

gesundheitsziele.de

**Forum zur Entwicklung und Umsetzung von
Gesundheitszielen in Deutschland**

Bericht

14. Februar 2003

VORWORT DR. RAINER HESS.....VII

VORWORT DR. HERBERT RISCHE.....IX

1. EINLEITUNG 1

Teil I

Das Projekt *gesundheitsziele.de*:

Hintergrund, Ausrichtung, Konzepte

2. HINTERGRUND..... 6

2.1 ORGANISATORISCHE UND POLITISCHE EINBETTUNG VON *GESUNDHEITSZIELE.DE* 6

2.2 ZWECK UND GRUNDPRINZIPIEN VON *GESUNDHEITSZIELE.DE*..... 7

2.3 KRITERIEN, OBERZIEL- , ZIEL-, TEILZIEL- UND MAßNAHMENAUSWAHL..... 8

3. ORGANISATIONS-, ENTSCHEIDUNGS- UND GREMIENSTRUKTUR..... 13

4. FORTSCHRITTE BEWERTEN – EVALUATION VON *GESUNDHEITSZIELE.DE*..... 15

4.1 GRUNDSÄTZE DER EVALUATION 15

4.2 DIE NOTWENDIGKEIT EINER EVALUATION 17

4.3 STAND DER EVALUATIONSFORSCHUNG ZU GESUNDHEITSZIELEN 17

4.4 DIE EVALUATION VON *GESUNDHEITSZIELE.DE*..... 18

4.5 (PRAKTISCHE) DURCHFÜHRUNG DER EVALUATION 26

4.6 RESSOURCEN 26

5. AUSBLICK..... 28

Teil II

Die Gesundheitsziele

6. DIABETES MELLITUS TYP 2: ERKRANKUNGSRISIKO SENKEN, ERKRANKTE FRÜH ERKENNEN UND BEHANDELN	31
6.1 EINLEITUNG.....	32
6.2 ZIELFORMULIERUNG ZU VERSCHIEDENEN AKTIONSFELDERN.....	39
6.3 ZIELE UND TEILZIELE	42
6.4 TABELLARISCHE ÜBERSICHT	43
6.5 MAßNAHMENSKIZZEN	47
6.6 LITERATUR	55
6.7 MITGLIEDER DER AG	59
7. BRUSTKREBS: MORTALITÄT VERMINDERN, LEBENSQUALITÄT ERHÖHEN	61
7.1 EINLEITUNG.....	62
7.2 ZIELE UND TEILZIELE	69
7.3 TABELLARISCHE ÜBERSICHT	72
7.4 LITERATUR	89
7.5 MITGLIEDER DER AG	90

Inhaltsübersicht

8.	TABAKKONSUM REDUZIEREN	91
8.1	EINLEITUNG.....	92
8.2	ZIELE UND TEILZIELE	108
8.3	TABELLARISCHE ÜBERSICHT	111
8.4	MAßNAHMENSKIZZEN	124
8.5	MONITORING DES PROGRAMMS "TABAKKONSUM REDUZIEREN"	124
8.6	LITERATUR	128
8.7	MITGLIEDER DER AG	129
9.	GESUND AUFWACHSEN: ERNÄHRUNG, BEWEGUNG, STRESSBEWÄLTIGUNG	131
9.1	EINLEITUNG.....	132
9.2	ZIELE	143
9.3	TABELLARISCHE ÜBERSICHT	144
9.4	MAßNAHMENSKIZZEN	156
9.5	LITERATUR	163
9.6	MITGLIEDER DER AG	165
10.	GESUNDHEITLICHE KOMPETENZ ERHÖHEN, PATIENTENSOUVERÄNITÄT STÄRKEN	167
10.1	EINLEITUNG.....	168
10.2	ZIELE UND TEILZIELE	175
10.3	TABELLARISCHE ÜBERSICHT	177
10.4	MAßNAHMENSKIZZEN	182
10.5	LITERATUR	203
10.6	MITGLIEDER DER AG	205
11.	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	206

Vorwort Dr. Rainer Hess

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) hat schon 1997 die Notwendigkeit erkannt, das Gesundheitswesen in Deutschland nicht nur an Hand ökonomischer Kriterien einer Ausgabensteuerung durch die beteiligten Kostenträger und Leistungserbringer zu beurteilen. Insbesondere angestoßen durch die WHO-Initiative "Health for all" ist vielmehr im verstärkten Maße auch die medizinische Orientierung der Versorgung an Gesundheitszielen als mögliches Steuerungsinstrument aufgegriffen worden. Um diesen Ansatz zu vertiefen, hat die GVG einen Arbeitsausschuss "medizinische Orientierung im Gesundheitswesen" eingesetzt. Dieser Arbeitsausschuss hat sich insbesondere mit der Erarbeitung von Kriterien zur Definition von Gesundheitszielen für die Priorisierung bei der Auswahl unter mehreren Zielen und, bezogen auf die besonderen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens, für die zur Umsetzung solcher Ziele erforderlichen Teilziele und Maßnahmen befasst. Der Arbeitsausschuss "medizinische Orientierung" der GVG hat seine Arbeit 1999 mit einem Bericht und einer öffentlichen Veranstaltung zunächst abgeschlossen, weil er sich über die Erarbeitung solcher Kriterien für die Einführung von Gesundheitszielen hinaus nicht in der Lage gesehen hat, selbst solche Gesundheitsziele zu definieren und eine Auswahl prioritär umzusetzender Ziele vorzunehmen. Insbesondere letzteres wird als politische Aufgabe angesehen.

Die damalige Bundesgesundheitsministerin Frau Andrea Fischer hat unter anderem diese Initiative der GVG dankenswerterweise aufgegriffen und im Dezember 2000 mit der GVG ein Projekt ins Leben gerufen, das seitdem kontinuierlich vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung unterstützt und finanziell gefördert wird. Ziel des Projektes ist die exemplarische Erarbeitung von konkreten Vorschlägen zur Einführung von Gesundheitszielen als Handlungsgrundlagen für die Akteure im Gesundheitswesen. Dies war die Geburtsstunde von *gesundheitsziele.de* - Forum Gesundheitsziele Deutschland, das jetzt seinen Bericht vorlegt. Die Arbeit ist damit aber nicht abgeschlossen. Wenn die in diesem Bericht enthaltenen Vorschläge durch die Politik aufgegriffen werden, dann muss die exemplarische Umsetzung solcher Gesundheitsziele in die Praxis erfolgen. Um die Effizienz einer Ausrichtung von Handlungsentscheidungen im Gesundheitswesen auf der Grundlage von definierten Zielen, Teilzielen und Maßnahmen beurteilen zu können, ist eine wissenschaftliche Begleitung Voraussetzung, deren Kriterien als nächster Schritt erarbeitet werden müssen.

Wir bedanken uns für die GVG bei Frau Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt für die gewährte Unterstützung unserer Arbeit, bei dem BMGS und der GMK und deren Vertretern für das

Vorwort Dr. Hess

dieser Arbeit entgegengebrachte große Interesse und die Mitarbeit hieran, sowie allen beteiligten Vertreterinnen und Vertretern der Vielzahl gesundheitspolitischer Akteure in Deutschland für Ihre Mitarbeit im Steuerungskreis, im Arbeitsausschuss und in den Arbeitsgruppen, ohne die dieser Bericht nicht mit dem notwendigen breiten Konsens hätte erstellt werden können. Unser besonderer Dank gilt dabei den Mitarbeitern der Arbeitsgruppen, die unter großem persönlichem Einsatz eine hervorragende Arbeit geleistet haben. Dem unermüdlichen Einsatz von Herrn Dr. Wismar, Frau Dr. Angele und Frau Dr. Philippi ist es zu verdanken, dass dieser Bericht heute so vorgelegt werden kann.

Dr. Rainer Hess

Vorsitzender Ausschuss *gesundheitsziele.de*

Vorwort Dr. Herbert Rische

Gesundheitsziele tragen durch Zusammenarbeit aller Verantwortlichen im föderal und sektoral gegliederten deutschen System zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bei.

Daher regten auch die Gesundheitsminister der Länder auf ihrer 72. Konferenz die Entwicklung von Gesundheitszielen an und forderten die Akteure des Gesundheitswesens auf, diese Entwicklung auf allen Ebenen - Bund, Länder, Gemeinden - im Konsens voranzubringen.

Der vorliegende Bericht informiert über die im Rahmen des Projektes *gesundheitsziele.de* gemeinsam entwickelten Gesundheitsziele für Deutschland und empfiehlt zielführende Maßnahmen zu ihrer Umsetzung. Damit hat Deutschland den Impuls der GMK und die Initiative der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgegriffen, die die Programme "Gesundheit für alle" und "Health21" initiiert hat. Deutschland reiht sich damit ein in die ständig wachsende Zahl von Ländern, die den Nutzen von Gesundheitszielen für sich entdeckt haben.

gesundheitsziele.de ist eine Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung mit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), die sich seit 1997 mit Gesundheitszielen beschäftigt hatte. *gesundheitsziele.de* wird vom Ministerium gefördert.

Zum Zweck der Zielentwicklung haben sich seit Dezember 2000 zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens als *gesundheitsziele.de* im Rahmen der Plattform GVG zusammengeschlossen. Mehr als 70 Organisationen im Gesundheitswesen einschließlich Bundes- und Landesministerien sowie kommunaler Verbände haben bei der Arbeit an *gesundheitsziele.de* mitgewirkt. Annähernd 200 Expert(inn)en, Wissenschaftler(innen) und Entscheidungsträger(innen) waren an der Gestaltung einer gemeinsamen gesundheitspolitischen Perspektive beteiligt.

gesundheitsziele.de hat sich zum Ziel gesetzt, im Konsens einige exemplarische Gesundheitsziele mit Umsetzungsstrategien zu erarbeiten und damit Gesundheitsziele in Deutschland komplementär zu bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik zu etablieren. Im Mittelpunkt stehen dabei die Gesundheit und die Patient(inn)en und Bürger(innen).

Obwohl die Bestimmung und Umsetzung von Gesundheitszielen ein dynamischer Prozess ist und die Bearbeitung weiterer Zielthemen in 2003 vorgesehen ist, stellt die Übergabe des Berichts eine

wichtige Zäsur in der bisherigen Arbeit dar. Mit der Übergabe ist die konsensuale Bestimmung von Oberzielen, Zielen und Teilzielen für die bisher bearbeiteten Themen "Diabetes", "Brustkrebs", "Tabakkonsum reduzieren", "Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung" sowie "Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken" abgeschlossen worden.

Die Facharbeit wurde in themenbezogenen Arbeitsgruppen unter großem Einsatz aller Beteiligten geleistet. An dieser Stelle gilt unser Dank all denen, die unermüdlich und engagiert *gesundheitsziele.de* fachlich vorangebracht haben. Oberziele, Ziele, Teilziele und erste Maßnahmenskizzen wurden von Ausschuss und Steuerungskreis, den beiden zentralen Gremien von *gesundheitsziele.de*, verabschiedet und sind im Bericht ausführlich dargestellt.

Der Bericht markiert aber nicht nur den Abschluss einer Projektphase, sondern weist auch die Richtung für die nun beginnende Phase der Umsetzung. Der Bericht enthält bereits Empfehlungen für erste Umsetzungsmaßnahmen, wobei einige schon sehr detailliert sind und andere eher grob ein Handlungsfeld umreißen. Dies soll bislang noch nicht an *gesundheitsziele.de* beteiligten Akteuren und Institutionen die Möglichkeit zu geben, sich nicht nur an der Maßnahmenumsetzung zu beteiligen, sondern auch konkrete Maßnahmenvorschläge einzubringen, sofern diese der Zielerreichung dienen.

Die von den Arbeitsgruppenmitgliedern ausgewählten und teilweise bereits detailliert skizzierten Maßnahmen stellen entweder Empfehlungen für Bereiche dar, in denen aus Sicht der Arbeitsgruppen dringender Handlungsbedarf besteht. Oder es handelt sich um Empfehlungen, die aus Sicht der Arbeitsgruppen als zeitnah umsetzbar eingeschätzt wurden. Unabhängig von den Empfehlungen der Arbeitsgruppen steht es den umsetzenden (neuen) Akteuren natürlich frei, sich auch anderen Maßnahmen zu widmen, sofern diese zur Erreichung der Ziele beitragen.

Der Bericht will also nicht nur die bisherigen Arbeitsschritte dokumentieren und über die Ergebnisse informieren, er spricht vielmehr gerade auch zusätzliche Akteure an, um sie zur Mitarbeit zu gewinnen. Denn ob und wie die Ziele und Teilziele erreicht werden können, hängt nun vom Engagement und der Bereitschaft aller Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems ab, sich bei der Umsetzung konkreter Maßnahmen einzubringen.

Dass es uns mit der Umsetzung dieser Arbeit ernst ist, zeigt auch unser Bestreben, die Fortschritte, die wir machen, einer systematischen Bewertung zu unterziehen. So ist die Evaluation der Gesundheitsziele integraler Bestandteil unserer Arbeit.

Vorwort Dr. Rische

Die Konsensfindung war auf allen Ebenen des Projektes *gesundheitsziele.de* - Arbeitsgruppen, Ausschuss, Steuerungskreis - von großer Bedeutung. Der vorliegende Bericht macht deutlich, dass es Wunsch und Wille aller Beteiligten ist, die Gemeinwohlorientierung im deutschen Gesundheitswesen mit neuen Mitteln zeitgemäß deutlich sichtbar und handlungsorientiert weiterzuentwickeln.

Dr. Herbert Rische

Vorsitzender GVG

Vorsitzender Steuerungskreis *gesundheitsziele.de*

1. Einleitung

Mit der Vorlage dieses Berichts verbindet *gesundheitsziele.de* den Wunsch, dass sich die Politik (Bund, Länder und Gemeinden) und die Akteure des Gesundheitswesens und ihre Gremien für die Erreichung der im Rahmen des Projektes *gesundheitsziele.de* entwickelten Gesundheitsziele einsetzen. Ferner dient der Bericht dazu, die interessierte Öffentlichkeit zu informieren.

gesundheitsziele.de ist eine Kooperation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) mit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), die durch eine Zuwendung des Ministeriums gefördert wird. Das Projekt wurde im Dezember 2000 gestartet.

gesundheitsziele.de entwickelt exemplarisch im Konsens konkrete Ziele und setzt diese Ziele in Selbstverpflichtung der Akteure zunächst auf der Grundlage gegebener Mittel um. Hierzu bringt *gesundheitsziele.de* zahlreiche gesundheitspolitische Akteure, die Gesundheitsziele und Umsetzungsstrategien entwickeln, in einem Forum zusammen. Durch die Gremien- und Entscheidungsstruktur trägt *gesundheitsziele.de* dazu bei, gesundheitspolitischen Konsens zu entwickeln. *gesundheitsziele.de* beabsichtigt, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und das Instrument „Gesundheitsziele“ als Ergänzung zu bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik in Deutschland zu etablieren.

Im Rahmen des Projektes wurden bislang im Konsens aller Beteiligten Oberziele, Ziele und Teilziele sowie einige konkrete Maßnahmen entwickelt. Ob und wie die Ziele und Teilziele erreicht werden und wie die Maßnahmen umgesetzt werden können, hängt nun vom Engagement und der Bereitschaft aller Akteure des Gesundheits- und Sozialsystems ab, sich bei der Umsetzung konkreter Maßnahmen einzubringen. Mit dem vorliegenden Bericht möchte *gesundheitsziele.de* zur Mitwirkung einladen.

Einige Maßnahmen sind schon sehr konkret, andere bewusst offen formuliert, um bislang noch nicht an *gesundheitsziele.de* beteiligten Akteuren und Institutionen die Möglichkeit zu geben, sich nicht nur an der Umsetzung von Maßnahmen zu beteiligen, sondern auch konkrete Maßnahmevorschläge einzubringen.

Der Bericht gliedert sich in zwei Teile. Teil I umfasst Informationen zum Hintergrund des Projektes, zu den Zielbereichen und den Kriterien, die bei ihrer Auswahl berücksichtigt wurden, sowie zur

Einleitung

Entscheidungs- und Gremienstruktur von *gesundheitsziele.de*. Ferner wird die Evaluationsstrategie dargestellt und ein Ausblick zur Fortsetzung des Projektes gegeben. Teil II enthält detaillierte Einzeldarstellungen der bislang bearbeiteten Zielthemen „Diabetes“, „Brustkrebs“, „Tabakkonsum reduzieren“, „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ sowie „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“.

Der Bericht ist auch unter www.gesundheitsziele.de im Internet einsehbar und wird auf Anfrage verschickt.

Bei der Formulierung von Zielen und Teilzielen wurde internationalen Konventionen der Gesundheitszielentwicklung folgend stets die Zeitform Präsens Indikativ gewählt („Das Ziel *ist* erreicht“). Bei der Abfassung des Berichts wurden zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Sprache weitgehend die Empfehlungen des wissenschaftlichen Rats der Dudenredaktion berücksichtigt. Die eindeutigste Form der sprachlichen Gleichstellung ist die Doppelnennung (Patientinnen und Patienten). Wo diese aus stilistischen oder sprachökonomischen Gründen nicht möglich ist, kommt die Klammersetzung – Patient(inn)en – und der Schrägstrich – Patientin/Patient – zum Einsatz. Bei Komposita – Patientenorientierung/Patient(inn)enorientierung, – wurde, wenn eine Umformulierung nicht möglich war, auf Doppelnennung und Klammersetzung verzichtet. Für Komposita, deren beide Teile aus einer Personenbezeichnung bestehen – Patientenvertreter/Patient(inn)envertreter(innen) –, ist die Doppelnennung nicht sinnvoll und die Klammersetzung nicht empfohlen. Das große Binnen-I (PatientInnen) ist weder in der alten noch in der neuen Rechtschreibung vorgesehen.

Teil I

Das Projekt *gesundheitsziele.de*:

Hintergrund, Ausrichtung,

Konzepte

2.	HINTERGRUND.....	6
2.1	ORGANISATORISCHE UND POLITISCHE EINBETTUNG VON <i>GESUNDHEITSZIELE.DE</i>	6
2.2	ZWECK UND GRUNDPRINZIPIEN VON <i>GESUNDHEITSZIELE.DE</i>	7
2.3	KRITERIEN, OBERZIEL- , ZIEL-, TEILZIEL- UND MAßNAHMENAUSWAHL.....	8
2.3.1	AUSWAHLKRITERIEN	8
2.3.2	AUSWAHL DER ZIELBEREICHE, OBER- UND TEILZIELE.....	11
3.	ORGANISATIONS-, ENTSCHEIDUNGS- UND GREMIENSTRUKTUR.....	13
4.	FORTSCHRITTE BEWERTEN – EVALUATION VON <i>GESUNDHEITSZIELE.DE</i>.....	15
4.1	GRUNDSÄTZE DER EVALUATION	15
4.2	DIE NOTWENDIGKEIT EINER EVALUATION	17
4.3	STAND DER EVALUATIONSFORSCHUNG ZU GESUNDHEITSZIELEN	17
4.4	DIE EVALUATION VON <i>GESUNDHEITSZIELE.DE</i>	18
4.4.1	EVALUATIONSDESIGNS UND -ANSÄTZE.....	18
4.4.2	DATEN UND INDIKATOREN FÜR DIE EVALUATION VON <i>GESUNDHEITSZIELE.DE</i>	20
4.4.3	BESONDERHEITEN DER BEWERTUNG VON FORTSCHRITTEN BEI <i>GESUNDHEITSZIELE.DE</i>	21
4.4.4	UNTERSCHIEDLICHE GEGENSTÄNDE DER EVALUATION.....	22
4.4.5	UNTERSCHIEDLICHE EVALUATIONSINTENSITÄT.....	22
4.4.6	ORGANISATORISCHE ASPEKTE DER EVALUATION.....	23
4.4.6.1	EVALUATIONSBEIRAT	23
4.4.6.2	MAßNAHMEN IMPLEMENTIERENDE AKTEURE.....	24
4.4.6.3	EXPERTEN FÜR DIE EVALUATION (EVALUATOR)	24
4.4.6.4	GESCHÄFTSSTELLE	25
4.5	(PRAKTISCHE) DURCHFÜHRUNG DER EVALUATION	26
4.6	RESSOURCEN	26
5.	AUSBLICK.....	28

2. Hintergrund

2.1 Organisatorische und politische Einbettung von *gesundheitsziele.de*

Die Gesundheitsminister der Länder sprachen sich auf ihrer 72. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juni 1999 dafür aus, dass „Gesundheitspolitik auf allen Ebenen zukünftig zielorientierter als bisher“ erfolgen solle und appellierten „an die Verantwortlichen in Bund, Ländern und Gemeinden, die Verabschiedung tragfähiger Gesundheitsziele voranzutreiben“. Dabei solle auf Kompatibilität „zwischen den Ebenen des Föderalismus“ geachtet werden. Ferner ermutigten sie sämtliche Beteiligte des Gesundheitswesens, sich „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“.

Auch der Bundestag hat sich mit Gesundheitszielen befasst. Der Antrag „Ziele für die Qualitätssteigerung in der Diabetesversorgung“ vom 10. Oktober 2000¹ wurde am 21. Juni 2001 beschlossen.² 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“ und „bis zum Jahr 2005 umgesetzt“ werden.

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), ein Zusammenschluss zahlreicher sozial- und gesundheitspolitischer Akteure, hat die Diskussion über Gesundheitsziele bereits im Jahr 1997 in ihrem Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ aufgegriffen und vereinbarte 1998 Grundlagen zu ihrer Entwicklung und Umsetzung.³ Erste Kriterien und Indikatoren für die Eingrenzung zu bearbeitender Probleme und Versorgungsziele

¹ Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode (2000): Antrag „Ziele für die Qualitätssteigerung in der Diabetesversorgung“ vom 11. Oktober 2000. Drucksache 14/4263

² Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode (2001): Plenarprotokoll 14/176 21. 06. 2001. S. 17357 C – Annahme Drucksache 14/4263

³ GVG-Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ (1998): Gesundheitsziele als Mittel einer rationalen Steuerung im Gesundheitswesen (www.gesundheitsziele.de). Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln sowie GVG-Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ (2000): Auswahl von Gesundheits- und Versorgungszielen in Deutschland (www.gesundheitsziele.de). Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln

sowie Strukturen und Abläufe für deren Auswahl und Evaluation wurden definiert und im Mai 2000 der Öffentlichkeit vorgestellt.

Im Dezember 2000 initiierte das damalige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Forum *gesundheitsziele.de*. Das Projekt wird vom BMGS finanziell gefördert und von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) koordiniert.

2.2 Zweck und Grundprinzipien von *gesundheitsziele.de*

gesundheitsziele.de möchte mit der Bestimmung von Gesundheitszielen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Hierzu sollen zunächst exemplarisch einige evaluierbare Gesundheitsziele und Maßnahmen bestimmt und in Selbstverpflichtung - zunächst auf der Grundlage gegebener Ressourcen – umgesetzt werden. Exemplarisch bedeutet, dass kein Anspruch besteht, umfassend alle prioritären Probleme zu identifizieren und im Rahmen eines Zielprogramms anzugehen, sondern dass die Zielentwicklung und -umsetzung zunächst anhand einiger weniger und konkreter Gesundheitsziele erprobt werden soll.

Hierzu bringt *gesundheitsziele.de* zahlreiche gesundheitspolitische Akteure in einem Forum zusammen, das aus dem bereits erwähnten GVG-Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ hervorgegangen ist und nach Erweiterung um zusätzliche Akteure zur zentralen Konsensplattform von *gesundheitsziele.de* wurde. Durch die Gremien- und Entscheidungsstruktur trägt *gesundheitsziele.de* dazu bei, gesundheitspolitischen Konsens zu entwickeln. Damit versucht *gesundheitsziele.de*, das Instrument „Gesundheitsziele“ als Ergänzung zu bestehenden Instrumenten der Gesundheitspolitik auf nationaler Ebene in Deutschland zu etablieren. Darüber hinaus möchte *gesundheitsziele.de* zur Stärkung des Zielgedankens in allen gesundheitlich relevanten Bereichen in Deutschland beitragen.

Der Prozess der Zielentwicklung wurde in einer Reihe von Veröffentlichungen dokumentiert. Die Grundprinzipien, auf denen das Projekt aufbaut, wurden in 2002 in der Schriftenreihe der GVG publiziert.⁴ Ferner wurde der Zwischenstand, wie er auf einer Veranstaltung im Oktober 2001 vorgetragen wurde, im Januar 2002 als GVG-Informationdienst publiziert.⁵ Ein zweiter

⁴ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG (Hrsg.) (2002): *gesundheitsziele.de* – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte (Schriftenreihe der GVG; Bd 37), AKA, Berlin

⁵ GVG (2002): *gesundheitsziele.de* (GVG Informationsdienst 284), Köln, Januar 2002

Zwischenbericht mit Informationen zu den Zielen und Teilzielen wurde im Herbst 2002 ebenfalls als GVG-Informationssdienst veröffentlicht.⁶

2.3 Kriterien, Oberziel-, Ziel-, Teilziel- und Maßnahmenauswahl

2.3.1 Auswahlkriterien

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

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

⁶ GVG (2002): *gesundheitsziele.de* – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Zwischenergebnisse (GVG Informationsdienst 288), Köln, Juli 2002

Die folgende Übersicht fasst die Auswahlkriterien zusammen:

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

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

Querschnittsanforderungen an die Entwicklung aller Gesundheitsziele



ABB.1: QUERSCHNITTSANFORDERUNGEN

2.3.2 Auswahl der Zielbereiche, Ober- und Teilziele

gesundheitsziele.de bearbeitet Gesundheitsziele aus den vier folgenden Zielbereichen:

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

Für die Berücksichtigung unterschiedlicher Zielbereiche gibt es mehrere Gründe:

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

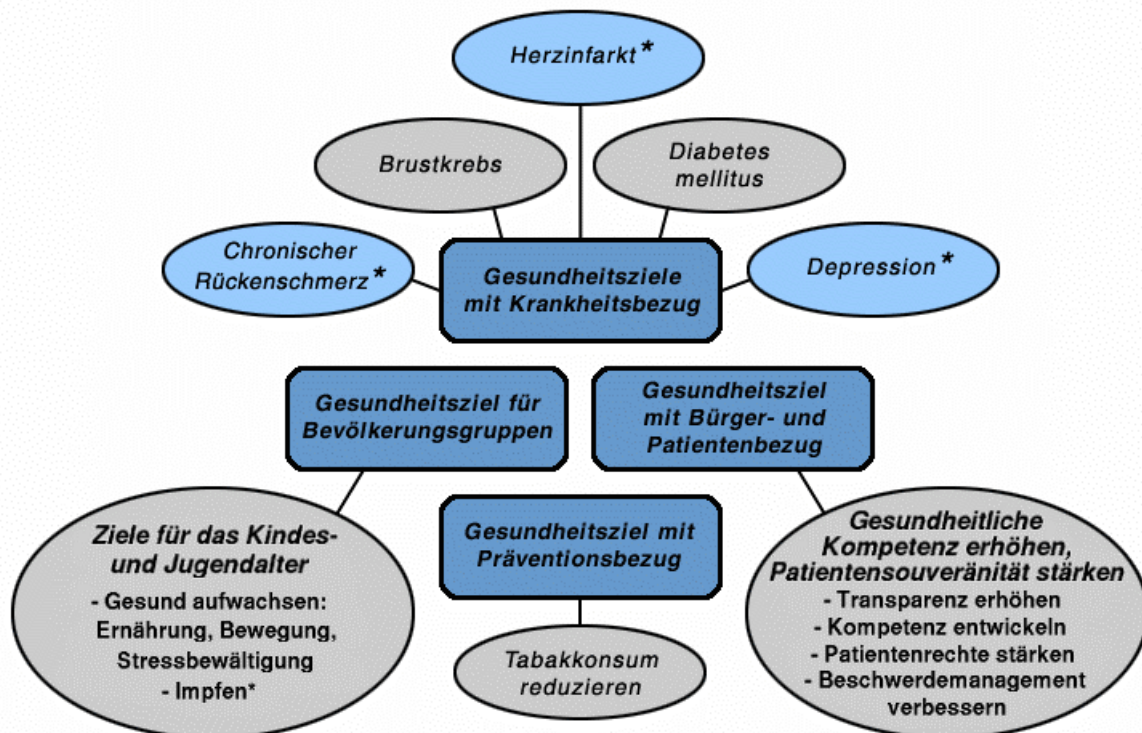
Zwischen den unterschiedlichen Zielbereichen bestehen bewusst Überschneidungen. Bei der Bearbeitung eines Zielbereichs müssen daher stets die Fortschritte in anderen Zielbereichen im Auge behalten werden.

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

Für den Bereich „Ziele für ausgewählte Bevölkerungs- und Altersgruppen“ wurde das Thema „Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen“ sowie das Thema

„Impfen“, für den Bereich „Prävention“ das Thema „Tabakkonsum reduzieren“ und für den Bereich „Bürger- und Patientenorientierung“ das Thema „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patienten-

Entwicklung exemplarischer Gesundheitsziele: Themen



* Diese Zielthemen werden zeitlich versetzt bearbeitet

souveränität stärken“ ausgewählt.

ABB. 2: „EXEMPLARISCHE GESUNDHEITSZIELE“

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

Alle Arbeitsgruppen haben Oberziele, Ziele und Teilziele erarbeitet. Hierbei sind die Gruppen unterschiedlich vorgegangen. Einige Gruppen haben zunächst Bestandsaufnahmen von Projekten zum jeweiligen Thema durchgeführt, um aus guten Projekten Nutzen zu ziehen. Hierzu haben sie analysiert, in welchen Bereichen ausreichend Maßnahmen durchgeführt werden und wo

Handlungsbedarf besteht. Andere Gruppen sind zu Zielen und Teilzielen gelangt, indem sie die verfügbare wissenschaftliche Literatur sowie Gutachten und Bestandsaufnahmen zur Versorgungssituation in Deutschland ausgewertet haben.

In Anbetracht der großen Zahl entwickelter Ziele und Teilziele einerseits und der begrenzten personellen und zeitlichen Kapazität andererseits war es unvermeidlich, eine Auswahl der Maßnahmen zur Umsetzung zu empfehlen.

Bei der Auswahl der von den Arbeitsgruppen zur Umsetzung empfohlenen Maßnahmen fanden wiederum die bei der Auswahl der Ziele und Teilziele berücksichtigten Kriterien und insbesondere die Querschnittsanforderungen Anwendung. Die Arbeitsgruppen haben Maßnahmen zur Umsetzung empfohlen, die aus Sicht der Arbeitsgruppen wichtig und dringend nötig erschienen. Zugleich wurden aber auch Maßnahmen empfohlen, die die Arbeitsgruppen als pragmatisch zeitnah umsetzbar erachteten.

Die „zeitnah umsetzbaren“ Maßnahmen umfassten entweder solche, die als technisch machbar galten, d.h. es existieren wissenschaftlich fundierte Vorgehensweisen und Instrumente, die erwiesenermaßen der Erreichung der Ziele dienen oder deren Beitrag zur Zielerreichung aufgrund praktischer Erfahrungen als plausibel angenommen wird.

Oder es handelte sich um Maßnahmen, die als machbar galten, d.h. es gibt Akteure, die sich im Rahmen der Selbstverpflichtung bereit erklärten, die evidenzbasierten Maßnahmen durchzuführen (und zu finanzieren).

Da die Formulierung und Umsetzung der Maßnahmen in Selbstverpflichtung der Akteure erfolgt, kann eine Umsetzung von Maßnahmen nur mit Zustimmung der beteiligten Akteure erfolgen; eine Umsetzung von Maßnahmen gegen den Willen der Beteiligten und Betroffenen hingegen ist nicht möglich.

3. Organisations-, Entscheidungs- und Gremienstruktur

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

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

Die Facharbeit, also die Entwicklung von Zielen und Teilzielen, wird in Arbeitsgruppen geleistet. Der Ausschuss hat zwischenzeitlich acht Arbeitsgruppen eingesetzt. Dabei wurde darauf geachtet, dass in allen Arbeitsgruppen Fachwissen, Erfahrung von Praktikern, Umsetzungskompetenz sowie Beteiligte und Betroffene vertreten sind. In allen Arbeitsgruppen wirken fachlich qualifizierte Personen aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, aus weiteren Ressorts sowie aus den Bundesländern (formelle Beteiligung der GMK durch je einen koordinierenden A- und B-Ländervertreter in Ausschuss und Steuerungskreis) mit. Ferner beteiligen sich fachlich qualifizierte Personen aus Kommunen und öffentlichem Gesundheitsdienst, aus leistungsfinanzierenden und -erbringenden Organisationen und Institutionen, aus Patientenorganisationen und je nach bearbeitetem Thema Personen aus einer Reihe von Verbänden, Interessen- und Selbsthilfegruppen sowie Wissenschaftler und Praktiker.

Die folgende Abbildung zeigt die Gremienstruktur von *gesundheitsziele.de*.

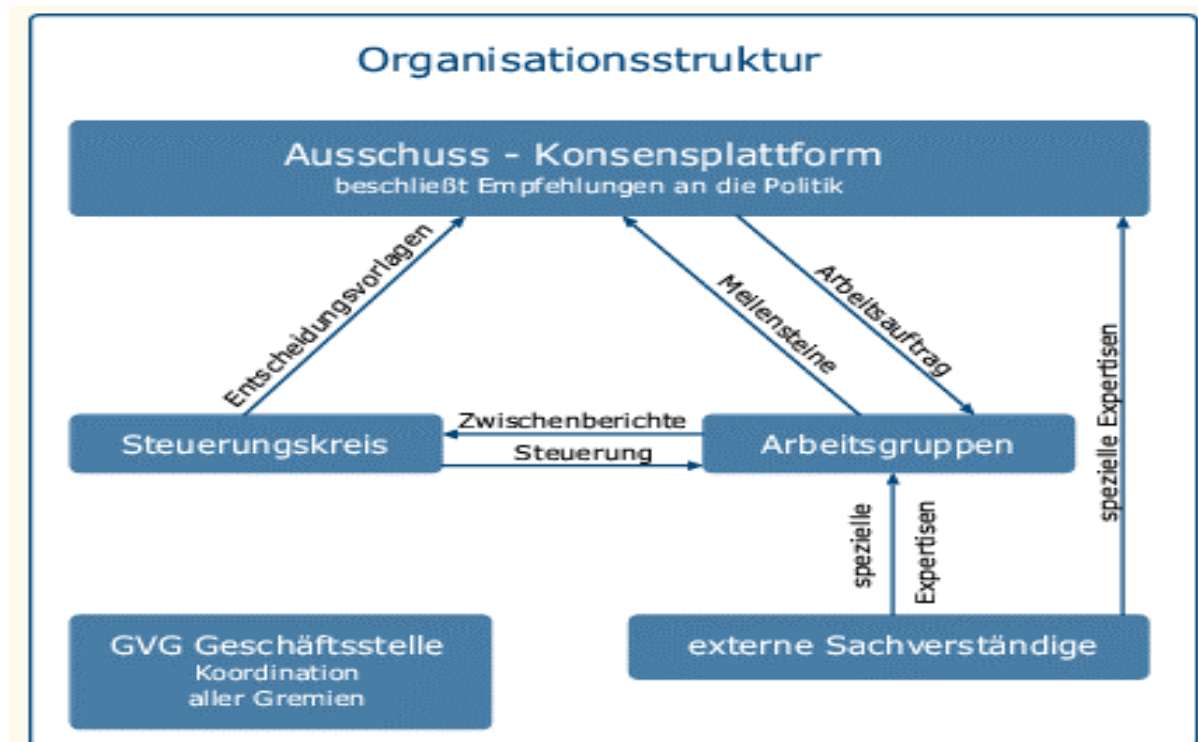


ABB. 3: ORGANISATIONSSTRUKTUR VON GESUNDHEITZIELE.DE

Die acht Arbeitsgruppen befassen oder befassten sich mit unterschiedlichen Aufgaben:

AG 1 hat unter Nutzung der Erfahrungen anderer Zielprojekte Grundlagen zum Thema Gesundheitsziele analysiert und erarbeitet. AG 1 hat ihre Arbeit im Oktober 2001 erfolgreich abgeschlossen und veröffentlicht.⁷

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

Zu den Zielthemen im engeren Sinn wurden entsprechend der vereinbarten Zielbereiche zunächst die folgenden fünf Arbeitsgruppen eingesetzt, die ab Dezember 2001 ihre Arbeit aufgenommen haben: AG 4 „Diabetes“, AG 5 „Brustkrebs“, AG 6 „Tabakkonsum reduzieren“, AG 7 „Ziele für das Kindes- und Jugendalter: Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ und AG 8 „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“.

Informationen zur personellen Besetzung des Ausschusses und des Steuerungskreises finden sich im Internet unter der Adresse www.gesundheitsziele.de. Informationen zur personellen Besetzung der Arbeitsgruppen finden sich ebenfalls im Internet sowie in den nachfolgenden Einzeldarstellungen der Zielthemen in diesem Bericht.

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

4. Fortschritte bewerten – Evaluation von *gesundheitsziele.de*

4.1 Grundsätze der Evaluation

Die Grundsätze der Evaluation von *gesundheitsziele.de* wurden in der ersten Projektphase erarbeitet und abgestimmt⁸ und zwischenzeitlich weiterentwickelt. Zu ihnen zählen:

- Evaluation muss von Anfang an in die Entwicklung der Gesundheitsziele, ihrer Umsetzungsstrategien und -maßnahmen einbezogen werden.

⁷ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG (Hrsg.) (2002): *gesundheitsziele.de* – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte (Schriftenreihe der GVG; Bd 37), AKA, Berlin

⁸ ebd. S.197ff

- Die Gesundheitsziele müssen klar und überprüfbar formuliert werden, d.h. es muss für die Programmbeteiligten deutlich sein, was erreicht werden soll.
- Die Umsetzungsstrategien und -maßnahmen müssen auf Basis bestmöglicher Evidenz entwickelt werden. Sie müssen verdeutlichen, wie die Ziele erreicht werden sollen, d.h. sie müssen Antworten auf die Frage geben, welche Maßnahmen im Rahmen welcher Strategie unter Verwendung welcher Ressourcen bis wann welche (Teil-)Ziele erreichen sollen. (Erarbeitung eines Interventionsplans auf der Grundlage eines Wirkungsmodells.)
- Die realistische Quantifizierung von Zielen und die Bestimmung von Zeithorizonten muss ebenfalls auf der Grundlage bestmöglicher Evidenz erfolgen. Von mindestens ebenso hoher Bedeutung ist die Kenntnis der Einzelheiten der Maßnahmenumsetzung (welche Maßnahme wird in welchem Umfang wie lange durchgeführt?).
- Die Entwicklung konkreter Evaluationsstrategien setzt voraus, dass konkrete quantifizierte Gesundheitsziele mit Zeithorizonten der Zielerreichung und die Einzelheiten der umgesetzten Maßnahmen einschließlich der ihnen zugrunde liegenden Wirkmodelle bekannt sind.

Diese Aufzählung macht deutlich, dass eine konkrete Evaluationsstrategie erst entwickelt werden kann, wenn erstens konkrete Maßnahmen vorliegen und die Einzelheiten ihrer Umsetzung bekannt sind (Umsetzungsintensität) und wenn zweitens Oberziele, Ziele und Teilziele quantifiziert sind. Allerdings ist Kenntnis der Maßnahmen sowie ihrer Umsetzungsintensität wiederum Voraussetzung für die Quantifizierung der Ziele. Erst die konkrete Definition von Maßnahmen – unter Berücksichtigung der bestmöglichen verfügbaren Evidenz zur Ableitung einer Wirkprognose und Erstellung eines Wirkzusammenhangs (Wirkungsmodell) zwischen Maßnahme, Teilzielen, Zielen und Oberziel – und die konkrete Festlegung der Einzelheiten der Umsetzung (in welcher Intensität und wie lange wird eine Maßnahme durchgeführt?) erlaubt eine begründete Quantifizierung und Bestimmung des Zeithorizonts der Zielerreichung. Eine Quantifizierung der Ziele und Teilziele ohne Kenntnis der konkreten Maßnahmen und der Einzelheiten ihrer Umsetzung wäre lediglich eine beliebige Setzung.

Dieser Bericht umfasst noch keine Einzelheiten der Maßnahmenumsetzung und daraus logisch folgend auch noch keine quantifizierten Ziele und Teilziele und daraus ebenfalls logisch folgend auch noch keine konkrete Evaluationsstrategien für die einzelnen Arbeitsgruppen.

Die Festlegung der Einzelheiten der Maßnahmenumsetzung auf der Grundlage von soweit möglich evidenzbasierten Wirkungsmodellen, der Quantifizierung von Zielen, die Festlegung von Zeithorizonten der Zielerreichung und darauf aufbauend die Erarbeitung konkreter Evaluationsstrategien steht im Mittelpunkt der nun beginnenden zweiten Projektphase.

4.2 Die Notwendigkeit einer Evaluation

Mit der exemplarischen Definition und Umsetzung von Gesundheitszielen beschreibt *gesundheitsziele.de* neue Wege in Deutschland. Bei einem neuen gesundheitspolitischen Instrument, für das auf Bundesebene noch keine Erfahrungswerte vorliegen, stellt sich die Frage nach den Wirkungen und damit nach der Überprüfbarkeit und Bewertung der Fortschritte in mehrfacher Hinsicht:

- Kann *gesundheitsziele.de* insgesamt zu einer Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit – im Sinne von einer Zunahme der Lebensjahre und der Lebensqualität – beitragen?
- Trägt die Erreichung eines Teilziels zur Erreichung des übergeordneten Ziels bei? (Lässt sich das Wirkmodell zwischen Teilzielen, Zielen und Oberzielen auch empirisch belegen?)
- Sind Maßnahmen in angemessener Anzahl umgesetzt worden?
- Sind die Maßnahmen in angemessener Qualität durchgeführt worden?
- Sind Maßnahmen in angemessener Flächendeckung umgesetzt worden?
- Erweisen sich die vier von *gesundheitsziele.de* bearbeiteten Zielbereiche – Ziele mit Krankheitsbezug, Präventionsziele, Ziele für bestimmte Bevölkerungsgruppen sowie Ziele für Bürger(innen), Patient(inn)en, Versicherte – in der Umsetzung als gleichermaßen geeignet oder sind einige Bereiche besser als andere geeignet?

Das Ergebnis der Evaluation wird zur Klärung der Frage beitragen, ob es sich bei Gesundheitszielen um ein geeignetes gesundheitspolitisches Instrument handelt, das in größerem Maßstab über die bisherige exemplarische Anwendung hinaus eingesetzt werden sollte.

4.3 Stand der Evaluationsforschung zu Gesundheitszielen

Ein stimmiges und einfach zu handhabendes Evaluationskonzept für Gesundheitsziele, das international als „Goldstandard“ gelten kann, gibt es nicht.

Zwar werden die meisten Gesundheitszielprogramme wissenschaftlich begleitet, jedoch gestaltet sich eine Bewertung der Fortschritte als schwierig. In aller Regel stützt sich die wissenschaftliche Begleitung auf spezifizierte Indikatoren, deren Entwicklungen auf lokaler, regionaler, nationaler oder internationaler Ebene im Sinne einer Gesundheitsberichterstattung verfolgt und beschrieben werden. Die Entwicklung der Indikatoren allein sagt jedoch nichts über die Wirksamkeit eines Gesundheitszielprogramms, einer Maßnahme oder des Wirkzusammenhangs zwischen Teilzielen,

Zielen und Oberziel aus. So können z.B. Störeinflüsse die Entwicklung der Indikatoren stärker beeinflussen als alle Maßnahmen eines Gesundheitszielprogramms, ganz gleich, ob sie wirkungsvoll sind oder nicht. Eine gesicherte Bewertung der Fortschritte ist unter diesen Umständen nicht möglich.

Dieses Problem ist in der wissenschaftlichen Literatur, die sich mit Gesundheitszielen beschäftigt, noch nicht hinreichend gelöst worden. Zwar gibt es gute Belege, dass Gesundheitsziele politisch wirksam sind und eine Schwerpunktsetzung nach sich ziehen bspw. im Sinne einer verstärkten Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention. Die Wirksamkeit im Sinne von „outcomes“ ist jedoch weit weniger gesichert. Dies hängt allerdings auch damit zusammen, dass viele Gesundheitszielprogramme ihre Wurzeln in den 1970er- und 1980er-Jahren haben, also in einer Zeit, in der die Forderung nach einer Überprüfung der Wirksamkeit von gesundheitsbezogenen Interventionen im Routineeinsatz keineswegs selbstverständlich war.

4.4 Die Evaluation von *gesundheitsziele.de*

4.4.1 *Evaluationsdesigns und -ansätze*

Bereits in der ersten Projektphase ist beschlossen worden, dass neben den Ergebnissen auch Maßnahmen evaluiert werden müssen.⁹ Dies ist wegen vielfältiger außerhalb des Projektes *gesundheitsziele.de* liegender und in ihrer Wirkungsweise nicht quantifizier- geschweige denn kontrollierbarer Einflussfaktoren unverzichtbar. Bei alleiniger Ergebnisevaluation kann nicht festgestellt werden, warum ein Ziel erreicht oder verfehlt wurde. Die Evaluation von Maßnahmen hingegen liefert Hinweise zur Bewertung ihres Beitrags zur Zielerreichung.

Ebenfalls in der ersten Projektphase ist beschlossen worden, dass es bei *gesundheitsziele.de* sowohl der programmbegleitenden als auch der ergebnissichernden Evaluation bedarf.

Die programmbegleitende (formative) Evaluation erlaubt, die im Rahmen der Evaluation gewonnenen Erkenntnisse in die weitere Umsetzung von Maßnahmen oder Maßnahmenbündeln einfließen zu lassen. Die programmbegleitende Evaluation wird dabei während der Durchführung der Maßnahmen als „kontinuierlicher Verbesserungsprozess“ durchgeführt. Dies erlaubt zeitnahe

⁹ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG (Hrsg.) (2002): *gesundheitsziele.de* – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte (Schriftenreihe der GVG; Bd 37), AKA, Berlin, S. 197 ff.

Anpassungen und Modifikationen der Maßnahme. Sie erhöht somit die Chancen, dass Teilziele erreicht werden. Sie trägt dazu bei, dass bei einem Nichterreichen von Teilzielen die Ursachen des Misserfolgs schnell identifiziert werden können.

Je nach Ausgestaltung der Maßnahme können strukturelle, prozedurale Elemente oder Ergebnisse bzw. Teilergebnisse Gegenstand der Evaluation sein. Besteht die Intervention beispielsweise darin, Informationen zu einem gesundheitlichen Problem anhand einer Broschüre zu vermitteln, dann wäre ein strukturelles Element die Voraussetzungen zur Herstellung der Broschüre (Autoren, finanzielle Mittel für Druck und Gestaltung etc.), ein prozedurales Element ihre Verteilung an die relevante Zielgruppe und ein Ergebniselement die Überprüfung des veränderten Wissens und Verständnisses über das gesundheitliche Problem in der Zielgruppe. Die programmbegleitende Evaluation würde bspw. überprüfen, ob die Broschüre tatsächlich in die Hände der relevanten Zielgruppe gelangt ist oder nicht. Wenn nicht, sollte eine andere Verteilungsform gewählt werden. Oder sie würde überprüfen, ob die Broschüre auch verstanden wurde. Hieraus könnten Schlüsse gezogen werden, ob die Broschüre in geeigneter Weise gestaltet ist.

Von der programmbegleitenden Evaluation lässt sich ein weiterer, durchaus erwünschter „Nebeneffekt“ erwarten: Indem die Handelnden in den Evaluationsprozess einbezogen sind, lernen sie, evaluativ zu denken. Die an Evaluationsprozessen von *gesundheitsziele.de* mitwirkenden Akteure lernen, ihr Denken und Handeln an Gesundheitszielen – also ergebnisorientiert – auszurichten. Dies ist ein Nutzen eigener Art zusätzlich zu dem Nutzen, der unmittelbar aus der oder den Maßnahmen resultiert.

Die ergebnissichernde (summative) Evaluation erfolgt durch Prä-Post-Vergleiche (Vergleich des Gegenstands der Evaluation (Struktur, Ergebnis, Prozess) vor und nach Durchführung der Maßnahme). Ziel der ergebnissichernden Evaluation ist die Überprüfung des Gesamtziel-erreichungsgrades eines Bündels von Maßnahmen. Die oben erwähnte Broschüre zur Vermittlung von Wissen zu einem gesundheitlichen Problem beispielsweise wird allein vermutlich nicht ausreichen, um den Gesundheitszustand bezüglich des betrachteten gesundheitlichen Problems zu verändern. Die summative Evaluation überprüft, ob die Gesamtheit einer Vielzahl von Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands beigetragen hat.

Zur Durchführung der Prä-Post-Vergleiche gibt es unterschiedliche Forschungsdesigns, Erhebungs- und Auswertungsverfahren. Ein Beispiel für ein experimentelles Forschungsdesign sind Kontrollgruppenvergleiche. Bei Kontrollgruppenvergleichen wird die Zielpopulation zu einer

vergleichbaren Population ins Verhältnis gesetzt, bei der eine Maßnahme nicht durchgeführt wurde. In beiden Populationen sollte jeweils eine Messung vor und eine Messung nach Durchführung der Maßnahme vorgenommen werden. Dabei muss auf die Auswahl strukturell ähnlicher Vergleichspopulationen (z.B. Staaten mit vergleichbarem Gesundheitssystem, mit vergleichbarer Morbiditäts- und Mortalitätsbelastung) geachtet werden. Aus ethischen und praktischen Gründen sind der Anwendbarkeit von experimentellen Forschungsdesigns aber häufig Grenzen gesetzt.

Die programmbegleitende und die ergebnissichernde Evaluation müssen parallel eingesetzt werden, wobei die programmbegleitende Evaluation zeitlich vor der summativen ergebnissichernden Evaluation erfolgt.

Nach dem durchführenden Akteur wird ferner zwischen Eigen- und Fremdevaluation unterschieden. Bei der Eigenevaluation sind maßnahmenimplementierender und evaluierender Akteur identisch. Im Gegensatz hierzu erfolgt die Fremdevaluation durch nicht unmittelbar an der Maßnahmenumsetzung Beteiligte.

Der Vorteil der Eigenevaluation im Gegensatz zur Fremdevaluation wird üblicherweise in der motivationsfördernden Wirkung der direkten Einbindung der umsetzenden Akteure in die Evaluation gesehen („ownership“). Die Eigenevaluation im Rahmen der programmbegleitenden Evaluation ist besonders geeignet, Prozesse kontinuierlich zu verbessern. Der Nachteil der Eigenevaluation wird in der möglicherweise mangelnden Distanz gegenüber dem Gegenstand der Evaluation gesehen. Der Vorteil der Fremdevaluation besteht dementsprechend in der gegebenen Distanz zum Gegenstand der Evaluation und fehlenden Wünschen der Evaluatoren bezüglich des Evaluationsergebnisses.

4.4.2 Daten und Indikatoren für die Evaluation von *gesundheitsziele.de*

Sowohl zur Durchführung der programmbegleitenden als auch der ergebnissichernden Evaluation bedarf es der Bestimmung von Indikatoren. An ihrer Ausprägung kann der Erreichungsgrad von einzelnen Maßnahmen – gegebenenfalls heruntergebrochen in Teilschritte oder Milestones – sowie von Teilzielen, Zielen und letztlich Oberzielen gemessen werden. Durch Vergleich der gemessenen Ist- mit der Soll-Ausprägung des Indikators kann der jeweilige Erreichungsgrad bewertet werden.

Zur Bildung geeigneter Indikatoren und zur empirischen Bestimmung ihrer Soll-Ausprägung werden unterschiedliche Datenquellen herangezogen.¹⁰ Hierzu zählen Statistiken aus zahlreichen Datenquellen, wie sie z.B. auf Bundes- oder Länderebene, bei Kostenträgern und Leistungserbringern und bei wissenschaftlichen Instituten vorliegen. Bei nicht allgemein öffentlich zugänglichen Daten sind die jeweiligen Datenhalter zu bitten, *gesundheitsziele.de* Daten zur Verfügung zu stellen.

Sofern Informationsbedürfnisse mit den gegebenen Datenquellen nicht abgedeckt werden können, müssen zusätzliche Daten erhoben werden. Es ist davon auszugehen, dass dies insbesondere für die Maßnahmenevaluation unverzichtbar sein wird.

4.4.3 Besonderheiten der Bewertung von Fortschritten bei *gesundheitsziele.de*

Die Maßnahmenumsetzung im Rahmen von *gesundheitsziele.de* ist durch eine Reihe von Besonderheiten gekennzeichnet, auf die das Evaluationskonzept von *gesundheitsziele.de* reagieren muss:

- Eine bestimmte Maßnahme wird häufig nicht nur von einem Akteur, sondern einer Vielzahl von Akteuren durchgeführt. Hier muss darauf geachtet werden, dass die Evaluation dieser Maßnahme(n) stets einheitlich erfolgt.
- Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgt sowohl zentral als auch dezentral mit unterschiedlichen Abstimmungsgraden. So werden beispielsweise Massenmedienkampagnen zentral geplant und durchgeführt. Die unterstützenden und verstärkenden Maßnahmen müssen jedoch regional und lokal abgestimmt werden.
- Bei gegebenenfalls von Maßnahmen umsetzenden Akteuren zu einem späteren Zeitpunkt bestimmten und in Angriff genommenen Maßnahmen muss eine von *gesundheitsziele.de* isolierte und losgelöste Umsetzung vermieden werden. Zum Zweck der Evaluation der Gesamtwirkung wäre eine organisatorische Einbindung wünschenswert, eine Minimalabstimmung ist mindestens erforderlich.
- Die Maßnahmenumsetzung erfolgt zeitlich gestaffelt. Aufgrund der zahlreichen Ziele, Teilziele und Maßnahmen ist zu erwarten, dass für das Jahr 2003 nur ausgewählte Maßnahmen angegangen werden können. Das Evaluationskonzept muss erlauben, sukzessive in Angriff genommene Maßnahmen in das Konzept zu integrieren.

¹⁰ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., GVG (Hrsg.) (2002): *gesundheitsziele.de* – Forum Gesundheitsziele Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte (Schriftenreihe der GVG; Bd 37), AKA, Berlin, S. 210 ff.

4.4.4 Unterschiedliche Arten von Maßnahmen als Gegenstand der Evaluation

gesundheitsziele.de geht nicht nur Oberziele, Ziele und Teilziele an, die durch Maßnahmen zu erreichen sind, die auf einem technischen Wirkmechanismus beruhen. Es gibt auch Maßnahmen, deren Inhalt in der Erarbeitung einer effektiven politischen Strategie wie beispielsweise Lobbying u.Ä. besteht. Das Teilziel einer solchen Maßnahme kann etwa in der Gewinnung von Akzeptanz und einer gemeinsamen Problemsicht der zuständigen Akteure bestehen.

Ebenso ist denkbar, dass die Umsetzung einer Maßnahme, die zur Erreichung eines akzeptierten Ziels notwendig ist, den Aufbau von Strukturen beispielsweise durch Vernetzung spezifischer Akteure erfordert.

4.4.5 Unterschiedliche Evaluationsintensität

Im Rahmen von *gesundheitsziele.de* sollten nur Maßnahmen umgesetzt und Ziele verfolgt werden, die auch evaluiert werden können. Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen sollte aber zugleich eine der Maßnahme oder dem Ziel angemessene Evaluationsintensität angestrebt werden. Nicht alle Maßnahmen und Ziele müssen gleichermaßen intensiv evaluiert werden. Welche Maßnahmen oder Ziele mit welcher Intensität evaluiert werden, sollte allerdings einheitlich festgelegt werden.

Die folgende Aufzählung nennt beispielhaft Kriterien, an denen sich die Bestimmung einer tendenziell niedrigeren oder höheren Evaluationsintensität ausrichten könnte:

- Die Wirksamkeit einer Maßnahme ist auch unter Alltagsbedingungen hinlänglich belegt. Dann ist tendenziell eine weniger intensive Evaluation ausreichend.
- Der Erfolg einer Maßnahme bedarf einer hohen Prozessqualität, die unter Alltagsbedingungen nur schwer durchgängig zu realisieren ist. Dies begründet eine eher höhere Evaluationsintensität.
- Die Maßnahme ist von überragender Bedeutung für die Zielerreichung. Dies rechtfertigt ebenfalls eine eher höhere Evaluationsintensität.
- Die Maßnahme setzt einen hohen Mitteleinsatz voraus. Auch dies rechtfertigt eine tendenziell höhere Evaluationsintensität.
- Für die Maßnahme gibt es bisher keine gesicherte wissenschaftliche Evidenz, sie gilt aber aufgrund der Konzeption und der unterstellten Wirkungsmechanismen als hochplausibel und effektiv. Auch hier sollte tendenziell eher intensiv evaluiert werden.

4.4.6 Organisatorische Aspekte der Evaluation

Die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für die Planung, Durchführung und Auswertung der Evaluation müssen von Anfang an geplant und frühzeitig festgelegt werden. Mit dem Prozess der Planung, Durchführung und Auswertung sind ein Evaluationsbeirat, die Maßnahmen umsetzenden Akteure, Experten für die Durchführung der Evaluation (Evaluatoren) sowie eine Geschäftsstelle befasst. Ihre Aufgaben und Zuständigkeiten werden im Folgenden skizziert.

4.4.6.1 Evaluationsbeirat

Der Evaluationsbeirat legt die grundlegenden Regeln fest, die bei der Durchführung der Evaluation zu berücksichtigen sind. Auf diese Weise soll gewährleistet werden, dass die Evaluation in allen Teilbereichen von *gesundheitsziele.de* nach einheitlichen Standards konsistent durchgeführt wird. Ggf. könnten die grundlegenden Regeln und Standards auch zertifiziert werden. Zu den Aufgaben des Evaluationsbeirats zählen:

- Weiterentwicklung des Evaluationskonzepts von *gesundheitsziele.de*
- Festlegung der Kriterien zur Bestimmung der Evaluationsintensität
- Festlegung der Kriterien, die bestimmen, wann neue Erhebungen durchgeführt werden müssen.
- Festlegung der Dokumentations- und Berichtspflichten: Zur Durchführung der Evaluation bedarf es einer Dokumentation der Implementation einzelner Maßnahmen und ihrer Wirkung (so genannte Implementationsberichte). Der Implementationsbericht erfasst den Akteur, der eine Maßnahme im Rahmen von *gesundheitsziele.de* umsetzt. Ferner enthält er neben den Angaben zum Akteur auch Daten zu der durchzuführenden Maßnahme (Art der Maßnahme, Wirkprinzip, wissenschaftliche Evidenz, Zielgruppe, regionale Verbreitung der Maßnahme, Zeitplan, Indikatoren, einen Fahrplan zur Umsetzung der Maßnahme [Milestones] und Einzelheiten zum Zielerreichungs- bzw. Teilzielerreichungsgrad). Die einzelnen Implementationsberichte werden zu einem Gesamt-Implementationsbericht zusammengeführt.

Mitglied im Evaluationsbeirat sollten neben fachlich ausgewiesenen Experten auch Vertreter derjenigen Akteure (Akteursgruppen) sein, die sich zur Umsetzung von *gesundheitsziele.de* bereit erklärt haben. Ferner sollten die Leiter (bzw. Vertreter) der Arbeitsgruppen 4 bis 8 Mitglieder des Evaluationsbeirates sein, um zu gewährleisten, dass die Maßnahmenimplementierung im Sinne der von den Arbeitsgruppen gewünschten Weise (insbesondere hinsichtlich der als besonders

wichtig erachteten Querschnittsanforderungen) erfolgt. Eine weitergehende An- und Einbindung der Arbeitsgruppen, bspw. als Untergruppe des Evaluationsbeirats, ist denkbar, falls zweckmäßig.

4.4.6.2 *Maßnahmen implementierende Akteure*

Bei den Maßnahmen implementierenden Akteuren handelt es sich um bereits an *gesundheitsziele.de* beteiligte Akteure sowie um Akteure, die bislang nicht eingebunden waren, aber Maßnahmen zur Zielerreichung umsetzen möchten. Zu ihren Aufgaben gehören:

- Durchführung der programmbegleitenden Evaluation unter Berücksichtigung der vom Evaluationsbeirat definierten Standards und Kriterien
- Programmbegleitende Rückkoppelung der Evaluationsergebnisse in den Prozess der Zielumsetzung und -entwicklung
- Erfüllung der Berichtspflichten

4.4.6.3 *Experten für Evaluation (Evaluator)*

Die Maßnahmen implementierenden Akteure müssen bei der Erarbeitung und Umsetzung eines Evaluationskonzeptes fachlich beraten und unterstützt werden. Dies leisten professionelle und hauptberufliche Experten, so genannte Evaluatoren.

Zu den Aufgaben der Evaluatoren zählen:

- Fachliche Beratung und Unterstützung des Evaluationsbeirats bei der Entwicklung des Gesamt-Evaluationskonzepts von *gesundheitsziele.de*
- Fachliche Beratung und Unterstützung der Arbeitsgruppen bei der Entwicklung der arbeitsgruppenspezifischen Evaluationskonzepte von *gesundheitsziele.de*
- Fachliche Beratung und Unterstützung der Maßnahmen umsetzenden Akteure bei der Bestimmung der Evaluationsintensität durch Anwendung der Kriterien
- Fachliche Beratung und Unterstützung der Maßnahmen umsetzenden Akteure bei der Erstellung des Wirkmodells
- Fachliche Beratung und Unterstützung der Maßnahmen umsetzenden Akteure bei der Indikatorenwahl
- Fachliche Beratung und Unterstützung der Maßnahmen umsetzenden Akteure hinsichtlich der Notwendigkeit der Erhebung zusätzlicher Daten

- Fachliche Beratung und Unterstützung der Maßnahmen umsetzenden Akteure bei der organisatorischen Durchführung der programmbegleitenden Evaluation (Wer erhebt welche Information wann und gibt sie an wen weiter?)
- Fachliche Beratung und Unterstützung der Maßnahmen umsetzenden Akteure bei der Interpretation der Daten und ggf. Beratung zur zeitnahen Modifikation der Maßnahmen im Rahmen der programmbegleitenden Evaluation
- Fachliche Beratung und Unterstützung der Maßnahmen umsetzenden Akteure bei der Erhebung von Informationen im Rahmen der Berichts- und Dokumentationspflichten
- Durchführung der ergebnissichernden Evaluation

Hinsichtlich der organisatorischen Verankerung der Evaluatoren sind unterschiedliche Konzepte denkbar. Sie können entweder bei entsprechenden Institutionen angesiedelt werden, die eine fachlich-inhaltliche Nähe aufweisen (z.B. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Robert-Koch-Institut (RKI) oder bei der Geschäftsstelle) oder es kann sich um externe Evaluatoren handeln, die beispielsweise in wissenschaftlichen Einrichtungen o.Ä. tätig sind und die je nach Gegenstand der Evaluation fallweise aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz hinzugezogen werden. Vor dem Hintergrund der höchst unterschiedlichen von *gesundheitsziele.de* bearbeiteten Zielthemen bietet sich eine organisatorische Mischlösung an, die Evaluationsexpertise aus unterschiedlichen Institutionen bzw. (Fach-)Bereichen nutzt. Dies setzt allerdings eine gut ausgestattete Geschäftsstelle voraus, die die Zusammenführung und Koordination übernimmt.

4.4.6.4 *Geschäftsstelle*

Die Geschäftsstelle begleitet den Prozess der Evaluation von *gesundheitsziele.de* kontinuierlich. Zu ihren Aufgaben zählen:

- Information der Umsetzungsakteure über Dokumentations- und Berichtspflichten
- Sammeln der Implementationsberichte (durch Nachfrage bei den umsetzenden Akteuren)
- Zusammenführung und Publikation der Implementationsberichte zum Gesamt-Implementationsbericht. Der Implementationsbericht wird regelmäßig aktualisiert.
- Rückkoppelung der Gesamt-Evaluationsergebnisse in den Prozess der Zielumsetzung und -entwicklung
- Vermittlung entsprechend fachlich qualifizierter Evaluatoren an Maßnahmen umsetzende Akteure

- Organisatorische Unterstützung des Evaluationsbeirates, der Evaluatoren und der Maßnahmen implementierenden Akteure

4.5 (Praktische) Durchführung der Evaluation

Die programmbegleitende und die ergebnissichernde Evaluation sind zwei Aspekte des Evaluationskonzeptes.

Die programmbegleitende Evaluation sollte überwiegend von den Maßnahmen implementierenden Akteuren durchgeführt werden. Die Maßnahmen implementierenden Akteure können hierbei wenn nötig auf die Beratungsleistungen der Evaluatoren zurückgreifen.

Die ergebnissichernde Evaluation sollte dort angesiedelt sein, wo bereits Daten und Instrumente zur Erhebung von Ergebnissen im Sinne von „outcomes“ vorliegen. Durchgeführt wird die ergebnissichernde Evaluation von einem oder mehreren Evaluatoren.

Die Zusammenführung und Rückkopplung in den Prozess der Ziel(weiter)entwicklung erfolgt durch die Geschäftsstelle.

4.6 Ressourcen

Die Durchführung der Evaluation im Rahmen von *gesundheitsziele.de* ist mit Kosten verbunden. Dies gilt für die programmbegleitende und für die ergebnissichernde Evaluation gleichermaßen.

Die Kosten sowohl der programmbegleitenden als auch der ergebnissichernden Evaluation hängen von den Einzelheiten des Gegenstands der Evaluation ab. Grundsätzlich gilt, dass die Höhe der Kosten der Evaluation von den verwendeten Indikatoren abhängt. Können die Indikatoren aus allgemein zugänglichen Daten gebildet werden, die für den Zeitpunkt $t=0$ (Baseline) vorliegen und in der Zukunft fortgeschrieben werden, sind die Kosten vergleichsweise gering. Fehlen jedoch geeignete Datenquellen für die Bildung von Indikatoren, so müssen diese erst eigens erhoben werden, und zwar sowohl für den Zeitpunkt $t=0$ als auch für den Vergleichszeitraum. Ferner sind Kosten zu beachten, die bei der Bestimmung der wünschenswerten Soll-Ausprägung der Indikatoren anfallen. Ist diese in Fachkreisen nicht allgemein bekannt, können u.U. erhebliche Kosten anfallen. Für die Bestimmung von Zeithorizonten gilt dies gleichermaßen.

Die Kosten der programmbegleitenden Evaluation fallen vor allem bei den umsetzenden Akteuren an und sind von diesen gemäß dem Prinzip der Selbstverantwortung und Selbstverpflichtung von *gesundheitsziele.de* auch zu finanzieren. Diese Finanzierungszuständigkeit lässt sich weiter begründen, weil die maßnahmenimplementierenden Institutionen von dem mit der programmbegleitenden Evaluation einhergehenden Nutzen im Sinne der Einleitung kontinuierlicher Verbesserungsprozesse profitieren.

Von der Finanzierungszuständigkeit der umsetzenden Akteure ist die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen der Evaluatoren ausgenommen. So sollen Ungleichgewichte zwischen umsetzenden Akteuren ausgeglichen werden, die in Sachen Evaluation bereits versiert sind und solchen, die erst entsprechendes Know-How aufbauen müssen. Ebenfalls hiervon ausgenommen müssen die Kosten sein, die bei der Erhebung von zusätzlichen Daten anfallen, falls mithilfe der gegebenen Daten keine geeigneten Indikatoren gebildet werden können.

Auch bei der Durchführung der ergebnissichernden Evaluation fallen Kosten an. Da die ergebnissichernde Evaluation von maßnahmenfremden Evaluatoren durchgeführt wird, fallen diese nicht bei den maßnahmenimplementierenden Institutionen an. Dennoch entstehen Kosten, entweder bei den Institutionen, bei denen die Evaluatoren angebunden sind oder durch die Vergabe von Aufträgen an externe Experten.

Ferner entstehen Zeit- und Reisekosten für die Mitglieder des Evaluationsbeirates. *gesundheitsziele.de* bringt seine Hoffnung zum Ausdruck, dass diejenigen Mitglieder des Evaluationsbeirats, die zugleich GVG-Mitglieder sind, zur Übernahme dieser Kosten bereit sind, wie dies auch in der Vergangenheit bei den Steuerungskreis-, Ausschuss- und Arbeitsgruppensitzungen der Fall gewesen ist. Bei dieser Gelegenheit soll angemerkt werden, dass auch Nicht-GVG-Mitglieder über ihre berufliche Verpflichtung hinaus großes persönliches Engagement an den Tag gelegt und teilweise auch auf die Erstattung von Reisekosten verzichtet haben.

Die Finanzierung der Kosten für die Evaluatoren, für die Erhebung zusätzlicher Daten und für die Kosten der Geschäftsstelle ist noch zu klären. Für 2004 muss deshalb ein Kostenansatz vorgelegt und eine Finanzierung dieser Funktion gesichert werden. Eine Beteiligung des Bundes an der Finanzierung wäre wünschenswert.

5. Ausblick

Zentral für die erfolgreiche Umsetzung der konsentierten Gesundheitsziele in Selbstverpflichtung und Selbstverantwortung auf der Grundlage gegebener Ressourcen ist nicht nur die Bereitschaft der Umsetzungsakteure, sondern auch die politische Unterstützung. Daher wünschen wir uns die Unterstützung der Bundesländer, der Ressorts und aller Akteure des Gesundheitswesens. Eine Verabschiedung der Ergebnisse von *gesundheitsziele.de* als nationale Gesundheitsziele durch den Bundestag begrüßen wir.

Konkret stehen als nächste Schritte die Gewinnung von Umsetzungsakteuren, die Umsetzung der bereits im Detail skizzierten Maßnahmen und die weitere Entwicklung der Evaluationskonzepte für die Arbeitsgruppen an.

Ferner sollen Schritt für Schritt die weiteren vereinbarten, aber bislang noch nicht bearbeiteten Gesundheitsziele in Angriff genommen werden.

Dank der fortgesetzten Finanzierung von *gesundheitsziele.de* in 2003 hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung deutlich gemacht, dass es eine Verstetigung des Zielprozesses wünscht. Auch in den Folgejahren soll *gesundheitsziele.de* fortgesetzt werden.

Teil II

Die Gesundheitsziele

6. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln

6.1	EINLEITUNG.....	32
6.1.1	GESUNDHEITSZIELE ZU VERSCHIEDENEN AKTIONSFELDERN.....	32
6.1.2	RELEVANZ DES DIABETESPROBLEMS IN DER BEVÖLKERUNG.....	33
6.1.3	VERSORGUNGSSITUATION VON DIABETIKERINNEN UND DIABETIKERN IN DEUTSCHLAND	37
6.2	ZIELFORMULIERUNG ZU VERSCHIEDENEN AKTIONSFELDERN.....	39
6.2.1	AKTIONSFELD PRIMÄRPRÄVENTION.....	39
6.2.2	AKTIONSFELD SEKUNDÄRPRÄVENTION.....	40
6.2.3	AKTIONSFELD KRANKENBEHANDLUNG/REHABILITATION.....	40
6.3	ZIELE UND TEILZIELE	42
6.4	TABELLARISCHE ÜBERSICHT	43
6.5	MAßNAHMENSKIZZEN.....	47
6.5.1	AUSWAHLPROZESS.....	47
6.5.2	BEGRÜNDUNG FÜR DIE KONKRETISIERUNG BESTIMMTER MAßNAHMEN	48
6.5.2.1	MAßNAHMEN ZUM AKTIONSFELD PRIMÄRPRÄVENTION/FRÜHERKENNUNG.....	48
6.5.2.2	MAßNAHMEN ZUM AKTIONSFELD SEKUNDÄRPRÄVENTION/FRÜHERKENNUNG.....	49
6.5.2.3	MAßNAHMEN ZUM AKTIONSFELD KURATION/REHABILITATION	50
6.5.3	KONZEPT FÜR EINE „NATIONALE KAMPAGNE ZUR PRIMÄRPRÄVENTION DES TYP-2-DIABETES“	51
6.5.4	KONZEPT FÜR DIE „ERPROBUNG UND EVALUATION EINES PROGRAMMS ZUR RISIKOFRÜHERKENNUNG, SCHULUNG UND INTERVENTION BEI GESUNDEN RISIKOTRÄGERN ZUR PRÄVENTION DES DIABETES MELLITUS TYP 2“.....	52
6.5.5	KONZEPT FÜR EINE MAßNAHME „EINSATZ EINES DIABETESMOBILS ZUR FRÜHENTDECKUNG VON TYP-2-DIABETIKERN“	53
6.5.6	KONZEPT FÜR EINE MAßNAHME „UNTERSUCHEN VON PATIENT(INN)EN MIT DEFINIERTEN RISIKOKONSTELLATIONEN AUF DIABETES ANLÄSSLICH ANDERWEITIG VERANLASSTER AMBULANTER ARZTKONTAKTE. BEVOR EINE MÖGLICHE UMSETZUNG DIESER MAßNAHME VORBEREITET WIRD, SOLL DAS KONZEPT EINEM HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT ZUGEFÜHRT WERDEN.	54
6.6	LITERATUR.....	55
6.7	MITGLIEDER DER AG	59

6.1 Einleitung

6.1.1 *Gesundheitsziele zu verschiedenen Aktionsfeldern*

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 Diabetikerinnen und 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 müssen sich begründen lassen.

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

- **Ziele zum Aktionsfeld Primärprävention:** Einflussnahme auf die Lebensweise (insbesondere das Bewegungs- und Ernährungsverhalten) der gesunden Bevölkerung oder speziell ausgewählter Teilgruppen, um das Eintreten des Krankheitsfalls zu vermeiden
- **Ziele zum Aktionsfeld Sekundärprävention:** Früherkennung der Krankheit bei allen von Diabetes betroffenen Personen in der Bevölkerung
- **Ziele zum Aktionsfeld Krankenbehandlung/Rehabilitation:** Beobachtung und therapeutische Intervention der Bevölkerung, bei der 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 Patient(inn)en 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, Kuration und Rehabilitation)

Die hier diskutierten Ziele und Maßnahmen sind auf die Vermeidung bzw. die frühzeitige Behandlung der Erkrankung bei den Typ-2-Diabetikern ausgerichtet. Von dieser Stoffwechselerkrankung sind in der Bundesrepublik Deutschland schätzungsweise zwischen 5 und 7 Millionen Personen in der Bevölkerung betroffen. Typ-2-Diabetes tritt vorwiegend im mittleren bis höheren Lebensalter ab 45 Jahren auf. In Abhängigkeit von demographischen Entwicklungen, verbesserten Therapieoptionen und wohlstandsassoziierten Lebensstilen kann mit einer starken Zunahme in den kommenden Jahren gerechnet werden [1–7].

Die medizinische Versorgung des Typ-2-Diabetikers findet überwiegend ambulant statt. Stoffwechsellentgleisungen, bei denen eine stationäre Behandlung notwendig wird, sind beim Typ-2-Diabetiker außerordentlich selten. Auch die diabetesbedingten Folgeschäden (z.B. diabetische Nierenerkrankung, Retinopathie, Neuropathie, diabetischer Fuß, Mikroangiopathie, koronare Herzerkrankung, arterielle Verschlusskrankheit, Schlaganfall) werden in der Regel ambulant versorgt und bedürfen nur bei schweren Komplikationen und akuten Zuständen einer Krankenhausbehandlung. Je nach Schwere der Komplikation können rehabilitative Maßnahmen erforderlich werden.

6.1.2 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, 7]. Aufgrund ätiologischer und klinischer Kriterien unterscheidet man den Typ-1-Diabetes, der sich im Allgemeinen vor dem 30. Lebensjahr klinisch manifestiert (circa 5–10 % aller Diabetikerinnen und Diabetiker), vom Typ-2-Diabetes, dessen Prävalenz in höheren Altersklassen

zunimmt, der aber vermehrt bei Patientinnen und Patienten mittleren Alters auftritt. Typ-2-Diabetes stellt mit 90–95 % die häufigste Form der Krankheit dar [1, 6, 8–11].

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 Routine-Laboruntersuchung auffällig [5, 9, 12]. Pathogenetisches Korrelat ist vorwiegend eine herabgesetzte Insulinwirkung (Insulinresistenz) und erst später eine gestörte Insulinsekretion. Die Mehrzahl der Erkrankungsfälle entwickelt sich auf dem Boden eines so genannten „metabolischen Syndroms“ („Wohlstandssyndrom“) [13–14], einer Kombination aus stammbetonter Adipositas, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie und Hyperurikämie, die mit einer Insulinresistenz, Glukosetoleranzstörung bzw. einem manifesten Diabetes einhergeht. Hierdurch wird verständlich, dass Überernährung sowie Bewegungsarmut, die zu Adipositas führen, durch Auslösung einer sukzessiven Insulinresistenz ätiologisch für den Typ-2-Diabetes bedeutsam sind. Ferner wird deutlich, dass Gewichtsreduktion durch Ernährungsumstellung und körperliche Aktivität ein entscheidendes therapeutisches Prinzip bei der Behandlung der meist übergewichtigen Typ-2-Diabetiker darstellt [15–26]. Darüber hinaus ist auch der Typ-2-Diabetes oft mit einer positiven Familienanamnese korreliert [27–29].

Abzugrenzen von einem manifesten Diabetes ist die beeinträchtigte Glukosetoleranz (IGT). Hierunter versteht man einen metabolischen Status, der zwischen normaler Glukosehomöostase und Diabetes liegt. Die IGT stellt einen Risikofaktor für einen zukünftigen Diabetes oder eine kardiovaskuläre Erkrankung dar [30–36]. In der therapeutischen Konsequenz bedeutet dies, dass das Management von Personen mit Hyperglykämie und anderen Merkmalen des metabolischen Syndroms sich nicht nur auf die Behandlung erhöhter Blutglukosespiegel fokussieren kann, sondern immer Strategien für die Reduktion der anderen Risikofaktoren für eine KHK mit beinhalten muss [37].

Der Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 geht von einer um so größeren Verringerung der Lebenserwartung aus, je niedriger das Lebensalter, in dem Diabetes erstmals diagnostiziert wird: So muss bei den im Alter von unter 30 Jahren diagnostizierten Diabetikern mit einer durchschnittlichen Lebensverringerung von 15 bis 20 Jahren gerechnet werden, während bei neu erkannten Diabetikern in der Altersgruppe von über 65-Jährigen durchschnittlich eine um zwei bis fünf Jahre verkürzte Lebenserwartung anzunehmen ist.

Ursächlich für die verkürzte Lebenserwartung sind mikrovaskuläre (v.a. diabetische Nierenerkrankung, Retinopathie, Neuropathie, Mikroangiopathie) und vor allem unspezifische makro-

vaskuläre 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 Patientinnen und Patienten darstellen [5, 6, 39, 40].

Nach internationalen Studien werden im Vergleich mit Personen ohne Diabetes diabetische Patientinnen und Patienten öfter hospitalisiert, haben durchschnittlich längere Krankenhausaufenthalte und häufigere ambulante Arztkontakte. Diabetische Fußgeschwüre sind ein oft genannter Grund für eine Krankenhauseinweisung von Diabetikerinnen und Diabetikern, die ein 15- bis 20fach erhöhtes Risiko für eine Amputation haben. Diabetes ist der häufigste Grund für eine Polyneuropathie – 50 % aller Diabetiker werden innerhalb eines Zeitraumes von 25 Jahren davon betroffen. Die diabetische Nephropathie ist der häufigste Grund für das Endstadium einer Nierenerkrankung. Weiterhin steht Diabetes an der Spitze der Ursachen für eine Erblindung im Erwachsenenalter zwischen 20 und 74 Jahren [1, 10, 41–46].

Die Behandlung des Diabetes mellitus besteht darin, im Rahmen eines differenzierten, die Patientin bzw. den Patienten partnerschaftlich einbeziehenden Konzepts, die glykämische Stoffwechsellage zu verbessern und durch Behandlung der begleitenden Hypertonie, Adipositas und/oder Hyperlipidämie 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 HbA1c, (Referenzwert bei Nichtdiabetikern zwischen 4 und 6%). Um das Behandlungsziel zu erreichen, müssen Anstrengungen unternommen werden, Patientinnen und Patienten im Selbstmanagement auszubilden bzw. in intensivierete Schulungsprogramme einzubinden [47]. Grundlage jeder Behandlung eines Diabetes mellitus Typ 2 ist es, die Patientinnen und Patienten zu motivieren, eine entsprechende Diät einzuhalten. Für alle wichtigen diabetesbedingten Komplikationen liegen erwiesenermaßen wirksame und kosteneffektive multimodale Behandlungskonzepte vor, die Früh- und Spät-komplikationen erheblich reduzieren bzw. verzögern können sowie die Lebenserwartung und Lebensqualität von Diabetikerinnen und Diabetikern verbessern [1, 6, 7, 47–49].

Die notwendigen Komponenten einer angemessenen Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern (kontinuierliche möglichst normnahe Blutzuckereinstellung und normale bis niedrignormale Blutdruckeinstellung, pharmakologisches und verhaltensbezogenes Management des metabolischen Syndroms und weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren, Diabetiker-Schulungs-

programme, Monitoring und Frühtherapie diabetischer Spätkomplikationen wie Retinopathie, diabetischer Fuß, KHK, AVK etc.) werden durch sektorübergreifende Diabetesvereinbarungen zunehmend umgesetzt. Die Evaluation eines Erfolgs dieser Maßnahmen steht noch aus.

Allerdings wird im neuesten Gutachten des Sachverständigenrates genauso wie in der Bundestagsdrucksache 14/4263 und in vielen weiteren Publikationen die Versorgungssituation von Diabetikerinnen und Diabetikern in Deutschland als unbefriedigend angesehen. Diese Einschätzung basiert auf immer wieder zitierten Eckdaten – angeblich sehr hohen Zahlen amputierter, erblindeter und dialysepflichtiger Diabetikerinnen und Diabetiker, die als solche nicht direkt empirisch ermittelt, sondern, von kleinen Studien ausgehend, hochgerechnet wurden [50, 51]. In Trendanalysen wird zudem festgestellt, 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 nicht umgesetzt würden.

Gegenüber diesen Zahlen zur Versorgungssituation von Diabetikerinnen und Diabetikern in Deutschland, die nur auf wenigen Untersuchungen, veralteten Daten und nicht abgesicherten Hochrechnungen beruhen, die aber aufgrund ihrer Zitierhäufigkeit inzwischen als Realität angesehen werden, scheint eine gewisse Skepsis angebracht.

Im Übrigen gibt es neuere, bisher wenig beachtete Hinweise auf höhere Raten von Folgeschäden bei Diabetikerinnen und Diabetikern, die benachteiligten Sozialschichten angehören – im Vergleich zu Diabetikerinnen und Diabetikern in relativ begünstigter Soziallage [52, 53]. Das gleichzeitig gehäufte Auftreten von Risikofaktoren bei Diabetikerinnen und Diabetikern aus unteren Sozialschichten hängt mit dem Gesundheitsverhalten und einer unzureichenden Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten zusammen. Es sollten besondere Anstrengungen unternommen werden, um deren Versorgung zu verbessern. Dies gilt auch für Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund, die möglicherweise systematische Versorgungsdefizite aufweisen. So zeigten im Rahmen einer Studie die im Bundesland Hessen lebenden Türken nicht nur eine besonders hohe Belastung mit einschlägigen Risikofaktoren, sondern auch gegenüber der deutschen Bevölkerung eine deutlich höhere Gesamtprävalenz für Typ-2-Diabetes [54].

6.1.3 Versorgungssituation von Diabetikerinnen und Diabetikern in Deutschland

In ihrer neuesten Übersichtsarbeit zur Versorgungssituation von Diabetikerinnen und Diabetikern in Deutschland folgern Chantelau und Abholz – aufgrund der Einschätzung, dass Erblindungen, Amputationen und Dialyse bei denselben Patientinnen und Patienten oft gemeinsam vorkommen und Endstadien diabetesbedingter Organschäden weniger als 1 % aller Diabetikerinnen und Diabetiker betreffen –, dass für circa 80 % aller Diabetiker kein zusätzlicher Handlungsbedarf besteht [55].

Insgesamt ergeben sich aus der Analyse der Studien zur Versorgungslage von Diabetikerinnen und Diabetikern in Deutschland folgende Schlussfolgerungen:

- Die tatsächliche Versorgungssituation von Diabetikerinnen und Diabetikern in Deutschland und vor allem die Dimension problematischer Bereiche ist aufgrund fehlender valider Studien weitestgehend unklar.
- Es gibt Hinweise darauf, dass stagnierende bzw. steigende Zahlen bei diabetesbedingten Komplikationen (z.B. Dialysepflichtigkeit) in regionalen Räumen weniger eine Verschlechterung der Versorgung auf Bevölkerungsebene reflektieren, sondern im Gegenteil durch eine gestiegene Lebenserwartung und längere chronische Krankheitsverläufe bei Diabetikerinnen und Diabetikern bedingt sind. Ursachen sind ferner demographische Veränderungen, ein höherer Entdeckungsgrad der Krankheit, veränderte diagnostische Kriterien und die Verbreitung eines so genannten „wohlstandsassoziierten Lebensstils“ in der Bevölkerung.
- Dennoch existieren nach den vorliegenden Untersuchungen außerordentlich problematische Versorgungsaspekte, insbesondere hinsichtlich einer in hohem Maße ungenügenden normnahen Blutdruckeinstellung bei Diabetikern, der fehlenden konsequenten Behandlung einer Hyperlipidämie und des ungenügenden Frühmonitorings auf Komplikationen.

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

Die Analyse der gegenwärtigen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zeigt aber auch, dass es in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgung von

Diabetikerinnen und Diabetikern gegeben hat. Hierzu zählen die Diabetesvereinbarungen, die fast flächendeckend implementiert sind. 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. Zu den jüngsten Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgung von Diabetikern in Deutschland zählt auch die inzwischen abgeschlossene Vorbereitung des Disease-Management-Programms „Diabetes“. Dieses strukturierte Behandlungsprogramm soll die Behandlung von Diabetikern in Zukunft weiter verbessern.

Ein bundesweit aussagefähiger Überblick über die Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern mit empirischen Referenzwerten existiert zur Zeit nicht. Aus den in fast allen Regionen bestehenden Diabetesvereinbarungen über Modellprojekte zur Verbesserung der Diabetiker-versorgung und den dort dokumentierten Befunddaten können aber Rückschlüsse über die Qualität der Diabetikerversorgung gezogen werden. So liegen aus dem seit 1998 laufenden Modellprojekt in Nordrhein mittlerweile Befunddaten von circa 190.000 Diabetikerinnen und Diabetikern vor.

Ziele zur Verbesserung der Situation von Diabetikerinnen und Diabetikern sollten sich aber nicht nur auf Maßnahmen zur Diabetesbehandlung im engeren Sinne konzentrieren. Diabetes mellitus ist nur eine Facette des metabolischen Syndroms. Dies bedeutet, dass bei der weit überwiegenden Zahl der Patientinnen und Patienten die erhebliche Zunahme der Adipositas einen zentralen Aspekt darstellt, gefolgt von Hypertonie, Hyperlipidämie und Diabetes. Für den Diabetes konnte nachgewiesen werden, dass Lebensstiländerungen wie Ernährungsumstellung und gesteigerte körperliche Aktivität bei Personen mit Übergewicht und beeinträchtigter Glukosetoleranz die Wahrscheinlichkeit für eine spätere Erkrankung reduzieren [18, 57, 58]. Dabei müssen Interventionen, die Verhaltensänderungen im vielschichtigen Kontext des soziokulturellen Bedingungsgefüges zum Ziel haben, multidimensional und gruppenspezifisch geschehen, um erfolgreich zu sein [56].

Eine isolierte Verbesserung der Diabetesbehandlung wird also dem Grundproblem der Zunahme des metabolischen Syndroms als Hauptpromotor der kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen nicht gerecht werden können. Sie muss um Maßnahmen gegen Nikotinkonsum und

Bewegungsmangel ergänzt werden. Orthopädische Probleme als Folge von Adipositas sind oft leidensbestimmend. In der Rentenantragsstellung und Berentung fehlt als Ursache für diese orthopädischen Probleme häufig die Diagnose Adipositas und/oder Diabetes. Ferner muss berücksichtigt werden, dass es bei fast allen Diabetesbehandlungen mit Insulin zu einer Gewichtszunahme mit entsprechenden Folgeproblemen kommen kann. Daraus kann abgeleitet werden, dass eine alleinige Diabetesbehandlung innerhalb des metabolischen Syndroms bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten nicht ausreicht. Maßnahmen der Prävention sollten vor dem Hintergrund der bestehenden Ausrichtung auf die Diabetesbehandlung in der Zielformulierung Vorrang haben. Insgesamt erscheint es wirksamer, die Behandlungsqualität der behandelten Patientinnen und Patienten zu verbessern und mehr Anstrengungen darauf zu verwenden, die Neuerkrankungsraten zu senken, damit sich die Zahl der behandlungsbedürftigen Diabetiker verringert.

Obwohl die schwerpunktmäßige Ausrichtung von Gesundheitszielen auf der Ebene der Primär- und Sekundärprävention liegen sollte, wird auch die Zielebene der Behandlung und der Rehabilitation angesprochen, um der Öffentlichkeit einen umfassenden Überblick über alle notwendigen konzertierten Maßnahmen auf allen Zielebenen zu geben.

6.2 Zielformulierung zu verschiedenen Aktionsfeldern

6.2.1 Aktionsfeld Primärprävention

Bei der Primärprävention wird das Ziel verfolgt, bei der gesunden Bevölkerung die Gesundheitsrisiken zu vermeiden, die die Entstehung von Typ-2-Diabetes begünstigen. Hierzu gibt es Evidenz durch drei kontrollierte Studien [18, 57, 58] sowie zusammenfassende Hinweise über die Machbarkeit eines bevölkerungsweiten Ansatzes [56]. Es müssen verstärkt und energisch Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention des metabolischen Syndroms erfolgen.

Als Oberziel könnte formuliert werden, das Bewusstsein in der gesamten Bevölkerung über ernährungs- und verhaltensbedingte Gesundheitsrisiken zu schärfen und Lebensbedingungen zu schaffen, die ein 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 Typ-2-Diabetes verringert werden. Die Maßnahmen zum Aktionsfeld Primärprävention sind somit nicht spezifisch diabetesorientiert, sondern befinden sich im Zusammenhang mit Aufklärung und Motivation zu einer gesunden, bewegungsintensiven Lebensweise.

6.2.2 Aktionsfeld Sekundärprävention

Ziel der Sekundärprävention ist es, die an Typ-2-Diabetes erkrankten Personen in der Bevölkerung in einem möglichst frühen Stadium der Erkrankung zu identifizieren und sie so frühzeitig wie möglich einer optimalen Therapie zuzuführen, um Komplikationen und Spätschäden zu verhindern. Insbesondere ist hierbei verstärkt das Augenmerk auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu richten, die ein erhöhtes Diabetes- und kardiovaskuläres Risiko aufweisen. Prognosen und Hochrechnungen gehen davon aus, dass in der deutschen Bevölkerung derzeit neben den circa 5 Millionen in medizinischen Einrichtungen behandelten Diabetikerinnen und Diabetikern schätzungsweise weitere 2 Millionen Diabetikerinnen und Diabetiker leben, die unerkannt die Krankheit haben.

Mit der im Jahre 1990 eingeführten Gesundheitsuntersuchung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 35. Lebensjahr liegt im Grunde bereits ein wirksames Instrument vor, um Diabetikerinnen und Diabetiker frühzeitig zu entdecken. Der Test auf Urinzucker und Blutzucker, die Feststellung des Blutdrucks, des Gewichts und der Blutfettwerte sowie die anamnestische und körperliche Untersuchung sind Bestandteile 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 und Maßnahmen durchzuführen, die darauf zielen, die Teilnahme an einer bestehenden Gesundheitsuntersuchung zu erhöhen.

6.2.3 Aktionsfeld Krankenbehandlung/Rehabilitation

Auf diesem Aktionsfeld wird das Ziel verfolgt, flächendeckend die an Typ-2-Diabetes erkrankten und entsprechend diagnostizierten Menschen regelmäßig in einem koordinierten und optimierten Behandlungsprozess zu betreuen.

Für eine umfassende Versorgung an Diabetes erkrankter Menschen ist insbesondere die Eigenverantwortlichkeit und die Selbstbeobachtung der Patientinnen und Patienten zu stärken und diese mit geeigneten Maßnahmen zu Experten ihrer eigenen Krankheit zu schulen. Sinnvoll dabei erscheint es, neben den allgemeinen Therapiezielen, von der Patientin bzw. vom Patienten

akzeptierte, konkrete, individuelle Therapieziele nach Abschätzung des individuellen Risikos zu verfolgen. Zu unterscheiden sind Niedrig- und Hochrisikogruppen. Ein besonderes Augenmerk ist auf Hochrisikogruppen zu legen, z.B. Patientinnen und Patienten mit allen Merkmalen des metabolischen Syndroms wie hohen Blutzuckerwerten, hohen Fettstoffwechselwerten, hohem Blutdruck, langer Diabetesdauer und möglicherweise bereits eingetretener Komplikationen, wie Fussulcera, Schlaganfall, Herzinfarkt oder Amputationen. Aber auch Patientinnen und Patienten mit pathologischem Essverhalten, Depressionen, Angst, Suchtproblematik und Schwierigkeiten in der Krankheitsakzeptanz oder -einsicht gehören dazu. Grundsätzlich sollten die Diabetiker(innen) und behandelnden Mediziner(innen) bestrebt sein, ggf. eine informierte Mitentscheidung ihrer Patient(inn)en über die zu verfolgende Therapie herbeizuführen.

Das Selbstmanagementverhalten von Patientinnen und Patienten für ihre Krankheit kann zusätzlich in Selbsthilfegruppen gestärkt werden. Die Patientinnen und Patienten sollten von der Ärztin bzw. vom Arzt und von den Pflegekräften im Interesse ihrer Weiterbildung und ihres Erfahrungsaustausches zur aktiven Mitarbeit in Selbsthilfegruppen angehalten werden.

Die Rehabilitation als eigenständige Behandlungsart chronischer Erkrankungen ist neben den Einrichtungen der akut versorgenden Medizin bisher zu wenig beachtet worden. Eine Rehabilitation als Tertiärprävention (Fußbehandlung, Neuropathie, Schlaganfall etc.) kann zwar auch Hilfen geben, zumeist liegen aber bereits 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 die Bewältigung des Alltagslebens unter den veränderten Bedingungen einer chronischen Erkrankung und ihrer spezifischen Folgen. Indikation für Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Rentenversicherung ist daher eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Da aber gerade Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes meist betagt und aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind, greift diese Indikationsstellung für eine Rehabilitation zu kurz. Sie muss deshalb insbesondere um den Aspekt der Teilhabe am sozialen Leben auch über das Erwerbsleben hinaus erweitert werden. Spezifikum der Rehabilitation ist die Stärkung der Patientin bzw. des Patienten im Umgang mit seiner chronischen Erkrankung durch eine umfassende integrierte zielgerichtete multiprofessionelle Behandlung, die über eine Blutzuckereinstellung und kognitive Schulung hinausgeht und insbesondere psychosoziale Belange und Interventionsbedarf wahrnimmt.

Aus diesen Gründen und in Einklang mit der politischen Willensäußerung und dem Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion will *gesundheitsziele.de* die Stellung und Verfügbarkeit von rehabilitativen Maßnahmen stärken. Dazu gehört auch die Verbesserung der Abstimmung zwischen den Hausärzten und den Rehabilitationseinrichtungen.

6.3 Ziele und Teilziele

Ziel 1: Das Auftreten des metabolischen Syndroms und die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 sind reduziert (Aktionsfeld Primärprävention)

Teilziel 1.1: Das Bewusstsein der Bevölkerung, insbesondere in Risikogruppen, über ernährungs- und verhaltensbedingte Risiken ist geschärft

Teilziel 1.2: Das Verhalten der Bevölkerung verringert das Risiko für das Auftreten eines metabolischen Syndroms

Teilziel 1.3: Gesundheitsfördernde Strukturen und Rahmenbedingungen für Ernährungs- und Bewegungsverhalten sind vermehrt vorhanden, insbesondere im Lebensumfeld von Risikogruppen

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

Teilziel 2.1: Die Strukturen und Rahmenbedingungen zur Früherkennung von Menschen mit Typ-2-Diabetes sind verbessert

Teilziel 2.2: Das Bewusstsein der Bevölkerung zur Inanspruchnahme vorhandener Maßnahmen zur Früherkennung ist verbessert

Teilziel 2.3: Der Einsatz qualitätsgesicherter Früherkennung ist gesteigert

Ziel 3: Die Lebensqualität von Menschen, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, ist erhöht. Folgeprobleme und Komplikationen sind nachweislich verringert (Aktionsfeld Krankenbehandlung/Rehabilitation)

Teilziel 3.1: Die Fähigkeit zum Krankheitsselbstmanagement und das Wissen über die Erkrankung ist bei allen an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen verbessert

Teilziel 3.2: Eine umfassende angemessene Versorgung aller an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen ist wohnortnah und sektorübergreifend gewährleistet

Teilziel 3.3: Die psychosoziale Ebene der Typ-2-Diabetes-Erkrankung ist integrierter Bestandteil der Behandlung

6.4 Tabellarische Übersicht

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieses Kapitels in systematisierter Form zusammengefasst. Die Ausführungen enthalten sämtliche der im vorangehenden Text angesprochenen Ziele und Teilziele einschließlich Maßnahmenvorschläge, deren Umsetzung zur Verbesserung des Gesundheitsproblems Typ-2-Diabetes auf Bevölkerungsebene die Arbeitsgruppe 4 empfiehlt.

Die Arbeitsgruppe 4 hat zur Primärprävention des Diabetes, zur Sekundärprävention des Diabetes und zur Kuration bzw. Rehabilitation von Diabetikerinnen und Diabetikern das aus ihrer Sicht jeweils zentrale Ziel formuliert. Jedes dieser zentralen Ziele wurde in weitere – insgesamt neun – Teilziele untergliedert.

Allen Zielempfehlungen sind nachfolgend auch entsprechende Maßnahmenvorschläge zugeordnet. Einige dieser Maßnahmenvorschläge werden unter Gliederungspunkt 6.5 weiter konkretisiert.

Ziel 1: Das Auftreten des metabolischen Syndroms und die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 sind reduziert (Aktionsfeld Primärprävention)

Teilziele	Maßnahmen
1.1 Das Bewusstsein der Bevölkerung, insbesondere in Risikogruppen, über ernährungs- und verhaltensbedingte Risiken ist geschärft	Bevölkerungsweite Motivation für eine gesunde Lebensweise im Rahmen einer allgemeinen lebensstilorientierten Präventionskampagne Angebote an Personen mit hohem Risiko zur Entwicklung eines Diabetes
1.2 Das Verhalten der Bevölkerung verringert das Risiko für das Auftreten eines metabolischen Syndroms	
1.3 Gesundheitsfördernde Strukturen und Rahmenbedingungen für Ernährungs- und Bewegungsverhalten sind vermehrt vorhanden, insbesondere im Lebensumfeld von 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 Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen, Glucoseintoleranz, Gestationsdiabetes in der Anamnese, Zugehörigkeit zu gesundheitlich gefährdeten ethnischen Gruppen, Zugehörigkeit zu benachteiligten sozialen Gruppen)

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

Teilziele	Maßnahmen
2.1 Die Strukturen und Rahmenbedingungen zur Früherkennung von Menschen mit Typ-2-Diabetes sind verbessert	Motivierende Maßnahmen zwecks Steigerung der Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung hinsichtlich definierter Zielgruppen
2.2 Das Bewusstsein der Bevölkerung zur Inanspruchnahme vorhandener Maßnahmen zur Früherkennung ist verbessert	Verbreitung qualitätsgesicherter Informationen über Diabetes mellitus im Internet und anderen Medien in Abstimmung mit bereits bestehenden Informationsangeboten
2.3 Der Einsatz qualitätsgesicherter Früherkennung ist gesteigert	Untersuchen von Patient(inn)en mit definierten Risikokonstellationen auf Diabetes anlässlich anderweitig veranlasster ambulanter Arztkontakte. Bevor eine mögliche Umsetzung dieser Maßnahme vorbereitet wird, soll das Konzept einem Health Technology Assessment zugeführt werden.

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 Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen, Glucoseintoleranz, Gestationsdiabetes in der Anamnese, Zugehörigkeit zu gesundheitlich gefährdeten ethnischen Gruppen, Zugehörigkeit zu benachteiligten sozialen Gruppen)

Ziel 3: Die Lebensqualität von Menschen, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, ist erhöht. Folgeprobleme und Komplikationen sind nachweislich verringert (Aktionsfeld Krankenbehandlung/Rehabilitation)

Teilziele	Maßnahmen
<p>3.1 Die Fähigkeit zum Krankheits-selbstmanagement und das Wissen über die Erkrankung ist bei allen an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen verbessert</p>	<p>Treffen von Vereinbarungen zwischen Ärztin/Arzt und Diabetespatientin/-patient unter Berücksichtigung einer informierten Patientenentscheidung über individuelle Therapieziele und besonderer Berücksichtigung des Medikamenteneinsatzes (z.B. im Rahmen von Disease-Management-Programmen)</p> <p>Regelung der Übergänge im Behandlungsablauf durch Beteiligung der verschiedenen Versorgungseinrichtungen, z.B. durch Festlegung von Kooperationskriterien</p> <p>Intensivierung der Hypertoniebehandlung von Diabetes-kranken mit dem Ziel, normale bis niedrig-normale Blut-druckwerte zu erreichen</p> <p>Motivation und Behandlungsangebote zur Raucher-entwöhnung bei nikotinabhängigen Diabeteskranken</p> <p>Motivation der adipösen Diabeteskranken zur Gewichts-reduktion, Ernährungsumstellung und zu mehr Bewegung</p>
<p>3.2 Eine umfassende angemessene Versorgung aller an Typ-2-Diabetes erkrankten Menschen ist wohnort-nah und sektorübergreifend ge-währleistet</p>	<p>Verbreitung zertifizierter Schulungsangebote für Diabetes-patienten, die verhaltensorientiert und zielgruppenspezifisch konzipiert sowie den kognitiven Fähigkeiten der Patient(inn)en angepasst sind</p> <p>Entwicklung und Verbreitung fremdsprachlicher Schulungs-materialien und Schulungsveranstaltungen (z.B. in türkischer Sprache)</p> <p>Anwendung repetitiver Behandlungskonzepte (Etappen-heilverfahren, Nachschulungen, Booster-Sessions)</p>
<p>3.3 Die psychosoziale Ebene der Typ-2-Diabetes-Erkrankung ist integrier-ter Bestandteil der Behandlung</p>	<p>Entwicklung und Verbreitung von Schulungsangeboten für Diabetiker bei veränderter Lebens-/ Krankheitssituation (Alter, Schwangerschaft, Arbeitsleben)</p> <p>Konzipierung und Umsetzung eines multidisziplinären Behandlungsansatzes, wie in der Rehabilitation bereits praktiziert, auch im ambulanten Bereich, ggf. unter Einbezie-hung von Psychologen</p> <p>Rechtzeitige Durchführung einer umfassenden Rehabilitation mit multidisziplinärem, verhaltensorientiertem Behandlungs-ansatz für Hochrisikopatienten</p>

Zielgruppe:

Alle an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten Menschen, alle an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten Menschen mit psychosozialer Begleitproblematik

6.5 Maßnahmenskizzen

6.5.1 Auswahlprozess

Was die Konkretisierung der Maßnahmen betrifft, so konnten nicht alle in der schematischen Übersicht aufgeführten Vorschläge im Hinblick auf ihre spätere Umsetzung weiterentwickelt und im Detail ausgearbeitet werden. Daher wurde der Versuch gemacht, eine kriteriengeleitete Auswahl der zu konkretisierenden Maßnahmen zu treffen. Es sollten folgende Kriterien zur Anwendung gelangen:

- Hohe Wirksamkeit/gute wissenschaftliche Evidenz
- Günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis
- Evaluationsfähigkeit der Maßnahme
- Verfügbarkeit eines Trägers für die Maßnahme

Der Auswahlprozess für die Maßnahmen hat sich am pragmatischen Ansatz von *gesundheitsziele.de* orientiert und dabei insbesondere zwei Aspekte berücksichtigt:

- Breiter Konsens: Über die grundsätzliche Eignung der auszuwählenden Maßnahmen sollte unter allen Mitgliedern der AG 4 ein Konsens bestehen
- Verfügbarkeit eines Akteurs: Eine der in der AG 4 vertretenen Institutionen erklärt ihre Bereitschaft, einen Maßnahmenvorschlag zumindest konzeptionell weiterzuentwickeln und sich für seine Realisierung einzusetzen

Als Ergebnis dieses Auswahlprozesses zeigte sich, dass für vier der insgesamt 16 Maßnahmenvorschläge Bereitschaft bestand, sie anhand weiterer Ausarbeitungen zu konkretisieren. Bei diesen zu konkretisierenden Maßnahmen handelt es sich um folgende:

- Bevölkerungsweite Motivation für eine gesunde Lebensweise im Rahmen einer allgemeinen lebensstilorientierten Präventionskampagne (vgl. 6.5.3)
- Angebote an Personen mit hohem Risiko zur Entwicklung eines Diabetes (vgl. 6.5.4)
- Motivierende Maßnahmen zwecks Steigerung der Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung hinsichtlich definierter Zielgruppen (vgl. 6.5.5)
- Untersuchen von Patient(inn)en mit definierten Risikokonstellationen auf Diabetes anlässlich anderweitig veranlasster ambulanter Arztkontakte. Bevor eine mögliche Umsetzung dieser

Maßnahme vorbereitet wird, soll das Konzept einem Health Technology Assessment zugeführt werden. (vgl. 6.5.6)

6.5.2 Begründung für die Konkretisierung bestimmter Maßnahmen

6.5.2.1 Maßnahmen zum Aktionsfeld Primärprävention

Alle Mitglieder der Arbeitsgruppe sind sich einig, dass insbesondere auf der Zielebene der Primärprävention des Diabetes mellitus Typ 2 bzw. des metabolischen Syndroms die gesundheitspolitisch größte Chance – aber aufgrund bislang kaum vorhandenen Programme auch ein enormer und dringender Handlungsbedarf – besteht. Diese Auffassung stützt sich auf die nach Ansicht der Arbeitsgruppe existierenden Informationsdefizite über eine gesunde Lebensweise und die Möglichkeit einer Vermeidung risikobehafteter Lebensstile in der Bevölkerung sowie die aktuell nur unzureichend vorhandenen strukturellen Gegebenheiten, eine gesunde Lebensweise auch umsetzen zu können. Die Aussage, die größte Chance zur Besserung des Gesundheitsproblems Diabetes in der Bevölkerung bestehe in seiner Primärprävention, basiert auch auf wissenschaftlichen Ergebnissen der jüngsten Vergangenheit (nach denen einer Diabeteserkrankung durch lebensstilmodifizierende Maßnahmen wirksam vorgebeugt werden kann) und Erkenntnissen der Public-Health-Forschung (nach denen durch Primärprävention bevölkerungsbezogen die substantiellsten Erfolge bei der Reduktion des metabolischen Syndroms, des Diabetes mellitus Typ 2 sowie der gesundheitlichen Folgeschäden zu erwarten sind).

Für die Zielerreichung müssen daher die derzeit bereits vereinzelt und unkoordiniert nebeneinander bestehenden Initiativen gebündelt, vervollständigt und in eine umfassende und nachhaltige bundesweite Kampagne zur Primärprävention des metabolischen Syndroms überführt werden. Zusätzlich müssen die erfolgreichsten Umsetzungsstrategien ermittelt und breit implementiert werden.

Unter Nutzung der Erkenntnisse aus der erfolgreich durchgeführten nationalen Aids-Präventionskampagne hat die Arbeitsgruppe daher ein erstes Konzeptpapier für eine bundesweit durchzuführende, zentralgesteuerte nationale Präventionskampagne im Konsens verabschiedet. Darin wird eine bevölkerungsbezogene und eine hoch risikozentrierte Strategie verbunden, ferner werden settingspezifische und strukturelle Fragestellungen adressiert sowie die Qualitätssicherung und die Evaluation der Einzelkomponenten thematisiert. Diese Maßnahme sollte nach Ansicht der Arbeitsgruppe mit der allerhöchsten Priorität verfolgt werden. Bereits existierende Informations-

angebote und Aufklärungskampagnen sowie die im Folgenden genannten Maßnahmen sollen dabei in diese umfassende Kampagne integriert und unter ihr koordiniert werden (vgl. 6.5.3).

Als weiteren Maßnahmenvorschlag zum Aktionsfeld der Primärprävention des metabolischen Syndroms hat die Arbeitsgruppe einen Ansatz verabschiedet, demzufolge Personen mit hohem Risiko für eine Diabeteserkrankung anhand von Fragebögen ermittelt, durch strukturierte Schulungsprogramme unterrichtet und zu einer Änderung ihrer Lebensweise motiviert werden. Der Fokus dieses Ansatzes liegt neben der Prävention des Typ-2-Diabetes bei Hochrisikopersonen (deren Wirksamkeit unter Studienbedingungen bereits nachgewiesen ist) v.a. in dem zu erwartenden Zugewinn an Erkenntnissen über die optimale Ausgestaltung und Logistik primärpräventiver Maßnahmen unter alltäglichen Bedingungen. Solche Erkenntnisse benötigt man zur Umsetzung der im Rahmen der nationalen Präventionskampagne konzipierten Hochrisikostategie. Die Intervention bei Hochrisikogruppen wird derzeit auf lokaler Ebene an der TU Dresden bereits erprobt. Sofern sich der Ansatz als erfolgreich erweist, soll er auf das Stadtgebiet Dresden und sodann auf den Freistaat Sachsen ausgedehnt werden (vgl. 6.5.4).

6.5.2.2 Maßnahmen zum Aktionsfeld Sekundärprävention/Früherkennung

Bezüglich des Aktionsfeldes Früherkennung des Typ-2-Diabetes konnte über die beiden konkretisierten Maßnahmen („Diabetesmobil“ und „Untersuchung auf Diabetes anlässlich anderweitig veranlasster ambulanter Arztkontakte“), die ebenfalls nachfolgend dargestellt sind, innerhalb der Arbeitsgruppe nur mehrheitlich eine Zustimmung erreicht werden. Insbesondere wurden zwei Fragen kontrovers beurteilt: 1. Resultiert eine „Diagnosevorverlagerung“ und eine frühere Behandlung neu entdeckter Diabetikerinnen und Diabetiker in einem Zugewinn an Lebensqualität oder -erwartung? 2. Geraten Personen – selbst bei selektiven, auf Hochrisikogruppen ausgerichteten Früherkennungsprogrammen – in einem zu hohen Ausmaß zunächst fälschlich unter Erkrankungsverdacht, der eine entsprechende Folgediagnostik und Verunsicherung der Betroffenen erwarten lässt? Vor allem aus Sicht der Krankenkassenvertreter sind diese Fragen wissenschaftlich bislang nicht hinreichend beantwortet worden, während nach Ansicht der Mehrheit der Arbeitsgruppe die bislang vorliegende Evidenz für die Maßnahmenvorschläge „Früherkennung und möglichst frühzeitige Diagnosestellung“ sowie „Hochrisikogruppenzentrierte Früherkennungsprogramme“ spricht.

Neben der Empfehlung der Arbeitsgruppe an die Politik, die bestehenden Wissenslücken, die zwangsläufig immer zu Kontroversen führen, mit höchster Dringlichkeit (durch die Initiierung und

Unterstützung geeigneter Studien) zu schließen, konnte die Arbeitsgruppe daher nur mit Mehrheitsvotum zwei konkretisierte Maßnahmen zur Früherkennung des Diabetes mellitus Typ 2 empfehlen.

Dabei tragen beide Maßnahmen der in der Arbeitsgruppe für notwendig erachteten Beschränkung einer Blutzuckertestung auf Personen mit einem erhöhten Risiko Rechnung, indem zunächst durch die Verwendung eines im Rahmen der finnischen Präventionsstudie eingesetzten Fragebogens das Risiko bestimmt wird. Sie unterscheiden und ergänzen sich dabei durch unterschiedliche Settingbezüge.

Im Sinne eines so genannten „opportunistischen Screenings“ auf Diabetes mellitus Typ 2 sollen Patientinnen und Patienten bei beliebigen ambulanten Arztbesuchen die Möglichkeit erhalten, ihr Diabetesrisiko über in den Praxen ausliegende Fragebögen zu bestimmen und bei erhöhtem Risiko nachfolgend im Rahmen der bereits in der GKV verankerten Früherkennungsuntersuchung („Gesundheitsuntersuchung“) auf erhöhten Blutzucker getestet zu werden (vgl. 6.5.6).

Um zusätzlich auch Bevölkerungskreise anzusprechen, die durch die Versorgungseinrichtungen bislang ungenügend erreicht werden, wird im Sinne eines „aufsuchenden Ansatzes“ vorgeschlagen, so genannte „Diabetesmobile“ einzusetzen. Durch sie soll vor allem die Bevölkerung innerhalb spezifischer Settings (z.B. in ländlichen Regionen, in sozial problematischen städtischen Bereichen) für das Thema Diabetesprävention sensibilisiert werden, darüber hinaus sollen Personen mit gesteigertem Risiko auf einen erhöhten Blutzucker getestet werden (vgl. 6.5.5).

Zusätzlich zur Identifikation bislang undiagnostizierter Diabetikerinnen und Diabetiker wird durch diese Maßnahmen das Problembewusstsein für gesundheitsförderliches Verhalten im Sinne der Primärprävention des Diabetes und auch der Bekanntheitsgrad der GKV-Gesundheitsuntersuchung in der Bevölkerung gesteigert. Beide Maßnahmen sollen in die mit höchster Priorität geforderte nationale Präventionskampagne eingebunden werden. Zwecks Akzeptanzsteigerung ist ferner die Mitarbeit der DiabetikerSelbsthilfe sicherzustellen.

6.5.2.3 *Maßnahmen zum Aktionsfeld Kuration/Rehabilitation*

Auf eine weitere konzeptionelle Ausgestaltung der auf der Ebene Kuration/Rehabilitation genannten Maßnahmen ist verzichtet worden, da zu erwarten ist, dass das diesbezüglich genannte Ziel sowie die zugehörigen Teilziele und Maßnahmen durch die Disease-Management-Programme (in angemessener) Form umgesetzt werden. Ferner ist davon auszugehen, dass sich die von der

Arbeitsgruppe für unbedingt notwendig erachteten Komponenten – wie etwa die Umsetzung und Validierung eines effektiven Benchmarkingsystems z.B. mittels individualisierter Feedbackroutinen für die Arztpraxen oder eine umfassende Sicherung der Behandlungsqualität – als zentraler Bestandteil in den Disease-Management-Programmen wiederfinden werden.

6.5.3 Konzept für eine „Nationale Kampagne zur Primärprävention des Typ-2-Diabetes“¹¹

Um eine bevölkerungsweite Senkung der Neuerkrankungsrate des Typ-2-Diabetes zu erreichen, werden verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen, die teilweise im Rahmen einer Hochrisikostategie (1) und teilweise im Rahmen einer Bevölkerungsstrategie (2) umzusetzen sind.

Im Rahmen der Hochrisikostategie sollen seitens geeigneter Multiplikatoren Angebote an Personen mit hohem Erkrankungsrisiko gemacht werden. Dazu müssen Letztere identifiziert, motiviert und der Intervention zugeführt und auch dort gehalten werden.

Im Rahmen der Bevölkerungsstrategie sollen viele Menschen durch die Möglichkeiten der Massenkommunikation auf das Ziel einer gesundheitsförderlichen Änderung ihrer Lebensweise aufmerksam gemacht werden. Dies soll langfristig zu einer Verhaltensänderung führen, die einen zunehmend geringer werdenden Anteil von Typ-2-Diabetes zur Folge hat.

Insgesamt werden folgende Maßnahmen empfohlen:

- Personalkommunikative Kampagne (Komplettierung des Angebots von Gruppen- und Einzelberatung, Aktionstage, Ausstellungen, Telefonhotline, Events) für die Allgemeinbevölkerung mit Schwerpunktsetzung bei Risikogruppen (z.B. sozial Benachteiligte) und für identifizierte Hochrisikopersonen.
- Settingbezogene Maßnahmen in Kindergärten, Schulen, Betrieben, Gemeinden und Sportvereinen in Kooperation mit den zuständigen Organisationen und Verbänden.
- Auf- und Ausbau einer Qualitätssicherungsstrategie für Multiplikatoren (z.B. Qualitätszirkel) in Zusammenarbeit mit den zuständigen Berufsverbänden.
- Strukturelle Maßnahmen (z.B. Angebot gesunder Lebensmittel im Lebensmittelhandel und in Gaststätten, Ausbau von Sportplätzen und weiteren Freizeitbewegungsmöglichkeiten) in einem Gremium aus Entscheidungsträgern von Politik und Wirtschaft.

¹¹ Eine ausführlichere, in der Arbeitsgruppe abgestimmte Maßnahmenskizze liegt vor und kann bei der GVG angefordert werden.

- Massenkommunikative Kampagne (Fernseh-, Radio- und Kinospots, Plakate, Print- und neue Medien, Internet) zur Verhinderung von Übergewicht (für noch nicht Übergewichtige), zur Reduktion von Übergewicht (für Übergewichtige), zur Förderung der Bewegung (für Personen mit Bewegungsmangel) und zur positiven Stressbewältigung (für Personen mit negativer Stressbelastung).

Zur Steuerung dieser Maßnahmen zwecks effektiver und effizienter Zielerreichung wird eine regelmäßige Repräsentativerhebung (Monitoring) in der angesprochenen Bevölkerung zu Wissen, Motivation und Verhalten und zur Wahrnehmung der Kampagne durchgeführt. Außerdem sind Erhebungen über vorhandene Angebote der Verhaltensprävention sowie Strukturen der Verhältnisprävention erforderlich, um den weiteren Handlungsbedarf zu bestimmen.

6.5.4 Konzept für die „Erprobung und Evaluation eines Programms zur Risikofrüherkennung, Schulung und Intervention bei gesunden Risikoträgern zur Prävention des Typ-2-Diabetes“

Internationale Studien belegen, dass durch eine Lebensstil-Intervention (Ernährung und Bewegungsverhalten) in einem Frühstadium der Erkrankung für fast 60 % der Betroffenen der Ausbruch des Diabetes verhindert bzw. hinausgezögert werden kann.

Im Anschluss an diese Studien hat eine Arbeitsgruppe der medizinischen Fakultät der TU Dresden zur Anwendung bei Risikoträgern in Deutschland ein Programm zur Risikoerkennung, zur Schulung und zur langfristigen Intervention zwecks Prävention des Diabetes entwickelt.

Das Programm gliedert sich in drei Programmschritte:

- Kontaktaufnahme und Identifikation von Risikopersonen,
- Schulungsintervention zur Verhaltensänderung mit den Schwerpunkten Motivation und Ernährung sowie
- kontinuierliche Weiterbetreuung der geschulten Teilnehmer, Kontrolle der Risikoparameter und Evaluation des Programms.

Die Wirksamkeit einzelner Komponenten dieses Programms ist bereits mit hoher Evidenz belegt. Hinsichtlich einer Eignung des Gesamtprogramms besteht allerdings bisher keine Evidenz.

Mit der Erprobung des Programms sollen die noch offenen Fragen beantwortet werden, die vor einer bevölkerungsweiten Einführung des Programms geklärt werden müssen.

6.5.5 Konzept für eine Maßnahme „Einsatz eines Diabetesmobils zur Frühentdeckung von Typ-2-Diabetikern“

Die Früherkennung von bislang nicht diagnostizierten und behandelten Typ-2-Diabetikern wird von allen relevanten nationalen und internationalen Fachgesellschaften als wichtiger Baustein zur Prävention von Folgeschäden eines Diabetes mellitus Typ 2 angesehen. In Deutschland wird nach Schätzungen von circa 2 Millionen unerkannten Typ-2-Diabetikern ausgegangen. Zur Identifikation von Betroffenen werden von nationalen und internationalen Fachgesellschaften im Rahmen von Arztkonsultationen Blutzuckertests bei Personen mit erhöhtem Diabetesrisiko empfohlen.

Neben diesem im Rahmen einer Arztkonsultation stattfindenden „Case Finding“, das über die Zugangsschwelle Arztpraxis oder Krankenhaus nur Personen erreicht, die sich in ärztlicher Behandlung befinden, werden Ansätze diskutiert, die möglicherweise zusätzlich vermehrt Bevölkerungsgruppen ansprechen, die nach Studien einerseits vergleichsweise weniger häufig die klassischen Gesundheitsversorgungswege nutzen und andererseits sogar ein gesteigertes Krankheitsrisiko aufweisen können (z.B. sozial schwächere Schichten, ausländische Mitbürger).

In diesem Zusammenhang soll durch das Diabetesmobil ein wohnortnahes und niedrighschwelliges Angebot für die Bevölkerung geschaffen werden, sich über das Risiko eines bereits bestehenden oder zukünftigen Diabetes mellitus Typ 2 zu informieren und dieses Risiko auf individueller Ebene näher zu quantifizieren. Bei identifizierten Hochrisikopersonen soll dann eine Empfehlung zur genaueren diagnostischen Abklärung erfolgen. Zur initialen Risikobeurteilung werden dabei kurze und praktikable Fragebögen herangezogen. Gleichzeitig dient die Maßnahme generell der Information der Bevölkerung zum Thema Diabetes bzw. der Vermeidung von risikosteigernden, ungesunden Lebensstilen.

Die Maßnahme soll in die bundesweite Präventionskampagne zum metabolischen Syndrom eingebunden und neben erforderlichen regionalen Ankündigungen auch bundesweit beworben werden. Darüber hinaus sollte eine bundesweite zentrale Evaluation von Kernelementen erfolgen.

6.5.6 Konzept für eine Maßnahme „Untersuchen von Patient(inn)en mit definierten Risikokonstellationen auf Diabetes anlässlich anderweitig veranlasster ambulanter Arztkontakte. Bevor eine mögliche Umsetzung dieser Maßnahme vorbereitet wird, soll das Konzept einem Health Technology Assessment zugeführt werden.“

Die Verzögerung von Folgeschäden des Diabetes mellitus Typ 2 durch eine konsequente Intervention hinsichtlich aggravierender Risikokonstellationen (unteroptimale Blutzuckereinstellung, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Rauchen, Übergewicht, Bewegungsarmut) konnte mit hoher Evidenz belegt werden. Entsprechende Handlungsanweisungen finden sich in allen relevanten Leitlinienempfehlungen nationaler und internationaler Fachgesellschaften. Um frühzeitig intervenieren zu können, ist allerdings eine möglichst frühe Diagnosestellung notwendig.

Zusätzlich zur im Rahmen der GKV bestehenden Möglichkeit, alle zwei Jahre ab dem 35. Lebensjahr eine Gesundheitsuntersuchung (auch auf erhöhten Blutzucker) durchzuführen, sollen Patientinnen und Patienten daher grundsätzlich während eines beliebigen Arztbesuches auf das Thema Diabetes aufmerksam gemacht werden. Ferner sollen sie die Möglichkeit erhalten, über in den Praxen ausliegende Fragebögen ihr Risiko für einen bereits bestehenden bzw. zukünftigen Diabetes zu bestimmen. Personen mit erhöhtem Risiko sollen im Rahmen der GKV-Gesundheitsuntersuchung auf einen erhöhten Blutzucker getestet werden.

6.6 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*; Vol 14 (Suppl. 5): S. 1–85
- 3 Roman SH, Harris MI (1997): Management of diabetes mellitus from a public health perspective. *Endocrinology & Metabolism Clinics of North America*; Vol. 26 (3): S. 443–74
- 4 Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JThM van, Assendelft WJJ (2001): Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3, Oxford: Update Software
- 5 American Diabetes Association (2001a): Screening for Diabetes; *Diabetes Care* Vol 24; Suppl. 1
- 6 American Diabetes Association (2002): Clinical Practice Recommendations 2002; *Diabetes Care* Vol 25; Suppl. 1
- 7 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2001): Management of Diabetes. A national clinical guideline; www.sign.ac.uk
- 8 National Diabetes Information Clearinghouse (1994): Diabetes statistics. Bethesda: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIH Publication no. 94–3822.)
- 9 Harris MI (1993): Undiagnosed NIDDM; clinical and public health issues. *Diabetes Care*; Vol. 42: S. 405–10
- 10 American Diabetes Association (1995): Diabetes – 1996 vital statistics. Alexandria, VA: American Diabetes Association
- 11 Alberti KGMM, DeFronzo RA, Zimmet P, eds. (1995): International textbook of diabetes mellitus. New York: John Wiley and Sons
- 12 Mooy JM, Grootenhuys PA, de Vries H, Valkenburg HA, Bouter LM, Kostense PJ et al. (1995): Prevalence and determinants of glucose intolerance in a Dutch population. The Hoorn Study. *Diabetes Care*; Vol. 18: S. 1270–73
- 13 Alberti KG, Zimmet PZ (1998): Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications, I: diagnosis and classification of diabetes mellitus provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* Vol. 15: S. 539–553
- 14 Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) (2001). *JAMA* Vol. 285: S. 2486–2497
- 15 Campbell PJ, Carlson MG (1993): Impact of obesity on insulin action in NIDDM. *Diabetes*; Vol. 42: S. 405–10
- 16 Manson JE, Rimm EB, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Krolewski AS, et al. (1991): Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *Lancet*; Vol. 338: S. 774–8

- 17 Manson JE, Nathan DM, Krolewski AS, Stampfer MJ, Willett WC, Hennekens CH (1992): A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. *JAMA*; Vol. 268: S. 63–7
- 18 Pan XR, Li GW, Hu YH, Wang JX, Yang WY, An ZX, 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*; Vol. 20: S. 537–44
- 19 Lynch J, Helmrich SP, Lakka TA, Kaplan GA, Cohen RD, Salonen R, 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*; Vol. 156: S. 1307–14
- 20 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*; Vol. 325: S. 147–52
- 21 Hu FB, Sigal RJ, Rich-Edwards JW, Colditz GA, Solomon CG, Willett WC, et al. (1999): Walking compared with vigorous physical activity and risk of type 2 diabetes in women: a prospective study. *JAMA*; Vol. 282: S. 1433–9
- 22 UKPDS (1990): Response of fasting plasma glucose to diet therapy in newly presenting type II diabetic patients (UKPDS 7). *Metabolism*; Vol. 39: S. 905–12
- 23 Burchfiel CM, Sharp DS, Curb JD, Rodriguez BL, Hwang LJ, Marcus EB, Yano K (1995): Physical activity and incidence of diabetes: the Honolulu Heart Program. *Am J Epidemiol*; Vol. 141: S. 360–8
- 24 Dyson PA, Hammerley MS, Morris RJ, Holman RR, Turner RC (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*; Vol. 46: S. 50–5
- 25 Colman E, Katzel LI, Rogus E, Coon P, Muller D, Goldberg AP (1995): Weight loss reduces abdominal fat and improves insulin action in middle-aged and older men with impaired glucose tolerance. *Metabolism*; Vol. 44: S. 1502–8
- 26 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*; Vol. 34: S. 891–8
- 27 Valle T, Tuomilehto J, Eriksson J: Epidemiology of NIDDM in Europids. In: Alberti KGMM, Zimmet P, DeFronzo RA eds. (1997): *International Textbook of Diabetes Mellitus*. 2nd edn. Chichester: John Wiley: S. 125–42
- 28 De Courten M, Bennett PH, Tuomilehto J, Zimmet P: Epidemiology of NIDDM in NonáEuropids. In: Alberti KGMM, Zimmet P, DeFronzo RA, eds. (1997): *International Textbook of Diabetes Mellitus*. 2nd edn. Chichester: John Wiley: S. 143–70
- 29 Knowler WC, Nelson RG, Saad M, Bennett PH, Pettitt DJ. (1993): Determinants of diabetes mellitus in the Pima Indians. *Diabetes Care*; Vol. 16: S. 216–27
- 30 Fuller JH, Shipley MJ, Rose G Jarrett RJ, Keen H (1980): Coronary heart disease risk and impaired glucose tolerance: the Whitehall Study. *Lancet*; Vol. I: S. 1373–76
- 31 Alberti KGMM (1996): The clinical implications of Impaired Glucose Tolerance. *Diabet Med*; Vol. 13: S. 927–37

- 32 Yudkin JS, Alberti KG, McLarty DG, et al. (1990): Impaired glucose tolerance. Is it a risk factor for diabetes or a diagnostic ragbag? *BMJ*; Vol. 301: S. 397–402.
- 33 Harris MI (1989): Impaired glucose tolerance in the U.S. population. *Diabetes Care*; Vol. 12: S. 464–474
- 34 Engelgau MM, Thompson TJ, Herman WH, Boyle JP, Aubert RE, Kenny SJ et al. (1997): Comparison of fasting and 24 hour glucose and HbA_{1c} levels for diagnosing diabetes: diagnostic criteria and performance revisited. *Diabetes Care*; Vol. 20: S. 785–91
- 35 Charles MA, Balkau B, Vauzelle-Kervoeiden F, Thibault N, Eschwège E (1996): Revision of diagnostic criteria for diabetes (Letter) *Lancet*; Vol. 348: S. 1657–58
- 36 McCance DR, Hanson RL, Pettitt DJ, Bennett PH, Hadden DR, Knowler WC (1997): Diagnosing diabetes mellitus : do we need new criteria? *Diabetologia*; Vol. 40: S. 247–55
- 37 European Arterial Risk Policy Group on behalf of the International Diabetes Federation (European Region) (1997): A strategy for arterial risk assessment and management in Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes. *Diabet Med*; Vol. 14: S. 611–21
- 38 Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, Verlag Metzler-Poeschel, Stuttgart
- 39 Turner RC, Millns H, Neil HA, Stratton IM, Manley SE, Matthews DR, et al. (1998): Risk factors for coronary artery disease in non-insulin dependent diabetes mellitus (UKPDS 23). United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. *BMJ*; Vol. 316: S. 823–8
- 40 Kuusisto J, Mykkänen L, Pyörälä K, Laakso M (1994): NIDDM and its metabolic control predict coronary heart disease in elderly subjects. *Diabetes*; Vol. 43 (8): S. 960–967
- 41 Breyer JA (1992): Diabetic nephropathy in insulin-dependent patients. *Am J Kidney Dis*; Vol. 20: S. 533–547
- 42 Harati Y (1987): Diabetic peripheral neuropathies. *Ann Intern Med*; Vol. 107: S. 546–559
- 43 Centers for Disease Control (1991): Lower extremity amputations among persons with diabetes mellitus– Washington, 1988. *MMWR*; Vol. 40: S. 737–741
- 44 Centers for Disease Control and Prevention (1993b): Surveillance for diabetes mellitus – United States, 1980–1989. *MMWR*; Vol. 42 (SS–2): S. 1–20
- 45 American Diabetes Association (1993): Direct and indirect costs of diabetes in the United States in 1992. Alexandria, VA: American Diabetes Association
- 46 Centers for Disease Control and Prevention (1993a): Public health focus: prevention of blindness associated with diabetic retinopathy. *MMWR*; Vol. 42: S. 191–195
- 47 American Diabetes Association (2001b): Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus; *Diabetes Care* Vol. 24 Suppl. 1
- 48 DCCT (1993): Research Group The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*; Vol. 329 (14): S. 977–86
- 49 Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators (2000): Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. *Lancet*; Vol. 355: S. 253–9
- 50 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III; Über-, Unter- und Fehlversorgung

- 51 Liebl A, Neiß A, Spannheimer A, Reitberger U, Wagner T, Götz A (2001): Kosten des Typ-2-Diabetes in Deutschland. Ergebnisse der CODE-2®-Studie. Dtsch. Med. Wschr. 126, S. 585–589
- 52 Mühlhauser I, Obermann H, Bender R et al. (1998): Social status and quality of care for adult people with Type 1 diabetes – a population based study. Diabetologia
- 53 Berger M, Mühlhauser I und Jörgens V (1988): Versorgungsqualität bei Typ-1-Diabetes-mellitus. (50) Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 44, S. A–2770 ff.
- 54 Laube H, Bayraktar H, Gökce Y, Akinci A, Erkal Z, Bödeker RH und Bilgin Y (2001): Zur Diabeteshäufigkeit unter türkischen Migranten in Deutschland. Diabetes und Stoffwechsel 10, S. 51 ff.
- 55 Chantelau E und 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 Vol. 77, S. 455–459
- 56 McKinlay J and Marceau L (2000): US public health and the 21st century: diabetes mellitus. Lancet 356, S. 757–761
- 57 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 2001; 344: S. 1343–1350
- 58 Diabetes Prevention Research Group (2001): Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. N Engl J Med 2001; 346: S. 393–403

6.7 Mitglieder der AG

Dr. Gerhard Brenner, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD SdpR (Vorsitz)

Dr. Sibylle Angele, GVG

Dr. Anke Bramesfeld, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. med. Wolfgang Brech, Kassenärztliche Vereinigung Südwürttemberg

Dr. Johannes Bruns, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

Dr. Katrin Dreßler, Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

Dr. Klaus Fehrmann, Deutscher Diabetiker Bund e.V.

Dr. Jörn Knöpnadel, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD

Dr. Eugenie Kontzog, Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg

Prof. Dr. med. Rüdiger Landgraf, Deutsche Diabetes Gesellschaft

Dr. Heike Langenbucher/Sylvely Sandring/Dr. Albert Statz, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Dr. Frank Lehmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Dr. Christian Luetkens, Hessisches Sozialministerium

Dr. Thomas Menn, Gesundheitsamt Krefeld

Gisela Merck, Berlin-Chemie AG

Dr. Barbara Philippi, GVG

Dr. Dierk Rosemeyer, Klinik Rosenberg der LVA Westfalen

Dr. Nicole Schlottmann/Dr. Martin Braun/Dr. Markus Rudolphi, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Prof. Dr. Norbert Schmacke, AOK-Bundesverband

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Sächsische Landesärztekammer

Dr. Peter Schwarz, Medizinische Fakultät der TU Dresden

Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann, Universität Tübingen

Arne Stüwert, DEGEMED Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.

Michael Trippel, GlaxoSmithKline

Dr. Ingbert Weber, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD

Prof. Dr. Jürgen Windeler, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.

Dr. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover

7. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

7.1	EINLEITUNG.....	62
7.1.1	RELEVANZ DES THEMAS.....	62
7.1.2	AKTIONSFELDER.....	63
7.1.2.1	RISIKOFAKTOREN/PRIMÄRPRÄVENTION.....	63
7.1.2.2	FRÜHERKENNUNG/SEKUNDÄRPRÄVENTION.....	64
7.1.2.3	DIAGNOSTIK, THERAPIE, NACHSORGE.....	64
7.1.2.4	INFORMATION DER NICHTBETROFFENEN UND DER PATIENTINNEN.....	64
7.1.2.5	EINBINDUNG DER PATIENTINNEN IN DIE THERAPIEENTSCHEIDUNG/ PATIENTENRECHTE.....	65
7.1.2.6	PSYCHOSOZIALE UND PSYCHOONKOLOGISCHE BETREUUNG DER PATIENTINNEN.....	65
7.1.2.7	REHABILITATION.....	65
7.1.2.8	REGISTER.....	66
7.1.2.9	FORSCHUNG.....	66
7.1.3	VORGEHENSWEISE.....	66
7.2	ZIELE UND TEILZIELE.....	69
7.3	TABELLARISCHE ÜBERSICHT.....	72
7.4	LITERATUR.....	89
7.5	MITGLIEDER DER AG.....	90

7.1 Einleitung

7.1.1 Relevanz des Themas

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung von Frauen in Deutschland. Jährlich erkranken 46.000 Frauen neu daran. 17.800 Frauen verstarben im Jahr 2000 an diesem Leiden. Damit ist Brustkrebs für 26 % aller Krebsneuerkrankungen und 18 % aller Krebstodesfälle verantwortlich [1]. Obwohl in anderen europäischen Ländern und in den Vereinigten Staaten die Brustkrebssterblichkeit zurückgeht, ist dies für die Bundesrepublik nicht mit Sicherheit festzustellen. Darüber hinaus ist Brustkrebs eine Erkrankung, deren Verlauf sich häufig über Jahre hinweg erstreckt und zu erheblichen physischen und psychischen Leiden, Funktionsverlust und Einschränkung der Lebensqualität führt. Der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (SVR) kommt in seinem Gutachten zur Unter-, Über- und Fehlversorgung zu dem Ergebnis, dass Verbesserungspotenziale zur Steigerung der Lebenserwartung und Lebensqualität längst nicht ausgeschöpft sind – und zwar übergreifend von der Prävention bis zur Schmerztherapie [2].

Die Einführung eines Disease-Management-Programms für Brustkrebspatientinnen durch die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Möglichkeit, der bevölkerungsmedizinischen Bedeutung dieser Erkrankung und den wiederholt beklagten Mängeln in der wissenschaftlich wenig standardisierten medizinischen Versorgung von Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind, zu begegnen.

gesundheitsziele.de geht über die medizinische Versorgung der Brustkrebserkrankung hinaus und definiert mit dem hier ausgearbeiteten Gesundheitszielprogramm einen umfassenden Aktionsansatz. Angesichts der Epidemiologie bezieht sich *gesundheitsziele.de* dabei auf die Brustkrebserkrankung der Frauen, wohlwissend, dass auch eine kleine Anzahl von Männern betroffen ist. Vieles, was für brustkrebskranke Frauen gilt, lässt sich jedoch auch unmittelbar auf männliche Patienten übertragen. Die vor diesem Hintergrund relevanten Aktionsfelder umfassen:

- Risikofaktoren/Primärprävention
- Früherkennung/Sekundärprävention
- Diagnostik, Therapie, Nachsorge
- Information der Nichtbetroffenen und der Patientinnen
- Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung/Patientenrechte

- Problembeschreibung psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen
- Rehabilitation
- Register
- Forschung

Darüber hinaus bindet *gesundheitsziele.de* alle an der Prävention und Bewältigung der Brustkrebserkrankung beteiligten Akteure wie Betroffene, Leistungserbringer, Kostenträger, Wissenschaftler, Kommunen und Länder ein. Sie alle sind an der Ausarbeitung dieses Gesundheitszielprogramms in Bezug auf Ziele, Teilziele, Maßnahmen und spätere Umsetzung beteiligt. Diese gemeinsame und umfassende Initiative hat eine verbesserte Lebensqualität und eine gesenkte Sterblichkeitsrate der an Brustkrebs erkrankten Frauen zum Ziel. *gesundheitsziele.de* reagiert damit sowohl auf einen epidemiologischen und gesundheitspolitischen als auch auf einen gesamtgesellschaftlichen Bedarf.

7.1.2 Aktionsfelder

7.1.2.1 Risikofaktoren/Primärprävention

Internationale Vergleiche zeigen große Unterschiede in den Inzidenz- und Mortalitätsraten beim Brustkrebs. Die Ätiologie des Brustkrebs ist bis heute nur unzureichend erklärt und es bieten sich keine gesicherten epidemiologischen Ansatzpunkte, um die deutlich voneinander abweichenden Erkrankungs- und Sterberaten zu erklären.

Es gibt eine Reihe von Risikofaktoren, deren Einfluss auf die Entwicklung einer Krebserkrankung in unterschiedlichem Maß angenommen wird. Als prädisponierend für eine Brustkrebserkrankung gelten u.a. familiäre und genetische Risikofaktoren, Reproduktionsfaktoren und Vorerkrankungen. Als umwelt- bzw. verhaltensbedingte Risikofaktoren werden u.a. exogene Hormone, ionisierende Strahlung sowie gewisse ernährungsbedingte Faktoren diskutiert.

Die einzelnen Faktoren sind bisher nicht ausreichend hinsichtlich ihres kausalen Wirkzusammenhangs zur Entstehung von Brustkrebs nachgewiesen worden. Bisherige Forschungsansätze können nur unzureichend die Wirksamkeit der einzelnen Risikofaktoren für sich, wie auch in der Gesamtheit hinsichtlich ihres Wirkungszusammenhangs erklären.

Gleichzeitig mangelt es an einer durchgängigen Umsetzung der vorliegenden Erkenntnisse über bekannte und anerkannte Risikofaktoren in Form von Information der Frauen wie auch in anderen Handlungsfeldern.

7.1.2.2 Früherkennung/Sekundärprävention

Sowohl die Brustkrebsinzidenz als auch in geringem Maße die Sterblichkeit sind in Deutschland in den letzten 20 Jahren bis 1997 deutlich angestiegen. Seitens des SVR wurde das Fehlen eines gemäß den europäischen Leitlinien qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms (Mammographie-Screening) festgestellt, das dazu führt, dass die zu erwartende Mortalitätsreduktion in der Zielgruppe der 50- bis 70-jährigen Frauen nicht realisiert wird.

Der Erfolg eines Früherkennungsprogramms im Sinne einer Senkung der Mortalität und einer Verbesserung der Lebensqualität der durch das Programm Diagnostizierten hängt mit der Qualität der nachfolgenden Behandlung zusammen (siehe Diagnostik, Therapie, Nachsorge). Ein Brustkrebsfrüherkennungsprogramm muss daher integraler Bestandteil einer qualitätsgesicherten Versorgungskette für Brustkrebs (Früherkennung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge, Rehabilitation) sein.

7.1.2.3 Diagnostik, Therapie, Nachsorge

Der internationale Vergleich weist darauf hin, dass die Krankheitslast vermindert und die Lebensqualität der betroffenen Frauen in Deutschland verbessert werden können. Die Brustkrebsmortalität kann gesenkt werden. Eine bessere Nutzung des vorhandenen Versorgungssystems ist möglich. Das jüngste SVR-Gutachten weist auf Verbesserungsbedarf bei Diagnostik, Behandlung und Nachsorge sowie der Leitlinienentwicklung und -umsetzung hin.

7.1.2.4 Information der Nichtbetroffenen und der Patientinnen

Es existiert ein hohes Defizit an zielgruppenspezifischen Informationen zum Thema Brustkrebs bei Betroffenen und Nichtbetroffenen. So ergibt sich hoher Informationsbedarf z.B. 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 interessierten u.a. folgende Fragen besonders:

- Entsprach/entspricht die geplante/durchgeführte Versorgung dem State of the Art?
- Wurde das gesamte Spektrum der indizierten und sinnvollen Therapiemaßnahmen ausgeschöpft?
- Welche Versorgungsmöglichkeiten (insbesondere Kliniken) existieren in der Region?
- Wie gut sind diese Einrichtungen?
- Gibt es alternative Methoden? Wie gut sind diese?

7.1.2.5 Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung/Patientenrechte

Es ist zwar davon auszugehen, dass immer mehr Frauen grundsätzliche Kenntnisse auch über Brustkrebs haben, jedoch sind im individuellen Fall der Brustkrebsdiagnose spezielle Maßnahmen der Information der Patientinnen und ihrer Einbindung in den folgenden Entscheidungsprozess erforderlich – zumal sich Frauen in der Regel nicht damit befassen haben, dass sie selbst betroffen sein könnten.

Die ausführliche, neutrale, aber dennoch für die Entscheidung hilfreiche Aufklärung der Patientinnen und Patienten durch die Ärztin bzw. den Arzt erfolgt nicht immer. Die Ausbildung von Ärzt(inn)en im Umgang mit Patientinnen, die mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert sind, ist unzureichend.

7.1.2.6 Psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen

Psychosoziale Aspekte spielen in der Auseinandersetzung mit und im Verlauf einer Brustkrebs-erkrankung eine wichtige Rolle. Obwohl adäquate psychosoziale Betreuung die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, wird sie von Beginn der Diagnose an nicht in ausreichendem Maße angeboten und durchgeführt. Auch der SVR empfiehlt die Integration der psychosozialen Betreuung in die Versorgung.

7.1.2.7 Rehabilitation

Die Anschlussrehabilitation für Patientinnen mit Mammakarzinom in einem stationären Setting ist gut etabliert und wichtig für den weiteren Verlauf. Dennoch nimmt ein großer Teil der betroffenen Frauen nicht teil.

Da eine rehabilitative Versorgung möglichst vielen betroffenen Frauen offen stehen soll, sind die Rehabilitationsangebote an die Bedürfnisse der betroffenen Frauen angepasst worden. Die Patientinnen sollen von einer kontinuierlichen Versorgung profitieren, aber auch durch erweiterte Möglichkeiten der Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen. Zusätzlich ist eine höhere Qualifikation der behandelnden und überweisenden Ärzte anzustreben, insbesondere hinsichtlich der Kenntnis und Vermittlung rehabilitativer Potenziale.

7.1.2.8 Register

Es ist unstrittig, dass in Deutschland ein Defizit sowohl hinsichtlich nutzbarer klinischer Krebsregister als auch einer flächendeckenden bevölkerungsbezogenen Krebsregistrierung besteht. Klinische Krebsregister sind unabdingbar insbesondere für die Qualitätssicherung der Versorgung. Darüber hinaus sind sie wichtig als Datenlieferant für bevölkerungsbezogene Krebsregister. Nur mit den Daten der bevölkerungsbezogenen Krebsregister können u.a. die Effekte von Versorgungsmaßnahmen wie die flächendeckende Einführung von Früherkennungsuntersuchungen evaluiert werden – auch im internationalen Vergleich.

7.1.2.9 Forschung

Es mangelt sowohl an ausreichenden, gesicherten und umsetzbaren Erkenntnissen über die Verursachung von Brustkrebs wie auch an einer problemorientierten Versorgungsforschung und an einem adäquaten Umfang an Therapiestudien.

7.1.3 Vorgehensweise

Der Zielkatalog des Gesundheitszielthemas „Brustkrebs“ wurde nach Maßgabe der gesichteten wissenschaftlichen Literatur sowie Gutachten und Studien zur Versorgungssituation in Deutschland erstellt. Aufgrund der Fülle von Zielen und Teilzielen und wegen begrenzter zeitlicher und personeller Kapazitäten wurde eine Auswahl der zeitnah anzugehenden Ziele und Teilziele getroffen. Der Auswahl wurden die folgenden Kriterien zugrunde gelegt:

- Bedeutung des Ziels
- Umsetzbarkeit/Machbarkeit (technisch oder gesundheitspolitisch)
- Konsens

Priorität 1: Das Ziel oder Teilziel soll kurzfristig in Angriff genommen werden.

Das Ziel oder Teilziel ist 1. wichtig, 2. kurzfristig realistisch umsetzbar und 3. gibt es darüber Konsens in der Gruppe.

Priorität 2: Das Ziel oder Teilziel soll mittelfristig in Angriff genommen werden.

Das Ziel/Teilziel ist 1. so wichtig, dass es unbedingt in Angriff genommen werden sollte, 2. legt die Komplexität des Ziels/Teilziels aber einen längeren Zeithorizont nahe und/oder 3. fehlt derzeit Konsens über die Einzelheiten der Zielerreichung.

Priorität 3: Das Ziel oder Teilziel soll erst langfristig in Angriff genommen werden.

Das Ziel/Teilziel ist 1. von nachrangiger Bedeutung, 2. legt die Komplexität des Ziels/Teilziels einen längeren Zeithorizont nahe oder 3. fehlt derzeit der Konsens über die Einzelheiten der Zielerreichung.

Vor diesem Hintergrund wurden die Ziele der folgenden Aktionsfelder mit Priorität 1 bewertet:

- Früherkennung/Sekundärprävention
- Diagnostik, Therapie, Nachsorge
- Information der Nichtbetroffenen und der Patientinnen
- Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung/Patientenrechte
- psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen
- Rehabilitation
- Register

Mit Priorität 2 wurden die Ziele der folgenden Aktionsfelder bewertet:

- Risikofaktoren/Primärprävention
- Forschung

Die mit Priorität 2 bewerteten Ziele werden keineswegs als unwichtig eingeschätzt. Die Bewertung ist vielmehr auf die Komplexität der beiden Ziele zurückzuführen, die einen längeren Zeithorizont nahe legen.

Im Verlauf der Zieldiskussion wurde dem Ziel des Aktionsfelds „Forschung“ wieder Priorität 1 zuerkannt, da mit dem Forschungsprogramm des BMBF zum Thema Brustkrebs eine exemplarische konkrete Maßnahme vorhanden war, die bereits läuft, und deren Ergebnisse in absehbarer Zeit zur Verfügung stehen werden. Das Ziel ist dadurch zeitnah realisierbarer geworden als anfangs angenommen. Das BMBF-Forschungsprogramm stellt allerdings nur ein Beispiel möglicher Maßnahmen im Forschungsbereich dar; das Thema Forschung im Bereich Brustkrebs ist aus Sicht von *gesundheitsziele.de* damit noch nicht erschöpfend behandelt.

Kein Aktionsfeld wurde mit Priorität 3 bewertet.

Für die weitere Bearbeitung des Teilzielkatalogs wurde die Aufmerksamkeit insbesondere auf die Bereiche fokussiert, die noch nicht durch Initiativen wie beispielsweise das DMP Brustkrebs abgedeckt werden.

7.2 Ziele und Teilziele

Ziel 1: Brustkrebs wird in einem frühen und damit prognostisch günstigeren Stadium erkannt (Früherkennung/Sekundärprävention).

Teilziel 1.1: Ein flächendeckendes, an den EU-Leitlinien ausgerichtetes Mammographie-Screening-Programm ist eingeführt. Hierfür sind die Voraussetzungen erfüllt.

Ziel 2: Für Patientinnen ist eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Versorgung flächendeckend und strukturiert gewährleistet (Diagnostik, Therapie, Nachsorge).

Teilziel 2.1: Die Versorgung weist einen höheren Grad an Standardisierung als bisher auf. Dabei werden insbesondere anerkannte Behandlungskonzepte und Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin in der Entwicklung, Umsetzung und Aktualisierung von Leitlinien und Therapiekonzepten berücksichtigt. Dies betrifft auch die Qualitätssicherung.

Teilziel 2.2: Die Behandlung von Brustkrebspatientinnen erfolgt nur in Einrichtungen, die bestimmten Qualitätsanforderungen genügen.

Teilziel 2.3: Die Versorgung erfolgt unter Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen.

Teilziel 2.4: Zugang zu Selbsthilfegruppen und deren Aktivitäten als wichtige Möglichkeit der Auseinandersetzung und des Copings mit der Erkrankung werden von den Behandlern aktiv unterstützt. Dies zieht sich durch den gesamten Verlauf der Erkrankung parallel und zusätzlich zu allen medizinischen und psychosozial notwendigen Maßnahmen.

Ziel 3: Das Wissen über die Erkrankung ist bei den Nichtbetroffenen und Patientinnen verbessert. Verständliche, evidenzbasierte, einheitliche, neutrale und umfassende Informationen sind für potenzielle und tatsächliche Betroffene sowie auch für deren Angehörige vorhanden (Information der Nichtbetroffenen und der Patientinnen).

Teilziel 3.1: Qualitativ hochwertige Informationen, die evidenzbasiert, einheitlich und neutral sind, sind verfügbar. Diskutierte und tatsächliche Risiken für eine Brustkrebserkrankung sowie alternativtherapeutische Maßnahmen sind berücksichtigt.

Teilziel 3.2: Verständliche Informationen sind für die verschiedenen Zielgruppen verfügbar. Die soziale Schicht, die Ethnizität, kognitive Fähigkeiten wie auch die entsprechenden sprachlichen und kulturellen Anforderungen sind dabei berücksichtigt.

Teilziel 3.3: Die Informationen sind umfassend und den Bedürfnissen der Betroffenen und Nichtbetroffenen angemessen.

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

- Teilziel 3.4: Öffentlich zugängliche Informationen zur Qualitätsbewertung der Versorgungseinrichtungen stehen den Patientinnen zur Verfügung.
- Teilziel 3.5: Patientinnen und Nichtbetroffene haben in jeder Situation Zugang zu Informationen.
- Teilziel 3.6: Alle betroffenen Frauen sind über die Möglichkeiten von Information und Beratung durch Selbsthilfegruppen zusätzlich zu den Informationen des medizinischen Systems informiert und haben nach Möglichkeit Zugang zu einer Selbsthilfegruppe (vgl. auch Ziel „Einbindung der Patientinnen ...“).

Ziel 4: Die Patientinnen sind über vorhandene Therapieoptionen informiert und Partnerinnen im medizinischen Entscheidungsprozess (shared decision making/Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung bzw. Patientenrechte).

- Teilziel 4.1: Die Patientinnen sind ermutigt und befähigt, ihre Mitwirkungsrechte in allen Teilschritten der Versorgungskette aktiv wahrzunehmen.
- Teilziel 4.2: Für alle Teilschritte der Versorgungskette sind Strategien entwickelt und umgesetzt, die die Partizipation der Patientinnen erleichtern.
- Teilziel 4.3: Die Aus- und Fortbildung der Ärzte und Pflegekräfte im Bereich der Kommunikation mit den Patientinnen und ihrer Einbeziehung in Therapieentscheidungen ist verbessert.

Ziel 5: Die Lebensqualität der Patientinnen ist durch eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte psychosoziale Betreuung und ggf. psychoonkologische/psychotherapeutische Behandlung verbessert (psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen).

- Teilziel 5.1: Psychosoziale Aspekte sind von Beginn der Behandlung an bis einschließlich Nachsorge und Rehabilitation berücksichtigt.
- Teilziel 5.2: Die psychosoziale und psychoonkologische Basiskompetenz der Behandler ist erhöht (Onkologen, Gynäkologen, Allgemeinmediziner, Pflegekräfte etc.).
- Teilziel 5.3: Instrumente zur psychoonkologischen Diagnostik sind den Behandlern bekannt, stehen zur Verfügung und werden flächendeckend eingesetzt.
- Teilziel 5.4: Professionelle Angebote psychosozialer Betreuung sind bundesweit vorhanden und den Frauen bekannt.
- Teilziel 5.5: Alle betroffenen Frauen sind über die Möglichkeiten von Beratung und Unterstützung durch Selbsthilfegruppen zusätzlich und parallel zu medizinischen und professionell psychosozialen Maßnahmen informiert und haben nach Möglichkeit Zugang zu einer Selbsthilfegruppe (vgl. auch Ziele, Diagnostik, Therapie und Nachsorge).

- Ziel 6:** Wo immer indiziert, haben Patientinnen mit Mammakarzinom die Möglichkeit, an flexibilisierten Angeboten in der Rehabilitation teilzunehmen (Rehabilitation).
- Teilziel 6.1: Wissenschaftlich gesicherte Versorgungsstandards und -konzepte sind in der stationären und ambulanten Rehabilitation eingeführt. Die Rehabilitation erfolgt qualitätsgesichert.
- Teilziel 6.2: Das bisherige gute Angebot an stationärer Rehabilitation besteht weiter. Es existieren jedoch zusätzlich flexibilisierte Angebote für Frauen, die eine stationäre Rehabilitation nicht durchführen können.
- Teilziel 6.3: Das Angebot an ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten ist bedarfsgerecht erweitert.
- Teilziel 6.4: Die Potenziale und Angebote der flexibilisierten Rehabilitation sind den behandelnden und überweisenden Ärzten bewusst.
- Teilziel 6.5: Haushaltshilfen stehen Frauen auch in der ambulanten Rehabilitation zur Verfügung.
- Ziel 7:** Klinische Krebsregister werden in ausreichender Zahl und voll funktionsfähig geführt und genutzt. In den Ländern werden flächendeckend bevölkerungsbezogene und vollzählige Krebsregister geführt (Register).
- Teilziel 7.1: Alle Länder haben eine flächendeckende bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung gesetzlich eingeführt.
- Teilziel 7.2: Die Vollzähligkeit der Erfassung der Brustkrebsfälle in den bevölkerungsbezogenen Krebsregistern ist erreicht. Die Daten werden für relevante Vorhaben gemäß den Anforderungen des Datenschutzes zur Verfügung gestellt.
- Teilziel 7.3: Die Meldung an die klinischen Krebsregister erfolgt nach einem einheitlichen, an der Qualitätssicherung orientierten Inhalt und Format. Die für die bevölkerungsbezogenen Krebsregister erforderlichen Daten werden diesen gemäß den landesrechtlichen Bestimmungen zugeleitet.
- Teilziel 7.4: Das Meldeverhalten aller Behandler an das jeweilige klinische Krebsregister ist so verbessert, dass eine weitgehend vollständige Dokumentation jeder Brustkrebserkrankung einschließlich ihres Verlaufs erfolgt. Die erfassten Daten werden zur Qualitätssicherung verwendet.
- Ziel 8:** 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 inklusive Rehabilitation etabliert. Therapiestudien werden in adäquatem Umfang durchgeführt, finanziert und von den Patientinnen angenommen (Forschung).

7.3 Tabellarische Übersicht

Ziel 1: Brustkrebs wird in einem frühen und damit prognostisch günstigeren Stadium erkannt (Früherkennung/Sekundärprävention)

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>1.1 Ein flächendeckendes, an den EU-Leitlinien ausgerichtetes Mammographie-Screeningprogramm ist eingeführt. Hierfür sind die Voraussetzungen erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Teilnehmerate der Frauen in der betroffenen Altersgruppe (50–69 Jahre) liegt bei mindestens 70 % - Die Qualitätsanforderungen der EU-Leitlinie „Mammographie-Screening“ (apparative Diagnostik, operative Abklärung, pathohistologische Befundung) sind erfüllt 	<p>Der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen beschließt die Einführung des Mammographie-Screening-Programms gemäß den EU-Leitlinien, legt die entsprechenden Regularien fest und führt stufenweise ein qualifiziertes Mammographie-Screening bundesweit ab 2003 (GKV, KBV) ein. Folgende Punkte werden dabei berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die zukünftige S3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung oder qualitativ darüber hinausgehende Leitlinien werden berücksichtigt, soweit diese mit den EU-Leitlinien kompatibel sind - Alle Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbände halten sich an die Anforderungen gemäß EU-Leitlinien und Röntgenverordnung - Zertifizierung und regelmäßiges Auditing der Screeningzentren (GKV und KBV) z.B. anhand der definierten EU-Outcomes (QS-Institutionen) werden durchgeführt. Abrechnungslizenzen werden nur an zertifizierte Leistungserbringer (Vertragspartner) vergeben. Innerhalb der Ärzteschaft wird ein breiter Konsens herbeigeführt, den Patientinnen die Teilnahme am Screening zu empfehlen. <p>Umsetzung durch:</p> <p>Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassenverbände, Ärzteschaft, Ministerien auf Landesebene, kommunale Behörden (Melderegister)</p> <p>Umfassende Informationskampagnen werden unter Nutzung aller verfügbaren Medien durchgeführt, z.B. durch Öffentlichkeitsarbeit des Screeningzentrums,</p>

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

	<p>Krankenkassen, Organisationen mit Engagement im Bereich Brustkrebs, Frauenverbände, Kassenärztlichen Vereinigungen für die Zielgruppe Ärzte. Dabei werden folgende Aspekte berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ziele, Chancen, Risiken und die Durchführung des Programms einschließlich der nachfolgenden Schritte werden zielgruppengerecht und verständlich kommuniziert (vgl. z.B. Leitlinie Fraueninformation). Dabei werden die Frauen insbesondere über die Aussagekraft wie auch die negativen Begleiterscheinungen (Strahlenbelastung) des Programms informiert. Ebenfalls werden sie über die Notwendigkeit des stufenweisen Vorgehens informiert.- Ausführliche entsprechende Informationen werden unter Beteiligung von „Zielgruppenvertreterinnen“ erarbeitet und den Einladungsschreiben beigefügt. Sie stehen auch Ärzten zur Weitergabe an ihre Patientinnen zur Verfügung.- Eine ausreichende Information für die Frauen in der betroffenen Altersgruppe wird durch Maßnahmen der persönlichen, telefonischen oder schriftlichen Ansprache sichergestellt <p>Umsetzung durch:</p> <p>Zur Abstimmung der erforderlichen Informationsarbeit verständigen sich alle in <i>gesundheitsziele.de</i> eingebundenen Gruppen im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine gemeinsame Strategie. In sie sollen auch andere mittel- und langfristige in der Informationsarbeit für Frauen tätige Gruppierungen sinnvoll eingebunden werden, sofern sie die Eckpunkte des als Teilziel vereinbarten Programms 1:1 kommunizieren.</p> <p>Die Aufklärung der Frauen über die Bedeutung der Krebsfrüherkennung als Voraussetzung für die Akzeptanz des Programms (s. Teilziel) ist von gesamtgesellschaftlichem Interesse. Daher werden entsprechende Initiativen begrüßt (z.B. die Initiative der Women's Health Coalition, WHC).</p>
--	--

Ziel 2: Für Patientinnen ist eine qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Versorgung flächendeckend und strukturiert gewährleistet (Diagnostik, Therapie, Nachsorge)

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>2.1 Die Versorgung weist einen höheren Grad an Standardisierung als bisher auf. Dabei werden insbesondere anerkannte Behandlungskonzepte und Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin in der Entwicklung, Umsetzung und Aktualisierung von Leitlinien und Therapiekonzepten berücksichtigt. Dies betrifft auch die Qualitätssicherung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die behandelnden Ärzte richten ihre individuellen Behandlungspläne an evidenz-basierten, nach Möglichkeit nationalen Leitlinien aus. Diese Leitlinien werden auch hinsichtlich der Aspekte psychoonkologischer Behandlung regelmäßig aktualisiert. Leitlinienfassungen für Patientinnen werden unter Beteiligung von „Zielgruppenvertreterinnen“ und unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse erarbeitet (z.B. wie in der Leitlinie Fraueninformation Früherkennung), regelmäßig aktualisiert und den Ärzten zur Weitergabe verfügbar gemacht: - Informationen werden z.B. im Rahmen von DMP zur Verfügung gestellt, aber auch sonst z.B. über Kassenärztliche Vereinigungen in verschiedenen Medien verfügbar gemacht - Leitlinien stehen den Ärzten und – in angepasster Form – auch Patientinnen zur Verfügung. Die für die Qualitätssicherung notwendigen Daten werden dokumentiert, ihre Verwendung wird auch regional geregelt. Ein Rückgriff auf die Daten ist unter dem Aspekt der ständigen Verbesserung der Ergebnisqualität zu gewährleisten. <p>Umsetzung durch:</p> <p>Fachgesellschaften, Ärzteschaft, Non Governmental Organisations (NGOs)</p>

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>2.2 Die Behandlung von Brustkrebspatientinnen erfolgt nur in Einrichtungen, die bestimmten Qualitätsanforderungen genügen</p>	<p>Qualitätskriterien von Brustkrebszentren werden festgelegt und implementiert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Anforderungen an stationäre Einrichtungen werden im Konsens entwickelt. Die Versorgung erfolgt bundesweit nur noch in entsprechend zugelassenen Einrichtungen. - Mindestzahlen für Primärtherapien pro Jahr werden definiert und vertraglich umgesetzt - Die Zertifizierung von „Brustkrebszentren“ entsprechend anerkannten EU-Kriterien (z.B. EUSOMA) wird vorangetrieben - Vertragsabschluss ist nur für zertifizierte Leistungserbringer möglich - Die Kriterien der Zertifizierung und die Listen zertifizierter Kliniken sind jeder Frau zugänglich (z.B. im Internet) <p>Umsetzung durch:</p> <p>Länderministerien, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutsche Krebsgesellschaft, Kostenträger</p>

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>2.3 Die Versorgung erfolgt unter Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen</p>	<p>Die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen bei der Therapie werden berücksichtigt (z.B. Aufzeigen der Vor- und Nachteile unterschiedlicher Therapien, Einschätzung der Fähigkeit der Patientinnen den Alltag zu bewältigen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - DMPs und Leitlinien berücksichtigen, dass individuelle Bedürfnisse ein Abweichen, das aber begründet werden muss, erfordern. Individuelle Behandlungskonzepte werden für und zusammen mit den Patientinnen entwickelt. - Vor dem Eingriff erfolgt verpflichtend eine Aufklärung über mögliche Alternativstrategien. Der Behandler kennt alle Befunde und ist ausreichend qualifiziert (Facharztstandard). Er ist damit befähigt, auch die individuellen Tumoreigenschaften angemessen zu berücksichtigen. Gespräche werden entsprechend dem Bedarf aktiv angeboten, ggf. auch mit psychosozialen Betreuer(inne)n. - Informationsmaterial steht in Praxen, Kliniken und bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung - Die Kommunikationskompetenz der Ärzte und der Pflegekräfte wird durch Aus- und Weiterbildungsangebote verbessert <p>Umsetzung durch:</p> <p>Ärzeschaft, Verfasser von Leitlinien und DMPs, Fachgesellschaften (Aus- und Weiterbildung)</p>

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>2.4 Zugang zu Selbsthilfegruppen und deren Aktivitäten als wichtige Möglichkeit der Auseinandersetzung und des Copings mit der Erkrankung werden von den Behandlern aktiv unterstützt. Dies zieht sich durch den gesamten Verlauf der Erkrankung parallel und zusätzlich zu allen medizinischen und psychosozial notwendigen Maßnahmen. Dies beinhaltet:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Beratungs- und Informationsangebote sind qualitätsgesichert. Die Patientinnen werden über qualitätsgesicherte Angebote und Möglichkeiten der Selbsthilfe informiert - Selbsthilfeorganisationen werden fachlich unterstützt - Die Selbsthilfe wird im Rahmen der Versorgung einbezogen - Beteiligung der Selbsthilfe an Qualitätszirkeln - Vorhandene Selbsthilfegruppen und deren (eventuelle) Sponsoren werden registriert - Mitglieder der Selbsthilfegruppen mit Fremdsprachenkenntnissen werden aufgelistet <p>Umsetzung durch: Ärzteschaft, Selbsthilfeverbände, Kassenärztliche Vereinigungen, Pflegeorganisationen</p>

Ziel 3: Das Wissen über die Erkrankung ist bei den Nichtbetroffenen und Patientinnen verbessert. Verständliche, evidenzbasierte, einheitliche, neutrale und umfassende Informationen sind für potenzielle und tatsächliche Betroffene sowie auch für deren Angehörige vorhanden (Information der Nichtbetroffenen und der Patientinnen).

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>3.1 Qualitativ hochwertige Informationen, die evidenzbasiert, einheitlich und neutral sind, sind verfügbar. Diskutierte und tatsächliche Risiken für eine Brustkrebserkrankung sowie alternativtherapeutische Maßnahmen sind berücksichtigt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Informationen erfüllen „Qualitätskriterien“ (wie evidenzbasiert, einheitlich und neutral), die in einer verbindlichen Leitlinie festgelegt sind. Bei den Informationen ist erkennbar, ob sie den festgelegten Qualitätskriterien entsprechen („Zertifikat“, Gütesiegel; vgl. AFGIS, DISCERN). - Eine Internetplattform Brustkrebs mit qualitätsgesicherten Informationen und Vernetzung der qualitätsgesicherten Angebote wird bereitgestellt <p>Umsetzung durch:</p> <p>Alle, die Aufklärung und Information durchführen, insbesondere Deutsche Krebsgesellschaft, DKFZ (KID), KVen, Fachgesellschaften, NGOs</p>
<p>3.2 Verständliche Informationen sind für die verschiedenen Zielgruppen verfügbar. Die soziale Schicht, die Ethnizität, kognitive Fähigkeiten wie auch die entsprechenden sprachlichen und kulturellen Anforderungen sind dabei berücksichtigt.</p>	<p>Entsprechende Informationen werden erarbeitet oder weiterentwickelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ermittlung von und Übersicht über verschiedene Zielgruppen mit unterschiedlichen Anforderungen - Redaktion erfolgt durch Einrichtung/en mit ausgewiesener Kompetenz in der Gesundheitsinformation/Patienteninformation und Kenntnis der spezifischen Bedürfnisse im Zusammenhang mit Brustkrebs - Die Informationen werden verständlich aufbereitet - Es werden Informationsversionen der in Deutschland verbreiteten Fremdsprachen, wie Türk./Ital./Span./Griech./Russ./Serb./Poln. erstellt (es gibt einige Untergruppen in der Fachgesellschaft)

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

	<p>Umsetzung durch:</p> <p>Alle, die Aufklärung und Information durchführen, u.a. Deutsche Krebsgesellschaft, DKFZ (KID), Länder, interdisziplinäre AGs, Organisationen mit Engagement und Kompetenz im Bereich Brustkrebs</p>
<p>3.3 Die Informationen sind umfassend und den Bedürfnissen der Betroffenen und Nichtbetroffenen angemessen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integration von medizinisch-wissenschaftlichen, psychologischen/psychosozialen und pflegewissenschaftlichen Inhalten; „Grenzgebiete“ und Alternativmedizin werden in den Informationen berücksichtigt - Die Behandler (Allgemeinärzte, Gynäkologen, Radiologen und Onkologen) weisen, wo immer indiziert, Patientinnen aktiv auf Einrichtungen der psychosozialen Onkologie hin <p>Umsetzung durch:</p> <p>s. oben</p>
<p>3.4 Öffentlich zugängliche Informationen zur Qualitätsbewertung der Versorgungseinrichtungen stehen den Patientinnen zur Verfügung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verpflichtung der Versorgungseinrichtungen zur Transparenz bezüglich Angebot, Expertise und Ergebnisqualität - Ergebnisse des Krankenhaus-Benchmarkings inklusive Behandlungsfallzahlen werden veröffentlicht und Ärzten und Patientinnen zugänglich gemacht - Erstellung einer Informationsplattform, die wohnortnah, rasch und gezielt vorhandene qualitätsgesicherte Behandlungsangebote (einschließlich psychosozialer Angebote)/Selbsthilfegruppen veröffentlicht - Entwicklung und Finanzierung eines Adressennetzwerks auf Internetbasis <p>Umsetzung durch:</p> <p>u.a. Ländergeschäftsstellen für QS, KVen, KH-Gesellschaften der Länder bzw. Krankenhäuser, Krankenkassen</p>

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

<p>3.5 Patientinnen und Nichtbetroffene haben in jeder Situation Zugang zu Informationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung geeigneter Informationswege für Patientinnen und Angehörige (schriftliche Information, Medien, Verfügbarkeit der Informationen beim Behandler) - Aufnahme von Telefonnummern örtlicher Selbsthilfegruppen in die jeweiligen Telefonbücher <p>Umsetzung durch:</p> <p>Selbsthilfeverbände/-gruppen und alle, die Aufklärung und Information durchführen</p>
<p>3.6 Alle betroffenen Frauen sind über die Möglichkeiten von Information und Beratung durch Selbsthilfegruppen zusätzlich zu den Informationen des medizinischen Systems informiert und haben nach Möglichkeit Zugang zu einer Selbsthilfegruppe (vgl. auch Ziel „Einbindung der Patientinnen ...“)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen über die Möglichkeiten durch Ärzte oder psychosoziale Betreuungsstellen, KVen, auch als schriftliche Information wie Kontaktadressen, Angebote, Zugangswege (wird durch Maßnahme, Teilziel 4, Erstellung einer Infoplattform, abgedeckt) <p>Umsetzung durch:</p> <p>Alle, die Aufklärung und Information durchführen, u.a. Selbsthilfe(verbände), Ärzteschaft, Kven, psychosoziale Betreuungsstelle, Krankenhaussozialdienste</p>

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

Ziel 4: Die Patientinnen sind über vorhandene Therapieoptionen informiert und Partnerinnen im medizinischen Entscheidungsprozess (shared decision making/Einbindung der Patientinnen in die Therapieentscheidung bzw. Patientenrechte)

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>4.1 Die Patientinnen sind ermutigt und befähigt, ihre Mitwirkungsrechte in allen Teilschritten der Versorgungskette aktiv wahrzunehmen</p>	<p>- Modelle und andere geeignete Maßnahmen (Information, Multiplikatoren, Patientinnenschulungen), die Patientinnen nicht überfordern, werden umgesetzt</p> <p>Umsetzung durch: Bund, Länder, Ärztekammern, Pflegeorganisationen</p>
<p>4.2 Für alle Teilschritte der Versorgungskette sind Strategien entwickelt und umgesetzt, die die Partizipation der Patientinnen erleichtern</p>	<p>- Berücksichtigung innerhalb und außerhalb der entsprechenden Versorgungsprogramme zum Brustkrebs</p> <p>Umsetzung durch: Alle an der Versorgungskette beteiligten Leistungserbringer</p>
<p>4.3 Die Aus- und Fortbildung der Ärzte und Pflegekräfte im Bereich der Kommunikation mit den Patientinnen und ihrer Einbeziehung in Therapieentscheidungen ist verbessert</p>	<p>- Die entsprechenden Ausbildungsordnungen und Curricula werden ergänzt</p> <p>- Kommunikationstraining unter Berücksichtigung der spezifischen Probleme in der Onkologie wird in die Ausbildung integriert und ist im Rahmen der Weiterbildung Pflicht</p> <p>Umsetzung durch: Bund, Länder, Ärztekammern, Träger von Pflegeweiterbildung</p>

Ziel 5: Die Lebensqualität der Patientinnen ist durch eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte psychosoziale Betreuung und ggf. psychoonkologische/psychotherapeutische Behandlung verbessert (Psychosoziale und psychoonkologische Betreuung der Patientinnen)

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>5.1 Psychosoziale Aspekte sind von Beginn der Behandlung an bis einschließlich Nachsorge und Rehabilitation berücksichtigt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Psychosoziale Aspekte werden in DMPs und Leitlinien für Brustkrebs integriert - Der Stellenwert der konsequenten und kompetenten psychosozialen Beratung der Patientinnen wird gesteigert <p>Umsetzung durch:</p> <p>Leistungserbringer in der Versorgungskette, Fachgesellschaften</p>
<p>5.2 Die psychosoziale und psychoonkologische Basiskompetenz der Behandler ist erhöht (Onkologen, Gynäkologen, Allgemeinmediziner, Pflegekräfte etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Psychosoziale und psychoonkologische Inhalte für die Erlangung einer Basiskompetenz werden in Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepten in Curricula integriert - Fortbildungsangebote werden den Behandlern leicht zugänglich gemacht <p>Umsetzung durch:</p> <p>Fachgesellschaften, Ärztekammern, Länder, Psychotherapeutenkammern, Pflegeverbände</p>
<p>5.3 Instrumente zur psychoonkologischen Diagnostik sind den Behandlern bekannt, stehen zur Verfügung und werden flächendeckend eingesetzt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumente zur psychoonkologischen Diagnostik werden entwickelt, evaluiert und in den Lehrplänen vermittelt sowie in die ärztliche Fortbildung und Leitlinien integriert <p>Umsetzung durch:</p> <p>Länder, Ärztekammern, Fachgesellschaften, Psychotherapeutenkammern</p>

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

<p>5.4 Professionelle Angebote psychosozialer Betreuung sind bundesweit vorhanden und den Frauen bekannt</p>	<p>- Ein bundesweit flächendeckendes Angebot an psychosozialer Beratung und Betreuung wird geschaffen bzw. gewährleistet</p> <p>Umsetzung durch:</p> <p>Länder und Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Leistungsanbieter (z.B. Träger von Brustzentren), Kostenträger</p>
<p>5.5 Alle betroffenen Frauen sind über die Möglichkeiten von Beratung und Unterstützung durch Selbsthilfegruppen zusätzlich und parallel zu medizinischen und professionell psychosozialen Maßnahmen informiert und haben nach Möglichkeit Zugang zu einer Selbsthilfegruppe (vgl. auch Ziele, Diagnostik, Therapie und Nachsorge)</p>	<p>(vgl. Maßnahme „Erstellung einer Infoplattform“, Teilziel 4, Patientinneninformation)</p>

Ziel 6: Wo immer indiziert, haben Patientinnen mit Mammakarzinom die Möglichkeit, an flexibilisierten Angeboten in der Rehabilitation teilzunehmen (Rehabilitation)

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>6.1 Wissenschaftlich gesicherte Versorgungsstandards und -konzepte sind in der stationären und ambulanten Rehabilitation eingeführt. Die Rehabilitation erfolgt qualitätsgesichert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qualifizierte (S3-)Leitlinien, wissenschaftlich gesicherte Versorgungsstandards und Konzepte (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) für die ambulante und stationäre Rehabilitation werden erarbeitet <p>Umsetzung durch:</p> <p>Fachgesellschaften, Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VdR)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualifizierte (S3-)Leitlinien, wissenschaftlich gesicherte Versorgungsstandards und Konzepte (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) für die ambulante und stationäre Rehabilitation werden implementiert <p>Umsetzung durch:</p> <p>Alle an der Versorgungskette beteiligten Leistungserbringer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eine ausreichende Information wird durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt bzw. die Sozialarbeiter(innen) persönlich, oder schriftlich sichergestellt <p>Umsetzung durch:</p> <p>Ärzteschaft, Sozialarbeiter(innen)</p>

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

<p>6.2 Das bisherige gute Angebot an stationärer Rehabilitation besteht weiter. Es existieren jedoch zusätzlich flexibilisierte Angebote für Frauen, die eine stationäre Rehabilitation nicht durchführen können.</p>	<p>- Die bisherigen gut etablierten Angebote der stationären Rehabilitation werden aufrechterhalten. Ambulante, wohnortnahe, fachkompetente onkologische Rehabilitationseinrichtungen werden unter Berücksichtigung der Bedarfsgerechtigkeit weiter ausgebaut, um ein flexibilisiertes Angebot für möglichst viele Betroffene vorhalten zu können.</p> <p>Umsetzung durch: Sozialversicherungsträger (u.a. Rentenversicherungsträger, Krankenkassen)</p>
<p>6.3 Das Angebot an ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten ist bedarfsgerecht erweitert</p>	<p>- (Ziel ist Maßnahme)</p> <p>Umsetzung durch: Kostenträger der Rehabilitation</p>
<p>6.4 Die Potenziale und Angebote der flexibilisierten Rehabilitation sind den behandelnden und überweisenden Ärzten bewusst</p>	<p>- Die Rehabilitation wird im Rahmen der Ausbildung des Medizinstudiums an den Universitäten gelehrt. (Anmerkung: Ist in der neuen Ausbildungsordnung bereits beachtet.)</p> <p>Umsetzung durch: Universitäten</p> <p>- Niedergelassene und in Krankenhäusern tätige Ärzte sowie die Versicherten werden besser über die flexibilisierten Rehabilitationsangebote und -inhalte informiert. Diese werden den Patientinnen angeboten.</p> <p>Umsetzung durch: Kostenträger der Rehabilitation, Selbsthilfegruppen, Rehabilitationszentren, Leistungserbringer und deren Vertretung</p>

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

6.5 Haushaltshilfen stehen Frauen auch in der ambulanten Rehabilitation zur Verfügung	- Haushaltshilfen werden entsprechend der Lebens- und Bedarfssituation der Patientin zur Verfügung gestellt. ¹² Umsetzung durch: U.a. Krankenkassen, Kostenträger der Rehabilitation, Kommunen
---	---

¹² Die bestehende Versorgungslücke „Lohnersatzleistung für Hausfrauen“ muss in Deutschland geregelt werden.

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

Ziel 7: Klinische Krebsregister werden in ausreichender Zahl und voll funktionsfähig geführt und genutzt. In den Ländern werden flächendeckend bevölkerungsbezogene und vollzählige Krebsregister geführt (Register).

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
<p>7.1 Alle Länder haben eine flächendeckende bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung gesetzlich eingeführt</p>	<p>- Die Voraussetzungen hierfür, insbesondere die rechtlichen Vorgaben, werden den Erfordernissen entsprechend weiterentwickelt</p> <p>Umsetzung durch: Länder</p>
<p>7.2 Die Vollzähligkeit der Erfassung der Brustkrebsfälle in den bevölkerungsbezogenen Krebsregistern ist erreicht. Die Daten werden für relevante Vorhaben gemäß den Anforderungen des Datenschutzes zur Verfügung gestellt.</p>	<p>- Alle Krebsfälle werden an das zuständige bevölkerungsbezogene Krebsregister vollständig gemeldet. Die datenschutzrechtlichen Vorgaben in den Landeskrebsregistergesetzen sind so gefasst, dass die Daten für wichtige Vorhaben genutzt werden können.</p> <p>Umsetzung durch: Maßnahmen der Länder und Mitwirkung der Ärzteschaft</p>
<p>7.3 Die Meldung an die klinischen Krebsregister erfolgt nach einem einheitlichen, an der Qualitätssicherung orientierten Inhalt und Format. Die für die bevölkerungsbezogenen Krebsregister erforderlichen Daten werden diesen gemäß den landesrechtlichen Bestimmungen zugeleitet.</p>	<p>- Es werden u.a. durch entsprechende Software Voraussetzungen geschaffen, den verschiedenen Dokumentationsanforderungen/Verpflichtungen im klinischen Bereich durch vereinheitlichte Dateneingabe auf der einen und differenziert mögliche Weiterleitung auf der anderen Seite Genüge zu leisten</p> <p>Umsetzung durch: Softwareanbieter, Krankenhäuser</p>
<p>7.4 Das Meldeverhalten aller Behandler an das jeweilige klinische Krebsregister ist so verbessert, dass eine weitgehend vollständige Dokumentation jeder Brustkrebserkrankung einschließlich ihres Verlaufs erfolgt. Die erfassten Daten werden zur Qualitätssicherung verwendet.</p>	<p>- Alle behandelnden Ärzte verpflichten sich zur Meldung an das klinische Krebsregister</p> <p>Umsetzung durch: Ärzteschaft, Fachgesellschaften, Deutsche Krankenhausgesellschaft</p>

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

Ziel 8: 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 inklusive Rehabilitation etabliert. Therapiestudien werden in adäquatem Umfang durchgeführt, finanziert und von den Patientinnen angenommen (Forschung).

Teilziele	Maßnahmen und Umsetzungszuständigkeiten
	<p>- Entsprechende Forschungsvorhaben werden von den infrage kommenden Förderern initiiert und durchgeführt</p> <p>Umsetzung durch:</p> <p>BMBF mit BMGS, Universitäten, Wissenschaftsorganisationen, Länder, Großforschungseinrichtungen, Deutsche Krebsgesellschaft u.a.</p> <p>Zum Beispiel:</p> <p>Gesundheitsforschungsprogramm: „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“, in dessen Rahmen die angewandte Brustkrebsforschung gefördert wird. In einer Ausschreibung des BMBF stehen folgende Aspekte im Vordergrund:</p> <ol style="list-style-type: none">1. epidemiologische Ursachenforschung und klinische Epidemiologie2. Validierung und Verbesserung der Methoden der Früherkennung und Diagnostik3. Therapieoptimierungs- und Vergleichsstudien4. Validierung von Verfahren der Nachsorge zur optimalen Betreuung und Begleitung von Patientinnen (Schwerpunkt Lebensqualität und sozialpsychologische, psychosoziale Aspekte)

7.4 Literatur

- 1 Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland, Robert-Koch-Institut (2002): Krebs in Deutschland, Häufigkeiten und Trends. Saarbrücken
- 2 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III; Über-, Unter- und Fehlversorgung

7.5 Mitglieder der AG

Dr. Elke Herz, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (Vorsitz)

Dr. Bernd Metzinger, IKK-Bundesverband (Vorsitz)

Dr. med. Ute Albert, Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Dr. Sibylle Angele, GVG

Dr. Susanne Bauer, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen

Cornelia Bormann, Bundesministerium für Bildung und Forschung

Dr. Anke Bramesfeld, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Carlchristian von Braunmühl, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg

Dr. med. Dominik Dietz, IKK Bundesverband

Dr. Justina Engelbrecht, Bundesärztekammer

Andrea Gaisser, Deutsches Krebsforschungszentrum/Krebsinformationsdienst KID

Dr. med. Gertraud Gallhofer, Rehabilitationszentrum Bad Nauheim der BfA, Taunus-Klinik

Dr. Gabriele Hundsdörfer, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Dr. Eva M. Kalbheim, Deutsche Krebshilfe e.V.

Dr. Heike Langenbucher, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Dr. Armin Mühlich, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Dr. Barbara Philippi, GVG

Dr. med. Margrit Reichel, Screeningprojekt Wiesbaden

Dr. Nicole Schlottmann, Deutsche Krankenhausgesellschaft

Hilde Schulte, Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.

Prof. Dr. med. K.-D. Schulz, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF

Prof. Almuth Sellschopp/Dr. med. Doris Pouget-Schors, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Med. Psychologie, TU München

Dr. Bärbel Specht, Gesundheitsamt der Stadt Hagen

Dr. Birgit Weihrauch, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW

Dr. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover

Ute Wülfing/Dr. Lawrence von Karsa, Planungsstelle Mammographie-Screening

8. Tabakkonsum reduzieren

8.1	EINLEITUNG.....	92
8.1.1	STRUKTUR DES BERICHTS.....	92
8.1.2	RELEVANZ DES THEMAS – GRUNDSÄTZLICHE ANMERKUNGEN ZUR WIRKSAMKEIT VON MAßNAHMEN ZUR VERRINGERUNG DES TABAKKONSUMS	93
8.1.3	AKTIONSFELDER	96
8.1.3.1	AUSGANGSLAGE.....	96
8.1.3.2	MAßNAHMENBÜNDEL/SZENARIO I: AKTUELLE SITUATION.....	98
8.1.3.3	MAßNAHMENBÜNDEL/SZENARIO II: UMSETZUNG DER AUF EVIDENZ BASIERENDEN MAßNAHMEN.....	100
8.1.3.4	MAßNAHMENBÜNDEL/SZENARIO III: „NUR“ VERHÄLTNISPRÄVENTION.....	103
8.1.3.5	MAßNAHMENBÜNDEL/SZENARIO IV: „NUR“ VERHALTENSPRÄVENTION.....	105
8.1.4	VORGEHENSWEISE	108
8.2	ZIELE UND TEILZIELE	108
8.3	TABELLARISCHE ÜBERSICHT	111
8.4	MAßNAHMENSKIZZEN.....	124
8.5	MONITORING DES PROGRAMMS "TABAKKONSUM REDUZIEREN"	124
8.6	LITERATUR.....	128
8.7	MITGLIEDER DER AG	129

8.1 Einleitung

8.1.1 *Struktur des Berichts*

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse zur Entwicklung eines nationalen Programms zur Reduktion des Tabakkonsums/Förderung des Nichtrauchens zusammen. Das Kapitel gliedert sich in drei Teile:

Der erste Teil ist eine Zusammenstellung grundsätzlicher Anmerkungen zur Wirksamkeit von Maßnahmen, die den Tabakkonsum verringern. Es wird auf die Notwendigkeit der Entwicklung und Implementation eines aufeinander abgestimmten Bündels von Maßnahmen („policy mix“) hingewiesen, damit es zu einer erfolgreichen Reduzierung des Rauchverhaltens in der Allgemeinbevölkerung kommen kann. Die Maßnahmen, die dabei zu berücksichtigen sind, lassen sich grundsätzlich den beiden Bereichen der Veränderung von Verhaltensweisen („Verhaltensprävention“) oder der Veränderung von Strukturen („Verhältnisprävention“) zuordnen. Ein nationales Programm zur Reduzierung des Tabakkonsums muss sowohl Strategien der Verhaltensprävention als auch der Verhältnisprävention umfassen.

Der zweite Teil „Priorität von Maßnahmen“ untersucht anhand verschiedener Szenarien, in welchem Umfang die Kombination von Maßnahmen, die auf die Veränderung von Verhältnissen oder auf die Veränderung von Verhaltensweisen ausgerichtet sind, zur Reduzierung des Rauchens beitragen kann. Maßnahmen, die sich direkt auf die Veränderung von Verhaltensweisen richten, werden drei Zielbereichen zugeordnet:

- Maßnahmen, die auf eine allgemeine Rauchentwöhnung zielen (Ausstieg erleichtern)
- Maßnahmen, die auf eine Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind (Einstieg verhindern)
- Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen

Kombinierte Maßnahmenbündel zur Reduzierung des Tabakkonsums lassen sich danach unterscheiden, in welchem Anteil verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund werden idealtypisch vier verschiedene Szenarien untersucht:

- 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)

Deutlich wird, dass nur von einer Strategie, die sich am Szenario II orientiert, eine schnelle und nachhaltige Reduzierung des Tabakkonsums in Deutschland zu erwarten ist.

Eine solche umfassende Strategie wird sich nicht in einem Schritt realisieren lassen. Im dritten Teil – „Entwicklung von (Teil-)Zielen“ – werden daher verschiedene Zwischenschritte formuliert, die als Indikatoren für eine Entwicklung in die gewünschte Richtung „Tabakkonsum reduzieren“ geeignet sind. In einer Tabelle werden eine Reihe von Maßnahmen aufgelistet, die zur Erreichung der (Teil-)Ziele geeignet sind. Aufgrund der Bedeutung der verhältnisorientierten Maßnahmen bei der Zielerreichung werden für diesen Bereich ebenfalls Empfehlungen gegeben. Diese Auflistung geeigneter Maßnahmen ist noch nicht abgeschlossen. Vielmehr sollen im weiteren Vorgehen die möglichen Beiträge der beteiligten Partner und ggf. weiterer Akteure bei der Umsetzung dieser Maßnahmen ermittelt und konkrete Arbeitsabsprachen getroffen werden. Auf dieser Basis können dann die erreichbar erscheinenden Ziele festgelegt und entsprechende Interventionsstrategien formuliert werden.

8.1.2 Relevanz des Themas – Grundsätzliche Anmerkungen zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Verringerung des Tabakkonsums

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. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben weltweit jährlich vier Millionen Menschen an den Folgen des Zigarettenkonsums – im 20. Jahrhundert waren es weltweit über 100 Millionen Menschen. Damit haben die Folgen des Rauchens bereits jetzt epidemische Ausmaße angenommen. Wenn die gegenwärtigen Konsumtrends in den Industrienationen weiter anhalten und in den Entwicklungsländern zunehmen, wird sich die Anzahl der rauchbedingten Todesfälle innerhalb der nächsten Jahrzehnte auf rund 10 Millionen pro Jahr erhöhen.

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

Die zur Verringerung des Tabakkonsums in Deutschland bisher durchgeführten Maßnahmen sind allerdings eher unsystematisch, fast ausnahmslos auf die Veränderung von Verhaltensweisen (verhaltenspräventiv) und nicht auf die Veränderung von Strukturen (verhältnispräventiv) bezogen. Darüber hinaus sind sie kaum flächendeckend und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zur Senkung des Tabakkonsums weitestgehend unüberprüft. Wie die aktuellen Daten zur Verbreitung des Tabakkonsums in Deutschland sowie zur Passivrauchbelastung zeigen, haben sie dadurch bisher auch keine nachhaltigen Auswirkungen auf das Rauchverhalten gehabt.

Gleichwohl liegen mittlerweile hinreichende Nachweise für die Wirksamkeit der Bündelung einer Reihe von evidenzbasierten Maßnahmen der „Tabakkontrolle“ („tobacco control“) vor. Aufgrund entsprechender langjähriger internationaler Erfahrungen mit Tabakkontrollmaßnahmen, die in zahlreichen Ländern bereits seit einigen Jahrzehnten umgesetzt wurden und werden, ist es somit möglich und erforderlich, wirksamkeitsüberprüfte Maßnahmen der Tabakkontrolle zu sichten und an deutsche Verhältnisse anzupassen.

Diese internationalen Erfahrungen zeigen, dass einschneidende Veränderungen des Tabakkonsums sowie eine messbare Verringerung der tabakassoziierten Erkrankungen und Todesfälle nur dann zu erreichen sind, wenn ein Maßnahmenbündel („policy mix“) aus verschiedenen bevölkerungs- und individuumsbezogenen Vorgehensweisen umgesetzt wird. Tabakkontrollprogramme in Australien, Kanada, den USA und einigen skandinavischen Ländern lassen erkennen, dass nur in der Höhe angemessen und langfristig finanzierte umfassende Programme der Tabakkontrolle, die insbesondere gesetzgeberisch unterstützte Maßnahmen enthalten, den Tabakkonsum wirksam senken können.

Als Module eines gebündelten Vorgehens haben sich folgende Maßnahmen als wirksam erwiesen:

Tabakkonsum reduzieren

- Erhöhung der Tabaksteuern
- Abbau von Subventionen für den Tabakanbau
- Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten
- umfassende Tabakwerbeverbote
- Rauchverbote in öffentlichen Einrichtungen und an Arbeitsplätzen
- Produktregulierung und Verbraucherinformation
- Abgabeverbote für Minderjährige
- Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen
- Schulische, freizeit- und gemeindebezogene Maßnahmen der Tabakprävention (Settingansatz)
- Flächendeckende massenmediale Tabakpräventionsstrategien
- Personalkommunikative Beratungs- und Behandlungsangebote für unterschiedliche Zielgruppen

Jede einzelne der genannten Maßnahmen kann dazu beitragen, die Raucherquoten und den Pro-Kopf-Konsum von Tabakprodukten zu senken – eine nachhaltige Verringerung des Tabakkonsums kann jedoch – wie bereits ausgeführt – nur durch eine kombinierte Umsetzung dieser Maßnahmen erreicht werden. Die genannten Maßnahmen können zwei 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 Aktionen 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 wirksam verringert werden kann, gibt es bisher – mit beachtenswerter Ausnahme der Bekämpfung des Zigaretenschmuggels – weit weniger Nachweise für die Wirksamkeit der angebotsorientierten Strategien der Tabakkontrolle. Zudem ist offenkundig, dass wirksame Tabakkontrolle nicht allein durch Interventionen und Investitionen innerhalb des Gesundheitswesens, sondern nur durch die Umsetzung ressortübergreifender, multisektoraler Maßnahmen und unter Einbeziehung verschiedener Institutionen und Akteure innerhalb wie außerhalb des Gesundheitswesens erreicht werden kann. Hierzu zählen insbesondere finanz- und wirtschaftspolitische Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Verbraucherschutzes.

Wirtschaftswissenschaftliche Berechnungen haben aufgezeigt, dass die volkswirtschaftlichen Belastungen des Rauchens immens sind. Bereits im Jahr 1993 summierten sich allein die Ausgaben für tabakkonsumbezogene Gesundheitsleistungen auf nahezu 17,5 Milliarden € bzw. 1,07 % des Bruttoinlandproduktes. Die aus der Tabaksteuer erzielten jährlichen Einnahmen von rund 12 Milliarden € stellen demgegenüber bei weitem keine hinreichende Besteuerung dar.

Die von der Tabakindustrie, den Zigarettenselbstverpackern und der Werbebranche öffentlich verbreitete Sorge vor Arbeitsplatzverlusten und Umsatzverlusten im Falle strengerer Tabakkontrollpolitik hat sich in internationalen Studien als falsche Prognose herausgestellt: Die Zigarettenselbstverpackung ist inzwischen eine hoch automatisierte Branche und hat in den letzten Jahrzehnten selbst (ohne Not) immer mehr Arbeitsplätze abgebaut. Bei umfassenden Tabakwerbeverboten in anderen Ländern kompensieren andere, teilweise beschäftigungsintensivere Branchen die Verluste der Einnahmen aus diesem Zweig.

Um die nachhaltige Wirksamkeit aller oben genannten Maßnahmen zu gewährleisten, müssen diese nach Möglichkeit in landesweite, aber vor allem in kommunale, gemeindebezogene Programme eingebunden werden: 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, aufgrund der Globalisierung der Produktion, des Handels und der Vermarktung aber auch durch intensive internationale Zusammenarbeit zwischen den Staaten entwickelt und abgestimmt werden müssen.

8.1.3 Aktionsfelder

8.1.3.1 Ausgangslage

Idealtypisch lassen sich Maßnahmen unterscheiden, die direkt auf die Veränderung von Verhaltensweisen abzielen (Verhaltensprävention) oder auf die Veränderung struktureller Rahmenbedingungen bzw. Durchführung gesetzgeberischer Maßnahmen ausgerichtet sind (Verhältnisprävention).

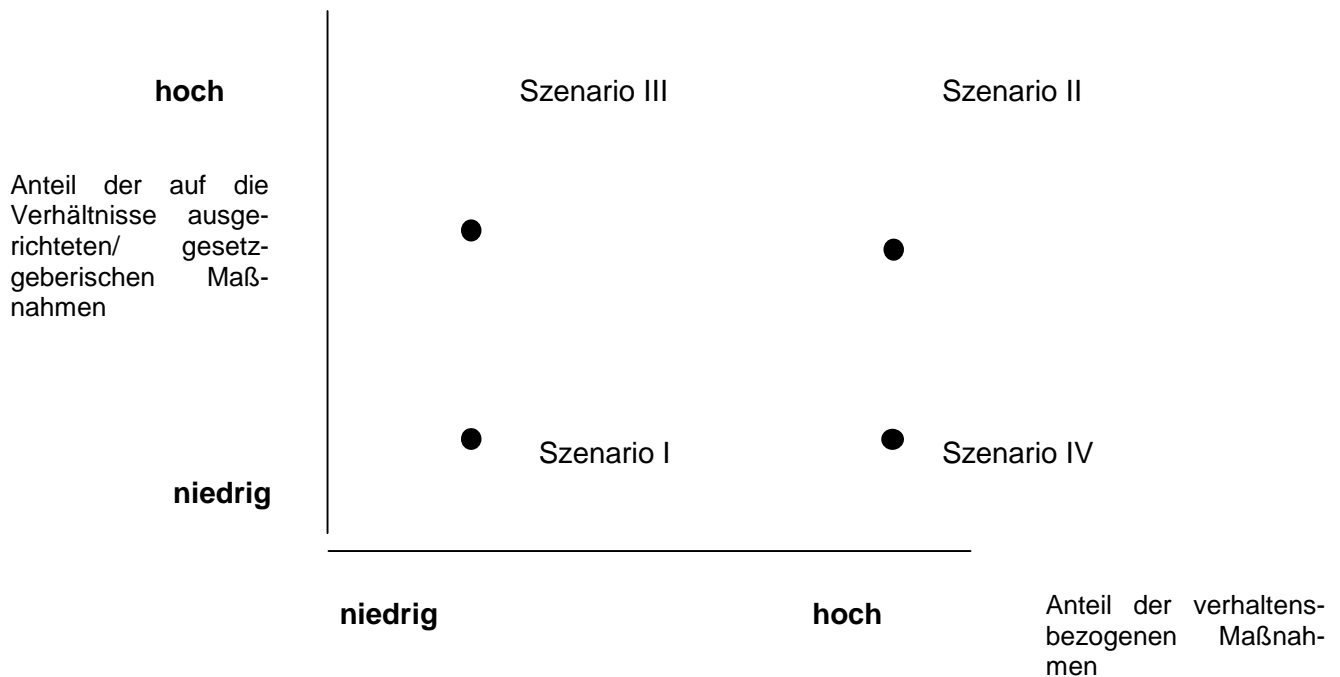
Eine Hierarchie von Einzelmaßnahmen als Umsetzungsempfehlung zur Reduzierung des Tabakkonsums wird zur Zielerreichung als nicht ausreichend erachtet, da nur die Kombination

Tabakkonsum reduzieren

bestimmter aufeinander abgestimmter Maßnahmen (Maßnahmenbündel) eine nachhaltige Wirkung erwarten lässt.

Der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz zufolge lassen vorrangig strukturelle Maßnahmen in Kombination mit Informations- und Aufklärungsaktionen eine spürbare und nachhaltige Änderung im Rauchverhalten erwarten. Strukturelle/gesetzgeberische Maßnahmen zur Senkung des Tabakkonsums werden in Deutschland bisher zu wenig genutzt, während verhaltenspräventive Maßnahmen bisher nicht im Rahmen einer bundesweiten Gesamtstrategie angewendet werden. Dabei ist belegt, dass sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen zur Verhaltensbeeinflussung der Bevölkerung geeignet sind. Wissenschaftliche Ergebnisse zeigen, dass in Deutschland – einem Land mit eher geringer Verhältnisprävention – wenig, in Ländern mit viel Verhältnisprävention hingegen eine hohe Motivation unter Rauchern besteht, das Rauchverhalten zu ändern.

Prinzipiell ist eine Vielzahl an Kombinationen mit einer unterschiedlichen Gewichtung von Verhaltens- und Verhältnismaßnahmen möglich. Nachfolgend werden vier Maßnahmenbündel/Szenarien auf ihre Wirksamkeit zur Zielerreichung „Tabakkonsum reduzieren“ beschrieben, die in ihrem Anteil an verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen variieren:



8.1.3.2 Maßnahmenbündel/Szenario I: Aktuelle Situation

A:

Übergreifende Maßnahmen (gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen):

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

B:

Verhaltensbezogene Maßnahmen, die den Ausstieg erleichtern (allgemeine Raucherentwöhnung):

- Vereinzelte Angebote zur Raucherentwöhnung (am Arbeitsplatz, durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, etc.)
- Feedbackbriefe, Internet, ärztliche Kurzintervention, Rauchertelefone, SMS etc.
- Begrenzte Massenmedienkampagnen (TV und Kino), abhängig von der Bereitschaft der Sender zur kostenlosen Spotschaltung
- Unsystematische Streuung von Informationsbroschüren durch unterschiedliche Anbieter
- Regelmäßige „Impuls-Kampagnen“, z.B. „Quit & Win“

Verhaltensbezogene 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(innen) sowie im Rahmen von Aktionen und Maßnahmen im Sport- und Freizeitbereich
- Regelmäßige „Impuls-Kampagnen“, z.B. „Be smart – don't start“

Verhaltensbezogene 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 Erwachsensein“ vermittelt wird, kein Rückgang, sondern ggf. Anstieg im Rauchverhalten Jugendlicher

8.1.3.3 Maßnahmenbündel/Szenario II: Umsetzung der auf Evidenz basierenden Maßnahmen

A:

Übergreifende Maßnahmen (gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen):

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

B:

Verhaltensbezogene Maßnahmen, die den Ausstieg erleichtern (allgemeine Rauchentwöhnung):

- Flächendeckendes Angebot an Rauchentwöhnungsmaßnahmen auf verschiedenen Ebenen und von unterschiedlicher Intensität (am Arbeitsplatz, durch niedergelassene Mediziner(innen), 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 „Impuls-Kampagnen“, z.B. „Quit & Win“

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

- Flächendeckende Einführung schulischer Maßnahmen zur Tabakprävention („Lebenskompetenzprogramme“ im Kindergartenalter/frühen Schulalter, ergänzt um suchtspezifische Maßnahmen/Unterrichtseinheiten in allen Klassenstufen)
- Umfassende „rauchfreie“ Freizeit- und Sportangebote, Schulung von Mitarbeiterinnen und 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 „Impuls-Kampagnen“, z.B. „Be smart – don’t start“

Verhaltensbezogene Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen:

- Ausweitung rauchfreier Zonen im öffentlichen Bereich (rauchfreie Bahnen/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 Passivrauchen (auch durch Rückgang der Prävalenz des Rauchens)

8.1.3.4 Maßnahmenbündel/Szenario III: „Nur“ Verhältnisprävention

A:

Übergreifende Maßnahmen (gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen):

- Deutliche und kontinuierliche Tabakpreiserhöhung
- Durchsetzung eines allgemeinen Werbeverbots/Sponsoringverbots
- Rauchverbote im öffentlichen Bereich und im Betrieb
- Maßnahmen zur Produktregulation (z.B. Änderungen der Warnhinweise auf den Verpackungen)
- Abbau der Zigarettenautomaten
- Abgabeverbot für Zigaretten unterhalb einer bestimmten Altersgrenze/verbesserte Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes
- Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakwaren
- Schaffung einer Finanzierungsgrundlage für Tabakkontrolle in Deutschland

B:

Verhaltensbezogene Maßnahmen, die den Ausstieg fördern (allgemeine Rauchentwöhnung):

- Vereinzelte Angebote zur Rauchentwöhnung (am Arbeitsplatz etc.)
- Rauchertelefone, Internet, SMS
- Begrenzte Massenmedienkampagnen (TV und Kino), abhängig von der Bereitschaft der Sender zur kostenlosen Spotschaltung
- Unsystematische Streuung von Informationsbroschüren durch unterschiedliche Anbieter
- Regelmäßige „Impuls-Kampagnen“, z.B. „Quit & Win“

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

- Begrenzte schulische Maßnahmen zur Tabakprävention (Rauchverbot in der Schule etc.) mit „Lebenskompetenzprogrammen“ und vereinzelt suchtspezifischen Maßnahmen/ Unterrichtseinheiten
- Kampagne „Kinder stark machen“, einzelne rauchfreie Freizeitangebote
- Regelmäßige „Impuls-Kampagnen“, z.B. „Be smart – don’t start“

Verhaltensbezogene Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen:

- Umsetzung der Arbeitsstättenverordnung
 - Rauchfreie Bahnen/Bahnhöfe, rauchfreies Kino etc.
-

Umsetzungskonzept:

- Konzentration auf die Umsetzung struktureller/gesetzgeberischer Maßnahmen
- Geringer Kooperationsgrad zwischen den beteiligten Akteuren
- „Projektbezogene“ Interventionsstrategie, die nicht auf Nachhaltigkeit und den Aufbau nationaler Programme zur Senkung des Rauchens angelegt ist

Wirkungsprognose:

- Kurzfristiger Rückgang im Rauchverhalten aufgrund umfassender struktureller Maßnahmen, insbesondere von Steuererhöhungen
- Anstieg im Bedarf an Entwöhnungsmaßnahmen, der im Rahmen der vorhandenen Strukturen nicht gedeckt werden kann
- Rückgang im Rauchverhalten Jugendlicher mit einem Polarisierungseffekt: Anstieg im Anteil der Nichtraucher; Probierer bleiben eher Raucher(innen), da umfassende Schulprogramme zur Förderung des Nichtrauchens fehlen

8.1.3.5 Maßnahmenbündel/Szenario IV: „Nur“ Verhaltensprävention

A:

Übergreifende Maßnahmen (gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen):

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

B:

Verhaltensbezogene Maßnahmen, die den Ausstieg fördern (allgemeine Rauchentwöhnung):

- Flächendeckendes Angebot an Rauchentwöhnungsmaßnahmen auf verschiedenen Ebenen und von unterschiedlicher Intensität (am Arbeitsplatz, durch niedergelassene Mediziner(innen), im Krankenhaus, durch die Kassen etc.)
- Gezielte Thematisierung in der J1-Untersuchung, Ansprache der Familien auf das Rauchen im Rahmen der U-Untersuchungen
- Umfassende Massenmedienkampagnen (TV, Kino, Printmedien, Internet) zu den Folgen des Rauchens und Informationen über Entwöhnungsangebote
- Regelmäßige „Impuls-Kampagnen“, z.B. „Quit & Win“

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

- Flächendeckende Einführung schulischer Maßnahmen zur Tabakprävention („Lebenskompetenzprogramme“ im Kindergartenalter/frühen Schulalter, ergänzt um suchtspezifische Maßnahmen/Unterrichtseinheiten in allen Klassenstufen)
- Umfassende „rauchfreie“ Freizeit- und Sportangebote/Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Thematisierung in der J1-Untersuchung, Ansprache der Familien auf das Rauchen im Rahmen der U-Untersuchungen
- Umfassende Massenmedienkampagnen (TV, Kino, Printmedien, Internet)
- Regelmäßige „Impuls-Kampagnen“, z.B. „Be smart – don’t start“

Verhaltensbezogene Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen:

- Ausweitung rauchfreier Zonen im öffentlichen Bereich (Arbeitsstätten, Einrichtungen des Gesundheitswesens, Schulen etc.)
- Systematische Ansprache des Rauchens/Passivrauchens durch Gynäkologen, Hebammen, Kinderärzte, aber auch durch Arbeitsmediziner
- Umfassende Informationskampagnen (TV, Kino, Printmedien, Internet) zu den Folgen des Passivrauchens
- Information über Passivrauchen in Geburtsvorbereitungskursen, in der Schwangerschaftsvorsorge, im Rahmen der U1–U9

Umsetzungskonzept:

- Hoher Kooperationsgrad zwischen den beteiligten Akteuren
- Auf Nachhaltigkeit angelegte Implementationsstrategien

Wirkungsprognose:

- Keine „De-Normalisierung“ des Rauchens, da Verfügbarkeit, Gebrauch und Werbemöglichkeiten nur geringfügig eingeschränkt sind
- Langsamer Rückgang im Rauchverhalten in der Allgemeinbevölkerung
- Langsamer Rückgang im Rauchverhalten bei Jugendlichen
- Langsame Ausweitung des Schutzes vor Passivrauchen

8.1.4 Vorgehensweise

Für die vier Hauptaktionsfelder (a. Übergreifende Maßnahmen [Schaffung gesetzgeberischer und struktureller Rahmenbedingungen], b. Maßnahmen, die den Ausstieg fördern [allgemeine Rauchentwöhnung], c. Maßnahmen, die den Einstieg verhindern [Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen] und d. Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen) sind jeweils Ziele und Teilziele entwickelt worden, durch deren konsequente Umsetzung das Oberziel „Der Tabakkonsum in der Bevölkerung ist zurückgegangen“ zu erreichen ist.

Die Ziele und Teilziele werden auf dem Weg zur Erreichung der jeweiligen Oberziele durchlaufen. Die Zwischenziele sind als Hypothesen formuliert worden, so dass sich Indikatoren für die Evaluation der Zielerreichung ableiten lassen.

8.2 Ziele und Teilziele

Ziel 1: Eine effektive Tabakkontrollpolitik ist implementiert (Maßnahmenbereich A: Verhältnisebene; gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen verbessern)

Teilziel 1.1: Die Reduktion des Tabakkonsums ist gesellschaftlich vorrangiges Ziel

Teilziel 1.2: Die soziale Norm bzgl. Tabakkonsum ist verändert

Teilziel 1.3: Eine adäquate Datenbasis ist geschaffen

Teilziel 1.4: Die Anti-Tabakpolitik der EU ist unterstützt

Teilziel 1.5: Die WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (FCTC) ist unterstützt

Teilziel 1.6: Direkte und indirekte Werbung für Tabakprodukte in allen Medien sowie das Sponsoring ist reduziert

Teilziel 1.7: Der Preis für Tabakwaren ist deutlich erhöht und eine Abgabe auf Tabakprodukte zur Verwendung von Präventionsmaßnahmen ist umgesetzt

Teilziel 1.8: Der illegale Handel mit Tabakprodukten ist unterbunden

Teilziel 1.9: Maßnahmen zum Nichtraucherschutz sind in öffentlich zugänglichen Einrichtungen, an allen Arbeitsplätzen sowie in Verkehrsmitteln vorhanden

Teilziel 1.10: Die öffentlich zugänglichen Zigarettensautomaten sind abgeschafft

Teilziel 1.11: Die Verbraucher sind umfassend und gemäß des jeweils aktuellen Wissensstandes über die Schädlichkeit von Tabakprodukten informiert

Tabakkonsum reduzieren

- Teilziel 1.12: Schulische, freizeit- und gemeindebezogene Maßnahmen der Tabakprävention sind realisiert
- Teilziel 1.13: Flächendeckende massenmediale Tabakpräventionskampagnen sind umgesetzt
- Teilziel 1.14: Ein flächendeckendes Angebot qualifizierter Raucherentwöhnung existiert
- Teilziel 1.15: Ein Abgabeverbot von Tabakprodukten für Minderjährige existiert
- Teilziel 1.16: Eine rauchfreie Umwelt ist realisiert

Ziel 2: Die Zahl der entwöhnten Raucher ist gesteigert (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Ausstieg fördern/Raucherentwöhnung)

- Teilziel 2.1: Die Inanspruchnahme von Entwöhnungsangeboten ist erhöht
- Teilziel 2.2: Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht
- Teilziel 2.3: Das Angebot an effektiven Entwöhnungsangeboten ist erhöht
- Teilziel 2.4: Die Nachfrage nach Entwöhnungsangeboten ist erhöht
- Teilziel 2.5: Das Wissen über Angebote zur Entwöhnung und über die Schädlichkeit des Rauchens ist verbreitet

Ziel 3: Mehr Kinder und Jugendliche hören mit dem Rauchen auf (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Ausstieg fördern /Raucherentwöhnung)

- Teilziel 3.1: Die Inanspruchnahme von Ausstiegshilfen ist erhöht
- Teilziel 3.2: Die Nachfrage nach Ausstiegshilfen ist erhöht
- Teilziel 3.3: Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht
- Teilziel 3.4: Das Angebot an effektiven Ausstiegshilfen für Jugendliche ist erhöht
- Teilziel 3.5: Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht
- Teilziel 3.6: Das Wissen über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens ist verbreitet
- Teilziel 3.7: Das Angebot an rauchfreien Freizeitangeboten ist erhöht
- Teilziel 3.8: Das Vorbildverhalten der Erwachsenen ist bewusster

Tabakkonsum reduzieren

Ziel 4: Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher (Maßnahmenbereich B: Verhaltens-ebene; Einstieg verhindern/Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen)

Teilziel 4.1: Das Einstiegsalter ist erhöht

Teilziel 4.2: Das Probieralter ist erhöht

Teilziel 4.3: Die Anzahl der rauchfreien Schulen, Sportvereine und Jugendfreizeiteinrichtungen ist erhöht

Teilziel 4.4: Das Angebot an rauchfreien Freizeitangeboten ist erhöht

Teilziel 4.5: Die Zahl der Angebote zur Rauchprävention in Schulen, Sportvereinen und Jugendfreizeiteinrichtungen ist erhöht

Teilziel 4.6: Das Vorbildverhalten der Erwachsenen ist bewusster

Teilziel 4.7: Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht

Teilziel 4.8: Das Wissen über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens ist verbreitet

Ziel 5: Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Schutz vor Passivrauchen erhöhen)

Teilziel 5.1: Die Zahl der öffentlich zugänglichen rauchfreien Räume ist erhöht

Teilziel 5.2: Die Beachtung des Passivrauchens als Problem in Familien ist erhöht

Teilziel 5.3: Die gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens sind bekannt

8.3 Tabellarische Übersicht

Ziel 1: Eine effektive Tabakkontrollpolitik ist implementiert (Maßnahmenbereich A: Verhältnisebene; gesetzgeberische/strukturelle Rahmenbedingungen verbessern)

Teilziel	Maßnahmen
1.1 Die Reduktion des Tabakkonsums ist gesellschaftlich vorrangiges Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung einer Finanzierungsgrundlage für Tabakkontrolle in Deutschland • Jugendschutzgesetz anpassen und umsetzen
1.2 Die soziale Norm bzgl. Tabakkonsum ist verändert	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Medienberichterstattung über tabakrelevante Themen wie tabakassoziierte Todesfälle, tabakassoziierte Kosten etc., Einfluss der Tabakindustrie (Media Advocacy) • Information von Bevölkerung, Parlamentariern, Behörden sowie verschiedenen politischen und gesellschaftlichen Sektoren über die Wirkung des Tabakkonsums und die Bedeutung der Tabakkontrolle • Durchführung massenmedialer Kampagnen mit dem Zweck des Re-framing des Tabakkonsums • Meinungsumfragen zu Einstellungen der Bevölkerung (Erwünschtheit von Maßnahmen zur Reduktion von Tabakkonsum und tabakassoziierten Krankheiten etc.) • Überwachung und Publikation der Praktiken und Taktiken der Tabakindustrie • Einschränkung der Einflussnahme durch die Tabakindustrie
1.3 Eine adäquate Datenbasis ist geschaffen	<ul style="list-style-type: none"> • Ergänzung (um Aspekte der Beendigung des Konsums etc.) bzw. Vereinheitlichung (im Fall der Erwachsenenbevölkerung) der vorhandenen Daten zum Tabakkonsum • Forschung, Monitoring und Surveillance im Hinblick auf tabakassoziierte Morbidität und Mortalität

Tabakkonsum reduzieren

Teilziel	Maßnahmen
1.4 Die Anti-Tabakpolitik der EU ist unterstützt	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der EU-Direktiven zur Tabakkontrolle • Engagement/Networking deutscher NGOs mit NGOs auf europäischem Level im Bereich Tabakkontrolle • Information über die Auswirkung von strukturellen und politischen Maßnahmen im Rahmen der Tabakkontrolle (Stichwort Arbeitsplätze)
1.5 Die WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (FCTC) ist unterstützt	<ul style="list-style-type: none"> • Bekanntmachung der Bedeutung sowie der Ziele der FCTC in Deutschland • Gewinnung weiterer NGOs zur Unterstützung/Begleitung der FCTC, um eine starke FCTC zu erreichen
1.6 Direkte und indirekte Werbung für Tabakprodukte in allen Medien sowie das Sponsoring ist reduziert	
1.7 Der Preis für Tabakwaren ist deutlich erhöht und eine Abgabe auf Tabakprodukte zur Verwendung von Präventionsmaßnahmen ist umgesetzt	
1.8 Der illegale Handel mit Tabakprodukten ist unterbunden	
1.9 Maßnahmen zum Nichtraucherschutz sind in öffentlich zugänglichen Einrichtungen, an allen Arbeitsplätzen sowie in Verkehrsmitteln vorhanden	
1.10 Die öffentlich zugänglichen Zigarettenautomaten sind abgeschafft	
1.11 Die Verbraucher sind umfassend und gemäß des jeweils aktuellen Wissensstandes über die Schädlichkeit von Tabakprodukten informiert	

Tabakkonsum reduzieren

1.12	Schulische, freizeit- und gemeindebezogene Maßnahmen der Tabakprävention sind realisiert	
1.13	Flächendeckende massenmediale Tabakpräventionskampagnen sind umgesetzt	
1.14	Ein flächendeckendes Angebot qualifizierter Raucherentwöhnung existiert	
1.15	Ein Abgabeverbot von Tabakprodukten für Minderjährige existiert	
1.16	Eine rauchfreie Umwelt ist realisiert	

Ziel 2: Die Zahl der entwöhnten Raucher ist gesteigert (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Ausstieg fördern/Raucherentwöhnung)

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
<p>2.1 Die Inanspruchnahme von Entwöhnungsangeboten ist erhöht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Feedbackbriefe als Form der proaktiven Motivation • Anreizprogramme • frühe Motivation stärken (z.B. durch individualisierte Computerprogramme) • Ärztliche Kurzintervention • Gezielte Rückfallprophylaxe 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung der Erkenntnisse, dass stark Tabakabhängige der professionellen Hilfe bei der Entwöhnung bedürfen (ähnlich den anderen Suchterkrankungen)
<p>2.2 Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Feedbackbriefe als Form der proaktiven Motivation • Internet als Instrument zur Entwöhnungsmotivation und -unterstützung • Ärztliche Kurzintervention • Rauchertelefone, SMS etc. • Kindergärten und Krippen als Motivationssetting für die Rauchentwöhnung der Eltern nutzen • Anreizprogramme • Frühe Motivation stärken (z.B. individualisierte Computerprogramme) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rauchfreie öffentliche Einrichtungen • Umfassendes Werbeverbot implementieren als Signal, dass der Gebrauch schädlicher Substanzen nicht öffentlich propagiert wird • Keine Tabakprodukte auf Wertmarken des Sozialamtes

Tabakkonsum reduzieren

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
2.3 Das Angebot an effektiven Entwöhnungsangeboten ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Rauchentwöhnungsangebote: • am Arbeitsplatz • durch niedergelassene Mediziner(innen) • im Krankenhaus einschließlich der Rehabilitation • durch die Kassen 	
2.4 Die Nachfrage nach Entwöhnungsangeboten ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Feedbackbriefe als Form der proaktiven Motivation • Internet als Instrument zur Entwöhnungsmotivation und -unterstützung • Ärztliche Kurzintervention • Anreizprogramme • Frühe Motivation stärken (z.B. individualisierte Computerprogramme) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitung der Erkenntnisse, dass stark Tabakabhängige der professionellen Hilfe bei der Entwöhnung bedürfen (ähnlich den anderen Suchterkrankungen)

Tabakkonsum reduzieren

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
<p>2.5 Das Wissen über Angebote zur Entwöhnung und über die Schädlichkeit des Rauchens ist verbreitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Information über Entwöhnungsangebote • Internet als Instrument zur Entwöhnungsmotivation und -unterstützung • Feedbackbriefe als Form der proaktiven Motivation • Ärztliche Kurzintervention • Rauchertelefone, SMS etc. • Kindergärten und Krippen als Motivationssetting für die Rauchentwöhnung der Eltern nutzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Umfassendes Werbeverbot implementieren als Signal, dass der Gebrauch schädlicher Substanzen nicht öffentlich propagiert wird • Verbessern des Stellenwertes des Themas „Abhängigkeitserkrankungen“ (insbesondere Tabakkonsum) in der Ausbildung von Ärzten

Ziel 3: Mehr Kinder und Jugendliche hören mit dem Rauchen auf (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Ausstieg fördern/ Raucherentwöhnung)

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
3.1 Die Inanspruchnahme von Ausstiegshilfen ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Strategien zur Verbreitung von Ausstiegshilfen in verschiedenen Settings (Schule, Stadtteil, Arztpraxis) • Massenmedienkampagnen • Quit & Win 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabakpreiserhöhung • Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren
3.2 Die Nachfrage nach Ausstiegshilfen ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Strategien zur Verbreitung von Ausstiegshilfen in verschiedenen Settings (Schule, Stadtteil, Arztpraxis) • Massenmedienkampagnen • Quit & Win 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren • Tabakpreiserhöhung
3.3 Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Massenmedienkampagnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren • Tabakpreiserhöhung • Verbot von Tabakprodukten in Lebensmittelgeschäften • Keine Tabakprodukte auf Wertmarken des Sozialamtes

Tabakkonsum reduzieren

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
3.4 Das Angebot an effektiven Ausstiegshilfen für Jugendliche ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Ausstiegshilfen • Gezielte Thematisierung in der J1-Untersuchung 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren
3.5 Die positive Einstellung zum Nichtrauchen ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbildfunktion der Erwachsenen stärken (Berücksichtigung der verdeckten Wirkung der Vorbildfunktion rauchender Filmhelden) • Massenmedienkampagnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren • Tabakpreiserhöhung
3.6 Das Wissen über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens ist verbreitet	<ul style="list-style-type: none"> • Massenmedienkampagnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung und Finanzierung von Multiplikatoren • Verbesserung der Grundqualifikation in den Studiengängen Pädagogik, Psychologie, Sozialwesen und Medizin zum Thema „Suchtprävention“ • Fortbildung in Einrichtungen des ambulanten und stationären Kinder- und Jugendhilfebereichs • Fortbildung für Einrichtungen der Jugendförderung, für Freizeit- und Sportvereine sowie für Elternorganisationen

Tabakkonsum reduzieren

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
<p>3.7 Das Angebot an rauchfreien Freizeitangeboten ist erhöht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung bzw. Einbindung von örtlichen Aktionsgemeinschaften gegen Sucht (Sportvereine, Gemeinde-Aktivitäten etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung der Beauftragten für Suchtprävention der Landkreise (gilt für Sachsen-Anhalt) • Einbindung der Fachkräfte für Suchtprävention und andere Präventionsstrukturen, die sich an den Gesundheitsämtern finden • Einbindung der Landesvereinigungen für Gesundheit • Konsequente Umsetzung des Gesetzes zum Schutz der Jugend • Verbesserte Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes
<p>3.8 Das Vorbildverhalten der Erwachsenen ist bewusster</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen für Erwachsene/Eltern als Vorbilder (Awareness-Kampagne) • Ansprache der Familien auf das Rauchen durch Familienberatungsstellen, Familienberater(innen) • Ansprache der Familien auf das Rauchen im Rahmen der U-Untersuchungen • Indirektes Vorbildverhalten kontrollieren (z.B. Fernsehfilme) • Massenmedienkampagnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Schulen bei Nicht-raucherpolitik (Lehrer)

Ziel 4: Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Einstieg verhindern/Förderung des Nichtrauchens bei Kindern und Jugendlichen)

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
4.1 Das Einstiegsalter ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Lebenskompetenzprogramme 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsequente Umsetzung des Gesetzes zum Schutz der Jugend • Verbesserte Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes • Abgabeverbot für Zigaretten unterhalb einer bestimmten Altersgrenze (14, 16 oder 18) • Preispolitik (durch Steuererhöhung) • Abbau der Zigarettenautomaten (Teilschritt: Erschwerung des Zugangs)
4.2 Das Probieralter ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Lebenskompetenzprogramme 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsequente Umsetzung des Gesetzes zum Schutz der Jugend • Verbesserte Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes • Abgabeverbot für Zigaretten unterhalb einer bestimmten Altersgrenze (14, 16 oder 18) • Preispolitik (durch Steuererhöhung) • Abbau der Zigarettenautomaten (Teilschritt: Erschwerung des Zugangs)
4.3 Die Anzahl der rauchfreien Schulen, Sportvereine und Jugendfreizeiteinrichtungen ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung bzw. Einbindung von örtlichen Aktionsgemeinschaften gegen Sucht (Sportvereine, Gemeinde-Aktivitäten etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rauchverbot in der Schule • Rauchfreie Schulen • Schulvertrag, der Rauchen untersagt

Tabakkonsum reduzieren

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
<p>4.4 Das Angebot an rauchfreien Freizeitangeboten ist erhöht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung bzw. Einbindung von örtlichen Aktionsgemeinschaften gegen Sucht (Sportvereine, Gemeinde Aktivitäten etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung der Beauftragten für Suchtprävention der Landkreise (gilt für Sachsen-Anhalt) • Einbindung der Fachkräfte für Suchtprävention und anderer Präventionsstrukturen, die sich an den Gesundheitsämtern finden • Einbindung der Landesvereinigungen für Gesundheit • Konsequente Umsetzung des Gesetzes zum Schutz der Jugend • Verbesserte Kontrolle der Einhaltung des Jugendschutzes
<p>4.5 Die Zahl der Angebote zur Rauchprävention in Schulen, Sportvereinen und Jugendfreizeiteinrichtungen ist erhöht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung bzw. Einbindung von örtlichen Aktionsgemeinschaften gegen Sucht (Sportvereine, Gemeinde Aktivitäten etc.) • Wettbewerbe (z.B. „Be smart, don't start“) 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Schulen bei Nicht-raucherpolitik
<p>4.6 Das Vorbildverhalten der Erwachsenen ist bewusster</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen für Erwachsene/Eltern als Vorbilder (Awareness-Kampagne) • Ansprache der Familien auf das Rauchen durch Familienberatungsstellen, Familienberater(innen) • indirektes Vorbildverhalten kontrollieren (z.B. Fernsehfilme) 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Schulen bei Nicht-raucherpolitik (Lehrer)

Tabakkonsum reduzieren

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
<p>4.7 Die positive Einstellung zum Nicht- rauchen ist erhöht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lebenskompetenzprogramme • Thematisierung des Rauchens in der Jugend- untersuchung 1 • Wettbewerbe (z.B. „Be smart, don't start“) • Massenkommunikationsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Schulen bei Nichtraucher- politik • Umfassendes Werbeverbot
<p>4.8 Das Wissen über die Folgen des Rauchens und Passivrauchens ist verbreitet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Thematisierung des Rauchens in der Jugend- untersuchung 1 • Massenkommunikationsmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von Schulen bei Nichtraucher- politik • Umfassendes Werbeverbot • Verbesserung der Grundqualifikation in den Studiengängen Pädagogik, Psychologie, Sozial- wesen und Medizin zum Thema „Sucht- prävention“ • Fortbildung in Einrichtungen des ambulanten und stationären Kinder- und Jugendhilfe- bereichs • Fortbildung für Einrichtungen der Jugend- förderung, für Freizeit- und Sportvereine sowie für Elternorganisationen

Ziel 5: Weniger Personen sind dem Passivrauchen ausgesetzt (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene; Schutz vor Passivrauchen erhöhen)

Teilziel	Maßnahmen der Verhaltensprävention	Maßnahmen der Verhältnisprävention
5.1 Die Zahl der öffentlich zugänglichen rauchfreien Räume ist erhöht		<ul style="list-style-type: none"> • Rauchfreie Bahnen/Bahnhöfe • Rauchfreies Kino, Theater etc. • Umsetzung der Arbeitsstättenverordnung • Konsequentes Rauchverbot in Schulen, das über die Arbeitsstättenverordnung hinausgeht
5.2 Die Beachtung des Passivrauchens als Problem in Familien ist erhöht	<ul style="list-style-type: none"> • Information über Passivrauchen in Geburtsvorbereitungskursen, in der Schwangerschaftsvorsorge und für junge Eltern – Hinweis im Zusammenhang mit plötzlichem Säuglingstod • Rauchverhalten der Eltern als integraler Bestandteil der kinderärztlichen Anamnese und der Anamnese im Rahmen der U1-U9 	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentliche Kampagne: „Zigarettenrauch ist ein Umweltgift“
5.3 Die gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens sind bekannt	<ul style="list-style-type: none"> • Information über Passivrauchen in Geburtsvorbereitungskursen, in der Schwangerschaftsvorsorge, und für junge Eltern – Hinweis im Zusammenhang mit plötzlichem Säuglingstod 	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentliche Kampagne: „Zigarettenrauch ist ein Umweltgift“

8.4 Maßnahmenkizzen

Eine erste Zuordnung von empirisch gesicherten, effektiven Maßnahmen zur Reduzierung des Tabakkonsums und Zielen eines nationalen Programms zur Senkung des Rauchverhaltens in Deutschland ist aus den tabellarischen Übersichten in den vorangegangenen Kapiteln 8.2 und 8.3 zu entnehmen.

Die Entwicklung weitergehender Maßnahmenkizzen wird sich darauf konzentrieren, konkrete Umsetzungsmodelle und die geplante Reihenfolge ihrer Implementation darzustellen sowie die Maßnahmenschritte zu benennen, die zur Zielerreichung notwendigerweise noch zusätzlich realisiert werden müssen. Erste Ausdifferenzierungen von Maßnahmenkizzen liegen als Diskussionspapiere vor und werden in weiteren Arbeitsschritten konkretisiert.

8.5 Monitoring des Programms "Tabakkonsum reduzieren"

Das nationale Programm zur Reduzierung des Tabakkonsums sollte durch ein Monitoring von Indikatoren begleitet werden, mit dem regelmäßig über die Entwicklung der beabsichtigten Programmwirkungen berichtet wird. Dieses Monitoring dient somit der Evaluation des Programms: Es liefert Daten, mit denen sich einschätzen lässt, inwieweit die Ziele und Teilziele des Programms erreicht wurden, ob die Veränderungen in die beabsichtigte Richtung gehen und ob das Programm ggf. revidiert werden muss, damit seine Ziele zukünftig effektiver verfolgt werden können.

Das Monitoring-System besteht aus einer größeren Zahl von Indikatoren. Sie leiten sich zum einen ab aus den Oberzielen. Es sind dies die Outcome-Indikatoren des Programms, wie die Anteile von Rauchern, Nichtrauchern und Exrauchern sowie die Zahl der Personen, die dem Passivrauchen ausgesetzt sind. Zum anderen sollen die Indikatoren direkt oder indirekt, mit einem oder mehreren Indikatoren, die Teilziele des Programms abbilden. Die auf Ober- und Teilziele bezogenen Indikatoren messen die kumulativen Wirkungen der im Policy-Mix des Programms verbundenen Maßnahmen und werden hier als Wirkungs-Indikatoren bezeichnet.

Parallel zu den Wirkungs-Indikatoren wird eine Reihe von Vergleichs- und Bezugsgrößen erhoben und im Zeitverlauf beobachtet, die helfen, Verlauf und Größenordnung der Programmwirkungen richtig einzuschätzen. Diese Vergleichsgrößen sagen etwas darüber aus, inwieweit die Zielgruppen des Programms potenziell erreicht werden können oder tatsächlich erreicht wurden. Sie werden hier als Erreichbarkeits-Indikatoren bezeichnet. Dazu gehören die Reichweiten von

Maßnahmen und Teilkampagnen, beispielsweise gemessen durch die Zahl der Nutzer bestimmter Kampagnen-Medien oder durch die Zahl der Teilnehmer von Gesundheitsvorsorge-Untersuchungen. Weiter gehören dazu Bezugsgrößen wie etwa die Zahl der Erwerbstätigen im Geltungsbereich der Arbeitsstättenverordnung als Bezugsgröße für die Zahl der Erwerbstätigen mit einem rauchfreien Arbeitsplatz. Ein dritter Typ solcher Vergleichsgrößen sind Kontextvariablen, die bestimmte Kampagnenwirkungen verstärken oder abschwächen. So hängt es vom Preis- und Kostenbewusstsein der Raucher ab, inwieweit ökonomische Maßnahmen, wie Steuererhöhungen oder Verkaufsbeschränkungen, einen Einfluss auf den Tabakkonsum haben. In Gesellschaften mit einem weit verbreiteten Gesundheitsbewusstsein lässt sich ein Einstellungswandel zugunsten des Nichtrauchens leichter erreichen als dort, wo die eigene Gesundheit als weniger wichtig angesehen wird.

Wirkungs- und Erreichbarkeits-Indikatoren bilden die Elemente des Evaluations-Designs für das Gesamtprogramm. Es ist als "Komparatives Zeitreihen-Design" angelegt, in dem die Indikatoren mit Hilfe von Wiederholungsbefragungen regelmäßig gemessen und in ihrem Zeitverlauf analysiert werden. Welche Indikatoren im Einzelnen Teil des Evaluations-Designs sind, lässt sich erst dann festlegen, wenn die Programmplanung ein konkretes Handlungsprogramm entwickelt hat.

Nicht Bestandteil dieses Evaluations-Designs sind Evaluationen der unmittelbaren Wirkungen einzelner Maßnahmen. Diese werden (nach den in Kapitel 4.3 dargestellten Evaluationsprinzipien) gesondert evaluiert. So würden etwa einzelne TV-Spots oder Anzeigenmotive einer massenmedialen Teilkampagne im Hinblick auf ihre Wirkungsmechanismen und Kommunikationswirkungen untersucht.

Inhaltlich systematisieren lassen sich die Indikatoren nach drei verschiedenen Ebenen, auf denen das Programm wirksam werden kann, um die Outcomes, z.B. die Nichtraucherquote, direkt oder indirekt zu verändern.

Direkte Auswirkungen auf die Outcomes haben die Entscheidungen individueller Raucher und Nichtraucher über ihren Tabakkonsum. Diese lassen sich durch Maßnahmen zur Förderung von Motivation und Kompetenz oder durch ökonomische Anreize in Richtung auf eine Reduzierung der Nachfrageintensität beeinflussen.

Die als "Soziale Unterstützung des Nichtrauchens" bezeichnete Ebene soll darauf hinweisen, dass Entscheidungen für oder gegen das Rauchen von Erfahrungen in Gruppen, Organisationen und Einrichtungen abhängen. Dort erfahren oder lernen Jugendliche und Erwachsene in ihren

alltäglichen Beziehungen, so auch durch die Beeinflussung und Unterstützung anderer, ob es richtig ist, zu rauchen oder nicht zu rauchen. Die Förderung rauchfreier Schulen, Arbeitstätten, Sportvereine, Freizeiteinrichtungen oder die Qualifizierung von Multiplikatoren, die in den Einrichtungen Einfluss nehmen können, sollen die Erfahrungen von Schülern, Erwerbstätigen, Teilnehmern von Freizeittätigkeiten zugunsten des Nichtrauchens verändern. Das Potenzial für eine soziale Unterstützung des Nichtrauchens wird zusätzlich erweitert, wenn sich als Ergebnis des Gesamtprogramms der Anteil der Nichtraucher in den jeweiligen Gruppen, Organisationen und Einrichtungen erhöht.

Die dritte Ebene ist die Gesamtgesellschaft, deren Einstellungsklima im Hinblick auf Rauchen oder Nichtrauchen die Chancen sozialer Unterstützung erhöht oder verringert, aber auch die individuellen Tabakkonsum-Entscheidungen beeinflusst und vor allem die Interventionsmaßnahmen erschwert oder erleichtert. Auf dieser Ebene sind vor allem Maßnahmen wie massenmediale Kampagnen wirksam, die einen Wissens- und Einstellungswandel zu Rauchen und Nichtrauchen herbeiführen wollen. Das gesamtgesellschaftliche Einstellungsklima wird darüber hinaus vom zahlenmäßigen Verhältnis von Rauchern und Nichtrauchern mit bestimmt, das als Ergebnis des Gesamtprogramms auf diese Ebene rückgekoppelt wird.

Diese Systematisierung der Indikatoren soll nicht nur einige grundlegende Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Kampagnenwirkungen verdeutlichen, sondern sie soll vor allem die Umsetzung der Evaluationsergebnisse erleichtern. Es wird leichter erkennbar, auf welchen Handlungsebenen die Maßnahmen erfolgreich waren und auf welchen nicht, und es kann eher entschieden werden, auf welchen Handlungsebenen zusätzlich investiert werden muss, um unter Ausnutzung von Verstärkungs- und Rückkopplungseffekten die Wirksamkeit der Gesamtstrategie zu verbessern.

Die nachfolgende Übersicht enthält ein vorläufiges Modell möglicher Indikatoren für das Monitoring eines Programms zur Reduzierung des Tabakkonsums. Es soll die Zusammenhänge zwischen den Ebenen verdeutlichen, auf denen die Präventionsmaßnahmen wirksam werden können und stellt für jede der Ebenen Beispiele für Wirkungs- und Erreichbarkeits-Indikatoren zusammen. Das Modell hat somit exemplarischen Charakter und es bestimmt auch noch keine spezifischen Ursache-Wirkungs-Beziehungen. Dies wäre erst in einem endgültigen Handlungskonzept möglich, das Ziele und Maßnahmen, deren Wirkungsmechanismen und schließlich die endgültigen Indikatoren für das Monitoring festlegt.

Tabakkonsum reduzieren

Indikatorenmodell für die Evaluation eines Programms zur Reduzierung des Tabakkonsums

<p>Wissens- und Einstellungswandel zu Rauchen und Nichtrauchen</p> <p><i>durch Maßnahmen wie bspw. ...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbreitung von Wissen über die gesundheitlichen Folgen von Rauchen und Passivrauchen - Massenmediale Kampagnen zur Einstellungsänderung - Informationen zur Tabakpolitik - Bebilderte Warnhinweise, Packungsbeilagen 	<p>Soziale Unterstützung des Nichtrauchens</p> <p><i>durch Maßnahmen wie bspw. ...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Multiplikatorenprogramme - Stärkung von Vorbildverhalten - Schaffung einer rauchfreien Umwelt (Arbeitsplätze, öffentliche Einrichtungen, Verkehrsmittel etc.) - schulische Tabakprävention - umfassendes Tabakwerbeverbot 	<p>Reduzierung der Nachfrageintensität</p> <p><i>durch Maßnahmen wie bspw. ...</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebenskompetenzprogramme - Motivierungskampagnen - Ausstiegshilfen - Bekämpfung des illegalen Handels mit Tabakprodukten - Abschaffung frei zugänglicher Zigarettenautomaten 	<p>Outcomes</p> <p><i>Gesamtwirkungen des Programms</i></p>	
<p><i>Monitoring von...</i></p> <p><u>Wirkungs-Indikatoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wissensniveau - Einstellungen zu Rauchen, Nichtrauchen und Passivrauchen - Akzeptanz der Anti-Tabak-Politik - Verhältnis Tabakwerbung/ Gegenwerbung - Verringerung der täglichen Exposition gegenüber Tabakrauch <p><u>Erreichbarkeits-Indikatoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutzung von Kampagnenmedien und Informationsmöglichkeiten - Informiertheit über Anti-Tabak-Politik - Erfahrungen mit Strukturmaßn. - Gesundheitsbewusstsein 	<p><i>Monitoring von...</i></p> <p><u>Wirkungs-Indikatoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nichtrauchen in Familie und Freundeskreis - Zugehörigkeit zu rauchfreien Settings - Wahrnehmung der Einstellung zum Nichtrauchen von Bezugspersonen (Vorbildern) - Erfahrung von sozialer Unterstützung des Nichtrauchens - Anteil rauchfreier Arbeitsstätten/öffentliche Einrichtungen <p><u>Erreichbarkeits-Indikatoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an Multiplikatoren-Programmen - Soziale Beziehungen - Schulbereich, Erwerbstätigkeit - Freizeit (Sport, Ausgehen) 	<p><i>Monitoring von...</i></p> <p><u>Wirkungs-Indikatoren</u> zielgruppenspezifisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ablehnung des Rauchens - Probierebereitschaft - Probierverhalten, Probieralter - Einstiegsalter - Reduzierung des Rauchens - Ausstiegsbereitschaft - Ausstiegsverhalten, Ausstiegsalter - Ausstiegsgründe (u.a. ärztlicher Rat, Vermeidung von Passivrauchen) - Preisanstieg <p><u>Erreichbarkeits-Indikatoren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutzung von Kampagnenmedien - Teilnahme an Programmen, Gesundheitsuntersuchungen - Bekanntheit und Nutzung von Ausstiegshilfen - Preis- und Kostenbewusstsein 	<p><i>Monitoring der Gesamtwirkungen</i></p> <p><u>Outcome-Indikatoren</u> Jeweils insgesamt, alters- und geschlechtsspezifisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raucherquote (gelegentliche, regelmäßige Raucher) - Nichtraucherquote (Nieraucher und Probierer) - Exraucherquote: Anteil der Exraucher an Rauchern und Exrauchern - Anteil täglicher Raucher - Index Passivrauchen (beispielsweise Personen ohne Raucherkontakt am Vortag bezogen auf die Nichtraucher) 	
<p style="text-align: center;">Nichtraucheranteil</p>				

8.6 Literatur

Grundlegende Literatur:

- 1 DKFZ (2002): Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern. Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Sonderband. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum

Ausgewählte Literatur:

- 2 Jha P, Chaloupka F (Hrsg.) (2000): Tobacco control in developing countries. New York: Oxford University Press
- 3 WHO (1998): Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization
- 4 World Bank (1999): Curbing the epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington DC: World Bank
- 5 US Department of Health and Human Services (2000): Reducing tobacco use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: 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
- 6 Welte R, König H-H, Leidl R (2000): The costs of health damage and productivity losses attributable to cigarette smoking in Germany. European Journal of Public Health, 10, S. 31–38

8.7 Mitglieder der AG

Dr. Elisabeth Pott (Vorsitz)/Hans-Peter Lang/Jürgen Töppich, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Dr. Sibylle Angele, GVG

Dr. Annette Bornhäuser, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg

Dr. Anke Bramesfeld, Medizinische Hochschule Hannover

Helmut Breitskopf, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW

Dr. Raphael Gaßmann, Koalition gegen das Rauchen

Prof. Dr. Ulrich John, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Greifswald

Dr. Eva M. Kalbheim, Deutsche Krebshilfe e.V.

Dr. Christoph Kröger, IFT Institut für Therapieforschung

Dr. Wilfried Kunstmann, Bundesärztekammer

Helga Maywald, Integrierte Gesamtschule Bonn-Beuel

Elisabeth Müller-Heck, Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport, Berlin

Friederike Neuhöfer, Deutsche Sportjugend

Dr. Barbara Philippi, GVG

Dr. Uwe Prümel-Philippson, Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Michaela Schreiber, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Michael Thamm, Robert Koch-Institut

Dr. Volker Wanek, IKK-Bundesverband

Margot Wehmhöner, BKK-Bundesverband

Dr. Volker Weissinger, Fachverband Sucht e.V.

Dr. Heidemarie Willer, Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt

Elisabeth Willkomm, Landesschulbeirat Berlin

Dr. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover

9. Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

9.1	EINLEITUNG.....	132
9.1.1	HINTERGRUND.....	132
9.1.2	RELEVANZ DES THEMAS.....	132
9.1.3	AKTIONSFELDER.....	134
9.1.4	VORGEHENSWEISE.....	139
9.2	ZIELE.....	143
9.3	TABELLARISCHE ÜBERSICHT.....	144
9.4	MAßNAHMENSKIZZEN.....	156
9.4.1	SETTINGANSATZ „GESUNDHEITSFÖRDERNDE KINDERTAGESSTÄTTE“.....	157
9.4.2	AUF- UND AUSBAU VON SERVICE- UND BERATUNGSSTRUKTUREN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERNDEN SCHULENTWICKLUNG.....	158
9.4.3	STÄRKERE IMPLEMENTATION DES SETTINGANSATZES IN BERUFSBILDENDEN SCHULEN.....	159
9.4.4	GESUNDHEITSBEZOGENE, AUFSUCHENDE ANGEBOTE FÜR JUNGE, SOZIAL BENACHTEILIGTE FAMILIEN.....	161
9.4.5	AUSBAU UND VERNETZUNG FAMILIENBEZOGENER ANGEBOTE IN SOZIAL BENACHTEILIGTEN STADTTEILEN.....	162
9.5	LITERATUR.....	163
9.6	MITGLIEDER DER AG.....	165

9.1 Einleitung

9.1.1 Hintergrund

Kinder und Jugendliche stellen eine Bevölkerungsgruppe dar, bei der gesundheitsförderliche Verhaltensweisen entscheidend geprägt werden und der Aufbau von Gesundheitsressourcen für das spätere Gesundheits- und Krankheitsverhalten eine wichtige Rolle spielt. 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. Obwohl die Krankheitslast in dieser Altersgruppe vergleichsweise geringer ist als im höheren Lebensalter, etablieren sich langfristig wirksame Gesundheitsrisiken bereits bei Kindern und Jugendlichen. Damit ist die präventive Ausrichtung dieser Akzentsetzung besonders deutlich. Maßnahmen zu Verbesserungen der gesundheitlichen Lage und des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen, die in den Lebensumfeldern Kindertagesstätten, Schulen und der Familie ansetzen, könnten annähernd ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland betreffen.

Auf internationaler und nationaler Ebene ist der Ansatz, Gesundheitsziele explizit für Kinder und Jugendliche zu definieren, relativ neuartig. In den bisher formulierten Zielpapieren auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation oder nationaler Zielprogramme – beispielsweise in Großbritannien und den Vereinigten Staaten – beziehen sich zwar Einzelziele auf die Gesundheit einzelner Bevölkerungsgruppen und damit auch unterschiedlicher Altersgruppen, aber eine altersgruppenspezifische Betrachtungsweise stellte weder den Ausgangspunkt noch den Schwerpunkt dieser Zielprogramme dar [11, 21, 25, 26]. Die meisten Gesundheitsziele in den angeführten Zielkonzepten beziehen sich ohnehin auf die Gesundheitslage von Erwachsenen. In Deutschland wurde auf Länderebene erstmals in Hamburg die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen als Fokus für die Gesundheitszielformulierung hervorgehoben [5]. In Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg werden zur Zeit Zieldefinitionsprozesse vorangetrieben [13, 18, 19].

9.1.2 Relevanz des Themas

Die Themen Bewegung, Ernährung und Stress beeinflussen auch die kindliche Gesundheit in besonderer Weise. Sie wirken sich langfristig aus und haben mit dem Auftreten von so genannten Zivilisationskrankheiten im späteren Alter zu tun. Insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten und

bösartige Neubildungen sind die wichtigsten Ursachen für vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland. Deren Risiken wie Übergewicht, Bluthochdruck, Bewegungsmangel und Zigarettenrauchen gehen häufig auf Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter zurück. Neben diesen Gesundheitsproblemen treten gehäuft Suchterkrankungen und andere psychische Probleme auf. Insbesondere die Depression nimmt bereits im jüngeren Alter zu; sie wird nach Einschätzungen der WHO weltweit zu einer der wichtigsten Erkrankungen werden. Aus diesem Grund kommt der Stressbewältigung im Kindesalter eine wachsende Bedeutung zu. Die Herausbildung gesundheitsfördernder bzw. -riskanter Verhaltensweisen beginnt frühzeitig in der Kindheit und Jugend und steht in engem Zusammenhang mit Problemen der Sozialisation.

Das Essverhalten des Menschen unterliegt einer soziokulturellen Prägung, die mit der Geburt beginnt. Die Entscheidung, was gegessen wird, hängt entscheidend vom Angebot an Nahrungsmitteln, den familiären Gewohnheiten und dem sich ständig verändernden Wissen um eine gesunde Ernährung ab. Vorliegende Daten zeigen, dass im letzten Jahrzehnt die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter stark zugenommen hat. Bei adipösen Kindern treten neuerdings vermehrt Diabetes mellitus (Typ 2), Fettstoffwechselstörungen und erhöhter Blutdruck auf. Darüber hinaus finden sich mit zunehmendem Alter Essstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, die als psychische Probleme gelten und mit Normal-, Über- oder Untergewicht einhergehen können.

Grundlage einer erfolgreichen Intervention muss ein ganzheitlicher gesundheitlicher Anspruch sein, d.h. in Anlehnung an den Gesundheitsbegriff der WHO ein Körper, Geist und Seele als Einheit definierender Ansatz [12]. Deshalb muss ein ganzheitliches Konzept der Gesundheitsförderung mit einem integrierten Ansatz die Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung, der Bewegung und zur Stressbewältigung in einer Umsetzungsstrategie zusammenführen, da sich alle drei Handlungsfelder gegenseitig beeinflussen. Die Ernährung liefert Nährstoffe und Energie für den Alltag, für Freizeit und Sport. Die Bewegung wiederum hat Einfluss auf das Ernährungsverhalten, da durch körperliche Aktivität der Energieverbrauch steigt und Übergewicht vorgebeugt wird. Außerdem unterstützt Bewegung den Stressabbau, erhöht die Stresstoleranz und reduziert die Stressanfälligkeit (allerdings kann Bewegung in Zusammenhang mit Leistungsdruck auch Stress erzeugen). Dies sind nur einige Beispiele für die engen Zusammenhänge zwischen den genannten Bereichen.

Die Wirksamkeit rein kognitiv ausgerichteter Wissensvermittlung über Gesundheit und Krankheit ist gerade bei Kindern und Jugendlichen stark umstritten. Sie führt keineswegs immer zu verändertem

Gesundheitsverhalten („kognitive Dissonanz“, Auseinanderfallen von Wissen und Handeln). Zu den erfolgreicherer Konzepten bei Kindern und Jugendlichen zählen daher neben den so genannten „integrierten Ansätzen“ u.a. Settingansätze, das Konzept der Lebensweisen („Lebensstilkonzept“), Elemente des „Empowerment“-Ansatzes, problemzentrierte und ressourcenorientierte Ansätze („neue Prävention“) oder Ansätze der Kompetenzförderung.

Da das Bewegungsverhalten sowohl das Ernährungsverhalten als auch die Stressbewältigung positiv beeinflusst, spielt Bewegung eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. Die zunehmend zu beobachtende körperliche Inaktivität ist neben einer unvorteilhaften Ernährung die Hauptursache für die Entstehung von Übergewicht [16]. Insbesondere Kinder haben zunächst einen natürlichen Bewegungsdrang und Freude an der Bewegung. Sie erforschen ihre Umwelt und entwickeln ihr Gleichgewicht, indem sie sich selbst und ihren Körper spüren. Intelligenz und kognitive Fähigkeiten werden entscheidend durch Bewegung und Bewegungsmöglichkeiten gefördert. Anfänglich steht bei jedem kindlichen Lernen das Handeln und die Aktion im Vordergrund. Physische Lernerfahrungen sind Voraussetzung für Reflektions- und Abstraktionsprozesse. Erst im Verlauf der weiteren Entwicklung rücken kognitive Prozesse vermehrt in den Vordergrund.

9.1.3 Aktionsfelder

Bei der Entwicklung und Diskussion von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen zum Thema „Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen“ wurde deutlich, dass die drei thematischen Komponenten (Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung) aus den oben genannten Gründen eng miteinander verknüpft sind. Eine ganze Reihe der identifizierten Teilziele und Maßnahmen lassen sich entweder allen drei oder zumindest zwei der thematischen Komponenten zuordnen. Vor diesem Hintergrund erwies es sich als angemessen, das Setting als Dreh- und Angelpunkt der Konkretisierung und Zielsystematik zu wählen. Als relevante Settings wurden die Kindertagesstätten (KiTa), die Schule sowie Familie und Freizeit identifiziert.

Das Settingkonzept 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 sowie um die gesundheitsförderliche Entwicklung individueller Lebensperspektiven und der Eigenverantwortung der Kinder und Jugendlichen. Dies erfolgt mit Unterstützung von Multiplikatoren, Kooperationspartnern und den politisch, administrativ und finanziell zuständigen Akteuren, Trägern und Behörden [2, 3].

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 und Erreichbarkeit erstreckt. Um sich nicht in Einzelmaßnahmen zu verlieren, wurde eine „Vision“ entwickelt, die – wenn auch abstrakt – das weitere Vorgehen anleitete und als roter Faden diente.

Die „Vision“ schließt nahtlos an die Grundsätze von *gesundheitsziele.de* an. *gesundheitsziele.de* ist outcome-orientiert und stellt die Verbesserung der Lebensqualität und den Gewinn zusätzlicher Lebensjahre in den Mittelpunkt. Wie die folgende Abbildung zeigt, stehen bei der „Vision“ die Krankheitsvermeidung, die Erhöhung gesundheitlicher Outcomes sowie die Verbesserung der Lebensqualität im Mittelpunkt.

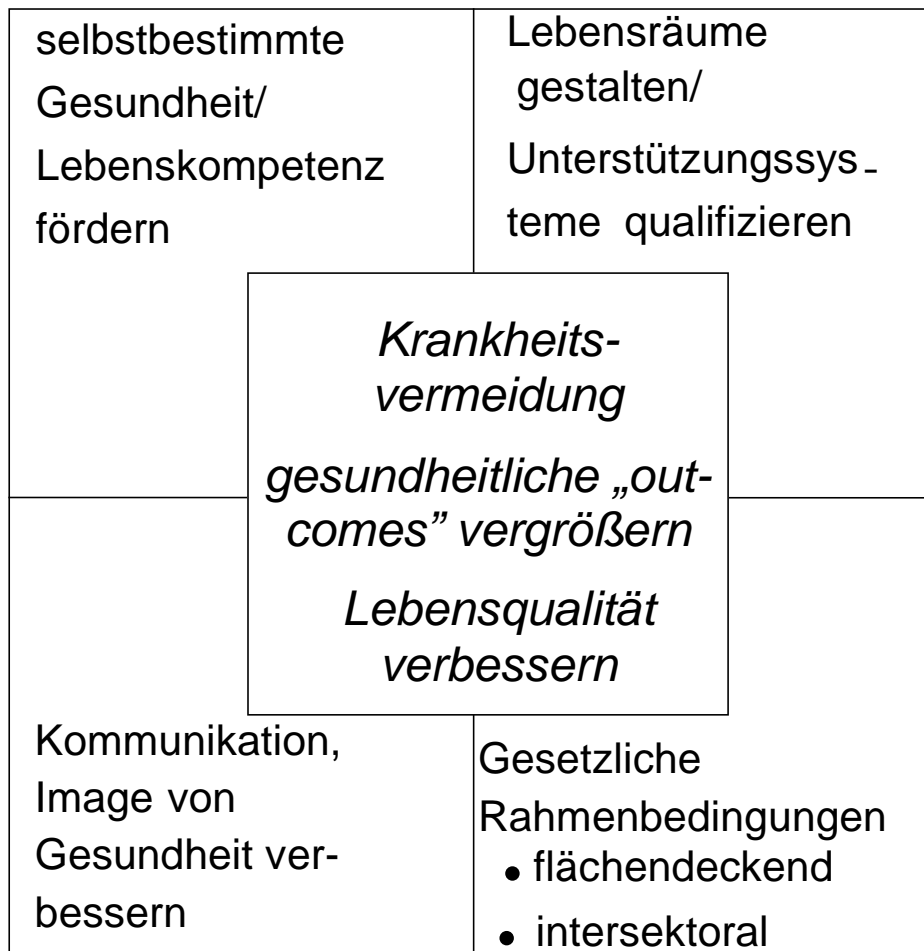


ABB. 4: VISION ZUM GESUNDHEITSZIELTHEMA „ERNÄHRUNG, BEWEGUNG UND STRESSBEWÄLTIGUNG BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN“

Die Settings in den Mittelpunkt der Definition und Konkretisierung zu stellen, birgt für das Zielthema eine Reihe von Vorteilen:

- Die drei 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 Akteure als integriert und kohärent wahrgenommen werden.

Damit der Settingansatz greifen kann, müssen die Rahmenbedingungen optimiert werden. Um diese Optimierung politisch angemessen formulieren zu können, wird flankierend hierzu ein eigenes Ziel mit Teilzielen formuliert.

Während im Bereich der gesundheitsfördernden Schulen im Rahmen von Bund-Länder-Modellprojekten bereits eine Reihe von Erfahrungen zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung in Schulen vorliegen, erweisen sich Kindertagesstätten sowie Familie und Freizeit im Vergleich dazu als eher wenig entwickelte Settings.

In der Bundesrepublik Deutschland sind Kindertageseinrichtungen/Kindertagesstätten seit 1991 auf der Basis des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) organisiert. Unter den Begriff der Kindertagesstätten werden u.a. Kinderkrippen (für Kinder unter 3 Jahren), Kindergärten (für Kinder ab 3 Jahren) und Horte (für Schulkinder) gefasst [22]. Kindertagesstätten sind damit Einrichtungen der Jugendhilfe und stellen einerseits eine bedarfsgerechte Unterstützungsleistung für Familien und andererseits die erste Ebene des Bildungssystems für Kinder dar [20]. Das KJHG bietet dabei nur den allgemeinen rechtlichen Rahmen, während die Bundesländer in Ausführungsgesetzen dessen Umsetzung genauer regeln und darin beispielsweise die Finanzierung von Kindertagesstätten (Investitionskosten, Personal- und Sachkosten) genau festlegen. Innerhalb dieser Ausführungsgesetze werden zumeist auch die Aufteilungsschlüssel für die Finanzierung zwischen Träger, Eltern, Kommune und Land vorgegeben. In einigen Bundesländern, in denen eine solche Festlegung fehlt, müssen die Zuwendungen vor Ort in Verhandlungen zwischen Trägern und Kommunen ausgehandelt werden. Die gesetzliche Zuständigkeit auf Landesebene liegt bei den obersten Landesjugendbehörden; die Betriebserlaubnis erteilen in der Regel die Landesjugendämter. Die Erteilung der Betriebserlaubnis ist an die Einhaltung definierter Mindeststandards gebunden, was u.a. die Personalvoraussetzungen, Bauvorschriften, Regelungen der Aufsichtspflicht und Haftungsfragen anbelangt. Die Kommunen sind für eine angemessene

Angebotsstruktur vor Ort zuständig. Diese Zersplitterung der Zuständigkeiten erweist sich als ein wesentliches Problem bei der Settingarbeit in Kindergärten. Anders als in vergleichbaren Ländern inner- und außerhalb Europas werden in den Kindertagesstätten in Deutschland die Bildungschancen noch nicht ausreichend genutzt [8, 10]. Die Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte zur frühkindlichen körperlichen (Ernährung, Bewegung), geistigen, emotionalen und sozialen (Stress) Entwicklung werden nicht überall als Chance zur gezielten Förderung genutzt. Dies führt bei sozial benachteiligten Kindern zu weiteren Benachteiligungen. Kindertagesstätten sollten daher stärker als bisher zu Bildungseinrichtungen werden [9].

Die Familie stellt für jeden Menschen die erste Instanz bezüglich der gesundheitlichen Versorgung und des Erlernens gesundheitsbezogener Verhaltensweisen dar. Das Neugeborene ist auf Zuwendung, vor allem aber auf Ernährung und Pflege durch seine Eltern angewiesen. Die geistige, körperliche und emotionale Entwicklung der ersten Lebensjahre eines Kindes liegt fast ausschließlich in der Verantwortung der Eltern. Wenn auch Ärzte, Kindergarten, Schule und Gleichaltrige mehr oder weniger direkt auf die Gesundheit der Heranwachsenden Einfluss nehmen, bleibt doch die Familie der Hintergrund, auf dem diese Erfahrungen verarbeitet und bewertet werden [6, 7]. Darüber hinaus regelt die Familie Art und Umfang des Zugangs zu weiteren Sozialisationsinstanzen. Die Belastungen, denen Familien heute ausgesetzt sind, steigen in einer zunehmend pluralistischen Gesellschaft an. Auch die Vielfalt familiärer Lebensgemeinschaften nimmt zu. Familien brauchen einen gerechten finanziellen Leistungsausgleich. Vor allem eine große Kinderzahl stellt einen Risikofaktor für Armut dar. Alleinerziehende haben weniger Ressourcen zur Verfügung als Familien mit zwei Elternteilen; hier mangelt es häufig nicht nur an Geld, sondern insbesondere auch an Erholungszeiten und an entlastenden sozialen Netzen.

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. Die folgende Abbildung soll dies (unter Vorgriff auf die weiter unten folgende Definition von Zielen und Teilzielen) am Beispiel des Settings „KiTa“ und des Ziels „Fehlernährung bei Kindern wird vorgebeugt und reduziert“ verdeutlichen. Die Pfeile in der Abbildung verweisen darauf, dass nur das Setting „KiTa“ und nur das Ziel „Fehlernährung“ - einschließlich der dazugehörigen Teilziele – dargestellt werden. Prinzipiell können allen Settings

jeweils drei Ziele zugeordnet werden. 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 sieben 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 somit erheblich kleiner (siehe Tabelle „Teilziele und Teilzielsystematik“).

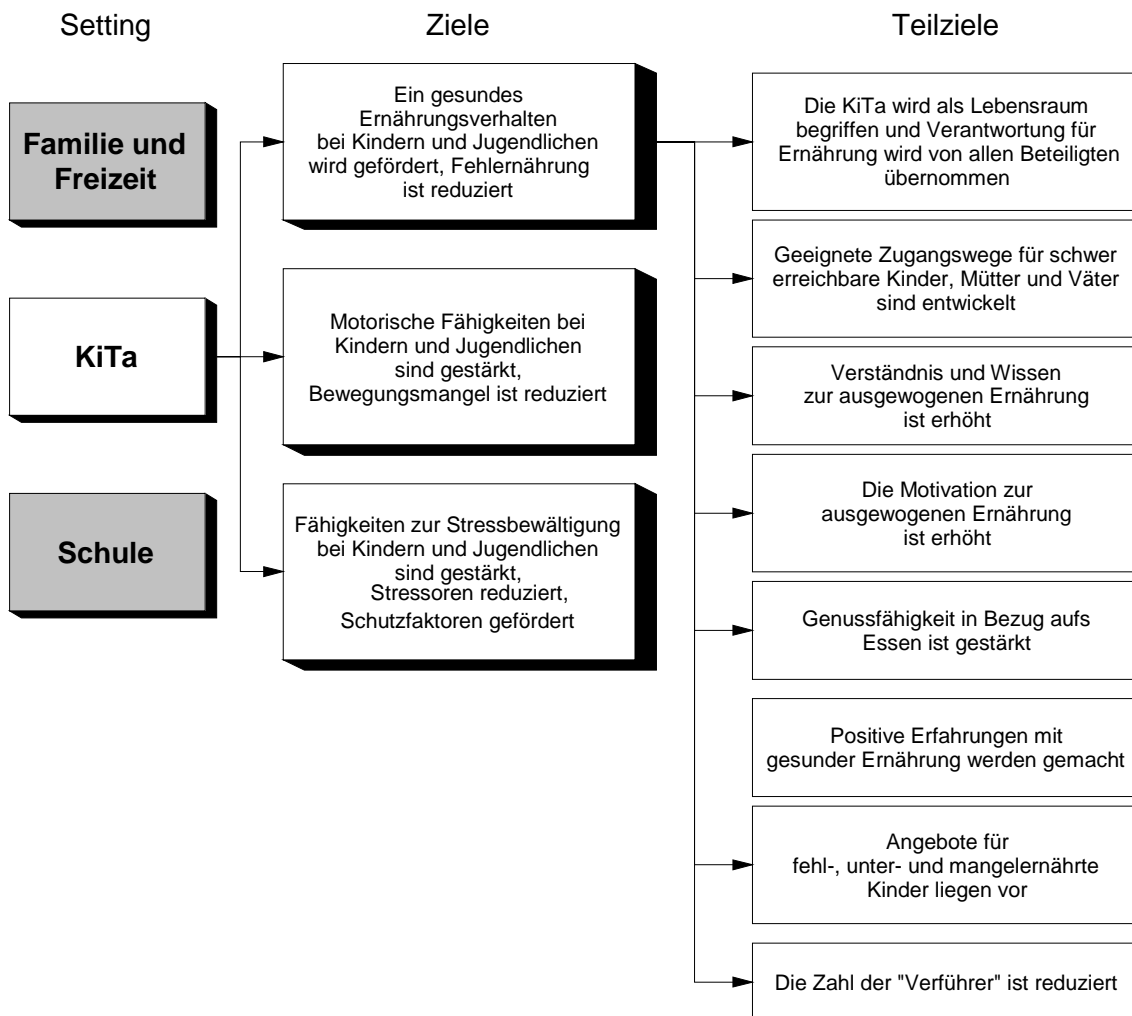


ABB. 5: KONKRETISIERUNGSSCHEMA AM BEISPIEL DES SETTINGS „KiTa“ UND DES TEILZIELS „FEHLERNÄHRUNG BEI KINDERN WIRD VORGEBEUGT UND REDUZIERT“

9.1.4 Vorgehensweise

Für die drei Komponenten des Zielthemas (Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung) wurde jeweils ein Gesundheitsziel bestimmt.

Das Zielthema wurde wie folgt näher bestimmt:

- Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen wird vorgebeugt und reduziert.
- Bewegung und körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen sind gesteigert.
- Stressbewältigungskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen sind erhöht, Stressoren sind reduziert.

Zu diesen drei Gesundheitszielen, die auf den Kern der Vision (siehe Abbildung) zielen, erscheint es notwendig, die Rahmenbedingungen für alle Settings ebenfalls als gesondertes Ziel zu fassen (Ziel 10):

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

Eine Aufgliederung des Zielthemas in drei outcome-orientierte und ein strukturorientiertes Gesundheitsziel ist notwendig, um eine Formulierung zu gewährleisten, die eine Evaluation ermöglicht. Der Zusammenhang zwischen den Komponenten wird dabei nicht berührt, da mit Ausnahme des strukturorientierten Gesundheitsziels alle drei Gesundheitsziele jedem Setting zugeordnet sind.

Die Konkretisierung der drei thematischen Komponenten erfolgt nach einer einheitlichen Systematik (siehe Tabelle). So gibt es drei übergreifende Teilziele, die sich auf alle drei thematischen Komponenten (Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung) und alle drei Settings (KiTa, Schule, Familie und Freizeit) beziehen. Die vier darauf folgenden Teilziele bilden eine logische Abfolge – von der kognitiven Wissensaneignung über die Motivationssteigerung zur Verhaltensänderung und der Änderung der Rahmenbedingungen bzw. Verhältnisse.

Da nicht alle Kinder über die definierten Settings gleichermaßen gut zu erreichen sind [1, 14, 15, 17, 24], wurde das übergreifende Teilziel „Entwicklung und Bereitstellung geeigneter Zugangswege“ definiert. Mit diesem Ziel kann man auch den Aspekten „soziale Lage“ und „gesundheitliche Chancengleichheit“ gerecht werden.

Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

Die folgende Tabelle zeigt auf, welche spezifischen Teilziele sich aus der Kombination je einer thematischen Komponente (Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung) mit je einem der Teilziele (übergreifende Teilziele sowie Teilziele zu Kognition, Motivation, Verhalten und Verhältnissen) ergeben.

Tabelle „Teilziele und Teilzielsystematik“

Art der Teilziele	Ernährung	Bewegung	Stressbewältigung
Übergreifende Teilziele	KiTa und Schule werden als Lebensraum begriffen; Verantwortung für gesunde Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung wird von allen Beteiligten übernommen.		
	Der Kohärenzsinn ¹³ der Kinder bzw. Jugendlichen ist gestärkt.		
	Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt.		
Kognitive Teilziele	Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht.	Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht.	Das Wissen um Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht.
Teilziele zur Motivation	Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht.	Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht und das Bewegungsbedürfnis der Kinder ist in den Alltag integriert.	Die Motivation zur Aneignung und Nutzung von Bewältigungsstrategien ist erhöht.
Teilziele zum Verhalten	Genussfähigkeit in Bezug aufs Essen ist gestärkt. Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht. Verhaltensorientierte Angebote für fehlernährte Kinder bzw. Jugendliche liegen vor.	Koordinative Fähigkeiten, Ausdauer und Kraft sind verbessert.	Vorhandene Bewältigungsstrategien der Kinder und Eltern sowie die Verarbeitungskompetenzen der Kinder sind gestärkt. Angebote zum Erlernen von prosozialem und stressbewältigendem Verhalten sind vorhanden.

¹³ Kohärenzsinn: Der Begriff wurde von Antonovsky entwickelt und steht in engem Zusammenhang zu dem der Salutogenese. Die Salutogenese fasst Gesundheit positiv und entwicklungsbezogen und nicht als gegeben oder vorherbestimmt auf. Gesundheit ist beeinflussbar und gestaltbar. Dies ist Aufgabe und Pflicht jedes Einzelnen sowie der Gesellschaft. Der Kohärenzsinn umfasst die Verstehbarkeit (das Individuum verfügt über kognitive Verarbeitungsmuster, die ihm helfen, kritische Ereignisse zu ‚verstehen‘), die Handhabbarkeit (Handlungskompetenz eines Individuums, seine (gesundheitliche) Situation steuern oder beeinflussen zu können) und die Sinnhaftigkeit (das Individuum verfügt über eine Lebensperspektive). Vgl. hierzu BZgA (Hg.): Was erhält den Menschen gesund? Antonovsky's Modell der Salutogenese, Köln, 2001).

Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

<p>Teilziele zu Verhältnissen</p>	<p>Die Zahl der „Verführer“ ist reduziert (z.B. Werbung zur „Sesamstraßenzeit“, entsprechende Angebote im Kassensbereich von Supermärkten etc.).</p>	<p>KiTa und Schule sind bewegungsfördernd gestaltet. Die Zahl der integrativen Bewegungsangebote in KiTa und Schule ist erhöht.</p>	<p>Möglichkeiten zur Stressreduktion sind gegeben.</p>
-----------------------------------	--	--	--

9.2 Ziele

- Ziel 1:** Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting Familie und Freizeit
- Ziel 2:** Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting Familie und Freizeit
- Ziel 3:** Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting Familie und Freizeit
- Ziel 4:** Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting KiTa
- Ziel 5:** Motorische Fähigkeiten bei Kindern sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting KiTa
- Ziel 6:** Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting KiTa
- Ziel 7:** Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist 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, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting Schule
- Ziel 10:** Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der KiTa, in der Schule und in Familie und Freizeit sind optimiert

In der folgenden Darstellung finden sich bei den Teilzielen eine Reihe von Doppelungen. Insbesondere die übergreifenden Teilziele finden sich in jeder Tabelle wieder. Die weiter oben genannten Vorteile dieser Systematik überwiegen jedoch diesen Nachteil.

9.3 Tabellarische Übersicht

Ziel 1: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting Familie und Freizeit

	Teilziele
Übergreifende TZ	1.1.1 Die Familie übernimmt Verantwortung für die Hinführung der Kinder und Jugendlichen zu einer gesunden Ernährungsweise 1.1.2 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	1.2 Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zur Motivation	1.3 Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zum Verhalten	1.4.1 Genussfähigkeit in Bezug auf das Essen ist gestärkt 1.4.2 Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht
TZ zu den Verhältnissen	1.5.1 Unterstützung gesunden Ernährungsverhaltens durch verhältnisorientierte Maßnahmen 1.5.2 Die Zahl der „Verführer“ ist reduziert 1.5.3 Verhaltensorientierte Angebote für fehlernährte Kinder und Jugendliche und deren Familien liegen vor

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Die Elternkompetenz zu Ernährung wird gefördert
- Familienbildungsangebote werden ausgebaut
- Es wird mehr selbst gekocht (Eltern und Kinder) und selbst zubereitet (z.B. Kochkurse für Familien)
- Zahl der stillenden Mütter wird durch geeignete Beratungsangebote in Kliniken u.a. erhöht
- Anteil der nicht rauchenden Schwangeren wird erhöht
- Außerfamiliäre Unterstützungssysteme sind ausgebaut (Hotlines, Beratung, etc.)

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

	Teilziele	
Übergreifende TZ	2.1.1	Die Familie übernimmt Verantwortung für die Hinführung der Kinder und Jugendlichen zu vermehrter Bewegung
	2.1.2	Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	2.2	Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht
TZ zur Motivation	2.3	Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht. Das Bewegungsbedürfnis der Kinder und Jugendlichen ist in den Alltag integriert
TZ zum Verhalten	2.4	Koordinative Fähigkeiten, Ausdauer und Kraft sind verbessert
TZ zu den Verhältnissen	2.5.1	Das Wohnumfeld von Familien ist bewegungsfreundlich gestaltet
	2.5.2	Bewegungsfördernde Angebote für Familien existieren

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Außerschulische und vorschulische Bewegungsangebote sind ohne zusätzliche finanzielle Belastung vorhanden
- Die Elternkompetenz zu Bewegung wird gefördert, indem u.a. Familienbildungsangebote ausgebaut werden
- Schwimmbäder und andere Sporteinrichtungen machen familienfreundliche Angebote

Ziel 3: Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting Familie und Freizeit

	Teilziele
Übergreifende TZ	3.1.1 Die Familie übernimmt die Verantwortung für die Hinführung der Kinder und Jugendlichen zu produktiver Stressbewältigung 3.1.2 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	3.2 Das Wissen um Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht
TZ zur Motivation	3.3 Die Motivation, sich Bewältigungsstrategien anzueignen und zu nutzen, ist erhöht
TZ zum Verhalten	3.4 Vorhandene Bewältigungsstrategien der Kinder und Eltern sowie die Verarbeitungskompetenzen der Kinder sind gestärkt
TZ zu den Verhältnissen	3.5.1 Möglichkeiten zur Stressreduktion in Familie und Freizeit sind gegeben 3.5.2 Angebote zum Erlernen von prosozialem Verhalten und Stressbewältigung sind vorhanden

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Die Elternkompetenz zu Stress und Stressbewältigung und zu Kommunikations- und Konfliktbewältigungsstrategien wird gefördert
- Familienbildungsangebote werden ausgebaut
- Eltern werden zu einem angemessenen Umgang mit computerspielenden Kindern befähigt
- Familienorientierte Freizeitangebote werden vorgehalten

Ziel 4: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting KiTa

	Teilziele	
Übergreifende TZ	4.1.1	Die KiTa wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für gesunde Ernährung wird von allen Beteiligten übernommen
	4.1.2	Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	4.2	Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zur Motivation	4.3	Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zum Verhalten	4.4.1	Genussfähigkeit in Bezug auf das Essen ist gestärkt
	4.4.2	Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht
TZ zu den Verhältnissen	4.5.1	Die Zahl der „Verführer“ ist reduziert
	4.5.2	Angebote für fehlernährte Kinder liegen vor

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Die Gemeinschaftsverpflegung in der KiTa wird erweitert und verbessert
- Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in der KiTa wird gewährleistet
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieher(innen) zu Ernährungsfragen wird verbessert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- In der KiTa wird mehr mit den Kindern Essen selbst zubereitet

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

	Teilziele
Übergreifende TZ	5.1.1 Die KiTa wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Bewegung wird von allen Beteiligten übernommen 5.1.2 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	5.2 Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht
TZ zur Motivation	5.3 Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht. Das Bewegungsbedürfnis der Kinder ist in den Alltag integriert
TZ zum Verhalten	5.4 Kinder sind mehr körperlich aktiv
TZ zu den Verhältnissen	5.5.1 Die KiTa ist bewegungsfreundlich gestaltet 5.5.2 Die Zahl der integrativen Bewegungsangebote in der KiTa ist erhöht 5.5.3 Angebote für bewegungsauffällige Kinder sind vorhanden

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Die Bewegungsangebote in der KiTa werden verbessert
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieher(innen) zu Bewegungsfragen wird verbessert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- Zahl der Fahrradführerscheine/Verkehrsprüfungen bei Kindern wird erhöht

Ziel 6: Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting KiTa

	Teilziele
Übergreifende TZ	6.1.1 Die KiTa wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Stressbewältigung wird von allen Beteiligten übernommen 6.1.2 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	6.2 Das Wissen um Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht
TZ zur Motivation	6.3 Die Motivation, sich Bewältigungsstrategien anzueignen und zu nutzen, ist erhöht
TZ zum Verhalten	6.4.1 Vorhandene Bewältigungsstrategien der Kinder und Eltern sowie die Verarbeitungskompetenzen der Kinder sind gestärkt 6.4.2 Feindschaft, Mobbing, Bullying-Verhalten sind reduziert, prosoziales Verhalten nimmt zu
TZ zu den Verhältnissen	6.5.1 Möglichkeiten zur Stressreduktion in der KiTa sind gegeben 6.5.2 Angebote zum Erlernen von prosozialem und stressbewältigendem Verhalten sind vorhanden

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Verfahren zur Stressreduktion in der KiTa sind bekannt und werden angewandt
- Die Themen Gesundheitsförderung, Stress und Stressbewältigung sowie Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien werden in den Lehrplänen und in der Erzieher(innen)aus-, -fort- und -weiterbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- Integrative Angebote für chronisch erkrankte und behinderte Kinder in der KiTa liegen vor (um Krankheitsbewältigungs-Stress zu minimieren)

Ziel 7: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting Schule

	Teilziele	
Übergreifende TZ	7.1.1	Die Schule wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Ernährung wird von allen Beteiligten übernommen
	7.1.2	Der Kohärenzsinn der Kinder und Jugendlichen ist gestärkt
	7.1.3	Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder und Jugendliche, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	7.2	Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zur Motivation	7.3	Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zum Verhalten	7.4.1	Genussfähigkeit in Bezug auf das Essen ist gestärkt
	7.4.2	Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht
TZ zu den Verhältnissen	7.5.1	Die Zahl der „Verführer“ ist reduziert
	7.5.2	Angebote für fehlernährte Kinder und Jugendliche liegen vor

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Die Gemeinschaftsverpflegung in der Schule ist erweitert und verbessert
- Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in Schulen insbesondere bei der Einrichtung von Ganztagschulen ist gewährleistet
- Organisations- und leitbildentwickelnde Netzwerkbildung wird unterstützt (z.B. Projekte „Gesunde Schule“)
- Die Themen Gesundheitsförderung und Ernährung werden in den Lehrplänen und in der Lehrer(innen)aus-, -fort und -weiterbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- Die hauswirtschaftliche Kompetenz der Schüler wird in Schulen gestärkt
- Die Sinnesbildung durch Essen und Trinken wird unterstützt
- Die Nahrungs- und Getränkeangebote von Automaten und Schulverkauf sind ausgewogen

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

	Teilziele
Übergreifende TZ	8.1.1 Die Schule wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Bewegung wird von allen Beteiligten übernommen 8.1.2 Der Kohärenzsinn der Kinder und Jugendlichen ist gestärkt 8.1.3 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder und Jugendliche, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	8.2 Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht
TZ zur Motivation	8.3 Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht. Das Bewegungsbedürfnis der Kinder und Jugendlichen ist in den Alltag integriert
TZ zum Verhalten	8.4.1 Kinder und Jugendliche sind mehr körperlich aktiv 8.4.2 Angebote für bewegungsauffällige Kinder und Jugendliche sind vorhanden
TZ zu den Verhältnissen	8.5.1 Die Schule ist bewegungsfreundlich gestaltet 8.5.2 Die Zahl der integrativen Bewegungsangebote in der Schule ist erhöht

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- In Schulen existieren ausreichend Bewegungsangebote
- Der Sportunterricht wird am Modell des „gesundheitsförderlichen Sports“ ausgerichtet
- Die Themen Gesundheitsförderung und Bewegungsförderung werden in der Lehrer(innen)aus-, -fort und -weiterbildung verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- Schulen werden mit Einrichtungen und Materialien zur Förderung der Bewegung ausgestattet

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

	Teilziele
Übergreifende TZ	9.1.1 Die Schule wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Stressbewältigung wird von allen Beteiligten übernommen 9.1.2 Der Kohärenzsinn der Kinder und Jugendlichen ist gestärkt 9.1.3 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder und Jugendliche, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	9.2 Das Wissen um Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht
TZ zur Motivation	9.3 Die Motivation, sich Bewältigungsstrategien anzueignen und zu nutzen, ist erhöht
TZ zum Verhalten	9.4.1 Vorhandene Bewältigungsstrategien und die Verarbeitungskompetenzen der Kinder und Jugendlichen sind gestärkt 9.4.2 Feindschaft, Mobbing, Bullying-Verhalten sind reduziert, prosoziales Verhalten nimmt zu
TZ zu den Verhältnissen	9.5.1 Möglichkeiten zur Stressreduktion in der Schule sind gegeben 9.5.2 Angebote zum Erlernen von prosozialem Verhalten und Stressbewältigung sind vorhanden

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- In Schulen existieren ausreichend Entspannungsangebote und -räume
- Die Themen Gesundheitsförderung, Stress und Stressbewältigung sowie Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien werden in der Lehrer(innen)aus-, -fort und -weiterbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- Integrative Angebote für chronisch erkrankte und behinderte Kinder und Jugendliche werden entwickelt und umgesetzt (um Krankheitsbewältigungs-Stress zu minimieren)

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

Teilziele für die KiTa	Teilziele für die Schule	Teilziele für Familie und Freizeit
<p>Kindertagesstätten sind ein sozialer Nahraum, der Eltern entlasten soll und den Kindern Raum und Zeit gibt, um soziale Erfahrungen mit dem Erwerb von gesellschaftlich notwendigen Fähigkeiten und Kenntnissen zu verbinden.</p> <p>Selbstbewusstsein und die Erfahrung des eigenen Wertes sind die Grundlage für Bildung. Deshalb baut die Bildung im Kindergarten nicht auf der Vermittlung von Wissen auf, sondern auf der Erfahrung und der Entwicklung der individuellen Persönlichkeit – im Kontext der Kindergruppe.</p>	<p>Der Bildungsauftrag der Schule sollte ganzheitlich verstanden werden und folgende Merkmale umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Förderung der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen von Schülerinnen und Schülern, - die möglichst gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebensraums Schule und - die Motivation der in der Schule Verantwortlichen zur Kooperation mit anderen Akteuren, insbesondere auch Eltern, zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen im Umfeld der Schule. 	<p>Die Gestaltung der Rahmenbedingungen orientiert sich an den für ein gesundes Aufwachsen der Kinder erforderlichen Voraussetzung. Dazu ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller betroffenen Ministerien sicherzustellen. Dies gilt sowohl für die Bundes- als auch für die Landesebene.</p> <p>Die Rahmenbedingungen für eine gesunde Kindheit und Jugend sind so gestaltet, dass Kinder und Jugendliche im Rahmen der durch die elterliche Erziehung gegebenen Spielräume über ihre Freizeit eigenverantwortlich und kreativ selbst entscheiden können. Spiel- und Bewegungsflächen sind ausreichend bereitgestellt.</p> <p>Die Kooperation von ÖGD, Jugendhilfe, freien Trägern, niedergelassenen Ärzten, Sportvereinen, Geburtskliniken, Krankenhäusern o.Ä., Hebammen und anderen Unterstützungssystemen für Familien werden institutionalisiert, Sektorengrenzen werden abgebaut.</p>

Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

Teilziele für die KiTa	Teilziele für die Schule	Teilziele für Familie und Freizeit
<p>Die Kompetenz der Kinder sowie deren Fähigkeiten und Interessen bilden die Grundlage jeder pädagogischen Arbeit.</p>	<p>Im Rahmen ihres Bildungsauftrags zur Gesundheitserziehung der Schülerinnen und Schüler sollten sich alle Bundesländer verpflichten, bislang getrennte fach- und projektbezogene Ansätze z.B. der schulischen Gesundheitserziehung wie Sucht- und Gewaltprävention, Gesundheitsförderung und Sport, gesunde Ernährung und die Fragen nach Sinn und Orientierung zu einem integrierten Gesundheitsförderungskonzept zusammenzuführen und dieses Konzept in die Lehreraus-, -fort- und -weiterbildung fächerübergreifend zu integrieren.</p>	<p>Es sind stadtteilbezogene, flächendeckende Strukturen zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern in Form aufsuchender, niedrigschwelliger Ansätze vorhanden.</p> <p>Eine Kooperation mit Stadtplanung und Wohnungsbaugesellschaften findet statt.</p> <p>In sozialen Brennpunkten existieren Sport- bzw. Bewegungsangebote im Stadtteil sowie andere Freizeitangebote.</p>
<p>Träger von Kindergärten, Kommunen, Länder und Bund verständigen sich in interdisziplinären Gremien auf eine an den Kinderinteressen orientierte, qualitativ hochwertige, gesundheitsförderliche Konzeption von Kinderbetreuung und stellen die dafür notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung.</p>	<p>Die Bundesländer und die Schulträger verpflichten sich innerhalb der Schulentwicklung, Gesundheitsförderung als einen wesentlichen Faktor zur Gestaltung von Schulen voranzutreiben und die notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen. Diese können durch Ressourcen anderer Akteure oder Sponsoren ergänzt werden.</p>	<p>Kinder und Jugendliche werden in die Kommunalpolitik und in die Stadtentwicklung durch geeignete demokratische Beteiligungsverfahren einbezogen.</p>
<p>Die Ausstattung der KiTas (insbesondere in sozialen Brennpunkten) wird den – höheren – Anforderungen entsprechend angepasst. Dies bedeutet bessere/höhere Qualifikation; außerdem ist mehr Personal vorhanden</p>	<p>Alle Bundesländer vereinbaren gemeinsam, im Rahmen der selbständigen Schulen Gesundheitsförderung als Basis für die schulische Qualitätsentwicklung festzuschreiben.</p>	<p>Alle Bundesländer starten gemeinsame Initiativen für eine gesundheitsförderliche Familienpolitik und stellen in Kooperation mit anderen Akteuren Ressourcen dafür bereit.</p>

Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

Teilziele für die KiTa	Teilziele für die Schule	Teilziele für Familie und Freizeit
<p>Die Basisqualifikation für Erzieher(innen) für die Themen der Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, Stressregulation) sind vorhanden</p> <p>Es existieren flächendeckende, qualitätsgesicherte Fortbildungsmöglichkeiten für Erzieher(innen) zur Gesundheitsförderung, Psychomotorik, Kommunikation und Elternarbeit.</p>	<p>Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Schulen wird in die allgemeine Lehreraus-, -fort- und -weiterbildung aller Bundesländer als fester Bestandteil integriert.</p>	<p>Die Qualifikationen von Jugend- und Übungsleitern für die Arbeit mit bewegungsarmen Kindern wird verbessert.</p> <p>Es werden haupt- und ehrenamtlichen Kinder- und Jugendbetreuer(innen) für integrative Angebote zu Ernährung, Bewegung, Stressregulation qualifiziert.</p> <p>Es findet eine Aktivierung und Qualifizierung von Akteuren/Mitarbeiter(inne)n aus verschiedenen Kulturkreisen statt.</p>
<p>Es findet eine bessere Verzahnung mit dem Gesundheitsbereich statt.</p> <p>Die Motivation zur Teilnahme an der U8 und U9 ist erhöht.</p>	<p>Es findet eine bessere Verzahnung mit dem Gesundheitsbereich statt.</p> <p>Die Motivation zur Teilnahme an der J1 ist erhöht.</p>	<p>Die Teilnahmequote an der U8, U9 und J1 ist erhöht.</p>

9.4 Maßnahmenskizzen

In der tabellarischen Übersicht der Ziele und Teilziele wurden geeignete exemplarische Maßnahmen benannt. Die Maßnahmendefinition erfolgte aufgrund von zwei Bestandsaufnahmen.

Zunächst wurde eine erste Bestandsaufnahme durch eine strukturierte Befragung der am Diskussionsprozess beteiligten Experten und innerhalb deren Institutionen und institutionellem Umfeld vorgenommen. Zweck der Bestandserhebung war es, einen ersten Überblick zu den laufenden Aktivitäten im Bereich Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung zu erhalten. 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 modellhafte Projekte, die nur regional verankert oder zeitlich begrenzt sind, im Rahmen von *gesundheitsziele.de* ausgeweitet und verstetigt werden. Außerdem sollten Interventionsbereiche und Zielgruppen identifiziert werden, in denen bereits viele bzw. wenige bis keine Aktivitäten stattfinden, mit dem Ziel, wesentliche Elemente erfolgreicher Maßnahmengestaltung transparent zu machen und Lücken zu identifizieren.

In einem zweiten Erhebungsschritt wurde eine Abfrage bei den Sozialministerien aller sechzehn Bundesländer vorgenommen. Diese wurden anhand des Zielkataloges gebeten, Maßnahmen aus ihren jeweiligen Bundesländern zu benennen, die zur Zielerreichung geeignet sind. Nachahmenswerte Maßnahmen sind in die tabellarische Übersicht eingeflossen („Beispielhafte, geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung“). Allerdings wurde auf eine Hervorhebung einzelner Modellprojekte verzichtet. Statt dessen wurden die Zielsetzungen und Handlungsfelder der genannten Maßnahmen festgehalten. Diese abstrahierende Vorgehensweise erwies sich als notwendig, da die Rahmenbedingungen für die genannten Maßnahmen äußerst heterogen waren und eine Übertragung in die Fläche aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den einzelnen Bundesländern eine genauere Vorabüberprüfung notwendig gemacht hätte.

Nachfolgend sollen für die Settings Kindertagesstätte und Schule Maßnahmenskizzen vorgeschlagen werden, die den Anforderungen eines integrierten Ansatzes zur Verbesserung der Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung gerecht werden und deren hohe Wirksamkeit innerhalb der Expertendiskussion als unstrittig gilt. Außerdem weisen die vorgeschlagenen Maßnahmen ein günstiges Kosten-Nutzenverhältnis auf und sind evaluierbar. Grundsätzlich ist es für einen erfolgreichen Zielerreichungsprozess notwendig, auch die anderen genannten

Maßnahmen voranzutreiben. Dafür wäre der Abschluss von Zielvereinbarungen durch einzelne Träger und Akteure notwendig, d.h. die Akteure sollen Selbstverpflichtungen eingehen, die dazu beitragen,

- die definierten Maßnahmen zur Zielerreichung umzusetzen
- 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.

9.4.1 Settingansatz „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“

Innerhalb der Settingarbeit in der Gesundheitsförderung erweisen sich Kindertagesstätten als bislang kaum beachtetes und entwickeltes Setting. Eine Programmkonzeption für diesen Bereich ist bislang weder auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation, noch auf der Ebene des Europarates noch auf Bundesebene in Deutschland erarbeitet oder verabschiedet worden. Es existieren bislang nur eine Fülle von Einzelaktivitäten, beispielsweise im Bereich Ernährung und Bewegung, aber kein integrierender Ansatz, der trägerübergreifend und settingbezogen Gesundheit zu einem Querschnittsthema im Kindertagesstättenalltag macht. Die vereinzelt *models of good practice* auf Länder- und lokaler Ebene arbeiten bisher unverbunden und können auf keine übergreifenden Infrastrukturen zur Unterstützung zurückgreifen.

Für das Setting „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“ sollten daher durch entsprechende Modellversuche auf Bund-/Länderebene und/oder auf der Ebene der Träger von Kindertagesstätten (z.B. öffentliche Träger und Wohlfahrtsverbände) entsprechende Konzepte entwickelt werden [8, 9]. Diese Modellprojekte sollten prioritär in Stadtteilen angeboten werden, in denen viele sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen leben.

Konkrete Maßnahmen sollten zur Erreichung der folgenden Zielsetzungen umgesetzt und evaluiert werden:

- die Vermittlung einer gesunden Lebensweise, insbesondere hinsichtlich Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung
- die Förderung einer positiven und gesunden Entwicklung
- die Vermittlung spielerischer Lernerfahrungen zum Thema Gesundheit

- die Einbettung einer gesundheitsorientierten Lebensweise in den gesamten Tagesablauf der Kindertagesstätte
- die Vermittlung von Anregungen für die beteiligten Erzieher(innen) und interessierte Eltern sowie die Vernetzung im kommunalen Umfeld.

Als eine solche konkrete Maßnahme sollte vorrangig ein gesundheitsförderliches Angebot der Gemeinschaftsverpflegung (Mittagstisch) erprobt werden.

9.4.2 Auf- und Ausbau von Service- und Beratungsstrukturen zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung

Es gibt etwa 41.000 allgemeinbildende Schulen in Deutschland [23]. Deshalb und aufgrund der Zuständigkeit der Länder und der einzelnen Schulträger sind flächendeckende Maßnahmen für alle Schulen kurzfristig kaum zu implementieren. Um Schulen bei der gesundheitsfördernden Profilbildung zu unterstützen, bedarf es des Auf- und Ausbaus (über-)regionaler Service- und Beratungsstrukturen (wie z.B. Praxisbüros „Gesunde Schule“, Kompetenzzentren und Netzwerken) als Brückeninstanzen für Schulen und deren Partner [4]. Diesen Infrastrukturen und Serviceangeboten für Schulen kommt die Aufgabe zu, Informationen zu sammeln, einen Überblick über die vielfältigen Fortbildungsangebote zu geben, Fortbildungsmaterialien vorzuhalten und eigene Fortbildungsangebote und -materialien zu entwickeln, um eine hohe Qualität in der gesundheitsförderlichen Schulentwicklung zu gewährleisten. In diesem Sinn verstehen sich die (über-)regionalen Service- und Beratungsstrukturen als Unterstützungsagenturen für Schulen, Schulverwaltungen, Schulträger und schulbezogene Aktivitäten anderer Institutionen mit dem Ziel, Prozesse und Projekte einer gesundheitsförderlichen Schulentwicklung zu stärken. Aufgabenschwerpunkte sind insbesondere:

- Informations- und Kontaktstelle mit umfangreichen Materialdienst
- Vermittlung von Fachkontakten
- Aufbau (über-)regionaler Datenbanken mit Angeboten und Referent(inn)en in der Region oder im jeweiligen Bundesland
- Entwicklung von geeigneten Modulen zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsansätzen in Schulen, insbesondere in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung
- Angebote zur schulinternen Lehrerfortbildung (z.B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, Schulklima, Gestaltung von Schulleben u.a.)
- Elternberatung (z.B. Gestaltung von Elternabenden, themenbezogene Workshops)

- Projektberatung (in den Schulen, für den Unterricht und die Elternarbeit)
- Impulsveranstaltungen (Konferenzen, Elternabende, Schülerprojekte, Fachtagungen etc.)
- Beratung und Vernetzung von Institutionen und Programmen (z.B. zur Sucht- und Gewaltprävention, Kooperation mit Schulbehörden, Wissenschaft, Beratungsstellen, Gesundheitswesen, externen Anbietern)

Nach dem Auslaufen der Bund-Länder-Modellversuche im Bereich ‚gesundheitsfördernde Schule‘ existiert zur Zeit keine nationale Zuständigkeit für die Koordination und Bündelung von Aktivitäten. Daher sollten flächendeckend Unterstützungsstrukturen aufgebaut werden, d.h. sowohl die regionale als auch die Länder- und Bundesebene sollten entsprechende Angebote vorhalten. Insbesondere sollten Grund-, Haupt- und Sonderschulen von solchen Unterstützungsangeboten profitieren, weil sie in den vergangenen Modellversuchen eher unterrepräsentiert waren, aber gerade hier ein wesentlicher Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet werden kann. Derzeit (an)laufende Modellversuche zur Unterstützung und Vernetzung gesundheitsfördernder Schulen, an denen sich verschiedene Träger beteiligen, sind zu evaluieren.

9.4.3 Stärkere Implementation des Settingansatzes in berufsbildenden Schulen.

Im Rahmen der umfangreichen Modellaktivitäten zur ‚gesundheitsfördernden Schule‘ in Deutschland waren berufsbildende Schulen bislang wenig repräsentiert und beteiligt. Dabei bilden gerade sie die Schnittstelle zwischen Schul- und Arbeitsleben und können wesentlich dazu beitragen, die Querschnittsanforderung „Gesundheitliche Chancengleichheit“ umzusetzen, weil über dieses Setting mehr sozial benachteiligte Schülerinnen und Schüler als in anderen Schulformen erreicht werden können. Außerdem wird hier die ansonsten für gesundheitliche Themenstellungen schwer erreichbare Zielgruppe der 14 bis 18-jährigen erreicht.

Deshalb sollte das Konzept der ‚gesundheitsfördernden Schule‘, das Anfang der 90er Jahre vom Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation für Europa in Kopenhagen und durch Modellversuche in zahlreichen Ländern entwickelt wurde, auf diese Schulform besser angepasst werden. Zentrales Ziel gesundheitsfördernder Schulen ist es, eine Veränderung des Unterrichts, des Schullebens und der schulischen Umwelt mit dem Ziel anzuregen, die Gesundheit der in der Schule lernenden, lehrenden und anderweitig tätigen Personengruppen zu fördern. Die ‚gesundheitsfördernde Schule‘ leitet gesundheitsbezogene Schulentwicklungsprozesse ein, insbesondere durch die Umsetzung der von der WHO definierten wesentlichen Ziele:

- Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfelds durch entsprechende Gebäude, Freiflächen für Bewegungs- und Spielangebote, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen usw.
- Förderung des gesundheitlichen Verantwortungsbewusstseins des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft
- Anleitung zur gesunden Lebensweise sowie Erstellung eines Angebots von realistischen und attraktiven Gesundheitsalternativen für Schüler und Lehrer
- Es allen Schülern ermöglichen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial auszuschöpfen, und ihre Selbstachtung fördern
- Für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele vorschreiben
- Schaffung von guten Beziehungen zwischen Lehrern und Schülern, zwischen Schülern untereinander und zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde
- Auslotung der Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung
- Mit einer die Schüler aktiv einbeziehenden Didaktik ein kohärentes Curriculum für die Gesundheitserziehung planen
- Den Schülern das Wissen und die Fähigkeiten mit auf den Weg geben, die sie brauchen, um vernünftige Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheit und die Erhaltung und Verbesserung einer sicheren und gesunden physischen Umwelt treffen zu können
- Die schulische Gesundheitspflege im weiten Sinne als Bildungsressource begreifen, die den Schülern dazu verhelfen kann, sich zu effektiven Nutzern der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Diese Zielstellungen sind in berufsbildenden Schulen aufgrund ihrer Struktur ungleich schwerer umzusetzen als in anderen allgemeinbildenden Schulformen. Deshalb müssen hier die Rahmenbedingungen verbessert und eine Anpassung des Konzeptes auf diese Schulform vorgenommen werden. Besonders wichtig ist dabei die Einbeziehung von Aspekten der Belastung/

Beanspruchung bzw. Gesundheitsressourcen an den betrieblichen Ausbildungs- und Arbeitsplätzen der Schüler.

9.4.4 Gesundheitsbezogene, aufsuchende Angebote für junge, sozial benachteiligte Familien

Familien sind nicht grundsätzlich als versorgungsbedürftig zu betrachten. Sie erbringen trotz der gesellschaftlichen Veränderungen vielfältige Leistungen für sich selber, für Nachbarschaften und für das Gemeinwesen. Familiengründung ist jedoch als lebenskritische Phase anfällig für verschiedene soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen. Insbesondere bei sozial benachteiligten Familien kumulieren verschiedene Belastungssituationen (z.B. mangelnde Wohnungsausstattung, fehlende soziale Netzwerke und geringere Inanspruchnahme von Vorsorge- und Informationsdienstleistungen). Deshalb benötigen sie niedrigschwellige Hilfsangebote, um den veränderten Alltagsanforderungen gerecht zu werden und um die Bedürfnisse des Kindes erkennen und befriedigen zu können. Studienergebnisse belegen zudem, dass Eltern in der Phase rund um die Geburt des Kindes besonders große Offenheit für Gesundheitsthemen, aber auch für den eigenen Lebensstil und die Partnerschaft entwickeln.

Vorhandene primärpräventive Gesundheitsangebote für Familien (z.B. Mütterberatungen und Familienhebammen) innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind in den vergangenen Jahren eher ab- als neu aufgebaut worden. Wenn die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Familien verbessert werden sollen, müssen jedoch gerade solche Angebote vorgehalten und ausgebaut werden. Insgesamt sollten die präventiven Angebote folgenden Zielen dienen:

- Hilfe zur Selbsthilfe vermitteln
- die Übernahme individueller Verantwortung der Eltern betonen
- generell Problemlösungsstrategien für zukünftige Probleme vermitteln
- die Gesundheitskompetenz insbesondere zu Fragen der Ernährung, Bewegung, Unfallprävention und Stressbewältigung erhöhen.

Die präventiven Maßnahmen sollten so gestaltet sein, dass sie die bekannten Risikofaktoren kindlicher Entwicklungsstörungen (wie Armut, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankung eines Elternteils, vernachlässigendes Familienmilieu, Einsamkeit der Mutter oder genetische Belastungen, Frühgeburt, ein schwieriges Temperament etc.) berücksichtigen, wissenschaftlich

überprüft sind, ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, die vorhandenen elterlichen Ressourcen nutzen, dem kindlichen Entwicklungsprozess gerecht werden und sowohl Mütter als auch Väter ansprechen.

9.4.5 Ausbau und Vernetzung familienbezogener Angebote in sozial benachteiligten Stadtteilen

Die Angebotsstruktur für Familien gliedert sich, soweit in sozial benachteiligten Stadtteilen eine solche überhaupt vorhanden ist, in unterschiedliche Zuständigkeits- und Trägerbereiche. Einrichtungen der Jugendhilfe wie Kindertagesstätten oder Familienbildungsstätten halten ebenso relevante Angebote vor wie die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Erwachsenenbildung sowie andere spezifische Beratungseinrichtungen für besondere Problemlagen. Die Leistungspalette gesundheitsbezogener und psychosozialer Angebote für Familien kann als zu wenig transparent und zu spezialisiert bezeichnet werden. Dies erzeugt vor allem für bildungsferne Familien auf der Suche nach geeigneten Gesundheitsangeboten viele Wege und häufig eine inadäquate Inanspruchnahme von Leistungen. Auch im Jugendhilfebereich sind ähnliche Zugangsbarrieren sichtbar. Um belastete Familien effektiver zu erreichen, ist eine bessere Vernetzung der verschiedenen Hilfsangebote anzustreben. Insbesondere fehlen auch niedrigschwellige Angebote in diesem Bereich.

Zu den Familien sollte ein frühestmöglicher Kontakt im nicht-problemorientierten Bereich gesucht werden, um die Bereitschaft zur Inanspruchnahme verschiedener Hilfsangebote zu erhöhen und Fehl-, Über- und Unterversorgungslagen zu vermeiden. Erst durch die Verknüpfung des Gesundheits- und Jugendbereichs auf der Basis von Gemeinwesenarbeit werden die Zugangsbarrieren für Familien vermindert und können Probleme wirksam und angemessen bewältigt werden. Dabei sollten sowohl individuelle Hilfen als auch Gruppenangebote vorgehalten werden. Der Aufbau dieser Strukturen kann nur kleinräumig erfolgreich betrieben werden. Stadtteilzentren, Elternschulen, Kindertageseinrichtungen und Familienbildungsstätten kommt dabei die Aufgabe einer niedrigschwelligen Anlaufstelle zu, über die sich die verschiedenen Sektoren vernetzen lassen. Für diese Vernetzungsaufgabe muss die Angebotsstruktur der genannten Einrichtungen weiterentwickelt werden und eine aufgabengemäße Ausstattung gewährleistet sein.

9.5 Literatur

- 1 Altgeld T, Hofrichter P (Hrsg.) (2000): Reiches Land – Kranke Kinder? Mabuseverlag, Frankfurt/Main
- 2 Altgeld T (2001): Gesundheitsförderung ist nur als gesundheitsförderndes Setting erfolgreich und machbar!, In: impulse, Nr. 32, September 2001, S. 2–3
- 3 Baric L, Conrad G (1999): Gesundheitsförderung in Settings, Gamburg
- 4 Barkholz U, Gabriel R, Jahn H, Paulus P (2001): Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit – Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen, Flensburg
- 5 Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (1995): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg – Zwischenbilanz 1994, Hamburg
- 6 Bergmann, K.E., Bergmann, R.L., Dudenhausen, J. W.: Krankheitsprävention durch Gesundheitsförderung in der Familie: Warum beginnen wir nicht am Anfang? Monatsschr. Kinderheilkd. 143, 526-530, 1995
- 7 Bergmann RL, Kamtsiuris P, Bergmann KE, Huber M, Dudenhausen JW: Kompetente Elternschaft: Erwartungen von jungen Eltern an die Beratung in der Schwangerschaft und an die Entbindung. Z Geburtsh Neonatol 204: 60-67 (2000)
- 8 Buch M, Frieling E (2001): Belastungs- und Beanspruchungsoptimierung in Kindertagesstätten, Kassel
- 9 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): „Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten, Köln
- 10 Colber-Schrader H, Krug, M (1999): Arbeitsfeld Kindergarten, Juventa, Weinheim und München
- 11 Department of Health (1992): The Health of the Nation: a strategy for health in England, London
- 12 Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz
- 13 Gesundheitsminister Konferenz (GMK) (1997): Beschluss der 70. Gesundheitsminister-Konferenz: „Auswirkungen von sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit von Kindern“, Saarbrücken
- 14 Helmert U, Baumann K, Müller R (Hrsg.) (2000): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland, Juventa, Weinheim und München
- 15 Klocke A, Hurrelmann K (1998): Kinder und Jugendliche in Armut, Westdeutscher Verlag, Opladen
- 16 Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel P-E (Hrsg.) (1995): Jugend und Gesundheit, Juventa, Weinheim und München
- 17 Mielck A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- 18 Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2001): Die sechs Gesundheitsziele – Gesundheit für alle, Magdeburg
- 19 Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (2001): Gesundheitsziele in Niedersachsen, Hannover

- 20 Schellhorn W. (1996): Jugendhilferecht, Textausgabe des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG/SGB VIII), Luchterhandverlag, Neuwied
- 21 Schoppa A (2001): Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter, Urban und Vogel, München
- 22 Statistisches Bundesamt (2001): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, Teil III.1 – Einrichtungen und tätige Personen 1998, Wiesbaden
- 23 Statistisches Bundesamt (2001): Statistisches Jahrbuch 2000, Wiesbaden
- 24 Stender, K-P (2000): Qualitätsstandards zur Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern – Abschlussbericht, Hamburg
- 25 U.S. Department of Health and Human Services (2000): Healthy people 2010, 2nd ed., Vol II, Washington D.C.
- 26 World Health Organization Regional Office for Europe (1999): Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region, Copenhagen

9.6 Mitglieder der AG

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Vorsitz)

Dr. Sibylle Angele, GVG

Sibylle Becker, AOK-Bundesverband

Prof. Dr. Karl Bergmann, Robert Koch-Institut

Ute Brasseit, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Justina Engelbrecht, Bundesärztekammer

Prof. Dr. Helmut Hesecker, Universität Paderborn

Dr. Dagmar Hutzler, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.

Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch, TU Dresden

Steffi Köhler, Kultusministerium Sachsen-Anhalt

Dr. Peter Krawczack, Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf

Hannes Lachenmair, Bundesarbeitsgemeinschaft Elterninitiativen e.V., München

Prof. Dr. Eva Luber, Hochschule Magdeburg-Stendal

Patricia Lüning-Klemm, Bundesverband der Unfallkassen e.V.

Gisela Marsen-Storz, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Dorle Miesala-Edel, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Hartwig Möbes, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Karin Niederbühl, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

Dr. Elke Opper, Institut für Sportwissenschaft der TU Darmstadt

Prof. Dr. Peter Paulus, Institut für Psychologie, Universität Lüneburg

Dr. Barbara Philippi, GVG

Wilhelm Pöllen, Gesundheitsamt Düsseldorf

Dr. Renate Vogelsang, Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft

Dr. Gabriele Windus, Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales

Dr. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover

10. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

10.1	EINLEITUNG.....	168
10.1.1	RELEVANZ DES THEMAS	168
10.1.2	ZIELFORMULIERUNG.....	170
10.1.3	BEGRÜNDUNG DER ZIELAUSWAHL.....	170
10.1.3.1	TRANSPARENZ ERHÖHEN.....	170
10.1.3.2	KOMPETENZ ENTWICKELN.....	171
10.1.3.3	PATIENTENRECHTE STÄRKEN.....	172
10.1.3.4	BESCHWERDEMANAGEMENT VERBESSERN.....	173
10.2	ZIELE UND TEILZIELE	175
10.3	TABELLARISCHE ÜBERSICHT	177
10.4	MAßNAHMENSKIZZEN.....	182
10.4.1	AUSWAHLPROZESS	182
10.4.2	KONKRETISIERUNG BESTIMMTER MAßNAHMEN	183
10.4.2.1	TRANSPARENZ ERHÖHEN.....	183
10.4.2.2	KOMPETENZ ENTWICKELN.....	186
10.4.2.3	PATIENTENRECHTE STÄRKEN.....	194
10.4.2.4	BESCHWERDEMANAGEMENT VERBESSERN.....	196
10.5	LITERATUR.....	203
10.6	MITGLIEDER DER AG	205

10.1 Einleitung

10.1.1 Relevanz des Themas

Die Rolle von Patientinnen und Patienten im Beziehungsgeflecht des Gesundheitswesens ist einem zunehmenden Wandel unterworfen. Patientinnen und Patienten werden mittlerweile als wichtige „Koproduzenten“ und als Experten für ihre eigene Gesundheit entdeckt. Als Ursachen für diese veränderte Rolle werden eine Reihe von Faktoren wie z.B. verändertes Gesundheitsbewusstsein, kritischeserverhalten, Strukturreformen im Gesundheitswesen oder Veränderungen im Informations- und Kommunikationssektor angeführt [3].

gesundheitsziele.de bearbeitet das Zielthema „Patientenorientierung“ im Katalog nationaler Gesundheitsziele, weil die Bedeutung von Patientenorientierung und -beteiligung für die Verbesserung der Prävention von Erkrankungen, des Gesundheitszustands und der Lebensqualität in Wissenschaft und Praxis allgemein anerkannt ist. Des Weiteren erscheinen Beteiligung und Mitsprache zur bedarfsgerechten und effizienten Gestaltung des Gesundheitswesens geboten – besonders unter den Bedingungen des Kosten- und Rationalisierungsdrucks im Gesundheitssystem eines demokratisch legitimierten Rechtsstaats.

Im Zusammenhang mit dem Ziel „Steigerung der Gesundheitskompetenz“ sind eine Vielzahl von Ansatzpunkten denkbar. Themen wie „Patientenorientierung im Gesundheitswesen“, „neue Rolle“, Patienteninformation, Patientenberatung, Selbsthilfe, Bürger- und Patientenbeteiligung sowie Patientenrechte sind eng miteinander und mit dem Thema „Kompetenz“ verflochten. Sie gewinnen auch in der deutschen Diskussion zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, zur Ergebnisorientierung sowie zur effektiveren und effizienteren Mittelverwendung an Bedeutung [2, 4–9, 13, 16, 17, 19].

Der Blick auf gesundheitliche Kompetenz kann ressourcenorientiert oder defizitorientiert erfolgen. Die ressourcenorientierte Sichtweise wertet Kompetenz und Partizipation als Schlüsselqualifikationen der Bürger(innen) und Patient(inn)en, die „... einen wesentlichen Einfluss auf Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben.“ [18, S. 40]. Folgerichtig werden Patientinnen und Patienten zunehmend als Bündnispartner von Qualitätsexperten in die Verbesserung von Versorgungsstrukturen einbezogen [1]. Der zweite, so genannte „defizitäre“ Blickwinkel rückt Defizite bei den gesundheitlichen Kompetenzen der

Betroffenen in den Mittelpunkt, die vor dem Hintergrund unseres Demokratieverständnisses als nicht akzeptabel erscheinen.

Hier ist anzumerken, dass die Ziele, Teilziele und Maßnahmen nicht nur für aktive und selbstbestimmte Bürger(innen) und Patient(inn)en formuliert sind, sondern den Betroffenen auch nutzen sollen, wenn sie z.B. aus gesundheitlichen Gründen nicht ausreichend in der Lage sind, ihre Interessen und Bedürfnisse zu äußern.

Das Thema „Gesundheitskompetenz von Bürger(inne)n/Patient(inn)en“ ist nicht nur in AG 8, sondern auch in vielen anderen Arbeitsgruppen des Projektes *gesundheitsziele.de* angesprochen worden. Auch für die Prävention krankheitsrelevanten Verhaltens (AG 4 Diabetes; AG 6 Tabakkonsum; AG 7 Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen) und der qualitätsverbesserten Behandlung bereits eingetretener Erkrankungen (AG 4 Diabetes; AG 5 Brustkrebs) ist eine gesteigerte Gesundheitskompetenz der Betroffenen von großer Bedeutung.

Ausgehend vom Begriff der „Kompetenz“ wurde das Zielthema folgendermaßen gegliedert:

- Transparenz erhöhen
- Kompetenz entwickeln
- Patientenrechte stärken
- 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: Erstens die Verfügbarkeit, Vermittlung und Aneignung von Gesundheitsinformationen. Zweitens die Steigerung gesundheitlicher Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en durch individuelle und gruppenvermittelte Unterstützung sowie die Förderung einer patientenorientierten Arbeitsweise von Institutionen und Leistungserbringern. Drittens die Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungen im Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen. Hierzu sind Verbesserungen bei der Ausgestaltung und Umsetzung der individuellen Rechte sowie ein Ausbau der kollektiven Rechte nötig. Und viertens ein verbessertes System des Beschwerde- und (Behandlungs-)Fehlermanagements, das die Bedürfnisse der Betroffenen stärker berücksichtigt. Bei allen Zielen müssen Bürger(innen) und Patient(inn)en stets in die Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse einbezogen werden.

10.1.2 Zielformulierung

Die oben genannten vier Ziele wurden wie folgt ausformuliert:

- Ziel 1: Bürger(innen) und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt.
- Ziel 2: Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en 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 Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen.

Die Auswahl der Teilziele und Maßnahmen erfolgte konsensual nach Sammlung und Analyse von Praxisbeispielen und der wissenschaftlichen und politischen Diskussion. Letztlich können nur breit abgestimmte und von den Betroffenen getragene Gesundheitsziele eine ausreichende Legitimation und politische Unterstützung finden.

Eine völlig klare thematische Abgrenzung der Maßnahmen bei den Zielen und Teilzielen ist oft nicht zu erreichen und auch nicht unbedingt wünschenswert. So wird man z.B. Überschneidungen bei der Informationsgewinnung im Rahmen von Ziel 1 „Transparenz erhöhen“ zur Beteiligung oder Information von Bürger(inne)n und Patient(inn)en beim Ziel 3 „Patientenrechte stärken“ finden.

Nachfolgend werden die Inhalte der einzelnen Ziele und ihre Auswirkungen auf gesundheitliche Kompetenz skizziert. Es handelt sich dabei um generelle Ausführungen und knappe Schilderungen des Problemzusammenhangs.

10.1.3 Begründung der Zielauswahl

10.1.3.1 Transparenz erhöhen

Eine erhöhte Transparenz des Gesundheitswesens geht mit Verbesserungen bei der Informationsgewinnung, -darstellung und -verbreitung einher. Informationen sind Voraussetzung für eine intelligente, bedarfsgerechte, zweckmäßige und effiziente Nutzung des Gesundheitswesens [1] und auch für mehr gesundheitliche Kompetenz und Beteiligung im Gesundheitswesen.

Auf der einen Seite sehen Patient(inn)en 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 festgestellt. Zwischen den realen Informationsbedürfnissen der Patient(inn)en und den verfügbaren Informationen klafft häufig eine eklatante Lücke (vgl. z.B. die „Berliner Mängelliste zur gesundheitlichen Versorgung“) [11]. Das Einbeziehen von Patient(inn)en in die Gewinnung und Aufbereitung von Informationen erfolgt nur sporadisch auf Initiative einzelner Leistungsanbieter.

10.1.3.2 Kompetenz entwickeln

Die Vermittlung und aktive Aneignung gesundheitlicher Kompetenzen ist ein wesentliches Element der Gesundheitsförderung [21]. Zwischen Ziel 2 „Kompetenz entwickeln“ und Ziel 1 „Transparenz erhöhen“ besteht ein enger Zusammenhang. Um die Patient(inn)en in die Lage zu versetzen, von der größeren Transparenz im Gesundheitswesen auch profitieren zu können, muss ihre Kompetenz gesteigert werden. Umgekehrt werden kompetente und informierte Patient(inn)en zur Transparenz im Gesundheitswesen beitragen, weil sie diese einfordern werden.

Ziel 2 „Kompetenz entwickeln“ steht darüber hinaus in engem Zusammenhang zu Ziel 3 „Patientenrechte stärken“, das sich mit der Frage der Patientenbeteiligung auseinandersetzt. Die Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen ist zum einen Voraussetzung für den Erwerb von Kompetenzen, zum anderen Voraussetzung für die Ausübung der Kompetenz.

Den erarbeiteten Maßnahmen liegt ein Kompetenzbegriff zugrunde, bei dem unter gesundheitlicher Kompetenz sowohl individuelle als auch soziale bzw. kommunikative gesundheitliche Kompetenzen verstanden werden. 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 Verhandlungs- und Kommunikationsgeschick im Kontakt mit Leistungsanbietern, Strategien der Hilfesuche und Fähigkeiten zur sozialen Bezugnahme in einer Selbsthilfegruppe oder -organisation handeln. Unter anderem geht es um die erlebte und erlittene Kompetenz der Betroffenen, wie sie in Selbsthilfegruppen und -organisationen gebündelt wird.

In engem Zusammenhang zur Kompetenz der Patient(inn)en steht die Patientenorientierung der Institutionen und Leistungsanbieter. Dazu gehört z.B. die Fähigkeit zu einer patientenorientierten

Gesprächsführung oder die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, die patientenorientiertes Entscheiden und Handeln erlauben und dazu motivieren.

Den ausgewählten Maßnahmen liegen sowohl „passive“ Strategien der Vermittlung von Gesundheitswissen durch Experten als auch einbindende, aktivierende Strategien zugrunde, die gesundheitliches Selbstmanagement und „Empowerment“ fördern (z.B. Förderung der Selbsthilfe).

10.1.3.3 Patientenrechte stärken

Zugewinne von Kompetenz sind nicht nur auf der individuellen Ebene (vgl. Ziel 2: „Kompetenz gewinnen“), sondern auch auf der kollektiven Ebene erforderlich. 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 Bürger(inne)n und Patient(inn)en und dadurch zu Kompetenzgewinnen beitragen.

Obwohl es in Deutschland im Gesundheits- und Medizinrecht erste Ansätze der Integration von Bürgerbeteiligung gibt, sind diese Gebiete (wie z.B. das Verbraucherrecht) insgesamt auf die Gewährleistung individueller Schutzrechte, d.h. nicht kollektiver Beteiligungsrechte, ausgerichtet [10]. Individuelle Rechtspositionen und Patientenrechte sind aufgrund allgemeiner gesetzlicher Regelungen hoch entwickelt [10], nach wie vor steht jedoch eine Zusammenfassung der Patientenrechte aus, die bislang nur in unterschiedlichen Gesetzestexten aufgeführt sind [18, S. 45]. Die hauptsächlich durch Urteile des Bundesgerichtshofs formulierten Patientenrechte sind für Patient(inn)en kaum zugänglich und schwer verständlich. Eine bessere Information über Patientenrechte und Patientenschutz sowie eine Unterstützung der Patient(inn)en bei ihrer Interessenwahrnehmung sind notwendig.

Gegenüber den individuellen Rechten fehlt es jedoch noch weit mehr an kollektiven Rechten und einer Beteiligung von Verbraucher(inne)n, Versicherten und Bürger(inne)n, die eine Mitwirkung an Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen in verschiedenen Formen wie z.B. Verfahrens-, Beratungs- und Entscheidungsbeteiligung ermöglichen [18, S. 43].

Die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, dem Bundesministerium der Justiz und den wesentlichen Akteuren des Gesundheitswesens herausgegebene Broschüre „Patientenrechte in Deutschland“ stellt den Status Quo der Patientenrechte zusammen. Darüber hinaus müssen die

individuellen und kollektiven Patientenrechte weiterentwickelt und in einer übersichtlichen, transparenten, leicht auffindbaren und rechtsverbindlichen Form gesichert und evaluiert werden.

10.1.3.4 Beschwerdemanagement verbessern

Medizinische Behandlungsfehler, Beschwerden und deren Behebung bzw. Management (Beschwerdemanagement) nehmen in der fachlichen und nichtfachlichen Öffentlichkeit zunehmenden Raum ein. Dem liegt einerseits eine steigende Zahl medizinischer Behandlungsfehler, aber auch eine gesteigerte Wahrnehmung zugrunde, die ihre Ursachen im erhöhten Kostendruck im Gesundheitswesen, in einer erhöhten Transparenz und in einer gestiegenen Anspruchshaltung der Patient(inn)en haben kann [15]. Von Patientenstellen und Selbsthilfekontaktstellen wird die Zunahme von Anfragen im Bereich Behandlungsfehler auch auf mangelhafte oder fehlende Kommunikationsprozesse im Arzt-Patienten-Verhältnis zurückgeführt [14].

Handlungswege zur Klärung medizinischer Behandlungsfehler und damit auch Ansatzpunkte für Verbesserungen sind neben den juristischen Wegen zu den Zivilgerichten und der Erstattung einer Anzeige bei Polizei oder Staatsanwaltschaft drei außergerichtliche Formen der Klärung. Dies sind erstens die Klärung über Gutachterkommissionen /Schlichtungsstellen der Ärztekammern, zweitens über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und drittens die direkte Verhandlung zwischen Patient(in) und Ärztin/Arzt oder zwischen Anwältin/Anwalt und Haftpflichtversicherung [15]. Unabhängige Patienten(beratungs)stellen, Abteilungen der Verbraucherverbände und verschiedene bundesweite Organisationen von Medizingeschädigten beraten und unterstützen Betroffene bei der Durchsetzung ihrer Interessen.

Die Effekte eines differenziert ausgebauten Systems der Beschwerdeführung sind vielfältig [20]. 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 zur Entschädigung der Patient(inn)en. In gut ausgebauten Systemen mit gesetzlicher Verankerung und finanzieller und fachlicher Unterstützung (wie z.B. den Niederlanden) werden Patient(inn)en stärker beteiligt. Indem Patient(inn)en so zur Wahrnehmung ihrer Interessen ermutigt und eingebunden werden, lassen sich Effekte der kollektiven und individuellen Kompetenzsteigerung ableiten. Es wird sogar vermutet, dass die Zufriedenheit mit der Bearbeitung einer Beschwerde den Heilungsprozess positiv beeinflussen kann.

Als problematisch werden vor allem die bei den Betroffenen liegende Beweislast für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers sowie Zweifel an der Unabhängigkeit der Gutachter und die Dauer der Schadensregulierung angesehen. Als Lösungsansätze werden daher die Verbesserung der Position von Beschwerdeführer(inne)n, der Aufbau eines Beschwerde- und (Behandlungs-)fehlermanagements in möglichst vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie die Weiterentwicklung des medizinischen Gutachterwesens und der Haftungsregelungen bei Behandlungsfehlern vorgeschlagen.

10.2 Ziele und Teilziele

Ziel 1: Bürger(innen) und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt (*Transparenz erhöhen*)

Teilziel 1.1: Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege 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: Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar (*Kompetenz entwickeln*)

Teilziel 2.1: Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert; selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en 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: Die kollektiven Patientenrechte sind ausgebaut; die individuellen Patientenrechte sind gestärkt und umgesetzt (*Patientenrechte stärken*)

Teilziel 3.1: Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en 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; sie werden von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt und wirksam umgesetzt

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Ziel 4: Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen (*Beschwerdemanagement verbessern*)

Teilziel 4.1: Die Position von Beschwerdeführer(inne)n, insbesondere von geschädigten Patient(inn)en im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert

Teilziel 4.2: Das Beschwerdemanagement 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

10.3 Tabellarische Übersicht

Ziel 1: Bürger(innen) und Patient(inn)en werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppen-gerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt (*Transparenz erhöhen*)

Teilziele	Maßnahmen
<p>1.1 Informationen zu Gesundheitsprodukten und –dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt</p>	<p>1.1.1 Etablierung unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung von Bürger(inne)n, Patient(inn)en und Versicherten in deren Arbeit</p> <p>1.1.2 Bewertung und Zertifizierung elektronischer und nichtelektronischer Gesundheitsinformationssysteme hinsichtlich Transparenz, Qualität und Bürger(innen)-/Patient(inn)en-Beteiligung</p> <p>1.1.3 Regelmäßige Durchführung dieser Bewertungen und Zertifizierungen durch unabhängige Einrichtungen</p> <p>1.1.4 Vernetzung elektronischer Gesundheitsportale</p> <p>1.1.5 Einführung einer Berichtspflicht der Datenhalter</p> <p>1.1.6 Beteiligung von Patientenvertreter(inne)n und Selbsthilfevertreter(inne)n bei der Erstellung von Behandlungsstandards</p> <p>1.1.7 Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfevertreter(inne)n bei Entscheidungen zur Zusammenstellung von Daten zu Behandlungsrisiken und Behandlungserfolgen</p> <p>1.1.8 Stärkere Berücksichtigung von Gender- und Altersaspekten, von sozial benachteiligten und behinderten Menschen sowie Migrant(inn)en in der Forschung und Informationsgewinnung</p>

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Teilziele		Maßnahmen	
1.2	Eine patienten- und bürgerorientierte Vermittlung und Erläuterung bereitgestellter Gesundheitsinformationen wird gewährleistet	1.2.1	Etablierung eines flächendeckenden Angebotes anbieterunabhängiger Patienteninformations- und Beratungseinrichtungen
		1.2.2	Förderung der Vernetzung dieser Einrichtungen
1.3	Gesundheitsinformationen für spezifische Bevölkerungsgruppen sind verfügbar	1.3	Entwicklung und Vorhaltung von spezifischen Informations- und Beratungsangeboten für ältere Menschen, Frauen und Männer, sozial benachteiligte und behinderte Menschen und Migrant(inn)en, um das Gesundheitssystem für diese verständlicher und zugänglicher zu machen

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Ziel 2: Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar (*Kompetenz entwickeln*)

Teilziele	Maßnahmen
<p>2.1 Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert; selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt</p>	<p>2.1.1 Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen zur Förderung individueller kommunikativer und gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbildungseinrichtungen, Schulen und Betrieben, u.a. durch BZgA, Krankenkassen, Ärzte und andere regionale unabhängige Transferstellen</p> <p>2.1.2 Differenzierung dieser Angebote nach Unterstützungsbedarf spezifischer Bevölkerungsgruppen wie Frauen, Männer, ältere Menschen, sozial Benachteiligte, behinderte Menschen, Migrant(inn)en</p>
<p>2.2 Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitsbezogener Kompetenzen sind angeregt und erschlossen</p>	<p>2.2.1 Öffentliche Unterstützung und Förderung von Selbsthilfegruppen und –organisationen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene. Aufbau und Absicherung eines flächendeckenden Netzes örtlicher Selbsthilfekontaktstellen</p> <p>2.2.2 Vollständige Umsetzung des § 20 Abs. 4 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen und des § 29 SGB IX durch die Reha-Träger</p> <p>2.2.3 Verstärkung der Hinweise auf Selbsthilfemöglichkeiten durch Ärzte, Krankenkassen, Rehabilitationsträger, ÖGD, BZgA etc.</p>
<p>2.3 Patientenorientierte Arbeitsweisen und kommunikative Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und gestärkt</p>	<p>2.3.1 Schaffung von Rahmenbedingungen in leistungserbringenden Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegedienste und -einrichtungen), die es den Mitarbeiter(inne)n ermöglichen, stärker patientenorientiert zu handeln (z.B. durch entsprechende Pflegemodelle oder entsprechendes Praxismanagement)</p> <p>2.3.2 Motivierung der Berufe und Institutionen des Gesundheitswesens zu einer noch stärker patientenorientierten Arbeitsweise durch Zertifizierung, Wettbewerbe, finanzielle Anreize und Erleichterung der Teilnahme an entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangeboten</p> <p>2.3.3 Ergänzung des Medizinstudiums und anderer Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen um Bestandteile wie „sprechende Medizin“, Beratungsschulung, Rolle der Selbsthilfe etc.</p>

Ziel 3: Die kollektiven Patientenrechte sind ausgebaut, die individuellen Patientenrechte sind gestärkt und umgesetzt (*Patientenrechte stärken*)

Teilziele	Maßnahmen
<p>3.1 Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert</p>	<p>3.1.1 Förderung einer weitgehenden Beteiligung von Bürger(inne)n/Patient(inn)en an Entscheidungsverfahren und Beratungen im Gesundheitswesen</p> <p>3.1.2 Einführung von Modellprojekten zur Entwicklung der Beteiligungsmöglichkeiten bis hin zur Entscheidungsbeteiligung von Bürger(inne)n/Patient(inn)en im Gesundheitswesen</p> <p>3.1.3 Entwicklung und Gewährleistung einer qualifizierten, kompetenten und legitimierten Beteiligung der Bürger- und Patientenvertretungen und Ermöglichung ihrer Vernetzung. Bereitstellung ausreichender Ressourcen durch die öffentliche Hand und weitere Akteure im Gesundheitswesen</p>
<p>3.2 Die Verbesserung und bürgernahe Ausgestaltung der Patientenrechte ist realisiert</p>	<p>3.2.1 Weiterentwicklung der individuellen und kollektiven Patientenrechte in übersichtlicher, transparenter und rechtsverbindlicher Form unter aktiver Beteiligung der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen</p> <p>3.2.2 Einführung wirksamer Verfahrensänderungen zur Erleichterung der Anwendung der Patientenrechte und zur Förderung eines gerechten Interessenausgleichs</p>
<p>3.3 Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt und von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt; sie werden wirksam umgesetzt</p>	<p>3.3.1 Aktive Information der Bürger(innen) und Patient(inn)en über die individuellen und kollektiven Patientenrechte durch die Einrichtungen des Gesundheitswesens</p> <p>3.3.2 Erleichterung der Wahrnehmung und Umsetzung der Patientenrechte und Behebung von Vollzugsdefiziten durch die Anbieter und Kostenträger im Gesundheitswesen</p>

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Ziel 4: Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen (*Beschwerdemanagement verbessern*)

Teilziele	Maßnahmen
<p>4.1 Die Position von Beschwerdeführer(inne)n, insbesondere von geschädigten Patient(inn)en im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert</p>	<p>4.1.1 Flächendeckende Bereitstellung anbieter- und kostenträgerunabhängiger Information, Beratung und Unterstützung bei Beschwerden über Fehler, Medizinschäden und Probleme mit Behandlern oder Kostenträgern</p> <p>4.1.2 Weiterentwicklung geeigneter Anlaufstellen wie z.B. Patientenstellen, Patientenfürsprecher, Patientenombudspersonen</p> <p>4.1.3 Einführung einer Beweiserleichterung bzw. anderer Instrumente des Interessensausgleichs für geschädigte Patient(inn)en</p>
<p>4.2 Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-) Fehlermanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgebaut und führt zu regelmäßigen Qualitätsberichten</p>	<p>4.2.1 Aufbau einer koordinierten Medizinschadensforschung unter Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen</p> <p>4.2.2 Nutzung dieser Medizinschadensforschung für eine systematische Qualitätssicherung</p> <p>4.2.3 Etablierung einer regelmäßigen Berichterstattung über Beschwerdefälle in allen Bereichen des Gesundheitswesens unter Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen</p>
<p>4.3 Das medizinische Gutachterwesen und die Haftungsregelungen bei Behandlungsfehlern sind patientengerecht weiterentwickelt</p>	<p>4.3.1 Entwicklung verbindlicher Kriterien für den Einsatz von medizinischen Gutachter(inne)n, dabei Berücksichtigung folgender Punkte: a) Gutachter kommen nicht von der kritisierten/ beschuldigten Partei, b) die Unabhängigkeit der Gutachter wird offen gelegt, c) die/der Beschwerdeführer/in kann zwischen Gutachter(inne)n mit unterschiedlichem institutionellen Hintergrund wählen</p> <p>4.3.2 Neben den Gutachterstellen der Ärztekammer und des MDK werden unabhängige Begutachtungen für Patient(inn)en ermöglicht</p> <p>4.3.3 Nach Prüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen Einrichtung eines Entschädigungsfonds o.Ä. zur schnellen Schadensregulierung</p>

10.4 Maßnahmenskizzen

10.4.1 Auswahlprozess

Transparenz erhöhen, Kompetenz entwickeln, Patientenrechte stärken und Beschwerdemanagement verbessern sind komplexe und facettenreiche Zielthemen. Von diesen leiten sich eine Vielzahl von Teilzielen und möglichen Maßnahmen ab.

Die Maßnahmen bedürfen einer weiteren Konkretisierung. Gleichzeitig müssen bei der Umsetzung auch Prioritäten gesetzt werden, da nicht alle denkbaren Maßnahmen gleichzeitig angegangen werden können. Deshalb wurden exemplarisch zwei Maßnahmentypen ausgewählt:

- Maßnahmen, die kurzfristig umsetzbar sind
- Maßnahmen von besonderer Bedeutung, die eines aufwändigeren Vorlaufs bedürfen

Die Teilziele und Maßnahmen sind entsprechend der tabellarischen Übersicht nummeriert.

10.4.2 Konkretisierung ausgewählter Maßnahmen

10.4.2.1 Transparenz erhöhen

Teilziel 1.1

Informationen zu Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen (Qualität, Preise), zu Leistungserbringern (Qualifikation, Behandlungshäufigkeiten, Zahl der Eingriffe), zu medizinischen Behandlungsverfahren, zur Pflege und zu Verfahren und Strukturen im Gesundheitswesen sind zur Verfügung gestellt.

Maßnahme 1.1.1

Etablierung unabhängiger Einrichtungen zur Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen unter Einbeziehung von Bürger(inne)n, Patient(inn)en und Versicherten in deren Arbeit.

Problembeschreibung

Im Gesundheitswesen fehlt die Transparenz der Leistungsqualität für Bürger(innen), Patient(inn)en und Versicherte – anders als in fast allen anderen Bereichen, in denen durch Testberichte unabhängiger Institute sowie Zeitschriften umfangreich über alle Aspekte der Qualität von Produkten und Dienstleistungen aufgeklärt wird. Patient(inn)en brauchen solche bewerteten Qualitätsinformationen, um als „mündige Patient(inn)en“ eine sinnvolle Auswahl zwischen verschiedenen Leistungserbringern treffen zu können. Sie erhalten sie aber nirgends. Denn wer aussagefähige Daten über die Qualität von Leistungen und Leistungserbringern besitzt (z.B. öffentliche Körperschaften wie Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Behörden), darf sie in der Regel nicht für diesen Zweck verwenden. Und diejenigen, die sie verwenden dürften (z.B. freie Träger der Patientenunterstützung), besitzen sie nicht.

Maßnahmenskizze

- Alle bereits vorhandenen Daten und Informationen müssen nutzbar gemacht und für die Leistungsbewertung und Information der Bürger(innen) freigegeben werden. Dies erfordert neue gesetzliche Regelungen im SGB zum Umgang mit Daten der Leistungserbringer und Krankenkassen, eventuell auch Änderungen datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

- Für die Aufbereitung und Veröffentlichung der Daten und Informationen aus dem Leistungsgeschehen muss ein unabhängiges Institut geschaffen werden, das von einem paritätisch auch mit Versicherten- und Patientenvertretern besetzten Beirat kontrolliert wird.
- Zusätzlich zu den Daten und Informationen der Leistungserbringer und Kostenträger müssen die Erfahrungen der Patient(inn)en systematisch erfasst, ausgewertet und veröffentlicht werden. Dazu müssen objektive Patientenbefragungen verstärkt sowie Beschwerdewege geschaffen und deren Ergebnisse in den Informationspool eingespeist werden.
- Für die Information der Bürger(innen), Versicherten und Patient(inn)en über die Qualität der Leistungen und Leistungserbringer müssen die patientenunterstützenden Einrichtungen ausgestattet und ausgerüstet werden, z.B. durch Geräte zur Speicherung und Verarbeitung von Informationen, durch zusätzliche Personalkapazitäten oder durch Schulung.
- Bereits vorhandene, aber nicht umgesetzte gesetzliche Bestimmungen zur Transparenz des Gesundheitswesens müssen schnellstens auch in der Praxis realisiert werden, z.B. § 305 Abs. 2 SGB V (quartalsweise Information der Patient(inn)en über die Abrechnungen der Leistungserbringer mit den Krankenkassen), § 137 Abs. 1 SGB V (Einholung von Zweitmeinungen vor medizinischen Eingriffen) oder § 10 Abs. 5 der (Muster-)Berufsordnung der deutschen Ärztinnen und Ärzte (Sicherung der ärztlichen Dokumentation vor nachträglichem Überschreiben).

Akteure

An der öffentlichen Qualitätsbewertung müssen alle Akteure im Gesundheitswesen mitwirken: Die Leistungserbringer müssen die Transparenz ihrer Arbeit akzeptieren und unterstützen. Die Kostenträger müssen hinnehmen, dass Qualitätstransparenz nicht nur ihren jeweiligen Mitgliedern zugute kommen kann. Die Politik muss durch gesetzliche Vorgaben Restriktionen beseitigen sowie Anreize setzen oder notfalls auch Zwang ausüben, Transparenz für die Nutzer des Gesundheitswesens herzustellen. Die Bürger(innen), Versicherten und Patient(inn)en schließlich sollen ihre Sicht und ihre Erfahrung in den Kanon der Informationen einbringen.

Maßnahme 1.1.8

Stärkere Berücksichtigung von Gender- und Altersaspekten, von sozial benachteiligten und behinderten Menschen sowie Migrant(inn)en in der Forschung und Informationsgewinnung.

Problembeschreibung

Herzerkrankungen sind die Haupttodesursache bei Frauen. Geschlechtsspezifische Besonderheiten werden in der Forschung, bei Diagnose, Therapie und Nachbehandlung z.B. beim Herzinfarkt nicht hinreichend berücksichtigt. Die Mehrzahl der Frauen weist zum Teil besondere

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Symptome wie Atemnot, Schmerzen in der Magengegend, Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbrüche oder Schmerzausstrahlungen in den Rücken auf, die den Frauen und Ärzten nicht bekannt sind. Fakt ist: Frauen werden circa 1 Stunde später als Männer in eine Klinik eingewiesen. Frauen nehmen seltener und kürzer als Männer eine Anschlussheilbehandlung nach Herzinfarkt in Anspruch. Frauen erhalten generell bei Herzerkrankungen eher billigere und ältere Medikamente. Das bestätigen auch Kassendaten.

Migrant(inn)en haben oftmals ein starkes Kommunikationsproblem. Es gibt nur wenige muttersprachliche Informationen über das Gesundheitssystem, die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen und die staatliche Gesundheitsvorsorge. Es besteht ein großes Defizit im gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle in Deutschland lebenden und sich aufhaltenden Menschen. Hier sollte ähnlich wie in anderen europäischen Ländern eine ausreichende medizinische Versorgung unabhängig vom Aufenthaltsstatus gesichert werden.

Maßnahmenskizze

- Forschungsprojekt „Versorgungsforschung unter geschlechtsspezifischen- und altersspezifischen Aspekten, unter Einbeziehung sozial benachteiligter Gruppen beim Herzinfarkt“. Adressat: Bundesministerium für Bildung und Forschung. Mittelfristig bis langfristig umsetzbar.
- Berücksichtigung geschlechts- und altersspezifischer Aspekte in der Arzneimittelforschung – langfristig umsetzbar. Zuständigkeit: BMGS, BfArM.
- Berücksichtigung von geschlechtsspezifischen Maßnahmen in Diagnose und Therapie, insbesondere beim Herzinfarkt. Beispiel: DMP – mittelfristig umsetzbar, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte. Zuständigkeit: Berufsverbände, Kammern, Krankenkassen, Medien.
- Maßnahmen zur stärkeren Berücksichtigung von Migrant(inn)en in der gesundheitlichen Forschung und Informationsgewinnung werden derzeit noch diskutiert.

10.4.2.2 *Kompetenz entwickeln*

Teilziel 2.1

Das individuelle gesundheitsbezogene Selbstmanagement wird gefördert. Selbstbewusste und selbstbestimmte Handlungsweisen von Bürger(inne)n und Patient(inn)en im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention werden unterstützt.

Maßnahme 2.1.1

Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen zur Förderung individueller kommunikativer und gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbildungseinrichtungen, Schulen, Betrieben u.a. durch BZgA, Krankenkassen, Ärzte und andere regionale Transferstellen.

Maßnahme 2.1.2

Differenzierung dieser Angebote nach Unterstützungsbedarf spezifischer Bevölkerungsgruppen wie Frauen, Männer, ältere Menschen, sozial Benachteiligte, behinderte Menschen, Migrant(inn)en.

Problembeschreibung

Menschen brauchen eine Fülle von Kompetenzen, wenn sie als Patient(inn)en das System der Gesundheitsversorgung nutzen, aber auch schon vorher, wenn es um die Wahrnehmung und intelligente Nutzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention geht. Diese Kompetenzen müssen möglichst früh erworben werden; im Krankheitsfall ist es dafür meist zu spät.

Das heutige Erziehungs- und Bildungswesen bietet so gut wie keine wirksame Möglichkeit, sich derartige Kompetenzen anzueignen. Es blendet sogar Krankheit und Tod weitgehend aus und fördert damit eine fatale, weil illusionäre Orientierung der jungen Menschen an den Werten Jugendlichkeit, Fitness und Wohlbefinden. Daher ist die Vermittlung der genannten Kompetenzen sowohl im primären Erziehungswesen als auch in den Systemen der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verankern.

Maßnahmenskizze

Die notwendigen Kompetenzen können in vier große Bereiche gegliedert werden:

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

- Umgang mit der eigenen Gesundheit, insbesondere mit Stress, gesund- und krankmachenden Einflüssen (z.B. Familie, Arbeitswelt, Umwelt), Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Extremsport) und Risikofaktoren
- Umgang mit Krankheit (ggf. inklusive medizinischer Fakten), Vorbereitung auf ihre Unvermeidlichkeit (einschließlich Sterben und Tod), individuelle Verarbeitung von Lebenskrisen
- Umgang mit dem Gesundheitswesen als Patient(in) – vom Funktionieren des Systems über die Transparenz der Leistungsqualität bis hin zu den individuellen Patientenrechten
- Mitwirkung im Gesundheitswesen, Kompetenzen zur Beteiligung an der Systemgestaltung – das sind vor allem kommunikative und soziale Kompetenzen (z.B. Rhetorik, Selbstbehauptung, Verhandlungsführung, Gruppenleitung)

Für alle vier Felder sind differenzierte curriculare Elemente zu entwickeln und in den verschiedenen genannten Institutionen zu implementieren. Dabei kann sicher auf etliche bereits vorhandene Elemente zurückgegriffen werden, die allerdings an den unterschiedlichsten Orten entwickelt wurden (z.B. Volkshochschulen, psychologische und soziologische Institute und Fakultäten, Einrichtungen der Selbsthilfe).

Zeitperspektive

Mit der Sammlung curricularer Elemente kann sofort begonnen werden. Die Erprobung in größerem Maßstab sollte nach gründlicher Abstimmung der Elemente aufeinander erfolgen.

Umsetzende Akteure

Für die Primärbildung (Schule) ist eine Zusammenarbeit mit Institutionen erforderlich, die Curricula entwickeln und Lehrer fortbilden.

Bei der Umsetzung eines integrierten Gesamtkonzepts in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Erwachsene könnten die Volkshochschulen das Zentrum bilden, da sie bevölkerungsnah und einigermaßen flächendeckend verbreitet sind. Sie bedürfen allerdings der Ausfüllung des Konzepts durch diejenigen, die bereits Einzelelemente von Patientenschulungen entworfen und entwickelt haben (z.B. Krankenkassen, Kammern, Ärzteverbände, BZgA, Universitäten), sowie natürlich durch die Patient(inn)en selbst (z.B. durch ihr Schicksal als Betroffene kompetent gewordene Mitglieder von Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen).

Ressourcen

Für die Umsetzung der Maßnahmen zur Patientenkompetenz wären zusätzliche Personalkapazitäten nötig, ferner Honorarmittel für die Zuarbeit seitens der Wissenschaft sowie der Patienten(vertreter) und schließlich für die Durchführung entsprechender Veranstaltungen. Institutionen wie BZgA, Krankenkassen und Ärzteverbände wären ebenfalls gefragt, einen Beitrag zu leisten.

Teilziel 2.2

Selbsthilfemöglichkeiten zur Stärkung individueller und sozialer gesundheitlicher Kompetenzen sind angeregt und erschlossen.

Maßnahme 2.2.2

Vollständige Umsetzung des § 20, 4 SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen und des §29 SGB IX durch die Reha-Träger.

Problembeschreibung

Mit dem so genannten „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ hat der Gesetzgeber im Dezember 1999 die Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen im neuen **§ 20, 4 SGB V** erheblich präzisiert und qualifiziert. Unter anderem ist aus dem vorherigen fördern „können“ ein fördern „sollen“ geworden; eine Aufforderung mit juristisch stark verpflichtendem Charakter. Und – der Gesetzgeber hat erstmalig eine exakte Summe genannt: die Förderung soll für jeden Versicherten ab dem Jahr 2000 einen Betrag von 0,51 Euro umfassen; damit sollte eine Gesamtsumme von jährlich circa 36 Millionen Euro zur Förderung der Selbsthilfe zur Verfügung stehen.

Auch knapp drei Jahre nach In-Kraft-Treten des § 20, 4 SGB V erweist sich dessen Umsetzung noch immer als nicht ausreichend. In den Jahren 2000 und 2001 sind von den Krankenkassen zusammen nur gut 25 Millionen Euro in die Selbsthilfeförderung geflossen. Eine seit Juli 2001 angestrebte Präzisierung der Förderempfehlungen zur Verbesserung der Förderpraxis konnte wegen unvereinbarer Positionen der Kassenseite und der Vertreter der Selbsthilfe bisher nicht realisiert werden.

Maßnahmenskizze

Zur Gewährleistung einer unbürokratischen, verlässlichen und einheitlichen Selbsthilfeförderung auf allen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) und für alle Bereiche der Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen), bei der eine Ausschüttung von Fördermitteln in dem gesetzlich vorgesehenen Umfang realisiert ist, sind seitens der Krankenkassen folgende Maßnahmen notwendig:

- Vereinfachung und Vereinheitlichung des Förderverfahrens (einheitliche Antragsformulare, Ein-Ansprechpartner-Modell) für alle Bereiche (Selbsthilfegruppen, -organisationen sowie -kontaktstellen) und Ebenen (Bund, Land, Region) der Selbsthilfe
- Entwicklung und Offenlegung verlässlicher Vergabekriterien
- Pauschale Sockelfinanzierung für gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen
- Erarbeitung von Empfehlungen zur Vergabe der Fördermittel auf lokaler Ebene durch übergreifende Gremien/Beiräte unter Beteiligung von Selbsthilfevertretern
- Vorzug der pauschalen Förderung gegenüber der Projektförderung insbesondere für Selbsthilfekontaktstellen
- Gemeinsame, einheitliche und kassenartenübergreifende Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Förderpools bzw. -gemeinschaften (z.B. nach dem Vorbild von Nordrhein-Westfalen)

Für die Umsetzung des **§ 29 SGB IX** ist eine baldige Formulierung von „Grundsätzen zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe“ (vgl. § 13) über die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) nötig, um die Selbsthilfeförderung nach § 29 SGB IX auch durch die Rehabilitationsträger zu präzisieren und ihre Umsetzung zu gewährleisten.

Letztlich soll und darf die durch die Neuformulierung des § 20 4 SGB V und des § 29 SGB IX vom Gesetzgeber beabsichtigte Verbesserung der Selbsthilfeförderung durch die Sozialversicherungsträger nicht zu einem Rückzug anderer Kostenträger führen. Vielmehr müssen alle an der psychosozialen Versorgung Beteiligten – also Bund, Länder und Gemeinden genauso wie Krankenkassen, Renten- und Rehabilitationsträger – die Finanzierung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mittragen.

Teilziel 2.3

Patientenorientierte Arbeitsweise und kommunikative Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und gestärkt.

Problembeschreibung

In zunehmender Weise werden die Arbeitsbedingungen in Kliniken und niedergelassenen Praxen im Hinblick auf eine patientenorientierte Arbeitsweise kritisiert. So werden mangelnde Kooperation zwischen den Gesundheitssektoren, fehlende Transparenz und die Zunahme von Verwaltungsaufgaben für Ärzte und Pflegepersonal für eine schlechter werdende Gesundheitsversorgung verantwortlich gemacht. Neben diesen strukturellen Bedingungen wird auch die mangelnde Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen beklagt, die nicht zeitgemäßen Inhalte der Aus- und Weiterbildung und schließlich das Fehlen angemessener Gebührenordnungspositionen, die die „sprechende Medizin“, Beratungsschulungen und Selbsthilfeunterstützung abbilden. Um diesem Trend entgegenzuwirken, werden folgende Maßnahmen beschrieben:

Maßnahmen 2.3.1

Schaffung von Rahmenbedingungen in leistungserbringenden Einrichtungen (z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser), die es den Mitarbeiter(inne)n ermöglichen, stärker patientenorientiert zu handeln (z.B. durch entsprechende Pflegemodelle oder entsprechendes Praxismanagement).

Maßnahmenskizze

Klinik

- Einschränkung der Verwaltungsaufgaben in Kliniken, z.B. durch Entlastung des Stationspersonals durch nichtärztliches bzw. nichtpflegerisches Personal, die diese Aufgaben übernehmen (vor allem im Hinblick auf die Einführung von DRG)
- Einhaltung von Arbeitszeiten; Anerkennung von Bereitschaftsdiensten als Arbeitszeit (siehe EuGh-Urteil vom 03. 10. 2000 zur Anerkennung der Bereitschaftsdienste), Einführung von flexiblen Arbeitszeitmodellen für das Klinikpersonal und Einführung von ergänzenden Pflegemodellen
- Stärkere Differenzierung von ärztlichem und pflegerischem Personal bzw. Hilfskräften in Kliniken: Entlastung des examinierten Pflegepersonals von pflegefremden Aufgaben durch Einsetzung von Stationsassistent(inn)en oder andere geeignete Hilfskräfte und zentrale

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Dienste, so dass sich diese stärker auf pflegerische und ärztlich angeordnete Aufgaben konzentrieren können. Auszubildende in den Pflegeberufen und Studierende von Pflegestudiengängen, AiP und PJler werden nicht im Stellenplan der Station aufgenommen

- Mehr Transparenz der Struktur und Qualität in der stationären und ambulanten Versorgung, z.B. durch Veröffentlichung von Qualitätsberichten, Einrichtung von Patientenbeiräten etc.

Ambulante Praxis

- Einschränkung bzw. Optimierung der Verwaltungsaufgaben, z.B. durch Vereinfachung der Abrechnung durch Einsatz von EDV
- Ausreichende Vergütung der Anfragen durch die Krankenkassen; Schaffung von Gebührenordnungsmodellen, die der „sprechenden Medizin“ und der Beratung einen breiteren Raum lassen
- Unterstützung der Praxis durch Praxismanagementmodelle

Zeitperspektive

Die Umsetzung dieser Maßnahme könnte kurz- bis mittelfristig möglich sein, da es sich hier überwiegend um Empfehlungen an die verantwortlichen Organisationen bzw. den Gesetzgeber handelt. Darüber hinaus sind z.B. Arbeitszeitmodelle von einzelnen Organisationen angedacht.

Akteure

Ärzttekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Pflegeorganisationen, Kultusministerien der Länder, niedergelassene Praxen, Krankenhäuser, Altenheime, Pflegeeinrichtungen, Gewerkschaften.

Maßnahme 2.3.2

Motivierung der Berufe und Institutionen des Gesundheitswesens zu einer noch stärker patientenorientierten Arbeitsweise durch Zertifizierung, Wettbewerb, finanzielle Anreize und Erleichterung der Teilnahme an entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangeboten.

Maßnahmenskizze

- Angemessene Bezahlung der pflegerischen und der Assistenzberufe wie Arzthelfer(in), Krankenschwester, Altenpfleger(in); Einführung von Gebührenordnungspositionen für niedergelassene Ärzte für die so genannte „sprechende Medizin“, Kontakte mit der Selbsthilfe sowie Beratungsleistungen

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

- Verbindliche Einführung von zertifizierten Fort- und Weiterbildungsangeboten für alle Gesundheitsberufe
- Kooperationsförderung zwischen den Gesundheitsbereichen durch bessere Verzahnung und Kooperationsmodelle sowie besseren Datenfluss
- Unterstützung von gemeinsamen Fortbildungen, Arbeitskreisen und Diskussionsforen für Mitarbeiter(innen) aller Gesundheitsbereiche
- Regelmäßige Reflexion der Rückmeldungen aus dem Bereich der unabhängigen Patientenberatung

Zeitperspektive

Kurz- bis mittelfristig, da es sich hier überwiegend um Empfehlungen an die verantwortlichen Organisationen handelt.

Akteure

Ärztetkammern, Kassenärztliche Vereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kultusministerien der Länder, niedergelassene Praxen, Krankenhäuser, Altenheime, Pflegeeinrichtungen, Universitäten, Gewerkschaften, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen.

Maßnahme 2.3.3

Ergänzung des Medizinstudiums und anderer Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen um Bestandteile wie „sprechende Medizin“, Beratungsschulung, Rolle der Selbsthilfe etc.

Maßnahmenskizze

- Aufnahme der Selbsthilfe in den Gegenstandskatalog des Medizinstudiums für die klinische Phase (die Selbsthilfe ist bereits Bestandteil im Fachgebiet Medizinische Soziologie und Psychologie in der Vorklinik), Einbeziehung von Selbsthilfevertretern in die Gestaltung und Umsetzung
- Aufnahme von positiven Kooperationsmodellen in die Ausbildung, Beschreibung von Praxisbeispielen (z.B. Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in Qualitätszirkel)
- Stärkung der Kooperationsforschung in allen medizinischen, pflegerischen und psychotherapeutischen Lehr- und Forschungseinrichtungen
- Obligatorische Teilnahme der Medizinstudenten an Gesprächsgruppen – eventuell analog den Balint-Gruppen; die so genannten Reformmodellstudiengänge an einzelnen

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Universitäten (wie z.B. Berliner Charité) werden evaluiert: Übernahme von positiven und konstruktiven Elementen auf alle medizinischen Hochschulen

- Stärkere Betonung der kommunikativen Fähigkeiten in der pflegerischen Ausbildung, z.B. durch Teilnahme an Gesprächsgruppen und der Notwendigkeit der Kooperation mit anderen medizinischen und therapeutischen Disziplinen
- Aufnahme von Selbsthilfeaspekten in die Curricula der Ausbildungsgänge Pädagogik, der Psychologie und der Sozialarbeit; Einbeziehung von Selbsthilfevertretern in die Ausgestaltung dieser Curricula

Zeitperspektive

Die neue ÄAppO vom 27.06.2002 hat einige Neuerungen, wie z.B. einen stärkeren Praxisbezug, auf den Weg gebracht, die eine Umsetzung dieser Maßnahmen eventuell beschleunigen dürften.

Akteure

Ärzttekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kultusministerien der Länder, Universitäten, Pflegeeinrichtungen, Altenheime, Gewerkschaften, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen.

10.4.2.3 *Patientenrechte stärken*

Teilziel 3.1

Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(innen) in Beratungs- und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf allen Ebenen realisiert.

Maßnahme 3.1.1

Förderung einer weitgehenden Beteiligung von Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungsprozessen und Beratungen im Gesundheitswesen.

Die Maßnahme muss als Lern-, Überzeugungs- und Erfahrungsprozess ausgestaltet werden. Dies setzt Beteiligungsinteresse und Beteiligungsfähigkeit bei allen Akteuren im Gesundheitswesen voraus. Grundlage hierfür ist Informations- und Kommunikationskompetenz. Bürger- und Patientenbeteiligung kann nicht angeordnet werden, sondern muss gemeinsam entwickelt werden. Rechtliche Maßnahmen können diesen Prozess jedoch entscheidend fördern. Ausgangspunkt dieser Entwicklung sind die bereits existierenden Beteiligungen, die sukzessive ausgebaut bzw. auf entsprechende Aufgabenstellungen übertragen werden müssen. Die Förderung der Beteiligung ist in diesem Sinne als lernfähiges System zu begreifen.

Die jeweilige Form der Beteiligung ist entsprechend des Gegenstandsbereiches der Beteiligung zwischen den wesentlichen Akteuren auf der Bürger(innen)- und Patient(inn)enseite und den bisherigen Entscheidungsträgern auszuhandeln.

Die Intensivierung der Beteiligung muss in Stufen ausgebaut werden:

- von der fehlenden Beteiligung zur Verfahrensbeteiligung
- von der Verfahrensbeteiligung zur Beratungsbeteiligung und
- von der Beratungsbeteiligung zur Entscheidungsbeteiligung, wobei ein Überspringen einer oder mehrerer Stufen durchaus möglich, teilweise sogar dringend geboten ist

Übertragungsmöglichkeiten der Beteiligung bieten sich an

- wenn der Gegenstandsbereich des Entscheidungsverfahrens gleich ist
- wenn die Funktion der Entscheidung gleich ist (Demokratisierung der Entscheidung: Bürgerbeteiligung z.B. an Ethikkommissionen; Versorgungsoptimierung: Beteiligung der Selbsthilfe-

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

organisationen, z.B. bei Entwicklung von DMPs; Kosten-Nutzen-Abwägungen: Beteiligung der Versicherten, z.B. an der Selbstverwaltung)

Die Maßnahme 3.1.1 bezieht sich grundsätzlich auf alle Gegenstandsbereiche der Beteiligung im Gesundheitswesen. Zu unterscheiden ist insoweit die Beteiligung

- in Bund, Ländern und Gemeinden, beispielsweise Gremien des Arzneimittelzulassungsverfahrens und der Arzneimittelversorgung, Ethikkommissionen nach Bundesrecht, staatliche Kommissionen und Beiräte im Geschäftsbereich von Bundesministerien, gesetzlich vorgesehene Verfahren der Qualitätssicherung auf Bundesebene etc.; Gesundheitskonferenzen nach Landesrecht, Ethikkommissionen nach Landesrecht, staatliche Kommissionen nach Landesrecht, staatliche Kommissionen und Beiräte im Geschäftsbereich von Landesministerien, Gremien der Krankenhausplanung etc.; kommunale Gesundheitskonferenzen, kommunale Krankenhäuser etc.
- in der beruflichen, sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung beispielsweise in Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung (Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, Kriterien für Krankenhausbehandlung [§ 137 Abs. 1 SGB V], Ausschuss Krankenhaus, Koordinierungsausschuss), ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung, Landesärztekammern/Bundesärztekammern, soweit die Belange von Patient(inn)en betroffen sind
- im privaten Bereich, beispielsweise wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften, private Krankenhäuser, Praxisnetze, Pflegeeinrichtungen

Die Förderung der Beteiligung beinhaltet neben dem Ausbau und der Übertragung bestehender Beteiligungsformen auch die Schaffung der gebotenen Rahmenbedingungen. Zu nennen sind hier insbesondere

- die Schaffung ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen bei den Patientenorganisationen, um eine nachhaltige und kompetente Beteiligung zu ermöglichen. Eine bloße Pro-forma-Beteiligung schadet den Patienteninteressen.
- die Änderung rechtlicher Vorschriften, wo diese dem Ausbau bzw. der Übertragung der Beteiligung entgegenstehen.
- die Öffentlichkeitsarbeit, um die Akteure im Gesundheitswesen, aber auch die Bevölkerung insgesamt für die Notwendigkeit der Bürger- und Patientenbeteiligung zu sensibilisieren.

Letzteres bedeutet insbesondere, dass alle Entscheidungen und alle Gremien im Gesundheitswesen auf den Prüfstand kommen, um den Ausbau der Beteiligungsrechte der Bürger(innen) bzw. der Patient(inn)en zu ermöglichen.

Teilziel 3.3

Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt; sie werden von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt und wirksam umgesetzt.

Maßnahme 3.3.1

Aktive Information der Bürger(innen) und Patient(inn)en über die individuellen und kollektiven Patientenrechte durch die Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Problembeschreibung

Eine aktive Information der Bürger(innen) und Patient(inn)en über individuelle und kollektive Rechte soll künftig dazu beitragen, die Strukturen und auch die Leistungsangebote des Gesundheitswesens transparent zu machen. Hierdurch sollen Eigenkompetenz und Selbstbestimmung der Bürger(innen) und Patient(inn)en gesteigert werden. Nur wer seine individuellen Rechte im Arzt-Patienten-Verhältnis kennt, kann aus einer passiven Rolle heraustreten und selbstbewusst Entscheidungen zu seiner Gesundheit treffen. Die aktive Information über die kollektiven Rechte soll Bürger(inne)n und Patient(inn)en ermöglichen, ihre Kompetenzen und Erfahrungen aktiv in die Gestaltung des Gesundheitswesens einzubringen. Informationen über Mitwirkungs- und Beteiligungsmöglichkeiten sollen Bürger(innen) und Patient(inn)en aktivieren, in den Gremien und Institutionen des Gesundheitswesens mitzuwirken. Dabei tragen diese Informationen nicht per se zur „Mündigkeit“ der Bürger(innen) und Patient(inn)en bei. Sie müssen verschiedenen Anforderungen genügen, um die gewünschten Zielgruppen tatsächlich zu erreichen und damit auch individuelles Verhalten sowie individuelle Einstellungen zu beeinflussen.

Maßnahmenskizze

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens

- informieren ihrem Auftrag und ihren Handlungsmöglichkeiten entsprechend über individuelle und kollektive Rechte
- stellen Informationen ziel- und nutzerorientiert zur Verfügung
- bereiten Informationen verständlich auf und gewährleisten durch die Verwendung unterschiedlicher Medien (Printmedien/elektronische Medien) und Zugangswege die Erreichbarkeit verschiedener Zielgruppen

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

- informieren schwer erreichbare bzw. besondere Zielgruppen (z.B. Migrant(inn)en, Schwangere) über besondere Zugangswege
- setzen unterschiedliche Kommunikationsstrategien ein, um aktiv über individuelle und kollektive Rechte zu informieren wie beispielsweise Informationskampagnen, Callcenter, regionale Veranstaltungen etc.
- vernetzen im Rahmen eines aktiven Informationsmanagements ihre Informationsangebote, indem sie auf die Angebote anderer Anbieter verweisen

Zeitperspektive

Die aktive Bereitstellung von Informationen über individuelle und kollektive Rechte erfolgt kurzfristig und wird sukzessive ausgebaut. Ein Schritt ist die Veröffentlichung der Schrift „Patientenrechte in Deutschland“.

Akteure

Die aktive Information von Bürger(inne)n und Patient(inn)en zu individuellen und kollektiven Patientenrechten erfolgt bereits heute in unterschiedlichem Umfang durch eine Vielzahl von Akteuren im Gesundheitswesen. Diese pluralen Informationsstrukturen sollten künftig ausgebaut und miteinander vernetzt werden, um vielfältige Zugangswege für unterschiedliche Zielgruppen zu ermöglichen.

In der Verantwortung, über Patientenrechte zu informieren, stehen in erster Linie die Leistungserbringer selbst (wie Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Heilberufe) als auch die Institutionen und Verbände im Gesundheitswesen (wie Krankenkassen, Landesärztekammern) sowie die Patientenberatungsstellen, Selbsthilfeorganisationen und Verbraucherzentralen.

Neben den eigentlichen Akteuren des Gesundheitswesens sind insbesondere die Medien mit ihrer Informationsfunktion unverzichtbar, damit individuelle und kollektive Rechte bekannt werden.

10.4.2.4 Beschwerdemanagement verbessern

Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-)Fehlermanagement erlaubt Versicherten und Patient(inn)en, ihre Beschwerden und Ansprüche wirksamer, schneller und unbürokratischer geltend zu machen.

Teilziel 4.1

Die Position von Beschwerdeführer(inne)n, insbesondere von geschädigten Patient(inn)en im Gesundheitswesen, ist deutlich verbessert.

Maßnahme 4.1.1

Flächendeckende Bereitstellung anbieter- und kostenträgerunabhängiger Information, Beratung und Unterstützung bei Beschwerden über Fehler, Medizinschäden und Probleme mit Behandlern oder Kostenträgern.

Maßnahme 4.1.2

Weiterentwicklung geeigneter Anlaufstellen wie z.B. Patientenstellen, Patientenfürsprecher oder Patientenombudspersonen.

Problembeschreibung

Neben einem oftmals geringen Kenntnisstand der Bürger(innen) über die Versorgungswege im Gesundheitswesen und die Erfolgsaussichten der verschiedenen Behandlungsweisen gibt es einen noch auffälligeren Kompetenzmangel in der Bewältigung von Situationen, die mit möglichen Fehlern und Schädigungen oder mit Konflikten im Umgang mit Behandlern oder Kostenträgern zu tun haben. Darunter leiden vor allem die Patient(inn)en, die nicht nur mit ihrer Erkrankung, sondern darüber hinaus mit zusätzlichen Kränkungen oder Schädigungen durch das Medizinsystem und/oder Leistungsverweigerungen seitens der Kostenträger zu kämpfen haben. Ihre geschwächte Position verhindert oft einen gerechten Interessenausgleich und die Mobilisierung aller notwendigen Ressourcen zur Genesung.

Eine angemessene, patientengerechte und flächendeckend regelmäßig erreichbare Unterstützung für diese Patient(inn)en kann für Betroffene eine wertvolle Hilfe und Orientierung bieten. Betroffene können sich über ihre Handlungsmöglichkeiten informieren und sich individuell über die Wege der Selbsthilfe und Expertenhilfe beraten lassen. Hier gibt es bereits

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Angebote durch Ärzte, Apotheken, Krankenkassen etc. Darüber hinaus sollte es aber auch Unterstützungsangebote geben, die unabhängig von Anbieter- und Kostenträgerinteressen sind, um die nötige Akzeptanz und Neutralität sicherzustellen und der entsprechenden Nachfrage der Patient(inn)en gerecht zu werden.

Maßnahmenskizze

Beschwerdemanagement gibt es innerhalb und außerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Die Patient(inn)en suchen für ihren Informations-, Beratungs- und Beschwerdebedarf spezifische Anlaufstellen. Für die Weiterentwicklung des Bereiches der unabhängigen Patientenberatung ist durch die Gesundheitsreform 2000 eine Modellerprobungsphase im § 65 b SGB V eingeführt worden. Dieses Projekt umfasst bisher noch nicht das Beschwerdemanagement, aber eine Erweiterung um diesen Aspekt sollte diskutiert werden. Geeignete Projekte zur Unterstützung der Patient(inn)en sollten zum Regelangebot der Gesundheitsversorgung werden. Eine Rückkopplung der Beschwerden und Anregungen der Patient(inn)en in das Gesundheitssystem führt zu erheblichen Qualitätsgewinnen.

Zeitperspektive

Die Umsetzung der Maßnahmen kann unmittelbar beginnen. Ein flächendeckendes Angebot wird jedoch erst mittelfristig nach Entscheidungen über ihre Ausgestaltung und Finanzierung möglich sein.

Akteure

Akteure dieser Maßnahmen sind vor allem Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, gemeinnützige Initiativen oder andere neutrale Träger. Gemeinsam ist diesen Akteuren, dass sie in der Regel keine oder nur geringe Eigenmittel haben und diese Aufgaben nicht aus eigenen finanziellen Ressourcen bewältigen können. Hier ist also eine Förderung aus öffentlichen Mitteln und Versicherungsbeiträgen sowie weiteren Quellen dringend erforderlich.

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Teilziel 4.2.

Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-)Fehlermanagement ist in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens aufgebaut und führt zu regelmäßigen Qualitätsberichten.

Maßnahme 4.2.1

Aufbau einer koordinierten Medizinschadensforschung unter Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen.

Maßnahme 4.2.2

Nutzung dieser Medizinschadensforschung für eine systematische Qualitätssicherung.

Maßnahme 4.2.3

Etablierung einer regelmäßigen Berichterstattung über Beschwerdefälle in allen Bereichen des Gesundheitswesens unter Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen.

Problembeschreibung

In Deutschland werden jährlich 40.000 Behandlungsfehlervorwürfe angemeldet, von denen etwa 12.000 nachgewiesen werden. Exakte Zahlen sind bislang jedoch nicht verfügbar, da Fehlermeldungen sowohl an die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, die Gutachterkommissionen bzw. Schlichtungsstellen der Landesärztekammern, die Zivilkammern der Landgerichte, an Patientenberatungsstellen oder auch direkt an die Haftpflichtversicherungen gehen. Solche Meldungen können auch medizinische Schäden durch Arzneimittel oder Medizinprodukte beinhalten.

Um das Gesundheitswesen als lernendes System zu stärken, ist eine Erfassung von Fehler-, Schadens- und Nebenwirkungsmeldungen sowie ihrer Begutachtungsergebnisse nötig, ferner eine wissenschaftliche Beforschung relevanter Fehlerbereiche und eine Rückmeldung der Ergebnisse an die Verursacher. Durch den Aufbau entsprechender Feedbackschleifen können institutionelle Strukturen und Abläufe verbessert werden, entsprechende Themen Eingang in die medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung finden sowie in der Forschung berücksichtigt und finanzielle Ressourcen genauer alloziiert werden.

In einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens werden entsprechende Erfassungen und Auswertungen bereits vorgenommen oder befinden sich im Aufbau. Für die Landesärzte-

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

kammern wurde inzwischen ein einheitlicher elektronischer Erfassungsbogen entwickelt, der ab 2003 in fast allen Kammern zur Anwendung kommen soll. Die bisher erhobenen Ergebnisse finden bereits Eingang in Publikationen sowie in die ärztliche Fortbildung.

Eine systematische Erfassung und Auswertung erfolgt ebenfalls im Bereich der Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen. Daten seitens der Gerichte und der Haftpflichtversicherer liegen bislang nicht in systematischer Form vor.

Unerwünschte Nebenwirkungen und Schädigungen durch Arzneimittel und Medizinprodukte werden durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) erhoben. Adressaten sind bislang vor allem Ärzte und pharmazeutische Unternehmen, nicht jedoch die betroffenen Patientinnen und Patienten selbst.

Bislang fehlt es sowohl an einer einrichtungsbezogenen wie auch einer institutionenübergreifenden Erfassung und wissenschaftlichen Aufbereitung von Behandlungsfehlerwürfen, Medizinschäden und unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen als Teil einer bundesweiten Gesundheitsberichterstattung. Hemmnisse liegen in den fragmentierten Quellen, den fehlenden Ressourcen für ihre Dokumentation und Auswertung, aber auch in der engen Koppelung von Schadensmeldungen an das Haftungsrecht.

Maßnahmenskizze

Aufbau einer systematischen, einheitlichen Erfassung und Auswertung von Behandlungsfehlerwürfen und Verfahrensergebnissen, unerwünschten Nebenwirkungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die den Ärztekammern, den Krankenversicherungen, Zivilgerichten, Haftpflichtversicherungen sowie dem BfArM gemeldet werden. Die Möglichkeiten der AkdÄ sind zu nutzen wie auch die Beschwerden und Anregungen der unabhängigen Patientenberatungsstellen.

Ziel ist der Aufbau eines sachbezogenen Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen jenseits haftungsrechtlicher Fragestellungen. Dazu bedarf es auch der Erschließung neuer Kanäle für Fehlermeldungen unter aktiver Mitwirkung von Patient(inn)en sowie Selbsthilfegruppen. Um eine möglichst umfassende und valide Datenlage erstellen zu können, müssen Dokumentations- und Meldeverfahren jenseits rechtlicher Sanktionsandrohungen implementiert werden.

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Dabei muss sichergestellt werden, dass erhobene Daten ausgewertet und ihre Ergebnisse als Input in das Gesundheitswesen zurückgespeist werden. Zur Umsetzung des Vorhabens bedarf es einer entsprechenden Infrastruktur und finanzieller Ressourcen zur Datendokumentation und -auswertung sowie zur Stärkung und Verbreiterung prophylaktischer Maßnahmen.

Zeitperspektive

Innerhalb der nächsten zwei Jahre (2003/2004).

Akteure

Leistungserbringer des Gesundheitswesens, Ärztekammern, Krankenversicherungen, Zivilgerichte und Haftpflichtversicherungen, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Patientenberatungsstellen sowie das Robert-Koch-Institut als zuständige Stelle für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

10.5 Literatur

- 1 Badura B, Hungeling G (1999): Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Forum Public Health; 7. Jg. 2–3
- 2 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Bundesministerium der Justiz (BMJ): Patientenrechte in Deutschland, 2002
- 3 Bohle F-J (2001): Der informierte Patient. Die neue Rolle des Patienten im Kommunikations- und Informationszeitalter. gpk Gesellschaftspolitische Kommentare, 42. Jg. (Nr. 10 Oktober), 6.–11. 2001
- 4 BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (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. Köln: BZgA
- 5 Dierks M-L, Bitzer E-M, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewietz A, Siebeneick S, Schwartz F-W (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195/August 2001
- 6 Dierks M-L, Schwartz F-W (2001): Rollenveränderung durch New Public Health. Vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsdienstleistungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2001; 44: S. 796–803
- 7 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 ... Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- 8 Francke R, Hart D (2001): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- 9 Gold C, Geene R, Stötzner K, (Hrsg.) (2000): Patienten – Versicherte – Verbraucher. Möglichkeiten und Grenzen einer angemessenen Vertretung von Patienteninteressen. Berlin: b_books
- 10 Hart D (1999): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen: Rechtliche Analyse und Perspektiven. Forum Public Health 7. Jg. (Nr. 26 – Oktober. Schwerpunktheft Patientenorientierung), 7.–9. 1999
- 11 Hey M, Stötzner K (2001): PatientInnenanliegen – PatientInneninformationen. impulse: Newsletter zur Gesundheitsförderung [Heft Nr. 33, 4. Quartal/Dezember. Schwerpunktheft Aktivierungsstrategien für PatientInnen und Bürger(innen)], 9–9. 2001
- 12 Kranich C, Böcken J, (Hrsg.) (1997): Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Anregungen und Ideen für Deutschland. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- 13 Matzat J (2002): Die Selbsthilfe als Korrektiv und „vierte Säule“ im Gesundheitswesen. NSB Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen Jg. 15 (Heft 3 Juli 2002), S. 89–97
- 14 Ramrath C (1999): Zur Arbeit der Patientenstellen. Forum Public Health 7. Jg. (Nr. 26 – Schwerpunktheft Patientenorientierung), 14–14

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

- 15 Robert-Koch-Institut, StBA – Statistisches Bundesamt (2001): Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland. GBE Heft 04/01. Berlin: Verlag Robert-Koch-Institut
- 16 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. www.vdak.de/sh_grundsaeetze.htm
- 17 Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung. Juli 2002. www.gk-v.com/news.html
- 18 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. 2001
- 19 SVR Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- 20 Verbraucherzentrale Hamburg e.V.: Verbraucherinformation über Leistungen und Qualität der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Europa. Band 1: Der Bericht. Unveröffentlichtes Manuskript
- 21 WHO – Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

10.6 Mitglieder der AG

Günter Hölling, BAG der PatientInnenstellen und -initiativen/Patientenstelle Bielefeld (Vorsitz)

Dr. Sibylle Angele, GVG

Cornelia Assion, Elke Vogel, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Prof. Dr. Bernhard Badura, Deutsche Gesellschaft für Public Health

Dr. Stefan Bales/Jana Holland, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Gisela Bartz/Albert Karschti, Notgemeinschaft der Medizingeschädigten

Ute Brasseit, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Martin Danner/Dr. Christoph Nachtigäller, Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte

Erwin Dehlinger/Heike Wöllenstein, AOK-Bundesverband

Dr. Marie Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Gisela Fischer, Medizinische Hochschule Hannover

Frank Hackenberg, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

Joachim Hagelskamp, Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V.

Henriette Hentschel, MSD Sharp& Dohme GmbH

Dr. Jutta Hundertmark-Mayser, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen c/o NAKOS, Berlin

Christoph Kranich, Verbraucher-Zentrale Hamburg e.V.

Dr. Wilfried Kunstmann, Bundesärztekammer

Eckard Laufer, PatientInnenstelle Göttingen

Adela Litschel, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Giessen

Dr. Friedrich Mehrhoff, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Irmgard Naß-Griegoleit, Women's Health Coalition e.V.

Cornelia Petzold, Stadt Bielefeld

Dr. Barbara Philippi, GVG

Silke Stroth, Senatsverwaltung für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen

Herbert Weisbrod-Frey, ver.di – Bundesverband

Dr. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover

11. Abkürzungsverzeichnis

ÄAppO	Ärztliche Approbationsordnung
AFGIS	Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem
AiP	Arzt im Praktikum
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AVK	Arterielle Verschlusskrankheit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (neuerdings BMGS)
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DMP	Disease Management Programm
DRG	Diagnosis Related Groups
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUSOMA	European Society of Mastology
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

Abkürzungsverzeichnis

GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
HTA	Health Technology Assessment
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHK	Koronare Herzerkrankung
KID	Krebsinformationsdienst
KiTa	Kindertagesstätte
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NGO	Non Governmental Organisation (Nichtregierungsorganisation)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PJ	Praktisches Jahr
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
VdR	Verband deutscher Rentenversicherungsträger
WHC	Women's Health Coalition
WHO	Weltgesundheitsorganisation

