



Bundesministerium
für Gesundheit



gesundheitsziele.de

Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit
zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele

www.bmg.bund.de

**In Zusammenarbeit mit
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
und dem Robert Koch-Institut**

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Diabetes mellitus Typ 2:	
Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln	7
Brustkrebs:	
Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen	12
Depressive Erkrankungen:	
verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln	19
Gesund aufwachsen:	
Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung	27
Tabakkonsum reduzieren	40
Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken	55

Einleitung

Festlegung von Gesundheitszielen

Auf der 72. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Jahr 1999 hatten sich die Gesundheitsminister der Länder dafür ausgesprochen, dass Gesundheitspolitik auf allen Ebenen zukünftig zielorientierter als bisher erfolgen sollte, und sie plädierten für die Verabschiedung von Gesundheitszielen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Initiative ergriffen und im Jahr 2000 begonnen, das Projekt *gesundheitsziele.de* als Modellprojekt zu fördern. Es ging zunächst um die Frage, ob es in einem föderalistisch organisierten Staat wie der Bundesrepublik Deutschland mit einem auf dem Prinzip der Selbstverwaltung basierenden Gesundheitssystem möglich ist, gemeinsame Gesundheitsziele zu entwickeln und umzusetzen. Gesundheitsziele werden hierbei verstanden als verbindliche Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitssystem.

Gemeinsame Ziele in einem gegliederten Gesundheitssystem sind erforderlich, um neuen Herausforderungen und Gesundheitsgefahren mit abgestimmten Strategien begegnen zu können. Die Orientierung an Gesundheitszielen, die notwendige Vernetzung und die sektorübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure sind dabei von grundlegender Bedeutung.

Immer deutlicher wird auch, dass gesundheitspolitische Herausforderungen vor Grenzen nicht Halt machen. Formulierten Gesundheitsziele erleichtern abgestimmtes Handeln nicht nur im Föderalismus; sie sind darüber hinaus eine Voraussetzung für internationales gesundheitspolitisches Agieren. Die Einbindung in übernationale – europäische und globale – Entwicklungen erfordert, eigene, nationale Positionen und Interessen in einem Konsens zu entwickeln, der aktives Handeln und Gestalten auf internationaler Ebene ermöglicht.

Im Juni 2006 sprach sich die GMK erneut für die Weiterentwicklung von Gesundheitszielen und prioritären Handlungsfeldern als Grundlage einer zielgerichteten Gesundheitspolitik aus.

Im Projekt *gesundheitsziele.de* haben Leistungserbringer, Kostenträger, Patientinnen- und Patientenvertreter sowie Bund, Länder und Gemeinden gemeinsame hand-

lungsorientierte Ziele auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse erarbeitet. Die beteiligten Akteure haben sich verpflichtet, in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen Maßnahmen zur Umsetzung dieser Ziele durchzuführen.

Vertreten sind mehr als 70 Organisationen. In einem wissenschaftsbasierten, wissenschaftlich gestützten Prozess wurden von den Beteiligten seitdem einvernehmlich sechs Gesundheitsziele zu folgenden Bereichen entwickelt:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln
- Brustkrebs: Mortalität vermindern und Lebensqualität erhöhen
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln
- Tabakkonsum reduzieren
- Gesund aufwachsen
- Patientensouveränität und -kompetenz stärken

Themenspezifische Arbeitsgruppen haben Ziele, Teilziele und Maßnahmen zu den Gesundheitszielen entwickelt. Überdies haben die Arbeitsgruppen einige hierfür besonders geeignete Maßnahmen ausgewählt, die als Startermaßnahmen empfohlen werden. Bundesministerin Ulla Schmidt hat in einem Empfehlungsschreiben an alle Akteure die Wichtigkeit der Umsetzung der Maßnahmen hervorgehoben und zur Beteiligung und Durchführung von Maßnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsziele aufgerufen.

Des Weiteren wurden Evaluationskonzepte für die Ziele „Tabakkonsum reduzieren“ und „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ erarbeitet. Konzepte zur Evaluation weiterer Gesundheitsziele befinden sich derzeit in der Entwicklung.

Umsetzung von Gesundheitszielen

Unterstützt durch seine Fachbehörden, das Robert Koch-Institut (RKI) und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), hat das BMG den Prozess der

Zielfindung maßgeblich mitgestaltet. Im Rahmen der Umsetzung engagiert sich die BZgA insbesondere bei den Gesundheitszielen „Tabakkonsum reduzieren“ und „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“. Das RKI arbeitet intensiv an den Evaluationskonzepten mit und bezieht die Ergebnisse in seine konkrete Arbeit ein. Dazu gehören nationale Gesundheitsbefragungen und -untersuchungen mit entsprechenden themenspezifischen Modulen als ein Beitrag zur Evaluation sowie die Präsentation von Ergebnissen im Rahmen kontinuierlicher Gesundheitsberichterstattung.

Im Jahr 2007 ist es gelungen, das Modellprojekt in ein von den Akteuren getragenes Kooperationsprojekt umzuwandeln, um den Prozess von *gesundheitsziele.de* fortzusetzen, nachdem die Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit ausgelaufen ist. Damit haben alle beteiligten Akteure erneut bekräftigt, dass sie Gesundheitsziele für Deutschland für sinnvoll halten und sich an der Erreichung der Ziele beteiligen wollen.

Im Mittelpunkt der weiteren Aktivitäten der beteiligten Akteure im Kooperationsverbund werden dabei die wirksame Vernetzung laufender Zieleprozesse, die Weiterentwicklung dezentraler Umsetzungsaktivitäten und konkreter Maßnahmen, die Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit, die Evaluation und die Weiterentwicklung der Gesundheitsziele und des Gesamtprozesses sowie die Festlegung und Überprüfung von Erfolgskriterien stehen. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Gesundheitszieleprozess machen deutlich, dass diese langfristig angelegt werden müssen, um nachhaltige Ergebnisse zu erreichen.

Die Zusammenstellung der Projekte und Aktivitäten zur Umsetzung von *gesundheitsziele.de* gliedert sich wie folgt:

Zu Anfang jeden Kapitels zu einem Gesundheitsziel findet sich eine Übersicht der von den Arbeitsgruppen entwickelten Ziele, Teilziele und Startermaßnahmen. Daran schließen sich die Aktivitäten und Maßnahmen an, mit denen die empfohlenen Startermaßnahmen und andere Teilziele umgesetzt werden. Zusätzlich wird jeweils angegeben, welche Teilziele die Maßnahme oder Aktivität umsetzt.

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

Wie aus dem im Rahmen der GesundheitBerichterstattung des Bundes erstellten Bericht „Gesundheit in Deutschland“ vom Juli 2006 hervorgeht, leben in Deutschland schätzungsweise vier Millionen Menschen mit einer diagnostizierten Zuckerkrankheit. Dies entspricht 5% der Bevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass es viele Fälle gibt, die nicht diagnostiziert werden; insofern dürfte die „reale“ Prävalenz noch höher liegen.

80 bis 90 % der Betroffenen sind an einem Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt. Dieser tritt in den meisten Fällen im mittleren bis höheren Lebensalter ab 45 Jahren auf.

Obwohl die vorhandenen Daten keine Hinweise darauf geben, dass in den vergangenen Jahren die altersadjustierte Häufigkeit des Diabetes mellitus Typ 2 zugenommen hat, muss aufgrund der demographischen Entwicklung von einem Anstieg der absoluten Zahl der Erkrankungen ausgegangen werden.

Die Entstehung des Typ-2-Diabetes wird durch Übergewicht, Fehlernährung, Bewegungsmangel sowie eine schlechte soziale Lage begünstigt. Insofern gibt es hier große präventive Potenziale.

Auch der Früherkennung kommt eine große Bedeutung zu: Je früher mit der Behandlung begonnen wird, umso einfacher die Maßnahmen (Ernährungsumstellung, moderates Bewegungstraining) und umso geringer die Wahrscheinlichkeit für Folgeschäden.

Darüber hinaus lässt sich die Lebensqualität von Menschen mit Typ-2-Diabetes durch eine adäquate medizinische und psychosoziale Behandlung verbessern. Auch so können Spätschäden vermieden werden.

Aufgrund der großen Zahl der Betroffenen und der Möglichkeit, eine Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2 durch präventive Maßnahmen zu verringern, wurde das Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ in die Reihe der nationalen Gesundheitsziele aufgenommen und es wurden Ziele, Teilziele und Maßnahmen entwickelt.

I Ziele, Teilziele und Startermaßnahmen

Ziel 1 – Primärprävention

Das Auftreten des metabolischen Syndroms und die Inzidenz des Diabetes mellitus Typ 2 sind reduziert.

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.

Startermaßnahmen:

Bevölkerungsweite Motivation für eine gesunde Lebensweise im Rahmen einer allgemeinen lebensstilorientierten Präventionskampagne

Programm zur Früherkennung und Intervention bei gesunden Risikoträgern zur Prävention des Diabetes: Implementation in Modellregionen

Ziel 2 – Sekundärprävention/Früherkennung

Der Diabetes mellitus Typ 2 wird häufiger in einem Krankheitsstadium diagnostiziert, in dem noch keine Folgeschäden aufgetreten sind.

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.

Startermaßnahmen:

Einsatz eines „Diabetes-Mobils“ zur Früherkennung des Diabetes mellitus Typ 2

Untersuchung von Patientinnen und Patienten mit definierten Risikokonstellationen für Diabetes anlässlich anderweitig veranlasster ambulanter Arztkontakte. Bevor eine mögliche Umsetzung dieser Maßnahme vorbereitet wird, soll das Konzept einem Health Technology Assessment¹⁾ zugeführt werden.

Ziel 3 – Behandlung und Rehabilitation

Die Lebensqualität von Menschen, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, ist erhöht. Folgeprobleme und Komplikationen sind nachweislich verringert.

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.

II Umsetzung der Startermaßnahmen

Startermaßnahmen:

Bevölkerungsweite Motivation für eine gesunde Lebensweise im Rahmen einer allgemeinen lebensstilorientierten Präventionskampagne

Programm zur Früherkennung und Intervention bei gesunden Risikoträgern zur Prävention des Diabetes: Implementation in Modellregionen

Nationales Aktionsforum Diabetes mellitus (NAFDM) seit Oktober 2004

Bereits in seinem Gutachten 2000/2001 schrieb der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (jetzt: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen), dass das Hauptproblem der Versorgungssituation von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 darin besteht, dass die „vielen Einzelaktivitäten nicht zu einer **flächendeckenden nationalen Aktion gebündelt** werden, sondern regional verkümmern. Medizinische Fortschritte für chronische Kranke bleiben Insel-Lösungen“.

Der Bundestag hat den Antrag „Ziele für die Qualitätssteigerung in der Diabetesversorgung vom 10.10.2000“ am 21.6.2001 beschlossen. Die Bundesregierung wurde aufgefordert, die Verbesserung der Diabetesversorgung zu einem vorrangigen gesundheitspolitischen Gesundheitsziel zu erklären.

Aufgrund des hierdurch angestoßenen Prozesses *gesundheitsziele.de* hatte das Bundesgesundheitsministerium in einem ersten Schritt in prioritären Bereichen bereits Teilziele definiert und niedergelegt:

Früherkennung

- Einsatz von Massenkommunikationsmitteln als Instrumente zur Früherkennung
- Entwicklung und Erprobung von Instrumenten und Methoden zur Nutzung des Internets für die Krankheitsfrüherkennung

Management bei Diabetes mellitus

- Informationen für Patienten und Leistungserbringer über Disease-Management-Programme

1) Der Begriff Health Technology Assessment (HTA) bezeichnet einen Prozess, mit dem medizinische Verfahren und Technologien systematisch ausgewertet werden.

Schulung

- Entwicklung und Erprobung eines internetgestützten Patientenschulungsangebots

Information

- Verlässliche (qualitätsgesicherte) Informationen für die Bevölkerung
- Zielgruppenspezifische Informationen für Risikogruppen
- Informationen für Betroffene und Patienten (Diabetikerinnen und Diabetiker)

Evaluation

- Möglichkeiten zur Nutzung des Internets für die Evaluation von Maßnahmen im Bereich der Prävention und gesundheitlichen Aufklärung

Um jedoch im pluralistisch strukturierten und von weitgefächerten Zuständigkeiten geprägten Gesundheitswesen Deutschlands zu nachhaltigen Verbesserungen in der Früherkennung und Prävention zu gelangen, ist es erforderlich, Initiativen zu bündeln und ein gemeinsames, koordiniertes und zielorientiertes Handeln aller Akteure zu erreichen.

Vor diesem Hintergrund hat das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gemeinsam mit der Deutschen Diabetes-Union im Oktober 2004 das Nationale Aktionsforum Diabetes mellitus (NAFDM) als zentrale Kooperations- und Kommunikationsplattform ins Leben gerufen, an der alle maßgeblichen Akteure beteiligt sind.

Ziel des NAFDM ist es, bis zum Jahr 2010 in Form eines Aktionsplans ein Diabetes-Programm zu konzipieren: Zum einen soll die Öffentlichkeit den Typ-2-Diabetes als Volkskrankheit deutlicher wahrnehmen und zu entsprechender Vorsorge motiviert werden. Zum anderen soll in der Fachwelt die Diabetesprävention, -versorgung und -forschung koordiniert und gefördert werden. Das NAFDM wird von der Deutschen Diabetes-Union (www.diabetes-union.de) koordiniert und u. a. auch vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Ein künftiges Diabetes-Programm soll sich im Rahmen eines vernetzten, interdisziplinären Aktionsplans entwickeln. Das heißt, verschiedene Akteure befassen sich auf nachfolgenden unterschiedlichen Ebenen mit der Prävention und Versorgung von Typ-2-Diabetes:

- generelle Prävention durch gesünderen Lebensstil in der Bevölkerung
- Identifizierung von Hochrisikopersonen und gezielte Schulung zur Vermeidung einer ansonsten sehr wahrscheinlichen Entwicklung eines Typ-2-Diabetes
- sachgemäße, qualifizierte Diabetes-Therapie bzw. -versorgung
- sachgemäße Früherkennung und Therapie von diabetesbedingten Komplikationen
- Versorgungsforschung, klinische Forschung und Grundlagenforschung

Durch das NAFDM wurden bereits diverse Projekt-Strategien zur Prävention des Typ-2-Diabetes und zur Steigerung der Versorgungsqualität angestoßen (www.nafdm.de), u. a. ein Pilotprojekt zur Prävention von Hochrisikopersonen in Sachsen.

Das NAFDM trägt bisher zur Erfüllung folgender Teilziele bei:

- 1.1 Schärfung des Bewusstseins für Risiken
- 1.2 Verhaltensänderung der Bevölkerung
- 2.2 Verbesserung des Bewusstseins zur Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen
- 3.1 Verbesserung der Fähigkeiten zum Krankheitsmanagement

Parallel hierzu wurden folgende Maßnahmen initiiert:

Internetgestützte Kommunikation zu Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1

Durch das BMG geförderte Modellprojekte :

- Etablierung des Bürger- und Patienten-Informationsportals www.diabetes-deutschland.de durch das Deutsche Diabetes Zentrum (Förderung des BMG abgeschlossen).
- Modellprogramm zur Implementierung und Evaluation der Vorsorgeunterstützung und Kompetenzentwicklung durch das Deutsche Diabetes Zentrum: Schwerpunkte sind u. a. die Bereitstellung von expertengesteuerten und qualitätsgesicherten Diabetes-Informationen sowie von strukturierten Online-Kursen für ärztliche Fortbildung zum Diabetes mellitus im Internet.

Durch das große Angebot an für die Patientinnen und Patienten relevanten Informationen (Informationen über Entstehung, Verlauf und Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit, Kontaktadressen usw.) trägt der Bereich der internetgestützten Kommunikation außerdem zur Erfüllung folgender Teilziele bei:

- 1.1 Schärfung des Bewusstseins für Risiken
- 1.2 Verhaltensänderung der Bevölkerung
- 2.2 Verbesserung des Bewusstseins zur Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen
- 3.1 Verbesserung der Fähigkeiten zum Krankheitsmanagement

III Weitere Maßnahmen zur Umsetzung des Gesundheitsziels

Disease-Management-Programme

Es wurden bundesgesetzlich die Rahmenbedingungen geschaffen, mit denen die Versorgungssituation der Diabetespatientinnen und -patienten in der Bundesrepublik Deutschland nachhaltig verbessert werden kann, wenn sie durch weitere gezielte Interventionen ergänzt bzw. optimiert werden.

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden seit dem Jahr 2002 spezielle strukturierte Behandlungsprogramme (auch Disease-Management-Programme, DMPs genannt) gemäß § 137f Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) entwickelt. Diese werden im Risikostrukturausgleich der Krankenkassen finanziell gesondert berücksichtigt.

Strukturierte Behandlungsprogramme dienen einer qualitätsorientierten und sektorenübergreifenden Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Der Zweck der strukturierten Behandlungsprogramme besteht darin, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. In diesen Programmen werden Behandlungsmethoden eingesetzt, die in wissenschaftlichen Studien auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft worden sind. Die strukturierten Behandlungsprogramme beinhalten eine Versorgung, die das Risiko von Folgeschäden minimiert, akute Verschlechterungen der Krankheit so weit wie möglich verhindert und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert. Die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet und dem BMG zur Festlegung in einer Rechtsverordnung empfohlen.

Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 wurden erstmals im Juli 2002 festgelegt und im September 2005 aktualisiert und an den aktuellen Erkenntnisstand angepasst. Im März 2004 wurden auch die Anforderungen an qualitätsgesicherte strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 1 festgelegt. Damit wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 angeboten werden, damit sie von einer fachübergreifenden Behandlung auf der Basis des besten verfügbaren wissenschaftlich belegbaren Erkenntnisstandes profitieren können.

Die Umsetzung der Behandlungsprogramme ist bereits weit fortgeschritten. Inzwischen ist ein flächendeckendes DMP-Versorgungsangebot für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 vorhanden. Nach der Monatsstatistik der Krankenkassen sind insgesamt über 1,6 Millionen Versicherte in ein zugelassenes DMP für Diabetes mellitus Typ 2 und über 17.000 Versicherte in ein zugelassenes DMP für Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben (Stand Oktober 2006).

Gegenwärtig erfolgt die für die DMPs gesetzlich vorgeschriebene Evaluation der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (der medizinischen Inhalte, der Lebensqualität) und der Wirkungen auf die Kosten. Erste Ergebnisse wurden bereits veröffentlicht (siehe www.aok-bv.de/presse/infos/index_10323.html). Unabhängig davon ist eine ständige begleitende Qualitätssicherung Bestandteil der DMPs. Die veröffentlichten Qualitätsberichte für strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 aus den verschiedenen Regionen zeigen z. B., dass die vereinbarten Qualitätsziele im Bereich der medizinischen Versorgung weitgehend erreicht wurden und die strukturierten Behandlungskonzepte den Patientinnen und Patienten nutzen.

Die Einführung und gesetzliche Verankerung der DMPs tragen zur Erfüllung der Teilziele 3.1 (Verbesserung des Krankheitsselbstmanagements), 3.2 (Gewährleistung angemessener Versorgung) und 3.3 (Integration der psychosozialen Ebene) bei.

IV Auswertung

Bei der Umsetzung des Gesundheitsziels Diabetes mellitus Typ 2 hat sich der Bund in seinen bisherigen Aktivitäten im Wesentlichen auf die Bereiche Primärprävention (Ziel 1) sowie Behandlung und Rehabilitation (Ziel 3) konzentriert. Bessere Information und bessere Behandlungsbedingungen standen mit insgesamt vier oft weitreichenden Aktionen im Vordergrund der Bemühungen. Einige Projekte zielen gleichzeitig auf die Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen ab (Teilziel 2.2).

So wurde das Informationsangebot über Entstehung, Verlauf, Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit weiter verbessert: Durch das im Oktober 2004 vom damaligen BMGS gemeinsam mit der Deutschen Diabetes-Union ins Leben gerufene Nationale Aktionsforum Diabetes mellitus (NAFDM) sind bereits diverse Projekt-Strategien zur Prävention des Diabetes mellitus Typ 2 angestoßen worden. Unterstützend wirkt die internetgestützte Kommunikation zu Diabetes mellitus mit den vom BMG geförderten Modellprojekten.

Darüber hinaus hat der Bund im Bereich der Behandlung von Diabetes mellitus durch Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen wesentlich zur Verbesserung der Versorgungssituation beigetragen: Die Einführung und kontinuierliche Anpassung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme, DMPs) für Diabetes mellitus schuf die Voraussetzungen dafür, dass die Patientinnen und Patienten von einer fachübergreifenden Behandlung auf der Basis des besten verfügbaren wissenschaftlich belegbaren Erkenntnisstandes profitieren können. Eine ständige begleitende Qualitätssicherung ist Bestandteil des DMP. Eine Auswertung aus verschiedenen Regionen zeigte, dass die vereinbarten Qualitätsziele im Bereich der medizinischen Versorgung weitgehend erreicht wurden und die strukturierten Behandlungskonzepte den Patientinnen und Patienten nutzen.

Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen

Brustkrebs ist sowohl in Deutschland als auch weltweit die häufigste Krebserkrankung und die häufigste Krebstodesursache bei Frauen. Nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts sind im Jahr 2002 rund 55.000 Frauen neu an Brustkrebs erkrankt (26,8 % aller Krebsneuerkrankungen). Etwa jede elfte deutsche Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Während die Erkrankungsrate seit den 1980-er Jahren ansteigen, zeigt sich seit Mitte der 1990-er Jahre ein Rückgang der Sterblichkeit an Brustkrebs. Im Jahr 2002 starben fast 18.000 Frauen in Deutschland an der Krankheit, im Jahr 2005 waren es knapp 17.500 Frauen. In der Europäischen Union steht Deutschland an 8. Stelle der Brustkrebssterberaten, nahezu gleichauf mit Frankreich, Österreich und Estland.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (jetzt: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) hat in seinem Gutachten 2000/2001 festgestellt, dass bei Brustkrebs Verbesserungspotenziale zur Steigerung der Lebenserwartung und Lebensqualität in allen Versorgungsbereichen (Prävention, Früherkennung, Behandlung, Rehabilitation und Schmerztherapie) existieren.

Da dem Auftreten von Brustkrebs nur begrenzt vorgebeugt werden kann, ist die frühzeitige Erkennung (Sekundärprävention) und Therapie von besonderer Bedeutung. Durch die verstärkte Einführung effektiver Früherkennungsmaßnahmen (z. B. ein flächendeckendes Mammographie-Screening) soll die Brustkrebsmortalitätsrate in Zukunft weiter gesenkt werden. Gleichzeitig gilt es, die Patientinnen im Rahmen der Behandlung umfassend zu informieren und in Entscheidungen einzubinden.

Mit der Auswahl des Gesundheitsziels „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ widmet sich *gesundheitsziele.de* einer in epidemiologischer und gesundheitspolitischer Hinsicht bedeutsamen Erkrankung.

I Ziele, Teilziele und Startermaßnahmen

Ziel 1 – Früherkennung/Sekundärprävention

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

Teilziel 1.1:

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

Ziel 2 – Versorgung

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 der Krankheitsbewältigung werden von den Behandlerinnen/Behandlern aktiv unterstützt. Dies zieht sich durch den gesamten Verlauf der Erkrankung parallel und zusätzlich zu allen medizinischen und psychosozial notwendigen Maßnahmen.

Ziel 3 – Information

Das Wissen über die Erkrankung ist bei den Nichtbetroffenen und Patientinnen verbessert. Verständliche, evidenzbasierte, einheitliche, neutrale und umfassende Informationen sind für potenzielle und tatsächlich 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.

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 ...“)

Startermaßnahmen:

Als Startermaßnahmen werden von der Arbeitsgruppe alle dem Ziel 3 zugewiesenen Maßnahmen empfohlen

Ziel 4 – Patientenrechte

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

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 Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte im Bereich der Kommunikation mit den Patientinnen und ihre Einbeziehung in Therapieentscheidungen ist verbessert.

Ziel 5 – Psychische Betreuung

Die Lebensqualität der Patientinnen ist durch eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte psychosoziale Betreuung und ggf. psychoonkologische/psychotherapeutische Behandlung verbessert (psychosoziale und psychoonkologische Betreuung von 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 Behandlerinnen/Behandler ist erhöht (Onkologie, Gynäkologie, Allgemeinmedizin, Pflegekräfte etc.).

Teilziel 5.3:

Instrumente zur psychoonkologischen Diagnostik sind den Behandlerinnen/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 – Rehabilitation

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

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 Ärztinnen/Ärzten bewusst.

Teilziel 6.5:

Haushaltshilfen stehen Frauen auch in der ambulanten Rehabilitation zur Verfügung.

Ziel 7 – Register

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

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 Behandlerinnen und 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 – Forschung

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

II Umsetzung der Startermaßnahmen

Startermaßnahme:

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

Förderung der WHC-Brustkrebsfrüherkennungsinitiative

2003 wurde die Brustkrebsfrüherkennungsinitiative „Brust Check“ der Women's Health Coalition (WHC, www.w-h-c.de) finanziell durch Übernahme der Druckkosten für die einzusetzenden Materialien gefördert. Damit wurde zur Umsetzung des Teilziels 1.1 (Früherkennung) beigetragen.

Startermaßnahme:

Patientinnen und Nichtbetroffene haben in jeder Situation Zugang zu Informationen

Finanzielle Förderung eines Brustkrebstelefons

In den Jahren 2002 und 2003 hat das damalige BMGS zusätzlich zur Förderung des Krebsinformationsdienstes am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg ein Brustkrebstelefon gefördert, das seither weitergeführt wird. Zusätzlich bietet der Krebsinformationsdienst seit Sommer 2005 eine Mammographie-Hotline an. Diese Maßnahme dient der Umsetzung der Teilziele 3.1 (Qualitativ hochwertige Informationen) und 3.4 (Öffentlich zugängliche Informationen).

In ihren Empfehlungen zu Startermaßnahmen benennt die Arbeitsgruppe auch das Mammographie-Screening und Disease-Management-Programme, die sich bereits in der Umsetzung befinden.

Mammographie-Screening

Nach Beschluss des Deutschen Bundestags vom 28.6.2002 hatte die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (heute Gemeinsamer Bun-

desausschuss – G-BA), am 15.12.2003 beschlossen, ein qualitätsgesichertes, bundesweites und bevölkerungsbezogenes Mammographie-Screening einzuführen. Dieser Beschluss trat nach Prüfung und Freigabe durch das damalige BMGS am 01.1.2004 in Kraft.

Zur Erprobung der Anwendung der „Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings“ unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems wurden in den Jahren 2001 bis 2003 in drei Regionen Modellprojekte begonnen (Bremen, Wiesbaden und Weser-Ems) und inzwischen abgeschlossen.

Die im Jahr 2003 von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegründete „Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung GbR“ hat u. a. die Aufgabe, die Einführung des Mammographie-Screening-Programms in Deutschland zu koordinieren.

Mit dem Mammographie-Screening auf Grundlage der europäischen Leitlinien wird in Deutschland ein neuartiges, sehr komplex strukturiertes Früherkennungsprogramm eingeführt, das sowohl einen Bevölkerungsbezug herstellt als auch eine umfassende Kette von Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementinstrumenten sowie eine kontinuierliche Evaluation beinhaltet. Zu den Qualitätsanforderungen gehört u. a., dass jede Mammographie-Aufnahme von zwei Ärztinnen/Ärzten beurteilt wird, dass jede(r) Ärztin/Arzt jährlich die Mammographie-Aufnahmen von mindestens 5.000 Frauen begutachtet und dass, im Falle einer Auffälligkeit, ein Verdacht innerhalb des Programms abgeklärt wird.

Das Mammographie-Screening auf Basis der „Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung bei Brustkrebsfrüherkennung und -diagnostik“ befindet sich in der sukzessiven Einführungsphase. Diese wird voraussichtlich bis Ende 2007 abgeschlossen sein.

Zur Zeit werden die Frauen zwischen 50 und 69 Jahren bereits in 44 von insgesamt 94 bundesweit geplanten Screening-Einheiten schriftlich zum Mammographie-Screening (alle zwei Jahre) eingeladen. Das in der Anlage der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie zum Mammographie-Screening des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführte Merkblatt enthält sowohl allgemeine Informationen als auch Informationen zu Vorteilen und Risiken des Mammographie-Screenings. Das Merkblatt wird jeder anspruchsberechtigten Frau zusammen mit dem Einladungsschreiben übersandt.

Mit dem Betrieb der o. g. 44 Screening-Einheiten ist das Screening somit bisher in neun Ländern bzw. in zehn KV-Gebieten angelaufen, und zwar in: Niedersachsen, Bremen, Nordrhein-Westfalen (zwei KV-Gebiete: Nordrhein und Westfalen-Lippe), Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Baden-Württemberg und im Saarland. Im April 2007 werden voraussichtlich die ersten Screening-Einheiten in Thüringen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz ihre Tätigkeit aufnehmen. Brandenburg wird ebenfalls noch im zweiten Quartal 2007 mit dem Screening beginnen. Sachsen und Hamburg werden aller Voraussicht nach im dritten Quartal und Sachsen-Anhalt im vierten Quartal 2007 starten (Stand: 9.2.2007).

Die Einführung des Mammographie-Screenings in das gesetzliche Krebsfrüherkennungsprogramm dient der Umsetzung des Teilzieles 1.1 (Flächendeckende Einführung und Ausrichtung an EU-Leitlinien).

Disease-Management-Programme

Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Brustkrebs wurden erstmals im Juli 2002 als Rechtsverordnung festgelegt. Damit wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass DMPs für die Erkrankung Brustkrebs von den Krankenkassen entwickelt und den Patientinnen angeboten werden können. Die Behandlungsprogramme müssen die in der Rechtsverordnung festgelegten Anforderungen erfüllen, damit sie durch das Bundesversicherungsamt (BVA) zugelassen werden können. Dies ist Voraussetzung für die besondere Berücksichtigung der teilnehmenden Versicherten im Risikostrukturausgleich (RSA) der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Brustkrebs wurden im Februar 2006 aktualisiert. Dabei wurde durch inhaltliche Konkretisierungen sichergestellt, dass die Behandlung der Patientinnen mit Brustkrebs in den strukturierten Programmen dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und evidenzbasierten Leitlinien entspricht.

Über 62.000 Patientinnen (Stand Oktober 2006) sind bundesweit in eines der 2.605 vom BVA zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramme für Brustkrebs eingeschrieben. Damit ist ein flächendeckendes DMP-Versorgungsangebot für Brustkrebs in ganz Deutschland vorhanden. Bundesweit beteiligen sich rund 400 Krankenhäuser am DMP Brustkrebs.

Die o. a. Anforderungen für DMPs für Brustkrebs implizieren, dass die Behandlung nur in Einrichtungen mit bestimmten Qualitätsanforderungen erfolgt. Damit wird

das Teilziel 2.2 (Qualitätsanforderungen für die Behandlung) umgesetzt.

Durch die für die DMPs festgesetzten Anforderungen leisten diese außerdem einen Beitrag zur Umsetzung folgender Teilziele:

- 2.1 Standardisierte Versorgung
- 2.3 Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen
- 2.4 Zugang zu den Selbsthilfegruppen
- 3.6 Information über Selbsthilfegruppen
- 4.1 Ermutigung und Befähigung der Patientinnen, ihre Mitwirkungsrechte in allen Teilschritten der Versorgungskette aktiv wahrzunehmen
- 5.1 Berücksichtigung psychosozialer Aspekte
- 6.1 Einführung wissenschaftlich gesicherter Versorgungsstandards

III Weitere Maßnahmen zur Umsetzung des Gesundheitsziels sind:

Projekt „Evaluation der von Arzt und Patientinnen gemeinsam getroffenen Therapieentscheidungen beim Mammakarzinom“

Im Jahre 2001 wurde vom BMG ein Förderschwerpunkt „Die Patientin/der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ geschaffen mit dem Ziel, anwendungsorientierte Forschungsprojekte zu unterstützen, die sich in unterschiedlichen Krankheitsbereichen auf die verstärkte Einbeziehung von Patientinnen in den medizinischen Entscheidungsprozess konzentrieren.

Im o. g. Projekt der Ludwig-Maximilians-Universitätsklinik München wurde in der Laufzeit von 2001 bis 2004 ein Konzept entwickelt und erprobt, wie der medizinische Entscheidungsprozess zwischen Patientinnen und den behandelnden Ärztinnen/Ärzten verbessert werden kann. Dabei wurden in einer prospektiv randomisiert kontrollierten Studie der Effekt von shared decision making mit folgenden Zielvariablen überprüft:

- Entscheidungsinhalte der Patientinnen,
- Zufriedenheit mit Aufklärung und ärztlicher Behandlung,
- gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- Angst- und Depressionssymptome,
- gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und
- Krankheitsbewältigungsstrategien.

Das Projekt zielte darauf ab, dass die Patientinnen besser informiert in das Therapieplangespräch gehen und dadurch in die Lage versetzt werden, sich an der Therapieentscheidung zu beteiligen.

Beteiligungswünsche, Umsetzung und Wirksamkeit einer gemeinsamen Therapieentscheidung bei Patientinnen mit neu diagnostiziertem Brustkrebs untersuchte eine Studie der Universitätsfrauenklinik München-Großhadern. Dafür wurden Patientinnen und Ärztinnen und Ärzte interviewt, ihre Gespräche wurden analysiert. In dem Projekt wurden Entscheidungshilfen für vergleichbare Behandlungswege bei der Primärtherapie von Brustkrebs entwickelt. Aus Sicht der Betroffenen zeigt sich, dass

„Partizipative Entscheidungsfindung“ zwar als Schlagwort aufgegriffen, das Konzept aber nur ausnahmsweise konsequent umgesetzt wird. Es verlangt von den Patientinnen und der Ärztin oder dem Arzt ein ehrliches, offenes aber auch vielfach mühsames Annähern an eine umsetzbare Form.

Im Internet finden sich unter der Adresse www.patientals-partner.de die Ergebnisse des Projektes, alle wissenschaftlichen Präsentationen sowie die Pressetexte des BMG hierzu.

Die für eine von Patientinnen und Ärztin/Arzt gemeinsam getroffene Entscheidung notwendige Information der Patientinnen trägt zur Umsetzung folgender Teilziele bei:

- 3.1 Qualitativ hochwertige Informationen
- 3.2 Zielgruppenspezifische Informationen
- 3.3 An die Bedürfnisse der Betroffenen angepasste Informationen
- 4.1 Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte
- 4.2 Erleichterung der Partizipation der Betroffenen

Kommunikation mit Patientinnen

Die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten ist grundsätzlich in der neuen Approbationsordnung für Ärzte berücksichtigt. Die Berücksichtigung der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten in der Approbationsordnung für Ärzte betrifft das Teilziel 4.3 „Die Aus- und Fortbildung der Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte im Bereich der Kommunikation mit den Patientinnen und ihrer Einbeziehung in Therapieentscheidungen ist verbessert.“

Richtlinien zu Rehabilitationsleistungen

Am 1. April 2004 sind neue Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Kraft getreten. Die vorliegenden Rehabilitationsrichtlinien schaffen die Rahmenbedingungen für eine strukturierte Kooperation von Vertragsärztinnen/-ärzten und Krankenkassen bei der Beratung und Einleitung von notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Einzelfall. Die wesentlichen Elemente der vorliegenden Rehabilitationsrichtlinien enthalten eine Definition der inhaltlichen Grundlagen entsprechend dem Stand der medizinischen Erkenntnis auf der Basis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation sowie eine klare Arbeitsteilung und Kompetenzabgrenzung zwischen Vertragsarzt und Krankenkasse. Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation haben die betei-

lichten Spitzenverbände indikationsspezifische Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation erarbeitet, darunter auch die onkologische Rehabilitation, die ebenfalls am 1. April 2004 in Kraft getreten sind.

In den Richtlinien kommen Überlegungen zur Umsetzung folgender Teilziele vor:

- 6.1 Wissenschaftlich gesicherte Versorgungsstandards in der Rehabilitation
- 6.3 Bedarfsgerechte Erweiterung des Rehabilitationsangebotes

Krebsregister

Mit den zuletzt 2005 bzw. 2006 erlassenen gesetzlichen Regelungen in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Hessen haben jetzt alle Länder eine flächendeckende Krebsregistrierung eingeführt. Nach den Berechnungen des RKI können hinsichtlich Brustkrebs inzwischen alle Register mit Ausnahme von Berlin und Bayern als vollzählig erachtet werden, wobei Bayern den international geforderten Erfassungsgrad von mindestens 90 % nur knapp unterschreitet. Das BMG unterstützte verschiedene Projekte zur Verbesserung der Krebsregistrierung und finanziert die Information der Öffentlichkeit über die von den Ländern erhobenen und vom RKI für Deutschland ausgewerteten Daten. Insgesamt ist man einem wesentlichen Anliegen, nämlich der umfassenden Krebsregistrierung in ganz Deutschland, erheblich näher gekommen, wodurch zur Umsetzung des Teilzieles 7.2 (Vollzähligkeit der Erfassung) beigetragen wird.

Förderung von Forschungsmaßnahmen

Im Rahmen des gemeinsamen Gesundheitsforschungsprogrammes wurden vom BMBF entsprechende brustkrebspezifische Forschungsmaßnahmen eingeleitet: So zielt das Projekt „Anwendungsorientierte Brustkrebsforschung“ darauf ab, patientenorientierte und versorgungsrelevante Brustkrebsforschung zu unterstützen. Dies soll auf der Grundlage einer engen Vernetzung der zu beteiligenden Disziplinen und einer engen Verzahnung von Forschung und Versorgung geschehen. Zu den relevanten Themen zählen die epidemiologische Ursachenforschung und klinische Epidemiologie, die Validierung und Verbesserung der Methoden zur Früherkennung und Diagnostik, Therapieoptimierungs- und -vergleichsstudien und die Validierung von Verfahren der Nachsorge zur optimalen Betreuung und Begleitung von Patientinnen.

Das Projekt hat eine Laufzeit von vier Jahren (2004–2007) und ein Finanzvolumen von sechs Mio. €.

Diese Maßnahmen betreffen die Umsetzung des Ziels 8 (Forschung).

IV Auswertung

Bei der Umsetzung des Gesundheitsziels Brustkrebs fächern sich die vom Bund initiierten neun Aktionsbereiche breit auf. Inhaltliche Schwerpunkte liegen hier bei Information, Früherkennung, Versorgung und Rehabilitation.

Durch die Einführung des Mammographie-Screenings hat sich der Bund hier besonders bei der Verwirklichung des Zieles 1 (Früherkennung) engagiert. Zur Zeit laden bereits 44 von insgesamt 94 bundesweit geplanten Screening-Einheiten die Frauen zwischen 50 und 69 Jahren schriftlich zum Mammographie-Screening ein. Weitere stehen kurz vor dem Start.

Im Bereich der Versorgung – Ziel 2 – nehmen die Disease-Management-Programme (DMPs) für Brustkrebs eine herausragende Stellung ein. Über 62.000 Patientinnen (Stand Oktober 2006) sind bereits bundesweit in eines der vom Bundesversicherungsamt zugelassenen DMPs für Brustkrebs eingeschrieben. Damit ist ein flächendeckendes DMP-Versorgungsangebot für Brustkrebs in ganz Deutschland vorhanden.

Bei Ziel 3 – Information – wurden fünf der sechs Teilziele bei der Umsetzung bedient. Neben der finanziellen Förderung des Brustkrebstelefon hat sich der Bund hier im Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation besonders engagiert. So diente das vom BMG geförderte Projekt „Evaluation der von Arzt und Patient gemeinsam getroffenen Therapieentscheidungen beim Mammakarzinom“ dazu, Entscheidungshilfen für vergleichbare Behandlungswege bei der Primärtherapie von Brustkrebs zu entwickeln. Dabei zeigte sich, dass „Partizipative Entscheidungsfindung“ zwar als Schlagwort aufgegriffen, das Konzept aber nur selten konsequent umgesetzt wird. In diesem Bereich wie auch bei der neuen Approbationsordnung für Ärzte ist die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten grundsätzlich berücksichtigt und dient damit der Umsetzung von Ziel 4 (Patientenrechte).

Der Erreichung von Ziel 6 – Rehabilitation – wurde durch die bedarfsgerechte Erweiterung des Angebotes an ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten Rechnung getragen.

Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln

Depressive Erkrankungen müssen heute zu den großen Zivilisationskrankheiten gezählt werden. Nach Schätzungen der WHO werden Depressionen im Jahr 2020 die zweithäufigste Krankheit weltweit (nach ischämischen Herzerkrankungen) sein. In den sogenannten entwickelten Staaten sogar die häufigsten. Schon jetzt sind Depressionen die häufigste Ursache für Lebensjahre, die mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung verbracht werden (YLDs – Years lost due to disability).

Neuere Erhebungen des Robert Koch-Institutes zeigen, dass in Deutschland fast jede siebte Frau und jeder zwölfte Mann im Laufe eines Jahres eine depressive Phase durchlebt. Auch wenn es sich in den meisten Fällen um eine sogenannte „leichtere“ Störung handelt, bedeutet dies nicht, dass sie nicht behandlungsbedürftig und ohne Folgen für die Lebensqualität des Betroffenen und die Gesellschaft ist. Inzwischen wissen wir, dass depressive Erkrankungen enorme Kosten im Gesundheitswesen verursachen, da sie zu einer besonders hohen Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen führen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes beliefen sich die direkten Kosten für depressive Erkrankungen in Deutschland im Jahr 2002 auf insgesamt vier Milliarden Euro. Die indirekten Kosten dürften die direkten Kosten noch erheblich übersteigen. Depressionen sind auch ein relevanter Risikofaktor für die Chronifizierung anderer Krankheiten wie Koronare Herzkrankheit und Diabetes mellitus, und sie können Heilungs- oder Rehabilitationsprozesse z. B. nach Schlaganfällen beeinträchtigen. Auch sind sie häufig der Grund für Arbeitsunfähigkeit oder sogar Frühverrentungen.

Die Krankheitslast einer Depression für die Betroffenen ist erheblich und führt teilweise zum Suizidversuch bzw. Suizid. So suizidiert sich etwa einer von sieben schwer depressiven Patient(inn)en. Auffällig ist, dass mehr Suizidversuche von Frauen unternommen werden, während vollendete Suizide häufiger bei Männern vorkommen.

Depressive Erkrankungen bergen ein Verbesserungspotenzial in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung: bei der Prävention, der Früherkennung, der Behandlung und der Rehabilitation. Notwendig ist auch ein Prozess der Sensibilisierung der gesamten Bevölkerung für die Belange von Menschen, die an einer depressiven

Störung leiden (und ihrer Angehörigen) sowie eine Stärkung der Kompetenz der Betroffenen (und ihrer Angehörigen) im Umgang mit ihrer Erkrankung.

Daher wurden zu den Bereichen Aufklärung, Prävention, Diagnostik und Therapie, Stärkung der Patient(inn)en, Rehabilitation und Versorgungsstruktur Ziele und Teilziele entwickelt.

I Ziele, Teilziele und Maßnahmen

Ziel 1 – Umgang mit Erkrankung und Erkrankten

Die Bevölkerung verfügt über einen ausreichenden Wissensstand über das Krankheitsbild Depression und seine Folgen, um mit der Erkrankung und den Erkrankten angemessen umgehen zu können.

Teilziel 1.1:

Allgemein verfügbares Wissen über depressive Erkrankungen und Suizidalität, Rezidivgefahr und Chronifizierung sowie über Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote ist vorhanden.

Teilziel 1.2:

Eine unterstützende, verständnisvolle Haltung gegenüber Betroffenen und ihren Angehörigen ist vorhanden.

Startermaßnahmen:

Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten, allgemeinverständlichen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten

Anstoß, Ausbau und Koordinierung von regionalen Bündnissen gegen Depression

Ziel 2 – Prävalenzsenkung

Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen sind reduziert. Maßnahmen zu universeller, selektiver und indizierter Prävention sind etabliert.

Teilziel 2.1:
Risikofaktoren für depressive Erkrankungen sind reduziert.

Teilziel 2.2:
Die Rate an Suiziden und Suizidversuchen ist gesenkt.

Teilziel 2.3:
Unnötige Frühverrentung, Erwerbsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und allgemeine Partizipationsprobleme als Risikofaktor für Chronifizierung aufgrund von depressiven Erkrankungen sind reduziert.

Teilziel 2.4:
Die protektiven, gesundheitsfördernden (salutogenen) sowie kompensatorischen Faktoren für depressive Erkrankungen sind gestärkt: z. B. das Vorhandensein von Resilienz (Psychische Widerstandsfähigkeit), sozialer Kompetenz, Problemlösefähigkeiten und sozialer Unterstützung.

Startermaßnahme:

Verhinderung von Nachahmungssuiziden durch Maßnahmen zur Erreichung einer sensiblen Berichterstattung in den Medien, z. B. Abschluss von Pressestillhalte-Abkommen

Ziel 3 – Früherkennung und Behandlung

Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade und unterschiedlicher Chronizität werden frühzeitig erkannt und mit wissenschaftlich anerkannten und klinisch wirksamen Verfahren umfassend und schnell behandelt mit dem Ziel, Suizide zu verhindern, Krankheitsphasen zu verkürzen und die Gesundheit möglichst schnell wiederherzustellen bzw. Funktionseinschränkungen zu vermindern.

Teilziel 3.1:
Bei den Primärversorgern, in der Pflege und in den Beratungsstellen ist die Kompetenz, depressive Erkrankungen zu erkennen und mit ihnen umzugehen, vorhanden. Risikogruppen sind bekannt.

Teilziel 3.2:
Bei Bedarf findet die Überweisung zu einer fachärztlichen/psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung im Rahmen fachübergreifender Kooperationsformen zeitnah, barrierefrei und unter Berücksichtigung differentieller Indikationsstellung statt.

Teilziel 3.3:
Die Qualität einer umfassenden, evidenzbasierten, medikamentösen, psychotherapeutischen und ergänzenden Therapie ist gesichert.

Teilziel 3.4:
Wissenschaftlich anerkannte und klinisch wirksame Behandlungsverfahren im ambulanten und stationären Bereich werden angewendet.

Teilziel 3.5:
Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen mit depressiven Erkrankungen erhalten eine umfassende und angemessene Versorgung.

Startermaßnahmen:

Bundesweiter Einsatz von evaluierten Fortbildungsprogrammen zur „Partizipativen Entscheidungsfindung“ für die Versorgung depressiv Erkrankter

Fachgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in vernetzten Versorgungsstrukturen und verbesserte Koordination des Zugangs zu vorhandenen Versorgungseinrichtungen durch z. B. Integrationsverträge nach § 140 SGB V

Ziel 4 – Partizipation

Die Position der Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen und ihrer Angehörigen ist gestärkt.

Teilziel 4.1:

Die Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und Behandelnden ist verbessert.

Teilziel 4.2:

Partizipative Entscheidungsfindung bei depressiven Erkrankungen findet flächendeckend, fach- und sektorenübergreifend statt.

Teilziel 4.3:

Partner(in), Familie und soziales Umfeld der Patientin oder des Patienten sind in die Behandlung einbezogen.

Teilziel 4.4:

Organisationen der Patienten- und Angehörigen-Selbsthilfe sind an Entscheidungen zu Fragen der Versorgung von depressiv Erkrankten beteiligt.

Teilziel 4.5:

Selbsthilfegruppen und deren Aktivitäten werden von den Behandelnden aktiv unterstützt.

Teilziel 4.6:

Organisationen der Selbsthilfe schaffen Transparenz hinsichtlich ihrer Struktur und Angebote.

Startermaßnahmen:

Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen

Flächendeckende Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern durch spezifische, niedrigschwellige Beratungs- und Hilfsangebote

Ziel 5 – Rehabilitation

Die Führung und Langzeitbehandlung depressiv kranker Menschen einschließlich der Hilfen zur Bewältigung der Krankheit und ihrer Auswirkungen auf den Langzeitverlauf sowie die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben und die Lebensqualität werden bedarfs- und fachgerecht verbessert bzw. weiterentwickelt.

Teilziel 5.1:

Regulative Voraussetzungen für Rehabilitation bei Langzeiterkrankungen sind gegeben.

Teilziel 5.2:

Eine koordinierte, differenzierte und kontinuierliche Langzeitbehandlung ist gesichert.

Teilziel 5.3:

Depressiv Kranken ist es möglich, entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit am Erwerbsleben teilzunehmen.

Startermaßnahmen:

Erweiterung des betrieblichen Arbeitsschutzes um Maßnahmen zur Reduzierung psychischer Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz

Erweiterung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 SGB IX um die verpflichtende Komponente „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“

Weiterentwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen

Ziel 6 – Versorgung

Die Versorgungsstrukturen (ambulante und stationäre Einrichtungen, Rehabilitationskliniken etc.) sind jedem depressiv Erkrankten bedarfsgerecht zugänglich.

Teilziel 6.1:

Depressive Patientinnen und Patienten haben einen niedrigschwelligen Zugang zu Versorgungseinrichtungen.

Teilziel 6.2:

Die ambulante Versorgung wird den tatsächlichen Versorgungserfordernissen angepasst.

Teilziel 6.3:

Stationäre Versorgungseinrichtungen in Akutversorgung und Rehabilitation sind in ihrer Ausstattung für depressive Patientinnen und Patienten angemessen.

Teilziel 6.4:

Strukturen der Arbeitswelt nehmen Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse depressiv Erkrankter.

Startermaßnahme:

Versorgungsebenenspezifische Implementation der evidenzbasierten und allgemein konsentierten Leitlinie Depression

II Umsetzung der Startermaßnahmen

Startermaßnahme:

Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten, allgemeinverständlichen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten

Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit

Das sich gegenwärtig im Aufbau befindliche „Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit“ setzt sich für die Aufklärung der Bevölkerung über psychische Erkrankungen und den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung der betroffenen Menschen ein. Es ist vorgesehen, mit langfristigem Engagement der Akteure ein breit gefächertes, bundesweites Aufklärungsprogramm durchzuführen. Das Programm wird auf verschiedene psychische Erkrankungen ausgerichtet sein; die Depression wird dabei einen wesentlichen Schwerpunkt bilden. Durch den Einbezug von Bündnispartnerinnen und -partnern aus allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen wie Politik, Gesundheitswesen, Medien, Arbeitswelt, Bildung, Sport und Kirchen soll die Information möglichst die gesamte Gesellschaft erreichen, um so die Akzeptanz und soziale Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen – auch mit Depressionen – nachhaltig zu verbessern. Die Maßnahme trägt zur Umsetzung des Teilsziels 1.1 (Allgemein verfügbares Wissen) bei.

Startermaßnahme:

Anstoß, Ausbau und Koordinierung von regionalen Bündnissen gegen Depression

EU-Projekt „Implementation of Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention“

Im Rahmen der Teilnahme Deutschlands am EU-Projekt „Implementation of Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention in EU-Member States and Applicant Countries“ (EMIP) wurden in den Jahren 2005 und 2006 insgesamt vier Experten-Workshops zur Situation der psychischen Gesundheitsförderung in Deutschland durchgeführt. Ziel dieser Veranstaltungen war die Entwicklung von konkreten Perspektiven, der Erfahrungsaustausch und insbesondere die Vernetzung der relevanten Akteure im Bereich „Mental Health Promotion“. Thematische

Schwerpunkte waren Maßnahmen der psychischen Gesundheitsförderung in den Bereichen Psychiatrie, Arbeitswelt und Gesamtbevölkerung.

Diese Maßnahme trägt zusätzlich zur Umsetzung folgender Teilziele bei:

- 2.4 Stärkung der protektiven Faktoren
- 3.2 Fachübergreifende Kooperation
- 3.3 Sicherung der Qualität der Therapie

Startermaßnahme:

Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen

Förderschwerpunkt Modellprogramm zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin

Das BMG(S) hat im Rahmen eines Förderschwerpunktes im Modellprogramm zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin zehn Einzelprojekte unter dem Thema „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ in den Jahren 2001 bis 2004 mit insgesamt 3,3 Mio. € gefördert, darunter auch ein Modell zur partnerschaftlichen Einbeziehung depressiver Patientinnen und Patienten. Dabei wurde deutlich, dass auch psychisch kranke Menschen an Entscheidungsprozessen beteiligt werden wollen und können. Durch die Mitbestimmung konnte der Behandlungserfolg erheblich verbessert werden. Seitens des BMG wurden daher ab 2005 noch einmal ergänzende Fördermittel zu einem aktiven Transfer der erfolgreich erprobten Maßnahmen aus dem Förderschwerpunkt „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ in die Breite der Versorgung bereitgestellt, um unter anderem die Inhalte der partizipativen Entscheidungsfindung zum Bestandteil des Medizinstudiums zu machen, Bausteine für die medizinische Fortbildung zu entwickeln sowie über „Train-the-Trainer“-Seminare für Patientenvertreter/innen und andere Multiplikator/inn/en das Wissen und die praktische Erfahrung bundesweit bei Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten zu verbreiten.

Die Maßnahme dient auch der Umsetzung der Teilziele 4.1 (Verbesserung der Kommunikation zwischen Patient(inn)en und Behandelnden) und 4.2 (Partizipative Entscheidungsfindung).

III Weitere Maßnahmen zur Umsetzung des Gesundheitsziels

Internetangebot der BZgA

Eltern müssen für ihre Kinder eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Entscheidungen treffen. Die BZgA unterstützt Eltern im Alltag und auch in schwierigen und besonderen Situationen durch ein breites Informationsangebot, welches umfassende und lebensnahe Informationen über alle Aspekte einer gesunden physischen und psychischen und altersgerechten Entwicklung bietet. Hierbei können die Eltern auf unterschiedliche Medien zurückgreifen: die Internetseite www.kindergesundheit-info.de oder Printmedien. In den ausführlichen Broschüren

- „Das Baby“
- „Unsere Kinder“
- „Kinder schützen – Unfälle verhüten“

werden Eltern durch Wissensvermittlung und konkrete, praxisnahe Handlungsempfehlungen in ihrer elterlichen Kompetenz so gestärkt, dass sie die gesunde, auch psychisch gesunde, Entwicklung ihrer Kinder einfühlsam und nach dem heutigen Wissensstand begleiten und unterstützen sowie Gesundheitsrisiken vorbeugen können. Die Maßnahme trägt zur Erfüllung der Teilziele 1.1 (Allgemein verfügbares Wissen) und 2.4 (Stärkung der protektiven Faktoren) bei.

Broschüre zu ADHS

Ergänzend zu den Broschüren rund um die gesunde Entwicklung von Kindern finden Eltern und z. T. auch betroffene Kinder und Jugendliche selbst sowie alle, die beruflich von den Fragestellungen betroffen sind, in der unten genannten Broschüre ausführliche Informationen zu: ADHS-Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktives Syndrom. Die Maßnahme trägt zur Erfüllung des Teilziels 2.4 (Stärkung der protektiven Faktoren) bei.

Internetauftritt „www.kindergesundheit-info.de“

Unter www.kindergesundheit-info.de findet sich seit Sommer 2006 ein Internetportal der BZgA rund um die Gesundheit und Entwicklung von Kindern. Eltern und Fachkräfte erhalten hier umfassende Informationen zur gesunden, auch psychisch gesunden, kindlichen Entwicklung von 0 bis 6 Jahren. Die Maßnahme trägt zur Erfüllung des Teilziels 2.4 (Stärkung der protektiven Faktoren) bei. Im Kanal „Rat & Hilfe“ von www.kindergesundheit-info.de erfahren Eltern, an wen sie sich bei Fragen und Problemen

in der Entwicklung und Gesundheit ihres Kindes sowie des Familien- und Erziehungsalltags wenden können. Die Maßnahme trägt zur Erfüllung des Teilziels 1.1 (Allgemein verfügbares Wissen) bei.

Kanal „Für Fachkräfte“

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sollen im Kanal „Für Fachkräfte“ Grundlagen und Hintergrundwissen zu Fragen der kindlichen Entwicklung, d. h. Literatur, aktuelle Studien, Konzepte etc. finden. Die Maßnahme trägt zur Erfüllung des Teilziels 1.2 (Unterstützende Haltung) bei.

Ausstellung „Unterwegs nach Tut mir gut“ der BZgA

Die Ausstellung „Unterwegs nach Tut mir gut“ vermittelt als personalkommunikative Maßnahme auf spielerische Art neben den Themenbereichen Ernährung, Bewegung, Lärm und Geräuschen sowie Erste Hilfe auch die Themenbereiche Entspannung und Umgang mit Gefühlen. Somit dient die Maßnahme auch der Vorbeugung depressiver Erkrankungen und trägt zur Umsetzung des Teilziels 2.4 (Stärkung der protektiven Faktoren) bei.

Kinderliedertour „Apfelklops und Co“ der BZgA

Das Projekt „Apfelklops und Co“ wird 2006 in Bezug auf die Erweiterung um das Themenfeld Stressregulation überarbeitet. Die neue Musikshow heißt „Unterwegs nach Tut mir gut“. Sie berücksichtigt die Themenbereiche Ernährung, Bewegung und Stressregulation und trägt im weiteren Sinne zur Umsetzung des Teilziels 2.4 (Stärkung protektiver Faktoren) bei.

Kooperation der BZgA mit dem Kinderkanal

Massenkommunikativ wird durch eine Kooperation mit dem Kinderkanal in der Sendereihe „Kummerkasten“ Unterstützung bei der Lösung seelischer Probleme angeboten und damit auch depressiven Erkrankungen vorgebeugt. Die Kooperation trägt zur Umsetzung des Teilziels 2.4 (Stärkung der protektiven Faktoren) bei. Die Auseinandersetzung mit dem Körperbild führt z. B. zu einer größeren Selbstakzeptanz und einem positiven Selbstbild.

Deutscher Präventionspreis und Fachkongress „Ein guter Start ins Leben“

Der Dritte Deutsche Präventionspreis sowie der die Preisverleihung begleitende Fachkongress „Ein guter Start ins Leben“ (30.5.2006), ein Kooperationsprojekt der Bertelsmannstiftung, des BMG, der BZgA, des Berufsverbandes

der Frauenärzte, des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland, des Bundes deutscher Hebammen, der Deutschen Liga für das Kind, der Deutschsprachigen Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit (GAIMH) hat Projekte und Maßnahmen bekannt gemacht, die werdende Mütter und Väter und Eltern mit Kindern bis zu drei Jahren in ihrer Kompetenz stärken, die gesunde – auch seelisch gesunde – Entwicklung ihrer Kinder zu fördern. Eine Studie über Resilienzfaktoren bei Kindern wurde Anfang 2007 begonnen und wird Ende 2007 abgeschlossen sein. Beide Maßnahmen tragen zur Umsetzung des Teilziels 2.4 (Stärkung der protektiven Faktoren) bei.

„Achtsamkeit und Anerkennung“ – Materialien für Lehrerinnen und Lehrer in den Jahrgangsstufen 1 bis 4 und 5 bis 9

Das Material „Achtsamkeit und Anerkennung“ bietet ein erprobtes Konzept für Grundschulen zum Umgang mit Konflikten, Ablehnung und Mobbing, aber auch Schülermitbestimmung. Ein gleich lautendes Material für die Jahrgangsstufen 5 bis 9 wurde im November 2006 fertig gestellt. Ähnlich dem Grundschulmaterial bietet es Klassen- und Fachlehrerinnen viele Anregungen zur Schaffung eines gesunden und produktiven Lern- und Arbeitsklimas ohne Ausgrenzung, Gewalt und Mobbing in der Schule. Ein Klima der Achtsamkeit und Anerkennung ermöglicht ein von Vertrauen und Wertschätzung geprägtes Verhältnis zwischen Lehrerinnen/Lehrern und Schülerinnen/Schülern. Damit wird ein wichtiger Beitrag zum Erhalt der psychischen Gesundheit von allen an schulischen Aspekten Beteiligten geleistet.

Schließlich hilft ein vertrauensvolles Klima zwischen Lehrkräften und Schülerinnen/Schülern, frühzeitig psychische Erkrankungen/Depressionen zu erkennen und möglichst schnell Hilfs- und Beratungsangebote einzuholen. Das Material für Lehrkräfte trägt zur Umsetzung des Teilziels 2.4 (Stärkung der protektiven Faktoren) bei.

Expertise „Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland“ der BZgA

Ein weiterer Beitrag zur seelischen Gesundheit in Deutschland ist die Expertise „Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland“ (BZgA Fachheftreihe Gesundheitsförderung konkret, Band 6). Es wird ein Überblick über Programme und Kurse

zur Lebenskompetenzförderung (Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives und kritisches Denken, Entscheidungs- und Problemlösungsfähigkeit, Gefühls- und Stressbewältigung, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit) gegeben, um allen in der Gesundheitsförderung Tätigen eine Orientierungs- und Bewertungshilfe zur Verfügung zu stellen. Dies ist eine wichtige Arbeitshilfe für Professionelle, um die Prävention seelischer Erkrankungen umzusetzen. Damit trägt die Maßnahme zum Teilziel 2.4 (Stärkung der protektiven Faktoren) bei.

Nationales Suizidpräventionsprogramm

Für eine nachhaltige Bekämpfung von Suiziden und suizidalem Verhalten wurde in Deutschland ein Nationales Suizidpräventionsprogramm (NASPRO) auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e. V. (DGS) unter Mitwirkung des BMG ins Leben gerufen. Veranstaltungen des NASPRO wurden durch das BMG aus Mitteln des Jahreskooperationsprogramms mit der WHO gefördert. Das NASPRO soll Rahmenbedingungen schaffen, die ein generelles suizidpräventives Klima bewirken und Forschung und praktisches Handeln stimulieren.

Es soll Menschen im Umfeld der Betroffenen dazu befähigen, auf die Suizidproblematik einzugehen und wirkungsvolle, regional angepasste Strukturen für eine bessere Primärprävention (allgemeine suizidpräventive Maßnahmen), Sekundär- (Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen) und Tertiärprävention (Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch) zu schaffen. Jeder, der Hilfe sucht, sollte unkompliziert und schnell qualifizierte Hilfe finden können.

In insgesamt 16 Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themenschwerpunkten (z. B. Kinder und Jugendliche, alte Menschen, Primärprävention, Arbeitsplatz etc.) werden unter Einbezug der relevanten Fachgesellschaften, der Politik, aller betroffenen Berufsgruppen sowie der Patienten- und Angehörigen-Organisationen Empfehlungen zur Konzeption wirksamer Maßnahmen sowie zielgruppenspezifische Materialien wie Broschüren und Flyer für Betroffene, Angehörige und andere Bezugspersonen erarbeitet (Internetadresse: www.suizidpraevention-deutschland.de). Die Maßnahme trägt zur Umsetzung des Teilziels 2.2 (Senkung der Suizid(versuchs)rate) bei.

Kompetenznetz Depression und Suizidalität

Auch der im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung geförderte Forschungsverbund „Kompetenznetz Depression und Suizidalität“ zielt

auf die effektive Gestaltung von Suizidprävention ab. Der Schwerpunkt liegt in der Durchführung und Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen. Ein wichtiges Teilprojekt ist das Aktionsprogramm zu Depression und Suizidalität in Nürnberg („Nürnberger Bündnis gegen Depression“), in dessen Folge sich bundesweit inzwischen über 30 weitere regionale Bündnisse gegen Depression etabliert haben.

Im Rahmen eines anderen Teilprojektes soll erstmals der postulierte suizidpräventive Effekt einer frühzeitigen Lithiummedikation nachgewiesen werden. Weitere Projekte befassen sich mit biologischen Aspekten der Suizidalität oder dem Zusammenhang zwischen Strukturveränderungen der stationären Versorgung in den neuen Bundesländern und dem Auftreten stationärer Suizidhandlungen.

Das Kompetenznetz Depression und Suizidalität hat u. a. das Ziel, diagnostische, therapeutische und Forschungsdefizite zu mindern.

Die Ergebnisse der verschiedenen Teilprojekte

- Behandlung leichter depressiver Syndrome,
- Qualitätsmanagement in der Depressionsbehandlung,
- Wirkmechanismen antidepressiver Therapien,
- Molekulargenetik / Pharmakogenetik,
- Chronizität, Therapieresistenz, Prädiktion

sollen dazu beitragen, dass Depressionen möglichst frühzeitig erkannt und nach den anerkannten Leitlinienstandards behandelt werden.

Mit dem Ziel einer weiteren Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für chronifizierte Depressionen ist vorgesehen, auch einen Schwerpunkt in der Fortschreibung des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung zu implementieren.

Die Maßnahme trägt damit bei zur Umsetzung der Teilziele 2.2 (Senkung der Suizid(versuchs)rate) und 2.4 (Stärkung der protektiven Faktoren) sowie des Teilziels 3.3 (Sicherung einer evidenzbasierten Therapie).

Das Kompetenznetz Depression und Suizidalität (BMBF) zielt auch darauf ab, die Kooperation und den Wissenstransfer zwischen den Forschungseinrichtungen und den verschiedenen Ebenen der Patientenversorgung zu ver-

bessern. So befassen sich verschiedene Teilprojekte des Forschungsverbundes mit versorgungsrelevanten Fragen z. B. zur Evidenzlage von Therapiemaßnahmen, zum Qualitätsmanagement in der Depressionsbehandlung, zur Chronizität und zur Therapieresistenz.

Diese Maßnahme dient damit auch der Umsetzung der Teilziele 6.2 (Ambulante Versorgung anpassen) und 6.3 (Stationäre Versorgung).

„Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung“

Das Teilprojekt „Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung“ im Rahmen des BMG-geförderten Projekts „Benchmarking im Gesundheitswesen“ zielt auf die Qualitätsverbesserung von Behandlungsstrategien bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern ab. Dort wird u. a. für Depressionen im höheren Lebensalter der Einsatz optimierter Behandlungsleitlinien und Behandlungspfade unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit schwierigen, chronifizierten bzw. von Chronifizierung bedrohten Verlaufsbildern untersucht.

Diese Maßnahme dient der Umsetzung der Teilziele 5.2 (Langzeitbehandlung koordinieren), 6.2 (Ambulante Versorgung anpassen) und 6.3 (Stationäre Versorgung).

IV Auswertung

Das Ziel „Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln“ wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und seinen Behörden im Geschäftsbereich in insgesamt 17 Maßnahmen umgesetzt. Ein Schwerpunkt lag im Bereich der Prävalenzsenkung (Senkung der Krankheitshäufigkeit). Die zehn von der BZgA entwickelten und durchgeführten Maßnahmen haben ihren Schwerpunkt bei der Arbeit mit Kindern. Um frühzeitig einer depressiven Erkrankung vorzubeugen, wurde mit zahlreichen Broschüren, Aktionen und im Internet über Gefahren und Risiken aufgeklärt. Dadurch werden vor allem die protektiven Faktoren für depressive Erkrankungen gestärkt.

Das BMG engagiert sich auch im Rahmen des EU-Projektes „Implementation of Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention“. In den vier bisher abgehaltenen Workshops zu diesem Thema ging es vor allem um den Erfahrungsaustausch und die Vernetzung der Akteure in diesem Bereich.

Um den allgemeinen Wissensstand zu psychischen Erkrankungen zu verbessern, wird das Aktionsbündnis für seelische Gesundheit aufgebaut. Damit soll die gesamte Bevölkerung mit Hilfe verschiedener Bündnispartner aus allen relevanten Bereichen informiert und Erkrankte unterstützt werden.

Zur Senkung der Suizid(versuchs)rate wurde ein Nationales Suizidpräventionsprogramm auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e. V. (DGS) geschaffen. Damit sollen allgemeine suizidpräventive Maßnahmen, die Erkennung und Behandlung suizidgefährdeter Menschen und die Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch verbessert werden.

Um die Versorgung von depressiven Patienten im ambulanten und stationären Bereich zu optimieren, wurde das „Kompetenznetz Depression & Suizidalität“ gegründet. Eine weitere Maßnahme in diesem Bereich ist das Teilprojekt „Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung“ das u. a. zur besseren Behandlung von schwierigen oder chronifizierten Patienten beitragen soll.

Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen werden entscheidend im Kindes- und Jugendalter geprägt. Gleichzeitig etablieren sich aber auch langfristig wirkende Gesundheitsrisiken in diesem Alter. Dies macht den präventiven Charakter dieses Gesundheitsziels deutlich. Da Bewegung, Ernährung und Stress die kindliche Gesundheit in besonderer Weise beeinflussen und mit dem Auftreten der sogenannten Zivilisationskrankheiten im späteren Alter zusammenhängen, stehen diese drei Themen im Mittelpunkt des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“. Beim Thema Ernährung ist auffallend, dass in den jüngeren Altersgruppen der Anteil an Personen, die ausreichend Obst und Gemüse zu sich nehmen, deutlich zu gering ist. Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas nimmt im Grundschulalter stark zu und stellt damit einen erheblichen Risikofaktor für Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen und erhöhten Blutdruck dar. Zusammenhänge zwischen Übergewicht, Bewegungsmangel und psychischen stressbedingten Problemen werden deutlich. Sport und Bewegung haben sowohl in physischer Hinsicht als auch beim Abbau von Stress positive Auswirkungen.

Im Januar 2003 wurde mit Vertretern von *gesundheitsziele.de*, Ländervertretern und dem Bundesgesundheitsministerium vereinbart, dass das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung auf den Ergebnissen von *gesundheitsziele.de* aufbaut, sofern präventionsrelevante Aspekte betroffen sind. Dies betrifft insbesondere die „AG Gesunde Kindergärten und Schulen“ des Deutschen Forums Prävention, welches die Ergebnisse der AG 7 „Kinder und Jugendliche“ von *gesundheitsziele.de* seiner Arbeit zugrunde legen soll. Bei ihrer Arbeit hat sich die Arbeitsgruppe dementsprechend auf die umfangreichen Vorarbeiten und Ergebnisse des Gesundheitszieleprozesses gestützt. Sie beschloss, die Ziele und die Operationalisierungen von *gesundheitsziele.de* für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche in den Settings Schule und Kindergarten zu übernehmen und hat sich auf die Hauptthemen Bewegung, Ernährung Stressbewältigung und Rauchen verständigt. Im Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung werden Empfehlungen und Qualitätsstandards für gesunde Kindertagesstätten und (Ganztags-) Schulen in einem breiten Konsens entwickelt und vorbildhafte Praxisbeispiele für Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen vorgestellt.

I Ziele, Teilziele und Startermaßnahmen

Ziel 1 – Fehlernährung – Familie

(Setting Familie und Freizeit):

Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert.

Teilziel 1.1.1 (übergreifend):

Die Familie übernimmt Verantwortung für die Hinführung der Kinder und Jugendlichen zu einer gesunden Ernährungsweise.

Teilziel 1.1.2 (übergreifend):

Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt.

Teilziel 1.2 (Kognition):

Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht.

Teilziel 1.3 (Motivation):

Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht.

Teilziel 1.4.1 (Verhalten):

Genussfähigkeit in Bezug auf das Essen ist gestärkt.

Teilziel 1.4.2 (Verhalten):

Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht.

Teilziel 1.5.1 (Verhältnisse):

Unterstützung gesunden Ernährungsverhaltens durch verhältnisorientierte Maßnahmen.

Teilziel 1.5.2 (Verhältnisse):

Zahl der „Verführer“ ist reduziert.

Teilziel 1.5.3 (Verhältnisse):

Verhaltensorientierte Angebote für fehlernährte Kinder und deren Familien liegen vor.

Ziel 2 – Bewegungsmangel – Familie

(Setting Familie und Freizeit):

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

Teilziel 2.1.1 (übergreifend):

Die Familie übernimmt Verantwortung für die Hinführung der Kinder und Jugendlichen zu vermehrter Bewegung.

Teilziel 2.1.2 (übergreifend):

Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt.

Teilziel 2.2 (Kognition):

Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht.

Teilziel 2.3 (Motivation):

Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht. Das Bewegungsbedürfnis der Kinder und Jugendlichen ist in den Alltag integriert.

Teilziel 2.4 (Verhalten):

Koordinative Fähigkeiten, Ausdauer und Kraft sind verbessert.

Teilziel 2.5.1 (Verhältnisse):

Das Wohnumfeld von Familien ist bewegungsfreundlich gestaltet.

Teilziel 2.5.2 (Verhältnisse):

Bewegungsfördernde Angebote für Familien existieren.

Ziel 3 – Stressbewältigung – Familie

(Setting Familie und Freizeit):

Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert.

Teilziel 3.1.1 (übergreifend):

Die Familie übernimmt die Verantwortung für die Hinführung der Kinder und Jugendlichen zu produktiver Stressbewältigung.

Teilziel 3.1.2 (übergreifend):

Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt.

Teilziel 3.2 (Kognition):

Das Wissen um Bewältigungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht.

Teilziel 3.3 (Motivation):

Die Motivation, sich Bewältigungsstrategien anzueignen und zu nutzen, ist erhöht.

Teilziel 3.4 (Verhalten):

Vorhandene Bewältigungsstrategien der Kinder und Eltern sowie die Verarbeitungskompetenzen der Kinder sind gestärkt.

Teilziel 3.5.1 (Verhältnisse):

Möglichkeiten zur Stressreduktion in Familie und Freizeit sind gegeben.

Teilziel 3.5.2 (Verhältnisse):

Angebote zum Erlernen von prosozialem Verhalten und Stressbewältigung sind vorhanden.

Startermaßnahmen Familie und Freizeit:

Ausbau vorhandener und Etablierung niedrigschwelliger bzw. aufsuchender primär-präventiver Gesundheitsangebote für junge, sozial benachteiligte Familien

Vernetzung verschiedener familienbezogener Hilfsangebote in sozial benachteiligten Stadtteilen und strukturelle Verknüpfung des Gesundheits- und Jugendbereichs mittels Gemeinwesenarbeit

Ausbau niedrigschwelliger Hilfsangebote in sozial benachteiligten Stadtteilen

Ziel 4 – Fehlernährung – KiTa

(Setting KiTa):

Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert.

Teilziel 4.1.1 (übergreifend):

Die KiTa wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für gesunde Ernährung wird von allen Beteiligten übernommen.

Teilziel 4.1.2 (übergreifend):

Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt.

Teilziel 4.2 (Kognition):
Verständnis für und Wissen über ausgewogene Ernährung sind erhöht.

Teilziel 4.3 (Motivation):
Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht.

Teilziel 4.4.1 (Verhalten):
Die Genussfähigkeit in Bezug auf das Essen ist gestärkt.

Teilziel 4.4.2 (Verhalten):
Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht.

Teilziel 4.5.1 (Verhältnisse):
Die Zahl der „Verführer“ ist reduziert.

Teilziel 4.5.2 (Verhältnisse):
Angebote für fehlernährte Kinder liegen vor.

Ziel 5 – Bewegungsmangel – KiTa

(Setting KiTa):
Motorische Fähigkeiten bei Kindern sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert.

Teilziel 5.1.1 (übergreifend):
Die KiTa wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Bewegung wird von allen Beteiligten übernommen.

Teilziel 5.1.2 (übergreifend):
Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt.

Teilziel 5.2 (Kognition):
Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht.

Teilziel 5.3 (Motivation):
Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht. Das Bewegungsbedürfnis der Kinder ist in den Alltag integriert.

Teilziel 5.4 (Verhalten):
Kinder sind stärker körperlich aktiv.

Teilziel 5.5.1 (Verhältnisse):
Die KiTa ist bewegungsfreundlich gestaltet.

Teilziel 5.5.2 (Verhältnisse):
Die Zahl der integrativen Bewegungsangebote in der KiTa ist erhöht.

Teilziel 5.5.3 (Verhältnisse):
Angebote für bewegungsauffällige Kinder sind vorhanden.

Ziel 6 – Stressbewältigung – KiTa

(Setting KiTa):
Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert.

Teilziel 6.1.1 (übergreifend):
Die KiTa wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Stressbewältigung wird von allen Beteiligten übernommen.

Teilziel 6.1.2 (übergreifend):
Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt.

Teilziel 6.2 (Kognition):
Das Wissen um Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht.

Teilziel 6.3 (Motivation):
Die Motivation, sich Bewältigungsstrategien anzueignen und zu nutzen, ist erhöht.

Teilziel 6.4.1 (Verhalten):
Vorhandene Bewältigungsstrategien der Kinder und Eltern sowie die Verarbeitungskompetenzen der Kinder sind gestärkt.

Teilziel 6.4.2 (Verhalten):
Feindschaft, Mobbing, Bullying-Verhalten sind reduziert, prosoziales Verhalten nimmt zu.

Teilziel 6.5.1 (Verhältnisse):
Möglichkeiten zur Stressreduktion in der KiTa sind gegeben.

Teilziel 6.5.2 (Verhältnisse):
Angebote zum Erlernen von prosozialem und stressbewältigendem Verhalten sind vorhanden.

Startermaßnahmen KiTa:

Entwicklung von Konzepten zur „Gesundheitsförderlichen Kindertagesstätte“ durch Modellversuche in Stadtteilen mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen

Erprobung der Gemeinschaftsverpflegung (Mittagstisch) in der KiTa als gesundheitsförderliches Angebot in Stadtteilen mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen

Ziel 7 – Fehlernährung – Schule

(Setting Schule):

Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert.

Teilziel 7.1.1 (übergreifend):

Die Schule wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Ernährung wird von allen Beteiligten übernommen.

Teilziel 7.1.2 (übergreifend):

Der Kohärenzsinn der Kinder und Jugendlichen ist gestärkt.

Teilziel 7.1.3 (übergreifend):

Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder und Jugendliche, Mütter und Väter sind entwickelt.

Teilziel 7.2 (Kognition):

Verständnis für und Wissen über ausgewogene Ernährung sind erhöht.

Teilziel 7.3 (Motivation):

Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht.

Teilziel 7.4.1 (Verhalten):

Die Genussfähigkeit in Bezug auf das Essen ist gestärkt.

Teilziel 7.4.2 (Verhalten):

Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht.

Teilziel 7.5.1 (Verhältnisse):

Die Zahl der „Verführer“ ist reduziert.

Teilziel 7.5.2 (Verhältnisse):

Angebote für fehlernährte Kinder und Jugendliche liegen vor.

Ziel 8 – Bewegungsmangel – Schule

(Setting Schule):

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

Teilziel 8.1.1 (übergreifend):

Die Schule wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Bewegung wird von allen Beteiligten übernommen.

Teilziel 8.1.2 (übergreifend):

Der Kohärenzsinn der Kinder und Jugendlichen ist gestärkt.

Teilziel 8.1.3 (übergreifend):

Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder und Jugendliche, Mütter und Väter sind entwickelt.

Teilziel 8.2 (Kognition):

Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht.

Teilziel 8.3 (Motivation):

Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht. Das Bewegungsbedürfnis der Kinder und Jugendlichen ist in den Alltag integriert.

Teilziel 8.4.1 (Verhalten):

Kinder und Jugendliche sind stärker körperlich aktiv.

Teilziel 8.4.2 (Verhalten):

Angebote für bewegungsauffällige Kinder und Jugendliche sind vorhanden.

Teilziel 8.5.1 (Verhältnisse):

Die Schule ist bewegungsfreundlich gestaltet.

Teilziel 8.5.2 (Verhältnisse):

Die Zahl der integrativen Bewegungsangebote in der Schule ist erhöht.

Ziel 9 – Stressbewältigung – Schule

(Setting Schule): Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert.

Teilziel 9.1.1 (übergreifend):

Die Schule wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Stressbewältigung wird von allen Beteiligten übernommen.

Teilziel 9.1.2 (übergreifend):

Der Kohärenzsinn der Kinder und Jugendlichen ist gestärkt.

Teilziel 9.1.3 (übergreifend):

Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder und Jugendliche, Mütter und Väter sind entwickelt.

Teilziel 9.2 (Kognition):

Das Wissen um Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht.

Teilziel 9.3 (Motivation):

Die Motivation, sich Bewältigungsstrategien anzueignen und zu nutzen, ist erhöht.

Teilziel 9.4.1 (Verhalten):

Vorhandene Bewältigungsstrategien und die Verarbeitungskompetenzen der Kinder und Jugendlichen sind gestärkt.

Teilziel 9.4.2 (Verhalten):

Feindschaft, Mobbing, Bullying-Verhalten sind reduziert, prosoziales Verhalten nimmt zu.

Teilziel 9.5.1 (Verhältnisse):

Möglichkeiten zur Stressreduktion in der Schule sind gegeben.

Teilziel 9.5.2 (Verhältnisse):

Angebote zum Erlernen von prosozialem Verhalten und Stressbewältigung sind vorhanden.

Startermaßnahmen Schule:

Auf- und Ausbau (über)regionaler Service- und Beratungsstrukturen zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung

Evaluation derzeit (an)laufender Modellversuche zur Unterstützung und Vernetzung gesundheitsfördernder Schulen

Anpassung des Konzeptes der „gesundheitsfördernden Schule“ auf die Schulform der Berufsschule

Ziel 10 – Rahmenbedingungen

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

Teilziel KiTa 1:

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.

Teilziel KiTa 2:

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.

Teilziel Schule 1:

Der Bildungsauftrag der Schule sollte ganzheitlich verstanden werden und die Förderung der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen von Schülerinnen und Schülern umfassen.

Teilziel Schule 2:

Der Bildungsauftrag der Schule sollte die möglichst gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebensraums Schule umfassen.

Teilziel Schule 3:

Der Bildungsauftrag der Schule sollte die Motivation der in der Schule Verantwortlichen zur Kooperation mit anderen Akteuren, insbesondere auch Eltern, zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen im Umfeld der Schule umfassen.

Teilziel Familie und Freizeit 1:

Die Gestaltung der Rahmenbedingungen orientiert sich an den für ein gesundes Aufwachsen der Kinder erforderlichen Voraussetzungen. Dazu ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller betroffenen Ministerien sicherzustellen. Dies gilt sowohl für die Bundes- als auch für die Landesebene.

Teilziel Familie und Freizeit 2:

Die Rahmenbedingungen für gesunde Kindheit sind so gestaltet, dass Kinder im Rahmen der durch die elterliche Erziehung gegebenen Spielräume über ihre Freizeit eigenverantwortlich und kreativ selbst entscheiden können. Spiel- und Bewegungsflächen sind ausreichend bereitgestellt.

Teilziel Familie und Freizeit 3:

Die Kooperation von dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Jugendhilfe, freien Trägern niedergelassenen Ärzt(inn)en, Sportvereinen, Geburtskliniken, Krankenhäusern u. a., Hebammen und anderen Unterstützungssystemen für Familien werden institutionalisiert, Sektorengrenzen werden abgebaut.

II Umsetzung der Startermaßnahmen**Startermaßnahme Familie und Freizeit:**

Ausbau niedrigschwelliger Hilfsangebote in sozial benachteiligten Stadtteilen

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

Alle Maßnahmen werden bevorzugt in Regionen mit besonderem Entwicklungsbedarf des Bund-Länder-Modellprogramms „Soziale Stadt“ angeboten. Bis zu ihrem Abschluss 2006 bestand eine Kooperation mit der in diesem Programm tätigen Initiative des BMFSFJ „Entwicklungen und Chancen junger Menschen“ (E&C). Darüber hinaus wurde 2001 ein Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ initiiert, dem inzwischen 42 Bundes- und Landesorganisationen (alle Bundes- und Landesvereinigungen für Gesundheit, Spitzenverbände der Krankenkassen, Ärztinnen/Ärzte und Wohlfahrtsverbände, Landesministerien und wissenschaftliche Institute u. a.) angehören. Regionale Netzwerke (sog. Regionale Knoten) wurden in allen 16 Bundesländern aufgebaut.

Im Rahmen dieser Kooperation hat die BZgA eine Datenbank in das Internet gestellt, die einen Überblick über ca. 2800 Projekte und Maßnahmen der „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ mit spezifischen Abfragemöglichkeiten bietet. Hiermit ist beispielsweise die Möglichkeit gegeben, einen bundesweiten Zugang zu Projekten und Maßnahmen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen zu erhalten. Inzwischen konnte durch die Auswahl guter Praxisprojekte und deren nationale und internationale Anerkennung dazu beigetragen werden, dass z. B. aufsuchende Hebammenhilfe (Projekt „Schutzengel“) in Schleswig-Holstein in den Kinder- und Jugendaktionsplan der Landesregierung aufgenommen wurde und damit landesweit umgesetzt wird.

Damit wird übergreifend zur Umsetzung des Teilziels: „Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter“ in den Settings Familie und Freizeit beigetragen. Dies betrifft die Teilziele 1.1.2, 2.1.2, 3.1.2 (Familie), die Teilziele 4.1.2, 5.1.2, 6.1.2 (KiTa) und die Teilziele 7.1.3, 8.1.3, 9.1.3 (Schule).

Startermaßnahme Familie und Freizeit:

Vernetzung verschiedener familienbezogener Hilfsangebote in sozial benachteiligten Stadtteilen und strukturelle Verknüpfung des Gesundheits- und Jugendbereichs mittels Gemeinwesenarbeit

Beschluss der Jugendministerkonferenz zum Thema „Kinder und Gesundheit“

Das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Arbeitsgruppe „Gesunde Kindergärten und Schulen“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung haben den Beschluss der Jugendministerkonferenz vom 12./13.5.2005 und den zugrunde liegenden Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden zum Thema „Kinder und Gesundheit – Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ als ein begrüßenswertes Bekenntnis zur Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Eltern- und Familienbildung für die gemeinsame Aufgabe, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schützen und zu fördern begrüßt. Diese Aufgabe soll von den Beteiligten zukünftig stärker als bisher, insbesondere in Form ressortübergreifender Kooperationen von Kinder- und Jugendhilfe, Bildung, Schule, Sport, Umwelt, Verkehr und Verbraucherschutz mit der Gesundheitspolitik wahrgenommen werden. Mit der Maßnahme wird zur Erfüllung des Ziels 10 (Verbesserung der Rahmenbedingungen) beigetragen.

Startermaßnahme Schule:

Auf- und Ausbau (über)regionaler Service- und Beratungsstrukturen zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung

Empfehlungen „Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Ganztagschule“

Im Jahr 2004 hat die Arbeitsgruppe „Gesunde Kindergärten und Schulen“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit dem Investitionsprogramm der Bundesregierung „Zukunft Bildung und Betreuung“ zum Auf- und Ausbau von Ganztagschulen die Empfehlungen „Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Ganztagschule“ erarbeitet. Diese

Empfehlungen, die Schulen unterstützen sollen, sich im Rahmen dieses Programms zu einer gesundheitsfördernden Ganztagschule zu entwickeln, legen ihren Schwerpunkt auf die Themen Bewegungsförderung, Gesunde Ernährung und Stressabbau. Sie wurden im Oktober 2004 an alle Kultusministerien und relevanten Verbände und Organisationen (z. B. Städte- und Gemeindetag, Bundesarchitektenkammer) versandt.

Mit der Maßnahme wird zur Erfüllung der Teilziele 7.1.1 (Schule übernimmt Verantwortung für Ernährung), 8.1.1 (Schule übernimmt Verantwortung für Bewegung) und 9.1.1 (Schule übernimmt Verantwortung für Stressbewältigung) beigetragen.

Startermaßnahme Schule:

Auf- und Ausbau (über)regionaler Service- und Beratungsstrukturen zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung

„Qualität schulischer Gesundheitsförderung – Dimensionen, Kriterien und Indikatoren, Entwicklung eines Analyserasters mit Toolbox“

Auf Anregung der Arbeitsgruppe „Gesunde Kindertagesstätten und Schulen“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung und in enger Abstimmung mit dieser fördert das BMG das Projekt „Qualität schulischer Gesundheitsförderung – Dimensionen, Kriterien und Indikatoren, Entwicklung eines Analyserasters mit Toolbox“. Ziel des Projektes ist die Erarbeitung eines Indikatorenrasters für die schulische Gesundheitsförderung, das als „Toolbox“ neben Gesundheitsindikatoren auch die einsetzbaren Instrumente und Verfahren zur Messung gesundheits- und bildungspolitischer Erfolge von Maßnahmen im Setting Schule beschreibt.

Damit soll ein praktikables und im schulischen Alltag einsetzbares Analyseraster entwickelt werden, das es Schulen ermöglicht, einen schnellen und sicheren Überblick über wichtige Qualitätsaspekte der schulischen Gesundheitsförderung zu erhalten.

Bei der Erarbeitung werden alle Programme und Projekte mit bundesweiter Perspektive in das Projekt einbezogen. Das Analyseraster mit Toolbox liegt inzwischen vor. Auf Anregung der AG „Gesunde Kindertagesstätten und Schulen“ wurden kleine Änderungen vorgenommen. Zurzeit

findet eine Evaluation in ausgewählten Schulen statt. Diese Maßnahme dient der Umsetzung der Teilziele 7, 8, 9, 10.2 (Schule) und 10.3 (Schule).

Mit der Maßnahme wird zur Erfüllung der Teilziele 7.1.1 (Schule übernimmt Verantwortung für Ernährung), 8.1.1 (Schule übernimmt Verantwortung für Bewegung) und 9.1.1 (Schule übernimmt Verantwortung für Stressbewältigung) beigetragen.

III Weitere Maßnahmen zur Umsetzung des Gesundheitsziels

Zwei Kongresse des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung

Am 25. und 26. Oktober 2005 hat das BMG als Gemeinschaftsprojekt mit anderen Ressorts und Verbänden den zweiten Kongress des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung zum Thema „Gesundlernen in Kindertagesstätte und Schule“ veranstaltet. Bei diesem Kongress wurden die Zusammenhänge von Gesundheit und Bildung aufgezeigt und Empfehlungen zur gesundheitsförderlichen Ausrichtung von Schulen und Kindertagesstätten gegeben. Inhaltlich wurde dieser Kongress von der Arbeitsgruppe „Gesunde Kindergärten und Schulen“ vorbereitet.

Der dritte Kongress des Deutschen Forums, der ebenfalls vom BMG veranstaltet wurde, fand am 23. Januar 2007 zum Thema „Bewegung im Alltag“ statt. Bei dem Kongress wurde der Frage nachgegangen, wie es gelingen kann, mehr Bewegung in den Alltag zu bringen. Kernbotschaft war, dass man sich ohne viel Aufwand mehr bewegen und damit etwas für seine Gesundheit tun kann. Dabei wurden auch innovative Projekte zur Bewegungsförderung für Kinder und Jugendliche vorgestellt und diskutiert.

Die Maßnahmen dienen der Umsetzung des Ziels 10 (Verbesserung der Rahmenbedingungen).

Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)

Das Robert Koch-Institut hat nach einer über drei Jahre laufenden Studie erste Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys im September 2006 vorgestellt. Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten bieten einen breiten Überblick über den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Mit dem KiGGS hat das Robert Koch-Institut ein richtungweisendes Erhebungskonzept entwickelt. Die Ergebnisse werden es ermöglichen, Aussagen darüber zu machen, was Kinder krank macht bzw. welche Schutzfaktoren vorliegen. Rund 18.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren wurden medizinisch untersucht und (sie bzw. ihre Eltern) ärztlich befragt. Darüber hinaus wurden zahlreiche Blut- und Urinproben ausgewertet und Angaben zum gesundheitsbezogenen Verhalten wie Ernährung, Bewegung, Drogen- und Alkoholkonsum sowie zu Impfstatus und Vorsorgeverhalten erfasst. Durch die Berücksichtigung von sozioökonomischen Variablen und Risikofaktoren

lassen sich auf dieser Datengrundlage Präventionsstrategien zielgruppenspezifisch weiterentwickeln.

Die bundesweite Untersuchung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert. Weitere Bundesministerien und das Land Schleswig-Holstein unterstützten zusätzliche themenbezogene Erhebungen. Die ersten aktuellen Auswertungsergebnisse sind im Internet unter www.kiggs.de abrufbar.

Der KiGGS dient insbesondere der Umsetzung des Ziels 10 (Verbesserung der Rahmenbedingungen).

Kinder-Früherkennungsuntersuchungen

Die Kinderuntersuchungen nach § 26 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch sind ein seit 1971 erfolgreich eingesetztes Instrument zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung gefährden. Neun Untersuchungen sind von der Geburt bis zum sechsten und eine Untersuchung nach Vollendung des zehnten Lebensjahres vorgesehen.

Das BMG fördert seit Jahren über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung innovative Projekte zur Steigerung der Teilnahme an Kinderuntersuchungen. Ebenfalls engagieren sich viele Krankenkassen, Teilnahmeraten zu verbessern, u. a. durch Verknüpfung mit Bonusprogrammen nach § 65 a SGB V. Die Weiterentwicklung dieser Initiativen und eine flächendeckende Verbreitung wird vom BMG aktiv verfolgt. Dabei hervorzuheben ist der Aufbau von Angeboten, um Risikogruppen zu erreichen, sowie die Bereitstellung von Informationen für Eltern über Sinn und Zweck der Früherkennungsuntersuchungen. Dazu sollen bestehende Strukturen stärker genutzt werden, hier insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst, Kindertageseinrichtungen und Schulen.

Die Aktion „Ich geh zur U – und du?“ der BZgA zielt darauf ab, die Inanspruchnahme der U7 bis U9 insbesondere von Kindern aus bildungsfernen Familien und mit Migrationshintergrund zu erhöhen und kommt deshalb vor allem in sozialen Brennpunkten zum Einsatz.

Die Ziele der Aktion sind:

- Information über die Früherkennungsuntersuchungen, Motivation zur Inanspruchnahme und zur Vervollständigung des Impfschutzes,

- Sensibilisierung der Zielgruppe für den Nutzen von Präventionsmaßnahmen und Motivation zu eigenverantwortlichem, gesundheitsförderndem Handeln,

- Unterstützung, Koordination und Vernetzung bereits bestehender oder geplanter Aktivitäten verschiedener Akteure (Ärztinnen/Ärzte, Kindergärten, Jugendämter, ÖGD, Krankenkassen und Quartiersmanager/-innen in sozialen Brennpunkten).

Die Evaluationsergebnisse der 2004 in sozialen Brennpunkten durchgeführten Modellphase sind insgesamt sehr positiv. Bei den an der Pilotphase der U-Aktion teilnehmenden Kindern wurde die Inanspruchnahme an der U8/U9 von 63 % auf 79 % gesteigert, d. h. es konnte eine Gesamtzunahme um 16 % erreicht werden. Die Inanspruchnahme der Untersuchungen bei ausländischen Eltern konnte sogar um 31% gesteigert werden.

Eine beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) eingerichtete „Themengruppe Kinderuntersuchungen“ überarbeitet auch auf Veranlassung des BMG derzeit die Kinderrichtlinien. Die Festlegung neuer spezifischer Untersuchungsschritte und die Überprüfung der Untersuchungsintervalle der Kinderuntersuchungen sind dabei vorrangige Themen.

Die Maßnahme dient insbesondere der Umsetzung des Ziels 10 (Optimierung der Rahmenbedingungen).

Eltern-Ordner „Gesund groß werden“ als Begleitmaterial zum Früherkennungsprogramm für Kinder nach § 26 SGB V

Den Eltern-Ordner „Gesund groß werden“ hat die BZgA im Rahmen eines Projektes in enger Kooperation mit den pädiatrischen Fachgesellschaften und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte entwickelt und die Inhalte mit einem Kreis von Fachleuten aus der Entwicklungspädiatrie und -psychologie abgestimmt. Die Themen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung nehmen dabei einen breiten Raum ein.

Ziel des Projektes ist es, Eltern den Zugang zu relevantem Gesundheitswissen zu eröffnen und ihre Kompetenz in Fragen der gesunden kindlichen Entwicklung, der Prävention und Früherkennung zu stärken, damit sie gemeinsam mit dem Arzt ihre Verantwortung für die Gesundheit des Kindes besser wahrnehmen können.

Die Effekte des Eltern-Ordners werden zur Zeit in einer groß angelegten randomisierten Evaluationsstudie mit

Mitteln des Bundesforschungsministeriums geprüft. Dabei wird insbesondere der Frage nachgegangen, ob auch besonders hilfsbedürftige Familien erfolgreich unterstützt werden können.

Mit dem Ordner werden folgende Teilziele umgesetzt:

- 1.1.1 Familie übernimmt Verantwortung für Ernährung
- 1.2 Mehr Wissen über ausgewogene Ernährung
- 2.1.1 Familie übernimmt Verantwortung für Bewegung
- 2.2 Mehr Wissen über Bewegung
- 3.1.1 Familie übernimmt Verantwortung für Stressbewältigung
- 3.2 Mehr Wissen über Stressbewältigung

Der Deutsche Präventionspreis

Der Deutsche Präventionspreis ist ein Kooperationsprojekt des BMG, der BZgA und der Bertelsmann Stiftung. Mit dem Deutschen Präventionspreis werden beispielhafte und vorbildliche Initiativen und Projekte auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung prämiert und veröffentlicht sowie Impulse zur Nachahmung und Weiterentwicklung gegeben. Der Präventionspreis hat jedes Jahr einen anderen thematischen Schwerpunkt. Im Jahr 2004 stand der Präventionspreis unter dem Thema „Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen“.

Nachdem der Präventionspreis sich im Jahr 2005 an die Zielgruppe der älteren Menschen richtete, wurde er im Jahr 2006 für Projekte zur Stärkung der Elternkompetenz in Schwangerschaft und früher Kindheit verliehen. Begleitet wurde diese Preisverleihung von einem von der BZgA und der Bertelsmann-Stiftung gemeinsam veranstalteten Kongress zum Thema „Ein guter Start ins Leben; Frühe Kindheit und Gesellschaft in gemeinsamer Verantwortung“ der sich an Multiplikatoren in diesem Bereich richtete.

Für den Präventionspreis 2007 zum Thema „Prävention stärken – lokal und regional“ haben sich auch zahlreiche Projekte für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen beworben. Durch die vielen Projekte, die sich in den vergangenen Jahren um den Deutschen Präventionspreis beworben haben und durch die damit verbundene Öffentlichkeitsarbeit anlässlich der Preisverleihung ist davon auszugehen, dass die nachahmenswerten Projekte zur Verbreitung der Ziele, Teilziele und Maßnahmen von *gesundheitsziele.de* zum Thema „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ beitragen werden.

Damit wurden Beiträge zur Umsetzung einer Vielzahl von Teilzielen der Ziele 6, 7, 8, 9 und 10 gefördert.

Nationaler Aktionsplan „Für ein kindgerechtes Deutschland 2005–2010“

Das Ziel, Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen, insbesondere im Hinblick auf gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, die sprachlichen und motorischen Fähigkeiten und die Fähigkeit zur Stressbewältigung zu stärken ist ein wichtiger Bestandteil des Nationalen Aktionsplans „Für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010“.

Die Maßnahme dient insbesondere der Umsetzung des Ziels 10 (Verbesserung der Rahmenbedingungen).

Printmedien für das Setting Familie und Freizeit

Bei der BZgA gibt es die Basismedien

- „Das Baby“,
- „Unsere Kinder“,
- „Kinder schützen – Unfälle verhüten“,
- „Impfungen – sicherer Schutz vor Infektionskrankheiten für Kinder“,
- „9 Chancen für Ihr Kind – Informationen zu den Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter U1 bis U9“,
- „– tut Kindern gut! Ernährung, Bewegung und Entspannung“.

Sie informieren Eltern umfassend und lebensnah über alle wesentlichen Aspekte einer gesunden und altersgerechten Entwicklung. Grundintention ist es, durch Wissensvermittlung und konkrete, praxisnahe Handlungsempfehlungen Eltern in ihrer elterlichen Kompetenz so zu stärken, dass sie die gesunde Entwicklung ihrer Kinder einfühlsam und nach dem heutigen Wissensstand begleiten und unterstützen sowie Gesundheitsrisiken vorbeugen können. Die Broschüren richten sich an junge Familien und werden jedes Jahr in hohen Auflagen bundesweit entweder direkt bei der BZgA abgerufen oder über Multiplikatoren wie Krankenkassen, Landesministerien, ÖGD, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Kindergärten, Hebammen, Sozialarbeitern, u. v. m. gestreut.

Die Broschüren werden in Absprache mit Expertinnen und Experten laufend aktualisiert, damit sie stets dem aktuellen Wissensstand entsprechen. Um spezielle Zielgruppen spezifisch ansprechen zu können, sind manche Faltblätter auch in anderen Sprachen verfügbar (z. B. auf Türkisch und

Russisch). Neben umfassenden Informationen enthalten die Broschüren eine Fülle von praktischen Tipps und Hinweisen, die sowohl die Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung als auch weitere Themen der kindlichen Entwicklung betreffen.

Mit diesen Informationsmaterialien werden folgende Teilziele umgesetzt:

- 1.2 Mehr Wissen über ausgewogene Ernährung
- 2.2 Mehr Wissen über Bewegung
- 3.2 Mehr Wissen über Stressbewältigung

Internetangebote der BZgA für die Settings Familie, Freizeit und KiTa

Unter www.kindergesundheit-info.de findet sich seit Sommer 2006 ein Internetportal der BZgA rund um die Gesundheit und Entwicklung von Kindern. Eltern und Fachkräfte erhalten hier umfassende Informationen zur gesunden kindlichen Entwicklung von 0 bis 6 Jahren. Zu jedem Thema finden sich neben grundsätzlichen Informationen viele alltagsnahe Tipps, Antworten auf häufig gestellte Fragen, weiterführende Links und vieles mehr. Die Internetseite befindet sich noch in der Aufbauphase. Im „Elternkanal“ werden derzeit bereits umfassende Informationen zu folgenden Themen angeboten: Das 1. Lebensjahr, Ernährung, Schlafen, Gesundheitsrisiken vorbeugen/Vorsorge und Schutzimpfungen. Im Herbst 2006 und im Lauf des Jahres 2007 werden sukzessive folgende Themenkomplexe noch ergänzt: Die kindliche Entwicklung, Spielen, Bewegung, Erziehung, Familienalltag, Umgang mit dem kranken Kind sowie Unfallverhütung und Erste Hilfe.

Im Kanal „Rat & Hilfe“ von www.kindergesundheit-info.de erfahren Eltern, an wen sie sich bei Fragen und Problemen in der Entwicklung und Gesundheit ihres Kindes sowie des Familien- und Erziehungsalltags wenden können. Nicht nur angesichts der in den Medien derzeit so viel diskutierten gravierenden Fälle von Kindesmisshandlung ist es von besonderer Bedeutung, Beratungs-, Unterstützungs- und Hilfsangebote weithin bekannt zu machen. Um Eltern für bestimmte Probleme zu sensibilisieren und sie zu rechtzeitigem Hilfeersuchen zu motivieren, werden auf den Internetseiten von „Rat & Hilfe“ die häufigsten Anlässe für Beratung kurz umrissen und die entsprechenden Hinweise gegeben, wer in dem jeweiligen Fall Ansprechpartner ist. Sofern es Internetangebote bundesweiter Verbände oder Gesellschaften zu einem bestimmten Thema gibt (z. B. mit Suchfunktion für entsprechende

Beratungsstellen), werden diese mit entsprechendem Link vorgestellt.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sollen im Kanal „Für Fachkräfte“ Grundlagen und Hintergrundwissen zu Fragen der kindlichen Entwicklung finden. Für die weitere Ausbauphase ab 2008 ist vorgesehen, ergänzend Informationen für die Zielgruppe der Eltern von älteren Kindern (> 6 Jahre) sowie Kinder und Jugendliche hinzuzufügen.

Mit diesem Internetangebot wird ein Beitrag zur Umsetzung folgender Teilziele geleistet:

- 1.1 Familie übernimmt Verantwortung für Ernährung
- 1.2 Mehr Wissen über ausgewogene Ernährung
- 2.1.1 Familie übernimmt Verantwortung für Bewegung
- 2.2 Mehr Wissen über Bewegung
- 3.1.1 Familie übernimmt Verantwortung für Stressbewältigung
- 3.2 Mehr Wissen über Stressbewältigung
- 4.1.1 KiTa übernimmt Verantwortung für Ernährung
- 4.2 Mehr Wissen über Ernährung in der KiTa
- 5.1.1 KiTa übernimmt Verantwortung für Bewegung
- 5.2 Mehr Wissen über Bewegung in der KiTa
- 6.1.1 KiTa übernimmt Verantwortung für Stressbewältigung
- 6.2 Mehr Wissen über Stressbewältigung in der KiTa

Filmangebote der BZgA für Familie und KiTa

Das Medienpaket „Entwicklung des Kindes von der Geburt bis zum 6. Lebensjahr“ gibt jungen Eltern praktische Hinweise und Orientierungen für die kindliche Entwicklung. Die „Ess- und Trinkgeschichten mit der Maus“ geben Kindern Informationen über eine gesunde Ernährung und die Filmreihe „Zu dick? Zu dünn?“ informiert über Essstörungen und ihre Ursachen.

Damit wird ein Beitrag zur Umsetzung folgender Teilziele geleistet:

- 1.2 Mehr Wissen über ausgewogene Ernährung
- 2.2 Mehr Wissen über Bewegung
- 3.2 Mehr Wissen über Stressbewältigung

Mitmachausstellung „Unterwegs nach TUTMIRGUT“

Die Mitmachausstellung „Unterwegs nach TUTMIRGUT“ der BZgA in Zusammenarbeit mit dem Kindermuseum Labyrinth, Berlin, vermittelt kindgerechte Erfahrungen mit gesundheitsrelevantem Verhalten durch Einüben und Ausprobieren (Ernährung, Bewegung, Stress, Erste Hilfe, Lärm). Sie richtet sich an Kinder von fünf bis zwölf Jahren sowie deren Eltern, Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer.

Mit dieser Maßnahme werden Wissen, Motivation und Verhalten bezüglich Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung verändert; insofern werden die Ziele 1 bis 9 mit den jeweiligen Teilzielen 1 bis 4 umgesetzt.

„Kindermusikshow „Unterwegs nach TUTMIRGUT“

Die Kindermusikshow „Unterwegs nach TUTMIRGUT“ (die überarbeitete Fassung von „Apfelklops & Co“ berücksichtigt die Bereiche Bewegung und Stressregulation umfassender) der BZgA unterstützt die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, dem Selbstbild, der Ernährung, Bewegung und Stressregulation. Mit der Musikshow werden neben den Kindern insbesondere deren Pädagog(inn)en und Eltern für eine positive Einbindung der Themen gewonnen. Begleitende Multiplikatorenworkshops zur Gesundheitsförderung in KiTas und Schulen sowie mit weiteren örtlichen Akteuren sichern die Nachhaltigkeit der Arbeit.

Damit werden folgende Teilziele umgesetzt:

- 1.1.1 Familie übernimmt Verantwortung für Ernährung
- 1.2 Mehr Wissen über ausgewogene Ernährung
- 4.1.1 KiTa übernimmt Verantwortung für Ernährung
- 4.2 Mehr Wissen über Ernährung in der KiTa
- 7.1.1 Schule übernimmt Verantwortung für Ernährung
- 7.2 Mehr Wissen über Ernährung in der Schule

„GUT-DRAUF“

Die GUT-DRAUF-Maßnahmen der BZgA für Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren, die in Kooperation mit 450 Partnern wie z. B. dem Deutschen Jugendherbergsverband, Bayerischen Wohlfahrtsverbänden, dem Veranstalter Reisenetz, mit Jugendunterkünften und Stadtteilen durchgeführt werden, fördern eine Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie der Stressbewältigung. Jugendliche sollen über positive Erlebnisse mit der Gesundheitsförderung erfahren, dass gesund-

heitsförderndes Verhalten in den Alltag integriert werden kann. Neben der Schulung von Projektpartnern erfolgt die Entwicklung und Beschreibung von Standards und deren Umsetzung im sozialen Umfeld Jugendlicher. Im Jahre 2005/2006 stand der Aufbau landesweiter Netzwerke mit Schulen, Sportvereinen und -verbänden, Einrichtungen der Jugendarbeit, Jugendunterkünften, Reiseveranstaltern und Ausbildungsbetrieben im Vordergrund der Aktivitäten. In diesem Zeitraum wurden 250.000 Jugendliche mit dem Projekt erreicht.

- Mit der GUT-DRAUF-Mobilausstellung verfügt die BZgA über eine Wanderausstellung mit Mitmachangeboten für Jugendliche, die in Kooperation mit Jugendämtern, Schulen und Vereinen eingesetzt wird. Jugendliche, insbesondere aus sozialen Brennpunkten sowie E&C-Regionen, erhalten die Möglichkeit, Erfahrungen zu gesunder Ernährung, Bewegungsverhalten und Stressregulation zu sammeln. Dies wird durch schriftliches Material unterstützt. In den Jahren 2005 und 2006 wurde die Ausstellung zur direkten Unterstützung der Arbeit der GUT-DRAUF-Partner eingesetzt. Insbesondere bei Jugendevents und Aktionstagen (Schulgesundheitsstag, Sportfeste, Dance Contest, Triathlon-Wettbewerbe) wurde dieses Angebot gut genutzt. Bei insgesamt 14 Veranstaltungen wurden ca. 10.000 Jugendliche erreicht.
- Die GUT-DRAUF-TIPPS ergänzen die o. g. GUT-DRAUF-Maßnahmen und die Mobilausstellung. Sie dienen der Informationsvermittlung und Hilfestellung für Jugendliche bei verändertem Verhalten. Die achtseitigen Broschüren zu Themen wie Schönheit, Novel Food, Fast Food, Essstörungen, Fitness, Sport, Nahrungsergänzung und männliches Körperbild werden im Rahmen von Jugendveranstaltungen an Jugendliche abgegeben.
- In der GUT-DRAUF-Modellregion Rhein/Sieg bietet die BZgA in Kooperation mit dem Landkreis, dem Jugendamt, der offenen Jugendarbeit, Schulamt, Schulen, Sportvereinen und Kreissportbund alle GUT-DRAUF-Maßnahmen in einem Kreis an. Zielsetzung ist – wie bereits oben genannt – die Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie der Stressbewältigung. Darüber hinaus wird eine Verbesserung der (gesundheitsförderlichen) Strukturen in der Modellregion angestrebt. Die Erfahrungen aus der Modellregion werden zur Bildung landesweiter Netzwerke genutzt. Derzeit gibt es vier solcher Netzwerke: Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland und Mecklenburg-Vorpommern.

Mit dieser Maßnahme werden in den Settings Familie, Freizeit und Schule Wissen, Motivation und Verhalten bezüglich Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung verändert; insofern werden die Ziele 1, 2, 3, 7, 8 und 9 mit den jeweiligen Teilzielen 1 bis 4 umgesetzt.

Darüber hinaus wird zur Umsetzung des Ziels 10 (Verbesserung der Rahmenbedingungen) beigetragen.

„Achtsamkeit und Anerkennung“

Unter dem Titel „Achtsamkeit und Anerkennung“ legt die BZgA Materialien zur Förderung des Sozialverhaltens in den Klassen 5–9 vor. Dieses gemeinsam mit der Ludwig-Maximilians-Universität entwickelte Material unterstützt Lehrerinnen und Lehrer dabei, ein positives Sozial- und Interaktionsklima an der Schule zu schaffen und einen Beitrag zur Stressreduktion und Gewaltprävention zu leisten. Bestandteile sind ein Diagnoseinstrument, das eine Erfassung der Ist-Situation ermöglicht, sowie ein Interventionsprogramm mit Bausteinen zum zielorientierten Vorgehen.

Mit dieser Maßnahme werden folgende Teilziele umgesetzt:

- 9.1.1 Schule übernimmt Verantwortung für Stressbewältigung
- 9.2 Mehr Wissen über Stressbewältigung in der Schule
- 9.3 Motivationssteigerung
- 9.4 Verhaltensänderungen

Qualitätsraster Adipositas

Qualitätssicherungssystem für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen

Das Maßnahmenpaket der BZgA umfasst die

- Entwicklung und Veröffentlichung von Qualitätskriterien für übergewichtige (Qualitätsraster) und adipöse (Konsensuspapier) Kinder und Jugendliche. Neben dem entsprechenden Fachheft sind diese Kriterien auch für die Hand von Eltern und Multiplikatoren in leicht verständlicher Sprache veröffentlicht.
- Durchführung einer Erfassungsstudie, in der 492 Einrichtungen die Maßnahmen für übergewichtige Kinder und Jugendliche anbieten und mit ihren Angeboten beschrieben werden. (Diese Studie ist 2006 abgeschlossen worden.)

- Durchführung einer Beobachtungsstudie, in der 57 Einrichtungen, die Therapien für Adipositas bei Kindern und Jugendlichen anbieten, auf die erreichten kurz- und mittelfristigen Erfolge ihrer Maßnahmen hin untersucht werden. (Diese Studie wird 2008 abgeschlossen.)

Alle Ergebnisse dienen dazu, Präventionsrichtlinien und Behandlungsrichtlinien auf wissenschaftlicher Grundlage im Konsens zu definieren. Damit dient die Maßnahme der Umsetzung des Ziels 10 (Verbesserung der Rahmenbedingungen).

IV Auswertung

Das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ wurde vom BMG und seinen nachgeordneten Behörden in insgesamt 25 Maßnahmen umgesetzt.

Besonders im Bereich der Rahmenbedingungen wird daran gearbeitet, sowohl die Datenlage und das Informationsangebot als auch generell die Bedingungen zugunsten von Kindern und Jugendlichen zu verbessern.

Zusammenfassend kann man jedoch sagen, dass auf dem großen Handlungsfeld dieses Gesundheitsziels auf allen Ebenen und in allen Bereichen gearbeitet wurde; dies trägt der Bedeutung des Themas für die gesundheitliche Situation der Bevölkerung Rechnung.

Auch bei diesem Thema hat die BZgA wieder eine große Anzahl von Materialien, Aktionen und Programmen entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Sowohl im Bereich der Printmedien als auch im Internet können Eltern, Lehrer(innen), Erzieher(innen) und Kinder und Jugendliche sich informieren und austauschen. Auch trägt die BZgA zur Sammlung und Auswertung von Daten und Informationen bei, die Verbesserungsmaßnahmen zugrunde gelegt werden können.

Einen hervorragenden Beitrag zur Datenerhebung und Dokumentation leistet das Robert Koch-Institut (RKI) mit seinem Kinder und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS).

Tabakkonsum reduzieren

Rauchen ist eines der größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken unserer Zeit und stellt in Deutschland nach wie vor eine ernst zu nehmende Gesundheitsgefahr dar. Nach Angaben des Berichts „Gesundheit in Deutschland“ des RKI stehen jährlich 110.000 bis 140.000 Todesfälle mit den Folgen des Tabakkonsums in Zusammenhang. Das sind mehr Todesfälle als die durch AIDS, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide verursachten Todesfälle zusammengenommen.

Zwar ist der Tabakkonsum bei Männern seit Mitte der 1980er Jahre leicht rückläufig, dafür nimmt er bei den Frauen zu. Insofern findet eine Angleichung der Geschlechter statt. Insgesamt raucht jeder/jede dritte Erwachsene in Deutschland und fast jeder/jede zehnte raucht stark. Etwa die Hälfte aller regelmäßigen Raucher/innen, die nicht frühzeitig aufhören, stirbt vorzeitig an den Folgen des Zigarettenkonsums – ein Viertel davon bereits in den mittleren Lebensjahren.

Erfolge konnten u. a. mit der Kampagne „rauchfrei“ der BZgA bei der Raucherprävalenz der 12- bis 17-Jährigen erzielt werden. Die BZgA ermittelte eine Senkung der Raucherprävalenz zwischen 2001 und 2007 von 28 % auf 18 %. Dennoch nimmt Deutschland bei den rauchenden Jugendlichen besonders in der Altersklasse der 13- bis 15-Jährigen im europäischen Vergleich einen Spitzenplatz ein.

Die gesundheitliche Belastung von Passivraucherinnen und -rauchern unterscheidet sich nicht wesentlich von der der aktiven Raucher und Raucherinnen. Bei beiden Gruppen treten Lungenkrebsleiden, Schlaganfälle und Atemwegserkrankungen vermehrt auf. Der Grund hierfür liegt an der höheren Konzentration krebserregender Stoffe im sogenannten Nebenstromrauch, welcher beim Rauchen in die Umgebung entweicht. Hier sollte besonders der Schutz von Kindern verbessert werden.

Die Abhängigkeit vom Rauchen hängt ab von der Dauer und der Häufigkeit des Zigarettenkonsums. Eine immer höhere Nikotinzufuhr ist erforderlich, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Auf die Raucherentwöhnung ist daher ein besonderer Fokus zu legen. Die Reduzierung des Tabakkonsums ist ein vorrangiges Gesundheitsziel der Bundesregierung.

Zu diesem Ziel existiert bereits ein Evaluationskonzept, das von der BZgA angewandt wird. Daher gibt es zu den einzelnen Maßnahmen Unterpunkte, „Indikatoren der Zielerreichung“, die über die jeweiligen Zielerreichungsgrade berichten.

I Ziele, Teilziele und Startermaßnahmen

Ziel 1 – Tabakkontrollpolitik

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 wird unterstützt.

Teilziel 1.5:

Die WHO-Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (FCTC) wird unterstützt.

Teilziel 1.6:

Direkte und indirekte Werbung für Tabakprodukte in allen Medien sowie das Sponsoring ist reduziert.

Startermaßnahme:

Vollständiges Verbot direkter und indirekter Tabakwerbung (unterstützt außerdem die Erreichung der Teilziele 2.2, 4.7 und 4.8)

Teilziel 1.7:

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

Startermaßnahme:

Tabaksteuererhöhungen

Teilziel 1.8:

Der illegale Handel mit Tabakprodukten ist unterbunden.

Teilziel 1.9:

Maßnahmen zum Nichtrauchererschutz sind in öffentlich zugänglichen Einrichtungen, an allen Arbeitsplätzen sowie in Verkehrsmitteln vorhanden.

Teilziel 1.10:

Die öffentlich zugänglichen Zigarettenautomaten sind abgeschafft.

Teilziel 1.11:

Die Verbraucher sind umfassend und gemäß dem jeweils aktuellen Wissensstand über die Schädlichkeit von Tabakprodukten informiert.

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 – Ausstieg fördern – allgemein

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 – Ausstieg fördern – Jugendliche

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.

Startermaßnahme:

Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit (trägt zur Erreichung der Unterziele 2 und 3 bei)

Ziel 4 – Einstieg verhindern – Jugendliche

Mehr Kinder und Jugendliche bleiben Nichtraucher (Maßnahmenbereich B: Verhaltensebene: **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.

Startermaßnahme:

Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen

Ziel 5 – Schutz vor Passivrauchen

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 den Familien ist erhöht.

Teilziel 5.3:

Die gesundheitlichen Folgen des Passivrauchens sind bekannt.

Startermaßnahme:

Schutz vor Passivrauchen

II Umsetzung der Startermaßnahmen:**Startermaßnahme:**

Tabaksteuererhöhungen

Die Bundesregierung hat zwischen 2002 und 2005 die Tabaksteuer fünfmal erhöht. Die Auswirkungen der Tabaksteuererhöhungen, insbesondere auf die Ausstiegsmotivation der Raucherinnen und Raucher, wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch eine kontinuierlich durchgeführte Untersuchung erhoben. Über die Befragung repräsentativer Bevölkerungstichproben jeweils vor und nach der Erhöhung wurde untersucht, auf welche Akzeptanz die Erhöhungen in der Bevölkerung stoßen und welche Auswirkungen sie haben. Der Anteil derer, die wegen der Steuererhöhung mit dem Rauchen aufgehört haben, hat sich von 4,7% bzw. 4,0% in den Jahren 2002 und 2003 nahezu verdoppelt auf einen Wert von 7,9% in der Befragung nach der Erhöhung vom März 2004 bzw. 7,5% in der Befragung nach der Erhöhung vom 1. Dezember 2004. Nach der letzten Preiserhöhung lag dieser Anteil bei 6,1%. Ebenso hat sich der Anteil derer, die aufgrund der Steuererhöhung ihren Konsum reduziert haben, über die Jahre erhöht. Auch der Anteil der Raucherinnen und Raucher, die aufgrund der Steuererhöhung über ihr Rauchverhalten nachgedacht haben, ist in diesem Zeitraum von 24,1% auf 36,2% gestiegen.

Die vorliegenden Ergebnisse sind ein Beleg dafür, dass Steuererhöhungen das gewünschte gesundheitspolitische Ziel, den Nichtraucheranteil in der Bevölkerung zu erhöhen, unterstützen.

Folgende Teilziele werden mit der Steuererhöhung umgesetzt:

- 1.7 Preiserhöhung
- 2.1 Nutzung von Entwöhnungsangeboten
- 2.2 Ausstiegsbereitschaft
- 2.4 Größere Nachfrage nach Entwöhnungsangeboten
- 3.1 Nutzung von Ausstiegshilfen
- 3.2 Erhöhte Ausstiegshilfennachfrage
- 3.3 Erhöhte Ausstiegsbereitschaft
- 3.5 Einstellung zum Nichtrauchen für Ausstieg
- 4.1 Erhöhung des Einstiegsalters
- 4.2 Erhöhung des Probieralters

Startermaßnahme:

Förderung des Ausstiegs aus der Tabakabhängigkeit

„rauchfrei“-Kampagne – Erwachsene

Um insgesamt den Kenntnisstand in der Bevölkerung über die gravierenden gesundheitlichen Schäden des Nikotinkonsums zu erhöhen und die Bereitschaft zur Beendigung des Rauchens zu steigern, muss die Allgemeinbevölkerung auf allen Ebenen angesprochen werden. Eine breite Palette von Maßnahmen ist notwendig, so dass eine Relevanz für die übermittelten Botschaften zum Rauchverzicht erreicht wird. Die durch die BZgA zu diesem Zweck entwickelten Maßnahmen und Angebote werden in der „rauchfrei“-Kampagne an die Erwachsenenbevölkerung kommuniziert.

„rauchfrei“-Kampagne – Materialien für Erwachsene

Zur Förderung des Nichtrauchens in der Zielgruppe der Erwachsenen führt die BZgA die nationale "rauchfrei"-Kampagne durch. Zur Erreichung des Gesundheitszieles „Tabakkonsum reduzieren“ ist die Kampagne in den letzten drei Jahren systematisch weiterentwickelt worden. Zur Sensibilisierung der Bevölkerung gegenüber den negativen Folgen des Rauchens und zur Unterstützung beim Nikotinverzicht stehen u. a. die nachfolgenden Materialien zur Verfügung:

- Basisbroschüre „rauchfrei“ – ein Selbsthilfemanual zur Rauchentwöhnung (Teilziele 2.1, 2.2, 2.4, 2.5)
- „Start-Paket zum Rauchverzicht“ – Informations- und Material-Box für die selbst angeleitete Nikotinentwöhnung (Teilziele 2.1, 2.2, 2.4, 2.5)
- Kurzintervention zum Rauchverzicht bei Raucherinnen und Rauchern – Ein Beratungsleitfaden für Allgemeinärztinnen und -ärzte (2007) (Teilziel 2.3)

„rauchfrei“-Kampagne – rauchfrei in 10 Schritten für Erwachsene

Nicht alle Raucherinnen und Raucher, die motiviert sind, mit dem Rauchen aufzuhören, sind in der Lage, den Rauch-Stopp allein, ohne Hilfe und Unterstützung durchzuführen. Vor diesem Hintergrund sind sowohl im Internet Angebote zum Rauchverzicht als auch das Kursprogramm „Eine Chance für Nichtraucher – rauchfrei in

10 Schritten“ weiterentwickelt worden. Darüber hinaus ist die telefonische Beratung zum Nichtrauchen deutlich ausgeweitet worden.

Durch diese Maßnahme werden folgende Teilziele umgesetzt:

- 2.2 Ausstiegsbereitschaft
- 2.3 Mehr Entwöhnungsangebote
- 2.4 Größere Nachfrage nach Entwöhnungsangeboten

„rauchfrei“-Kampagne – www.rauchfrei-info.de

Angebote zum Nikotinverzicht über das Internet gewinnen zunehmend an Bedeutung. Die BZgA hat deshalb unter www.rauchfrei-info.de im April 2005 ein umfangreiches Informationsangebot zur Förderung des Nichtrauchens online geschaltet. Kernstück des Internet-Angebots ist ein Programm zur Nikotinentwöhnung. Das „rauchfrei“-Ausstiegsprogramm begleitet aufhörwillige Raucherinnen und Raucher über einen Zeitraum von bis zu vier Wochen auf ihrem Weg zum Nichtrauchen. Seit der Online-Schaltung des Programms im April 2005 bis Mitte des Jahres 2006 haben bereits etwa 15.000 Personen das „rauchfrei“-Ausstiegsprogramm genutzt.

Diese Maßnahme dient der Umsetzung der Teilziele:

- 2.1 Nutzung von Entwöhnungsangeboten
- 2.2 Ausstiegsbereitschaft
- 2.4 Größere Nachfrage nach Entwöhnungsangeboten
- 2.5 Wissen über Entwöhnungsangebote

Bereits seit vielen Jahren wird das durch die BZgA entwickelte Kursprogramm „rauchfrei in 10 Schritten“ bundesweit angeboten. Kursleiterinnen und Kursleiter werden durch das IFT in München geschult und weitergebildet. Im Jahr 2004 wurde das Programm evaluiert. Die Ergebnisse haben Anhaltspunkte für eine Überarbeitung und Aktualisierung des Kursangebotes aufgezeigt und die Überarbeitung des Kursprogramms ist im Jahr 2006 erfolgt. Erste Probeeinsätze mit dem neuen Kursprogramm sind positiv verlaufen, so dass das aktualisierte Programm nach Projektabschluss im Jahr 2007 allen ausgebildeten Kursleiterinnen und Kursleitern zur Verfügung gestellt werden kann.

„rauchfrei“-Kampagne – Beratungstelefon

Seit September 2005 sind im Zuge der Änderung der Tabakproduktverordnung Zigarettenverpackungen mit

dem Hinweis auf die BZgA-Telefonnummer zum Nichtrauchen 01805/31 31 31 (14 Cent/Min.) und das Internetangebot www.rauchfrei-info.de in den Handel gekommen. Die damit verbundene deutlich erhöhte Nachfrage nach telefonischer Beratung zum Nichtrauchen ist durch die BZgA mit der Einrichtung eines Callcenters zur Nichtraucherberatung aufgefangen worden. Das Callcenter hat im Januar 2006 seinen Betrieb aufgenommen. Die Zahl der beantworteten Anrufe hat sich mit Aufnahme der Arbeit des Callcenters etwa vervierfacht. Konnten im ersten Halbjahr 2005 durch die BZgA-Telefonberatung 1.630 Beratungsgespräche zum Nichtrauchen geführt werden, sind es im ersten Halbjahr 2006 durch das BZgA-Callcenter bereits etwa 7.500 Gespräche gewesen.

Diese Maßnahme trägt zur Umsetzung folgender Teilziele bei:

- 2.1 Nutzung von Entwöhnungsangeboten
- 2.2 Ausstiegsbereitschaft
- 2.5 Wissen über Entwöhnungsangebote

„rauchfrei“-Kampagne – Jugendliche

Unter dem Titel der Dach-Kampagne „rauchfrei“ hat die BZgA speziell für Jugendliche seit dem Jahr 2001 kontinuierlich eine eigenständige „rauchfrei“-Jugendkampagne entwickelt. Die Zielgruppe der „rauchfrei“-Jugendkampagne sind Jugendliche im Alter von 12 bis unter 18 Jahren (insgesamt 5,69 Millionen). Davon sind 2,96 Millionen Jungen und 2,73 Millionen Mädchen (Stand: 31.12.2006).

„rauchfrei“-Kampagne – Materialien für Jugendliche

Im Rahmen der „rauchfrei“-Jugendkampagne stehen die nachfolgenden Medien als Informations- und Ausstiegshilfen zur Verfügung:

- Basisbroschüre „Let’s talk about smoking“ mit Informationen für Jugendliche zum Thema Rauchen bzw. Nichtrauchen (Teilziele 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6, 4.7, 4.8)
- Broschüre zur Anleitung zum Rauchverzicht für Mädchen „Stop smoking – girls“ (Teilziele 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6, 4.7, 4.8)
- Broschüre zur Anleitung zum Rauchverzicht für Jungen „Stop smoking – boys“ (Teilziele 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6, 4.7, 4.8)
- „Raucht mein Kind?“ – Ein Ratgeber für Eltern (Teilziele 3.3, 3.4)

Alle Materialien sind nach sorgfältiger Überarbeitung im Jahr 2006 in eine aktualisierte Gestaltungslinie überführt worden, da das Interesse an den Medien sehr hoch ist. Allein von den drei Broschüren „Let’s talk about smoking!“ sowie „Stop smoking – girls“ und „Stop smoking – boys“ sind bis Mitte 2006 etwa zwei Millionen Exemplare abgegeben worden.

„rauchfrei“-Kampagne – www.rauch-frei.info

Neben den Printmedien ist für die Zielgruppe der Jugendlichen das Internet als Informationsmedium von Relevanz. Über das Internet werden den Jugendlichen interaktive Angebote zum Thema „Nichtrauchen“ eröffnet. So steht z. B. seit Anfang des Jahres 2005 auf der Internetseite www.rauch-frei.info ein speziell auf die Zielgruppe zugeschnittenes Ausstiegsprogramm aus dem Rauchen zur Verfügung, das die Jugendlichen in der Vorbereitungsphase auf den Nikotin-Stopp und in den ersten vier Wochen nach dem Rauchverzicht z. B. durch individualisierte E-Mail-Rückmeldungen unterstützt und begleitet. Die durchschnittliche Anzahl an Besuchen der Internetseite liegt bei ca. 16.000 im Monat, das Ausstiegsprogramm wird aktuell von ca. 1.600 Internetnutzern pro Monat besucht. Dies bedeutet einen Anstieg der Teilnehmerate um 100 % im Vergleich zum Vorjahr.

Diese Maßnahme dient der Umsetzung folgender Teilziele:

- 3.1 Nutzung von Ausstiegshilfen
- 3.2 Erhöhte Ausstiegshilfennachfrage
- 3.3 Erhöhte Ausstiegsbereitschaft
- 3.4 Effektive Ausstiegshilfen vermehren
- 3.5 Einstellung zum Nichtrauchen für Ausstieg
- 3.6 Wissen zu Rauchen und Passivrauchen
- 4.7 Positive Einstellung zum Nichtrauchen
- 4.8 Wissen zu Rauchen und Passivrauchen

„rauchfrei“-Kampagne – Anzeigen im Print- und Onlinebereich

Um den Bekanntheitsgrad der „rauchfrei“-Kampagne zu verbessern sowie mehr Jugendliche über das Internet zu erreichen, werden Marketingaktionen im Print- und Onlinebereich durchgeführt. Für das Internet-Marketing und für die Schaltung von Anzeigen ist eine neue Motivserie, bestehend aus drei Motiven, entwickelt worden: „Kippe aus oder raus“, „Wir bestimmen über unser Leben. Und nicht die Zigarette“ und „Von den Medien lass ich mich nicht manipulieren. Und vom Nikotin erst recht nicht“.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen wird erwartet, dass allein im Printbereich mit den Marketingmaßnahmen ca. 60 % der 12- bis 18-jährigen Jugendlichen erreicht werden können.

Diese Maßnahme trägt zur Umsetzung folgender Teilziele bei:

- 3.1 Nutzung von Ausstiegshilfen
- 3.2 Erhöhte Ausstiegshilfennachfrage
- 3.3 Erhöhte Ausstiegsbereitschaft
- 3.5 Einstellung zum Nichtrauchen für Ausstieg
- 3.6 Wissen zu Rauchen und Passivrauchen
- 4.7 Positive Einstellung zum Nichtrauchen
- 4.8 Wissen zu Rauchen und Passivrauchen

„rauchfrei“-Kampagne – schulspezifische Materialien

Eines der zentralen Aktionsfelder der „rauchfrei“-Jugendkampagne ist das Setting Schule, da im schulischen Bereich die Gesamtheit der Jugendlichen angesprochen werden kann. Darüber hinaus können hier die Maßnahmen so fokussiert werden, dass sie die jugendliche Zielgruppe erreichen, bevor sie mit dem Rauchen beginnt. Zahlreiche Studien machen deutlich, dass die Verfestigung des regelmäßigen Rauchens bis etwa zum Ende des zweiten Lebensjahrzehnts erfolgt. Vor diesem Hintergrund bietet die Schule die Möglichkeit, Maßnahmen so aufeinander abzustimmen und zu konzentrieren, dass möglichst ein Einstieg in das Rauchen verhindert wird.

„rauchfrei“-Kampagne – „rauchfreie Schule“

Mit dem Schuljahr 2006/2007 waren in zehn Bundesländern gesetzliche Regelungen zur „rauchfreien Schule“ in Kraft. Zurzeit werden in weiteren Ländern Nichtraucherschutzgesetze unter Einbezug des Schulbereichs erarbeitet. Vor diesem Hintergrund hat die Nachfrage nach dem Leitfaden „Auf dem Wege zur rauchfreien Schule“ deutlich zugenommen. Der Leitfaden unterstützt Lehrer(innen), Beratungslehrer(innen), Sozialpädagog(inn)en und Erzieher(innen) im Umgang mit rauchenden Jugendlichen. Der Leitfaden bietet ebenso wie die Unterrichtsmaterialien „Rauchen“ Unterstützung für Schulen, die rauchfrei werden wollen.

Diese beiden Medien enthalten Arbeitsmaterialien für den Unterricht sowie praktische Hilfen zur Beratung von Schülerinnen und Schülern, die mit dem Rauchen aufhören wollen. Für die glaubwürdige Raucherprävention an Schulen bietet der Leitfaden drei Handlungsansätze zur Auswahl:

- Schulische Maßnahmen,
- Klassenbezogene Maßnahmen,
- Ausstiegshilfen für Schülerinnen und Schüler.

Darüber hinaus ist ein erhöhtes Interesse an Maßnahmen zum Umgang mit rauchenden Schülerinnen und Schülern zu registrieren. Um diesem Interesse zu entsprechen, ist der Leitfaden um ein gesondertes Curriculum zur Durchführung von „Anti-Rauch-Kursen“ ergänzt worden.

Diese Maßnahme trägt zur Umsetzung folgender Teilziele bei:

- 3.1 Nutzung von Ausstiegshilfen
- 3.2 Erhöhte Ausstiegshilfennachfrage
- 3.3 Erhöhte Ausstiegsbereitschaft
- 3.5 Einstellung zum Nichtrauchen für Ausstieg
- 3.6 Wissen zu Rauchen und Passivrauchen
- 4.3 Rauchfreie Schulen, Sport- und Freizeitangebote
- 4.5 Angebote Raucherprävention
- 4.7 Positive Einstellung zum Nichtrauchen
- 4.8 Wissen zu Rauchen und Passivrauchen
- 5.1 Mehr rauchfreie Räume

„rauchfrei“-Kampagne – „Be Smart – Don't Start“

Um den Einstieg in das Rauchen zu verhindern, wird der internationale Schulklassenwettbewerb zum Rauchverzicht „Be Smart – Don't Start“ durchgeführt. Der Wettbewerb erfreut sich weiterhin steigender Beliebtheit. Im Schuljahr 2006/2007 haben sich ca. 12.000 Schulklassen mit insgesamt 320.000 Schülern für die Teilnahme angemeldet – so viele wie noch nie. Im Schuljahr 2006/2007 beteiligen sich erstmals alle 16 Länder an dem Wettbewerb. Damit ist der Wettbewerb die bundesweit größte Schulaktion zur Förderung des Nichtrauchens.

Das besondere Interesse der BZgA gilt den Schulklassen, die am Wettbewerb „Be Smart – Don't Start“ zum wiederholten Mal – d. h. mehrere Schuljahre nacheinander – teilgenommen haben. Das waren im Schuljahr 2005/2006 mehr als 3.000 Schulklassen, in denen auf diese Weise ein Rauchbeginn noch weiter hinausgezögert oder gar ganz verhindert werden konnte. Diese Schwerpunktsetzung auf die „Wiederholungsklassen“ soll beibehalten werden. Denn wer etwa bis zum 18. Lebensjahr nicht mit Rauchen begonnen hat, wird mit großer Wahrscheinlichkeit auch später nicht mehr rauchen.

Diese Maßnahme dient der Umsetzung folgender Teilziele:

- 4.1 Erhöhung des Einstiegsalters
- 4.2 Erhöhung des Probieralters
- 4.3 Rauchfreie Schulen, Sport- und Freizeitangebote
- 4.5 Angebote Raucherprävention
- 4.7 Positive Einstellung zum Nichtrauchen
- 4.8 Wissen zu Rauchen und Passivrauchen

„rauchfrei“-Kampagne – Film „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“

Mit den JugendFilmTagen unter dem Motto „Nikotin und Alkohol – Alltagsdrogen im Visier“ sowie dem im folgenden Abschnitt behandelten Mitmach-Parcours „Klarsicht“ stehen seit Anfang 2005 zwei personalkommunikative Angebote mit „Event“-Charakter zur Verfügung, die im Setting Schule zum Einsatz kommen.

Bei den JugendFilmTagen werden Kinos als attraktive außerschulische Lern-Orte genutzt, an denen Jugendliche gern ihre Freizeit verbringen. Ausgewählte Filme setzen Impulse, damit sich Jugendliche persönlich mit dem Thema Nikotin- und Alkoholkonsum auseinandersetzen können. An den Veranstaltungsorten wird durch Spiel- und Aktionsstände ein Rahmenprogramm geboten, das Gesprächsanlässe zu den gesundheitlichen Folgen des Rauchens und des Alkoholtrinkens schafft. Hieran können sich auch regionale Partner mit eigenen Aktionen beteiligen. Allein im Jahr 2005 konnten mit den Filmtagen ca. 20.000 Schülerinnen und Schüler erreicht werden. Durch die ergänzende Presse- und Medienarbeit wird über den Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinaus eine hohe Aufmerksamkeit für das Thema geschaffen.

Folgende Teilziele werden durch diese Maßnahme umgesetzt:

- 3.1 Nutzung von Ausstiegshilfen
- 3.2 Erhöhte Ausstiegshilfennachfrage
- 3.3 Erhöhte Ausstiegsbereitschaft
- 3.5 Einstellung zum Nichtrauchen für Ausstieg
- 3.6 Wissen zu Rauchen und Passivrauchen
- 4.7 Positive Einstellung zum Nichtrauchen
- 4.8 Wissen zu Rauchen und Passivrauchen

„rauchfrei“-Kampagne – Der „KlarSicht-Mitmach-Parcours“

Der „KlarSicht-Mitmach-Parcours“ soll interaktive Informationen zu den Suchtmitteln Nikotin und Alkohol vermitteln, damit Jugendliche im Alter von 12 bis ca. 18 Jahren Entscheidungsgrundlagen und -hilfen erhalten, um ihr Genuss- und Konsumverhalten gesundheitsförderlich zu gestalten. Neben der Aufklärung über Wirkungen und Suchtpotentiale der o. g. Stoffe zielt der „KlarSicht-Mitmach-Parcours“ auf die Sensibilisierung für Schutzmechanismen und Stärkung protektiver Faktoren ab. Im Jahr 2005 konnten über 5.500 Schülerinnen und Schüler den Parcours durchlaufen.

Der „KlarSicht-Mitmach-Parcours“ kann prinzipiell in allen Schulformen eingesetzt werden, allerdings soll 2007 nach Möglichkeit ein Schwerpunkt der Einsätze in Berufsbildenden Schulen, Hauptschulen und Gesamtschulen liegen, da dort das Rauchverhalten höher und die Umsetzung des Konzepts „rauchfreie Schulen“ schwieriger zu realisieren ist.

Folgende Teilziele werden durch die Maßnahme umgesetzt:

- 3.1 Nutzung von Ausstiegshilfen
- 3.2 Erhöhte Ausstiegshilfennachfrage
- 3.3 Erhöhte Ausstiegsbereitschaft
- 3.5 Einstellung zum Nichtrauchen für Ausstieg
- 3.6 Wissen zu Rauchen und Passivrauchen
- 4.7 Positive Einstellung zum Nichtrauchen
- 4.8 Wissen zu Rauchen und Passivrauchen

„Quit & Win – Rauchfrei 2006“

Über regelmäßige Impulskampagnen soll die Aufmerksamkeit für das Nichtrauchen in der Bevölkerung weiter erhöht werden. Vor diesem Hintergrund wurde 2006 zum wiederholten Mal im Auftrag der BZgA die deutsche Beteiligung an dem internationalen Wettbewerb der Weltgesundheitsorganisation „Quit & Win – Rauchfrei 2006“ realisiert. Mit dem Wettbewerb unter dem Motto „rauchfrei 2006“ konnten in Deutschland etwa 45.000 Raucherinnen und Raucher motiviert werden, vier Wochen lang nicht zu rauchen. Zwar steht Deutschland mit dieser Teilnehmerzahl weltweit mit an der Spitze der größten internationalen Nichtraucherkampagne, gegenüber 2004 sind die Teilnehmerzahlen aber um etwa die Hälfte zurückgegangen. Diese rückläufige Entwicklung ist nicht allein in Deutschland zu beobachten, sondern ist

auch in einer Reihe der westlichen Teilnahmeländer zu registrieren. Gründe für diese Entwicklung sind u. a. in der in den letzten Jahren deutlichen Erhöhung von Angeboten zur Nikotinentwöhnung zu sehen. Befragungen haben gezeigt, dass die Teilnahme an „Quit & Win“ einen Effekt auf die dauerhafte Einhaltung des Nichtrauchens hat. Stichprobenuntersuchungen 12 Monate nach Teilnahme zeigen, dass ein hoher Prozentsatz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angab, seit der Teilnahme an der Kampagne Nichtraucher geblieben zu sein. Vor diesem Hintergrund ist für 2008 die fünfte Teilnahme an „Quit & Win“ vorgesehen.

Durch diese Maßnahme wurde zur Umsetzung folgender Teilziele beigetragen:

- 2.1 Nutzung von Entwöhnungsangeboten
- 2.2 Ausstiegswilligkeit
- 2.4 Größere Nachfrage nach Entwöhnungsangeboten

Indikatoren der Zielerreichung

■ Erwachsene

Nach den im Juni 2006 veröffentlichten Daten des Mikrozensus 2005 rauchen in Deutschland rund 27 % der Erwachsenenbevölkerung (Altersbereich: 15 Jahre und älter); bei den Frauen in dieser Altersgruppe sind es 22,4 %, bei den Männern 32,2 %. Im langfristigen Vergleich ist damit nur ein geringfügiger Rückgang im Rauchverhalten festzustellen. Allerdings geben die zeitlichen Trends innerhalb der Altersgruppen Anlass zu der Vermutung, dass ein Rückgang im Rauchverhalten in der Bevölkerung zu erwarten ist:

- Im Vergleich zu den Daten des Mikrozensus aus dem Jahre 2003 ist im Jahr 2005 neben einem deutlichen Rückgang im Rauchen bei den 15- bis 20-Jährigen insbesondere im Altersbereich zwischen 30 und 45 Jahren ein auffälliger Rückgang im Rauchverhalten zu registrieren.
- Bei den Frauen ist der Anstieg im Rauchverhalten zwischen 1999 und 2006 durch die Zunahme des Rauchens in den älteren Alterskohorten zu erklären. In den jüngeren Altersgruppen der nachwachsenden Generation bis zu 40 Jahren ist überwiegend ein Rückgang im Rauchverhalten festzustellen.

■ Jugendliche

Die Ergebnisse der regelmäßig durch die BZgA durchgeführten Untersuchung zur „Drogenaffinität Jugendlicher in Deutschland“ und der Befragungen der BZgA zur „rauchfrei“-Jugendkampagne zeigen eine positive Entwicklung:

- Nur noch 26 % der befragten 12- bis 19-Jährigen bezeichnen sich im Jahr 2005 als „ständige oder gelegentliche Raucher“. Dies ist der niedrigste Wert überhaupt seit Beginn der Untersuchungen der BZgA zum Rauchverhalten im Jahr 1979. Am stärksten geändert hat sich der Tabakkonsum der 12- bis 17-Jährigen: Im Jahr 2001 betrug die Raucherquote in dieser Altersgruppe noch 28 %, im Jahr 2007 ist sie um 10 Prozentpunkte gesunken und beträgt jetzt 18 %.
- Der Anteil der Jugendlichen, die bisher in ihrem Leben überhaupt keine Zigarette geraucht haben, ist seit dem Jahr 2001 kontinuierlich angestiegen. Während 2001 nur 41 % der Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren angaben, „Nieraucher“ zu sein, waren es im Jahr 2005 bereits 51 % und Anfang 2007 bereits 57 %.
- Im Jahr 2005 wollen mehr Jugendliche auf jeden Fall Nichtraucher bleiben: Beinahe 90 % der Jugendlichen, die nicht rauchen, wollen auf keinen Fall mit dem Rauchen beginnen. Entsprechend rückläufig ist die Zahl der Jugendlichen, die bereit wären, das Rauchen zu probieren oder damit anzufangen.

Startermaßnahme:

Schutz vor Passivrauchen

Arbeitsstättenverordnung und Modellprojekt „Nichtraucherschutz und Tabakprävention in Betrieben“

Am 3. Oktober 2002 trat die geänderte Arbeitsstättenverordnung in Kraft. Die Neuregelung garantiert Nichtraucherinnen und Nichtrauchern einen rauchfreien Arbeitsplatz und verpflichtet die Arbeitgeber dazu, „die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, damit die nichtrauchenden Beschäftigten in Arbeitsstätten wirksam vor den Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch geschützt sind“. Mit der Verabschiedung hat das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ein bundesweites Modellprojekt „Nichtraucherschutz und Tabakprävention in Betrieben“ auf den Weg gebracht. Ein bei der Bundesvereinigung für Gesundheit eingerichtetes Projektbüro bietet bundesweit Betrieben, Verbänden und Behörden Unterstützung bei der Umsetzung der Arbeitsstättenverordnung an, insbesondere auch bei der Ausgestaltung von rauchfreien Bereichen bis hin zu begleitenden Angeboten zur Raucherentwöhnung. Im Mai 2005 ist

dieses Projekt mit einer Fachtagung abgeschlossen worden.

Die Änderung der Arbeitsstättenverordnung hat eine große Nachfrage nach Raucherentwöhnungsmaßnahmen ausgelöst. Seitens vieler Betriebe bestand ein erhebliches Interesse, die Rauchersprechstunde nach dem Konzept des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg als Kurzzeit-Beratungsangebot für Raucherinnen und Raucher im Betrieb zu implementieren. Dies hat u. a. dazu geführt, dass der BKK-Bundesverband und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte eine Rahmenvereinbarung geschlossen haben, nach der für den Arzt oder die Ärztin die Möglichkeit besteht, nach Fortbildung zur Umsetzung der Rauchersprechstunde in der ärztlichen Praxis mit der Betriebskrankenkasse einen Vertrag abzuschließen und die Beratungsleistung abzurechnen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat die Evaluation dieses Modellprojektes gefördert; die Ergebnisse der Evaluation fließen in die Optimierung der Rauchersprechstunde ein.

Durch diese Maßnahme werden folgende Teilziele realisiert:

- 1.9 Nichtrauchererschutz
- 1.16 Rauchfreie Umwelt
- 2.1 Nutzung von Entwöhnungsangeboten
- 2.2 Ausstiegsbereitschaft
- 2.4 Größere Nachfrage nach Entwöhnungsangeboten
- 2.5 Wissen über Entwöhnungsangebote
- 5.1 Mehr rauchfreie Räume

Nichtraucherschutz im Gastgewerbe

Zum 1. März 2005 ist zwischen dem Deutschen Hotel- und Gaststättenverband e. V. (DEHOGA) und dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Vereinbarung zum verbesserten Nichtrauchererschutz für Gäste und Beschäftigte im Gastgewerbe geschlossen worden. Danach sollen bis zum 1. März 2007 60 % aller Speisebetriebe mindestens 40 % ihres Platzangebotes für Nichtraucher und Nichtraucherinnen bereithalten und bis zum 1. März 2008 sollen mindestens 90 % aller Speisegaststätten 50 % ihres Platzangebotes als Nichtraucherplätze zur Verfügung stellen.

Zum Stand der Durchführung der Vereinbarung wurde eine zweite Befragung zum Stichtag 1. März 2007 im Auftrag des BMG vom Verbraucher- bzw. Marktforschungsinstitut IFAV durchgeführt. Danach wurden bundesweit insgesamt ca. 1.900 Gaststätten überprüft.

Ergebnis: In 66,8% aller untersuchten Gastronomiebetriebe können die Gäste nach wie vor uneingeschränkt zur Zigarette greifen. Nur in 30 % aller untersuchten Gastronomiebetriebe wurden individuelle Nichtraucherregelungen ermittelt, die teilweise nicht mit der Intention der Zielvereinbarung im Einklang stehen. Lediglich 15,5% aller aufgesuchten Betriebe erfüllen bislang die Vorgaben hinsichtlich des Platzangebotes und nur 10,9% hinsichtlich des Platzangebotes und der deutlichen Kennzeichnung.

Zu Beginn des Jahres haben Bund und Länder Maßnahmen für einen verbesserten Nichtrauchererschutz verabreicht. Die ersten Ländergesetze, die auch den Bereich der Gaststätten betreffen, treten zum August 2007 in Kraft, weitere werden bis zum Beginn des nächsten Jahres folgen.

Zur Verbesserung des Nichtraucherenschutzes im Kompetenzbereich des Bundes hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens beschlossen. Es tritt zum 1. September 2007 in Kraft. Zentrale Inhalte sind:

Das Rauchen wird grundsätzlich verboten

- in allen Einrichtungen des Bundes – zu den Einrichtungen des Bundes gehören Behörden, Dienststellen, Gerichte und sonstige öffentliche Einrichtungen des Bundes sowie bundesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen,
- in öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Busse und Bahnen, Taxis oder Fahrgastschiffe im Linienverkehr), sowie
- in Personenbahnhöfen der öffentlichen Eisenbahn.
- Sofern eine ausreichende Zahl von Räumen vorhanden sind, können grundsätzlich gesonderte Räume und entsprechende räumliche Einheiten für Raucher vorgesehen werden.
- Die Regelungen im Bereich des Arbeitsschutzes werden weiter verbessert.
- Der Jugendschutz wird verschärft. Das Abgabalter für Tabakprodukte wird von 16 auf 18 Jahre angehoben. Jugendlichen unter 18 darf in der Öffentlichkeit das Rauchen nicht gestattet werden. Für die Automatenaufsteller ist eine Übergangsfrist von 16 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes vorgesehen.

Folgende Teilziele werden damit umgesetzt:

- 1.9 Nichtrauchererschutz
- 1.16 Rauchfreie Umwelt
- 2.2 Ausstiegsbereitschaft
- 5.1 Mehr rauchfreie Räume

„rauchfrei“-Kampagne – Passivraucherinnen und -raucher schützen

Zur Problematik des Passivrauchens und der damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren gibt es bei der BZgA eine Reihe von Informations- und Beratungsangeboten, die für den Einsatz im betrieblichen Bereich entwickelt worden sind.

Außerdem ist im Zusammenhang mit dem Passivrauchen auch der Schutz von Kindern ein besonders drängendes Anliegen. Kinder brauchen und suchen die Nähe von Erwachsenen – rauchen diese in ihrer Gegenwart, sind sie den Schadstoffen schutzlos ausgeliefert. Auch zu diesem Problemfeld sind Materialien vorhanden, die in der folgenden Auflistung dargestellt sind:

- **„rauchfrei im Krankenhaus“** – Manual für die Projektleitung (Teilziel 1.9: Nichtrauchererschutz, 1.16: Rauchfreie Umwelt, 2.2: Ausstiegsbereitschaft und 5.1: Mehr rauchfreie Räume)
- **„rauchfrei am Arbeitsplatz“** – eine Informationsbroschüre für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Bekanntmachung der gesetzlichen Regelungen der Arbeitsstättenverordnung zum Schutz vor Passivrauchen. Zusätzliches Material für Betriebs- bzw. Organisationsleitungen sowie Personalvertretungen steht kurz vor der Fertigstellung. Dieses Modellprojekt wurde 2002–2005 vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. (Teilziele 1.9: Nichtrauchererschutz, 1.16: Rauchfreie Umwelt, 2.2: Ausstiegsbereitschaft, 5.1: Mehr rauchfreie Räume und 5.3: Information über Passivrauchen).
- **„rauchfrei in der Schwangerschaft“** – Beratungsmaterial für Gynäkolog(inn)en und Hebammen; dadurch werden die Teilziele 5.2: Passivrauchen in Familien und 5.3: Information über Passivrauchen umgesetzt.
- **„rauchfrei nach der Entbindung“** – Beratungsleitfaden für Kinderärztinnen und -ärzte (in 2007), Teilziel 1.9 (Nichtraucherschutz)

- **„rauchfrei für mein Baby“** – Beratungsbroschüre zum Nichtrauchen für werdende Mütter und Väter (Teilziele 5.2: Passivrauchen in Familien und 5.3: Information über Passivrauchen)

- **„Das Baby ist da – rauchfrei“** – Ein Ratgeber für Mütter und Väter, (Teilziele 3.6: Wissen zu Rauchen und Passivrauchen und 5.2: Passivrauchen in Familien)

Darüber hinaus wird auch in allen „rauchfrei“-Printmedien auf die negativen Folgen des Passivrauchens hingewiesen.

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser

Seit Juli 2005 wird der Aufbau des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser (DNRfK), basierend auf dem Kodex und den Standards des European Network for Smoke-free Hospitals (ENSH), in einem dreijährigen Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung ist Schirmherrin des Netzes Rauchfreier Krankenhäuser.

In Deutschland gibt es ca. 3.600 Krankenhäuser inkl. Reha-Kliniken und Vorsorgeeinrichtungen mit insgesamt 1,24 Mio. Beschäftigten. Als Lehr- und Ausbildungsstätten für Ärzte und Ärztinnen sowie für das Pflegepersonal und viele weitere Berufe im Gesundheitswesen haben Krankenhäuser bei der Verbreitung aktiver Gesundheitsförderungskonzepte für die Bekämpfung des Tabakkonsums eine zentrale Bedeutung.

Nach dem Kodex des ENSH sind Krankenhäuser dazu verpflichtet, bei der Reduzierung des Tabakkonsums und seiner schädlichen Gesundheitsfolgen eine wichtige Aufgabe zu erfüllen. Diese besteht nicht nur darin, zum Schutz vor Tabakrauch für eine rauchfreie Umgebung zu sorgen. Sie sind vor allem dazu verpflichtet, Raucherinnen und Raucher bei der Tabakentwöhnung aktiv zu unterstützen. Dies gilt für die Patientinnen und Patienten wie auch für das Krankenhauspersonal. Damit bieten die Mitglieder des Netzes Rauchfreier Krankenhäuser mehr Beratungs- und Behandlungsqualität als nur die Umsetzung von gesetzlichen Regelungen.

Das Projektbüro des DNRfK organisiert die Information von Entscheidungsträgern über Verbände und Fachgesellschaften, den Aufbau der Netzstruktur und die Förderung des Erfahrungsaustausches der Mitglieder. Neben direkter Beratung der Mitglieder werden Schulungen und Workshops angeboten und Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt.

Es beteiligen sich über 100 Krankenhäuser und Reha-Kliniken in 13 Bundesländern am Netz Rauchfreier Krankenhäuser (Stand Januar 2007). Eine aktuelle Übersicht zu den Mitgliedskrankenhäusern und den Zertifizierungen ist unter www.rauchfreie-krankenhaeuser.de verfügbar.

Mit der Maßnahme wird das Teilziel 1.9 (Nichtraucherschutz) umgesetzt.

Weitere Materialien

Um die Folgen des Passivrauchens für Kinder stärker in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, ist – primär für die Zielgruppe der jungen Eltern – ein Faltblatt zum Thema „Passivrauchen“ gedruckt worden. Darüber hinaus ist ein TV- und Kino-Spot zum Thema „Passivrauchen“ fertig gestellt, im Kino geschaltet und den Fernsehsendern zur Ausstrahlung zur Verfügung gestellt worden. In dem Spot wird die Belastung von Kindern im häuslichen Umfeld in den Mittelpunkt gestellt. Zusätzlich sind Materialien für die Berufsgruppe der Kinderärzte und -ärztinnen zur Beratung von Müttern geplant, damit Rückfälle in das Rauchen nach der Entbindung vermieden werden. Diese Maßnahme dient der Umsetzung des Teilziels 5.2 (Passivrauchen in Familien).

Indikatoren der Zielerreichung

Bundesweite Trendanalysen zum Umfang der Passivrauchbelastung in der Bevölkerung fehlen bisher, so dass über einen Rückgang in der Exposition von Passivrauch nur begrenzt Aussagen möglich sind:

- Aus der Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland im Jahre 2003 wird deutlich, dass immer noch etwa ein Viertel der nicht rauchenden Erwerbstätigen und Auszubildenden täglich am Arbeitsplatz dem Passivrauchen ausgesetzt ist, weitere 15 % ein- bis dreimal pro Woche.
- Leicht geändert hat sich die Einschätzung der Gesundheitsschädlichkeit des Passivrauchens bei den Jugendlichen. Während der Anteil der Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 19 Jahren, die im Jahr 2003 angaben, dass sie sehr sicher sind, dass Passivrauchen sehr gesundheitsschädlich ist, bei 18 % lag, ist dieser Prozentanteil im Jahr 2005 auf 20 % angestiegen. Ein Anstieg um zwei Prozentpunkte, der aber unter statistischen Gesichtspunkten als signifikant zu bewerten ist.

Startermaßnahme:

Maßnahmen zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen

Einige Elemente der „rauchfrei“-Jugendkampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung richten sich insbesondere an Jugendliche, die (noch) nicht rauchen, um bei diesen den Einstieg zu verhindern:

- Basisbroschüre „Let's talk about smoking“
- www.rauch-frei.info
- „rauchfrei“-Anzeigen in Jugendzeitschriften
- schulspezifische Materialien
- JugendFilmTage „Nikotin und Alkohol“ – Alltagsdrogen im Visier
- Mitmachparcours „Klarsicht“

Jugendschutzgesetz

Mit dem am 1. April 2003 in Kraft getretenen Jugendschutzgesetz wurde erreicht, dass neben dem bestehenden Rauchverbot in der Öffentlichkeit das Tabakabgabeverbot an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren erstmals gesetzlich verankert wurde. Verboten ist auch, Werbung für Tabakwaren und alkoholische Getränke vor 18.00 Uhr im Kino zu zeigen.

Da ein erheblicher Teil des Zigarettenabsatzes in Deutschland über Automaten stattfindet – Untersuchungen haben ergeben, dass zwei Drittel der befragten Kinder und Jugendlichen im Alter von 12–24 Jahren Zigarettenautomaten als häufige Bezugsquelle für Zigaretten nannten – wurde das Abgabeverbot von Tabakwaren an Jugendliche unter 16 Jahren auf Zigarettenautomaten ausgedehnt. Diese Regelung ist am 1. Januar 2007 bundesweit in Kraft getreten. Die erforderliche technische Umstellung der Automaten hat auch dazu geführt, dass sich die Zahl der Zigarettenautomaten in Deutschland bis zum Jahresende 2006 von 800.000 auf etwa 450.000 Automaten verringert hat.

Zum 1. September 2007 wurde die Altersgrenze für die Abgabe von Tabakwaren und das Rauchen in der Öffentlichkeit von 16 auf 18 Jahre angehoben.

Diese Maßnahme dient der Umsetzung der Teilziele:

- 1.6 Reduktion von Werbung und Sponsoring
- 1.10 Zugangsbeschränkung zu den Zigarettenautomaten
- 1.15 Abgabeverbot an Minderjährige
- 3.4 Effektive Ausstiegshilfen vermehren

Das Bundesministerium für Gesundheit hat 2006 eine Expertise „Aktuelle Bestandsaufnahme zur Tabakentwöhnung bei jugendlichen Raucherinnen und Rauchern“ erstellen lassen. Die vorliegende Expertise gibt nach der Darstellung nationaler und internationaler Forschung zum Thema Tabakentwöhnung einen umfassenden Überblick über die in Deutschland vorhandenen Programme zur Tabakentwöhnung bei Jugendlichen.

In einem zweiten Schritt fand am 2. Juni 2006 auf der Grundlage dieser Expertise ein Gespräch mit Expertinnen und Experten im Bereich Tabakentwöhnung aus Deutschland, Österreich und der Schweiz statt. Ziel war es, herauszuarbeiten, ob es einen Bedarf für die Entwicklung eines einheitlichen Angebots zur Tabakentwöhnung für Jugendliche gibt und wie dieses ausgestaltet werden müsste.

Im Ergebnis konnte die Notwendigkeit, ein Kursprogramm zum Rauchausstieg für Jugendliche zu entwickeln, bestätigt werden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird mit der Entwicklung eines solchen Programms 2007 beginnen. Die Expertise ist im Internet unter www.drogenbeauftragte.de abrufbar.

III Weitere Maßnahmen zur Umsetzung des Gesundheitsziels

Finanzielle Förderung des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle

Seit August 2002 fördert das Bundesministerium für Gesundheit die Einrichtung des ersten Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beim Deutschen Krebsforschungszentrum (DKfZ) in Heidelberg. Das Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle soll die internationale Zusammenarbeit bei der Förderung des Nichtrauchens, der Raucherentwöhnung sowie die Fortbildung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen unterstützen und zur Verbreitung von internationalen Forschungsergebnissen beitragen.

Im Jahre 2004 unterstützte das Bundesministerium für Gesundheit im DKfZ eine Fachtagung aller WHO-Kollaborationszentren. Diese Fachtagung aller WHO-Kollaborationszentren diente dem Erfahrungsaustausch insbesondere bei der Entwicklung und Umsetzung der WHO-Tabakrahmenkonvention.

Dies entspricht der Umsetzung des Teilzieles 1.5 (WHO-Rahmenkonvention).

Umsetzung der Tabakwerbe-Richtlinie

Im Dezember 2006 ist das Erste Gesetz zur Änderung des vorläufigen Tabakgesetzes in Kraft getreten. Dieses Gesetz dient der Umsetzung der Richtlinie 2003/33/EG des Europäischen Parlaments und des Rates zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedsstaaten über Werbung und Sponsoring zugunsten von Tabakerzeugnissen. Das Gesetz sieht vor, dass Werbung für Tabakerzeugnisse in der Presse und anderen gedruckten Veröffentlichungen sowie Diensten der Informationsgesellschaft grundsätzlich verboten ist. Ausgenommen von diesem Verbot sind Veröffentlichungen, die ausschließlich für die im Tabakhandel tätigen Personen bestimmt sind. Auch im Internet ist Werbung für Tabakerzeugnisse verboten.

Darüber hinaus sind alle Formen der Rundfunk- und Fernsehwerbung für Tabakerzeugnisse verboten (Verbot besteht in Deutschland als nationales Recht seit 1975). Untersagt ist auch, Veranstaltungen oder Aktivitäten mit grenzüberschreitender Wirkung (z. B. Formel-1-Rennen) zu sponsern. Im Rahmen dieser Veranstaltungen dürfen auch keine Tabakerzeugnisse kostenlos verteilt werden. Mit der Umsetzung der o. g. Richtlinie in nationales Recht

hat Deutschland ein Tabakwerbeverbot, das den EU-Vorgaben entspricht.

Diese Maßnahme dient der Umsetzung des Teilzieles 1.4 (EU-Politik).

Tabakrahmenkonvention (FCTC)

Die Tabakrahmenkonvention ist die erste Konvention der Vereinten Nationen, die sich in umfassender bereichsübergreifender Weise den Gesundheitsschutz zum vornehmlichen Ziel gesetzt hat. Durch ein Bündel unterschiedlicher Maßnahmen, z. B. den verstärkten Kampf gegen den Zigarettschmuggel, eindringliche Warnhinweise, verbesserten Jugendschutz und Schutz vor Passivrauchen, sollen die Gesundheitsschäden infolge des Tabakkonsums weltweit eingedämmt werden. 2004 wurde in Deutschland die Tabakrahmenkonvention ratifiziert. Sie ist zum 16. März 2005 in Kraft getreten.

Die in der Tabakrahmenkonvention eingegangenen Verpflichtungen setzt die Bundesregierung Schritt für Schritt um. Auf der zweiten Konferenz der Vertragsstaaten im Juli 2007 wurden Leitlinien zum Schutz vor Passivrauchen beschlossen. Außerdem wurde vereinbart, Verhandlungen für ein Protokoll zum Thema Schmuggel aufzunehmen. Von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wird auf der Grundlage dieser Verpflichtungen und des geltenden Aktionsprogramms Drogen und Sucht 2007 ein Aktionsprogramm Tabakprävention neu aufgelegt.

Die Tabakrahmenkonvention dient der Umsetzung der Teilziele:

- 1.8 Illegaler Handel
- 1.9 Nichtraucherenschutz
- 1.11 Verbraucherinformation

IV Auswertung

„Tabakkonsum reduzieren“ ist ein Gesundheitsziel, bei dem das BMG mit seinen Behörden und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung eine Vielzahl von Aktivitäten vorzuweisen haben. Insgesamt werden 27 Maßnahmen, die zur Umsetzung des Gesundheitszieles beitragen, vorgestellt. Der Schwerpunkt dieser Aktivitäten liegt darauf, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern und den Ausstieg zu fördern. Sowohl im Erwachsenenbereich als auch im Bereich des Schutzes von Jugendlichen gibt es hierzu die meisten Maßnahmen.

Ein großer Teil der Aktivitäten wird von der BZgA konzeptionell geplant, durchgeführt und evaluiert. Mit zahlreichen Broschüren, mit zielgruppenspezifischen Aktionen, und mit Internetangeboten, die eine große Resonanz fanden, konnte ein Großteil der Bevölkerung erreicht werden. Dies wurde durch Untersuchungen belegt.

Ein weiteres großes Handlungsfeld ist das der Gesetzgebung. Besonders hervorzuheben ist die wiederholte Erhöhung der Tabaksteuer, die geänderte Arbeitsschutzverordnung, die Vereinbarung zum Nichtraucherenschutz im Gastgewerbe, das Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens, das verschärfte Jugendschutzgesetz und die Einschränkung des Tabakwerbeverbotes.

Bei der Förderung des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum bei Erwachsenen konzentrieren sich die Maßnahmen von BMG, BZgA und der Drogenbeauftragten darauf, dass mehr Menschen, die mit dem Rauchen tatsächlich aufhören wollen, von den Hilfen hierfür erfahren, Entwöhnungsangebote gezielt nachfragen und diese dann auch nutzen. Die Maßnahme „Quit & Win – Rauchfrei 2006“, ein internationaler Wettbewerb der Weltgesundheitsorganisation, an dem sich Deutschland regelmäßig beteiligt, ist ein Beispiel für die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitszieles. Hier sollen Raucherinnen und Raucher vier Wochen lang nicht rauchen. Es hat sich gezeigt, dass auch nach diesen vier Wochen viele der Teilnehmer(innen) nicht wieder mit dem Rauchen beginnen.

Ein ähnlich starker Handlungsschwerpunkt ist die Förderung des Ausstiegs aus dem Tabakkonsum bei Jugendlichen. Hier konzentrierten sich die Aktivitäten ebenfalls darauf, die Bereitschaft zu stärken, mit dem Rauchen aufzuhören, die entsprechenden Angebote nachzufragen und zu nutzen. Zusätzlich wurde ein Fokus auf die Einstellung zum Nichtrauchen für den Ausstieg und auf das Wissen über Rauchen und Passivrauchen gesetzt. Besonders

große Resonanz fand beispielsweise die Internetseite www.rauch-frei.info, die ein speziell auf die Zielgruppe zugeschnittenes Ausstiegsprogramm aus dem Rauchen zur Verfügung stellt.

Wichtig ist vor allem auch, den Einstieg von Jugendlichen in das Rauchen zu verhindern. In diesem Handlungsbe-
reich wurde daran gearbeitet, eine positive Einstellung zum Nichtrauchen zu fördern und das Wissen zu Rauchen und Passivrauchen zu vergrößern, um eine Verbesserung der momentanen Situation zu erreichen. Der Schutz vor Passivrauchen wurde in alle Teilziele und Maßnahmen ein-
gebunden.

Das BMG, die BZgA und die Drogenbeauftragte haben eine beachtliche Zahl an Aktivitäten vorzuweisen, die sich aufeinander abgestimmt zu einer großen Kampagne zusammenfügen. Durch die stetige Evaluation der Maß-
nahmen und ihrer Effekte konnten die Erfolge belegt werden.

Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Der aktuelle Gesundheitsbericht für Deutschland schätzt, dass es bis zu 100.000 Selbsthilfegruppen gibt, von denen ein Großteil im Gesundheitswesen agiert. Der volkswirtschaftliche Nutzen ihrer Beratungsleistung wird auf bis zu zwei Milliarden Euro pro Jahr geschätzt. Dahinter steht die Erkenntnis, dass Patientinnen und Patienten wichtige Koproduzenten ihrer eigenen Gesundheit sind. Ihre Erfahrungen und Erkenntnisse bergen ein großes Potenzial zur Verbesserung aller Bereiche des Gesundheitswesens, das es zu nutzen gilt. So kann durch Patientenorientierung und -beteiligung die Prävention von Erkrankungen, aber auch der Gesundheitszustand und die Lebensqualität von Erkrankten verbessert werden. Eine europäische Vergleichsstudie zeigt, dass 80 % der deutschen Bürgerinnen und Bürger in Entscheidungsprozesse bezüglich ihrer Gesundheit einbezogen werden wollen. Nur 45 % der Befragten glauben, dass dies bereits jetzt der Fall ist.

Die aktive Beteiligung von Patienten und Patientinnen bezieht sich aber nicht nur auf die eigene Behandlung im Krankheitsfall bzw. auf die Inanspruchnahme präventiver Leistungen sondern auch auf die aktive Mitgestaltung des Gesundheitssystems. So wurden Patientenvertretungen nach und nach für die wesentlichen Gremien unseres Gesundheitswesens vorgesehen, wo den Patientenvertreterinnen und -vertretern Mitberatungs- und z. T. auch Antragsrechte zukommen, damit auch hier von den Erfahrungen und Erkenntnissen profitiert werden kann.

Ziel einer stärkeren Patienten- und Bürgerorientierung sowohl auf der individuellen als auch auf der systemischen Ebene ist, dass Menschen mit Gesundheitsproblemen zum richtigen Zeitpunkt in die richtige Institution gelangen und dort eine wirksame, ihrer Würde und ihren Präferenzen entsprechende Behandlung erhalten.

Die Übernahme dieses Ziels in den Zielkatalog von *gesundheitsziele.de* soll der Bedeutung der Patientenbeteiligung Rechnung tragen und einen Beitrag zur Weiterentwicklung dieser wichtigen Thematik leisten.

I Ziele, Teilziele und Startermaßnahmen

Ziel 1 – Transparenz erhöhen

Bürger(innen) und Patient(innen) werden durch qualitätsgesicherte, unabhängige, flächendeckend angebotene und zielgruppengerichtete Gesundheitsinformationen und Beratungsangebote unterstützt.

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.

Startermaßnahme:

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

Ziel 2 – Kompetenz entwickeln

Gesundheitsbezogene Kompetenzen der Bürger(innen) und Patient(inn)en sind gestärkt; ergänzende und unterstützende Angebote sind verfügbar.

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 ange-
regt und erschlossen.

Teilziel 2.3:
Patientenorientierte Arbeitsweisen und kommunikative
Kompetenzen von Institutionen und Leistungserbringern
im Gesundheitswesen sind weiterentwickelt und ge-
stärkt.

Startermaßnahmen:

Angebot von Beratung, Schulungen und Kursen
zur Förderung individueller kommunikativer und
gesundheitsbezogener Kompetenzen in Weiterbil-
dungseinrichtungen, Schulen, Betrieben u. a. durch
BZgA, Krankenkassen, Ärzte/Ärztinnen und regiona-
le Transferstellen

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

Ziel 3 – Patientenrechte stärken

Die kollektiven Patientenrechte sind ausgebaut, die indi-
viduellen Patientenrechte sind gestärkt und umgesetzt.

Teilziel 3.1:
Eine weitestmögliche kollektive Beteiligung von
Bürger(inne)n und Patient(inn)en in Beratungs- und Ent-
scheidungsgremien des Gesundheitswesens wird auf
allen Ebenen realisiert.

Teilziel 3.2:
Die Verbesserung und bürgernahe Ausgestaltung der
Patientenrechte ist realisiert.

Teilziel 3.3:
Individuelle und kollektive Patientenrechte sind bekannt
und von den Akteuren im Gesundheitswesen anerkannt;
sie werden wirksam umgesetzt.

Startermaßnahmen:

Förderung einer weitgehenden Beteiligung von
Bürger(inne)n und Patient(inn)en an Entscheidungs-
prozessen und Beratungen im Gesundheitswesen

Aktive Information der Bürger(innen) und
Patient(inn)en über die individuellen und kollekti-
ven Patientenrechte durch die Einrichtungen des
Gesundheitswesens

Ziel 4 – Beschwerdemanagement verbessern

Das Beschwerde- und Fehlermanagement erlaubt Versi-
cherten 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.

Teilziel 4.2:
Das Beschwerdemanagement und (Behandlungs-)Fehler-
management ist in allen Einrichtungen des Gesundheits-
wesens aufgebaut und führt zu regelmäßigen Qualitäts-
berichten.

Teilziel 4.3:
Das medizinische Gutachterwesen und die Haftungsre-
gelungen bei Behandlungsfehlern sind patientengerecht
weiterentwickelt.

Startermaßnahmen:

Flächendeckende Bereitstellung anbieter- und
kostenträgerunabhängiger Information, Beratung
und Unterstützung bei Beschwerden über Fehler,
Medizinschäden und Probleme mit Behandler-
(inne)n oder Kostenträgern

Weiterentwicklung geeigneter Anlaufstellen –
wie z. B. Patientenstellen, Patientenfürsprecher-
(innen) oder Patientenombudspersonen

II Umsetzung der Startermaßnahmen

Startermaßnahme:

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

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vom Gemeinsamen Bundesausschuss als unabhängiges wissenschaftliches Institut gegründet. Es unterstützt und entlastet den Gemeinsamen Bundesausschuss als maßgebliches Entscheidungsgremium der gesetzlichen Krankenversicherung durch Bereitstellung bester wissenschaftlicher Erkenntnisse. Durch das Institut werden diagnostische Maßnahmen, medizinische Behandlungen, Operationsverfahren oder auch Arzneimittel auf ihren Nutzen für die Patientinnen und Patienten hin untersucht und bewertet. Diese Arbeit erfolgt nach dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft. Eine wesentliche Aufgabe ist darüber hinaus, objektive Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in verständlicher Sprache für die Patientinnen und Patienten zu erarbeiten.

Gegenüber dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen haben die Patientenorganisationen ein Recht zur Stellungnahme. Sie können beim Bundesausschuss auch die Beauftragung des Instituts beantragen.

Die Maßnahme trägt zur Umsetzung der Teilziele 1.1 (Informationen) und 1.2 (Vermittlung von Gesundheitsinformationen) bei.

Startermaßnahme:

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

Umsetzung des § 20 Abs. 4 SGB V

In Zusammenarbeit der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen mit den Dachverbänden der Selbsthilfe wird daran gearbeitet, Probleme der Förderpraxis zu lösen. Die Selbsthilfeförderung der Krankenkassen hat sich mittlerweile positiv entwickelt. Die Krankenkassen haben im Jahr 2005 rd. 27,1 Millionen Euro für die Förderung der Selbsthilfe aufgewendet.

Zur weiteren Verbesserung der Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen sind im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) Änderungen beschlossen worden, um die zuverlässige Bereitstellung der jährlichen Fördermittel endgültig zu gewährleisten, Transparenz über die Vergabe herzustellen und das Antragsverfahren zu erleichtern. Danach ist vorgesehen, dass die Krankenkassen, die den gesetzlich vorgesehenen Betrag in Höhe von 0,55 € pro Versichertem im Jahr 2006 für die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen nicht verausgaben, diese nicht ausgegebenen Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfe zur Verfügung stellen müssen.

Die Maßnahme trägt zur Umsetzung der Teilziele 2.1 (Gesundheitsbezogenes Selbstmanagement) und 2.2 (Stärkung gesundheitsbezogener Kompetenzen) bei.

Startermaßnahme:

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

Beteiligung der Patientenverbände im gemeinsamen Bundesausschuss

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden gesetzliche Grundlagen für die institutionelle Patientenbeteiligung geschaffen: In § 140f SGB V ist ein Mitberatungsrecht der Patientenverbände und Selbsthilfegruppen im gemeinsamen Bundesausschuss und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz vorgesehen. Hierzu haben die Patientenverbände und Selbsthilfegruppen einvernehmlich sachkundige Personen benannt, die zum Beispiel bei der Entscheidung, ob neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zugelassen werden sollen, ihren Sachverstand und ihre Kompetenz in die Beratung einbringen. Sie sind allerdings nicht stimmberechtigt.

Die Verankerung von Beteiligungsrechten trägt zur Umsetzung des Teilziels 3.1 (Weitestmögliche kollektive Beteiligung) bei.

Beteiligung an weiteren Entscheidungen im Gesundheitswesen

Neben der Beteiligung in den Gremien sind auch Beteiligungsrechte beim Erlass von Richtlinien und Empfehlungen oder bei Änderungen im Hilfsmittelverzeichnis oder bei den Festbeträgen für Arzneimittel vorgesehen. Auf Landesebene findet eine Beteiligung bei den Landes- und Zulassungsausschüssen statt.

Damit wird zur Umsetzung des Teilziels 3.1 (Weitestmögliche kollektive Beteiligung) beigetragen.

Anerkennung von Patientenverbänden und Selbsthilfeorganisationen

In der auf § 140g SGB V fußenden Patientenbeteiligungsverordnung sind die Voraussetzungen für die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen festgelegt. Sie müssen:

- nach ihrer Satzung ideell und nicht nur vorübergehend die Belange von Patientinnen und Patienten oder der Selbsthilfe fördern,
- in ihrer inneren Ordnung demokratischen Grundsätzen entsprechen,
- gemäß ihrem Mitgliederkreis dazu berufen sein, die Interessen von Patientinnen und Patienten oder der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene zu vertreten,
- zum Zeitpunkt der Anerkennung mindestens drei Jahre bestehen und in diesem Zeitraum bundesweit tätig gewesen sein,
- die Gewähr für eine sachgerechte Aufgabenerfüllung bieten,
- durch Offenlegung ihrer Finanzierung nachweisen können, dass sie neutral und unabhängig arbeiten, und
- gemeinnützige Zwecke verfolgen.

Folgende Organisationen wurden in der Verordnung benannt: Deutscher Behindertenrat mit seinen vielfältigen Mitgliedsorganisationen, Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient(inn)enstellen. Eine Anerkennung weiterer Organisationen ist auf Antrag möglich, bisher wurden jedoch noch keine weiteren Organisationen anerkannt.

Diese Rechtsverordnung trägt zur Umsetzung der Teilziele 1.2 (Vermittlung von Gesundheitsinformationen) und 3.1 (Weitestmögliche kollektive Beteiligung) bei.

Startermaßnahmen:

Weiterentwicklung geeigneter Anlaufstellen wie z. B. Patient(inn)enstellen

Patientenfürsprecher(innen) oder Patientenombudspersonen

Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung

Erstmalig gibt es mit der Bestellung von MdB Helga Kühn-Mengel seit Januar 2004 eine Patientenbeauftragte der

Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Die Beauftragte der Bundesregierung ist Ansprechpartnerin für Patientinnen und Patienten und vertritt ihre Anliegen im politischen Raum, in Gremien, auf Veranstaltungen und in der Öffentlichkeit. Die gesetzlichen Grundlagen für die Tätigkeiten der Patientenbeauftragten finden sich in den Paragraphen 140h, 139b und 303b des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).

Ihre Aufgabe ist es, darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patientinnen und Patienten besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden. Sie setzt sich bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe dafür ein, dass unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern beachtet und in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden.

Die Patientenbeauftragte ist berechtigt, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit Arbeiten zu beauftragen (§ 139b SGB V). Sie ist außerdem Mitglied im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz (§ 303b SGB V).

Die Maßnahme trägt zur Umsetzung des Teilziels 4.1 (Verbesserung der Position von Beschwerdeführer(inne)n) bei.

III Weitere Maßnahmen zur Umsetzung des Gesundheitsziels

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Mit dem zum 1. Januar 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz werden die Beteiligungsrechte von Patientenvertreterinnen und -vertretern in den Gremien der gesetzlichen Krankenversicherung weiter gestärkt. Die Reichweite des Mitberatungsrechts auf Landesebene wird klargestellt und die für eine effektive Aufgabenwahrnehmung erforderliche finanzielle Absicherung wird verbessert.

Damit wird zur Umsetzung des Teilziels 3.2 (Verbesserung der Patientenrechte) beigetragen.

Modellprojekte nach § 65 b SGB V

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen fördern seit 01.07.2001 im Rahmen des § 65 b SGB V mit über fünf Mio. Euro jährlich Modellvorhaben zur unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung. Die in der ersten Förderphase gewonnenen Erkenntnisse wurden im Rahmen eines Ende 2004 veröffentlichten Evaluationsberichtes dargestellt. Sich daraus ergebende noch offene Fragestellungen werden in einem weiterentwickelten Modellvorhaben erprobt. Dazu wurde ein Modellverbund mit dem Namen „Unabhängige Patientenberatung Deutschland GmbH“ gegründet, in dem erfahrene Partner gemeinsame Strukturen für eine tragfähige und qualitätsgesicherte unabhängige Verbraucher- und Patientenberatung entwickeln sollen. Träger des Verbundes sind der Sozialverband VdK Deutschland e. V., der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. und der Verbund unabhängige Patientenberatung e. V. Der Modellverbund hat Ende Januar 2007 die Beratung für Verbraucher und Patienten aufgenommen. Im Rahmen des Modellverbundes stehen in 22 Orten bundesweit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine kostenfreie persönliche Beratung zur Verfügung.

Mit dieser Maßnahme wird zur Umsetzung des Teilziels 1.2 (Vermittlung von Gesundheitsinformationen) beigetragen.

Förderung von Projekten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe

Neben Aktivitäten zur Verbesserung der gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen für die Selbsthilfearbeit insgesamt fördert das BMG aus Bundesmitteln Projekte der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe mit zur

Zeit rd. 2,2 Mio. € jährlich. Unter anderem unterstützt das BMG die Nationale Kontaktstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), die in Trägerschaft der Deutschen Arbeitsgemeinschaft arbeitet und anerkannter Verband zur Vertretung von Selbsthilfeinteressen ist und die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, die als Spitzenorganisation der Selbsthilfe die Interessen behinderter und chronischer kranker Menschen vertritt.

Damit wird zur Umsetzung des Teilziels 2.2 (Stärkung gesundheitsbezogener Kompetenzen) beigetragen.

IV Auswertung

Insgesamt wurden zum Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ gesetzliche Regelungen geschaffen, die den Weg für eine stärkere Einbindung der Patienten in den Gesundheitsprozess ebnen.

Besonders hervorzuheben ist die Bestellung von MdB Helga Kühn-Mengel als Patientenbeauftragte der Bundesregierung im Jahr 2004. Mit der Einrichtung einer solchen Position wird ein enormer Beitrag für die Verbesserung eines Beschwerdemanagements geleistet, weil die Patientenbeauftragte sich aktiv für die Interessen und Belange der Patientinnen und Patienten einsetzt.

Mit der Schaffung eines Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wird mittel- bis langfristig die Transparenz des Systems erheblich verbessert. Dieses unabhängige Institut untersucht Belange des Gesundheitswesens in Bezug auf ihren Nutzen für die Patientinnen und Patienten und informiert hierüber.

Durch die konsequente Umsetzung des § 20 Abs. 4 SGB V werden vor allem das gesundheitsbezogene Selbstmanagement und die gesundheitsbezogenen Kompetenzen gestärkt. Dies macht sich auch im Gesundheitssystem bemerkbar, das erheblich von der Arbeit der Selbsthilfe profitiert.

Insgesamt wurde auf dem Gebiet der Stärkung von Patientenrechten viel erreicht: Dazu gehört die Beteiligung der Patientenverbände im gemeinsamen Bundesausschuss, welche durch das GKV-Modernisierungsgesetz ermöglicht wurden. Des Weiteren die Beteiligung an weiteren Entscheidungen im Gesundheitswesen wie z. B. bei Änderungen im Hilfsmittelverzeichnis oder bei den Festbeträgen für Arzneimittel. Auch die Anerkennung

von Patientenverbänden und Selbsthilfeorganisationen durch die auf § 140g SGB V fußende Patientenbeteiligungs-Verordnung ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Patientenrechte. Davon betroffen sind der Deutsche Behindertenrat mit seinen vielfältigen Mitgliedsorganisationen, der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient(inn)enstellen.

Es zeigt sich, dass mit wenigen Maßnahmen große Veränderungen in die Wege geleitet wurden. Sowohl die Beteiligung von Patientenvertretungen bei politischen Entscheidungen als auch die Nutzung der Selbsthilfe im individuellen Bereich gehören heute zu den Selbstverständlichkeiten des Systems.

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Gestaltung: Schleuse01 Werbeagentur GmbH

Foto: Getty Images

Druck: Druckerei Schlesener KG

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier

Stand: Juli 2007, 1. Auflage

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestellnr.: BMG-G-07026
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 018 05/77 80 90*
Fax: 018 05/77 80 94*
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie von Montag bis Donnerstag zwischen 8 und 18 Uhr und Freitag zwischen 8 und 12 Uhr (kostenpflichtig) unter folgenden Telefonnummern:

Fragen zum Versicherungsschutz

018 05/99 66-01*

Fragen zur Krankenversicherung

018 05/99 66-02*

Fragen zur Pflegeversicherung

018 05/99 66-03*

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

018 05/99 66-09*

Fragen zur Suchtvorbeugung

02 21/89 20 31**

Gehörlosen-/Hörgeschädigten-Service, Schreibtelefon

018 05/99 66-07*

Newsletter

Wenn Sie alle 14 Tage Informationen rund um die Themen Gesundheit, Pflege und gesundheitliche Prävention erhalten möchten, abonnieren Sie unseren Newsletter unter: www.bmg-newsletter.de

Gesundheitspolitische Informationen

Die Gesundheitspolitischen Informationen erscheinen alle zwei Monate und behandeln Themen aus den Bereichen Gesundheit, Pflege und Prävention. Die kostenlose Publikation wird Ihnen per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gpi.de

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie jederzeit kostenlos anfordern:

Bestellnr.: BMG-G-07014

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 018 05/77 80 90*

Fax: 018 05/77 80 94*

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Internetportale

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter:
www.bmg.bund.de

Aktuelle Informationen zu allen Themen der Gesundheitsreform finden Sie unter:
www.die-gesundheitsreform.de

Aktuelle Informationen zur elektronischen Gesundheitskarte finden Sie unter:
www.die-gesundheitskarte.de

Aktuelle Informationen zur Kampagne „Bewegung und Gesundheit“ finden Sie unter:
www.die-praevention.de

* Kostenpflichtig. Es gilt der Preis entsprechend der Preisliste Ihres Telefonanbieters – in der Regel 0,14 €/Min. aus dem deutschen Festnetz.

** BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung
Mo–Do 10–22 Uhr, Fr–So 10–18 Uhr

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.