gleichzeitig trotz der engen finanziellen Spielräume der Länder und Kommunen umsetzbar sein. Unter anderen wurde eine verbesserte Zusammenarbeit der „beruflichen Nachbarn“ im weiten Bereich der Kindergesundheit gefordert sowie eine lebensweltliche Anbindung der Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten [18].

Ein Schwerpunkt der Kindergesundheitsziele liegt in der Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und -förderung.

Die GMK hat außerdem in ihrer Sitzung 2002 einstimmig einen Antrag beschlossen zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Prävention, Früherkennung und Frühförderung müssen gestärkt werden“. Darin heißt es unter anderem: „Dabei muss ein Schwerpunkt zukünftiger Maßnahmen und Aktivitäten verstärkt auf den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühförderung liegen und vor allem auf die Zielgruppe sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher ausgerichtet sein.“ Die Gesundheitsziel-diskussion auf Bundesebene wird ausdrücklich begrüÙt und unterstützt in dem Antrag namentlich die Arbeits-

gruppen zu den Themen Gesundheitsziele für die Altersgruppe der unter 20-Jährigen und Nichtraucher. „Außerdem spricht sich die GMK für eine bessere Koordination und Vernetzung aller Angebote aus, vor allem der wohnortnahen Angebote von Jugendhilfe, Schule, Gesundheitsdiensten und Familienbildung.“ In der EntschlieÙung wird für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung plädiert. „Dabei sind schicht- und geschlechtsspezifische Aspekte verstärkt zu berücksichtigen. Es gilt darüber hinaus, Wege zu finden, die eine Zusammenführung von Sozial- und Gesundheitsdaten besser ermöglichen.“

Weitere Punkte der EntschlieÙung betreffen die Erhöhung der Zahl jugendlicher Nichtraucher, die Verbesserung des Impfschutzes, die Erhöhung der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen sowie die Entwicklung von Empfehlungen zur Früherkennung und Frühförderung.

Über diese gemeinsamen EntschlieÙungen hinaus sind in einzelnen Bundesländern eine Fülle von Aktivitäten zur Formulierung von Gesundheitszielen zu verzeichnen. Die Entwicklung kann hier im Einzelnen nicht skizziert werden. Einen schematischen Überblick dazu gibt die Tabelle 2.

Ausblick

Es wurde in diesem Artikel der Stand der aktuellen Diskussion und der Umsetzungen zum Gesundheitsziel Kindergesundheit in Deutschland auf Bundes- und Landesebene beschrieben. Die Prozesse der Zieldefinition und Umsetzung befinden sich in einem unterschiedlichen Stadium. Wichtig für die Entwicklung entsprechender Umsetzungsschritte ist sowohl die frühzeitige Einbindung aller wesentlichen Akteure als auch der politische Wille, Gesundheitspolitik an Zielen zu orientieren. Gerade für die nachwachsenden Generationen ist ein gesunder Start ins Leben eine wichtige Voraussetzung für die Wahrung von Zukunftschancen. Die anvisierte Altersgruppe umfasst etwa ein Fünftel der Bevölkerung. In der Bundesrepublik Deutschland hatte die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen bis unter 18 Jahren im Jahre 1999 einen Anteil von 19% an der Gesamtbevölkerung, davon waren 14,6% (11.994.856) Kinder im Alter von 0 bis unter 14 Jah-

ren und 4,4% (3.646.867) Jugendliche im Alter von 14 bis unter 18 Jahren [20]. Die Präventionspotenziale in dieser Altersgruppe sind langfristig gesehen besonders hoch.

Es soll ein Beitrag zur Chancengleichheit für die heranwachsende Generation geleistet werden.

Der Gesundheitszieldefinitionsprozess auf Bundesebene für den Kinder- und Jugendbereich hat neue Wege beschritten, indem er explizit einen Beitrag zur Chancengleichheit für die heranwachsende Generationen leisten will und das Setting als Hauptinterventionsort definiert hat. Darin erweist sich letztlich ein weniger krankheitsorientiertes Gesundheitsverständnis, als es in den Gesundheitszielprogrammen anderer Staaten [2, 3] zum Tragen kommt. Wenn es gelingt, nicht nur den Prozess der Zieldefinition erfolgreich konsensuell abzuschließen, sondern im zweiten Schritt auch eine Übernahme konkreter Selbstverpflichtung einzelner Akteure für die Gestaltung der Maßnahmen zu erreichen, wird durch die Formulierung von Gesundheitszielen für das Kindes- und Jugendalter ein Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit für nachwachsende Generationen geleistet. Die Bundesrepublik Deutschland hatte sich dazu durch die Ratifizierung internationaler Dokumente wie den Zielkatalog „Gesundheit 21 – Rahmenkonzept ‚Gesundheit für alle‘ für die Europäische Region der WHO“ [1] oder der UN-Kinderrechtskonvention längst verpflichtet. Gesundheit hat Zukunft in Deutschland, wenn die erzielten Übereinkünfte tatsächlich von allen Trägern, die sie mitformuliert haben, umgesetzt werden. Wenn nach der Zielformulierung nicht die Umsetzung, sondern nur eine neue Diskussion über die Umsetzung, möglicherweise in anderen Gremien mit anderer Zusammensetzung, beginnt, waren die bisher eingesetzten Ressourcen vermutlich verschwendet.

Literatur

1. World Health Organization Regional Office for Europe (1999) Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Eigenverlag, Kopenhagen
2. Department of Health (1992) The health of the nation: a strategy for health in England. Eigenverlag, London
3. U.S. Department of Health and Human Services (2000) Healthy people 2010, 2nd edn. Vol II. Eigenverlag, Washington D.C.
4. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (1995) Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg Zwischenbilanz 2004. Eigenverlag, Hamburg
5. Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (2001) Gesundheitsziele in Niedersachsen. Eigenverlag, Hannover
6. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2002) gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland. Verlag Akademische Schriften, Berlin
7. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2001) Arbeitspapier AG 7 (unveröffentlichtes Manuskript)
8. Weber I, Abel M, Altenhofen L et al. (1990) Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Zahlen – Fakten – Perspektiven. Nomos, Baden-Baden
9. Bundesministerium für Gesundheit (1993) Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung der ehemaligen DDR. Nomos, Baden-Baden
10. Schoppa A (2001) Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter. Urban und Vogel, München
11. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2002) Arbeitspapier AG 7 Protokoll der 2. Sitzung der Arbeitsgruppe 7 „Fit for Future – Integriertes Programm für die Altersgruppe der unter 20-Jährigen“ 8. März 2002 (unveröffentlichtes Manuskript)
12. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2002) Arbeitspapier AG 7 „Gesundheit hat Zukunft“: Ziele für das Kindes- und Jugendalter: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen – Zwischenergebnisse (unveröffentlichtes Manuskript)
13. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2002) Arbeitspapier AG 7 Ergebnisse der Bestandsaufnahme Teil 1–3 (unveröffentlichtes Manuskript)
14. Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg.) (1993) Dokumente der Gesundheitsförderung. P. Sabo, Mainz
15. Weltgesundheitsorganisation (1997) Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Eigenverlag, Genf
16. Weltgesundheitsorganisation (2000) Erklärung der Minister zur Gesundheitsförderung, 5. Weltgesundheitskonferenz in Mexiko. www.gesundheitberlin.de Zugriff 9/2002
17. Gesundheitsminister Konferenz (GMK) (1997) Beschluss der 70. Gesundheitsminister Konferenz: „Auswirkungen von sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit von Kindern“, Eigenverlag, Saarbrücken, S 7
18. Stender KP (2000) Qualitätsstandards zur Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern – Abschlussbericht. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg
19. Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2001) Die 6 Gesundheitsziele – Gesundheit für alle. Eigenverlag, Magdeburg
20. Statistisches Bundesamt (2001) Statistisches Jahrbuch 2000. Eigenverlag Wiesbaden

Fachnachricht

Register für Forschungsgenehmigungen mit embryonalen Stammzellen

Seit dem 15.01.2003 sind wesentliche Angaben über Genehmigungen nach dem neuen Stammzellgesetz im Internet zu finden. Am 20.12.2002 hatte das Robert Koch-Institut dem Wissenschaftler Professor Oliver Brüstle, Universitätsklinikum Bonn, die erste Genehmigung nach dem neuen Stammzellgesetz erteilt.

Die Angaben zu den Forschungsanträgen sind grundsätzlich vertraulich. Im Interesse der Transparenz über die eingeführten embryonalen Stammzellen und ihre Verwendung zu Forschungszwecken gibt das Gesetz jedoch bestimmte Angaben und zusammenfassende Bewertungen zur Veröffentlichung in einem öffentlich zugänglichen Register frei. Dazu gehören z.B. Angaben über die embryonalen Stammzellen, der Name der für das Forschungsvorhaben verantwortlichen Person, die Grunddaten des Forschungsvorhabens und insbesondere eine zusammenfassende Darstellung der geplanten Forschungsarbeiten einschließlich der maßgeblichen Gründe für ihre Hochrangigkeit.

Diese Angaben sind mit dem öffentlichen Register beim Robert Koch-Institut ins Netz gestellt auf den Internet-Seiten des Robert Koch-Institutes einsehbar unter www.rki.de/GESUND/STEMCELL/STZG-REG.PDF

Das Robert Koch-Institut ist die zuständige Genehmigungsbehörde für Anträge auf Import und Verwendung von humanen embryonalen Stammzellen und holt die Stellungnahme der Zentralen-Ethik-Kommission für Stammzellenforschung (ZES) ein.

Robert Koch-Institut, Berlin

Gesundheitsziele zur Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz von Bürgern und Patienten¹

Zusammenfassung

Obwohl Erfahrungen mit nationalen Gesundheitszielen in Deutschland bisher in nur sehr begrenztem Umfang vorliegen, ist doch ein wachsendes Interesse der Gesundheitspolitik an diesem gesundheitspolitischen Instrument zu verzeichnen. Im Dezember 2000 wurde durch die Bundesregierung eine Initiative zur exemplarischen Entwicklung nationaler Gesundheitsziele ins Leben gerufen, die durch eine aus verschiedensten Akteuren des deutschen Gesundheitswesens zusammengesetzte Plattform koordiniert wird (vgl. andere Artikel in diesem Heft). Gesundheitsziele.de spiegelt nicht nur das gestiegene Interesse an der Entwicklung und Implementierung von Gesundheitszielen wider, sondern auch die wachsende Aufmerksamkeit für Qualitätsdefizite und den Mangel an Patientenorientierung im deutschen Gesundheitssystem. Eine eigens im Januar 2002 eingerichtete Arbeitsgruppe entwickelt Gesundheitsziele zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Bürgern und Patienten. Im folgenden Artikel wird die Bandbreite der bis zum Herbst 2002 entwickelten Ziele und Teilziele umrissen. Die 4 im Rahmen der Strategie ausgewählten entscheidenden Interventionsbereiche sind: verbesserte Transparenz im Gesundheitssystem, Stärkung der gesundheitlichen Kompetenzen, Stärkung der Patientenrechte und Verbesserung des Beschwerde- und Behandlungsfehlermanagements.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele · Gesundheitspolitik ·
Patientenorientierung ·
Bürger- und Patientenbeteiligung ·
Patientenrechte

Die Rolle von Bürgern und Patienten im Beziehungsgeflecht des Gesundheitswesens verändert sich. Patienten werden mittlerweile als wichtige „Koproduzenten“ und als Experten für ihre eigene Gesundheit entdeckt. Als Ursachen für diese veränderte Rolle sind eine Reihe von Faktoren anzuführen: verändertes Gesundheitsbewusstsein, kritisches Verbraucherverhalten, Strukturreformen im Gesundheitswesen, Veränderungen im Informations- und Kommunikationssektor u.a. [1]. Folglich geht es bei den angesprochenen Themen um Patientenorientierung, Patientenschutz, Patientenrechte, Patientenberatung, Patientenbeteiligung, Selbstbestimmung, Selbsthilfe, Information, Transparenz und Kompetenz. Jenseits der Patientenrolle sind Bürger zunehmend in Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung wie auch der Gestaltung des Versicherungs- und Versorgungssystems angesprochen. Auch in der deutschen Diskussion zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, zur Ergebnisorientierung und zur effektiveren und effizienteren Mittelverwendung gewinnen diese Themen an Bedeutung [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Gesundheitskompetenz bildet dabei eine Klammer für dieses Themenspektrum. Informationen zur eigenen Entscheidung und Kompetenz zum eigenen Handeln sind für Bürger und Patienten notwendig, wenn sie die neue Rolle im Gesundheitswesen wahrnehmen wollen. Gesundheitskompetenz bezieht sich sowohl auf die individuelle Situation im Behandlungsprozess als auch auf die Möglichkeit der Beteiligung an Entscheidungen und Gestaltungen im Gesundheitssystem.

Der Blick auf gesundheitliche Kompetenz kann ressourcenorientiert oder defizitorientiert erfolgen.

Patienten werden zunehmend als Bündnispartner von Qualitätsexperten in die Verbesserung von Versorgungs- strukturen einbezogen.

Die ressourcenorientierte Sichtweise wertet Kompetenz und Partizipation als Schlüsselqualifikationen der Bürger und Patienten, die „... einen wesentlichen Einfluss auf Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben.“ ([12], S. 40). Folgerichtig werden Patienten zunehmend als Bündnispartner von Qualitätsexperten in die Verbesserung von Versorgungsstrukturen einbezogen [13]. Der zweite, eher „defizitäre“ Blickwinkel rückt Defizite bei den gesundheitlichen Kompetenzen der Betroffenen in den Mittelpunkt. Defizite finden sich aber auch in der Kompetenz und Patientenorientierung auf Seiten der Anbieter und Kostenträger.

© Springer-Verlag 2003

¹ In dem folgenden Beitrag sind trotz männlicher Schreibweise immer beide Geschlechter gemeint.

Günther Hölling
MPH, Bundesarbeitsgemeinschaft der
PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP),
August-Bebel-Straße 16, 33602 Bielefeld,
E-Mail: guenter.hoelling@gesundheits.de

G. Hölling · U. Brasseit

Health targets for strengthening the health competencies of citizens and patients in Germany

Abstract

Despite the fact that there still exists little experience with health targets at the national level in Germany there is a growing interest in this management tool in health policy. An initiative for developing health targets at the national level was launched by the German government in December 2000 and is being administered by a platform representing a broad range of participants within the German health system (see other articles in this journal). This initiative, called „gesundheitsziele.de“, reflects the growing awareness not only for the approach of setting and implementing health targets, but for fostering patient orientation for overcoming a lack of quality and a lack of patient and public involvement in the German health sector. A special working group within the initiative was set up in January 2002 to develop health targets strengthening the health competencies of citizens and patients. The following article outlines the range of goals and targets developed until autumn 2002. The four decisive areas for intervention focussed with the strategy are: improving transparency within the health system, strengthening health competencies of patients and increasing patient orientation of institutions in the health sector, developing patients' rights and improving the management of patients' complaints about medical treatment.

Keywords

Health targets · Health policy ·
Patient orientation ·
Patient and Public involvement ·
Patients' rights

Tabelle 1

Zielbereiche für gesundheitsziele.de

Zielbereich A: Gesundheitsziele zu bestimmten Erkrankungen	Zielbereich B: Gesundheitsziele mit Präventionsbezug
Zielbereich C: Gesundheitsziele für bestimmte Bevölkerungsgruppen	Zielbereich D: Gesundheitsziele mit Bürger- und Patientenbezug

Gesundheitsziele.de

Im Modellprojekt gesundheitsziele.de wird das Zielthema „Gesundheitskompetenz“ im Rahmen nationaler Gesundheitsziele bearbeitet, weil die Bedeutung von Gesundheitskompetenz sowie Patientenorientierung und -beteiligung für die Verbesserung der Prävention von Erkrankungen, des Gesundheitszustands und der Lebensqualität in Wissenschaft und Praxis allgemein anerkannt ist. Zudem ist die Beteiligung und Mitsprache als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts auch unter den Rahmenbedingungen des Kosten- und Rationalisierungsdrucks im Gesundheitssystem in einem demokratisch legitimierten Rechtsstaat geboten. Gesundheitsziele.de ist ein Modellprojekt zur exemplarischen Entwicklung und Umsetzung nationaler Gesundheitsziele, das im Dezember 2000 ins Leben gerufen wurde. Gefördert wird das Projekt als gemeinsames Vorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG). Bei der GVG handelt es sich um eine Konsensplattform mit einer großen Bandbreite von Akteuren des deutschen Gesundheitswesens, die unter anderem die Aktivitäten zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen koordiniert. Die wissenschaftliche Begleitung liegt bei der Medizinischen Hochschule Hannover (s. auch den Beitrag von S. Angele in diesem Heft).

Das Thema „Gesundheitskompetenz von Bürgern/Patienten“ ist Querschnittsthema in vielen Arbeitsgruppen des Projektes gesundheitsziele.de. Sowohl für die Prävention krankheitsrelevanten Verhaltens (AG 4 Diabetes, AG 6 Tabakkonsum; AG 7 Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen) als auch für die qualitätsverbesserte Behandlung bereits

eingetretener Erkrankungen (AG 4 Diabetes; AG 5 Brustkrebs) ist eine gesteigerte Gesundheitskompetenz der Betroffenen von großer Bedeutung.

Gesundheitsziele mit Bürger- und Patientenbezug als eigenständiger Zielbereich von gesundheitsziele.de

Würden Gesundheitsziele nur auf Krankheitsbilder abzielen, ergäbe sich wahrscheinlich eine einseitige Ausrichtung auf kurative Ansätze. Das Ergebnis wären reine „Versorgungsziele“, bei denen Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung weitgehend außer acht gelassen würden. Die Wahl von 4 Zielbereichen für gesundheitsziele.de im Sommer 2001 eröffnete somit mehrere „Fenster“, die einen jeweils unterschiedlichen und spezifischen Blickwinkel auf die Themen zulassen (vgl. Tabelle 1). Die Zielbereiche von gesundheitsziele.de weisen ausdrücklich keine Hierarchisierung auf, d. h. alle Themen zu den Bereichen werden gleichwertig bearbeitet und umgesetzt.

Durch die Wahl unterschiedlicher Zielbereiche für gesundheitsziele.de wird für die Ziele eine ausgesprochene Public-Health- bzw. Gesundheitssystemperspektive erreicht, wie sie auch im Ansatz der WHO zu finden ist. Dies ist mit einer Vielzahl von Vorteilen verbunden. So können auch gesundheitlich relevante Gesellschaftsbereiche außerhalb des Gesundheitswesens als Interventionsbereiche für Maßnahmen ins Auge gefasst werden. Rein krankheits-, risikofaktoren- oder verhaltensorientierte Ansätze können so durch verhältnisorientierte Ansätze sinnvoll ergänzt werden. Des Weiteren trägt eine solche Vorgehensweise dem Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronischen (u.a. auch psychischen) Erkrankungen Rechnung. Die Bürger- und Patientenorientierung und -beteiligung gewinnt im Zusammen-

hang mit chronischen Krankheiten für die Qualitätssicherung und die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse an Bedeutung. Die vielen zuständigen Träger und Maßnahmen in den verschiedenen Sektoren entlang des Krankheits- bzw. Versorgungskontinuums lassen sich einfacher beteiligen und koordinieren.

Grundlagen der Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz

Zu Beginn des Jahres 2002 wurde die Arbeitsgruppe 8 zum Thema Gesundheitskompetenz eingerichtet. Daran beteiligen sich Vertreter aus den Bereichen der Patienten- und Verbraucherberatung, der Selbsthilfe, der Wohlfahrtsverbände, der Krankenkassen, der Ärzteschaft, der Wissenschaft, des Sachverständigenrates, der Bundesländer, der Kommunen, der Frauengesundheitsbewegung, der Gewerkschaften, der pharmazeutischen Industrie und des Bundesministeriums für Gesundheit. Lediglich die Krankenhäuser konnten bisher keinen Vertreter benennen.

Die Arbeitsgruppe hat zunächst Erfahrungen und Quellen ausgewertet: Praxisprojekte, wissenschaftliche Studien zu den vorgenannten Themenbereichen, rechtliche Grundlagen und Reformansätze, europäische Vergleichsstudien, gesellschaftliche Trends und Perspektiven der beteiligten Akteursgruppen. Ausgehend von den inhaltlichen und strukturellen Vorgaben des Arbeitsausschusses der GVG hat die Arbeitsgruppe eine Gliederung des Zielthemas entwickelt:

- Ziel 1: Transparenz erhöhen,
- Ziel 2: Kompetenz entwickeln,
- Ziel 3: Patientenrechte stärken,
- Ziel 4: Beschwerdemanagement verbessern.

Der Gliederung liegt die Annahme zugrunde, dass für die vielschichtigen Prozesse der Einbindung und Erhöhung gesundheitlicher Kompetenz folgende Aspekte eine besondere Rolle spielen: 1. die Verfügbarkeit, Vermittlung und Aneignung von Gesundheitsinformationen, 2. die Steigerung gesundheitlicher Kompetenzen der Patienten durch individuelle und gruppenvermittelte Unterstützung sowie die Förderung einer patientenorientierten Arbeitsweise von In-

stitutionen und Leistungserbringern, 3. die Beteiligung von Bürgern und Patienten an Entscheidungen im Gesundheitswesen auf verschiedenen politischen Ebenen; hierzu sind Verbesserungen bei der bürgernahen Ausgestaltung und Umsetzung der individuellen Rechte sowie ein Ausbau der kollektiven Rechte nötig, und 4. ein verbessertes System des Beschwerde- und Fehlermanagements, das den Bedürfnissen der Betroffenen vermehrt Rechnung trägt. Bei allen Zielen sind Bürger und Patienten stets in die Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse einzubeziehen.

Ziele, Teilziele und Maßnahmen

Nach der ersten Vorauswahl wurden die folgenden Ziele ausformuliert:

Ziel 1: Bürger und Patienten werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt.

Ziel 2: Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger und Patienten sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar.

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

Ziel 4: Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt es Versicherten und Patienten, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen.

Nur breit abgestimmte und von den Betroffenen getragene Gesundheitsziele können ausreichende politische Unterstützung finden.

Für diese Ziele hat die Arbeitsgruppe Teilziele und Maßnahmen entwickelt (Tabelle 2). Die Auswahl der Teilziele und Maßnahmen erfolgte nach Sammlung und Analyse von Praxisbeispielen und der wissenschaftlichen und politischen Diskussion. Die Maßnahmen waren bei Redaktionsschluss noch in der Diskussion und sind deshalb hier nicht aufgeführt, sie können auf der Internetseite www.gesundheitsziele.de eingesehen werden. Eine trennscharfe thematische Zuordnung der Maßnahmen zu den Zielen und Teilzielen ist oft nicht zu

erreichen und auch nicht unbedingt wünschenswert. So sind z. B. Überschneidungen bei den Maßnahmen zur Informationsgewinnung im Rahmen des Ziels 1 „Transparenz erhöhen“ und bei den Maßnahmen zur Beteiligung oder Information von Bürgern und Patienten beim Ziel 3 „Patientenrechte stärken“ zu finden. Neben den ausgewählten Teilzielen und Maßnahmen sind weitere Teilziele und Maßnahmen denkbar, die andere Akteure möglicherweise mit höherer Priorität eingestuft hätten. Da die Arbeitsgruppe nicht alle gesellschaftlichen Gruppen widerspiegeln kann, die zu den Gesundheitszielen beitragen könnten, dient die Auswahl als Grundlage für die Abstimmung im Arbeitsausschuss der GVG und für eine öffentliche Diskussion. Letztlich können nur breit abgestimmte und von den Betroffenen getragene Gesundheitsziele eine ausreichende Legitimation und politische Unterstützung finden.

Die einzelnen Ziele und ihre Auswirkungen auf gesundheitliche Kompetenz

Ziel 1: Transparenz erhöhen

Eine erhöhte Transparenz des Gesundheitswesens geht mit Verbesserungen bei der Informationsgewinnung, -darstellung und -verbreitung einher. Bedarfsgerechte Informationen sind Voraussetzung für eine intelligente, bedarfsgerechte, zweckmäßige und effiziente Nutzung des Gesundheitswesens [13] und auch für mehr gesundheitliche Kompetenz und Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. Auf der einen Seite sehen Patienten sich einer wachsenden Informationsflut über Gesundheitsdienstleistungen und -produkten gegenüber, auf der anderen Seite wird von Patienteninformations- und -beratungsstellen ein Mangel an validen, aussagekräftigen und verständlichen Daten konstatiert. Zwischen den realen Informationsbedürfnissen der Patienten und den verfügbaren Informationen klafft häufig eine eklatante Lücke (vgl. z. B. die „Berliner Mängelliste zur gesundheitlichen Versorgung“) [14].

Der Einbezug von Patienten in die Gewinnung und Aufbereitung von Informationen erfolgt bisher nur auf Initiative einzelner Leistungsanbieter. Die Qualitätsermittlung und -bewertung

von Produkten, Dienstleistern und Dienstleistungen bedarf aber einer generellen Regelung.

Es fehlen auch Informationen für spezifische Bevölkerungsgruppen. Bedarfsgerechte Gesundheitsinformationen müssen für verschiedene Altersgruppen und kulturelle Gruppen differenziert sein und auch geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigen. Angesichts der vielfältigen und oft unübersichtlichen Informationen wird deutlich, dass Bürger und Patienten neben den bestehenden interessengebundenen Informationsgebern im Gesundheitswesen auch unabhängige und neutrale Informations- und Beratungsstellen benötigen (siehe § 65 b SGB V).

Ziel 2: Kompetenz entwickeln

Die Vermittlung und aktive Aneignung gesundheitlicher Kompetenzen sind ein wesentliches Element der Gesundheitsförderung [15]. Zwischen den Zielen „Kompetenz entwickeln“ und „Transparenz erhöhen“ besteht ein enger Zusammenhang. Um Bürger und Patienten in die Lage zu versetzen, von einer größeren Transparenz im Gesundheitswesen auch profitieren zu können, muss ihre Kompetenz gesteigert werden. Andererseits werden kompetente und informierte Patienten zur Transparenz im Gesundheitswesen beitragen, weil sie diese einfordern werden.

Eine enge Verbindung gibt es auch zum Ziel „Patientenrechte stärken“, das sich mit der Frage der Patientenrechte und -beteiligung auseinandersetzt. Die Beteiligung von Bürgern und Patienten an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen ist Voraussetzung für den Erwerb von Kompetenzen, und für die Ausübung der Kompetenz. Die Arbeitsgruppe versteht unter gesundheitlicher Kompetenz einerseits individuelle und andererseits soziale bzw. kommunikative gesundheitliche Kompetenzen. Individuelle gesundheitliche Kompetenzen beziehen sich z.B. auf Fachwissen über die eigene Erkrankung oder Wissen über bestimmte Anbieter. Bei sozialen und kommunikativen Kompetenzen kann es sich z.B. um Verhandlungsgeschick im Kontakt mit Leistungsanbietern, Strategien der Hilfesuche und Fähigkeiten zur sozialen Interaktion in einer Selbsthilfegruppe handeln. In engem Zusammenhang mit der Kompetenz der Patienten steht die Patientenorientierung der Institutionen und Leistungsan-

Tabelle 2

Ziele und Teilziele zum Gesundheitsziel: „Gesundheitliche Kompetenz von Bürgern und Patienten stärken“

Ziel 1: Transparenz erhöhen	Bürger und Patienten werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppenorientierte Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt
Teilziel 1.1	Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt
Teilziel 1.2	Eine patienten- und bürgerorientierte Vermittlung und Erläuterung bereitgestellter Gesundheitsinformationen wird gewährleistet
Teilziel 1.3	Gesundheitsinformationen für spezifische Bevölkerungsgruppen sind verfügbar
Ziel 2: Kompetenz entwickeln	Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger und Patienten sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar
Teilziel 2.1	Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert; selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürgern und Patienten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt
Teilziel 2.2	Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitsbezogener Kompetenzen sind angeregt und erschlossen
Teilziel 2.3	Patientenorientierte Arbeitsweisen und kommunikative Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und gestärkt
Ziel 3: Patientenrechte stärken	Die kollektiven Patientenrechte sind ausgebaut, die individuellen Patientenrechte gestärkt und umgesetzt
Teilziel 3.1	Eine weitest mögliche kollektive Beteiligung von Bürgern und Patienten in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert
Teilziel 3.2	Die Verbesserung und bürgernahe Ausgestaltung der Patientenrechte ist realisiert
Teilziel 3.3	Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt und von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt und werden wirksam umgesetzt
Ziel 4: Beschwerdemanagement verbessern	Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt es Versicherten und Patienten, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen
Teilziel 4.1	Die Position von Beschwerdeführern, insbesondere geschädigten Patienten im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert
Teilziel 4.2	Das Beschwerde- und (Behandlungs-)Fehlermanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgebaut und führt zu regelmäßigen Qualitätsberichten
Teilziel 4.3	Das medizinische Gutachterwesen und die Haftungsregelungen bei Behandlungsfehlern sind patientengerecht weiterentwickelt

bieter, die Fähigkeit zu einer patientenorientierten Gesprächsführung oder die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, die patientenorientiertes Entscheiden und Handeln erlauben.

Den ausgewählten Maßnahmen liegen sowohl „passive“ Strategien der Vermittlung von Gesundheitswissen, als auch einbindende, aktivierende, gesundheitliches Selbstmanagement und „Empowerment“ fördernde Strategien wie Förderung der Selbsthilfe zugrunde.

Ziel 3: Patientenrechte stärken

Durch Mitwirkung verschiedener Gruppierungen auf den einzelnen politischen Ebenen und durch die Mitgestaltung von Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen können Kompetenzen auch auf der Systemebene gesteigert werden. Die Stärkung von Patienten- und Mitspracherechten kann so zu einer verbesserten Beteiligung von Bürgern und Patienten und darüber zu Kompetenzerwartungen beitragen.

Obwohl es in Deutschland im Gesundheits- und Medizinrecht erste Ansätze der Integration von Bürgerbeteiligung gibt, sind diese Gebiete (z. B. das Verbraucherrecht) insgesamt auf die Gewährleistung individueller Schutzrechte, nicht kollektiver Beteiligungsrechte, ausgerichtet [16]. Individuelle Rechtspositionen und Patientenrechte sind aufgrund allgemeiner gesetzlicher Regelungen hoch entwickelt, es bedarf aber nach wie vor einer Zusammenfassung und bürgernahen Ausgestaltung der in unterschiedlichen Gesetzestexten und vor allem in der BGH-Rechtsprechung „verstreuten Patientenrechte“ ([12], S. 45), ihrer verbesserten Bekanntmachung sowie einer Unterstützung der Patienten bei ihrer gerichtlichen und außergerichtlichen Durchsetzung. Gegenüber den individuellen Rechten fehlt es jedoch noch weit mehr an kollektiven Rechten der Verbraucher-, Versicherten- und Bürgerbeteiligung, die eine Mitwirkung an Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen in verschiedenen Formen, z. B. Verfahrens-, Beratungs- und Entscheidungsbeteiligung, ermöglichen ([12], S. 43). Auch hier ist die Unterstützung der Bürger und Patienten in der Wahrnehmung der Patientenrechte und Beteiligungsrechte durch unabhängige Einrichtungen der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sinnvoll.

Ziel 4: Beschwerdemanagement verbessern

Vorrangig geht es um die Wirksamkeit von Beschwerden im Sinne eines Interessenausgleichs und einer Qualitätsverbesserung im Gesundheitssystem. Beschwerden gibt es über das Verhalten und Behandeln von Leistungserbringern, über Entscheidungen der Kostenträger und über institutionelle oder politische Rahmenbedingungen. Durch ein gutes Beschwerdemanagement können vielfältige Anregungen und Kritiken produktiv umgesetzt werden zur Zufriedenheit der betroffenen Patienten und der Gesundheitsberufe.

Medizinische Behandlungsfehler und deren Management nehmen in der fachlichen und nichtfachlichen Öffentlichkeit zunehmend Raum ein. Dem liegt einerseits eine absolut steigende Zahl medizinischer Behandlungsfehler, aber auch eine gesteigerte Wahrnehmung zugrunde, welche ihre Ursachen im erhöhten Kostendruck im Gesundheitswesen, in einer erhöhten Transparenz und in einer gestiegenen Anspruchshaltung haben kann [17]. Von Patientenstellen wird die Zunahme von Anfragen im Bereich Behandlungsfehler auch auf mangelhafte oder fehlende Kommunikationsprozesse im Arzt-Patienten-Verhältnis zurückgeführt [18]. Handlungswege zur Klärung medizinischer Behandlungsfehler und damit auch Ansatzpunkte für Verbesserungen sind neben den gerichtlichen Wegen zu den Zivilgerichten und der Erstattung einer Anzeige bei Polizei oder Staatsanwaltschaft 3 außergerichtliche Formen der Klärung. Dies sind 1. die Klärung über Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Ärztekammern, 2. über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und 3. die direkte Verhandlung zwischen Patient und ärztlicher Haftpflichtversicherung [17]. Patienten(beratungs)stellen, Abteilungen der Verbraucherverbände und verschiedene bundesweite Organisationen Medizingeschädigter bieten eine unabhängige Beratung und Unterstützung von Betroffenen bei der Wahrnehmung ihrer Interessen. Als problematisch werden besonders die bei den Betroffenen liegende Beweislast für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, die nicht immer zu gewährleistende Unabhängigkeit der Gutachter und die Dauer der Schadensregulierung angesehen.

Die Effekte eines differenziert ausgebauten Systems der Beschwerdeführung sind vielfältig [19]. Daten aus Beschwerden liefern Informationen über Mängel und Defizite gesundheitlicher Versorgung, die in ein organisationsinternes Qualitätsmanagement einfließen können. Es ergeben sich Möglichkeiten zur externen Qualitätssicherung, zur Verhängung von Sanktionen gegenüber den Schädigern und zu Entschädigungen der Patienten. In gut ausgebauten Systemen wie den Niederlanden mit gesetzlicher Verankerung und finanzieller und fachlicher Unterstützung werden Patienten stärker beteiligt. Indem Patienten so zur Wahrnehmung ihrer Interessen ermutigt und eingebunden werden, lassen sich Effekte der kollektiven und individuellen Kompetenzsteigerung ableiten, ja es wird sogar vermutet, dass die Zufriedenheit mit der Bearbeitung einer Beschwerde den Heilungsprozess positiv beeinflusst.

Fazit und Ausblick

Die Vorarbeiten der Arbeitsgruppe und die Arbeitsprozesse haben unter anderem deutlich gemacht, dass die Zusammenarbeit von Patientenvertretern, politischen Entscheidungsträgern, Leistungserbringern und Kostenträgern keineswegs bereits eine Selbstverständlichkeit ist. Die zunehmende Einbindung von Patienten und Bürgern in Planungs- und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen wird mittlerweile von allen Akteuren als Notwendigkeit anerkannt; allein die Motive und Erwartungen, die damit verknüpft sind, und die Vorstellungen über das Procedere weisen eine erhebliche Bandbreite auf.

Seitens der Patienten und Bürger gestaltet sich die Mitwirkung so auch immer wieder als Gratwanderung zwischen erwünschter Beteiligung und Einflussnahme einerseits und befürchteter Instrumentalisierung und nicht gratifizierter Ausnutzung von Patientenwissen und -erfahrung andererseits. Bei den Leistungserbringern und Kostenträgern zeichnen sich vereinzelt Befürchtungen hinsichtlich evtl. anstehender Strukturänderungen oder auch Machtverluste ab [8]. Die Vielfalt der möglichen Vertreter aus der Patienten- und Bürgerbewegung erschwert die Entwicklung demokratisch legitimierter Vertretungs- und Beteiligungsformen und erleichtert es starken Interessengruppierungen, für die Durchsetzung eigener

Interessen „geeignete“ Patientenvertreter auszuwählen (vgl. z.B. den Artikel von Alexander Neubacher im Spiegel Nr. 29/2002: Tamtam auf der Barrikade. Medizinfunktionäre und Pharmaindustrie bekämpfen den Versuch der Regierung, die 6 Millionen Zuckerkranken in Deutschland billiger und besser zu behandeln).

Auch andere Gesundheitszielinitiativen, sei es auf supranationaler, auf nationaler oder regionaler Ebene, haben sich bereits der Thematik Patienten- und Bürgerorientierung in unterschiedlicher Intensität gewidmet (die Ergebnisse zu Erfolg und Wirksamkeit der Umsetzung sind derzeit schwer zu bewerten) [23]. So finden sich im europäischen Programm der WHO von 1993 „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ [20] und auch im neueren Programm „Gesundheit 21 - Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ [21] Ziele zur Bürger- und Patientenorientierung. In Ziel 15 des neueren Programms, das sich auf einen integrierten Gesundheitssektor bezieht, heißt es z. B., dass bis zum Jahre 2010 wenigstens 90% der Länder über ein Gesundheitswesen verfügen sollten, das die Partizipation der Individuen sichert und deren Beitrag zur (Wieder)Herstellung von Gesundheit anerkennt und fördert. Auch in Deutschland hat sich z. B. das nordrhein-westfälische Programm von 1995 die Thematik zum Ziel gemacht [22]. Ansätze zur Verbesserung der Patientenorientierung finden sich dort unter anderem unter Ziel 6 „Primäre Gesundheitsversorgung“ (Einbeziehung der Selbsthilfe), unter Ziel 8 „Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse (Stärkung des Partizipations- und Selbsthilfegedankens...)“ und unter Ziel 10 „Unterstützung durch Gesundheitsinformation“.

Dass ein Ziel zur Förderung der Patientenorientierung und zur Kompetenzsteigerung von Bürgern und Patienten Eingang in die Initiative „Gesundheitsziele für Deutschland“ gefunden hat, kann als Ausdruck des veränderten Bewusstseins der Akteure im deutschen Gesundheitswesen für die Dringlichkeit der Thematik und als wichtiger und wegweisender Schritt in die richtige Richtung gewertet werden. Wesentlicher Gradmesser des Erfolgs ist aber die Praxis. Die Arbeitsgruppe und auch das gesamte Modellprojekt haben die Voraussetzungen geschaffen, um die Ziele, Teilziele und Maßnahmen mit den verschiedenen Akteuren abzustimmen und zu realisieren.

Da in diesem Abstimmungsprozess die konsensfähigen Teilziele und Maßnahmen vorrangig bearbeitet wurden, bestehen gute Chancen zur Umsetzung. Weitere bisher nicht beteiligte Akteure sind eingeladen, sich mit zu engagieren.

Literatur

- Bohle F-J (2001) Der informierte Patient. Die neue Rolle des Patienten im Kommunikations- und Informationszeitalter. In: gpk Gesellschaftspolitische Kommentare 42 (10):6–11
- Bundesministerium für Gesundheit (2001) Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenrechte in Deutschland: Fortentwicklungsbedarf und Fortentwicklungsmöglichkeiten“ zu den Themen „Verbesserung der Transparenz im Gesundheitswesen“, „Institutionelle Erweiterung der Patientenbeteiligung“, „Arztvertragsrecht und Behandlungsfehlerhaftung“. Eigenverlag, Bonn
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000) Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen; Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld am 4. bis 5. Februar 1999 in Bonn von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt. Eigenverlag, Köln
- Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M et al. (2001) Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195/August 2001
- Dierks ML, Schwartz FW (2001) Rollenveränderung durch New Public Health. Vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsdienstleistungen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 44:796–803
- Francke R, Hart D (1999) Charta der Patientenrechte: Rechtsgutachten zur Vorbereitung einer Charta der Patientenrechte gemäß dem Beschluss der 70. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren am 20. und 21. November 1997 in Saarbrücken für die Länder Freie Hansestadt Bremen, Freie und Hansestadt Hamburg, Nordrhein-Westfalen. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Kranich C, Böcken J (1997) Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Anregungen und Ideen für Deutschland. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Matzaj J (2002) Die Selbsthilfe als Korrektiv und „vierte Säule“ im Gesundheitswesen. NSB Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen 15 (3):89–97
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2000) Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000 (unveröffentlichtes Manuskript)
- Spitzenverbände der Krankenkassen (2002) Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung. Juli 2002 (unveröffentlichtes Manuskript)
- SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung
- Badura B, Hungeling G (1999) Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In: Forum Public Health 7:2–3
- Hey M, Stötzner K (2001) Patienten Anliegen – Patienteninformationen. impulse: Newsletter zur Gesundheitsförderung, 33, 4. Quartal/Dezember. Schwerpunktheft Aktivierungsstrategien für PatientInnen und BürgerInnen, 9
- Weltgesundheitsorganisation (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Eigenverlag, Genf
- Hart D (1999) Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen: Rechtliche Analyse und Perspektiven. Forum Public Health 7, 26. Schwerpunktheft Patientenorientierung, 7–9
- Robert Koch-Institut, StBA – Statistisches Bundesamt (2001) Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. GBE Heft 4/01. Eigenverlag, Berlin
- Ramrath C (1999) Zur Arbeit der Patientenstellen. Forum Public Health 7, 26. Schwerpunktheft Patientenorientierung, 14
- Verbraucherzentrale Hamburg e.V. (2002) Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa. Band 1: Der Bericht (unveröffentlichtes Manuskript)
- WHO – Regionalbüro für Europa (1993) Ziele zur „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitspolitik für Europa. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, Eigenverlag, Kopenhagen
- WHO – Regionalbüro für Europa (1998) Health21 - The health for all policy for the WHO European Region – 21 Targets for the 21st Century. Eigenverlag, Kopenhagen
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (1995) Zehn vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd), Eigenverlag, Bielefeld
- Brasseit U, Wismar M (2002) Inhaltliche Ausrichtung und konkrete Themen – Zielkorb zur exemplarischen Auswahl von gesundheitsziele.de. In: GVG – Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (Hrsg) Gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Akademische Verlagsgesellschaft Aka, Berlin, S 71–100

Nationale Gesundheitsziele: Diabetes mellitus Typ 2 als Zielbereich

Zusammenfassung

Diabetes mellitus ist einer von 5 Zielbereichen, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung unter dem Leitthema „gesundheitsziele.de“ erarbeitet werden. Die Relevanz des Diabetesproblems und die gegenwärtige Versorgungssituation werden analysiert. Nachhaltige qualitative Verbesserungen sind bereits durch die fast flächendeckend implementierten Diabetesvereinbarungen eingetreten. Auf 3 Zielebenen – Primärprävention des Diabetes mellitus Typ 2, Früherkennung sowie Krankenbehandlung/Rehabilitation – werden ca. 40 Maßnahmen vorgeschlagen, die der weiteren Verbesserung der Diabetiker-versorgung dienen. Personen im Alter von über 45 Jahren und mit Übergewicht gehören zu einer besonderen Beobachtungsgruppe. Die erforderlichen Maßnahmen richten sich an verschiedene Träger und Adressaten, Gesunde und bereits Erkrankte, Personen, die erkrankt sind, aber von ihrer Erkrankung bisher nichts wissen, die Bevölkerung allgemein sowie an die verschiedenen Versorgungseinrichtungen, aber auch an normsetzende Institutionen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele · Diabetes · Prävention · Disease Management · Versorgungssituation

Mit der Herausgabe des Programms Gesundheitsziele „Health for all“ durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vor etwa 15 Jahren setzte weltweit eine Diskussion über eine stärkere Orientierung der nationalen Gesundheitspolitiken an Gesundheitszielen ein. Der Vorrang einer vorwiegend finanzorientierten Gesundheitspolitik, die durch Budgets und Kosten den Rahmen festlegt, innerhalb derer medizinische Versorgung zu gestalten ist, sollte verändert werden. Die Verbesserung der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung in der Bevölkerung darf nicht das mehr oder weniger zufällige Ergebnis einer finanzorientierten Gesundheitspolitik sein. Das gesundheitliche Ergebnis ist selbst zum Ziel zu erheben, das dann letztlich Art und Umfang der notwendigen Maßnahmen im finanziellen und infrastrukturellen Bereich bestimmt.

Auch in Deutschland hat es in den vergangenen Jahren weder auf Bundes- noch auf Landesebene an Ansätzen gefehlt, gesundheitliche Zieldimensionen zu formulieren. So hat z. B. das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 1985 eine Arbeitsgruppe unter der Koordination des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) beauftragt, einen Vorschlag für eine Orientierung der Gesundheitspolitik an medizinischen Zielen zu erarbeiten. Die Arbeitsgruppe legte damals (1990) ein Buch mit dem Titel „Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland“ vor. Die Grundidee bestand darin, wichtige Gesundheitsprobleme, gemessen an Inzidenz, Prävalenz und Schweregrad der Krankheiten, in den verschiedenen Altersgruppen der Bevölkerung wissenschaftlich aufzuarbeiten und Interventionsmaß-

nahmen zu benennen. Eine Priorisierung in Form der Auswahl herausragender Krankheitsprobleme und die Erhebung zum Gesundheitsziel wurde von den Wissenschaftlern nicht vorgenommen. Diese normative Festlegung wurde als Aufgabe der Politik erachtet. Die gesundheitspolitische Umsetzung wurde damals leider nicht vollzogen.

Im Jahr 1999 ergriff das Bundesministerium für Gesundheit eine erneute Initiative. Gesundheitsziele sollten im Konsens aller an der Gestaltung des Gesundheitswesens Beteiligten formuliert werden. Der Konsens der Ziele, die Evidenz der Maßnahmen und eine Übernahmeerklärung zu ihrer Umsetzung seitens der Beteiligten sollten Voraussetzung für die zu entwickelnden Empfehlungen an das Ministerium sein. Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) wurde als gemeinsames Forum aller Mitglieder der Selbstverwaltung mit der Koordination beauftragt.

Gesundheitsziele werden bei der gegenwärtigen Aktivität allerdings umfassender verstanden. Es werden sowohl im engeren Sinne krankheitsbezogene Ebenen angesprochen als auch die Prävention wie auch Zielbereiche, welche die Au-

© Springer-Verlag 2003

Die Autoren sind Mitglieder der Arbeitsgruppe Diabetes mellitus im Projekt „gesundheitsziele.de“. Grundlage dieser Darstellung ist ein mehrheitlich in der Arbeitsgruppe verabschiedetes Arbeitspapier, das zurzeit noch einen Konzentrations- und Abstimmungsprozess durchläuft.

Dr. Gerhard Brenner
Zentralinstitut für die kassenärztliche
Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland,
Höninger Weg 115, 50969 Köln
E-Mail: GBrenner@kbv.de

Gerhard Brenner · L. Altenhofen
J. Knoepfadel · I. Weber

National Health targets: Type 2 Diabetes mellitus as an objective of public healthcare

Abstract

Diabetes mellitus belongs to the five key issues which are evaluated within the framework of „gesundheitsziele.de“, an initiative that has been started by the Federal Ministry of Health. Aim of the investigation is to analyse the relevance of Diabetes and to evaluate the actual situation concerning the provision of medical services for diabetic patients. Considerable improvements in quality have been achieved by the Diabetes-contracts that have in the course of the last years been implemented in nearly all regions of Germany. For the 3 target areas: preventive measures / primary care of Type 2 Diabetes mellitus, early detection and treatment / rehabilitation, the working group „gesundheitsziele.de“ proposes about 40 measures by means of which the treatment of diabetic patients could be further improved. Special attention is paid to the age group of persons over 45 years with overweight. The measures proposed address different institutions and bodies, healthy persons and diabetic patients, persons which suffer from diabetes but don't know it, the public in general, different service providers as well as institutions which are responsible for the setting of standards.

Keywords

Health targets · Diabetes · Preventive measures · Disease Management · Medical service provision

tonomie der Versicherten zur Navigation in dem Gesundheitswesen stärken. Die gegenwärtigen Zielbereiche sind: Patientenrechte, Tabakkonsum, Gesundheit im Jugendalter, Brustkrebs und Diabetes mellitus.

Die Arbeitsgruppe 4 hat unter der Koordination des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung die Bearbeitung des krankheitsbezogenen Gesundheitsziels „Diabetes mellitus Typ 2“ übernommen. Die Arbeitsgruppe setzt sich zusammen aus Mitgliedern der Ärzteschaft, der Krankenkassen, der Krankenhäuser, der Rehabilitation, der diabetologischen Wissenschaft, der pharmazeutischen Industrie und ihres Verbandes, der Bundes- und Landesministerien, der Selbsthilfegruppen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Gesundheitsziele auf verschiedenen Ebenen

Unter einem Gesundheitsziel bei der Krankheit Diabetes versteht man die Beschreibung und Festlegung eines erreichbaren verbesserten Zustandes bei der Prävention von Diabetes und der Versorgung von Diabetikern in der Bevölkerung. Die angestrebten Ziele können dabei in qualitativen oder quantitativen Dimensionen ausgedrückt werden. Die Zielerreichung wird durch geeignete, umfassende Managementkonzepte angestrebt. Die einzelnen Maßnahmen sind im Rahmen dieses Managementkonzepts nach Art, Umfang und Interventionszeitpunkt festzulegen. Es muss dargestellt werden, von welchen Akteuren/Organisationen die Maßnahmen durchgeführt werden, in welchen Bereichen sie implementiert werden und an welche Zielgruppen sie sich richten. Ausgewählte Maßnahmen zur Verbesserung der Krankenbehandlung müssen sich durch anerkannte Leitlinien für die Diabetesbehandlung begründen lassen.

Ziele für die Prävention des Diabetes und eine verbesserte Versorgung von Diabetikern können, entsprechend der Stadienabfolge chronischer Krankheiten, nach dem Zeitpunkt der auf sie bezogenen Interventionen unterschieden werden:

- ▀ Ziele auf der Ebene von Primärprävention: Einflussnahme auf die Lebensweise (insbesondere das Bewegungs- und Ernährungsverhalten) der gesunden Bevölkerung oder spe-

ziell ausgewählter Teilgruppen, um das Eintreten des Krankheitsfalls zu vermeiden.

- ▀ Ziele auf der Ebene von Sekundärprävention/Entdeckungsgrad: Früherkennung der Krankheit bei allen von Diabetes betroffenen Personen in der Bevölkerung.
- ▀ Ziele auf der Ebene von Krankenbehandlung und Rehabilitation: Beobachtung und therapeutische Intervention bei den Personen, bei denen ein Diabetes mellitus diagnostiziert wurde, mit dem Ziel, die Progression der Krankheit und das Auftreten von Folgeerkrankungen und Komplikationen zu vermeiden. Frühzeitiger Einbezug von Rehabilitationsmaßnahmen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit sowie zur Wiederherstellung der durch Folgeerkrankungen eingetretenen Funktionseinbußen.

Die erforderlichen Maßnahmen können nach ihren Trägern und Adressaten unterschieden werden:

- ▀ Maßnahmen, die von den in Versorgungseinrichtungen Tätigen getragen werden (Krankenhaus, Arztpraxen, Apotheken, Rehabilitationseinrichtungen),
- ▀ Maßnahmen, die sich an Patienten richten (Patienteninformation und -motivation),
- ▀ Maßnahmen, die sich an die Bevölkerung richten (Öffentlichkeitsarbeit, allgemeine oder gezielte Ansprache potenzieller Risikogruppen),
- ▀ Maßnahmen, die von den in normsetzenden Einrichtungen Tätigen getragen werden (Herstellung der organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen zur Wahrnehmung von Koordinationsfunktionen in dem Netzwerk aus Prävention, Behandlung und Rehabilitation).

Die hier diskutierten Ziele und Maßnahmen sind auf die Vermeidung bzw. die Behandlung der Erkrankung bei den Typ-2-Diabetikern ausgerichtet. Von dieser Stoffwechselerkrankung sind in der Bundesrepublik Deutschland schätzungsweise zwischen 5 und 7 Mio. Personen in der Bevölkerung betroffen. Der Typ-2-Diabetes tritt vorwiegend im mittleren bis höheren Lebensalter ab 45 Jahren auf. In Abhängigkeit von demographischen Entwicklungen, verbesserten The-

rapieoptionen und wohlstandsassozierten Lebensstilen kann mit einer starken Zunahme in den kommenden Jahren gerechnet werden [1, 2, 3, 4, 5, 35].

Die Regelversorgung findet zum größten Teil ambulant in Praxen niedergelassener Ärzte statt. Nur eine kleine Teilmenge von Typ-2-Diabetikern wird bei Stoffwechsellagestörungen oder diabetesbedingten Folgeschäden stationär behandelt oder erhält rehabilitative Maßnahmen.

Relevanz des Diabetesproblems in der Bevölkerung

Diabetes mellitus ist eine metabolische Erkrankung, die durch Hyperglykämie auf Basis einer defekten Insulinsekretion, Insulinwirkung oder einer Kombination hieraus charakterisiert ist und mit metabolischen Störungen im Kohlenhydrat- (Glukose-), Fett- und Proteinstoffwechsel einhergeht [1, 6]. Der Typ-2-Diabetes bleibt nach internationalen Untersuchungen in bis zu 50% der Fälle über lange Jahre unentdeckt und wird oft erst im Rahmen einer Routinelaboruntersuchung auffällig [5, 7, 8]. Die Mehrzahl der Erkrankungen entwickelt sich auf dem Boden eines so genannten „metabolischen Syndroms“ („Wohlstandssyndrom“), einer Kombination aus stammbetonter Adipositas, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie und Hyperurikämie, die mit einer Insulinresistenz, Glukosetoleranzstörung bzw. einem Diabetes einhergeht. Hierdurch wird verständlich, dass Überernährung sowie Faktoren wie Bewegungsarmut, die zu Adipositas führen, durch Auslösung einer sukzessiven Insulinresistenz einerseits ätiologisch für den Typ-2-Diabetes bedeutsam sind, und andererseits Gewichtsreduktion durch Ernährungsumstellung und körperliche Aktivität ein entscheidendes therapeutisches Prinzip bei der Behandlung der meist übergewichtigen Typ-2-Diabetiker darstellt [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20]. Darüber hinaus ist auch der Typ-2-Diabetes oft korreliert mit einer positiven Familienanamnese [21, 22, 23].

Der Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 geht aus von einer durchschnittlichen Lebenszeitverringerung von 15–20 Jahren bei der Diagnosestellung im Alter von 20–30 Jahren, 10–13 Jahren bei neu diagnostizierten Diabetikern der Altersgruppe der 30- bis 40-Jährigen und 2–5 Jahren bei über 65-Jährigen [24].

Ursächlich für die verkürzte Lebenserwartung sind mikrovaskuläre (v. a. diabetische Nierenerkrankung, Retinopathie, Neuropathie, Mikroangiopathie) und vor allem unspezifische makrovaskuläre Komplikationen (koronare Herzkrankheit, arterielle Verschlusskrankheit, Schlaganfall), die insbesondere bei unzureichender glykämischer Kontrolle in Kombination mit weiteren Risikofaktoren (Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Übergewicht, Bewegungsarmut, Rauchen) die führende Todesursache bei ungefähr 70% der Patienten darstellen [5, 25, 26].

Die Behandlung des Diabetes mellitus besteht darin, im Rahmen eines differenzierten, den Patienten partnerschaftlich einbeziehenden Konzepts, die glykämische Stoffwechsellage zu optimieren und oben genannte Folgekomplikationen zu verhindern bzw. zu verzögern. Pharmakologisch werden Typ-2-Diabetiker größtenteils mit oralen Antidiabetika behandelt, bei schwerer Erkrankung auch mit Insulin. Als Kontrollparameter für eine längerfristige, zufrieden stellende glykämische Einstellung fungiert das HbA_{1c} (Referenzwert bei Nichtdiabetikern um die 4–6%).

Die hierfür notwendigen Komponenten in der Betreuung von Diabetikern sind die kontinuierliche möglichst normnahe Blutzucker- und normale bis niedrig-normale Blutdruckeinstellung, ein pharmakologisches und verhaltensbezogenes Management des metabolischen Syndroms und weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren, Diabetikerschulungsprogramme, Monitoring und Frühtherapie diabetischer Spätkomplikationen wie Retinopathie, diabetischer Fuß, koronare Herzkrankheit (KHK), arterielle Verschlusskrankheiten (AVK) etc. Sie werden durch die Diabetesvereinbarungen in der vertragsärztlichen Versorgung zunehmend umgesetzt.

Eine gewisse Skepsis gegenüber den hochgerechneten Zahlen zur Versorgungssituation von Diabetikern in Deutschland ist angebracht.

Allerdings wird im neuesten Gutachten des Sachverständigenrates genauso wie in der Bundestagsdrucksache 14/4263 und in vielen weiteren Publikationen die Versorgungssituation von Diabetikern in Deutschland als unbefriedigend angesehen.

Diese Einschätzung basiert auf immer wieder zitierten Eckdaten, z. B. 28.000 Amputationen oder 5.000 Erblindungen bei Diabetikern pro Jahr, der Dialysepflichtigkeit von 33% der Patienten mit langjährigem Diabetes oder die durch den Typ-2-Diabetes verursachten jährlichen Kosten von fast 32 Milliarden DM [27, 28]. In Trendanalysen wird zudem konstatiert, dass sich die Versorgungssituation hinsichtlich dieser Ergebnisparameter in den vergangenen Jahren nicht verbessert hätte, sondern stagniere bzw. sich sogar verschlechtern würde und dass die Vorgaben der St.-Vincent-Deklaration (eine internationale Zielformulierung zur Reduktion der Krankheit Diabetes und der Folgekomplikationen aus dem Jahr 1989) nicht umgesetzt würden.

Eine gewisse Skepsis gegenüber den hochgerechneten Zahlen zur Versorgungssituation von Diabetikern in Deutschland, die wegen der Zitierhäufigkeit einzelner Untersuchungen inzwischen vielfach als Realität angesehen werden, scheint aber angebracht. Diese Zahlen beruhen zum Teil nur auf einigen wenigen Untersuchungen, die anhand kleiner Studienpopulationen und auf Grundlage von Daten aus den 80er-Jahren (Diabetesregister der DDR) auf die jetzige Situation in der Bundesrepublik Deutschland extrapoliert werden und deren Validität unklar bleibt [29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42].

Versorgungssituation von Diabetikern in Deutschland

Ungeachtet der unklaren Datenlage zur gesamtdeutschen Versorgungssituation und divergierender Einschätzungen über das Ausmaß eines akuten Handlungsbedarfs muss deshalb natürlich weiterhin ein vorrangiges Ziel in der Vermeidung oder Verzögerung schwerwiegender und nachfolgend mit hoher Mortalität assoziierter Komplikationen bestehen. Dabei scheint sich anzudeuten, dass eine Subgruppe diabetischer Patienten mit multiplen kardio- und zerebrovaskulären Risikofaktoren und möglicherweise spezifischen, sozioökonomisch bedingten Lebensstilen existiert, die im Rahmen eines risikostratifizierten Vorgehens gezielt erreicht werden muss.

Die Analyse der gegenwärtigen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zeigt, dass es in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen zur Verbesse-

rung der Versorgung von Diabetikern gegeben hat. Diabetesvereinbarungen sind fast flächendeckend implementiert. Ihre Maßnahmen konzentrieren sich allerdings vorwiegend auf die Zielebene der Krankenbehandlung und die Verbesserung von Surrogatparametern wie Blutzuckereinstellung oder Blutdruckwerte. Nach herrschender Auffassung ist die Verbesserung der glykämischen Stoffwechseleinstellung, der Fettstoffwechselwerte und des Blutdrucks eine notwendige Voraussetzung zur Beeinflussung von Diabetes und zur Vermeidung oder zum zeitlichen Hinausschieben von Folgeerkrankungen.

Ein bundesweiter Überblick über die Versorgung von Diabetikern mit aussagefähigen Referenzwerten existiert zurzeit nicht. Aus den in fast allen Regionen bestehenden Diabetesvereinbarungen über Modellprojekte zur Verbesserung der Diabetikerversorgung können aber aus den dort dokumentierten Befunddaten Rückschlüsse über die Qualität der Diabetikerversorgung gezogen werden. Zum seit 1998 laufenden Modellprojekt in Nordrhein liegen mittlerweile Befunddaten von ca. 190.000 Diabetikern vor. Die ärztlicherseits dokumentierten Behandlungsdaten beschreiben im Wesentlichen spezifische Labor- und Blutdruckmesswerte (Blutzucker, Blutdruck und Fettstoffwechselprofil) sowie das Ausmaß bestehender diabetesbedingter Folgeerkrankungen. Aus der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts Nordrhein ergeben sich folgende Daten zur Beschreibung der Situation hausärztlich betreuter Typ-2-Diabetiker.

In Tabelle 1 sind alle Typ-2-Diabetiker berücksichtigt, die im Jahre 2001 von den an den Diabetesvereinbarungen der KV Nordrhein beteiligten 1.650 hausärztlichen Praxen zuletzt dokumentiert wurden. Es ist davon auszugehen, dass sich unter den Bedingungen dieser Maßnahme im Vergleich zur bisherigen Versorgungssituation von Diabetikern ein eher günstiges Bild ergibt, das vor allem auf dem an fachliche Qualitätsanforderungen beschränkten Zugang zur Teilnahme von Praxen an dem Vertrag beruht. Dennoch könnten die oben genannten Werte ggf. als Referenzbereiche benutzt werden, um unter verbesserten infrastrukturellen Rahmenbedingungen künftiger ähnlicher Qualitätsinitiativen Gesundheitsziele beim Krankheitsbild Diabetes in angemessener Weise zu quantifizieren.

Besonders hervorzuheben ist die im Gebiet der KV Nordrhein erzielte Verbesserung des Blutglukosestoffwechsel um durchschnittlich ca. 1,2 Prozentpunkte über 2 Jahre bei Risikopopulationen mit schlechter Stoffwechseleinstellung (HbA_{1c}-Wert-Ausgangswert von >7,5%), die im Wesentlichen durch eine Intensivierung der medikamentösen Therapie sowie durch Schulungen der Patienten erreicht werden konnten. Besonders eindrucksvoll verliefen die HbA_{1c}-Senkungen bei den Patienten mit Ausgangswerten von >10%, bei denen die HbA_{1c}-Werte durchschnittlich um 2,4 Prozentpunkte verbessert werden konnten.

Der mittlere HbA_{1c}-Wert konnte zwischen dem 1. Quartal 2000 und dem 4. Quartal 2001 von 7,0% auf 6,7% abge-

senkt werden, wobei 81,9% der Diabetiker eine normoglykämische Stoffwechseleinstellung (HbA_{1c} ≤ 7,5%) erreichten. Im gleichen Zeitraum sank der mittlere Blutdruck von 144/82 mmHg auf 141/82 mmHg bei 32,5% normoton eingestellten Diabetikern (Blutdruck <140/85 mmHg).

Eine alleinige Diabetesbehandlung innerhalb des metabolischen Syndroms reicht bei der Mehrzahl der Patienten nicht aus.

Eine isolierte Verbesserung der Diabetesbehandlung wird dem Grundproblem der Zunahme des metabolischen Syndroms als Hauptpromotor der kardio-

Tabelle 1
Interventionsparameter bei hausärztlich betreuten Typ-2-Diabetikern im Strukturvertrag Nordrhein^a

Interventionsparameter bei allen hausärztlich betreuten Typ-2-Diabetikern im Strukturvertrag Nordrhein	Angaben in % betreuter Diabetiker <65 Jahre	Angaben in % betreuter Diabetiker >65 Jahre
Normoglykämische Stoffwechseleinstellung (HbA _{1c} <7,5%)	70,3	73,2
Mittlerer Rückgang des HbA _{1c} -Wertes bei initialer Normwertüberschreitung (>7,5%)	1,2	1,2
Normotoner Blutdruck (<140/85 mmHg) ^b	41,2	35,8
Normale Fettstoffwechselwerte ^c	42,4	48,1
Keine Mikroalbuminurie (<20 mg/dl)	87,7	85,9
Normales Gewicht (BMI <25)	14,0	24,8
Ohne diabetesbedingte Folgeschäden ^d	78,6	66,7
Teilnehmer an Schulungsveranstaltungen (jemals geschult)	63,7	56,3
Therapie ohne Medikation	37,0	34,7
Therapie mit oralen Antidiabetika	42,1	41,3
Therapie mit Insulin	20,9	24,0
Amputationen	0,9	1,4
Niereninsuffizienz (nur Patienten aus DSPen)	0,7	0,7
Neuropathie	5,1	8,3
Retinopathie bei durchgeführter Funduskopie	7,2	10,0
Herzinfarkt ^e	(k.A.)	(k.A.)
Schlaganfall ^e	(k.A.)	(k.A.)

^a Ausprägung von Parametern bei Typ-2-Diabetikern in Nordrhein als Ergebnis ihrer Betreuung durch Ärzte, die nach Maßgabe des entsprechenden Strukturvertrags zwischen der KV Nordrhein und den entsprechenden Landesverbänden der Krankenkassen seit 1999 arbeiten. Basis: ca. 190.000 Diabetiker in ca. 2.000 Arztpraxen.

^b Kriterien gemäß IDF 1999 (Blutdruck <140/85 mmHg).

^c Kriterien gemäß IDF 1999 (LDL <156 mg/dl; HDL >46 mg/dl; Triglyzeride <201 mg/dl).

^d Mikroalbuminurie, Retinopathie, autonome Neuropathie, sonstige Hinweise auf Mikroangiopathien.

^e Erhebung in Hinsicht auf Makroangiopathien derzeit in Vorbereitung. (Quelle: Altenhofen L et al. „Wissenschaftliche Begleitung der Diabetes-Vereinbarungen der KV Nordrhein – 2. Projektphase (2000–2001). Zwischenbericht“ Köln, Mai 2002.

und zerebrovaskulären Erkrankungen also nicht gerecht werden können. Sie muss ergänzt werden um Maßnahmen gegen Nikotinkonsum und Bewegungsmangel. Orthopädische Probleme als Folge von Adipositas sind oft leidensbestimmend. In der Rentenantragstellung und Berentung fehlt als Ursache für diese orthopädischen Probleme häufig die Diagnose Adipositas und/oder Diabetes. Es ist auch zu berücksichtigen, dass es bei fast allen Diabetesbehandlungen mit Insulin zu einer Gewichtszunahme mit entsprechenden Folgeproblemen kommt. Daraus ist abzuleiten, dass eine alleinige Diabetesbehandlung innerhalb des metabolischen Syndroms bei der Mehrzahl der Patienten nicht ausreicht. Maßnahmen der Prävention sollten vor dem Hintergrund der bestehenden Ausrichtung auf die Diabetesbehandlung in der Zielformulierung Vorrang haben. Insgesamt erscheint es effektiver, die Anzahl von Behandlungsfällen zu vermindern, als die Behandlungsqualität bei behandelten Patienten zu verbessern.

Obwohl die schwerpunktmäßige Ausrichtung von Gesundheitszielen auf der Ebene der Primär- und Sekundärprävention liegen sollte, ist auch die Zielebene der Behandlung und der Rehabilitation in dieses Zielpapier aufzunehmen, um der Öffentlichkeit einen umfassenden Überblick über alle notwendigen konzertierten Maßnahmen auf allen Zielebenen zu geben. So genannte strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) für Diabetiker sollen in Zukunft die Diabetesbehandlung weiter verbessern.

Es kann aber nicht Aufgabe der hier angestellten Ziel- und Maßnahmendiskussion sein, Inhalte von Disease-Management-Programmen zu formulieren oder gar medizinische Grenzwerte für die Intervention festzulegen. Dies ist Aufgabe des Koordinierungsausschusses, in dessen Verantwortung die medizinische Ausprägung von Disease-Management-Programmen liegt. Die Inhalte werden letztlich über Rechtsverordnungen des Bundesgesundheitsministeriums und ggf. durch Bundesmantelverträge zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgeschrieben. Medizinische Maßnahmen und Grenzwerte sollen sich auf evidenzbasierte Leitlinien stützen. Dazu wird auf die Nationale Versorgungsleitlinie, her-

ausgegeben von der Bundesärztekammer (Mai 2002), verwiesen.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass behandelte Diabetiker, gemessen an der Blutzuckereinstellung, überwiegend bereits gut eingestellt sind, ist auf der Zielebene der Behandlung das Augenmerk insbesondere auf eine weitere Verbesserung der Blutdruckeinstellung, das Erreichen eines normalen Gewichts und eine Steigerung der Teilnahmehäufigkeit an Patientenschulungen für Diabetiker zu richten. Zusätzlich ist eine Verbesserung der Schulungsprogramme für Diabetiker über die reine Wissensvermittlung hinaus auf die Verhaltensänderung anzustreben.

Soziale Situation und Migration als Problembereich

Der Einfluss der sozialen Lage, nicht nur auf die Wahrscheinlichkeit zu erkranken, sondern auch auf einen ungünstigen Krankheitsverlauf, erklärt sich häufig nicht zuletzt aus einem defizitären Gesundheitsverhalten von Patienten, die unter ungünstigen, sozial benachteiligenden Bedingungen aufgewachsen sind.

Defizite im Gesundheitsverhalten sozial benachteiligter Gruppen sind nicht Ausdruck eines lediglich unzureichenden Informationsstandes dieser Gruppen. Der Forschungsstand lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass sich das naive Modell der Gesundheitserziehung, wonach im Wesentlichen das Bereitstellen von Informationen über gesundheitliche Risiken zu einer erfolgreichen Verhaltensänderung führt, als Irrtum erwiesen hat [43]. Entsprechend muss man davon ausgehen, dass sich eine Verbesserung dieser Verhaltensdefizite nicht dadurch erreichen lässt, dass schwerpunktmäßig auf der kognitiven Ebene interveniert wird.

Es überrascht daher auch nicht, wenn beispielsweise bei den in Deutschland behandelten Türken, die von Diabetes betroffen sind, besondere Versorgungsdefizite angenommen werden. Zudem scheint deren Diabeteshäufigkeit doppelt so hoch wie bei Deutschen zu liegen. Dies geht aus einer in Hessen durchgeführten Feldstudie der Universität Gießen hervor, in deren Rahmen mehr als tausend türkische Migranten im Alter von 15–70 Jahren und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Deutschland von 21 Jahren befragt und untersucht wurden. Die nach Maßgabe

der in Hessen lebenden deutschen Bevölkerung alterskorrigierte Stichprobe türkischer Migranten wies für Diabetes eine Gesamtprävalenz in Höhe von 14,8% auf. Einen vorbekannten Diabetes hatten 9,8% der türkischen Migranten, bei 5,0% bestand ein neu entdeckter Diabetes. Bei den in der Studie untersuchten türkischen Diabetikern fanden sich Hinweise auf Behandlungsdefizite: Bei 70% der bekannten türkischen Diabetiker war die Stoffwechsellage unbefriedigend mit einem HbA_{1c} von >7,0%. 46% hatten ein LDL-Cholesterin von über 130 mg/dl, und bei 45% lag der Blutdruck über 140/90 mmHg [44].

Zielformulierung auf verschiedenen Zielebenen

Zielebene Primärprävention des Diabetes mellitus Typ 2

Bei der Primärprävention wird das Ziel verfolgt, bei der gesunden Bevölkerung die Gesundheitsrisiken zu vermeiden, die die Entstehung von Diabetes Typ 2 begünstigen (Tabelle 2). Hierzu gibt es Evidenz durch 2 kontrollierte Studien [12, 45] sowie zusammenfassende Hinweise über die Machbarkeit eines bevölkerungsweiten Ansatzes [47]. Es müssen verstärkt und energischer Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention des metabolischen Syndroms erfolgen. Die Primärprävention sollte sich insbesondere auf 3 Zielgruppen richten:

- ▶ Personen im jugendlichen Alter,
- ▶ Personen im Erwachsenenalter ab 45 Jahren aufwärts, bei denen die Gefahr der Manifestation von Typ-2-Diabetes zunimmt,
- ▶ Personen mit erhöhtem Risiko (z. B. Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Verwandte ersten Grades von an Diabetes Typ 2 erkrankten Menschen, Glukoseintoleranz, Gestationsdiabetes in der Anamnese, Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen, Zugehörigkeit zu benachteiligten sozialen Gruppen) mit dem Ziel der Senkung des Risikos über einen Kompetenzzuwachs (Selbstmanagement).

Es sind insbesondere wirksame Interventionsansätze zu entwickeln und zu implementieren, die Auswirkungen haben auf:

Tabelle 2

Zielebene „Primärprävention des Diabetes mellitus Typ 2“

Zielebene	Ziel	Teilziele
Primärprävention des Diabetes mellitus Typ 2	Die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 ist reduziert	Das Auftreten des metabolischen Syndroms als vornehmliches Risiko für Diabetes Typ 2 wird bekämpft und seine Häufigkeit ist verringert Das Bewusstsein der Bevölkerung über ernährungs- und verhaltensbedingte Risiken ist geschärft Das Verhalten der Bevölkerung verringert das Risiko für das Auftreten eines metabolischen Syndroms Gesundheitsfördernde Strukturen und Rahmenbedingungen für Ernährungs- und Bewegungsverhalten sind vermehrt im Lebensumfeld von Menschen, insbesondere Risikogruppen
	Zielgruppe: Allgemeine Bevölkerung mit Fokus auf Kinder und Jugendliche sowie Personen über 45 Jahre Personen mit erhöhtem Risiko (z. B. Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Verwandte ersten Grades von an Diabetes Typ 2 erkrankten Menschen, Glukoseintoleranz, Gestationsdiabetes in der Anamnese, Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen, Zugehörigkeit zu benachteiligten sozialen Gruppen)	

- ▀ Reduktion des Körpergewichtes bei festgestelltem Übergewicht (kinder- und erwachsenenspezifische Bestimmung),
- ▀ Steigerung der körperlichen Aktivitäten bei festgestelltem Bewegungsmangel,
- ▀ richtige Ernährung gemäß den Regeln für vollwertige Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) sowie
- ▀ Reduktion des Tabakkonsums als wichtigen Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen als Bestandteil des metabolischen Syndroms und als Faktor, der das Morbiditätsrisiko von an metabolischem Syndrom Erkrankten potenziert. (Eine Kooperation mit der AG 6 „Tabakkonsum Reduzieren“ wird angestrebt.)

Als Oberziel könnte formuliert werden, das Bewusstsein in der gesamten Bevölkerung über ernährungs- und verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken zu schärfen und Lebensbedingungen zu schaffen, die gesundheitsförderndes Verhalten erleichtern (z. B. verbesserte Sportangebote und Essensangebote in Gemeinden, Kindergärten, Schulen, Betrieben und Vereinen). Dadurch soll bevölkerungsweit eine Senkung der Häufigkeit des metabolischen Syndroms bewirkt und die Inzidenz von Diabetes Typ 2 verringert werden. Die Maßnahmen auf der Zielebene Primärprävention sind somit nicht spezifisch diabetesorientiert, sondern stehen in Zusammenhang mit Auf-

klärung und Motivation zu einer gesunden, bewegungsintensiven Lebensweise.

Maßnahmenvorschläge zur Primärprävention

Nationales Kampagnenprogramm gegen Übergewicht/metabolisches Syndrom:

- ▀ in Kooperation mit anderen betroffenen Fachgesellschaften (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Hypertonie-Gesellschaft),
- ▀ unter Integration eines risikobezogenen Kooperationsnetzes (Ärzte, Sport-, Ernährungsfachkräfte, Psychologen sowie deren Organisationen, Selbsthilfe- und Wohlfahrtsorganisationen, Bund/Länder/Gemeinden, Schulen, Betriebe, ggf. Industrie, Krankenversicherungen u. a.).

Das Kampagnenprogramm besteht aus 4 untergeordneten Aktionsbereichen:

Informationsvermittlung

- ▀ Bevölkerungswweit: Informationskampagne bezüglich Ernährung, Gewicht, Bewegung mittels Massenkommunikationsmitteln wie Plakate, Spots, Call-Center etc. (z. B. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Analogie zur AIDS-Kampagne).
- ▀ Koordination der Kampagne mit Maßnahmen der AG 6 „Tabakkonsum Reduzieren“, da metabolisches Syn-

drom, Diabetes mellitus und Tabakkonsum sich bezüglich des Risikos für kardiovaskuläre Folgeerkrankungen potenzieren.

Veränderung des Ernährungsverhaltens

- ▀ Bevölkerungswweit: Angebote und Motivation zur Ernährungsumstellung (z. B. durch Ernährungsberatung der Krankenkassen, Kochkurse).
- ▀ Besonders betroffene Zielgruppen: Verbesserung der Infrastruktur (z.B. Angebot gesunder Ernährung in Kindergärten, Schulen und Betrieben), der Vernetzung (Schule/Kindergarten mit Anbietern gesunder Ernährung, Ärzten, Gewichtsnormalisierungsprogrammen) und der Qualifikation von Multiplikatoren mit dem Ziel der Gesundheitsförderung insbesondere in sozialen Brennpunkten (z. B. Kooperation der BZgA mit dem Projekt Entwicklung und Chancen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).
- ▀ Kindergarten und Schule: Kooperation mit der AG 7 (Kinder/Jugendliche: Ernährung, Bewegung, Stress) zur Förderung einer gesunden Lebensweise (z. B. erfolgreich abgeschlossener Modellversuch in Westfalen-Lippe durch KV und Ärztekammer sowie multimodale Programme zur Gewichtsnormalisierung).
- ▀ Betrieb: Anbieten gesunder, fettarmer, der körperlichen Belastung

der Arbeitnehmer angepasster Kantinenernährung.

- ▶ Industrie: Verpflichtung der Nahrungsmittelindustrie zur deutlichen Fettdeklaration auf Lebensmitteln.
- ▶ Vergabe eines Gütesiegels für Gaststätten und Betriebskantinen, die spezielle Menüs zur Unterstützung einer kaloriengerechten und übergewichtsvermeidenden Kost anbieten.
- ▶ Entwicklung qualitätsgesicherter Programme zur nachhaltigen Reduktion von Übergewicht in den Gemeinden (z.B. Qualitätsraster Übergewicht der BZgA).

Aktionen zur Veränderung des Bewegungsverhaltens

- ▶ Bevölkerungswelt: Aktionen zur Erhöhung der Teilnahme der Bevölkerung an sportlichen Aktivitäten.
- ▶ Besonders betroffene Zielgruppen: Verbesserung der Infrastruktur (z.B. wohnortnahe Sportplätze, bewegungsfreundliche Kindergärten, Schulen und Betriebe), der Vernetzung (Schule/Kindergarten mit Sportvereinen, Ärzten) und der Qualifikation von Multiplikatoren mit dem Ziel der Gesundheitsförderung insbesondere in sozialen Brennpunkten (z.B. Kooperation der BZgA mit dem Projekt Entwicklung und Chancen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).
- ▶ Kindergarten und Schule: Verstärkung der sportlichen Aktivitäten. Kooperation mit der AG 7 (Kinder/Jugendliche: Ernährung, Bewegung, Stress) zur För-

derung einer gesunden Lebensweise (z. B. erfolgreich abgeschlossener Modellversuch in Westfalen-Lippe durch KV und Ärztekammer).

- ▶ Ausbau des Breitensports und aktive Mitgliederwerbung der Vereine sowie Qualitätsanreize für gesundheitsfördernden Sport (z. B. Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ des deutschen Sportbunds in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer).
- ▶ Betrieb: Unterstützung betrieblicher Gesundheitsförderung wie Bereitstellung arbeitsplatznaher Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität in Arbeitspausen.

Medizinische Behandlung

- ▶ Verstärktes Angebot medizinischer Behandlung in Form pharmakologischer und verhaltenstherapeutischer Interventionen für besondere Risikogruppen (z. B. Adipöse).

Ein Indikator zur Messung der Wirksamkeit primärpräventiver Maßnahmen ist die Reduktion des Body-Mass-Indexes insbesondere bei Jugendlichen und bei Erwachsenen im mittleren bis höheren Lebensalter.

Zielebene Sekundärprävention

Ziel der Sekundärprävention ist es, die an Diabetes Typ 2 erkrankten Personen in der Bevölkerung in einem möglichst frühen Stadium der Erkrankung zu identifizieren und sie so frühzeitig opti-

mal zu behandeln, um Komplikationen und Spätschäden so weit wie möglich zu verhindern.

Früherkennung des Diabetes

Prognosen und Hochrechnungen gehen davon aus, dass in der deutschen Bevölkerung derzeit über die rund 5 Mio. in medizinischen Einrichtungen behandelten Diabetiker schätzungsweise weitere 2 Mio. Diabetiker leben, die unerkannt die Krankheit haben. Mit der im Jahr 1990 eingeführten Gesundheitsuntersuchung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 35. Lebensjahr liegt im Grunde ein wirksames Instrument vor, um Diabetiker frühzeitig zu entdecken. Der Test auf Urinzucker und Blutzucker, die Feststellung des Blutdrucks, des Gewichts und der Blutfettwerte sowie die anamnestiche und körperliche Untersuchung sind Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung. Die gegenwärtige niedrige Inanspruchnahmequote der Gesundheitsuntersuchung reicht aber zur vollständigen flächendeckenden Erfassung der von der Krankheit betroffenen Personengruppe nicht aus. Es werden deshalb Maßnahmen vorgeschlagen, die zielgerichtet Personen mit bestimmten Risikokonstellationen ansprechen sollen, um bei diesen das Vorhandensein der Krankheit zu testen (Tabelle 3).

Maßnahmenvorschläge zur Sekundärprävention

- ▶ Steigerung der Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung für die oben

Tabelle 3
Zielebene „Sekundärprävention/Früherkennung Diabetes mellitus Typ 2“

Zielebene	Ziel	Teilziele
Sekundärprävention/Früherkennung Diabetes mellitus Typ 2	Der Diabetes mellitus Typ 2 wird häufiger in einem Krankheitsstadium diagnostiziert, in dem noch keine Folgeschäden aufgetreten sind	Die Strukturen und Rahmenbedingungen zur Früherkennung von Menschen mit Diabetes Typ 2 sind verbessert Das Bewusstsein der Bevölkerung zur Inanspruchnahme vorhandener Maßnahmen zur Früherkennung ist verbessert Der Einsatz qualitätsgesicherter Früherkennung durch Anbieter von Diagnostik ist gesteigert
	Zielgruppe: Allgemeine Bevölkerung mit Fokus auf Personen über 45 Jahre Personen mit erhöhtem Risiko (z. B. Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Übergewicht, Bewegungsmangel, Verwandte ersten Grades von an Diabetes Typ 2 erkrankten Menschen, Glukoseintoleranz, Gestationsdiabetes in der Anamnese, Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen, Zugehörigkeit zu benachteiligten sozialen Gruppen)	

Tabelle 4

Zielebene „Krankenbehandlung/Rehabilitation Diabetes mellitus“

Zielebene	Ziel	Teilziele
Krankenbehandlung/Rehabilitation Diabetes mellitus	Die Lebensqualität von Menschen, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, ist erhöht. Folgeprobleme und Komplikationen sind nachweislich verringert	Die Fähigkeit zum Krankheits selbstmanagement und das Wissen über die Erkrankung ist bei allen an Diabetes Typ 2 erkrankten Menschen verbessert Eine umfassende angemessene Versorgung aller an Diabetes Typ 2 erkrankten Menschen ist wohnortnah und sektorübergreifend gewährleistet Die psychosoziale Ebene der Diabetes-Typ-2-Erkrankung ist integrierter Bestandteil der Behandlung
	Zielgruppe: Alle an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten Menschen Alle an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten Menschen mit psychosozialer Begleitproblematik	

genannten Risikogruppen, z. B. im Rahmen des Kampagnenprogramms gegen Übergewicht, u. a. durch:

- zielgruppenspezifische Information,
- wohnortnahe Aktionen, wie, z. B. Diabetesmobil,
- Aufklärung am Arbeitsplatz,
- Untersuchung von Patienten mit den genannten Risikokonstellationen auf Diabetes anlässlich beliebiger Arzt-Patienten-Kontakte.
- Untersuchung von Jugendlichen unter Risiko auf das Vorliegen von Diabetes in Schulen mittels medizinischer Tests und Fragebögen (vgl. Modellversuch der Stadt Krefeld).
- Auslegen von Fragebögen mit Testangebot zur Messung des persönlichen Diabetesrisikos (z. B. in medizinischen Einrichtungen, Apotheken, Beratungsstellen der Krankenkassen und Gaststätten, aber auch im Internet).
- Qualitätsgesicherte Informationen über Diabetes mellitus im Internet und anderen Medien in Abstimmung mit bereits bestehenden Informationsangeboten verschiedener Institutionen wie Fachgesellschaften, Selbsthilfe etc.
- Ausrufung eines Diabetesmonats/-woche einmal im Jahr (in Analogie zum Darmkrebsmonat), der für verstärkte Angebote von Screeningmöglichkeiten genutzt werden kann.

Zielebene Krankenbehandlung/Rehabilitation des Diabetes mellitus

Auf dieser Zielebene wird das Ziel verfolgt, flächendeckend diagnostizierte an Diabetes Typ 2 erkrankte Menschen regelmäßig in einem koordinierten und

optimierten Behandlungsprozess zu betreuen (Tabelle 4). gesundheitsziele.de versteht sich in diesem Zusammenhang als komplementäre Einrichtung zu den Disease-Management-Programmen und geht in seinem Anspruch über den in den Disease-Management-Programmen gesetzten Rahmen hinaus, ohne auf den Inhalt von Disease-Management-Programmen im Einzelnen einzugehen.

Für eine umfassende Versorgung an Diabetes erkrankter Menschen sind insbesondere die Eigenverantwortlichkeit und die Selbstbeobachtung der Patienten zu stärken und diese mit geeigneten Maßnahmen zu Experten ihrer eigenen Krankheit zu schulen. Sinnvoll dabei erscheint es, vom Patienten akzeptierte, konkrete individuelle Therapieziele nach Abschätzung des individuellen Risikos zu verfolgen. Niedrigrisikogruppen und Hochrisikogruppen sollten unterschieden werden. Ein besonderes Augenmerk ist auf Hochrisikogruppen zu legen, z. B. Patienten mit allen Merkmalen des metabolischen Syndroms und möglicherweise bereits eingetretener Komplikationen wie Fußulzera, Schlaganfall, Herzinfarkt oder Amputationen. Aber auch Patienten mit pathologischem Essverhalten, Depressionen, Angst, Suchtproblematik und Schwierigkeiten in der Krankheitsakzeptanz oder -einsicht gehören dazu.

Das Selbstmanagementverhalten von Patienten für ihre Krankheit kann in Selbsthilfegruppen gestärkt werden. Die Patienten sollten in einer optimierten Betreuung vom Arzt im Interesse ihrer Weiterbildung und ihres Erfahrungsaustausches zur aktiven Mitarbeit in Selbsthilfegruppen angehalten werden. Solche Selbsthilfegruppen werden z. B. durch den Deutschen Diabetiker Bund

in Verbindung mit kommunalen Einrichtungen organisiert.

Die Rehabilitation als eigenständige Behandlungsart chronischer Erkrankungen ist neben den Einrichtungen der akut versorgenden Medizin bisher zu wenig beachtet. Eine Rehabilitation als Tertiärprävention (Fußbehandlung, Neuropathie, Schlaganfall, etc.) kann zwar auch Hilfen geben, zumeist liegen aber schon erhebliche sozialmedizinische Einschränkungen vor, die ja gerade verhindert werden sollen. Rehabilitation umfasst insbesondere die soziale Rehabilitation im Sinne von „Teilhabe am sozialen Leben“ und bezieht sich damit auf das Bewältigen des Alltagslebens unter den veränderten Bedingungen einer chronischen Erkrankung und ihrer spezifischen Folgen.

Rehabilitation umfasst insbesondere die soziale Rehabilitation im Sinne von Teilhabe am sozialen Leben.

Reha-Indikation für die Rentenversicherung ist die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Da aber gerade Patienten mit Typ-2-Diabetes meist betagt und aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind, greift diese Indikationsstellung für eine Rehabilitation zu kurz und muss insbesondere um den Aspekt der Teilhabe am sozialen Leben auch über das Erwerbsleben hinaus, erweitert werden. Spezifikum der Rehabilitation ist die Stärkung des Patienten im Umgang mit seiner chronischen Erkrankung durch eine umfassende integrierte zielgerichtete multiprofessionelle Behandlung, die über Blutzuckereinstellung und kognitive

Schulung hinausgeht und insbesondere psychosoziale Belange und Interventionsbedarf wahrnimmt.

Maßnahmenvorschläge zur Behandlung/Rehabilitation

Adäquate Versorgung aller Diabeteskranken

- ▀ Implementierung und Durchführung der Disease-Management-Programme für alle dafür in Frage kommenden Diabeteskranken.
- ▀ Integration von Podologen für die Fußambulanz in medizinischen Einrichtungen.
- ▀ Stärkere Arbeitsteilung zwischen Ärzten und medizinischen Assistenten bei der Diabetesbehandlung durch Implementierung anerkannter Diabetesberater.
- ▀ Regelung einer einrichtungsübergreifenden Behandlung durch Beteiligung der verschiedenen Versorgungseinrichtungen (Hausarzt, Schwerpunktpraxis, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung) durch z. B. Festlegung von Kooperationskriterien und Aufbau von Kooperationen.
- ▀ Durchführung eines multidisziplinären Behandlungsansatzes wie in der Rehabilitation auch im ambulanten Bereich unter Einbeziehung diabetologischer Psychologen.
- ▀ Frühzeitiger Beginn einer stationären umfassenden Rehabilitation für Hochrisikopatienten mit multidisziplinärem verhaltensorientierten Behandlungsansatz (Themen: Diät, Gewichtsreduktion, Bewegungstraining, Nikotinentwöhnung, Psychotherapie).

Komplikationen und Spätfolgen

- ▀ Risikoadjustierung der Diagnostik und spezifische Behandlung für Hochrisikogruppen und Niedrigrisikogruppen.
- ▀ Intensivierung der Hypertoniebehandlung von Diabeteskranken mit dem Ziel, bei einer größeren Anzahl von Patienten normale bis niedrignormale Blutdruckwerte zu erlangen, soweit eine Akzeptanz des Patienten hierfür erreicht wird.
- ▀ Motivation und Angebote zur Rauchentwöhnung von nikotinabhängigen Diabeteskranken.

- ▀ Motivation zur Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung und mehr Bewegung von adipösen Diabeteskranken.

Stärkung der Arzt-Patienten-Kooperation

- ▀ Offene Erörterung von Behandlungsoptionen mit dem Patienten in Hinblick auf Therapie und prognostische Auswirkungen. Vereinbarungen individueller Therapieziele unter besonderer Berücksichtigung des Medikamenteneinsatzes.
- ▀ Sensibilisierung der behandelnden Hausärzte/Diabetologen für mehrdimensionale Probleme des Diabetes.
- ▀ Stärkung der Fähigkeit des Patienten zur Selbstbeobachtung und zum Selbstmanagement: Neben dem Wissen um medizinische Aspekte (Verlauf, Prognose, Komplikationen, Behandlung etc.) Befähigung des Patienten, psychosoziale Folgen der Krankheit wie Motivationsproblematik, Angst und Depression, diabetesbezogene Arbeitsplatzproblematik und Stress zu bewältigen (Empowerment des Patienten).
- ▀ Repetitive Behandlung (Etappenheilverfahren, Nachschulungen, Booster-Sessions) ggf. ambulant.
- ▀ Zertifizierte Schulung von Diabetespatienten, zielgruppenspezifisch, verhaltensorientiert, den kognitiven Fähigkeiten der Schüler angepasst.
- ▀ Erhöhtes Angebot an fremdsprachlichen Schulungsmaterialien und Schulungsveranstaltungen (z. B. in türkischer Sprache).
- ▀ Schulung bei veränderter Lebens-/Krankheitssituation (z. B. Alter, Schwangerschaft, Auftreten von Spätschäden, Änderungen im Arbeitsleben etc.).
- ▀ Auffrischen von Schulungen.
- ▀ Einrichtung und Aufrechterhaltung eines bundesweit einsetzbaren Stabes von Moderatoren zur Schulung der Schulungsdurchführenden (Praxisteams).
- ▀ Herstellung und Vermittlung des Kontakts zu Selbsthilfegruppen zur Unterstützung des ambulanten Selbstmanagements.
- ▀ Sicherstellung wohnortnaher Interventionen in Tageskliniken, ambulante Rehabilitation (da alltagsnah), Altenheime, Altentagesstätten, Rehabilitationskliniken.

- ▀ Zertifizierung (z. B. DDG, Ärztekammern) von Diabeteseinrichtungen.

Dokumentation und Datenerhebung

- ▀ Fortlaufende Dokumentation der Behandlungsdaten, z. B. im Diabetespass oder in einem elektronischen Dokumentationsverfahren.
- ▀ Zentrale anonymisierte Auswertung der Behandlungsdaten von Diabeteskranken nach Einrichtung und Region mit Rückspiegelung der Ergebnisse in die behandelnde Einrichtung im Sinne eines Benchmarkvergleiches sowie Verwendung dieser Evaluationsergebnisse in Qualitätszirkeln zur Verbesserung der Versorgung.
- ▀ Führung von regionalen, öffentlich zugänglichen Qualitätsberichten über die Prävention und über die Versorgung von Diabeteskranken.

Indikatoren zur Messung des Erfolges auf der Behandlungsebene wären z. B.:

- ▀ Erhöhung des Prozentsatzes adäquat geschulter Patienten,
- ▀ Erhöhung der Häufigkeit von Selbstmessungen des Blutzuckers und des Blutdrucks,
- ▀ Verbesserung des Anteils von Patienten mit Blutzuckereinstellung im vereinbarten Zielkorridor, mit normaler bis niedrig-normaler Blutdruckeinstellung und günstigem Lipidprofil,
- ▀ Erhöhung des Anteils der mit Insulin behandelten Hochrisikopatienten,
- ▀ Reduktion des Anteils der Patienten mit Übergewicht,
- ▀ Reduktion des Raucheranteils bei Diabetespatienten,
- ▀ Reduktion der Komplikationsereignisse in behandelten und wissenschaftlich begleiteten Kollektiven bei:
 - Amputationen,
 - Erblindungen, Niereninsuffizienz, Neuropathien, Herzinfarkt, Schlaganfall.

Literatur

1. Deutsche Diabetes Gesellschaft (2000/2001) Evidenzbasierte Diabetes Leitlinien DDG. www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/frames/frame11.htm
2. Amos AF, McCarty DJ, Zimmet P (1997) The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med* 14 (Suppl 5):S1–S85
3. Roman SH, Harris MI (1997) Management of diabetes mellitus from a public health perspective. *Endocrinol Metabolism Clinics North Am* 26:443–474
4. Renders CM, Valk GD, Griffin S et al. (2001) Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford: Update Software
5. American Diabetes Association (2001a) Screening for diabetes. *Diabetes Care* 24 [Suppl 1]
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2001) Management of Diabetes. A national clinical guideline. www.sign.ac.uk
7. Harris MI (1993) Undiagnosed NIDDM; clinical and public health issues. *Diabetes Care* 42:405–410
8. Mooy JM, Grootenhuys PA, de Vries H et al. (1995) Prevalence and determinants of glucose intolerance in a Dutch population. The Hoorn Study. *Diabetes Care* 18:1270–1273
9. Campbell PJ, Carlson MG (1993) Impact of obesity on insulin action in NIDDM. *Diabetes* 42:405–410
10. Manson JE, Rimm EB, Stampfer MJ et al. (1991) Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *Lancet* 338:774–778
11. Manson JE, Nathan DM, Krolewski AS et al. (1992) A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. *JAMA* 268:63–67
12. Pan XR, Li GW, Hu YH et al. (1997) Effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care* 20:537–544
13. Lynch J, Helmrich SP, Lakka TA et al. (1996) Moderately intense physical activities and high levels of cardiorespiratory fitness reduce the risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in middle-aged men. *Arch Intern Med* 156:1307–1314
14. Helmrich SP, Ragland Dr, Leung RW, Paffenbarger RS jr (1991) Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 325:147–152
15. Hu FB, Sigal RJ, Rich-Edwards JW et al. (1999) Walking compared with vigorous physical activity and risk of type 2 diabetes in women: a prospective study. *JAMA* 282:1433–1439
16. UKPDS (1990) Response of fasting plasma glucose to diet therapy in newly presenting type II diabetic patients (UKPDS 7). *Metabolism* 39:905–912
17. Burchfiel CM, Sharp DS, Curb JD et al. (1995) Physical activity and incidence of diabetes: the Honolulu Heart Program. *Am J Epidemiol* 141:360–368
18. Dyson PA, Hammerley MS, Morris RJ et al. (1997) The fasting hyperglycaemia study: II. Randomized controlled trial of reinforced healthy-living advice in subjects with increased but not diabetic fasting plasma glucose. *Metabolism* 46:50–55
19. Colman E, Katzel LI, Rogus E et al. (1995) Weight loss reduces abdominal fat and improves insulin action in middle-aged and older men with impaired glucose tolerance. *Metabolism* 44:1502–1508
20. Eriksson KF, Lindgarde F (1991) Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise. The 6-year Malmo feasibility study. *Diabetologia* 34:891–898
21. Valle T, Tuomilehto J, Eriksson J (1997) Epidemiology of NIDDM in Europeans. In: Alberti KGMM, Zimmet P, DeFronzo RA (eds) *International textbook of diabetes mellitus*, 2nd edn. John Wiley, Chichester, pp 125–142
22. De Courten M, Bennett PH, Tuomilehto J, Zimmet P (1997) Epidemiology of NIDDM in Non Europeans. In: Alberti KGMM, Zimmet P, DeFronzo RA (eds) *International textbook of diabetes mellitus*, 2nd edn. John Wiley, Chichester, pp 143–170
23. Knowler WC, Nelson RG, Saad M et al. (1993) Determinants of diabetes mellitus in the Pima Indians. *Diabetes Care* 16:216–227
24. Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Metzler-Poeschel, Stuttgart
25. Turner RC, Millns H, Neil HA et al. (1998) Risk factors for coronary artery disease in non-insulin dependent diabetes mellitus (UKPDS 23). *United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. BMJ* 316:823–828
26. Kuusisto J, Mykkänen L, Pyörälä K, Laakso M (1994) NIDDM and its metabolic control predict coronary heart disease in elderly subjects. *Diabetes* 43:960–967
27. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Bd III; Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bd III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. Nomos-Verlag, Baden-Baden 2002
28. Liebl A, Neiß A, Spannheimer A et al. (2001) Kosten des Typ-2-Diabetes in Deutschland. Ergebnisse der CODE-2®-Studie. *Dtsch Med Wochenschr* 126:585–589
29. Stiegler H, Stadl E, Frank S, Mendler G (1998) Failure of reducing lower extremity amputations in diabetic patients. Results of two subsequent population-based surveys 1990 and 1995 in Germany. *Vasa* 27:10–14
30. Trautner C, Haastert B, Spraul M et al. (2001) Unchanged incidence of lower-limb amputations in a German city, 1990–1998. *Diabetes Care* 24:855–859
31. Madani SF, Stämmler C, Müller UA et al. (1999) Amputationshäufigkeit der unteren Extremitäten bei Patienten mit Diabetes mellitus in zwei Regionen in Thüringen. *Diabetes Stoffwechsel* 8:201–206
32. Schiel R, Muller UA, Sprott H et al. (1997) The JEVIN trial: a population-base survey on the quality of diabetes care in Germany: 1994/1995 compared to 1989/1990. *Diabetologia* 40:1350–1357
33. Grüßer M, Hoffstadt K, Jörgens V (2000) Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung der Folgeschäden bei Diabetes mellitus: Modellprojekt in Wolfsburg. *ZaeFQ* 94:411–416
34. Altenhofen L, Brenner G, Haß W, Oliveira J (2001) Diabetologisches Kooperationsmodell der KV Westfalen-Lippe & der Barmer Ersatzkasse Abschlussbericht zur 1. Projektphase (3. Quartal 1998 bis 1. Quartal 2001)
35. Palitzsch KD, Nusser J, Arndt H et al. (1999) Die Prävalenz des Diabetes mellitus in Deutschland deutlich unterschätzt – eine bundesweite epidemiologische Studie auf der Basis einer HbA1c-Analyse. *Diabetes Stoffwechsel* 8:189–200
36. Stein G, Sperschneider H, Schneider (1996) Diabetic patients on renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant* 11:1669
37. Lippert J, Ritz E, Schwarzenbeck A et al. (1995) The rising tide of renal failure from diabetic nephropathy type II – an epidemiological analysis. *Nephrol Dial Transplant* 10:462–467
38. Ritz E, Lippert J, Keller C (1996) Rapider Anstieg der Zahl niereninsuffizienter Typ-II-Diabetikern. *Dtsch Med Wochenschr* 121:1247
39. Schwenger V, Müssig C, Hergesell O et al. (2001) Inzidenz und klinische Charakteristika von Niereninsuffizienz bei Diabetikern. *Dtsch Med Wochenschr* 126:1322–1326
40. Frei U, Schober-Halstenberg HJ, the QuaSi-Niere Task Group for Quality Assurance in Renal Replacement Therapie (1999) Annual report of the German Renal Registry 1998. *Nephrol Dial Transplant* 14:1085–1090
41. Keller C, Ritz E, Pommer W et al. (2000) Behandlungsqualität niereninsuffizienter Diabetiker in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr* 125:240–244
42. Chantelau E, Abholz HH (2001) Was ist gesichert in der Therapie des Typ-2-Diabetikers? Ein aktueller Überblick in vier Teilen. Teil II: Epidemiologische Daten aus Deutschland. *Z Allg Med* 77:455–459
43. Siegrist J (1998) Machen wir uns selbst krank? In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R et al. (Hrsg) *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban & Schwarzenberg, München/Wien Baltimore, S 110ff
44. Laube H, Bayraktar H, Gökce Y et al. (2001) Zur Diabeteshäufigkeit unter türkischen Migranten in Deutschland. *Diabetes Stoffwechsel* 10:511ff
45. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG et al. (2001) Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 344:1343–1350
46. Diabetes Prevention Research Group (2001) Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 346:393–403
47. McKinlay J, Marceau L (2000) US public health and the 21st century: diabetes mellitus. *Lancet* 356:757–761

Gesundheitsziel Brustkrebs: Sterblichkeit senken, Lebensqualität erhöhen

Zusammenfassung

Analog zu anderen Staaten in Europa werden in Deutschland seit 2001 zu verschiedenen Themenbereichen Gesundheitsziele entwickelt. Diese programmatisch ausgerichteten Gesundheitsziele orientieren sich an internationalen Zielthemen und Methoden und sind den nationalen Bedürfnissen angepasst. Sie werden von den entsprechenden Akteuren im Gesundheitssystem entwickelt und umgesetzt. Dabei wurde das Thema Brustkrebs, neben dem Diabetes mellitus, als ein Gesundheitsziel mit Krankheitsbezug ausgewählt, für das in vielen Bereichen der Versorgung zahlreiche Hinweise auf Defizite in der gesamten Behandlungskette vorliegen. In einer seit März 2001 tätigen Arbeitsgruppe von gesundheitsziele.de arbeiten Vertreter aus wesentlichen Institutionen aus den entsprechenden Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens zusammen, um umfassende und perspektivische Zielprogramme zu gestalten. Ergebnis der bisherigen Tätigkeit ist ausgehend vom Ursprungsthema „Brustkrebs: Sterblichkeit senken, Lebensqualität erhöhen“ die Formulierung entsprechender Ziele und Teilziele. Folgende Zielbereiche haben sich dabei herausgebildet: Primärprävention, Früherkennung, Diagnostik/Therapie/Nachsorge, Information der Nicht-Betroffenen und Patienten, Einbindung der Patienten in die Therapieentscheidung/Patientenrechte, psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patienten, Rehabilitation, Register und Forschung. Zu den einzelnen Bereichen wurden Ziele in unterschiedlichem Detaillierungs- und Konkretisierungsgrad benannt. Die weitere Tätigkeit beinhaltet die Erarbeitung von Maßnahmen bzw. die Ergänzung durch bereits bestehende Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs.

Schlüsselwörter

gesundheitsziele.de · Brustkrebs ·
Lebensqualität · Primärprävention ·
Früherkennung

Warum braucht das deutsche Gesundheitssystem Gesundheitsziele?

Das Anliegen jeder Gesundheitspolitik ist es, die bestmögliche Gesundheit einer breiten Bevölkerung so gut und so lange wie möglich zu erhalten. Als Instrument, um dieses Anliegen greifbar und auf einer breiten Basis mit allen Akteuren im Gesundheitswesen zu erreichen, bieten sich Gesundheitsziele an. Sie orientieren sich langfristig an Versorgungszielen im System, die es ermöglichen, die bestehenden verfügbaren Mittel für die Versorgung so einzusetzen, dass der medizinische und soziale Fortschritt möglichst vielen Kranken und Gesunden zugute kommt.

Die Entwicklung von Gesundheitszielen ist im internationalen Blick nicht neu. Im In- und Ausland wurden in den vergangenen 20 Jahren eine Vielzahl von programmatisch ausgerichteten Gesundheitszielen entwickelt mit der Absicht, die Gesundheit als wichtigsten Aspekt der Versorgung in das Zentrum gesundheitspolitischer Aktivitäten zu stellen. So verabschiedete die WHO 1979 ihr erstes weltweites Zielprogramm „Health for All“, dem 5 Jahre später ein europäisches Programm unter dem gleichen Titel folgte. In methodischer Hinsicht wurde die regelmäßige Messung der Ziele und die Veröffentlichung von Ergebnissen in Be-

richten vereinbart. Inzwischen wurde dieser Ansatz in einem neuen WHO-Zielprogramm für das neue Jahrtausend weiterentwickelt in Form des Programms „Health 21“. Auf dieser Grundlage wurden in mehreren Staaten Europas Gesundheitszielprogramme entwickelt, die an den jeweiligen nationalen Bedürfnissen ausgerichtet waren. Auch in Deutschland gab es bisher keine explizite Orientierung an Gesundheitszielen. Dies wurde unter anderem auch im jüngsten Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beklagt.

„Das deutsche Gesundheitswesen leidet an einer mangelnden Orientierung im Hinblick auf explizite gesundheitliche Ziele, was fast zwangsläufig zu einer Überbetonung der Diskussion über die Ausgabenebene führt.... Die Dominanz der Ausgabenbetrachtung könnte und sollte mit einer breiten und öffentlichen Zieldiskussion begegnet werden, welche die anzustrebenden Outcome-Indikatoren und die daraus abzuleitenden Versorgungsziele thematisiert“ [1].

Derart quantifizierbare Versorgungsziele, die an bestehende Versorgungsdefizite anknüpfen, bieten eine sinnvolle Grundlage für eine rationale Gesundheitspolitik und eine Chance, nach ihrer Umsetzung den Nutzen oder Fortschritt für die Versorgung zu erkennen.

© Springer-Verlag 2003

Elke Herz
Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,
E-Mail: elke.herz@vdak-aev.de

E. Herz

Health target: breast cancer – decreased mortality. Increased quality of life

Abstract

Like in other European countries Germany has been developing different health targets as well. These programmatic health targets comply with the international targets and methods and are adopted to the national needs. They are being developed and implemented by the relevant partners of the health system. Next to Diabetes mellitus, breast cancer has been chosen to one relevant health target, which has been identified to be one disease with a multitude of deficits during the treatment. A working group of gesundheitsziele.de with representatives of the prominent institutions of the German health service have worked out comprehensive and perspective target programs. Starting with the original topic, „Breast cancer: Decreased mortality increased quality of life“ targets and subtargets were defined. The following target areas were identified: primary prevention, early diagnosis, diagnostic/therapy/after care, information of non-concerned and patients, involvement of patients in decision of therapy/patient rights, psychosocial and psychooncological care of patients, rehabilitation, register and research. Targets were identified in different levels of detail. Future work will include the defining of measures respectively the completion of existing measures to improve the care of patients with breast cancer.

Keywords

gesundheitsziele.de · Breast cancer · Quality of life · Primary prevention · Early diagnosis

Warum wurde Brustkrebs als Gesundheitsziel ausgewählt?

Die Initiative gesundheitsziele.de bringt als Forum zahlreiche gesundheitspolitische Akteure an einen Tisch und entwickelt im Konsens konkrete Gesundheitsziele als Vorschlag an die Politik. Die so erarbeiteten Ziele verfolgen einen umfassenden Ansatz, der nicht nur verbesserte Gesundheit in definierten Bereichen bezweckt, sondern auch verbesserte Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und der Krankenversorgung haben. Damit eingeschlossen sind präventive Aspekte zur Vermeidung von Krankheiten wie auch eine verbesserte Versorgung im Krankheitsfall. Das Instrument Gesundheitsziele wird als ergänzendes Element zu weiteren bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik in Deutschland angesehen.

Bei der Auswahl der Themen für exemplarische Gesundheitsziele wurde ein pragmatischer Ansatz verwendet.

Die seit Dezember 2000 tätige Initiative gesundheitsziele.de hat es sich zum Ziel gemacht, bis Juli 2002 der Politik konkrete Vorschläge für Gesundheitsziele vorzulegen. Als Grundlage dafür wurden im Vorfeld Themen für exemplarische Gesundheitsziele im Konsens mit den gesundheitspolitischen Akteuren ausgewählt, wie z. B. Politik, Ärzteschaft, Krankenhäuser, Krankenkassen, Wissenschaft. Die so erarbeiteten Schwerpunkte wurden mit entsprechenden Verfahren und Verantwortlichkeiten für die Umsetzung dieser Schwerpunkte entwickelt. Bei der Auswahl der Themen für exemplarische Gesundheitsziele wurde ein pragmatischer Ansatz verwendet. Das bedeutet, dass sich die Priorisierung sowohl auf wissenschaftliche Expertise als auch auf partizipative Elemente und Konsensprozesse stützt. Eine wissenschaftliche, an epidemiologischen Daten und Kriterien ausgerichtete Untermauerung der Auswahl ist damit nicht unbedingt bei der Auswahl eines Themas wie Brustkrebs erforderlich, sondern kann damit auch erst bei den Folgeschritten der Zielprogrammentwicklung (Entwicklung von konkre-

ten Teilzielen und Maßnahmen) zum Einsatz kommen [2].

Für die Auswahl der Ziele wurden grundsätzliche Kriterien erarbeitet, die allerdings nicht als Maßstab für eine mathematische Gewichtung bestehender Vorschläge dienen können und sollen, sondern eher zum Ziel haben, anhand der Kriterien die zur Auswahl stehenden Ziele informiert diskutieren zu können. Bei den Kriterien handelt es sich u.a. um Aspekte wie Schweregrad und Verbreitung des Problems, Verbesserungspotenzial, volkswirtschaftliche Relevanz, ethische Aspekte, Priorität des Problems aus Sicht der Bevölkerung, Messbarkeit und Machbarkeit.

Bei der Auswahl des Brustkrebs als Gesundheitsziel trafen eine Vielzahl der genannten Aspekte zu. Jährlich erkranken circa 46.000 Frauen an Brustkrebs, davon etwa 17.000–19.000 [3] im Alter unter 60 Jahren. Allein im Jahr 1999 starben 17.616 Frauen an Brustkrebs [4]. Damit ist Brustkrebs bei Frauen die häufigste Krebsneuerkrankung und -todesursache. Die 5-Jahresüberlebensrate beträgt heute ca. 73%. Die Erkrankung ist für etwa 26% aller Krebsneuerkrankungsfälle bei Frauen und mehr als ein Drittel (36%) der Neuerkrankungen bei Frauen unter 60 Jahren verantwortlich. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern liegen die Erkrankungsraten für Deutschland im unteren Drittel. Dabei ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit in den Niederlanden, Dänemark, Schweden und Finnland deutlich höher, in südeuropäischen Ländern hingegen wie Spanien, Griechenland und Portugal deutlich niedriger. Innerhalb der letzten 20 Jahre stieg die Neuerkrankungsrate für Brustkrebs wie auch in geringem Maße die Sterblichkeit deutlich an. Dabei zeigt sich eine Altersabhängigkeit der Neuerkrankungsrate wie auch der Sterblichkeit.

Die Behandlung von Brustkrebs erfolgt in Abhängigkeit vom Typ des Karzinoms, dessen Größe, Stadium und weiteren Einflussfaktoren wie Alter der Patientin und Menopausenstatus. Für die betroffenen Frauen geht die Behandlung mit einer hohen körperlichen und psychischen Belastung einher. Das bis in die vergangenen Jahre übliche Verfahren der radikalen Brustentfernung, das zunehmend durch brustschonende Operationsverfahren abgelöst wird, stellt für die Betroffenen eine besondere Belastung

dar. Die Brustamputation wird als Entstellung wahrgenommen, begleitet von der Furcht vor dem Verlust weiblicher Attraktivität und sozialer Isolation [5].

In der Versorgung von Brustkrebspatientinnen bestehen bei allen Behandlungsschritten Defizite.

Die Analysen des Sachverständigenrates wie auch die Stellungnahmen der in diesem Zusammenhang befragten Organisationen zeigen folgende Schwerpunkte:

- ▶ In der Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs bestehen Defizite über die gesamte Behandlungskette (Früherkennung, Diagnose, Behandlung und Nachsorge). Daher sind entsprechende Maßnahmen zur verbesserten Versorgung nicht nur punktuell (z. B. Mammographiescreening) einzuführen, sondern auf die gesamte Versorgungskette zu beziehen.
- ▶ Der Rat empfiehlt die Beendigung des nicht qualitätsgesicherten so genannten 'grauen' Mammographiescreenings und die Einführung eines flächendeckenden qualitätsgesicherten Mammographiescreenings nach den Vorgaben der Europäischen Leitlinien. Dabei sind die Programme an Krebsregister anzubinden und organisatorisch Tumorzentren und onkologische Schwerpunktpraxen zu nutzen.
- ▶ Für die kurative Mammographie sind einheitliche Qualitätsrichtlinien zu schaffen, die alle Bereiche der mammographischen Diagnostik abdecken und den Vorgaben der Europäischen Leitlinien sowie des EUREF-Protokolls genügen.
- ▶ Hinsichtlich der Behandlung der Patientinnen bestehen „Hinweise auf erhebliche, medizinisch nicht erklärbare Variationen und Abweichungen der gegenwärtigen Therapie des Mammakarzinoms von anerkannten Behandlungsleitlinien“ [6]. Daher besteht der dringende Bedarf, eine leitliniengerechte und qualitativ hochwertige therapeutische Versorgung von Brustkrebspatientinnen zu schaffen und zu gewährleisten.
- ▶ Medizinisch riskante und kostenintensive neue Behandlungsmethoden von Brustkrebspatientinnen wie die Hoch-

dosischemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation werden als Beispiel für die Fehl- und Überversorgung genannt. Sie werden bisher angewandt, ohne dass ihre Wirksamkeit durch entsprechende Forschungsergebnisse, HTA- (Health Technology Assessment-) Berichte und Leitlinien ausreichend gesichert ist. Daher werden weitere Steuerungsmaßnahmen für medizinische Innovationen sektorenübergreifend anhand verbindlicher, evidenzbasierter Richtlinien gefordert.

- ▶ Die Nachsorge von Patientinnen sollte weniger im Sinne der derzeit praktizierten aufwändigen apparativ-technischen Nachsorge erfolgen, sondern symptomorientiert als klinische Nachsorge mit begleitender psychosozialer Betreuung. Die medizinische Gleichwertigkeit beider Nachsorgevarianten bestätigen randomisierte kontrollierte Studien seit Mitte der 90er-Jahre.

Wie wurde das Gesundheitsziel Brustkrebs in der Arbeitsgruppe präzisiert?

Für die Erarbeitung und Ausgestaltung des Gesundheitszieles Brustkrebs wurde analog zu den weiteren ausgewählten Zielthemen eine entsprechende Arbeitsgruppe eingesetzt, in der wesentliche Akteure und Institutionen des Gesundheitswesens vertreten sind. Damit ist ihnen nicht nur die Möglichkeit gegeben, sich bei der späteren Umsetzung erarbeiteter Maßnahmen von Gesundheitszielen frühzeitig einzubringen, sondern bereits bei der Ziel- und Maßnahmenformulierung gestaltend mitzuwirken. Die Arbeitsgruppe orientiert sich dabei an dem Prinzip, bestehende Aktivitäten, die zu einer verbesserten Versorgung von Brustkrebspatientinnen führen, soweit möglich und sinnvoll einzubeziehen. Gleichzeitig ist ihrer Gestaltungsfreiheit durch den Anspruch einer angemessenen wissenschaftlichen Fundierung einerseits wie auch der politischen Machbarkeit andererseits Grenzen gesetzt.

Ansatzpunkte für die Herausbildung von Zielen waren die Themenschwerpunkte Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge. Wie oben dargestellt, wurden für alle genannten Bereiche Mängel in der Versorgung festgestellt. Darüber hinausgehend wur-

den übergreifende, sektorenunabhängige Probleme thematisiert wie insbesondere fehlende Transparenz über Struktur und Qualität des Leistungsgeschehens. Zwischenzeitlich wurden auf fachlicher Ebene eine Reihe von Zielen und Teilzielen im Konsens erarbeitet in einem weit umfassenderen Ansatz als es in der medizinischen Versorgung von Brustkrebs üblich ist. So wurden vielschichtige Problemfelder berücksichtigt wie Risikofaktoren/Primärprävention, Früherkennung/Sekundärprävention, Diagnostik, Therapie, Nachsorge, Information der Nichtbetroffenen und Patientinnen, Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung, psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen, Rehabilitation, Register und Forschung. Die bisher erarbeiteten Ziele sind in der Tabelle 1 zusammengestellt.

Was beinhalten die Zielebenen im Einzelnen?

Risikofaktoren/Primärprävention

Der internationale Vergleich von Mortalität und Morbidität beim Brustkrebs zeigt große Unterschiede, für die es bisher keine ausreichend epidemiologisch gesicherten Erklärungen gibt. Die Ätiologie der Erkrankung bleibt weitgehend ungesichert, und die unterschiedlichen Erkrankungs- und Sterberaten bieten lediglich Ansatzpunkte für Präventionsmöglichkeiten.

Es existieren eine Reihe von Risikofaktoren, deren Einfluss auf die Entwicklung einer Krebserkrankung in unterschiedlichem Maße angenommen wird. Anerkannte Faktoren sind unter anderem familiäre und genetische Risikofaktoren (Brustkrebsanamnese), reproduktive und hormonelle Faktoren, Vorerkrankungen oder die Ernährungsweise. Allerdings sind auch diese Faktoren nur für einen kleinen Teil der Betroffenen (ca. 20–30%) von Belang. Beim überwiegenden Teil der erkrankten Frauen sind die genannten Risikofaktoren überhaupt nicht nachweisbar, so dass eine kritische Haltung gegenüber dem kausalen Wirkungszusammenhang der Risikofaktoren und deren Bedeutung nach wie vor angebracht ist.

Bisherige Forschungsansätze können nur unzureichend die Wirksamkeit der Risikofaktoren an sich, wie auch in der Gesamtheit hinsichtlich ihres Wir-

Tabelle 1
Erarbeitete Ziele

Zielebene	Ziel
Risikofaktoren/Primärprävention	Das Auftreten der Brustkrebsneuerkrankungen (Inzidenz) ist reduziert.
Früherkennung/Sekundärprävention	Brustkrebs wird in einem frühen und damit prognostisch günstigeren Stadium erkannt.
Diagnostik/Therapie/Nachsorge	Für Patientinnen ist eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Versorgung (Diagnostik, Therapie, Nachsorge) flächendeckend und strukturiert gewährleistet.
Information der Nicht-Betroffenen und Patientinnen	Das Wissen über die Erkrankung ist bei den Nicht-Betroffenen und Patientinnen verbessert. Verständliche, evidenzbasierte, einheitliche, neutrale und umfassende Informationen sind für potentielle und tatsächliche Betroffene wie auch Angehörige vorhanden.
Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung/Patientenrechte	Die Patientin ist über vorhandene Therapieoptionen informiert und Partnerin im medizinischen Entscheidungsprozess (shared decision making).
Psychoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen	Die Lebensqualität der Patientinnen ist durch eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte psychosoziale Betreuung und ggf. psychoonkologische/psychotherapeutische Behandlung verbessert.
Rehabilitation	Wo immer indiziert haben Patientinnen mit Mammakarzinom die Möglichkeit, an flexibilisierten Angeboten in der Rehabilitation teilzunehmen.
Register	Klinische Krebsregister werden in ausreichender Zahl und voll funktionsfähig geführt und genutzt. In den Ländern werden flächendeckend bevölkerungsbezogene und vollzählige Krebsregister geführt.
Forschung	Es bestehen verbesserte Erkenntnisse über die verursachenden Faktoren für Brustkrebs und ihre Zusammenhänge (vgl. auch Ziel Primärprävention/Risikofaktoren). Die Versorgungsforschung ist als kontinuierliche Begleitmaßnahme einer ständigen Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Diagnostik, Therapie und Nachsorge inkl. Rehabilitation etabliert. Therapiestudien werden in adäquatem Umfang durchgeführt, finanziert und von den Patientinnen angenommen.

kungszusammenhangs erklären. Darüber hinaus mangelt es neben den fehlenden gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Ursachen und Möglichkeiten der Primärprävention auch an durchgängigen Maßnahmen, um die bereits bestehenden Erkenntnisse über Risikofaktoren umzusetzen, z. B.

- ▶ konsequente Auswertung und Aufbereitung vorhandener Daten aus laufenden Forschungsprojekten zu Risikofaktoren,
- ▶ systematische Information von behandelnden Ärzten und betroffenen Patientinnen bzw. interessierten

Bürgerinnen über den aktuellen Wissensstand gesicherter Risikofaktoren.

Früherkennung/Sekundärprävention

Angesichts der nur ungenügenden Erkenntnisse über Ursachen der Entstehung von Brustkrebs und der daraus sich ergebenden Möglichkeiten der Primärprävention kommt der Früherkennung des Brustkrebs eine besondere Bedeutung zu. Brustkrebs ist seit den 70er-Jahren eine Zielerkrankung des gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramms (vgl. § 25 SGB V Abs. 2). Ziel ist es, die be-

stehenden gesetzlichen Möglichkeiten zur Brustkrebsfrüherkennung weitgehend zu nutzen.

Früherkennungsmethoden sind die Selbstuntersuchung der Frau, die ärztliche Tastuntersuchung und die Mammographie. Die Brustselbstuntersuchung ist ein wichtiger Bestandteil der Früherkennung; allerdings scheint ihre Wirksamkeit begrenzt zu sein. Ihre Wirksamkeit kann sie erst dann entfalten, wenn eine gezielte Unterweisung von Frauen durch speziell ausgebildetes Personal und eine Koppelung mit anderen medizinischen Früherkennungsmaßnahmen erfolgt, insbesondere die qualitätsgesicherte Mammographie. Ein Teilziel ist es daher, bei den Ärzten die Kompetenz zur Anleitung zur Selbstuntersuchung zu erhöhen sowie gleichzeitig die Kompetenz bei den betroffenen Frauen zur Durchführung wie auch das Wissen über die Aussagekraft. Laut Aussage des Sachverständigenrats wird in Deutschland bisher unter angeblich kurativer Fragestellung ein nicht qualitätsgesichertes 'graues' Mammographiescreening in erheblichem Umfang durchgeführt. Dabei gehen Schätzungen von 2–4 Millionen solcher Mammographien jährlich aus. Es wird vermutet, dass allein aufgrund falsch-positiver Mammographiebefunde mehr als 100.000 Frauen jährlich in Deutschland einer unnötigen invasiven Diagnostik (operative Biopsie) unterzogen werden. Auf der Basis von 8 randomisierten kontrollierten Studien an insgesamt 500.000 Frauen aus 4 Ländern geht die Mehrzahl der Experten davon aus, dass der Nutzen eines qualitätsgesicherten, bevölkerungsbezogenen Mammographiescreenings bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren hinreichend gesichert ist. Dabei wird von einer relativen Mortalitätsreduktion in dieser Altersgruppe von 20–30% ausgegangen [7].

Von daher gesehen ist die Einführung eines flächendeckenden, an den EU-Leitlinien ausgerichteten Mammographiescreening-Programms nicht nur ein Schritt zur Beseitigung einer eklatanten Fehlversorgung, sondern vor allem auch ein Schritt für die Senkung der Sterblichkeit und Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen, bei denen ein Tumor frühzeitig diagnostiziert wird. Voraussetzungen dafür sind allerdings eine Teilnehmerate der Frauen der betroffenen Altersgruppen von mindestens 70%, erfüllte Qualitätsanforderung

der EU-Leitlinie „Mammographiescreening“ an die apparative Diagnostik, operative Abklärung und pathohistologische Befundung sowie vor allem auch eine Verzahnung mit weiteren qualitätsgesicherten Behandlungsschritten.

Inzwischen haben die Spitzenverbände der Krankenkassen die schrittweise Einführung eines qualitätsgesicherten, flächendeckendes Mammographiescreenings für alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren angekündigt [8]. Erklärtes Ziel ist es, 3.500 Todesfälle pro Jahr zu vermeiden. Dabei sollen 10 Millionen Frauen in der betroffenen Altersgruppe künftig alle zwei Jahre zu einer Mammographie mit den genannten hohen Qualitätsanforderungen eingeladen werden. Bei der stufenweisen Einführung des Mammographiescreenings erfolgt eine enge Orientierung an den europäischen Leitlinien. Dabei werden auch die Erfahrungen der derzeitigen Modellprojekte aus den Regionen Bremen, Wiesbaden und Weser-Ems genutzt, die durchaus positiv sind. Dabei lag die Rate der entdeckten Karzinome bei einem Mehrfachen der anzunehmenden Neuerkrankungsrate an Mammakarzinom ohne Screening.

Erklärtes Ziel des Mammographiescreenings ist es, 3.500 Todesfälle pro Jahr zu vermeiden.

Zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen gehören klare Vorgaben für die Ausbildung des untersuchenden Personals und die technische Ausstattung sowie die Beurteilung der Mammographien (u.a. grundsätzliche Doppelbefundung durch 2 Ärzte). Die hochgerechnete Kostendimension für diese erwarteten positiven Effekte erreicht die Größe eines dreistelligen Millionenbetrages, einer Summe, die nach Auffassung der Spitzenverbände zweifelsfrei sinnvoll und zielgerichtet eingesetzt wird.

Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen hat eine Vereinbarung zur Qualitätssicherung der kurativen Mammographie nach § 135 Abs. 2 SGB V verabschiedet. Danach müssen niedergelassene Ärzte, die Mammographien durchführen und mit den Krankenkassen abrechnen, eine entsprechende Qualifikation nachweisen. Eine verpflichtende Prüfung zur Durchführung und Bewertung von Röntgenaufnahmen

der Brust ist vorgesehen. Zweiter Baustein des Programms ist eine Pflichtfortbildung mit Prüfung, wobei den Ärzten jährlich eine Fallsammlung an Mammographien zur Beurteilung vorgelegt wird. Darüber hinaus sind Kontrollen der in der Praxis durchgeführten Mammographien und der dazugehörigen Befunde vorgesehen.

Diagnostik/Therapie/Nachsorge

Die festgestellte große Behandlungsvarianz des Brustkrebses wie auch eine nicht leitliniengestützte Behandlung sind wesentliche Kritikpunkte des Sachverständigenrates und gleichzeitige Ansatzpunkte für die Verbesserung der Versorgung. Die Versorgung gemäß anerkannter evidenzbasierter Leitlinien bei der Diagnosestellung, Therapie und Nachsorge einer Brustkrebserkrankung ist ein Ziel für eine verbesserte Versorgung. Eine Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien setzt deren Existenz voraus. Derzeit fehlt in Deutschland noch eine öffentliche evidenzbasierte Leitlinie zur umfassenden Behandlung des Brustkrebses.

Neben Leitlinienentwicklung und -umsetzung ist der umfassende Aspekt der Versorgung hervorzuheben. Dabei erfolgt diese unter Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen unter Beachtung folgender Aspekte: durchgängige psychoonkologische Betreuung, Schmerztherapie, Folgen der Therapie, individualisierte/symptomorientierte Nachsorge unter Vermeidung nicht indizierter apparativer Untersuchungen sowie palliative Therapie. Die Versorgung erfolgt in Einrichtungen, die bestimmten Qualitätsanforderungen genügen und unter optimaler Nutzung und Verzahnung der vorhandenen Sektoren (insbesondere ambulant, stationär, rehabilitativ).

In diesem Zusammenhang ist auf die vereinbarte Einführung eines strukturierten Behandlungsprogrammes (Disease-Management-Programm) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen hinzuweisen. Mit der 4. Änderungsverordnung zur Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, die zum 1. Juli 2002 in Kraft getreten ist, wurde die Einführung von DMP näher geregelt und weiter spezifiziert. Damit wird zum einen der bevölkerungsmedizinischen Bedeutung dieser Erkrankung begegnet wie auch den wie-

derholt beklagten Mängeln in der wissenschaftlich wenig standardisierten medizinischen Versorgung von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind.

Information der Nicht-Betroffenen und Patientinnen

Das Defizit an zielgruppenspezifischen Informationen zum Thema Brustkrebs ist sowohl bei Betroffenen als auch bei Interessierten hoch. Dies ergibt sich u.a. aus einer Analyse der Anfragen beim Krebsinformationsdienst (KID) des Deutschen Krebsforschungszentrums, bei dem mit 45% aller Anfragen zu Krebserkrankungen bei Frauen Brustkrebs das dominierende Thema ist. Dabei wurden vor allem Fragen gestellt nach der Qualität der durchgeführten Versorgung, nach dem Ausschöpfen aller indizierten Therapiemöglichkeiten, nach guten Versorgungsmöglichkeiten in der jeweiligen Region und alternativen Methoden.

Angesichts des bestehenden Informationsdefizits und -wunsches wie auch der Chance, durch Information eine bessere Prävention und Früherkennung zu erreichen, ist die Information von Patientinnen und Interessierten ein wichtiges Gesundheitsziel zur Verbesserung der Versorgung des Brustkrebses. Dabei gilt es, qualitativ hochwertige Informationen in verständlicher und angemessener Form verfügbar zu machen.

Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung/ Patientenrechte

Die Einbindung der Patientin in die Therapieentscheidung ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Obwohl derzeit davon auszugehen ist, dass immer mehr Frauen über grundsätzliche Kenntnisse zum Brustkrebs verfügen, ist im individuellen Fall die Patientin konsequent zu informieren, um sie in den Entscheidungsprozess (shared decision making) einzubinden und ihre Mitwirkungsrechte in allen Teilschritten der Versorgungskette aktiv wahrzunehmen.

Psychoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen

Psychoziale Aspekte spielen in der Auseinandersetzung mit einer Brust-

krebserkrankung eine wichtige Rolle, ebenso auch im Verlauf der Erkrankung. Die psychische Situation von Brustkrebspatientinnen ist insbesondere in der Nachsorge geprägt von der Auseinandersetzung mit dem Erkrankungsverlauf, Rezidiv- bzw. Progredienzangst und zunehmenden Belastungen bei Fortschreiten der Erkrankung. Daher ist Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung erforderlich, um Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie Veränderungen im äußeren Erscheinungsbild wie auch der Beziehungsmuster im sozialen Netz zu akzeptieren.

Eine adäquate psychosoziale Betreuung verbessert die Lebensqualität der Betroffenen. Daher ist die Integration dieses Behandlungsaspektes konsequent über den gesamten Behandlungsverlauf zu berücksichtigen. Dies beinhaltet, dass eine ausreichende psychosoziale Basiskompetenz der Behandler vorhanden ist, wie auch eine ausreichende Anzahl psychosozialer Angebote bundesweit. Ebenso sind die betroffenen Frauen über die Möglichkeiten von Beratung und Unterstützung durch Selbsthilfegruppen zusätzlich und parallel zu medizinischen und professionell psychosozialen Maßnahmen zu informieren.

Rehabilitation

Die Nutzung rehabilitativer Potenziale für die betroffenen Frauen ist ein wichtiger Teil einer erfolgreichen Behandlung. Daher ist es erstrebenswert, dass wissenschaftlich gesicherte Versorgungsstandards und -konzepte in der stationären wie auch ambulanten Rehabilitation eingeführt sind. Eine derart qualitätsgesicherte Rehabilitation sollte möglichst vielen betroffenen Frauen ermöglicht werden, wobei die Angebote derart flexibel und bedarfsgerecht gestaltet sind, dass sie von den Frauen genutzt werden können.

Register

Die Daten epidemiologischer Krebsregister sind erforderlich für die Berechnung der Inzidenz von Brustkrebskrankungen, differenziert nach Krebsart, Alter und Geschlecht sowie weiteren Merkmalen. Zuverlässige Angaben zur Inzidenz sind nicht nur die unverzichtbare Voraussetzung bei der Beschreibung von Ausmaß und Art der Krebsbe-

lastung in der Bevölkerung, sondern auch die Basis für weiterführende epidemiologische Studien bei der Suche nach den Ursachen der Krebsentstehung.

In Deutschland besteht ein Defizit hinsichtlich nutzbarer klinischer wie auch epidemiologischer Krebsregister. Umfassende epidemiologische Daten zu Krebsneuerkrankungen liegen lediglich für das Saarland vor. Auch im Bereich des Brustkrebses sind die Daten bundesweit noch lückenhaft. Um funktionsfähige Register zu erhalten, ist das Meldeverhalten der Behandler für klinische Register derart zu verbessern, dass eine vollständige Erfassung jeder Brustkrebskrankung einschließlich ihres Verlaufes erfolgt. Die erfassten Daten werden zur Qualitätssicherung verwendet. Ebenso erfolgt die Meldung an die Krebsregister hinsichtlich Form und Inhalt, die den Bedürfnissen der Qualitätssicherung entsprechen. Darüber hinaus ist die epidemiologische Krebsregistrierung in den jeweiligen Bundesländern einzuführen, um dadurch eine vollzählige Erfassung der Brustkrebsfälle zu erreichen.

Welche weiteren Schritte zur Umsetzung des Gesundheitszieles Brustkrebs sind vorgesehen?

Die hier vorgestellten Ziele und Teilziele sind das Ergebnis der bisherigen Arbeit der Arbeitsgruppe Brustkrebs. Sie sind damit von einem breiten Konsens getragen. In ihrer Ausrichtung verfolgen sie neben dem umfassenden auch einen perspektivischen Ansatz, d. h. Ziele wurde unabhängig von der Tatsache formuliert, ob und wann welche Maßnahmen zur Umsetzung der Ziele geplant und initiiert sind. Für den Bereich betrifft dies eine Reihe qualitätssichernder Maßnahmen, insbesondere die Qualitätssicherungsmaßnahme der kurativen Mammographie oder zukünftig die geplante stufenweise flächendeckende Einführung des Mammographiescreenings, oder die Einführung des Disease-Management-Programmes Brustkrebs. In den jeweiligen Maßnahmen werden voraussichtlich eine Vielzahl der Ziele zumindest in Teilen angegangen. Dennoch wurden die Ziele, unabhängig von den bestehenden wie auch zukünftigen Maßnahmen, als solche formuliert, da insbesondere bisher nicht klar ist, wie die Qualität der Maßnahmen sein wird und

ob demzufolge eine entsprechende Abdeckung der Ziele erreicht werden kann.

Die definierten Ziele bedürfen weiterer konkretisierender Schritte für die Umsetzung, nämlich der Festlegung entsprechender Maßnahmen und Umsetzungsstrategien. Ob und wie die Ziele und Teilziele erreicht werden können, hängt vom Engagement und der Bereitschaft aller Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems ab, sich bei der Definition und Implementierung konkreter Maßnahmen einzubringen, und vor allem auch von der Akzeptanz der betroffenen und nicht betroffenen Frauen, auf die das Gesundheitszielprogramm Brustkrebs zugeschnitten ist.

Literatur

1. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000) Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Kurzfassung, Bd. 1, www.svr-gesundheit.de
2. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2002) gesundheitsziele.de. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Schriftenreihe der GVG, Eigenverlag, Berlin, S 24ff
3. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000) Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bd. III: Kurzfassung, S 150ff. www.svr-gesundheit.de
4. Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (2002) Krebs in Deutschland. 3. erweiterte, aktualisierte Ausgabe, Eigenverlag, Saarbrücken
5. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Kohlhammer, Berlin, S 123ff
6. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000) Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bd. III. S 161, www.svr-gesundheit.de
7. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000) Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bd. III. S 152ff, www.svr-gesundheit.de
8. Gemeinsame Presseerklärung der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 16.9.2002: Krankenkassen bereiten bundesweite Einführung von Brustkrebsuntersuchungen vor. www.vdak-aev.de

Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren

Zusammenfassung

In Deutschland rauchten im Jahr 2000 rund 35% der Erwachsenenbevölkerung im Alter zwischen 18 und 59 Jahren; pro Jahr sterben etwa 140.000 Menschen an Erkrankungen, die mit dem Rauchen ursächlich in Verbindung stehen. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ im Dezember 2000 zu einem der 5 vorrangig zu behandelnden Gesundheitsthemen erklärt. Aufbauend auf den bisher vorliegenden internationalen und nationalen Erfahrungen sollen Konzepte und Programme entwickelt werden, die zu einer nachhaltigen Senkung des Tabakkonsums in Deutschland führen.

Schlüsselwörter

Gesundheitsziele · Rauchen ·
Nikotinprävention · Tabakpolitik ·
Aktionsprogramm

Der Zigarettenkonsum stellt heute in den Industrienationen das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit dar. Sowohl die Krankheitsbelastung durch Zigarettenkonsum als auch dessen Einfluss auf die Gesamtsterblichkeit sind in ihrem Ausmaß historisch beispiellos [1, 2, 3]. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben weltweit jährlich 4 Mio. Menschen an den Folgen des Zigarettenkonsums; in den Ländern der Europäischen Union werden pro Jahr etwa 500.000 Todesfälle ursächlich auf das Rauchen zurückgeführt [4, 5].

Tabakkonsum in Deutschland verursacht mehr Todesfälle als AIDS, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammen.

In Deutschland rauchten im Jahr 2000 rund 35% der Erwachsenenbevölkerung im Alter zwischen 18 und 59 Jahren [6]; 2 von 5 Jugendlichen rauchen: In einer im Jahr 2001 durchgeführten Repräsentativerhebung bezeichneten sich 38% der Befragten (im Alter von 12–25 Jahren) als ständige (22%) oder gelegentliche Raucher (15%) [7]. Pro Jahr sterben hier zu Lande nach aktuellen Berechnungen etwa 140.000 Menschen an Erkrankungen, die mit dem Konsum von Tabakwaren zusammenhängen [8]. Damit verursacht der Tabakkonsum in Deutschland jährlich mehr Todesfälle als AIDS, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusam-

men genommen. Etwa die Hälfte aller regelmäßigen Raucher, die nicht frühzeitig aufhören, stirbt an den Folgen des Zigarettenkonsums – ein Viertel davon bereits in den mittleren Lebensjahren [9]. Für Industrienationen gilt, dass keine andere einzelne Präventionsstrategie einen nachhaltigeren Effekt auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung haben wird als eine deutliche Verringerung des Zigarettenkonsums [1, 2].

Wirtschaftswissenschaftliche Berechnungen machen deutlich, dass die volkswirtschaftlichen Konsequenzen durch das Rauchen immens sind. Bereits im Jahr 1993 summierten sich in Deutschland alleine die Ausgaben für Gesundheitsleistungen, die auf das Rauchen zurückzuführen sind, auf nahezu 17,5 Milliarden Euro, dies entspricht etwa 1% des Bruttoinlandsproduktes [10]. Die volkswirtschaftlichen Kosten werden durch die Einnahmen aus der Tabaksteuer nicht annähernd ausgeglichen: die jährlichen Einnahmen durch die Besteuerung von Tabakprodukten liegen „nur“ bei rund 12 Milliarden Euro [11].

Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren

Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Dimension der negativen Folgen des Rauchens hat das Bundesmi-

© Springer-Verlag 2003

Dr. Elisabeth Pott
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA), Ostmerheimer Straße 220,
51105 Köln, E-Mail: Pott@bzga.de

E. Pott · P. Lang · J. Töppich

Health target: reduce tobacco consumption

Abstract

In Germany, about 35% of the adult population aged 18–59 years smoked in the year 2000; per year about 140,000 persons die due to illnesses causally linked to smoking. This forms the background for the decision of the German Ministry of Health to declare the health target „reduce tobacco consumption“ as one of the five priority health topics. Based on international and national experience, concepts and programs will be developed in order to achieve a sustainable reduction of smoking in Germany.

Keywords

Health targets · Smoking ·
Nicotine prevention · Tobacco policy ·
Action program

nisterium für Gesundheit und soziale Sicherung das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ im Dezember 2000 zu einem der 5 vorrangig zu behandelnden nationalen Gesundheitsthemen erklärt und damit zu einem der Arbeitsschwerpunkte im Projekt „Gesundheitsziele.de“ bestimmt. Mit dem Projekt wird ein umfassender Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen und der Verbesserung von Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankheitsversorgung haben, verfolgt. Dieser Ansatz schließt die präventive Vermeidung von Krankheiten und eine verbesserte Versorgung im Krankheitsfall ein (s. den Beitrag von Wismar in diesem Heft). Aufbauend auf den bisher vorliegenden internationalen und nationalen Erfahrungen sollen Konzepte und Programme entwickelt werden, die zu einer nachhaltigen Senkung des Tabakkonsums in Deutschland führen (s. auch die Übersichtsarbeit von Bornhäuser [12]).

Die Darstellung basiert auf den Zwischenergebnissen aus der Arbeitsgruppe „Tabakkonsum reduzieren“ (Leitung: Dr. Elisabeth Pott). In der Arbeitsgruppe sind Vertreter aus allen relevanten Bereichen, aus Wissenschaft und Praxis, aus zentralen Einrichtungen des Gesundheitswesens, aus Bund und Ländern, aus verschiedenen Berufsgruppen (z. B. Ärzte, Pädagogen, Psychologen), aus Krankenkassen und Verbänden (z. B. Sport- und Elternverbände) an der Entwicklung eines nationalen Programms zur Reduktion des Tabakkonsums und zur Förderung des Nichtrauchens beteiligt.

Stand der internationalen Diskussion

In zahlreichen Ländern werden bereits seit einigen Jahrzehnten umfassende Programme zur Reduzierung des Rauchens umgesetzt, sodass es möglich ist, wirksamkeitsüberprüfte Maßnahmen zu bestimmen, die auf die deutschen Verhältnisse übertragen werden können. Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass einschneidende Veränderungen des Tabakkonsums sowie eine messbare Verringerung der tabakassoziierten Erkrankungen und Todesfälle nur dann zu erreichen sind, wenn die Bündelung einer Reihe von Maßnahmen zur Tabakkontrolle („policy mix“) aus verschiedenen bevölkerungs- und indi-

viduumsbezogenen Vorgehensweisen umgesetzt wird. Dabei sollten vor allem evidenzbasierte Maßnahmen berücksichtigt werden. Tabakkontrollprogramme in Kanada, den USA, einigen skandinavischen Ländern und Australien lassen erkennen, dass nur in der Höhe angemessen und langfristig finanzierte umfassende Programme, die auch gesetzgeberisch unterstützte Maßnahmen enthalten, den Tabakkonsum wirksam senken können [1, 2]. Als Module eines gebündelten Vorgehens haben sich folgende Maßnahmen als wirksam erwiesen [12]:

- Abbau von Subventionen für den Tabakanbau,
- Abgabeverbote für Minderjährige,
- Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten,
- Erhöhung der Tabaksteuern,
- flächendeckende, massenmediale Tabakpräventionsstrategien (Aufklärung, Information, Motivation),
- personalkommunikative Beratungs- und Behandlungsangebote für unterschiedliche Zielgruppen,
- Produktregulierung und Verbraucherinformation,
- Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen und an Arbeitsplätzen,
- schulische, freizeit- und gemeindebezogene Maßnahmen der Tabakprävention (Settingansatz),
- Schutz vor Passivrauchen,
- weitgehende Tabakwerbeverbote.

Die genannten Maßnahmen können 2 übergreifenden Kategorien zugeordnet werden: Auf der einen Seite stehen Maßnahmen, die die Nachfrage nach Tabakprodukten verringern. Hierzu zählen Steuererhöhungen, Werbeverbote, Produktregulation und Verbraucherinformation, Rauchverbote sowie die schulische und massenmediale Tabakprävention. Diesen gegenüber stehen Maßnahmen, die das Angebot an Tabakwaren verringern. Maßgeblich sind hier zu nennen: Abgabeverbote, Maßnahmen der Schmuggelbekämpfung sowie der Abbau von Subventionen für den Tabakanbau. Während es eine Fülle von Hinweisen dafür gibt, dass der Tabakkonsum durch nachfrageorientierte Maßnahmen effektiv reduziert werden kann, gibt es bisher – mit beachtenswerter Ausnahme der Bekämpfung des Zigarettenmuggels – weit weniger

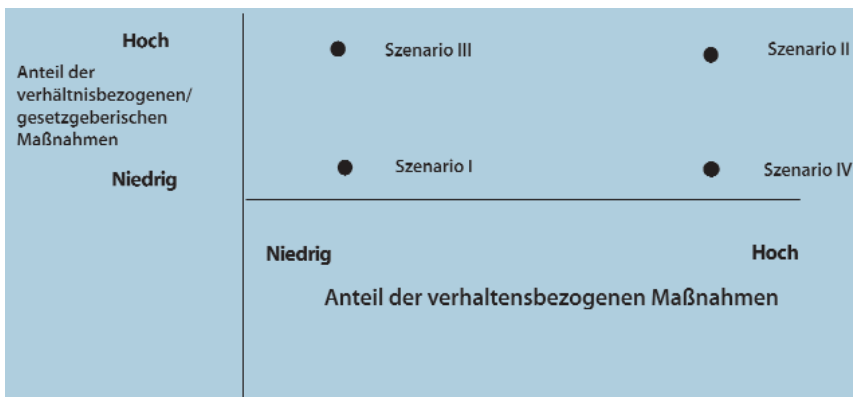


Abb. 1 ▲ Schematische Positionierung der untersuchten Szenarien in Abhängigkeit vom Anteil verhältnis- und verhaltensbezogener Interventionsmaßnahmen

Nachweise für die Wirksamkeit der angebotsorientierten Strategien zur Reduzierung des Tabakkonsums. Zudem ist offenkundig, dass wirksame Strategien zur Eindämmung des Rauchens nicht allein Interventionen und Investitionen innerhalb des Gesundheitswesens umfassen dürfen, sondern die Umsetzung ressortübergreifender, multisektoraler Maßnahmen und die Einbeziehung verschiedener Institutionen und Akteure innerhalb wie außerhalb des Gesundheitswesens voraussetzen. Hierzu zählen insbesondere finanz- und wirtschaftspolitische Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Verbraucherschutzes.

Zur Gewährleistung langfristiger Wirksamkeit der genannten Maßnahmen ist außerdem zu beachten, dass sie in nationale und in kommunale, gemeindebezogene Programme eingebunden werden müssen: Die Gemeinde ist letztlich der (soziale) Ort, an dem Gesundheit bewahrt, wiederhergestellt oder aber eben gefährdet wird. Des Weiteren muss beachtet werden, dass Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums zwar auf nationaler Ebene durchgeführt werden müssen, aufgrund der Globalisierung der Produktion, des Handels und der Vermarktung aber auch durch intensive internationale Zusammenarbeit zwischen den Staaten entwickelt und abgestimmt werden müssen, wie sie z. B. im Rahmen der Verhandlungen zur „Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) realisiert wird.

Entwicklung von Szenarien

Damit es zu einer erfolgreichen Reduzierung des Rauchens in der Bevölkerung kommen kann, ist es notwendig, ein aufeinander abgestimmtes Bündel von Maßnahmen zu entwickeln und zu implementieren. Die dabei zu berücksichtigenden Maßnahmen lassen sich grundsätzlich zwei Bereichen zuordnen: der Veränderung von Verhaltensweisen (Verhaltensprävention) oder der Veränderung von Strukturen (Verhältnisprävention). Ein nationales Programm zur Reduzierung des Tabakkonsums muss sowohl Strategien der Verhältnisprävention als auch der Verhaltensprävention umfassen. Dabei lassen sich die Maßnahmen 3 unterschiedlichen Zielbereichen zuordnen:

1. Maßnahmen, die auf eine allgemeine Raucherentwöhnung zielen (Ausstieg erleichtern),
2. Maßnahmen, die auf eine Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen zielen (Einstieg verhindern),
3. Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen.

In welchem Verhältnis Maßnahmen der Verhaltensprävention und Maßnahmen der Verhältnisprävention umgesetzt werden müssen, um das Ziel der Reduzierung des Tabakkonsums zu erreichen, ist Gegenstand zahlreicher Diskussionen. Prinzipiell ist dabei eine Vielzahl an Kombinationen mit unterschiedlicher Gewichtung von Verhaltens- und Verhältnismaßnahmen möglich (Abb. 1). Nachfolgend werden 4 Maßnahmenbündel/Szenarien auf ihre Wirksamkeit

zur Zielerreichung „Tabakkonsum reduzieren“ untersucht, die in ihrem Anteil an verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen systematisch variieren:

- niedriger Anteil verhältnispräventiver Maßnahmen und niedriger Anteil verhaltenspräventiver Maßnahmen (Szenario I),
- hoher Anteil verhältnispräventiver Maßnahmen und hoher Anteil verhaltenspräventiver Maßnahmen (Szenario II),
- hoher Anteil verhältnispräventiver Maßnahmen und niedriger Anteil verhaltenspräventiver Maßnahmen (Szenario III),
- niedriger Anteil verhältnispräventiver Maßnahmen und hoher Anteil verhaltenspräventiver Maßnahmen (Szenario IV).

Szenario I

Das Szenario I (Übersicht 1) entspricht dabei der aktuellen Situation der Tabakprävention in Deutschland. Strukturelle und gesetzgeberische Maßnahmen sind gerade auch im internationalen Vergleich in Deutschland auf einem eher niedrigen Niveau ausgebildet und werden als Steuerungsmittel zur Einflussnahme auf den Tabakkonsum bisher nur wenig genutzt. So hat es bisher z. B. in Deutschland keinen Versuch gegeben, eine massive Tabaksteuererhöhung als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument zu nutzen, um eine Senkung in der Prävalenz des Rauchens zu erreichen (s. [13]). Wissenschaftlich ist gut belegt, dass mit einer solchen sehr kostengünstigen Maßnahme eine kurzfristige und deutliche Senkung in der Höhe des Nikotinkonsums zu erreichen ist [14].

Im Bereich der Maßnahmen der Verhaltensprävention ist festzustellen, dass die in Deutschland bisher durchgeführten Maßnahmen sich überwiegend auf den Ansatz der Förderung und Stärkung der individuellen Handlungskompetenz konzentrieren. Über den so genannten „life-skill-approach“ soll insbesondere Kindern und Jugendlichen geholfen werden, sich mit den altersspezifischen Entwicklungsaufgaben adäquat auseinander zu setzen, um so unter anderem eine positive Einstellung zum Nichtrauchen zu entwickeln. Dieser Ansatz hat sich bewährt (vgl. [15]); allerdings ist die Umsetzung entsprechender

Übersicht 1

Beschreibung der aktuellen Situation (Szenario I)

A: Verhältnisprävention

Übergreifende Maßnahmen (gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen):

- (Geringfügige) Tabakpreiserhöhung,
- teilweise Werbeverbote,
- Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz (Umsetzung Arbeitsstättenverordnung),
- Änderung der Warnhinweise auf den Verpackungen (geplant),
- Abgabeverbot für Zigaretten unterhalb einer bestimmten Altersgrenze.

B: Verhaltensprävention

Maßnahmen, die den Ausstieg erleichtern (allgemeine Rauchentwöhnung):

- Vereinzelte Angebote zur Rauchentwöhnung (am Arbeitsplatz, durch den niedergelassenen Arzt etc.),
- Feedback-Briefe, Internet, ärztliche Kurzintervention, Rauchertelefone, SMS etc.,
- begrenzte Massenmedienkampagnen (TV und Kino), abhängig von der Bereitschaft der Sender zur kostenlosen Spot-Schaltung,
- unsystematische Streuung von Informationsbroschüren durch unterschiedliche Anbieter,
- regelmäßige „Impulskampagnen“: z. B. „Quit & Win“.

Maßnahmen, die den Einstieg verhindern (Förderung des Nichtrauchens bei Kindern/Jugendlichen):

- Begrenzte schulische Maßnahmen zur Tabakprävention (Rauchverbot in der Schule, Schulvertrag, der Rauchen untersagt) mit „Lebenskompetenzprogrammen“ und vereinzelt suchtspezifischen Maßnahmen/Unterrichtseinheiten,
- Ansprache der Familien auf das Rauchen durch Familienberatungsstellen, Familienberater sowie im Rahmen von Aktionen und Maßnahmen im Sport und Freizeitbereich,
- regelmäßige „Impulskampagnen“: z. B. „Be smart – don't start“.

Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen:

- Umsetzung der Arbeitsstättenverordnung

Umsetzungskonzept:

- Geringer Kooperationsgrad zwischen den beteiligten Akteuren, „Projektbezogene“ Interventionsstrategie, die nicht auf Nachhaltigkeit und den Aufbau nationaler Programme zur Senkung des Rauchens angelegt ist.

Wirkungsprognose:

- Kein deutlicher Rückgang der Raucherquote,
- keine „De-Normalisierung“ des Rauchens, da Rauchen weiterhin als „Modell des Erwachsenseins“ vermittelt wird, kein Rückgang, sondern ggf. Anstieg im Rauchverhalten Jugendlicher.

Programme bisher noch nicht bundesweit flächendeckend verbreitet. Darüber hinaus bedarf er der Ergänzung um altersgerechte suchtmittelspezifische Ansätze. Daneben existiert eine Anzahl von Einzelmaßnahmen und Konzepten, die hinsichtlich ihrer tatsächlichen Effektivität zur Senkung des Tabakkonsums auf kommunaler Ebene häufig wenig geprüft sind. Wie die aktuellen Daten zur Verbreitung des Tabakkonsums in Deutschland sowie zur Passivrauchbelastung zeigen, hat diese Situation aufgrund der fehlenden Gesamtstrategie und mangelnder Reichweiten bisher so auch keine deutlichen nachhaltigen Auswirkungen auf das Rauchverhalten haben können.

Szenario II

Szenario II (Übersicht 2) beinhaltet die Umsetzung einer Kombination von Maßnahmen, die alle hinsichtlich ihrer Zielerreichung eine wissenschaftlich gesicherte Evidenz aufweisen [12]. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Umsetzung struktureller Maßnahmen der Verhältnisprävention, die von einer systematischen Tabakpreiserhöhung und der Durchsetzung eines allgemeinen Werbe- und Sponsoringverbots für Tabakprodukte bis hin zum Einsatz von Tabaksteuern zur Finanzierung von Tabakkontrollmaßnahmen reichen. In diesem Szenario sind umfassende und flächendeckende Maßnahmen zur allge-

meinen Rauchentwöhnung und zur Förderung des Nichtrauchens bei Kinder und Jugendlichen umgesetzt; der Schutz vor Passivrauchen ist gewährleistet. Neben der umfangreichen Realisierung von Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention ist dieses Modell auch gekennzeichnet durch eine hohe Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren auf allen Ebenen und eine auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit angelegte Implementationsstrategie. Für ein Zusammenwirken von Maßnahmen- und Kooperationsstruktur wird ein deutlicher Rückgang des Rauchens in der Bevölkerung prognostiziert. Insbesondere ist davon auszugehen, dass systematische Tabaksteuererhöhung zu einer kurzfristigen Reduzierung des Rauchens führen wird. Dieser schnelle Rückgang wird durch ergänzende Maßnahmen der Verhältnisprävention und weit reichende Maßnahmen der Verhaltensprävention verstetigt.

Szenarios III und IV

Die Szenarios III und IV sind dagegen weniger effektiv. Im Szenario III ist zwar zu erwarten, dass aufgrund der umfangreichen Realisierung struktureller Maßnahmen der Verhältnisprävention ein schneller Rückgang im Rauchverhalten einsetzt, der sich auch in einem erhöhten Bedarf an Entwöhnungsmaßnahmen und an Hilfen beim Rauchverzicht auswirkt. Aufgrund der nicht im gleichen Maße entwickelten Angebote zur Raucherentwöhnung auf der Seite der Verhaltensprävention kann dieser Bedarf dann nicht gedeckt werden. Im Rauchverhalten Jugendlicher wird eine Polarisierung prognostiziert: Auf der einen Seite kommt es durch die Angebotsverknappung zu einem Anstieg der Nieraucher; auf der einen Seite ist als Reaktion auf den Versuch der ausschließlich verhältnisorientierten Verhaltenssteuerung aber zu erwarten, dass „Nikotinprobierer“ unter den Jugendlichen schneller Raucher werden, da umfangreiche Präventionsprogramme zur Förderung des Nichtrauchens noch nicht entwickelt wurden. Ein weitgehender Verzicht auf Maßnahmen der Verhältnisprävention wie Szenario IV wird nicht zu einem deutlichen Rückgang im Rauchverhalten führen. Selbst unter der Voraussetzung, dass ein hoher Kooperationsgrad im Aufbau umfangreicher

Übersicht 2

Umsetzung evidenzbasierter Maßnahmenbündel (Szenario II)**A: Verhältnisprävention****Übergreifende Maßnahmen (gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen):**

- Deutliche und kontinuierliche Tabakpreiserhöhung,
- weitgehende Einschränkung der Tabakwerbung und des Sponsoring,
- Rauchverbote im öffentlichen Bereich und im Betrieb,
- Maßnahmen zur Produktregulation (z. B. Änderung der Warnhinweise auf den Verpackungen),
- Abbau der Zigarettensautomaten,
- Abgabeverbot an Jugendliche unterhalb einer bestimmten Altersgrenze/verbesserte Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes,
- Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakwaren,
- Einsatz von Tabaksteuern zur Finanzierung von Tabakkontrollmaßnahmen, Schaffung struktureller Bedingungen, um Raucherentwöhnung auf verschiedenen Ebenen und von unterschiedlicher Intensität anbieten zu können.

B: Verhaltensprävention**Maßnahmen, die den Ausstieg erleichtern (allgemeine Rauchentwöhnung):**

- Flächendeckendes Angebot an Rauchentwöhnungsmaßnahmen auf verschiedenen Ebenen und von unterschiedlicher Intensität (am Arbeitsplatz, durch den niedergelassenen Arzt, im Krankenhaus, durch die Kassen etc.),
- Thematisierung in der J1-Untersuchung, Ansprache der Familien auf das Rauchen im Rahmen der U-Untersuchungen etc.,
- umfassende Massenmedienkampagnen (TV, Kino, Printmedien, Internet) zu den Folgen des Rauchens und Information über Entwöhnungsangebote,
- regelmäßige „Impulskampagnen“: z. B. „Quit & Win“.

Maßnahmen, die den Einstieg verhindern (Förderung des Nichtrauchens bei Kindern/Jugendlichen):

- Flächendeckende Einführung schulischer Maßnahmen zur Tabakprävention (Lebenskompetenzprogramme im Kindergarten-/frühen Schulalter, ergänzt um suchtspezifische Maßnahmen/Unterrichtseinheiten in allen Klassenstufen),
- umfassende „rauchfreie“ Freizeit- und Sportangebote/Schulung von Mitarbeitern,
- Thematisierung in der J1-Untersuchung, Ansprache der Familien auf das Rauchen im Rahmen der U-Untersuchungen etc.,
- umfassende Massenmedienkampagnen (TV, Kino, Printmedien, Internet) zu den Folgen des Rauchens und Informationen über Ausstiegsprogramme fürs Jugendalter,
- regelmäßige „Impulskampagnen“: z. B. „Be smart – don't start“.

Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen:

- Ausweitung rauchfreier Zonen im öffentlichen Bereich (rauchfreie Bahn/Bahnhöfe, rauchfreies Kino, Theater etc., Umsetzung der Arbeitsstättenverordnung, konsequentes Rauchverbot in Schulen etc.),
- Information über Passivrauchen in Geburtsvorbereitungskursen, in der Schwangerschaftsvorsorge, im Rahmen der U1–U9,
- öffentliche Kampagne „Zigarettenrauch ist Umweltgift“ (TV, Kino, Printmedien, Internet).

Umsetzungskonzept:

- Intersektoraler Ansatz,
- hoher Kooperationsgrad zwischen den beteiligten Akteuren,
- auf Nachhaltigkeit angelegte Implementationsstrategien.

Wirkungsprognose:

- „De-Normalisierung“ des Rauchens,
- bereits kurzfristiger Rückgang des Tabakkonsums aufgrund umfassender struktureller Maßnahmen, insbesondere von Steuererhöhungen: Höhe des Rückganges ist proportional zur Steuererhöhung,
- Rückgang im Rauchverhalten in der Allgemeinbevölkerung,
- Rückgang im Rauchverhalten bei Jugendlichen,
- Ausweitung des Schutzes vor Passivrauchens (auch durch Rückgang der Prävalenz des Rauchens).

Maßnahmen der Verhaltensprävention erreicht werden kann, ist nur ein langsamer Rückgang in der Prävalenz des Rauchens in Deutschland zu erwarten, da aufgrund einer geringen Angebotsbeschränkung und weiterhin vorhandener Werbemöglichkeiten Rauchen weiterhin als normales und akzeptiertes Verhalten im sozialen Leben wahrgenommen wird. In der zusammenfassenden Bewertung der Szenarios wird deutlich, dass nur von einer Strategie, die sich am Szenario II orientiert, eine schnelle und nachhaltige Reduzierung des Tabakkonsums in Deutschland zu erwarten ist.

Festlegung von Zielen

Eine so umfassende Strategie, wie sie das Szenario II beinhaltet, wird sich nicht in einem Schritt realisieren lassen. Es werden daher für jeden Maßnahmenbereich Zwischenschritte formuliert, die als Indikatoren auf dem Weg zur Realisierung des Primärzieles „Der Tabakkonsum in der Bevölkerung ist zurückgegangen“ geeignet sind. Die Zwischenziele werden hierarchisch so aufgebaut, dass sie auf dem Weg zur Erreichung der jeweiligen Oberziele durchlaufen werden und die Zielerreichung empirisch überprüfbar wird.

In Deutschland werden zur Senkung des Tabakkonsums Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention noch nicht ausreichend genutzt.

Der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz zufolge lassen strukturelle Maßnahmen in Kombination mit nationalen Informations- und Aufklärungsstrategien eine spürbare und nachhaltige Änderung im Rauchverhalten erwarten [16]. Strukturelle und gesetzgeberische Maßnahmen der Verhältnisprävention werden in Deutschland zur Senkung des Tabakkonsums aber bisher noch nicht im notwendigen Umfang gezielt genutzt. Eine vordringliche Aufgabe wird es sein, Wissen über die Effizienz dieser Strategien zur Reduzierung des Rauchens im Kreis der Entscheidungsträger zu vermitteln. Ausreichende Ressourcen für die Umsetzung einer nationalen Informations- und Motivationskampagne „rauchfrei“ standen bisher ebenfalls nicht zur Verfügung. Hier ist es ebenso

wichtig, die Entscheidungsträger von der Notwendigkeit einer sektorübergreifenden, langfristigen, multimedialen Kampagne zu überzeugen. Dabei kann auf gut untersuchte Erfahrungen in anderen Themenfeldern und im internationalen Bereich zurückgegriffen werden. Die Erfahrungen zeigen, dass Präventionskampagnen wirksam sind, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind:

- ▶ wissenschaftliche Problemabschätzung,
- ▶ politischer Konsens zentraler Akteure,
- ▶ Strategieformulierung,
- ▶ Ressourcenbildung,
- ▶ Planung,
- ▶ Implementation,
- ▶ Evaluation/Qualitätssicherung.

Das Programm zur Erreichung der definierten Gesundheitsziele soll eine Zusammenstellung von Projekten und Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention enthalten, die geeignet sind, den Tabakkonsum in Deutschland nachhaltig zu reduzieren. Nur wenn alle beteiligten Akteure bei der Umsetzung dieser Maßnahmen mitwirken, kann dieses Programm erfolgreich sein.

Literatur

1. Jha P, Chaloupka F (2000) Tobacco control in developing countries. Oxford University Press, New York
2. World Bank (1999) Curbing the epidemic. Governments and the economics of tobacco control. World Bank, Washington DC
3. US Department of Health and Human Services (2000) Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, Georgia
4. WHO (1998) Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. World Health Organization, Genf
5. Corrao MA, Guidon GE, Sharma N, Shokohi DF (2000) Tobacco control country profiles. American Cancer Society, Atlanta (GA)
6. Kraus L, Augustin R (2001) Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) und Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-SUCHT) (Hrsg.) SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. Neuland, Geesthacht: Sonderheft 1: S 52
7. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Eigenverlag, Köln
8. John U, Hanke M (2001) Tabakrauch-attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. Gesundheitswesen 63:363–369
9. Doll R, Peto R, Wheatley K et al. (1994) Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. BMJ 309:901–911
10. Welte R, König HH, Leidl R (2000) The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. Eur J Public Health 10:31–38
11. Junge B (2001) Tabak Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2002. Neuland, Geesthacht, S 32–62
12. Bornhäuser A (2002) Gesundheit fördern Tabakkonsum verringern. Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), Heidelberg
13. Hanewinkel R, Isensee B (2002) Umsetzung, Akzeptanz und Auswirkungen der Tabaksteuererhöhung vom 1. Januar 2002 Bevölkerungsrepräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit – Abschlussbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
14. Townsend J (1998) The role of tobacco in tobacco control. In: Abedian I et al. (eds) The economics of tobacco control. University of Cape Town, Cape Town, p 89
15. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002) Drogen- und Suchtbericht Mai 2002. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
16. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, Band III: Übersicht-, Unter- und Fehlversorgung, S 66ff